

# คู่มือปฏิบัติงาน แพทย์ประจำบ้าน โรงพยาบาลสวนปรุง



ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ (วันที่ ๑๙ มิถุนายน ๒๕๖๗)



อ้างอิงตามเกณฑ์หลักสูตร  
การฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญ  
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
สาขาจิตเวชศาสตร์ พ.ศ. ๒๕๖๕  
ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

## สารบัญ

	หน้า
<b>คู่มือแพทย์ประจำบ้าน</b>	๑
แนวทางการปฏิบัติงาน ห้องตรวจ OPD และห้องฉุกเฉิน	๒
แนวทางการ Admit และ การย้ายผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยจิตเวช	๓
แนวทางการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช	๔
แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเวลาราชการ	๕
แนวทางการปฏิบัติงานการรับปรึกษานอกเวลาราชการและกรณีฉุกเฉิน	๕
แนวทางการนัดผู้ป่วยจิตบำบัด	๖
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)	๗
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องกระตุ้นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic therapy)	๘
แนวทางการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยธนู ห้วยดินดำ และกลุ่มอาชีพบำบัด ที่โรงพยาบาลสวนปรุง (Rehabilitation therapy)	๙
แนวทางการเตรียมชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	๑๐
การ Rotation และการส่งเคสผู้ป่วย	๑๑
การลา	๑๒
แนวปฏิบัติสำหรับเดินทางไปอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ประจำบ้าน	๑๒
กิจกรรมวิชาการที่ทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยบังคับต้องเข้าร่วมกิจกรรม	๑๓
แนวทางปฏิบัติการทำ Core Lecture	๑๕
แนวทางปฏิบัติการทำ Case Conference	๑๕
แนวทางปฏิบัติการทำ Journal Club	๑๖
แนวทางปฏิบัติการทำ Noon report	๑๖
แนวทางปฏิบัติการทำ Psychodynamic formulation	๑๗
แนวทางปฏิบัติการทำ Psychotherapy seminar	๑๗
แนวทางปฏิบัติการทำ Topic review	๑๘
แนวทางการเรียนกิจกรรม Self-development	๑๙
แนวทางปฏิบัติการ Supervision	๑๙

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การวัดผลและการประเมินผล	๒๐
มิตินี้ ๑ ประเมินสมรรถนะ EPA ตามที่ อฟส.กำหนด	๒๐
มิตินี้ ๒ การประเมินสมรรถนะด้านทักษะทางคลินิก เจตคติและ professionalism	๒๓
มิตินี้ ๓ การประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน	๒๓
มิตินี้ ๔ การรายงานผลการสอบจัดโดยสถาบัน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)	๒๓
มิตินี้ ๕ การรายงานความก้าวหน้าผลงานวิจัย	๒๖
การอุทธรณ์เกี่ยวกับการวัดและการประเมินผล	๒๗
การอุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน	๒๗
หนังสืออุทธรณ์	๒๘
วิธีปฏิบัติกรณีแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลประพฤติน่าไม่เหมาะสมตามจรรยาบรรณหรือ มาตรฐานวิชาชีพ	๒๙
การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แพทย์ประจำบ้าน	๓๐
การจัดกิจกรรมจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลจิตเวช ที่โรงพยาบาลสวนปรุง (ระยะเวลา ๓ เดือน)	๓๑
การจัดกิจกรรมจิตเวชศาสตร์ชุมชน ที่โรงพยาบาลสวนปรุง (ระยะเวลา ๒ สัปดาห์)	๓๒
สิ่งอำนวยความสะดวกในกิจกรรมการเรียน	๓๓
สวัสดิการแพทย์ประจำบ้าน	๓๕
<b>การให้บริการผู้ป่วย</b>	๓๗
การให้บริการผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia)	๓๘
การให้บริการผู้ป่วยโรคติดเชื้อ	๓๙
การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	๔๑
การให้บริการผู้ป่วยสารเสพติด	๔๒
การให้บริการผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม	๔๓
การให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนฝ่ายกาย	๔๔
การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	๔๗
ระบบเวชระเบียน	๔๙
การออกไปรับรองแพทย์	๕๑
การรักษาความลับผู้ป่วย	๕๑

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การใช้งานโปรแกรม BMS HOSxP XE ระบบงานห้องตรวจแพทย์	๕๒
ระเบียบปฏิบัติการสั่งยาในโรงพยาบาลสวนปรุง	๗๓
- ระบบการสั่งยาภายในโรงพยาบาลสวนปรุง	๗๓
- ระบบรับยาทางไปรษณีย์	๗๔
- ระบบรับยาต่อเนื่องที่ร้านยาเครือข่าย	๗๔
- ระบบรับยาเดิม	๗๖
- ระบบป้องกันการเกิดปัญหาจากการใช้ยา	๗๗
<b>ภาคผนวก</b>	
แบบประเมินกิจกรรมการศึกษาที่ใช้ภายในโรงพยาบาลสวนปรุง	๘๓
ตัวอย่างการเขียน Noon Report	๘๔
ตัวอย่างการเขียน Case Conference และ Psychodynamic Formulation	๘๖
รูปแบบการ Discussion Journal Club	๙๒
วิธีการปฏิบัติในการเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์	๙๓
สิทธิของผู้ป่วย	๙๔
จรรยาบรรณสำหรับจิตแพทย์	๙๕
แผนการปฏิบัติงานด้านวิชาการและการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านประจำปี	๙๖
Table of specification of examination	๙๙
โครงสร้างการบริหารและกำกับกรรมการฝึกอบรม	๑๐๑

# คู่มือ แพทย์ประจำบ้าน

สำหรับ

แผนงานฝึกอบรม (มคอ. ๒)

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน

เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญ

ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์

ฉบับ พ.ศ. ๒๕๖๖

โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต

## แนวทางการปฏิบัติงาน ห้องตรวจ OPD และห้องฉุกเฉิน

- แพทย์ประจำบ้านจะถูกกำหนดให้ออกให้บริการผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละ ๒ วันในช่วงเวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.
- สถาบันจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์การปฏิบัติงานทางคลินิกต่าง ๆ ได้แก่ การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ประจำบ้านซึ่งจะแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่ม A และ กลุ่ม B โดยกลุ่ม A จะออกตรวจวันจันทร์และวันพุธ และกลุ่ม B จะออกตรวจวันอังคารและพฤหัสบดี ในช่วงเวลา ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น. ร่วมกับสหวิชาชีพ
- แพทย์ประจำบ้านจะสามารถปรึกษาอาจารย์ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการ Supervisor ในช่วงเวลานั้นตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางอาจารย์ Supervision OPD ในช่วงเวลาที่แพทย์ประจำบ้านออกตรวจผู้ป่วยนอก ๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.

เดือน	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี
กรกฎาคม	อ.พิชาภัค	อ.กานันตร์	อ.อติยาพร	อ.วจนะ
สิงหาคม	อ.กฤตณัฐ	อ.กิตติวรรณ	อ.กนิษฐพจน์	อ.กฤษณ์ติพงษ์
กันยายน	อ.วจนะ	อ.กิตติศักดิ์	อ.อติยาพร	อ.กานันตร์
ตุลาคม	อ.กฤตณัฐ	อ.ณัฐวุฒิ	อ.พิชาภัค	อ.กิตติวรรณ
พฤศจิกายน	อ.พิชาภัค	อ.กานันตร์	อ.อติยาพร	อ.วจนะ
ธันวาคม	อ.กฤตณัฐ	อ.กิตติวรรณ	อ.กนิษฐพจน์	อ.กฤษณ์ติพงษ์
มกราคม	อ.วจนะ	อ.กิตติศักดิ์	อ.อติยาพร	อ.กานันตร์
กุมภาพันธ์	อ.กฤตณัฐ	อ.ณัฐวุฒิ	อ.พิชาภัค	อ.กิตติวรรณ
มีนาคม	อ.พิชาภัค	อ.กานันตร์	อ.อติยาพร	อ.วจนะ
เมษายน	อ.กฤตณัฐ	อ.กิตติวรรณ	อ.กนิษฐพจน์	อ.กฤษณ์ติพงษ์
พฤษภาคม	อ.วจนะ	อ.กิตติศักดิ์	อ.อติยาพร	อ.กานันตร์
มิถุนายน	อ.กฤตณัฐ	อ.ณัฐวุฒิ	อ.พิชาภัค	อ.กิตติวรรณ

ตารางอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยจะแจ้งใน line กลุ่มการศึกษาโรงพยาบาลสวนปรุง

โดยหากแพทย์ประจำบ้านมีกิจกรรมการเรียนภาคทฤษฎีตรงกับวันตรวจผู้ป่วยนอก ทางสถาบันอนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านเข้ากิจกรรมการศึกษาได้

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ รับผู้ป่วยใหม่วันละไม่เกิน ๑ ราย ได้รับจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดไม่เกิน ๑๐ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ รับผู้ป่วยใหม่วันละไม่เกิน ๒ ราย ได้รับจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมดไม่เกิน ๒๐ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ รับผู้ป่วยใหม่เทียบเท่ากับอาจารย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอก ได้รับจำนวนผู้ป่วยเทียบเท่ากับอาจารย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอก

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ และ ๓ เมื่อปฏิบัติงานภายในโรงพยาบาลสวนปรุงในเวลาราชการจะมีภาระหน้าที่ซึ่งเรียกว่า “เวรลาดตระเวน” โดยมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยที่ห้องจิตเวชฉุกเฉิน รับโทรศัพท์

เพื่อให้คำปรึกษากรณีที่มีส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น รวมถึงดูแลภาวะทางกาย และภาวะทางจิตเวชภายในหอผู้ป่วยใน และพิจารณาส่งต่อไปที่โรงพยาบาลอื่นเมื่อเกินศักยภาพในการดูแล แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ และ ๓ จะจัดตารางเวรลาดตระเวนนี้ในเวลาราชการ ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. โดยอยู่เวรลาดตระเวน ๑ คนต่อเวร เว้นแต่หากแพทย์ในเวรลาดตระเวนติดภาระดูแลผู้ป่วยใน ให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ หรือ ๓ ที่เหลือดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโดยจัดแบ่งภาระหน้าที่เฉลี่ยให้เท่าเทียมกัน ส่วนแพทย์ประจำบ้านอื่นที่ไม่ได้อยู่เวรลาดตระเวนจะทำหน้าที่ตรวจผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยนอกหรือหอผู้ป่วยใน ตามตารางเวรที่กำหนด

แพทย์ประจำบ้านชั้นปี ๓ จะมีหน้าที่เรียกว่า “หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน” จะทำหน้าที่ในการพิจารณาให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ และแก้ปัญหาในการตรวจผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงแก้ปัญหาเชิงระบบ ซึ่งหากแก้ปัญหาไม่ได้สามารถปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาได้ โดยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ จะมีตารางเวรสำหรับการเป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน

กรณีผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านมาไม่ตรงนัด ให้ตรวจกับแพทย์ท่านอื่นแล้วนัดให้มาพบแพทย์ประจำบ้านในครั้งถัดไป

กรณีแพทย์ประจำบ้านหมุนเวียนไปฝึกอบรมนอกโรงพยาบาลสวนปรุง ส่งต่อผู้ป่วยให้กับแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลตรวจแทนชั่วคราวจนกว่าจะกลับมาฝึกอบรมในโรงพยาบาลสวนปรุง หากผู้ป่วยไม่ประสงค์รักษาต่อกับแพทย์ประจำบ้านให้ส่งคืนกับแพทย์ที่ให้คำปรึกษา OPD ในช่วงเวลานั้น

กรณีอาจารย์ผู้สอนแลกเปลี่ยน OPD กับอาจารย์ท่านอื่น อาจารย์ที่รับแลกเปลี่ยน OPD ต้องรับผิดชอบสอนแพทย์ประจำบ้าน กรณีที่รับ Admit แพทย์ประจำบ้านต้องแจ้งอาจารย์ผู้สอนในวันนั้นด้วย

### แนวทางการ Admit และ การย้ายผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยจิตเวช

- หากมีข้อบ่งชี้ในการรับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้แก่ High suicidal risk, Homicidal risk หรือ ข้อบ่งชี้อื่นที่เหมาะสม ให้แพทย์ประจำบ้านปรึกษากับ Supervisor ประจำวันนั้น
- เมื่อได้รับการยืนยันว่าสามารถ admit/transfer ผู้ป่วยได้ ให้ลงคำสั่งการรักษา
- ตรวจสอบเวชระเบียนต่าง ๆ ว่ามีความเรียบร้อย ก่อนย้ายผู้ป่วยสู่หอผู้ป่วย
- แพทย์ประจำบ้านที่ Admit ผู้ป่วย จะถือว่าแพทย์ประจำบ้านเป็นแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งจะต้องมีความรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยและจะต้องเข้าไป Round ward ตามตึกที่ผู้ป่วยรายนั้นอยู่โดยจะสามารถ Supervise กับอาจารย์ประจำสายได้
- แพทย์สามารถโอนเคสให้กับแพทย์ท่านอื่นได้ในกรณีที่ผู้ป่วยรายนั้นเป็นเคสที่แพทย์ท่านนั้นให้ Refer มาจากโรงพยาบาลอื่น หรือเป็นเคสที่มีแพทย์ที่ดูแลประจำอยู่แล้ว หรือกรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนแพทย์รักษา
- ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าว โวยวาย และมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นให้พิจารณาให้ Physical Restrained และ/หรือ Medical Restrained ร่วมด้วยก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยจิตเวช โดยขอให้ยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก

## แนวทางการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช

- แพทย์ประจำบ้านจะมีการ round ward ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาหรือในกรณีผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินในช่วงเวลาราชการ โดยไม่ควรน้อยกว่า ๑ ครั้ง/สัปดาห์ ตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางเวลา	สาย A (อังคาร/พฤหัสบดี)	สาย B (จันทร์/พุธ)
กรกฎาคม	อ.กฤตณัฐ	อ.การ์รันตร์
สิงหาคม	อ.พิชาภัค	อ.กิตติวรณ
กันยายน	อ.วจนะ	อ.กิตติศักดิ์
ตุลาคม	อ.อติทยาพร	อ.กฤษณ์ติพงษ์
พฤศจิกายน	อ.กนิษฐพจน์	อ.ณัฐวุฒิ
ธันวาคม	อ.จักริน	อ.การ์รันตร์
มกราคม	อ.กฤตณัฐ	อ.กิตติวรณ
กุมภาพันธ์	อ.พิชาภัค	อ.กิตติศักดิ์
มีนาคม	อ.วจนะ	อ.กฤษณ์ติพงษ์
เมษายน	อ.อติทยาพร	อ.ณัฐวุฒิ
พฤษภาคม	อ.กนิษฐพจน์	อ.การ์รันตร์
มิถุนายน	อ.จักริน	อ.กิตติวรณ

ตารางอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยจะแจ้งใน line กลุ่มการศึกษาโรงพยาบาลสวนปรุง

- แพทย์ประจำบ้านดูแลรักษาผู้ป่วยในความดูแลรับผิดชอบอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
- กรณีผู้ป่วยในที่แพทย์ประจำบ้านคนนั้นรับผิดชอบให้ปรึกษาอาจารย์ผู้รับผิดชอบในการ round ward ในช่วงนั้นก่อน ถ้าอาจารย์ผู้สอนไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ในช่วงเวลานั้นให้ปรึกษาแพทย์ประจำตึกที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ที่ตึกนั้น หากไม่สามารถติดต่อได้ให้ปรึกษาอาจารย์ที่รับผิดชอบออกตรวจผู้ป่วยนอกในช่วงเวลานั้น
- แพทย์ประจำบ้านดูแลรักษาผู้ป่วยในความดูแลรับผิดชอบอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๒ ครั้ง
- กรณีผู้ป่วยในที่แพทย์ประจำบ้านคนนั้นรับผิดชอบให้ปรึกษาอาจารย์ผู้รับผิดชอบในการ round ward ในช่วงนั้นก่อน ถ้าอาจารย์ผู้สอนไม่สามารถให้คำปรึกษาได้ในช่วงเวลานั้นให้ปรึกษาแพทย์ประจำตึกที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ที่ตึกนั้น หากไม่สามารถติดต่อได้ให้ปรึกษาอาจารย์ที่รับผิดชอบออกตรวจผู้ป่วยนอกในช่วงเวลานั้น



## แนวทางการรับปรึกษาผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลในเวลาราชการ

การรับปรึกษาผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในเวลาราชการ แพทย์ประจำบ้านจะได้รับเคสที่โทรศัพท์ปรึกษาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ โดยจะมีการจัดคิวร่วมกับอาจารย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอกในวันนั้น และสามารถปรึกษาอาจารย์ที่ได้รับผิดชอบให้ปรึกษาแพทย์ประจำบ้านในช่วงเวลานั้น โดยจะมีการกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่ให้คำปรึกษา ดังนี้

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ให้รับผู้ป่วยที่ให้คำปรึกษาไม่เกิน ๑ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ ให้รับผู้ป่วยที่ให้คำปรึกษาไม่เกิน ๓ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ ให้รับผู้ป่วยที่ให้คำปรึกษาเทียบเท่ากับอาจารย์ท่านอื่น ๆ ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอก

## แนวทางการปฏิบัติงานการรับปรึกษานอกเวลาราชการและกรณีฉุกเฉิน

### ลักษณะทั่วไป

๑ เวิร์ = ๒๔ ชั่วโมง เริ่มปฏิบัติงาน ๘.๐๐ น. ถึง ๗.๕๙ น. วันถัดไป

นอกเวลาราชการ หมายถึง หลัง ๑๖.๓๐ น.

### ลำดับการปรึกษาคือ

first call (แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑) -> second call (แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ หรือแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓) -> third call (อาจารย์)

### หน้าที่ของ first call

- จัดเวรให้มีผู้รับผิดชอบทุกวัน โดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องอยู่เวรวันธรรมดาไม่เกิน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ และต้องไม่อยู่เวรติดกันเกิน ๒๔ ชั่วโมง ช่วงวันหยุดไม่เกิน ๒ ครั้ง/เดือน รวมถึงจะต้องมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษาขณะอยู่เวรจิตเวชฉุกเฉิน

- การดูแลผู้ป่วยถือเป็นหน้าที่สำคัญที่สุด ให้ประเมินผู้ป่วยที่ได้รับปรึกษาโดยเร็วที่สุด

- ไม่ให้การรักษาโดยที่ไม่ได้ประเมินอาการผู้ป่วยด้วยตนเอง

- รายงานทุกเคสที่ได้รับปรึกษาแก่ second call โดยที่ช่วง ๓ เดือนแรก first call จะต้อง มี supervisor จาก second call หรือ third call คุมในสถานที่ปฏิบัติงานจริง และอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์หรือแพทย์ประจำบ้านรุ่นพี่ **\*\*ทุกราย\*\*** (ยกเว้นกรณีอาจารย์มีคำสั่งเป็นอย่างอื่น) มีหน้าที่ในการซักประวัติเพื่อการวินิจฉัย ตรวจ MSE ตลอดจนการให้คำแนะนำ ดำเนินการประสานงานต่าง ๆ จนสิ้นสุดกระบวนการรักษา โดยต้องให้การรักษาตามแผนการรักษาที่ได้ผ่านดุลพินิจของ second call หรือสูงกว่า แล้ว หากมีข้อสงสัยในแผนการรักษาที่แนะนำจาก second call ให้ปรึกษา third call

### หน้าที่ของ second call

- ในช่วงที่แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เริ่มปฏิบัติงานใน ๓ เดือนแรก ให้ second call ไปประเมินผู้ป่วยพร้อมกับ first call ทุกเคส
- จากนั้น ให้ first call ได้ประเมินผู้ป่วยด้วยตนเอง ภายใต้การดูแลของท่าน
- หากต้องการ Admit ผู้ป่วย ให้แจ้งแก่ second call ก่อน
- หากมีข้อสงสัย หรือ เกินข้อจำกัดของตน ให้ปรึกษา third call ทันที

### หน้าที่ของ third call

- คอยให้คำปรึกษาหรือลงมาปฏิบัติงานในกรณีที่ first call และ second call ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจได้

### หมายเหตุ:

- แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ในการรับผิดชอบ ในการจัดการตารางเวร เมื่อท่านไม่สามารถปฏิบัติงานวันนั้น ๆ ตามตารางให้แลกรเวรให้เรียบร้อยกับ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีเดียวกัน และแจ้งให้ส่วนกลางทราบโดยเร็วที่สุด แต่หากไม่สามารถแลกในชั้นปีเดียวกันได้ด้วยเหตุสุดวิสัย (เช่น อบรมเชิงปฏิบัติการทั้งชั้นปีปฏิบัติงานอยู่นอกภาควิชา) ให้แพทย์ประจำบ้านในระดับที่สูงกว่าในเวรนั้นนั้น ปฏิบัติหน้าที่แทน
- การอยู่เวรจิตเวชฉุกเฉิน แพทย์ประจำบ้านจะต้องอยู่เวรวันธรรมดาไม่เกิน ๒ ครั้งต่อสัปดาห์ โดยจะต้องไม่อยู่เวรติดกันเกิน ๒๔ ชั่วโมง และช่วงวันหยุดไม่เกิน ๒ ครั้ง/เดือน รวมถึงจะต้องมีอาจารย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษาขณะอยู่เวรจิตเวชฉุกเฉิน โดยที่จะมีการให้คำปรึกษาในประเด็นการรักษาจากโรงพยาบาลอื่น
- แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ และ ๓ จะต้องอยู่เวรร่วมกับแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยนอกเวลาราชการ และหากไม่สามารถตัดสินใจได้เองจะมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่อยู่ในเวรช่วงเวลานั้นให้คำปรึกษา

### แนวทางการนัดผู้ป่วยจิตบำบัด

- แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ในการอธิบายข้อบ่งชี้ วิธีการทำจิตบำบัด การบันทึกเสียง/ภาพ/วิดีโอทัศน์ รวมถึงการเปิดเผยประวัติของผู้ป่วยเพื่อการเรียนการสอน และค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น และความสามารถในการยุติ ให้แก่ผู้ป่วยจนเข้าใจ
- แพทย์ประจำบ้านซักประวัติ ประเมินจิตพลวัตของผู้ป่วย วางแผนการทำจิตบำบัด จากนั้นปรึกษากับอาจารย์เพื่อนัดsupervision
- เมื่ออาจารย์ supervisor ได้พิจารณาแผนการทำจิตบำบัด และอนุญาตให้ทำจิตบำบัดได้
- นัดหมายกับผู้ป่วยเพื่อเริ่มทำจิตบำบัด
- แจ้งพยาบาล OPD เพื่อหาห้องสำหรับทำจิตบำบัดที่ OPD
- ทุกเคสที่ทำจิตบำบัดควรที่จะมีการ inform consent ในการอัดบันทึกเสียงหรือวิดีโอขณะทำจิตบำบัด โดยยึดหลัก confidentiality

## แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยกระแสไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)

### ระยะก่อนการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

#### Criteria

แพทย์มีคำสั่งให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าตามข้อบ่งชี้ของการรักษา

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านก่อนการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

- ประเมินอาการทางจิต และข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการรักษาด้วยไฟฟ้า
- บันทึกคำสั่งการรักษา ใน HOSxP หรือ ในใบ order sheet รวมถึงแบบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า

#### ให้ครบถ้วน

- ชักประวัติ ตรวจร่างกายซ้ำ ไม่พบเจ็บป่วยทางกาย โรคร่วมทางกาย และปัญหาทางกายที่มีผลต่อการรักษาด้วยไฟฟ้าเช่น กระดูกหัก ประวัติผ่าตัดตามหลัก

- ลงใบบันทึกการรักษาด้วยไฟฟ้า ตามรายละเอียด ดังนี้
  - เลือก Indication
  - ข้อควรระวังเป็นกรณีพิเศษ /ข้อห้าม/ภาวะความเจ็บป่วย
  - ยาที่หยุดก่อน ECT
  - การตรวจทางห้องปฏิบัติการ
  - CXR ทุกราย
  - EKG เมื่ออายุ > ๔๕ ปี หรือตามดุลพินิจของแพทย์
  - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาไฟฟ้าของผู้ป่วย

### ระยะขณะทำการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

#### Criteria

ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการรักษาด้วยไฟฟ้าแล้ว

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านขณะทำการรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

- ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนทำ ตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ ในกรณีที่วิสัญญีรายงานก่อนทำการรักษา
  - รับรายงานข้อมูลสำคัญผู้ป่วยจากวิสัญญีพยาบาล ระบุตัวตน ผลการรักษาครั้งก่อน ความผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง ยานำสลบและยาคลายกล้ามเนื้อที่ใช้ จำนวนไฟฟ้าที่ใช้ ผลการชักของผู้ป่วย
  - ปรับเครื่อง ECT ตั้งค่า กระแสไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยดูจากค่าเดิมของผู้ป่วยครั้งก่อน
  - รอสัญญาณของ depth of anesthesia จากวิสัญญีแล้วจึงทำการปล่อยกระแสไฟฟ้าเข้าสู่ผู้ป่วย
  - ในกรณี sub-shock หรือ missed seizure แพทย์ประเมินหาสาเหตุและให้การแก้ไข ตามความเหมาะสมและดุลพินิจของแพทย์
  - เฝ้าระวังอาการผิดปกติ ภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่

## ระยะหลังทำการรักษา

### Criteria

ผู้ป่วยหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้าในช่วงระยะเวลา ๑ ชั่วโมง

### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในช่วงหลังการรักษา

- เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย จนผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติ หากพบภาวะผิดปกติหาสาเหตุและให้การช่วยเหลือทันที พิจารณาปรับแผนการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัย
- ประเมินอาการทางจิต ให้การรักษาต่อเนื่องหลังได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าครบ

## แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่รักษาด้วยเครื่องกระตุ้นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic therapy)

การรักษาผู้ป่วยด้วย TMS จะทำในช่วงเวลา ๑๓.๓๐- ๑๕.๐๐ น. ในเวลาราชการ โดยจะกำหนดจำนวนผู้ป่วยไม่เกิน ๑ รายต่อวัน โดยในช่วง ๑ เดือนแรก แพทย์ประจำบ้านจะได้มาสังเกตการณ์ร่วมกับอาจารย์ในการรักษาผู้ป่วยด้วย TMS หลังจากนั้น แพทย์ประจำบ้านจะต้องหมั่นจัดตารางเวรสำหรับทำ TMS โดยแพทย์ประจำบ้านจะทราบนัดล่วงหน้าของผู้ป่วยก่อน รวมถึงสามารถปรึกษาอาจารย์ที่รับผิดชอบในช่วงปฏิบัติงานได้

### หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน

- แพทย์ประจำบ้านจะต้องประเมินข้อห้ามในการรักษาด้วย TMS ก่อนทำการรักษา
- วางแผนและปรับการรักษาผู้ป่วย
- ประเมิน ๒Q, ๙Q และ ๘Q ก่อนและหลังการรักษาด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
- จัดบันทึกค่า parameter ต่าง ๆ ที่รักษาผู้ป่วย
- จัดตารางเวรแพทย์ประจำบ้านที่จะรักษาผู้ป่วยตามตารางที่มอบให้

## แนวทางการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยธนู ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ และกลุ่มอาชีพบำบัดที่ โรงพยาบาลสวนปรุง (Rehabilitation therapy)

ในรายวิชาการเรียนวิชาจิตเวชภายในโรงพยาบาลจิตเวชแพทย์ประจำบ้านสามารถที่จะไปเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรายวิชา Rehabilitation therapy ทุกวันพุธช่วง ๑๓.๐๐-๑๔.๐๐ รวมถึงการเข้าร่วมกิจกรรมอาชีพบำบัดในสัปดาห์ที่ไม่ได้ออกตรวจผู้ป่วยนอก สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

### วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ

๑. เพื่อฟื้นฟูการรู้คิด โดยใช้โปรแกรมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท (CRP : Cognitive Rehabilitation Program) จำนวน ๑๕ ครั้ง
๒. เพื่อฝึกทักษะการดำเนินชีวิต
๓. เพื่อฝึกทักษะการดูแลตนเอง (ADL) ที่ต้องพึ่งพาตนเองใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตปกติ
๔. เพื่อฝึกทักษะการทำงาน ฝึกนิสัยการทำงาน ความรับผิดชอบ
๕. เพื่อฝึกทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การเข้าสังคมและการดำรงชีวิตในชุมชน

### เกณฑ์การรับเข้าศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำ

๑. รับผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง ๑๘-๖๐ ปี
๒. ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อการมีภาวะวิกฤต
๓. อาการทางจิตสงบ ควบคุมตนเองได้
๔. ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแล (เหตุดังกล่าวเกิดภายในระหว่างการรักษา และยังคงมีอาการนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง)
  - ๔.๑ ผู้ป่วยไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง
  - ๔.๒ ผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น
  - ๔.๓ ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีคดียุติธรรมทางอาญารุนแรง เช่น คดีทำร้ายผู้อื่น คดีฆ่าคนตาย คดีทางเพศ รวมถึงคดีข่มขืน เป็นต้น
๕. มีสถานที่ส่งต่อและมีการระบุเวลาที่ชัดเจน (ไม่ควรเกิน ๓เดือน)
๖. ผ่านกระบวนการประชุมทีม PCT จากตึกนั้น ๆ แล้ว
๗. ผ่านการประเมินจากทีมสหวิชาชีพของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพห้วยดินดำแล้ว
๘. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจและเป้าหมายในการดูแลตนเอง และการทำงาน
๙. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการฟื้นฟู
๑๐. ผู้ป่วยยินยอมเข้ารับการฟื้นฟูเป็นระยะเวลา ๓ สัปดาห์

## แนวทางการเตรียมชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

ในช่วงเวลาที่แพทย์ประจำบ้านเรียน วิชาจิตเวชชุมชน (Community Psychiatry) หรือวิชาจิตเวชภายในโรงพยาบาลจิตเวช นั้น แพทย์ประจำบ้านจะต้องเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมชุมชนสำหรับผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับสาขาชีพ อย่างน้อย ๒ ราย โดยให้แพทย์ประจำบ้านประสานกับเลขาธิการศึกษาเพื่อให้ประสานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์เพื่อทราบตารางเวลาการเตรียมชุมชน

### การคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องเตรียมชุมชน

๑. อาการทางจิตสงบ ควบคุมตนเองได้
๒. ผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการดูแล (เหตุดังกล่าวเกิดภายในระหว่างการรักษา และยังคงมีอาการนั้นคงอยู่ต่อเนื่อง)
๓. ผู้ป่วยที่เคยมีคดีความทางอาญารุนแรง เช่น คดีทำร้ายผู้อื่น คดีฆ่าคนตาย คดีทางเพศรวมถึงคดีข่มขืน เป็นต้น

## การ Rotation และการส่งเคสผู้ป่วย

ตลอดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจะวนปฏิบัติงานไปยังสถาบันหรือหน่วยงานต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อความต่อเนื่องของกิจกรรม และการดูแลผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้านควรเตรียมตัวล่วงหน้าก่อนวนปฏิบัติงาน ได้แก่

๑. นัดผู้ป่วยไปยังแพทย์ที่ได้รับฝากดูแลผู้ป่วยผ่านระบบนัดหมายผู้ป่วย OPD ซึ่งหากไม่สามารถนัดได้แล้วเนื่องจากแพทย์ผู้นั้นมีจำนวนผู้ป่วยเต็ม ให้ตกลงวันนัดใหม่
๒. กรณีแพทย์ประจำบ้านหมุนเวียนไปฝึกอบรมนอกโรงพยาบาลสวนปรุง ส่งต่อผู้ป่วยให้กับแพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในโรงพยาบาลตรวจแทนชั่วคราวจนกว่าจะกลับมาฝึกอบรมในโรงพยาบาลสวนปรุง ส่วนผู้ป่วยไม่ประสงค์ติดต่อกับแพทย์ประจำบ้านให้ส่งคืนกับแพทย์ที่ให้คำปรึกษา OPD ในช่วงเวลานั้น
๓. แพทย์ประจำบ้านที่เป็นเจ้าของไข้ผู้ป่วยและจะส่งต่อการรักษาให้กับแพทย์ประจำบ้านหรืออาจารย์ดูแลต่อ ต้องทำการสรุปประวัติสำคัญของผู้ป่วยรายนั้นให้แก่แพทย์ที่จะดูแลต่อ
๔. หากจำนวนผู้ป่วยเกินกว่าภาระงานของแพทย์ประจำบ้านท่านนั้นให้โอนเคสให้กับอาจารย์ที่ปรึกษา OPD ในช่วงเวลานั้น
๕. ให้นำหน้าที่ดูแลความรับผิดชอบต่อกิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยของท่านจนสิ้นสุดเวลาปฏิบัติงานนั้น
๖. ให้แพทย์บันทึกการส่งต่อผู้ป่วย เพื่ออำนวยความสะดวก และกระจายจำนวนผู้ป่วยส่งต่ออย่างเท่าเทียม
๗. กรณีอาจารย์ผู้สอนแลก OPD กับอาจารย์ท่านอื่น อาจารย์ที่รับแลก OPD ต้องรับผิดชอบสอนแพทย์ประจำบ้าน กรณีที่รับ Admit แพทย์ประจำบ้านต้องแจ้งอาจารย์ผู้สอนในวันนั้นด้วย
๘. หากแพทย์ประจำบ้านมีกิจกรรมการเรียนภาคทฤษฎีตรงกับวันตรวจผู้ป่วยนอก สถาบันอนุญาตให้แพทย์ประจำบ้านเข้ากิจกรรมการศึกษาได้ และกรณีผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านมาไม่ตรงนัด ให้ตรวจกับแพทย์ท่านอื่นแล้วนัดให้มาพบแพทย์ประจำบ้านในครั้งถัดไป

### ภาระงานของแพทย์ประจำบ้าน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ รับผู้ป่วยใหม่วันละไม่เกิน ๑ ราย และตรวจผู้ป่วยนอกทั้งหมดไม่เกิน ๕ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ รับผู้ป่วยใหม่วันละไม่เกิน ๒ ราย และตรวจผู้ป่วยนอกทั้งหมดไม่เกิน ๒๐ รายต่อวัน

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ รับผู้ป่วยใหม่เทียบเท่ากับอาจารย์ที่ออกตรวจผู้ป่วยนอก

## การลา

### การลาพักผ่อน

- ติดต่อเลขานุการแพทย์เพื่อให้ทำการลาในระบบ online มีสิทธิลาพักผ่อน ปีงบประมาณละ ๑๐ วัน
- การลาพักผ่อน ต้องบอกล่วงหน้า ๓ วันทำการ ทั้งนี้ต้องมอบหมายงานที่ตนเองรับผิดชอบแก่แพทย์ประจำบ้านคนอื่นเป็นลายลักษณ์อักษร รวมถึงแจ้งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ที่ปรึกษา (Supervisor) และอาจารย์ประจำที่วันปฏิบัติงาน ทราบด้วยเสมอ

หมายเหตุ: แพทย์ประจำบ้านที่ไปธุระโดยไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบจะต้องได้รับโทษทางวินัย

### การลาด้วยเหตุสุดวิสัย

๑. ในเบื้องต้นให้มอบหมายงานที่ตนเองรับผิดชอบแก่แพทย์ประจำบ้านคนอื่นด้วยวาจา
  ๒. ในเบื้องต้นให้แจ้งลาด้วยวาจาแก่หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำกิจกรรมรับทราบ
  ๓. แจ้งเจ้าหน้าที่นศึกษาของสถาบันฝึกอบรมอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- คณะกรรมการฯ จะประชุมและกำหนดการฝึกอบรมทดแทนในกรณีที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีการลาพัก เช่น การลาคลอดบุตร การเจ็บป่วย การเกณฑ์ทหาร การถูกเรียกฝึกกำลังสำรอง การศึกษาดูงานนอกแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

โรงพยาบาลสวนปรุง มีระบบลาออนไลน์ระบบใหม่ โดยให้บุคลากรแต่ละท่านเข้าไปกรอกข้อมูลลาด้วยตนเองทาง <http://๒๐๒.๑๒๙.๓๔.๑๕/online๒๐๑๖/index.aspx> รวมถึงต้องติดต่อเจ้าหน้าที่นศึกษาของสถาบันฝึกอบรม แจ้งหัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน อาจารย์ที่ปรึกษา (Supervisor) และอาจารย์ประจำที่วันปฏิบัติงาน ทราบด้วยเสมอทุกครั้งที่ทำการลา online

## แนวปฏิบัติสำหรับเดินทางไปอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ประจำบ้าน

### กรณีต้องการไปต่างประเทศ

ทำเรื่องขออนุมัติล่วงหน้าอย่างน้อย ๓๐ วันก่อนการเดินทางจริง (ลาพักผ่อนลากิจ ลาเข้าร่วมประชุมต่าง ๆ กรณีไม่แจ้งจะถือว่าแพทย์ประจำบ้านทำผิดวินัย และจะไม่รับผิดชอบไม่ว่ากรณีใด ๆ)

### การขออนุมัติไปราชการและเบิกค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลสวนปรุง

๑. ผู้ที่จะเดินทางไปราชการต้องทำเรื่องขออนุมัติเดินทางไปราชการก่อนเดินทาง
๒. กรณีที่เดินทางไปราชการก่อนที่ได้รับอนุมัติหรือไม่ได้แจ้งธุระแล้วเดินทางไปราชการ ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายย้อนหลังได้



## งบประมาณ

โรงพยาบาลสวนปรุงมีงบประมาณสนับสนุนให้เป็นค่าเดินทางไปราชการต่อแพทย์ประจำบ้าน ๑ คน ๕,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ นับตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงกันยายนปีถัดไป ซึ่งไม่สามารถขอใช้ของคนอื่นทดแทนหรือเก็บสะสมไปยังปีงบประมาณอื่นได้ กรณีมีความประสงค์ขอเบิกต้องทำตามขั้นตอนเท่านั้น

## ขั้นตอน

- ก่อนเดินทางไปราชการ แพทย์แจ้งความประสงค์เข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา กับเจ้าหน้าที่ นักการศึกษาของสถาบันฝึกอบรม เพื่อขออนุมัติไปราชการก่อนเดินทาง ๓๐ วัน

- หลังจากเดินทางไปราชการ ต้องส่งหลักฐานการเบิกจ่าย เช่น

**ค่าเดินทาง** (ใบเสร็จค่าเดินทาง และ e-ticket)

**ค่าที่พัก** (ใบเสร็จ และ Folio)

ค่าลงทะเบียนไม่สามารถเบิกได้

**กรณีหลักฐานไม่ครบขอคืนเงินเต็มจำนวน**

## กิจกรรมวิชาการของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่แพทย์ประจำบ้านต้องเข้าร่วมกิจกรรม

โรงพยาบาลสวนปรุงมีงบประมาณสนับสนุนให้เป็นค่าเดินทางไปราชการต่อแพทย์ประจำบ้าน ๑ คน จำนวน ๕,๐๐๐ บาทต่อปีงบประมาณ นับตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึงกันยายน ซึ่งไม่สามารถใช้ของคนอื่นได้)

กิจกรรม	ชั้นปี	รูปแบบ	ข้อมูล
Basic Knowledge for Psychotherapy: TOI	ชั้นปีที่ ๑	ภาคบังคับ	เบิกค่าเดินทาง และค่าที่พักจากโรงพยาบาลสวนปรุง - <b>ค่าเดินทางหลักฐาน</b> (ใบเสร็จค่าเดินทาง และ e-ticket) - <b>ค่าที่พักต้องนำหลักฐาน</b> (ใบเสร็จและ Folio) - <b>กรณี</b> หลักฐานไม่ครบขอคืนเงินเต็มจำนวน
Basic Knowledge for psychotherapy: Psychodynamic formulation	ชั้นปีที่ ๒	ภาคบังคับ	เบิกค่าเดินทาง และค่าที่พักจากโรงพยาบาลสวนปรุง - <b>ค่าเดินทางหลักฐาน</b> (ใบเสร็จค่าเดินทาง และ e-ticket) - <b>ค่าที่พักต้องนำหลักฐาน</b> (ใบเสร็จและ Folio) - <b>กรณี</b> หลักฐานไม่ครบขอคืนเงินเต็มจำนวน -

กิจกรรม	ชั้นปี	รูปแบบ	ข้อมูล
ประชุมราชวิทยาลัย จิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี (เดือนพฤศจิกายน ของทุกปี)	ทุกชั้นปี	ไม่ได้บังคับ	เบิกค่าเดินทาง และค่าที่พักจากโรงพยาบาล สวนปรุง  - ค่าเดินทางหลักฐาน (ใบเสร็จค่าเดินทาง และ e-ticket)
Satir systemic Brief therapy	ชั้นปีที่ ๒ และ ๓	- เป็นวิชา เลือกอิสระ เรียนหรือ ไม่เรียนก็ได้ ตามความ สมัครใจ	- ค่าที่พักต้องนำหลักฐาน (ใบเสร็จและ Folio)  - กรณี หลักฐานไม่ครบขอคืนเงินเต็มจำนวน เบิกค่าเดินทาง และค่าที่พักจากโรงพยาบาล สวนปรุง
Cognitive-behavioral therapy (CBT)			
จิตบำบัดแนวพุทธ			
จิตวิทยาครอบครัวและการ ทำครอบครัวบำบัด (Family Therapy)			
Psychotraumatology and stabilization			
		- แพทย์ ประจำบ้าน รับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายเอง	

เงื่อนไขการเบิกค่าใช้จ่าย

๑. ค่าเดินทางจ่ายให้ตามระเบียบของราชการ ๑,๗๖๐ บาทต่อครั้ง

๒. ค่าที่พักตามจริง แต่ไม่เกิน ๘๐๐บาทต่อคน ต้องพักคู่เท่านั้นยกเว้น กรณีไม่สามารถพักคู่ได้ให้แจ้ง  
เหตุผลความจำเป็น

๓. การเบิกจ่ายต่าง ๆ เป็นไปตามเงื่อนไข และต้องมีใบเสร็จกำกับเท่านั้น ให้ตรวจสอบเอกสารที่จำเป็น  
ในการเบิกจ่ายที่เจ้าหน้าที่นักการศึกษาของสถาบันฝึกอบรม

๔. ประชุมวิชาการประจำปีของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กรณี  
แพทย์ประจำบ้านไปนำเสนอผลงานวิชาการ ในงานประชุมวิชาการของทางราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
โรงพยาบาลสวนปรุงจ่ายค่าเดินทางให้ตามจริง แต่ไม่เกิน ๓,๒๐๐ บาท

## แนวทางปฏิบัติการทำ Core Lecture

๑. กิจกรรม Core lecture เป็นกิจกรรมทบทวนวิชาการ และ case conference จัดโดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สำหรับแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี และทุกสถาบันฝึกอบรมทั่วประเทศ ทุกวันศุกร์ที่ ๒ ของเดือน
  ๒. กิจกรรมเริ่มตั้งแต่ ๘.๐๐-๑๒.๐๐ น. โดย
    - ๒.๑ เวลา ๘.๐๐-๙.๓๐ น. : ทบทวนวิชาการโดยอาจารย์จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญจากสถาบันต่าง ๆ
    - ๒.๒ เวลา ๙.๓๐-๑๒.๐๐ น. : กิจกรรม case conference / psychotherapy conference
  ๓. ให้แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมกิจกรรมผ่าน Teleconference ณ ห้องประชุมสิริกิติยา ชั้น ๓ อาคารอุบลรัตนราชกัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โดยให้แพทย์ประจำบ้านเป็นตัวแทน discussion ใน case conference
  ๔. ในวันที่มีกิจกรรม core lecture แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี จะต้องเข้าร่วมกิจกรรมจนถึงเวลาที่กำหนด

## แนวทางปฏิบัติการทำ Case Conference

๑. กิจกรรม Case conference เป็นกิจกรรมทบทวนกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ มีปัญหาซับซ้อน ที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง (๒ ครั้ง/เดือน)
  ๒. แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑-๓ รับผิดชอบเตรียม case conference ก่อนล่วงหน้า และนำเสนอวันที่กำหนดตามตาราง โดยอาจจะเป็นผู้ป่วยในหอผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วย OPD และผู้ป่วยควรอยู่ในสภาพที่ร่วมมือในการพูดคุยสัมภาษณ์พร้อมที่จะนำมาเข้า conference
  ๓. ประเมินผู้ป่วยก่อนนำผู้ป่วยเข้า case conference โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท การตรวจสภาพจิต การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งทดสอบทางจิตวิทยาตามความเหมาะสม รวมถึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ของการนำผู้ป่วยเข้า case conference ถามความสมัครใจของผู้ป่วยและขออนุญาตผู้ป่วย/แพทย์เจ้าของไข้ ก่อนนำผู้ป่วยเข้า conference
  ๔. บอกอาจารย์ผู้รับผิดชอบก่อนล่วงหน้า ๑ สัปดาห์ ควรเตรียม protocol ประวัติผู้ป่วยเพื่อส่งให้อาจารย์ผู้ควบคุมก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วันทำการ ก่อนวันทำ conference จริง
  ๕. จองห้องประชุม และแจ้งเวลาและสถานที่ในการทำ case conference แก่แพทย์ประจำบ้านคนอื่น ๆ อาจารย์จิตแพทย์ และบุคลากรสหวิชาชีพทราบ เพื่อให้เข้าร่วมกิจกรรม
  ๖. แพทย์ประจำบ้านที่เตรียม protocol เป็นผู้นำเสนอ case ส่วนแพทย์ประจำบ้านอื่น ๆ อาจารย์จิตแพทย์ และบุคลากรสหวิชาชีพ ชักถามประวัติและอาการเพิ่มเติม และร่วมอภิปรายเพื่อสรุปการวินิจฉัยโรค แนวทางการวางแผนการรักษา และ psychodynamic formulation แพทย์ประจำบ้านต้องตระหนักถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยและเอกสารประกอบการทำกิจกรรม
  ๗. อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินผลและให้คะแนนหลังการทำ case conference

## แนวทางปฏิบัติการทำ Journal Club

๑. กิจกรรม Journal club เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อนำบทความทางวิชาการเกี่ยวกับวงการจิตเวชศาสตร์ที่น่าสนใจมาวิเคราะห์ร่วมกันระหว่างแพทย์ประจำบ้านและคณาจารย์จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อทบทวนความรู้ และเป็นแนวทางในการออกแบบงานวิจัย
๒. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑-๓ มีหน้าที่เลือกบทความวิชาการที่ตนสนใจ ๒-๓ เรื่องล่วงหน้า อย่างน้อย ๒ สัปดาห์ เพื่อปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุม และเลือกบทความวิชาการที่เหมาะสม มานำเสนอ ซึ่งบทความวิชาการดังกล่าวควรได้รับการตีพิมพ์ในวารสารระดับนานาชาติที่น่าเชื่อถือหรือระดับชาติ ภายในระยะเวลาไม่เกิน ๓ ปี
๓. แพทย์ประจำบ้านผู้รับผิดชอบ จัดเตรียมสื่อที่ใช้นำเสนอ เอกสารสำหรับผู้เข้าร่วม จองห้องประชุม และแจ้งเวลาสถานที่ในการทำ journal club แก่แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ก่อนล่วงหน้า โดยมีเวลาการนำเสนอประมาณ ๓๐ นาที ควรนำเสนอหัวข้อที่สำคัญ เช่น rational, research question / objective, methodology, population ,inclusion & exclusion criteria, measurement, data collection, data analysis, results and research findings, discussion, concluded finding, consistent and inconsistent with the others, limitations of the study, and implication to practice
๔. แพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมประชุม และคณาจารย์ร่วมอภิปราย แสดงข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
๕. แพทย์ประจำบ้านผู้นำเสนอเตรียมใบประเมินให้อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินทุกครั้ง

## แนวทางปฏิบัติการทำ Noon report

๑. กิจกรรม Noon report เป็นกิจกรรมทบทวนกรณีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลสวนปรุง นอกเวลาราชการ เพื่อเป็นการทบทวนแนวทางการประเมิน วินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยเบื้องต้น โดยคณาจารย์จิตแพทย์
๒. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน ติดต่อ อาจารย์จิตแพทย์ผู้ควบคุมกิจกรรม Noon report ประจำเดือน เพื่อนัดหมายวันเวลาทำกิจกรรม
๓. แพทย์ประจำบ้านเลือกกรณีผู้ป่วย ๒ ราย หรือกรณีผู้ป่วยที่ได้รับการเลือกโดยคณาจารย์ เพื่อการทบทวน พร้อมแจ้งแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ โดยแพทย์ประจำบ้านจะจัดเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น ดังต่อไปนี้
  - ๓.๑ ประวัติเบื้องต้น : อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีตที่เกี่ยวข้อง
  - ๓.๒ การตรวจร่างกายเบื้องต้น การส่งตรวจเพิ่มเติมที่สำคัญ
  - ๓.๓ การวินิจฉัยเบื้องต้น และเหตุผลสนับสนุน
  - ๓.๔ แนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น
๔. คณาจารย์ร่วมให้ความเห็นในกรณีผู้ป่วยแต่ละราย และอาจารย์ผู้ควบคุมมีหน้าที่ประเมินแพทย์ประจำบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรม

## แนวทางปฏิบัติการทำ Psychodynamic conference

๑. กิจกรรม Psychodynamic conference เป็นกิจกรรมนำเสนอกรณีผู้ป่วย โดยเน้นความเข้าใจ psychodynamic formulation ของผู้ป่วย และวางแผนการรักษาทางจิตวิทยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น (๑ ครั้ง/เดือน)

๒. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑-๓ มีหน้าที่เลือกกรณีผู้ป่วยที่น่าสนใจ และมีความเหมาะสมในการทำ จิตบำบัด ปรึกษากับอาจารย์ผู้ควบคุมล่วงหน้าก่อนวันนำเสนออย่างน้อย ๒ สัปดาห์ โดยในวันนำเสนอ แพทย์ ประจำบ้านผู้นำเสนอมีหน้าที่จัดเตรียมสื่อการนำเสนอ เอกสารประกอบการนำเสนอ ห้องประชุม และแจ้งวัน เวลา กับ แพทย์ประจำบ้านและคณาจารย์จิตแพทย์ โดยมีหัวข้อการนำเสนอต่อไปนี้

๒.๑ ประวัติเบื้องต้น ของผู้ป่วย : อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติครอบครัว ประวัติอดีตที่สำคัญ

๒.๒ ประวัติสำหรับการทำความเข้าใจผู้ป่วยเชิง psychodynamic : premorbid personality, &P (predisposing, precipitating, perpetuating, protective factors)

๒.๓ การวินิจฉัย และการรักษาเบื้องต้นที่ได้ทำไปแล้ว

๒.๔ ข้อมูลอื่น ๆ ตามคำแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุม

๓. แพทย์ประจำบ้านผู้นำเสนอ ควรแจ้งผู้ป่วยเพื่อเข้าร่วมใน conference หลังการอภิปราย

๔. โดยกิจกรรม Psychodynamic conference มีกำหนดการดังนี้

๔.๑ แพทย์ประจำบ้านผู้นำเสนอ นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย ๑๕ นาที

๔.๒ แพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์ผู้ควบคุม ชักถามและอภิปราย ๔๕ นาที

๔.๓ แพทย์ประจำบ้าน หรืออาจารย์ผู้ควบคุม สัมภาษณ์ผู้ป่วย ๓๐ นาที

๔.๔ ผู้เข้าร่วมประชุม ร่วมสรุปข้อมูลของผู้ป่วย และวางแผนการรักษาร่วมกัน ๒๐ นาที

๔.๕ แพทย์ประจำบ้านผู้นำเสนอ สรุปความรู้ที่ได้ และการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ๕ นาที

๕. อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินแพทย์ประจำบ้านผู้นำเสนอ

## แนวทางการทำ Psychotherapy seminar

๑. แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ และ ๓ เป็นผู้รับผิดชอบเตรียมข้อมูลผู้ป่วยก่อนล่วงหน้า โดยนำข้อมูล ผู้ป่วยที่ตนเองดูแลและให้การรักษาโดยทำจิตบำบัดอยู่ แล้วนำเสนอตามวันและเวลาที่ไว้ตามตาราง

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางระบบประสาท การตรวจสภาพจิต การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการส่งทดสอบทางจิตวิทยาตามความเหมาะสม

๓. นำข้อมูลของการรักษาโดยการบำบัดในแต่ละครั้งมาสรุปรวบรวมทำประวัติในการรักษาแต่ละครั้ง

๔. แจ้งอาจารย์ผู้ควบคุมก่อนล่วงหน้า ๑ สัปดาห์ ควรเตรียมข้อมูลผู้ป่วยเพื่อส่งให้อาจารย์และแพทย์ ประจำบ้านก่อนล่วงหน้าอย่างน้อย ๓ วันก่อนทำ conference

๕. จองห้องประชุม และแจ้งเวลาและสถานที่ในการทำ psychotherapy conference แก่แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ผู้ควบคุมล่วงหน้า
๖. เตรียมใบประเมินให้อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินทุกครั้ง
๗. นำเสนอประวัติของผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลของการรักษาโดยการบำบัดในแต่ละครั้ง
๘. เปิดโอกาสให้แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ซักถามเพิ่มเติม
๙. แพทย์ประจำบ้านดำเนินการอภิปรายเกี่ยวกับ psychodynamic formulation และขบวนการรักษาโดยการบำบัดในแต่ละครั้ง
๑๐. เชิญอาจารย์ผู้ควบคุมอภิปราย เสนอข้อคิดเห็น
๑๑. ให้อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินผลและให้คะแนนหลังการทำ psychotherapy conference
๑๒. ให้แพทย์ประจำบ้านเขียนสรุปผลการ discussion ในประวัติของผู้ป่วย นำใบประเมินส่งเลขาธิการศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมภายใน ๑ สัปดาห์

### แนวทางการปฏิบัติการทำ Topic review

๑. แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑-๓ รับผิดชอบทำ seminar & topic review ตามตารางที่กำหนด
๒. แพทย์ผู้รับผิดชอบรวบรวมข้อมูลจัดทำบทความทางวิชาการตามหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย โดยรวบรวมและสรุปจากหนังสือตำราทางวิชาการ เอกสารทางวิชาการหรือบทความทางวิชาการใหม่ ๆ โดยปรึกษาอาจารย์ผู้ควบคุมก่อนล่วงหน้า เนื้อหาที่ควรนำเสนอ เช่น definition, epidemiology, etiology เป็นต้น
๓. แจ้งอาจารย์ผู้ควบคุมก่อนล่วงหน้า ๑ สัปดาห์ และถ่ายเอกสารบทความที่ทำแล้วให้กับอาจารย์ผู้ควบคุมและแพทย์ประจำบ้านก่อนล่วงหน้าวันที่ทำ
๔. เตรียมใบประเมินคะแนน และใบประเมินให้อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินทุกครั้ง
๕. นำเสนอเนื้อหาบทความโดยใช้วิธีการที่น่าสนใจ รวมทั้งการใช้สื่อหรืออุปกรณ์ที่เหมาะสม
๖. แพทย์ประจำบ้านร่วมกันอภิปรายเกี่ยวกับเนื้อหาบทความที่นำเสนอ
๗. เชิญอาจารย์ผู้ควบคุมอภิปราย เสนอข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
๘. ให้อาจารย์ผู้ควบคุมประเมินผลและให้คะแนนหลังการทำ seminar & topic review
๙. หลังจบการนำเสนอ ให้ส่ง file ที่แก้ไขเรียบร้อยแล้ว และใบ CME ส่งแผนกธุรการเพื่อเก็บรวบรวมภายใน ๑ สัปดาห์
๑๐. สถาบันฝึกอบรมจะรวบรวมเอกสารความรู้ประกอบการบรรยายที่ได้นำเสนอตลอดปีการศึกษา เก็บไว้เพื่อเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

## แนวทางการเรียนกิจกรรม Self-development

เป็นกิจกรรมเพื่อให้แพทย์ได้ประจำบ้านได้พัฒนาและเรียนรู้ตนเองด้านจิตใจและการดำเนินชีวิตผ่านกิจกรรมต่าง ๆ โดยจัดเดือนละ ๑ ครั้ง โดยจะแบ่งการเรียนรู้ออกเป็นสามส่วนหลักได้แก่ การเรียนรู้ตนเอง การเรียนรู้สิ่งรอบตัว และการเรียนรู้สังคม ระบบ และประเทศชาติ

## แนวทางปฏิบัติการ Supervision

แพทย์ประจำบ้านทุกคนจะมีอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างน้อย ๑ ท่าน เพื่อให้คำปรึกษาในขณะ Round ward รวมถึง supervision โดยอาจารย์ที่ Supervision จะยึดตามกลุ่มที่แพทย์ประจำบ้านทำงาน OPD และ IPD ว่า อยู่กลุ่ม A หรือ กลุ่ม B โดยอาจารย์ที่ปรึกษาจะทำหน้าที่ปรึกษาปัญหาจิตใจ รวมถึงให้คำปรึกษาเพื่อแนะแนวด้านวิชาชีพและวางแผนในอนาคต การดูแลผู้ป่วยแก่แพทย์ประจำบ้าน โดยแนวทางการ Supervision ยึดหลัก confidentiality

แพทย์ประจำบ้านจะต้องมี Supervision ๒ ชั่วโมง/สัปดาห์ โดยจะมีการเปลี่ยนอาจารย์ Supervision ทุก ๓ เดือน โดยจะมีการ feedback ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียน รวมถึง แพทย์ประจำบ้านจะต้องจดสิ่งที่เรียนรู้จากการ Supervision ใน reflection sheet (E logbook) เพื่อเก็บเป็น portfolio

ในช่วงสิ้นปีการศึกษา เมื่อสิ้นสุดปีการศึกษาจะมีการประชุมของคณะกรรมการกำกับดูแลการฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อพัฒนาแพทย์ประจำบ้านต่อไป

### ตารางอาจารย์ Supervision แพทย์ประจำบ้านในแต่ละชั้นปี ซึ่งจะมีการ Supervision

ทุกวันจันทร์และวันพุธ ช่วงเวลา ๘.๐๐ ถึง ๙.๐๐ น.

แพทย์ประจำบ้าน	ก.ค.-ก.ย.	ต.ค.-ธ.ค.	ม.ค.-มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑-๑	อ.อติทยาพร	อ.กิตติวรณ	อ.วจนะ	อ.กนิษฐพจน์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑-๒	อ.การันตร์	อ.กิตติศักดิ์	อ.กฤษณ์ติพงษ์	อ.กิตติวรณ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑-๓	อ.กนิษฐพจน์	อ.กิตติพงศ์	อ.การันตร์	อ.อติทยาพร
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒-๑	อ.กฤษณ์ติพงษ์	อ.อภิชาติ	อ.กนิษฐพจน์	อ.กิตติพงศ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒-๒	อ.กิตติวรณ	อ.อติทยาพร	อ.กิตติศักดิ์	อ.การันตร์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒-๓	อ.อติทยาพร	อ.วจนะ	อ.การันตร์	อ.กฤษณ์ติพงษ์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓-๑	อ.การันตร์	อ.กิตติศักดิ์	อ.อภิชาติ	อ.กิตติวรณ
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓-๒	อ.กิตติวรณ	อ.กฤษณ์ติพงษ์	อ.ปรีทัศน์	อ.การันตร์
แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓-๓	อ.วจนะ	อ.อติทยาพร	อ.กิตติพงศ์	อ.วจนะ

ตารางอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้โดยจะแจ้งใน line กลุ่มการศึกษาโรงพยาบาลสวนปรุง

## การวัดผลและการประเมินผล

โรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้รับการฝึกอบรม ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ให้สอดคล้องไปกับผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรมอันพึงประสงค์ ๖ ด้าน และเน้นการฝึกอบรมจากฐานการปฏิบัติ (practice-based training) โดยมอบหมายให้ผู้รับการฝึกอบรมมีส่วนร่วมรับผิดชอบการบริหารผู้ป่วยตามระดับ ศักยภาพในการการเรียนรู้ของผู้รับการฝึกอบรม (trainee-centered) ซึ่งมีการบูรณาการการฝึกอบรมเข้ากับการบริหารผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามแผนที่การกระจายความรับผิดชอบของหลักสูตร (curriculum mapping) ตารางที่ ๑ นอกจากนี้สถาบันฝึกอบรมมีการกำหนดแนวทางและดำเนินการวัดและประเมินผลผู้รับการฝึกอบรม ที่สอดคล้องกับสมรรถนะหลัก ๖ ด้าน และครอบคลุมความรู้ ทักษะ และเจตคติ โดยดำเนินการวัดและ ประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมตามมิติต่าง ๆ ดังนี้

มิติที่ ๑ ประเมินสมรรถนะ EPA ตามที่ อฟส. กำหนด

มิติที่ ๒ การประเมินสมรรถนะด้านทักษะทางคลินิก เจตคติและ professionalism

มิติที่ ๓ การประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลจากเวชระเบียน

มิติที่ ๔ การรายงานผลการสอบจัดโดยสถาบัน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

มิติที่ ๕ การรายงานความก้าวหน้าผลงานวิจัย

### มิติที่ ๑ ประเมินสมรรถนะ EPA ตามที่ อฟส.กำหนด

โรงพยาบาลสวนปรุงได้มีกิจกรรมที่มีความสำคัญมาก (critical activities) สำหรับทุกคนที่จะประกอบ อาชีพสาขาจิตเวชศาสตร์ต้องทำได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้องและมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย จึงบรรลุผลสัมฤทธิ์ ของแผนงานฝึกอบรม โดยมีจำนวน ๙ กิจกรรม ดังนี้

๑. Psychiatric evaluation and diagnosis

๒. Treatment planning and management

๓. Psychotherapy

๔. Somatic therapies (including psychopharmacology and neurostimulation therapies)

๕. Clinical consultation

๖. Interprofessional and team communication

๗. Development and execution of lifelong learning through constant self-evaluation (including critical evaluation of research and clinical evidence)

๘. Professional behavior and ethical principles

๙. Patient safety

โดยจะมีการประเมินทุก ๖ เดือนจากอาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินตนเอง (self reflection) และ feedback โดยมีรูปแบบของ achievable milestone ตามแต่ละชั้นปีของแพทย์ประจำบ้าน



ตารางแสดงกิจกรรมที่ใช้ประเมินแต่ละ EPA แยกตามชั้นปีการฝึกอบรม

EPA	ชั้นปีที่ ๑	ชั้นปีที่ ๒	ชั้นปีที่ ๓
EPA ๑ : Psychiatric evaluation and diagnosis	IPD	OPD, ER	OPD, ER
EPA ๒ : Treatment planning and management	Case conference	OPD, ER	OPD, ER
EPA ๓ : Psychotherapy	Supervision	Psychotherapy seminar	Psychotherapy seminar
EPA ๔ : Somatic therapies (including psychopharmacology and neurostimulation therapies)	TMS	ECT	ECT
EPA ๕ : Clinical consultation	ER	ER	Consult
EPA ๖ : Interprofessional and team communication	Round ward	Round ward	Round ward
EPA ๗ : Development and execution of lifelong learning through constant self-evaluation	Journal club	Journal club	Research Seminar
EPA ๘ : Professional behavior and ethical principles	Supervision	Supervision	Supervision
EPA ๙ : Patient safety	Noon Report	Noon Report	Noon Report

ความหมายของกิจกรรมต่างๆ

- IPD หมายถึง การปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน
- OPD หมายถึง การตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
- ER หมายถึง การอยู่เวรและรับปรึกษาแผนกฉุกเฉิน
- Case conference หมายถึง การอภิปรายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชทั่วไป
- Supervision หมายถึง การปรึกษาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเชิงวิชาการกับอาจารย์จิตแพทย์
- Psychotherapy seminar หมายถึง การอภิปรายเกี่ยวกับการวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชในประเด็นการทำจิตบำบัด
- ECT หมายถึง การรักษาด้วยการกระตุ้นสมองด้วยไฟฟ้า
- rTMS หมายถึง การรักษาด้วยการกระตุ้นด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
- Consult หมายถึง การปฏิบัติงานในรายวิชาจิตเวชให้คำปรึกษา

- Topic review/Seminar หมายถึง การอภิปรายหรือบรรยายเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ทบทวนความรู้ทั่วไปทางจิตเวชศาสตร์ โดยแพทย์ประจำบ้าน หรือ อาจารย์ สรุปเนื้อหาเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากหนังสือ ตำรา หรือ วารสารทางการแพทย์
- Journal club หมายถึง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับองค์ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์ จากวารสารหรือวิจัยร่วมกับอาจารย์จิตแพทย์
- Research seminar หมายถึง การอภิปรายถึงงานวิจัยที่แพทย์ประจำบ้านได้รับผิดชอบและรายงานความก้าวหน้าของงานวิจัย
- Noon report หมายถึง การรายงานและอภิปรายผู้ป่วยในขณะที่แพทย์ประจำบ้านอยู่เวร

#### ตารางแสดงอาจารย์ที่ประเมินแพทย์ประจำบ้านในแต่ละ EPA

EPA	Staff ward round	Staff OPD A/B	Supervision	Staff psychotherapy seminar	ECT staff	TMS staff	Consult staff	APPJ staff
EPA ๑ : Psychiatric evaluation and diagnosis	X	X						
EPA ๒ : Treatment planning and management	X	X						
EPA ๓ : Psychotherapy			X	X				
EPA ๔ : Somatic therapies (including psychopharmacology and neurostimulation therapies)					X	X		
EPA ๕ : Clinical consultation		X					X	
EPA ๖ : Interprofessional and team communication	X							
EPA ๗ : Development and execution of lifelong learning through constant self-evaluation								X
EPA ๘ : Professional behavior and ethical principles			X					
EPA ๙ : Patient safety	X	X						

APPJ = Academic Psychiatry and Psychology Journal (วารสารสวนปรุง)

## มิตินี้ ๒ การประเมินสมรรถนะด้านทักษะทางคลินิก เจตคติและ professionalism

โรงพยาบาลสวนปรุงจะใช้วิธีการประเมิน ๓๖๐ องศาจากทีมสหวิชาชีพ เพื่อประเมินด้านคลินิก เจตคติ และ professionalism โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้านในกิจกรรมต่างๆ

## มิตินี้ ๓ การประเมินคุณภาพการรักษาพยาบาลจากเวชระเบียน

องค์กรแพทย์จะมีการตรวจประเมินเวชระเบียนโดยใช้ระบบ Peer review และมีแบบฟอร์มการประเมินเวชระเบียนเพื่อให้คะแนน รวมถึงจะมีการรายงานผลคะแนนในการประชุมองค์กรแพทย์ ทุก ๑ เดือน และมี feedback แจ้งแพทย์ประจำบ้านที่เกี่ยวข้อง

## มิตินี้ ๔ การรายงานผลการสอบจัดโดยสถาบัน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

วิธีการประเมินของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีเป็นดังนี้

### แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑

#### ๑. ภาคทฤษฎี

๑.๑ ประเมินโดยการสอบ มีการสอบข้อเขียนดังนี้

- ครั้งที่ ๑ การสอบ MCQ เพื่อวัดความรู้ โดย สรจร
- ครั้งที่ ๒ การสอบ Essay และ CRQ เพื่อวัดความรู้พื้นฐานท้ายปีการศึกษา โดยสถาบัน

๑.๒ ประเมินรายวิชา ของหลักสูตร ป. บัณฑิตชั้นสูง

#### ๒. ภาคปฏิบัติ

การสอบ Interview ผู้ป่วยจำนวน ๑ ราย

วิธีการประเมิน สัดส่วน

สอบ สรจร. ๕%

สอบ วัดความรู้โดยสถาบัน ๔๕%

สอบ Interview ๕๐%

รวม ๑๐๐%

### เกณฑ์การเลื่อนชั้นปี

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ต้องได้คะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๖๐% และเกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐ จึงจะมีสิทธิ์เลื่อนเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ ตามเกณฑ์ของหลักสูตร ป บัณฑิตชั้นสูง และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านจะสามารถสอบแก้ตัวได้ ๒ ครั้งในการสอบ Interview โดยจะต้องได้คะแนนในการสอบสัมภาษณ์ไม่ต่ำกว่า ๖๐ คะแนน ซึ่งการสอบสัมภาษณ์แก้ตัวเมื่อผ่านจะได้คะแนนเท่ากับเกณฑ์ขั้นต่ำสุดที่ผ่าน

## แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒

๑. ภาคทฤษฎี ประเมินโดยการสอบ มีการสอบข้อเขียนดังนี้
  - ครั้งที่ ๑ การสอบ MCQ เพื่อวัดความรู้ โดย สรอก
  - ครั้งที่ ๒ การสอบ Essay และ CRQ เพื่อวัดความรู้พื้นฐานท้ายปีการศึกษาโดยสถาบัน

### ๒. ภาคปฏิบัติ

การสอบ Interview ผู้ป่วยจำนวน ๑ ราย

การสอบ Psychotherapy Seminar ๑ ราย

วิธีการประเมิน สัดส่วน

สอบ สรอก. ๕%

สอบ วัดความรู้โดยสถาบัน ๔๕%

สอบ Interview ๑ ราย ๒๕%

สอบ Psychotherapy Seminar ๑ ราย ๒๕%

รวม ๑๐๐%

## เกณฑ์การเลื่อนชั้นปี

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ ต้องได้คะแนนเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๖๐% และเกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐ จึงจะมีสิทธิ์เลื่อนเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๓ ตามเกณฑ์ของหลักสูตร ป บัณฑิตชั้นสูง และราชวิทยาลัยจิตแพทย์ โดยแพทย์ประจำบ้านจะสามารถสอบแก้ตัวได้ ๒ ครั้งในการสอบ Interview โดยจะต้องได้คะแนนในการสอบสัมภาษณ์ไม่ต่ำกว่า ๖๐ คะแนน ซึ่งการสอบสัมภาษณ์แก้ตัวเมื่อผ่านจะได้คะแนนเท่ากับเกณฑ์ขั้นต่ำสุดที่ผ่าน

## แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓

๑. ภาคทฤษฎี ประเมินโดยการสอบ มีการสอบข้อเขียนดังนี้
  - ครั้งที่ ๑ การสอบ MCQ เพื่อวัดความรู้ โดย สรอก
  - ครั้งที่ ๒ การสอบ Essay และ CRQ เพื่อวัดความรู้พื้นฐานท้ายปีการศึกษาโดยสถาบัน

### ๒. ภาคปฏิบัติ

การสอบ Interview ผู้ป่วยจำนวน ๑ ราย

การสอบ Psychotherapy Seminar จำนวน ๑ ราย

การสอบ Journal seminar

วิธีการประเมิน สัดส่วน

สอบ สรอก. ๕%

สอบ วัดความรู้โดยสถาบัน ๔๕%

สอบ Interview ๑ ราย ๒๕%

สอบ Research Seminar ๒๕%

รวม ๑๐๐%

**เกณฑ์การเลื่อนชั้นปี**

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ ต้องได้เกรดเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๓.๐๐ จึงจะได้รับประกาศนียบัตรชั้นสูงสาขา  
วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์คลินิก และมีสิทธิ์สมัครสอบเพื่อวุฒิบัตรโดยแพทย์ประจำบ้านจะสามารถสอบแก้ตัว  
ได้ ๒ ครั้งในการสอบ Interview โดยจะต้องได้คะแนนในการสอบสัมภาษณ์ไม่ต่ำกว่า ๖๐ คะแนน ซึ่งการสอบ  
สัมภาษณ์แก้ตัวเมื่อผ่านจะได้คะแนนเท่ากับเกณฑ์ขั้นต่ำสุดที่ผ่าน

## มิติที่ ๕ การรายงานความก้าวหน้าผลงานวิจัย

กิจกรรม Research Seminar เพื่อติดตามความก้าวหน้าผลงานวิจัย โดยมีตารางความก้าวหน้าดังต่อไปนี้

เดือนที่	ประเภทกิจกรรม
๖	จัดเตรียมคำถามวิจัยและติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
๙	จัดทำโครงร่างงานวิจัย
๑๒	สอบโครงร่างงานวิจัยในกิจกรรม Research Seminar
๑๓	ขอรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ ขอทุนสนับสนุนงานวิจัยจากแหล่งทุน
เดือนที่	ประเภทกิจกรรม
๑๕	เริ่มเก็บข้อมูล
๒๑	นำเสนอความคืบหน้างานวิจัยในกิจกรรม Research Seminar
๓๐	วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลงานวิจัย
๓๑	ดำเนินการจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
๓๓	นำส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านการรับรองจากสถาบันฯ เพื่อส่งต่อไปยังราชวิทยาลัย จิตแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ทำการประเมินผลสำหรับประกอบคุณสมบัติการเข้าสอบเพื่อวุฒิบัตรภาคปฏิบัติ

กรอบการดำเนินงานวิจัยในเวลา ๓ ปี (๓๖ เดือนของการฝึกอบรม)

สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ก. เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ แล้ว ต้องดำเนินการทำวิจัยตามข้อตกลงโดยเคร่งครัด

ข. เมื่อมีการลงนามในเอกสารชี้แจงผู้ป่วยหรือผู้แทนเพื่อให้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ต้องให้สำเนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนเก็บไว้ ๑ ชุด และเก็บไว้ที่ผู้วิจัย ๑ ชุด

ค. ต้องมีหลักฐานที่แสดงถึงสถานะการเข้าร่วมงานวิจัยของผู้ป่วยระบุไว้ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล

ง. การตรวจหรือรักษาเพิ่มเติมจากโครงการวิจัยที่ผ่านการรับรองแล้ว โดยการกระทำดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ ไม่สามารถทำได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น ยกเว้นได้มีการระบุในโครงการวิจัยและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ แล้ว และผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย

จ. กรณีที่โครงการวิจัยกำหนดให้ทำการตรวจหรือรักษาที่เพิ่มเติมจากการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ หากมีผลลัพธ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อประโยชน์ให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วย ให้ดำเนินการแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ เพื่อวางแผนแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบต่อไป

ฉ. หากเกิดกรณีอื่นนอกเหนือการคาดการณ์ ให้รีบปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย หรือ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ กรณีที่ไม่สามารถปรึกษาได้ ให้ย้อนกลับไปใช้หลักพื้นฐาน ๓ ข้อ ของ จริยธรรมทางการแพทย์ในการตัดสินใจ คือ

- (๑) การถือประโยชน์สุขของผู้ป่วยเป็นหลัก และการไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย
- (๒) การเคารพสิทธิของผู้ป่วย
- (๓) การยึดมั่นในหลักความเสมอภาคของทุกคนในสังคมที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ตาม

มาตรฐาน

### การอุทธรณ์เกี่ยวกับการวัดและการประเมินผล

ผู้ฝึกอบรมมีสิทธิยื่นอุทธรณ์เกี่ยวกับการวัดและประเมินผลโดยสามารถทำหนังสือร้องทุกข์ ถึงประธาน คณะกรรมการอำนวยการจัดการหลักสูตรภายใน ๑๕ วันนับตั้งแต่วันที่ได้ทราบเหตุแห่งการร้องทุกข์ หรือ อุทธรณ์ดังกล่าว โดยสามารถร้องขอผลการประเมินได้หากมีข้อสงสัย โดยแพทย์ประจำบ้านสามารถเขียนคำ ร้องหนังสืออุทธรณ์ดังตัวอย่างแนบ

### การอุทธรณ์ผลการคัดเลือกแพทย์ประจำบ้าน

ท่านสามารถสอบถามรายละเอียดทางเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลหลักสูตรที่เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๕๓๙๐ ๘๕๐๐ โดย สามารถโทรได้ในเวลาราชการ มีช่องทางการอุทธรณ์ผลการคัดเลือก Email : mso.suanprung@gmail.com ซึ่งจะอุทธรณ์ได้ไม่เกิน ๑ เดือนหลังทราบผลการอุทธรณ์ โดยเขียนคำร้องที่เอกสารหนังสืออุทธรณ์

## หนังสืออุทธรณ์

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....สังกัด.....

ตำแหน่ง  แพทย์ใช้ทุน      ชั้นปีที่  ๑    ๒    ๓    ๔    ๕    ๖  
 แพทย์ประจำบ้าน      ชั้นปีที่  ๑    ๒    ๓    ๔    ๕  
 แพทย์ประจำบ้านต่อยอด      ชั้นปีที่  ๑    ๒

มีความประสงค์ขออุทธรณ์.....

.....  
 .....  
 .....  
 .....

เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้าได้ใช้สิทธิ์หลักเกณฑ์ตามการ  
 ปฏิบัติสำหรับแพทย์ฯ และขอรับรองข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้ว  
 ปรากฏว่าข้อความดังกล่าวเป็นเท็จให้ถือว่าข้าพเจ้ากระทำความผิดนั้นจริง และดำเนินโทษตามที่คาดโทษไว้  
 โดยไม่มีสิทธิ  
 เรียกร้องใด ๆ

ลงชื่อ.....ผู้ขออุทธรณ์

(.....)



## วิธีปฏิบัติกรณีแพทย์ประจำบ้านในโรงพยาบาลประพจน์ไม่เหมาะสม ตามจรรยาบรรณหรือมาตรฐานวิชาชีพ

เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์เมื่อเกิดการประพจน์ไม่เหมาะสมตามจรรยาบรรณหรือมาตรฐานวิชาชีพนั้น จึงใช้มาตรการ ๒ ส่วน ได้แก่ ระบบองค์กรแพทย์ และระบบการศึกษา

### ระบบองค์กรแพทย์

๑. ในกรณีมีหนังสือร้องเรียนเรื่องแพทย์ในโรงพยาบาลประพจน์ไม่เหมาะสมตามจรรยาบรรณ หรือมาตรฐานวิชาชีพ หรือกรณีที่มีการตรวจสอบพบจากองค์กรแพทย์ให้แจ้งผู้อำนวยการรับทราบ

๒. ผู้อำนวยการนำเข้าวาระการประชุมขององค์กรแพทย์ สมาชิกองค์กรแพทย์เป็นคณะกรรมการในการพิจารณาและดำเนินการตามมติที่ประชุม

### ระบบการศึกษา

ภายในระบบการศึกษามีการประชุมกับคณะกรรมการศึกษา เพื่อพิจารณาถึงโทษที่แพทย์ประจำบ้านได้รับ ซึ่งมีตั้งแต่ ว่ากล่าวตักเตือน เรียนซ้ำในกิจกรรมนั้น ลาออก และให้ออก การดำเนินการเพื่อยุติการฝึกอบรม

ก. การลาออก แพทย์ประจำบ้านต้องทำเรื่องชี้แจงเหตุผลก่อนพักการปฏิบัติงานล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ เมื่อสถาบันฝึกอบรมอนุมัติให้พักการปฏิบัติงานแล้วจึงแจ้งต่อคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบและแจ้งต่อแพทย์สภาพร้อมความเห็นประกอบว่าสมควรให้พักสิทธิ์การสมัครเป็นแพทย์ประจำบ้านเป็นเวลา ๑ ปี ในปีการศึกษาถัดไปหรือไม่ โดยพิจารณาจากเหตุผลประกอบการลาออกและคำชี้แจงจากสถาบันฝึกอบรม การลาออกจะถือว่าสมบูรณ์เมื่อได้รับอนุมัติจากแพทย์สภา

#### ข. การให้ออก

(๑) ปฏิบัติงานโดยขาดความรับผิดชอบหรือประพจน์ผิดต่อคนเสื่อมเสียร้ายแรงจนก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยหรือต่อชื่อเสียงของสถาบันฝึกอบรม

(๒) ปฏิบัติงานโดยขาดความรับผิดชอบหรือประพจน์ผิดต่อคนเสื่อมเสีย ไม่มีการปรับปรุงพฤติกรรมหลังการตักเตือน และกระทำซ้ำภายหลังการภาคทัณฑ์

เมื่อสถาบันฝึกอบรมเห็นสมควรให้ออก ให้ทำการแจ้งแพทย์ประจำบ้านรับทราบพร้อมให้พักการปฏิบัติงาน แล้วทำเรื่องแจ้งต่อคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบ และแพทย์สภาตามระเบียบ เมื่อแพทย์สภาอนุมัติจึงถือว่าการให้ออกสมบูรณ์

## การจัดประสบการณ์การเรียนรู้แพทย์ประจำบ้าน

ระยะเวลาของหลักสูตรทั้งหมด ๓๖ เดือน ทางโรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดประสบการณ์การปฏิบัติงานในแต่ละส่วนตามระยะเวลาต่อไปนี้เป็นอย่างน้อย ตามที่กำหนดดังนี้

### แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ ปฏิบัติงานที่

- จิตเวชศาสตร์ภาควิชาทฤษฎีและภาควิชาปฏิบัติ ที่โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นระยะเวลา ๙ เดือน
- วิชาประสาทวิทยา ที่ภาควิชาประสาทวิทยา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา ๓ เดือน

### แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ ปฏิบัติงานที่

- จิตเวชศาสตร์ภาควิชาทฤษฎีและภาควิชาปฏิบัติที่โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นระยะเวลา ๘ เดือน
- จิตเวชศาสตร์การรับปรึกษา ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา ๑ เดือน
- จิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นระยะเวลา ๓ เดือน

### แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓ ปฏิบัติงานที่

- จิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นระยะเวลา ๓ เดือน
- จิตเวชศาสตร์ภาควิชาทฤษฎีและภาควิชาปฏิบัติที่โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นระยะเวลา ๒ เดือน
- จิตเวชการรับปรึกษาที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็น

ระยะเวลา ๒ เดือน

- จิตเวชศาสตร์ชุมชนที่โรงพยาบาลสวนปรุง ๒ สัปดาห์
- จิตเวชศาสตร์การเสพติด ที่กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็น

ระยะเวลา ๑ เดือน

- นิติจิตเวชศาสตร์ ที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เป็นระยะเวลา ๒ สัปดาห์
- วิชาเลือกเสรี ๒ เดือน โดยให้แพทย์ประจำบ้านสามารถเข้าฝึกอบรมในสาขาที่สนใจในสถาบันอื่นได้
- จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็น

ระยะเวลา ๑ เดือน

ตารางการจัดประสบการณ์การปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุง  
ปีการศึกษา ๒๕๖๖-๒๕๖๗

แพทย์ประจำบ้าน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
ชั้นปีที่ ๑ A	SP	SP	SP	Neu	Neu	Neu	SP	SP	SP	SP	SP	SP
ชั้นปีที่ ๑ A	SP	SP	SP	SP	SP	SP	Neu	Neu	Neu	SP	SP	SP
ชั้นปีที่ ๑ B	SP	Neu	Neu	Neu	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
ชั้นปีที่ ๒ A	PED	PED	PED	Cons	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
ชั้นปีที่ ๒ A	SP	SP	SP	PED	PED	PED	Cons	SP	SP	SP	SP	SP
ชั้นปีที่ ๒ B	SP	SP	SP	SP	SP	SP	PED	PED	PED	Cons	SP	SP
ชั้นปีที่ ๓ A	SP	Cons	Cons	Geria	Sub	นิติ/ COM	COM	SP	SP	SP	Elec	Elec
ชั้นปีที่ ๓ B	Cons	Cons	Geria	SP	SP	SP	Sub	นิติ/ COM	COM	SP	Elec	Elec
ชั้นปีที่ ๓ B	SP	SP	SP	Cons	Cons	Geria	SP	Sub	นิติ/ COM	COM	Elec	Elec

ตารางอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ซึ่งจะแจ้งให้ทราบใน line การศึกษาโรงพยาบาลสวนปรุง

**คำย่อ** SP จิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุง, Neu ประสาทวิทยา, Cons จิตเวชศาสตร์การรับปรึกษา,

COM จิตเวชศาสตร์ชุมชน, นิติ นิติจิตเวชศาสตร์, Geria จิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, PED จิตเวชศาสตร์เด็ก  
และวัยรุ่น, Sub จิตเวชศาสตร์การเสพติด, Elec วิชาเลือก

### การจัดกิจกรรมจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลจิตเวชที่โรงพยาบาลสวนปรุง (ระยะเวลา ๓ เดือน)

แพทย์ประจำบ้านที่มีรายชื่อในกิจกรรมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมกิจกรรม โดยหากมีการ  
แลกรวันให้ทำการแจ้งกับเลขานุการการศึกษาและอาจารย์ที่รับผิดชอบในช่วงเวลานั้น หากแพทย์ประจำบ้านละเว้น  
การทำกิจกรรมโดยไม่ได้แจ้งเหตุผลอันสมควรถือว่ามีความผิดและต้องได้รับโทษวินัยทางการศึกษา\_โดยมี  
รายละเอียดดังต่อไปนี้

- บรรยายหัวข้อ การทำกลุ่มอาชีพบำบัดเบื้องต้น สัปดาห์แรกของเดือน ระยะเวลาการสอน ๒ ชั่วโมง
- การเข้าร่วมกลุ่มอาชีพบำบัด ทุกวันพฤหัสบดี เวลา ๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.
- การเข้าร่วมกลุ่มกับสาขาวิชาชีพที่สถานฟื้นฟูห้วยดินดำ ทุกวันพุธเวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.
- กิจกรรม Case Conference จัดทุกวันพุธช่วงเวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ สัปดาห์ที่ ๑ และ สัปดาห์ที่ ๓

(โดยถ้าแพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบในกิจกรรม Case Conference และเรียนในรายวิชาจิตเวชศาสตร์ใน  
โรงพยาบาลจิตเวชจะต้องเลือกเคสผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนในการเตรียมชุมชน)

- กิจกรรม Journal Club จัดทุกวันพฤหัสบดีช่วงเวลา ๑๓.๓๐-๑๖.๐๐ น. สัปดาห์ที่ ๒ และ สัปดาห์ที่ ๔ (โดยถ้าแพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบในกิจกรรม Journal club และเรียนในรายวิชาจิตเวชศาสตร์ในโรงพยาบาลจิตเวช จะต้องเลือก Journal ที่เป็นลักษณะ System-Based Research)
- กิจกรรม Noon Report จัดทุกวันจันทร์ช่วงเวลา ๑๓.๓๐-๑๔.๓๐ น. สัปดาห์สุดท้ายของเดือน
- ออกหน่วยจิตเวชการเตรียมชุมชนในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน ในกรณีที่มีเคสที่ต้องออกไปเตรียมชุมชน ในช่วงเวลาที่เรียนรายวิชานี้

### การจัดกิจกรรมจิตเวชศาสตร์ชุมชน ที่โรงพยาบาลสวนปรุง (ระยะเวลา ๒ สัปดาห์)

แพทย์ประจำบ้านที่มีรายชื่อในกิจกรรมจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการเตรียมกิจกรรม โดยหากมีการแลกรวันให้ทำการแจ้งกับเลขานุการศึกษาศึกษาและอาจารย์ที่รับผิดชอบในช่วงเวลานั้น หากแพทย์ประจำบ้านละเว้นการทำกิจกรรมโดยไม่ได้แจ้งเหตุผลอันสมควรถือว่ามีความผิดและต้องได้รับโทษวินัยทางการศึกษา\_โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- การเข้าร่วมกลุ่มอาชีพบำบัด ทุกวันพฤหัสบดี เวลา ๑๐.๐๐-๑๒.๐๐ น.
  - การเข้าร่วมกลุ่มกับสาขาวิชาชีพที่สถานฟื้นฟูห้วยดินดำ ทุกวันพุธเวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.
  - บรรยายหัวข้อ Community Mental Health and Community Psychiatry in Thailand ในช่วงสัปดาห์แรกของการเรียน ระยะเวลาการสอน ๒ ชั่วโมง
  - บรรยายหัวข้อ Community Participation ในช่วงสัปดาห์แรกของการเรียน ระยะเวลาการสอน ๒ ชั่วโมง
  - บรรยายหัวข้อ Psychiatric Rehabilitation ในช่วงสัปดาห์ที่สองของการเรียน ระยะเวลาการสอน ๒ ชั่วโมง
  - เข้าร่วมกิจกรรมการทำงานร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์ทุกวันจันทร์ เวลา ๐๙.๐๐-๑๒.๐๐ น.
  - ออกหน่วยจิตเวชการเตรียมชุมชนในผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน ในกรณีที่มีเคสที่ต้องออกไปเตรียมชุมชน ในช่วงเวลาที่เรียนรายวิชานี้
  - กิจกรรมการนำเสนอโครงการพัฒนาชุมชนโดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องนำเสนอโครงการที่จะกลับไปพัฒนาชุมชนของตนเองโดยมีหัวข้อดังต่อไปนี้ ได้แก่ ที่มาและความสำคัญ วัตถุประสงค์หลัก ขั้นตอนการดำเนินการ ตัวชี้วัด ผลลัพธ์ที่คาดหวัง ระยะเวลาในการดำเนินการ งบประมาณที่ใช้
- ซึ่งแพทย์ประจำบ้านจะต้องนำไปประเมินให้กับอาจารย์ที่คุมกิจกรรมเพื่อประเมินคะแนน โดยจะจัดในช่วงวันสุดท้ายของรายวิชานี้

## สิ่งอำนวยความสะดวกในกิจกรรมการเรียน

โรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดให้มีสถานที่เพียงพอในการให้บริการและฝึกอบรมทางจิตเวชศาสตร์ รวมถึงสถานที่ในการค้นคว้า ศึกษาและทำวิจัย ดังต่อไปนี้

### ๑. สถานที่

โรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดให้มีสถานที่เพียงพอในการให้บริการและฝึกอบรมทางจิตเวชศาสตร์ รวมถึงสถานที่ในการค้นคว้า ศึกษาและทำวิจัย ดังต่อไปนี้

๑.๑ ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก มีจำนวนห้องตรวจโรคทั้งหมด ๖ ห้อง โดยที่ห้องตรวจโรคมีความเป็นส่วนตัวให้กับผู้ป่วยและมีความปลอดภัยให้กับแพทย์ มีเครื่องตรวจจับอาวุธด้านหน้าทางเข้าอาคารผู้ป่วยนอก และจิตเวชฉุกเฉิน รวมถึงมีทางออกด้านหลังห้องตรวจ

๑.๒ หอผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปมีทั้งหมด ๑๔ หอผู้ป่วยดังต่อไปนี้ โดยภายในหอผู้ป่วยตี๊กปัญญา ตี๊กฝ้ายคำ และตี๊กวิสุทธิ จะมีการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดยาเสพติดและกลุ่ม milieu therapy ต่าง ๆ

หอผู้ป่วย ที่	ชื่อหอผู้ป่วย/หน่วย	ประเภทผู้ป่วย (ระบุทั่วไป/ชื่อสาขา/อนุสาขา)	จำนวนเตียง	
			สามัญ	พิเศษ
๑	เมตตา ๑	ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินชาย	๓๐	
๒	เมตตา ๒	ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชาย	๓๐	
๓	วิสุทธิ ๑	ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปชาย	๓๐	
๔	กรุณา ๑	ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะถ่วงพิษ	๒๕	
๕	กรุณา ๒	ผู้ป่วยแอลกอฮอล์ระยะฟื้นฟู	๓๐	
๖	ฝ้ายคำ ๑	ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดระยะวิกฤติ	๓๐	
๗	ฝ้ายคำ ๒	ผู้ป่วยโรคสารเสพติดระยะฟื้นฟู	๓๕	
๘	สหทัย ๑	ผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุชายมากกว่า ๖๐ ปี	๓๐	
๙	ปัญญา	ผู้ป่วยพิเศษชาย		๒๕
๑๐	ขนาน	ผู้ป่วยพิเศษหญิง		๑๕
๑๑	แผนกโรคติดเชื้อ	ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงติดเชื้อ COVID-๑๙		๑๘
๑๒	อารี ๑	ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและสารเสพติด หญิง	๓๐	
๑๓	จิระ ๑	ผู้ป่วยสูงอายุหญิงมากกว่า ๖๐ ปี และ ผู้ป่วยแอลกอฮอล์หญิง	๓๐	
๑๔	จิระ ๒	ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหญิง	๓๐	

๑.๓ ห้องพักแพทย์ประจำบ้านซึ่งเป็นห้องที่สามารถใช้เพื่อพักผ่อนตามอัธยาศัยและในขณะที่อยู่เวรนอกเวลาราชการ

## ๒. อุปกรณ์ เครื่องมือ

### ๒.๑ ห้องสมุดที่มีตำราวารสารทางการแพทย์ รวมถึงสื่อความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

โรงพยาบาลสวนปรุงได้จัดให้มีอุปกรณ์เพียงพอในการให้บริการและฝึกอบรมทางจิตเวชศาสตร์ รวมถึงช่วยในการค้นคว้า ศึกษาและทำวิจัยดังต่อไปนี้

ห้องสมุดที่มีตำรา วารสารทางการแพทย์ รวมถึงสื่อความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

โดยมีเวลาทำการห้องสมุด ๐๘.๓๐-๑๖.๓๐ น. หยุดวันเสาร์และอาทิตย์และวันหยุดนักขัตฤกษ์ มีพื้นที่ของห้องสมุด ๑๖๗ ตารางเมตร

- ตำราภาษาต่างประเทศ จำนวน ๒๕๗ รายการ
- ตำราภาษาไทย จำนวน ๓,๖๔๒ รายการ
- วารสารดัชนีที่รับเป็นประจำรายการภาษาไทย จำนวน ๕ รายการ
- E-library จำนวน ๔,๑๕๗ รายการ

รวมถึงห้องสมุดโรงพยาบาลสวนปรุงได้ใช้ฐานข้อมูลร่วมกับกรมสุขภาพจิตดังต่อไปนี้

([www.thaimh-elibrary.org](http://www.thaimh-elibrary.org))

Link ค้นหาฐานข้อมูล	รายละเอียด
<a href="http://www.dmh-elibrary.org">www.dmh-elibrary.org</a>	คลังความรู้ทางวิชาการในด้านสุขภาพจิตและคลังเอกสารดิจิทัลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
<a href="http://www.portal.igpublish.com/iglibrary/search?dtbs=apa">www.portal.igpublish.com/iglibrary/search?dtbs=apa</a>	ฐานข้อมูล iG Library: American Psychiatric Association (APA)
<a href="http://www.karger.com">www.karger.com</a>	๑. eJournal: Psychotherapy and Psychosomatics (ตั้งแต่ปี ค.ศ. ๑๙๙๘-ปัจจุบัน) ๒. e-Book series: Key issues in mental health (๔ titles) - Early detection and intervention in psychosis - Autism spectrum disorders - Comorbidity of mental and physical disorders - Violence against women and mental health
บริการ e-Book ผ่านแอปพลิเคชัน Cu-eBook Store	อ่านได้เฉพาะอุปกรณ์สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ตเท่านั้น ไม่สามารถบันทึกไฟล์ หรือจับภาพหน้าจอได้
<a href="https://he๐๑.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/issue/view/๑๖๙๔๓">https://he๐๑.tci-thaijo.org/index.php/APPJ/issue/view/๑๖๙๔๓</a>	จิตเวชวิทยาสาร ของโรงพยาบาลสวนปรุง

๒.๒ โสตทัศนูปกรณ์ มีห้องประชุมของโรงพยาบาลสวนปรุงจะมีอุปกรณ์โสต ได้แก่ Visualizer LCD projector Computer Teleconference และเครื่องบันทึกเสียง ดังต่อไปนี้

๑) อาคารอุบลรัตนราชกัญญา

- ห้องประชุมคุณพุ่ม ชั้น ๑ จำนวน ๔๐ คน
- ห้องประชุมชั้น ๑ (ห้องข้างลิฟท์) จำนวน ๒๐ คน
- ห้องอาหารชั้น ๑ จำนวน ๑๐๐ คน
- ห้องประชุมสิริกิติยา ชั้น ๓ จำนวน ๔๐ คน
- ห้องประชุม excellent ชั้น ๔ จำนวน ๑๐ คน
- ห้องประชุมพลอยไพลิน ชั้น ๕ จำนวน ๒๐๐ คน

๒) อาคารจิตสันติ

- ห้องประชุม ๑ ชั้น ๒ จำนวน ๒๐ คน
- ห้องประชุม ๒ ชั้น ๒ จำนวน ๑๐ คน
- ห้องประชุม ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ชั้น ๔ จำนวน ๑๕๐ คน

๓) อาคารผู้ป่วยนอกและจิตเวชฉุกเฉิน

- ห้องประชุม นพ.เกียรติภูมิ วงศ์รจิต ชั้น ๒ จำนวน ๓๐ คน
- ห้องประชุม ชั้น ๒ จำนวน ๒๐ คน

๔) อาคารหอพักปฐมา

- ห้องประชุมหอพักปฐมาชั้น ๒ จำนวน ๓๐ คน

### สวัสดิการแพทย์ประจำบ้าน

สวัสดิการต่าง ๆ ที่ โรงพยาบาลสวนปรุงจัดให้แพทย์ประจำบ้านที่มาเรียนสาขาที่โรงพยาบาลสวนปรุงมีหมวดต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- ๑) การรักษาพยาบาล
- ๒) สิทธิการลา
- ๓) ค่าตอบแทน
- ๔) เครื่องแต่งกาย
- ๕) ที่พักอาศัย

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

๑) การรักษาพยาบาล

- แพทย์ประจำบ้านสามารถใช้สิทธิพื้นฐานของตนเอง จากต้นสังกัด ในการเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิที่แพทย์ประจำบ้านมี โดยสามารถเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิ
- แพทย์ประจำบ้านจะได้มีการตรวจสุขภาพประจำปี รวมถึงมีการฉีดวัคซีน

## ๒) สิทธิการลา

- เมื่อแพทย์ประจำบ้านป่วย ต้องยื่นใบลาป่วยต่ออาจารย์ที่ปรึกษา หากลาเกิน ๓ วัน ต้องมีใบรับรองแพทย์แนบมาด้วย
- ในการลา กิจ ลาพักร้อน ต้องยื่นใบลาต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เมื่อได้รับอนุมัติ ต้องทำเรื่องลาผ่านระบบออนไลน์ของโรงพยาบาลสวนปรุง
- สถาบันฯ กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านลาพักผ่อนได้ ๑๐ วันทำการต่อปี
- คณะกรรมการฯ จะประชุมและกำหนดการฝึกอบรมทดแทนในกรณีและผู้เข้ารับ การฝึกอบรมมีการลาพัก เช่น การลาคลอดบุตร การเจ็บป่วย การเกณฑ์ทหาร การถูกเรียกฝึกกำลังสำรอง การศึกษาดูงาน นอกแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

## ๓) ค่าตอบแทน

จัดให้มีค่าตอบแทนผู้เข้ารับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมกับตำแหน่งและงานที่ได้รับมอบหมาย ทั้งนี้โรงพยาบาลได้กำหนดภาระงานขั้นต่ำในการปฏิบัติงาน การอยู่เวรนอกเวลาราชการ เพื่อให้ได้มาซึ่งค่าตอบแทนประจำทุกเดือนโดยเป็นระบบเหมาจ่ายเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท

## ๔) เครื่องแต่งกาย

แพทย์ประจำบ้านจะได้เสื้อกาวน์ ๓ ชุด

## ๕) ที่พักอาศัย

แพทย์ประจำบ้านจะได้ที่พักอาศัยโดยไม่ต้องเสียค่าที่พัก แต่จะต้องรับผิดชอบค่าน้ำและค่าไฟด้วยตนเอง



# การให้บริการผู้ป่วย

## การให้บริการผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia)

แผนการดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนปรุงแบ่งตามระยะการดูแล โดยใช้อาการทางคลินิกเป็นเกณฑ์

### เป้าหมาย

๑. ในระยะ Acute ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลาและในระยะ Sub-acute ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบ

๒. ผู้ป่วยปลอดภัยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

๓. สามารถดูแลตัวเอง/ทำกิจวัตรประจำวันตามขีดความสามารถเมื่อกลับบ้านได้

๔. สามารถทำหน้าที่/มีทักษะทางสังคมเพิ่มขึ้นตามขีดความสามารถของแต่ละบุคคลได้

หน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะต่าง ๆ มีดังนี้

### ระยะวิกฤติทางจิต (ICU)

#### Criteria

๑. อาการทางจิตกำเริบเฉพาะ HoNOS หมวด ๑ มีค่าคะแนน  $\geq 3-4$  (ประเมินขณะ admit/หรือมีอาการขณะอยู่ในโรงพยาบาล)

๒. มีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น/ ทำลายคน สิ่งของแบบมุ่งหวังให้เสียหาย/บาดเจ็บรุนแรง/สาหัส/ตาย

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะวิกฤติทางจิต

๑. ตรวจ/ประเมินร่างกาย ตรวจสภาพจิตและประเมินทางจิตสังคมอย่างน้อย ๓ ครั้ง/สัปดาห์ และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ

๒. ประเมินระดับอาการทางจิต (CGI-S) บันทึกในแฟ้มผู้ป่วยและในคอมพิวเตอร์

๓. ระบุคำสั่งการรักษาด้วยยา หรือการรักษาด้วยไฟฟ้าในแผนการรักษาเพิ่มเติมกรณีมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

### ระยะ Acute Phase (๑-๗ วัน)

#### Criteria

๑. อาการทางจิตกำเริบ HoNOS หมวด ๑ มีค่าคะแนน  $\leq 2$ , หมวด ๒, ๓, ๔, ๗, ๘ มีค่าคะแนน  $\geq 2$ , หมวด  $\leq 6, 9, 10$  มีค่าคะแนน  $\geq 3$

๒. CGI-S  $\geq 4$

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Acute Phase

๑. ตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในอย่างน้อย ๒ ครั้ง/สัปดาห์ โดยต้อง Round ward ร่วมกับอาจารย์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/สัปดาห์

๒. ระบุคำสั่งการรักษาด้วยยา หรือการรักษาด้วยไฟฟ้าในแผนการรักษาเพิ่มเติมกรณีมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

## ระยะ Sub-Acute Phase (วันที่ ๘ เป็นต้นไป)

### Criteria

๑. อาการทางจิตประสาท HoNOS หมวด ๑ มีค่าคะแนน  $\leq ๑$ , หมวด ๒, ๓, ๔, ๗, ๘, มีค่าคะแนน  $\leq ๒$ , หมวด ๖, ๙, ๑๐ มีค่าคะแนน  $\leq ๒$

๒. CGI-S  $\leq ๓$

### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Sub-acute phase

๑. ตรวจเยี่ยมและประเมินอาการผู้ป่วยในหอผู้ป่วยในอย่างน้อย ๒ ครั้ง/สัปดาห์จนผู้ป่วยมีอาการทุเลาและ Discharge ได้
๒. ประเมินระดับอาการทางจิต (CGI-S) บันทึกในแฟ้มผู้ป่วยและในคอมพิวเตอร์โดยใช้แบบประเมิน CGI-S
๓. ร่วมประชุมกับทีมสหวิชาชีพในการทบทวนและปรับแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสมในกรณีที่มีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้การดูแลแบบรายกรณี
๔. ให้คำปรึกษาเรื่องแผนการรักษาที่ต่อเนื่องแก่บุคลากรทีมสุขภาพและอาจารย์ที่ปรึกษา
๕. ระบุคำสั่งการรักษาด้วยยาหรือการรักษาไฟฟ้าในแผนการรักษาเพิ่มเติมกรณีมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

## การให้บริการผู้ป่วยโรคติดสุรา

แผนการดูแลรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์โดยทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนปรุง

### Uncomplicated Alcohol Dependence: UCAD (๑๔ วัน)

หมายเหตุ Uncomplicated Alcohol Dependence หมายถึง เป็นผู้ที่มีประเมิน ASSIST คะแนนมากกว่า ๒๗ หรือแพทย์วินิจฉัยโรค F๑๐.๒ และไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเองหรือปัญหาทางสังคมหรือโรคร่วมทางกายที่อาการไม่คงที่

### ระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ (วันที่ ๑-๗) Detoxification

#### Criteria

- อยู่ระหว่างการหยุดดื่มครั้งสุดท้าย ๖-๗๒ ชั่วโมงเป็นต้นไป
- มีอาการถอนพิษในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Detoxification

- ตรวจ วินิจฉัยและวางแผนการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติโดยยึดหลักเกณฑ์ตาม CIWA Score
- ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์

**ระยะฟื้นฟูสภาพ (วันที่ ๘-๑๔ วัน) Early Recovery**

- ไม่มีอาการถอนพิษแอลกอฮอล์
- การรู้คิดอยู่ในระดับปกติ
- ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช

**หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Early Recovery**

- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาด้วยยาตามระดับความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์

- ประเมินโรคร่วมจิตเวช
- สรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชน (ใบรีเฟอร์)

**ระยะติดตามหลังจำหน่าย ๑ ปี (Recovery long term)****หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Recovery long term**

รับการรักษาจากโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

**แผนการดูแลรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากแอลกอฮอล์**

**Complicated Alcohol Dependence: CAD (๒๑ วัน) Alcohol Dependence and MDD (๒๑ วัน)**

**Alcohol Dependence and Schizophrenia (๒๘ วัน) Alcohol Dependence and Substance (๒๘ วัน)**

หมายเหตุ Complicated Alcohol Dependence หมายถึง แพทย์วินิจฉัยโรค F๑๐.๒ และมีพฤติกรรมก้าวร้าวหรือทำร้ายตนเองหรือมีปัญหาทางสังคมหรือมีโรคร่วมทางกายที่อาการไม่คงที่ หรือแพทย์วินิจฉัยโรค F๑๐.๓-๑๐.๙ และโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ

**ระยะถอนพิษแอลกอฮอล์ (วันที่ ๑-๗)****Criteria**

- อยู่ระหว่างการหยุดดื่มครั้งสุดท้าย ๖-๗๒ ชั่วโมงเป็นต้นไป

**หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลช่วงระยะถอนพิษแอลกอฮอล์**

- ตรวจ วินิจฉัยและวางแผนการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ
- ประเมินซ้ำและปรับแผนการรักษาอาการถอนพิษแอลกอฮอล์
- ประเมินซ้ำ ตรวจ วินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคร่วมทางกาย

**ระยะฟื้นฟูสภาพ (วันที่ ๘-๒๑ วัน)****Criteria**

อาการถอนพิษแอลกอฮอล์ไม่มี-เล็กน้อย

**หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลช่วงระยะฟื้นฟูสภาพ**

- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาด้วยยาการรักษาอาการถอนพิษแอลกอฮอล์
- ประเมินโรคร่วมจิตเวช

- ปรับแผนการรักษาโรคร่วมทางกายและโรคร่วมทางจิตเวช
- สรุปรายชื่อผลการรักษาพยาบาลส่งต่อให้โรงพยาบาลชุมชน (ใบรีเฟอร์)

### ระยะติดตามหลังจำหน่าย ๑ ปี (Recovery long term)

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Recovery long term

รับการรักษาจากโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

## การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### ระยะ Acute phase (๑-๗ วัน)

#### Criteria

ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ๙Q  $\geq$  ๑๙ คะแนน
- ๘Q  $\geq$  ๑๗ คะแนน
- HoNOS หมวด ๒ ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระดับ ๓-๔ หมวด ๗ อารมณ์ซึมเศร้า ระดับ ๓-๔ หมวด ๖ ประสาทหลอนและหลงผิด ระดับ ๓-๔

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลระยะ Acute phase

- วินิจฉัยโรคซึมเศร้า และ วินิจฉัยแยกโรค รวมถึงรักษาโดยใช้ยาและวางแผนการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพได้อย่างเหมาะสม

- ประเมิน High risk suicide และวางแผนการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพได้
- วินิจฉัยโรคร่วมทางกาย/ โรคร่วมทางจิตเวช และปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับการวินิจฉัย
- ตรวจอาการ psychotic และรักษาโดยใช้ยา ร่วมกับ วางแผนการรักษาร่วมกับสหวิชาชีพได้

### ระยะ Sub-Acute Phase (๘-๒๑ วัน)

#### Criteria

ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ๙Q  $\leq$  ๑๘ คะแนน
- ๘Q  $\leq$  ๑๖ คะแนน
- HoNOS หมวด ๒ (ความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย) ระดับ ๐-๑-๒ หมวด ๗ (อารมณ์ซึมเศร้า) ระดับ ๐-๑-๒ หมวด ๖ (ประสาทหลอนและหลงผิด) ระดับ ๐-๑-๒

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลระยะ Acute phase

- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาอาการให้มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง-เล็กน้อยได้

- วินิจฉัยโรคร่วมทางกาย/ โรคร่วมทางจิตเวชและปรับแผนการรักษาให้สอดคล้องกับการวินิจฉัย

- สามารถวางแผนจำหน่าย และนัดตรวจติดตาม case SMI V รวมถึงส่งต่อการรักษาผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลได้

### ระยะ After care (ติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี)

#### Criteria

ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- ๙Q ≤ ๑๒
- ๘Q ≤ ๘

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลระยะ After care

- นัดติดตามผู้ป่วยและปรับแผนการรักษาโดยให้มีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย
- ให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน รพสต
- ส่งข้อมูลต่อให้กับแพทย์ที่ดูแลต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลชุมชนได้เพียงพอต่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง

## การให้บริการผู้ป่วยสารเสพติด

### ผู้ป่วยระบบสมัครใจ

#### Criteria

ระบบสมัครใจหมายถึง ผู้ติดยาเสพติดสมัครใจเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการรักษาผู้ป่วยระบบสมัครใจ

- ตรวจ วินิจฉัยและบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ
- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต อาการถอนพิษ/

อยากยา

- บำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติผู้ป่วยสารเสพติด

### ผู้ป่วยระบบต้องโทษและบังคับบำบัด

#### Criteria

ระบบต้องโทษหมายถึง การที่ผู้ติดยาเสพติดกระทำความผิดและถูกคุมขัง ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาภายใต้กฎข้อบังคับของกฎหมาย เช่น ทัณฑสถานบำบัดพิเศษต่าง ๆ ของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงมหาดไทย กรมคุมประพฤติ และสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน สังกัดศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง กระทรวงยุติธรรม

ระบบบังคับหมายถึง การใช้กฎหมายบังคับให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา ในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพที่จัดตั้งขึ้น ตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. ๒๕๓๔

### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการรักษาผู้ป่วยระบบต้องโทษและบังคับบำบัด

- ตรวจ วินิจฉัยและบำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ
- ประเมินอาการซ้ำและปรับแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต อาการถอนพิษ/อยากยา
- บำบัดรักษาตามแนวเวชปฏิบัติผู้ป่วยสารเสพติด

### ระยะติดตามหลังจำหน่าย ๑ ปี (Recovery long term)

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในระยะ Recovery long term

รับการรักษาจากโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

## การให้บริการผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

### ผู้ป่วยสมองเสื่อมครั้งแรก

#### Criteria

ผู้ป่วยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มารับการรักษาด้วยภาวะหลงลืม พร่องในการดูแล ADL และ/หรือ มีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ : อาการ BPSD (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia) ร่วมด้วย

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครั้งแรก

- ตรวจประเมิน วินิจฉัย วางแผนการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ
- วินิจฉัยแยกโรคภาวะ Delirium จากภาวะแทรกซ้อนทางกายและภาวะโรคร่วมทางกาย
- ประเมินอาการซ้ำและปรับการรักษาตามอาการผู้ป่วย
- ประเมินและบอกระดับความรุนแรงผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ MMSE หรือ MOCA ได้ถูกต้อง

### ผู้ป่วยสมองเสื่อมครั้งรอง

#### Criteria

ผู้ป่วยสูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มารับการรักษาครั้งรอง ยังมีอาการหลงลืม พร่องในการดูแล ADL และ/หรือมีปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และจิตใจ : อาการ BPSD (Behavioral and Psychological Symptom of Dementia)

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมครั้งรอง

- ประเมินอาการซ้ำ ปรับการรักษาตามอาการผู้ป่วย และประเมินโรคร่วมทางจิตเวช
- ประเมินอาการและปรับการรักษา โรคร่วมทางกาย/ โรคแทรกซ้อนทางกาย
- สามารถใช้เครื่องมือ MMSE หรือ MOCA ในการประเมินการดำเนินโรคผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

### After care

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้านในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในระยะ After Care

ส่งต่อข้อมูลแก่ โรงพยาบาลเครือข่ายและโรงพยาบาลชุมชน

## การให้บริการผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนฝ่ายกาย

### ระบบผู้ป่วยนอก

แพทย์ประจำบ้านมีการคัดกรองที่หอผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน

- ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและวางแผนการรักษาตามแนวเวชปฏิบัติ
- ประเมินโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกาย
- ให้การรักษาช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย
- ให้แผนการรักษารับเข้ารักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง/ผู้ป่วยสูงอายุ/ผู้ป่วย Alc. มีคำสั่ง เจาะ

Lab ที่ ER : CBC, BUN, Serum Cr, Electrolyte, LFT, DTX

- รับรายงานผลการประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย หากเข้าเกณฑ์ Emergency Criteria, Urgency Criteria อย่างน้อย ๑ ข้อ แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาระบุเหตุผลการรับเข้ารักษาแบบ

ผู้ป่วยใน

- รับรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวางแผนการรักษา
- เขียนใบส่งต่อเพื่อรักษาอาการทางกายตามสิทธิการรักษาหรือตามญาติ/ผู้ป่วยต้องการ และให้ข้อมูลเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย ความจำเป็นในการส่งต่อปฏิบัติตามการส่งต่อการรักษา

### ระบบผู้ป่วยใน

แพทย์ประจำบ้านดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพรวมถึงรู้ขีดจำกัดของศักยภาพการรักษาภายในโรงพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกายได้อย่างเหมาะสม

#### หน้าที่แพทย์ประจำบ้าน

- ประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายซ้ำ
- ให้แผนการรักษาเมื่อเกิดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกาย
- ปรับแผนการรักษาหากภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมทางกายอาการไม่ทุเลา
- รับรายงานผลการประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายซ้ำ หากเข้าเกณฑ์ Emergency

Criteria, Urgency Criteria อย่างน้อย ๑ ข้อ แพทย์ตัดสินใจให้การรักษาต่อ ระบุเหตุผล

- รับรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวางแผนการรักษา
- เขียนใบส่งต่อเพื่อรักษาอาการทางกายตามสิทธิการรักษาและให้ข้อมูลญาติเรื่อง ภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกายและความจำเป็นในการส่งต่อ



## แบบประเมินความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและโรคร่วมทางกาย

ชื่อ-สกุล..... HN..... วันที่..... OPD/ตึก.....

มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Emergency Criteria (Critical Phase)	มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Urgency Criteria (Severe Phase)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑. T $\geq$ ๓๙.๕ °C หรือ $\leq$ ๓๕°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑. Blood sugar <๖๐ mg/bl หรือ >๓๐๐ mg/bl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๒. P $\geq$ ๑๓๐/min หรือ $\leq$ ๔๐/min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๒. Sodium < ๑๒๐ mmol/L หรือ > ๑๖๐ mmol/L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๓. RR $\geq$ ๓๐/min หรือ <๙/min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๓. Potassium < ๒.๕ mmol/L หรือ > ๖ mmol/L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๔. SBP > ๒๐๐mmHg หรือ < ๗๐ mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๔. Hemoglobin < ๘ mg% หรือ > ๑๖ mg%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๕. ถูกทำร้ายร่างกายรุนแรงและมีภาวะ Life threatening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๕. Hematocrit < ๒๕ mg% หรือ >๖๐ mg%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๖. Head injury ในระดับที่น่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต เช่น สลบ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๖. White blood cell < ๓,๐๐๐ Cells/ Cu.mm. หรือ > ๓๐,๐๐๐ Cells/CU.mm.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๗. ผู้ป่วยทานยาเกินขนาดหรือรับประทานสารพิษ ในระดับที่น่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๗. Platelets < ๕๐,๐๐๐ Cells/ Cu.mm. หรือ > ๖๐๐,๐๐๐ Cells/ CU.mm.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๘. ชักซ้ำๆหรือรุนแรงอย่างต่อเนื่อง (Status epilepticus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๘. Lithium level> ๒.๐ mEq/L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๙. หืดรุนแรง (Severe Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๙. EKG ที่มีผลผิดปกติชัดเจน
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๐. ภาวะขาดออกซิเจน (Oxygen Sat < ๙๐ %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๐. CPK> ๘๐๐ U/L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๑. ระดับการรู้ตัวลดลงผิดปกติ (Impairment of Consciousness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๑. SCr> ๑.๕ mg/dlหรือ GFR < ๓๐ cc/hr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๒. เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนของทับนานเกิน ๑๐ นาทีขึ้นไป เป็นขณะ ออกแรง พักแล้วดีขึ้น (ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๒. SGOT (AST) > ๔๐๐ U/L หรือ SGPT (ALT) > ๕๕๐ U/L
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๓. ปวดท้องรุนแรงซึ่งไม่ทราบสาเหตุ (Acute abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๓. Total bilirubin > ๗.๕ mg/dl หรือ Direct bilirubin > ๑.๕ mg/dl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๔. ภาวะเลือดออกรุนแรง (Active bleeding) เช่น UGIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๔. อื่นๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๕. มี Dislocation/Fracture ของข้อและกระดูก				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	๑๖. อื่นๆ ระบุ.....				

มีอย่างน้อย ๑ ข้อ



ส่งตรวจโรงพยาบาลทางกายก่อนทุกครั้ง

มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Emergency Criteria (Critical Phase)	มี	ไม่มี	ไม่ได้ ตรวจ	Urgency Criteria (Severe Phase)
<input type="checkbox"/>			ส่งตรวจโรงพยาบาลทางกาย	<input type="checkbox"/>			ไม่ส่งตรวจโรงพยาบาลทางกาย ⇨ เหตุผล..... ⇨ ให้ Observe/Monitor..... ⇨ Notify แพทย์เมื่อ..... ลงชื่อแพทย์..... ผลสรุปกรณีไม่ส่งตรวจโรงพยาบาลทางกาย <input type="checkbox"/> Refer <input type="checkbox"/> .....

## การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

### แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

#### ระดับความรุนแรง A

##### Criteria

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยติดสุราหรือสารเสพติด ตกงาน ล้มละลาย เบื่อหน่าย ผิดหวัง สูญเสีย เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง คะแนน HoNOS หมวด ๒ = ๑

##### แนวปฏิบัติ

ตรวจสภาพจิต ให้การรักษาตามอาการ

#### ระดับความรุนแรง B

##### Criteria

เคยมีประวัติทำร้ายตนเองและ ๑ เดือนที่ผ่านมาไม่มีความคิดหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเอง หรือ คะแนน HoNOS หมวด ๒ = ๑

##### แนวปฏิบัติ

ตรวจสภาพจิต ให้การรักษาตามอาการ

#### ระดับความรุนแรง C

##### Criteria

ผู้ป่วย SMI-V๑ รวมถึงผู้ป่วยที่เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง ๑ เดือนที่ผ่านมา คิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเองมีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย หรือ HoNOS หมวด ๒ = ๒ คะแนน

##### แนวปฏิบัติ

ตรวจสภาพจิต ให้การรักษาตามอาการ โดยนัดติดตามอาการไม่เกิน ๑ เดือน

#### ระดับความรุนแรง E หรือ F

##### Criteria

- ๑ เดือนที่ผ่านมาผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายขณะอยู่โรงพยาบาลบอกจะฆ่าตัวตายประเมิน  $\leq Q \geq ๑๗$  คะแนน หรือ HoNOS หมวด ๒ = ๔ คะแนน

- ผู้ป่วยลงมือฆ่าตัวตายได้รับบาดเจ็บรุนแรง refer ไปรับไว้รักษา มีการสูญเสียอวัยวะชั่วคราว

##### แนวปฏิบัติ

๑.ให้รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน พร้อมลงรหัส X (X ๖๐-๘๐) ในโปรแกรม HOS XP

๒.กรณีผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการรักษา ให้ผู้ป่วยหรือญาติเซ็นเอกสารไม่ยินยอมรับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

## ๓. นัด F/U ๑ สัปดาห์

- กรณีผู้ป่วยมาตามนัดอาการดีขึ้น ให้นำนัดอีก ๒ สัปดาห์อาการดีส่งต่อรับยาสถานบริการใกล้บ้าน
- กรณีผู้ป่วยมาตามนัดอาการไม่ดีขึ้น ให้นำนัดต่ออีก ๑ สัปดาห์ ปรับแผนการรักษาหรือให้ Admit

๔. กรณีไม่มีญาติ และผู้ป่วยไม่ยินยอมบำบัดรักษา ให้บังคับรักษาตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต ๒๕๕๑ และเขียน ตจ. ๑

## ๕. พิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้าในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ผู้ป่วยมีประวัติ suicide attempt ก่อนมา ขณะรับการรักษามีความคิดอยากตายอยู่ตลอด
- (๒) รักษาด้วยยาต้านเศร้าครบ ๒ สัปดาห์อาการไม่ดีขึ้น
- (๓) ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเศร้า มี ADR รุนแรง รับประทานยาไม่ได้อย่างน้อย ๒ ตัว มีความคิดอยากตายอยู่
- (๔) ผู้ป่วยตั้งครรถที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- (๕) ผู้ป่วยที่เคยตอบสนองต่อการรักษาไฟฟ้าดี (มีประวัติ suicide รักษา)

**ระดับ G หรือ H****Criteria**

ผู้ป่วยลงมือฆ่าตัวตาย หรือ ผู้ป่วยลงมือฆ่าตัวตายได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR/Intubation)

**แนวปฏิบัติ**

รับรายงาน ให้การช่วยเหลือบำบัดรักษา และ refer ไปรับไว้รักษาที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพดูแลได้

**ระดับ I****Criteria**

ผู้ป่วยฆ่าตัวตายเสียชีวิต

**แนวปฏิบัติ**

ลงความเห็นผู้ป่วยถึงแก่กรรม เขียนใบมรณะบัตร ให้ข้อมูลกับงานนิติเวช โรงพยาบาลมหาราชนคร เชียงใหม่ ให้ปากคำกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ

## ระบบเวชระเบียน

### วัตถุประสงค์

ระเบียบวิธีปฏิบัตินี้จัดทำขึ้นเพื่อกำหนดแนวทางและวิธีปฏิบัติของงานเวชระเบียน โรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง

### ขอบเขต

ให้บริการเวชระเบียนแก่ผู้ใช้บริการ คือ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้นำส่ง เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น และบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

### คำนิยามศัพท์

**เวชระเบียน (แฟ้มประวัติ)** หมายถึง บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจ การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งกระบวนการทุกอย่างที่กระทำต่อผู้ป่วย

**ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลสวนปรุงโดยแพทย์จะตรวจวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ จำแนกเป็น

**ผู้ป่วยนอกใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงครั้งแรก

**ผู้ป่วยนอกเก่า** หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุงและมีแฟ้มประวัติแล้ว

**ผู้ป่วยรับยาเดิม** หมายถึง ผู้ป่วยเก่าเคยมารับยาจากโรงพยาบาลสวนปรุง และแพทย์พิจารณาให้การรักษาโดยให้รับประทานยาเดิมตามบันทึกการรักษาในใบตรวจรักษาผู้ป่วยนอกครั้งสุดท้าย

**ผู้ใช้บริการ** หมายถึง ผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วย หรือผู้นำส่ง เจ้าหน้าที่จากหน่วยงานอื่น รวมทั้งบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุง

### หน้าที่ความรับผิดชอบ

- ให้บริการเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และถูกต้อง
- ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยและเตรียมเอกสารในการใช้สิทธิ
- ให้คำแนะนำและอธิบายการใช้สิทธิบัตรแก่ผู้ป่วย และญาติ
- จัดระบบการเก็บแฟ้มเวชระเบียนให้ถูกต้อง เพื่อความสะดวก รวดเร็วในการค้นหา
- บริการ ยืม-คืน แฟ้มเวชระเบียน สำหรับแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- รวบรวมเวชระเบียนผู้ป่วยในหลังจากจำหน่าย
- บันทึกข้อมูลการรับแฟ้มและตรวจสอบรหัสโรค
- ตรวจสอบแฟ้มเวชระเบียนที่คืนมาและติดตามแฟ้มฯ ที่ไม่กลับคืนมา
- ให้บริการเวชระเบียนแพทย์นัด ซื่อยาทางไปรษณีย์ นักรับยาเดิม
- สแกนแฟ้มเวชระเบียนและดำเนินการทำลายแฟ้มเวชระเบียนที่ขาดการติดต่อเกิน ๑๐ ปี
- จัดเก็บข้อมูล และสถิติผู้ป่วย

### การบริการยืม-คืน แพ้มประวัติ

- บุคคลที่สามารถยืมได้ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
- ผู้ยืมกรอกข้อมูลผู้ป่วยในแบบฟอร์ม การยืม-คืนแพ้มเวชระเบียน (SPFM.๐๔.๑๑)
- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนคืนแพ้มประวัติตาม H.N. และนำกระดาษแข็งใส่คั่นไว้
- บันทึกข้อมูลการยืมในโปรแกรมยืม-คืนเวชระเบียน
- พิมพ์รายงานการยืมเก็บไว้ในแฟ้มแยกตามหน่วยงานที่ยืม
- ระยะเวลาในการยืมแพ้มได้ไม่เกิน ๗ วัน เมื่อครบกำหนดเจ้าหน้าที่เวชระเบียนจะโทรติดตามแพ้ม
- ผู้คืนแพ้ม ต้องเซ็น ชื่อผู้คืน และวัน เดือน ปี ที่คืนทุกครั้ง
- บันทึกการรับคืนแพ้มในโปรแกรม ยืม-คืนเวชระเบียน ทุกราย

### การทำลายแพ้มเวชระเบียน

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนคัดเลือกแพ้ม ที่ขาดการติดต่อกับโรงพยาบาลเกิน ๑๐ ปี แยกไว้
- แจ้งข้อมูลการทำลายแพ้ม ในแบบบัญชีหนังสือขอทำลาย ส่งให้งานธุรการดำเนินการตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยงานสารบรรณ พ.ศ. ๒๕๒๖
- บันทึกเสนอ ฝ่ายประชาสัมพันธ์ดำเนินการประกาศทางวิทยุและหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น ระยะเวลา ๒ เดือน เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติที่ต้องการประวัติการรักษาติดต่องานเวชระเบียน เพื่อดำเนินการเก็บแพ้มเวชระเบียนไว้ต่อไป
- งานเวชระเบียนสแกนแพ้มเวชระเบียนเก็บไว้ในรูปแบบไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
- รวบรวมแพ้มเวชระเบียนที่สแกนเสร็จพร้อมทำลายมัดไว้ เพื่อรองานธุรการดำเนินการ

### ข้อปฏิบัติในการบริการผู้ป่วย กรณีไฟฟ้าดับ

#### กรณีผู้ป่วยใหม่

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนกรอกข้อมูลตามหลักฐาน ลงในแบบ รพจ. ๓ ที่พิมพ์สำรองเตรียมไว้
- บันทึกการใช้สิทธิในแบบบันทึกการตรวจสอบสิทธิ และเขียนหมายเหตุ ไฟฟ้าดับ
- เมื่อไฟฟ้ากลับมาใช้ได้ ให้ตรวจสอบสิทธิบัตรและบันทึกในโปรแกรมเวชระเบียน และส่งคิวภายหลัง

#### กรณีผู้ป่วยเก่า

- เจ้าหน้าที่เวชระเบียนรับบัตรประจำตัวผู้ป่วย
- กรณีบัตรหาย ค้นหา H.N. โดย เครื่องคอมพิวเตอร์ Note Book ที่งานคอมพิวเตอร์เตรียมสำรอง

#### ฐานข้อมูลไว้ให้

- คั่นแพ้มเวชระเบียนตาม HN. จากบัตรประจำตัวผู้ป่วย และนำกระดาษแข็งคั่นไว้
- ใช้หลักฐานสิทธิบัตรที่มีในแพ้มเวชระเบียน
- บันทึกการใช้สิทธิในแบบบันทึกการตรวจสอบสิทธิและเขียนหมายเหตุ ไฟฟ้าดับ
- กรณีไฟฟ้ากลับมาใช้ได้ให้ตรวจสอบสิทธิและบันทึกในโปรแกรมเวชระเบียน และส่งคิว

### การเขียนเวชระเบียนสำหรับแพทย์ประจำบ้าน

- ใบ Admission note ภายในระบบโรงพยาบาลสวนปรุง มีสองระบบได้แก่ Admission note สำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และ ผู้ป่วย Alcohol dependence ซึ่งใช้แบบฟอร์มที่แตกต่างกัน แพทย์ประจำบ้านจึงควรลงทุกหัวข้อ หากไม่ได้ตรวจสอบสามารถใส่ N/A

- หากพิมพ์ประวัติเพิ่มเติมในเอกสารแทรกต้องลงชื่อกำกับและติดสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยทุกหน้า
- ตรวจสอบว่าได้กรอกรายละเอียด และ ลงชื่อ informed consent ทุกช่องครบถ้วน
- Order การรักษาให้ใช้ระบบ FARM
- Progress note : ให้ใช้ระบบ SOAP ทุกครั้ง\*
- ลงวันที่และเวลากำกับ ลงชื่อและเลข ว. กำกับทุกครั้งรวมถึงเขียนระบุทุกครั้งให้ทราบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่เท่าไรเช่น R๑,R๒ หรือ R๓
- Order: ลงวันที่และเวลา เขียนคำสั่งการรักษาให้ชัดเจนอ่านง่าย
- ในกรณีผู้ป่วยใน แพทย์ประจำบ้านควร Review treatment สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง

### การออกใบรับรองแพทย์

#### กรณีผู้ป่วยรักษาแบบผู้ป่วยนอกลาป่วย

๑. การพิจารณาออกใบรับรองแพทย์ลาป่วยโดยให้ผู้ป่วยพักฟื้นที่บ้าน ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ถ้าจำเป็นต้องลาติดต่อกันมากกว่า ๗ วัน ควรจะได้รับการประเมินซ้ำ

๒. การพิจารณาออกใบรับรองแพทย์กลางานเพื่อมาตรวจ ให้ออกใบรับรองแพทย์ยืนยันว่าผู้ป่วยมาตรวจจริงตามวัน เวลาดังกล่าว

๓. แพทย์ประจำบ้านเมื่อออกใบรับรองแพทย์จะต้องมีอาจารย์เซ็นกำกับร่วมด้วยเสมอ

### การรักษาความลับผู้ป่วย

- ไม่เปิดเผยประวัติการรักษาของผู้ป่วยแก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับการอนุญาตจากผู้ป่วย
- ไม่ถ่ายภาพ/อัดเสียง/วิดีโอทัศน ผู้ป่วย โดยไม่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วย หมายรวมถึงการอัดวิดีโอทัศน สัมภาษณ์ผู้ป่วย IPD
- ไม่ถ่ายภาพบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้นอกโรงพยาบาล
- ไม่โพสต์ที่โซเชียลมีเดียในข้อมูลต่าง ๆ ที่อาจสื่อถึงผู้ป่วยได้
- การทำ Case Conference ต้องไม่มีข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้

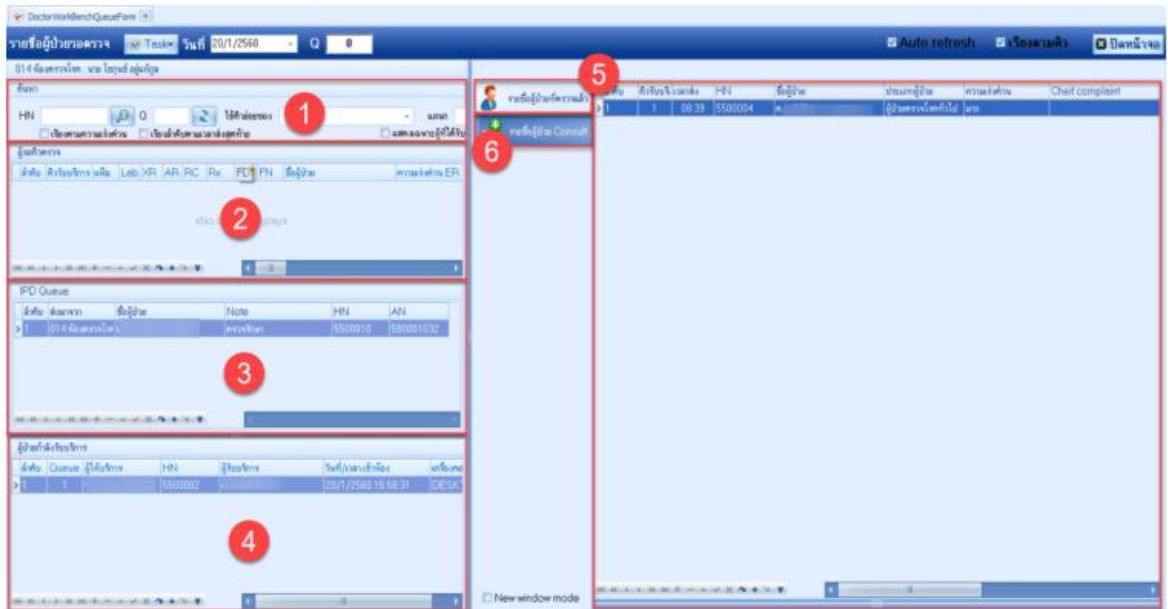
## การใช้งานโปรแกรม BMS HOSxP XE ระบบงานห้องตรวจแพทย์

### การเข้าใช้ระบบงานห้องตรวจแพทย์



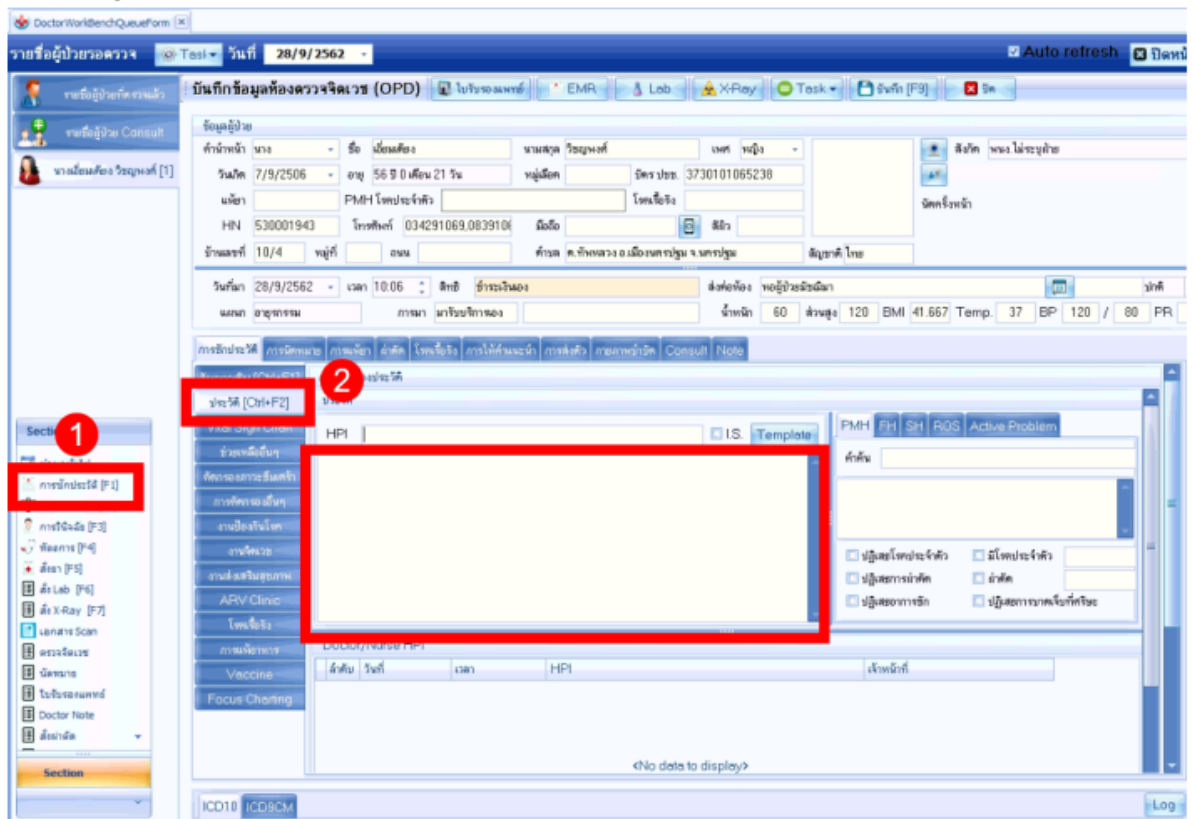
จากนั้นระบบจะแสดงหน้าจอห้องตรวจแพทย์โดยหน้าจอนี้จะแบ่งเป็น 6 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 ค้นหาผู้ป่วย
- ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยรอคิวตรวจ
- ส่วนที่ 3 IPD Queue
- ส่วนที่ 4 ผู้ป่วยกำลังรับบริการ
- ส่วนที่ 5 รายชื่อผู้ป่วยที่ตรวจแล้ว
- ส่วนที่ 6 คือ รายชื่อผู้ป่วย Consult





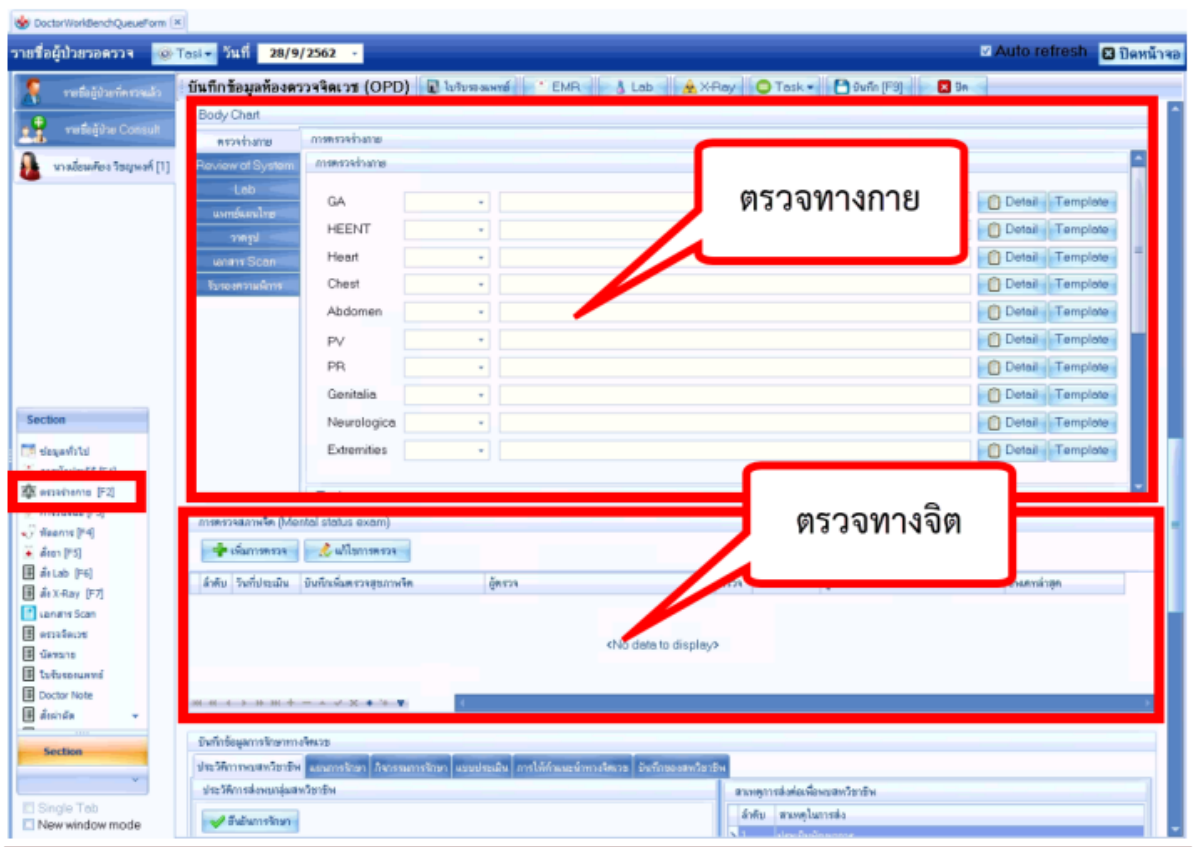
## 2. ลงข้อมูล HPI



หมายเลข 1 : คลิกที่แถบ การซักประวัติ

หมายเลข 2 : คลิกที่ประวัติ ลงข้อมูลรายละเอียด HPI ในหน้าจอ

## 3.บันทึกผลการตรวจร่างกาย



หน้าจอส่วนด้านล่างของการตรวจร่างกาย จะมี รายละเอียดการบันทึกข้อมูลการคัดกรองที่ถูกบันทึก จากสทวิชาชีพ ซึ่งแพทย์จะใช้ในการประกอบการวินิจฉัย/รักษา ผู้ป่วย

The screenshot shows the 'บันทึกข้อมูลการบันทึกตรวจ (OPD)' interface. A red box highlights the 'บันทึกข้อมูลการบันทึกตรวจ' section, which contains a table of examination results. The table has columns for 'ลำดับ' (Order), 'วันที่ถึง' (Arrival Date), 'เวลาที่ถึง' (Arrival Time), 'กลุ่มสาขาวิชา' (Specialty), 'สถานพยาบาล' (Hospital), and 'ความถี่' (Frequency). The first row shows an examination on 26/9/2562 at 10:09:02, performed by 'หยาบตา' (Ophthalmology) at 'ศิริราช' (Siriraj Hospital), with a frequency of 'ครั้งเดียว' (One-time).

#### 4. ลงผลการวินิจฉัยโรค

สามารถบันทึกข้อมูลการวินิจฉัยโรคลงได้หลายวิธี ดังนี้

##### วิธีที่ 1 ค้นหาจากคำค้นหา

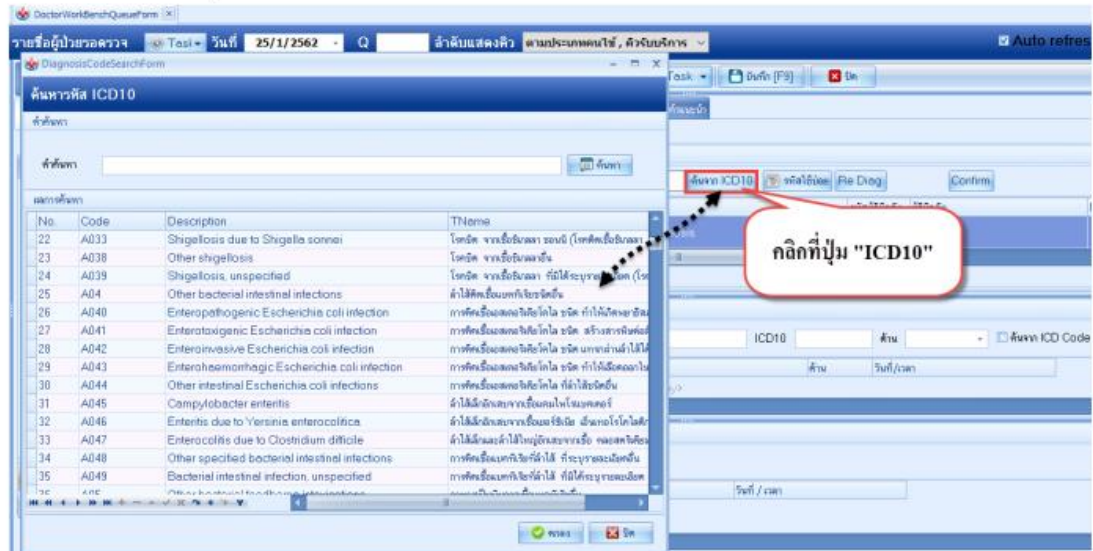
The screenshot shows the ICD10 search interface. A red box highlights the search results for 'Dm' (Diabetes Mellitus). The results list various ICD10 codes and their descriptions, such as 'Dm \*NIDDM w/o complication', 'Dm \*NIDDM w coma', 'Dm \*NIDDM w ketoacidosis', 'Dm \*NIDDM w multiple complications', and 'Dm \*NIDDM w neurological complications'. Red circles 1, 2, and 3 are placed on the interface to indicate specific steps or elements.

**หมายเลข 1** : คลิกแถบ การวินิจฉัย

**หมายเลข 2** : พิมพ์วินิจฉัยในช่องคำค้นหา

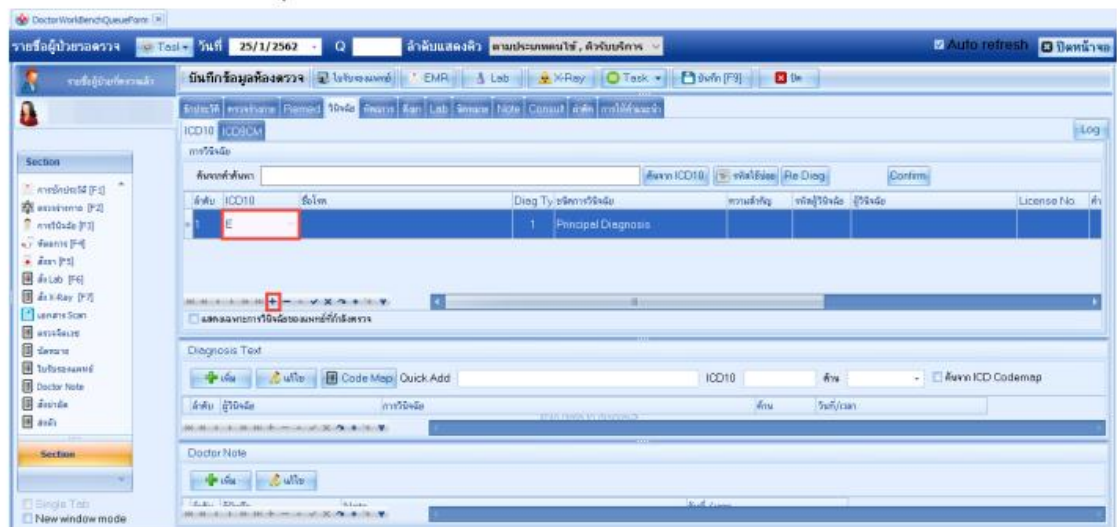
**หมายเลข 3** : เลือกการวินิจฉัยที่ต้องการบันทึกข้อมูล

**วิธีที่ 2** ค้นหาคำจากปุ่ม ICD10



คลิกที่ปุ่ม ค้นหาคำจาก ICD10 พิมพ์รหัสหรือชื่อโรคที่ต้องการค้นหาในช่องคำค้นหา โปรแกรมจะแสดงข้อมูลรหัสโรคที่เราทำการค้นหาข้อมูล

**วิธีที่ 3** ค้นหาคำจากการระบุเลขรหัส ICD10

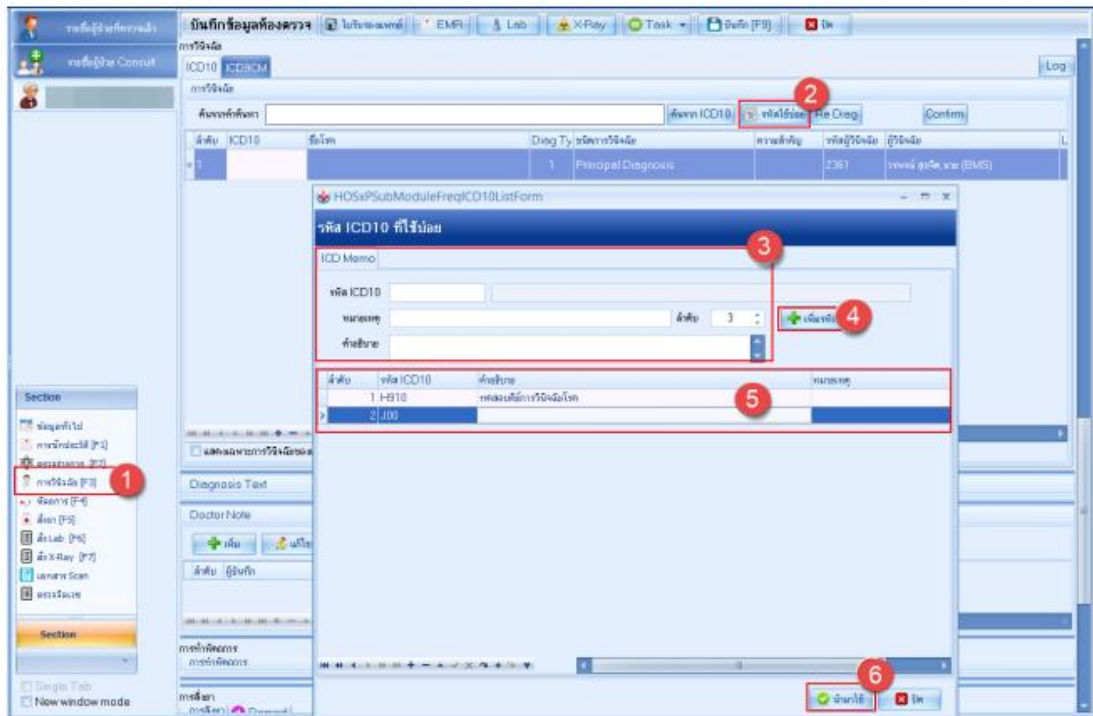


**หมายเลข 1** : คลิกแถบ การวินิจฉัย

**หมายเลข 2** : คลิกที่ปุ่ม +

**หมายเลข 3** : พิมพ์รหัสวินิจฉัยโรคลงไปในช่อง ICD10

วิธีที่ 4 ค้นหาจากรหัสใช้บ่อย



หมายเลข 1 : คลิกแถบ การวินิจฉัย

หมายเลข 2 : คลิกที่ปุ่มรหัสใช้บ่อย โปรแกรมจะเปิดหน้าจอ รหัส ICD10 ที่ใช้บ่อย

หมายเลข 3 : พิมพ์รหัส ICD10 ที่ต้องการเก็บเอาไว้เป็นรหัสใช้บ่อย

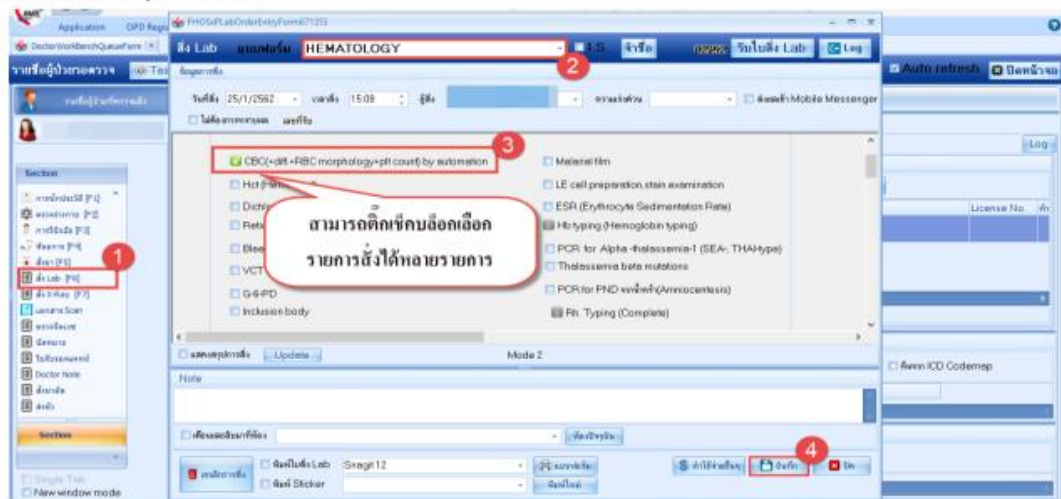
หมายเลข 4 : คลิกปุ่ม เพิ่มรหัสเพื่อบันทึก

หมายเลข 5 : รหัส ICD10 จะถูกเก็บบันทึกเก็บเป็นรหัสใช้บ่อยให้ในช่องด้านล่าง

หมายเลข 6 : สามารถนำรหัสใช้บ่อยที่สร้างเอาไว้มาใช้งานได้โดยคลิกปุ่ม นำมาใช้

5. สั่ง Lab, X-Ray

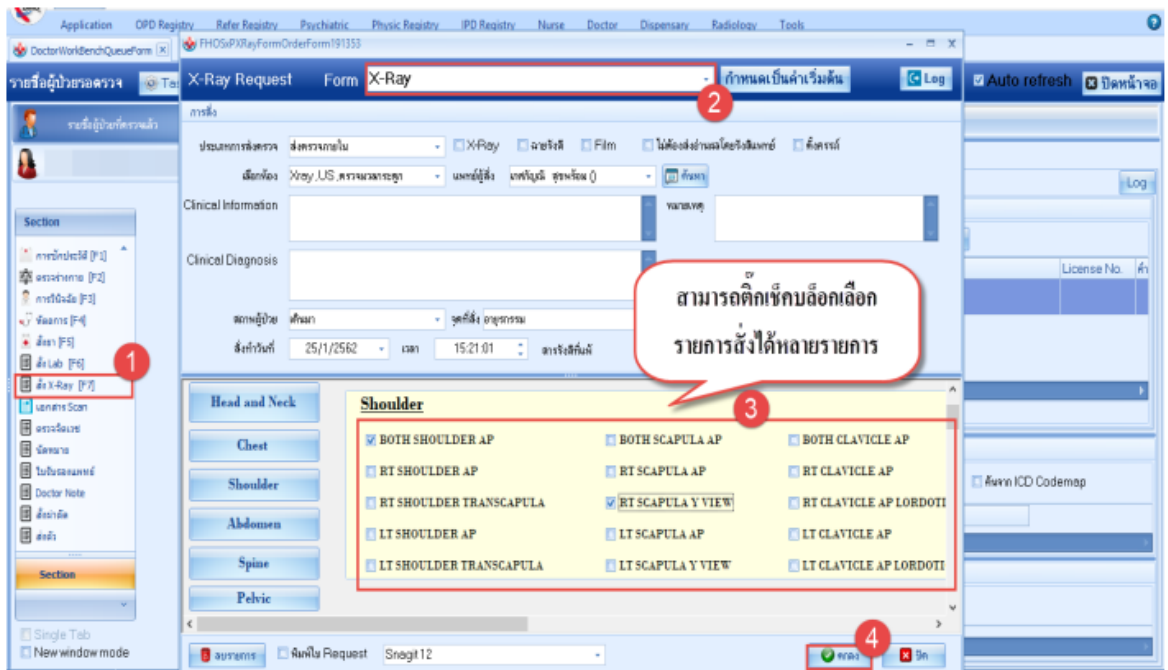
การสั่ง Lab คลิกที่ แถบ สั่ง Lab >> เลือกแบบฟอร์มที่ต้องการสั่ง >> เลือกรายการที่ต้องการสั่ง >> จากนั้นกดที่ปุ่ม “บันทึก”





การสั่ง X-Ray

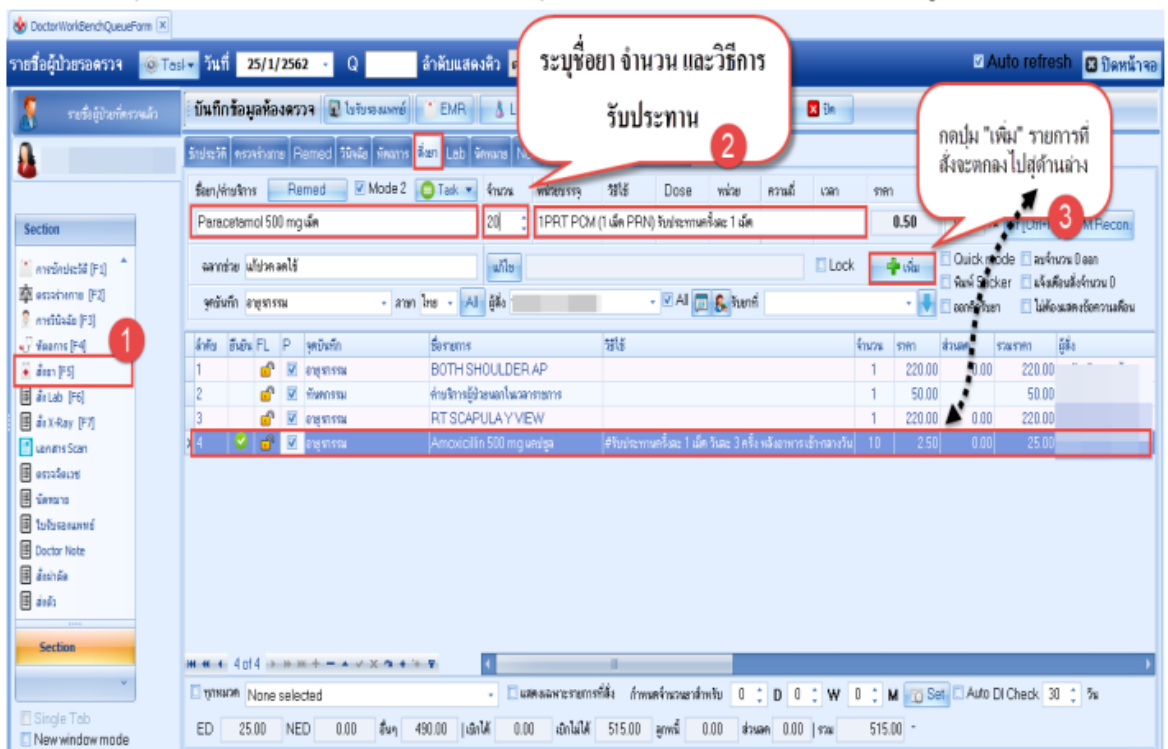
การสั่ง X-Ray คลิกที่ แถบ สั่ง X-Ray >> เลือกแบบฟอร์มที่ต้องการสั่ง >> เลือกรายการที่ต้องการสั่ง >> จากนั้นกดที่ปุ่ม “บันทึก”



6. สั่งยา

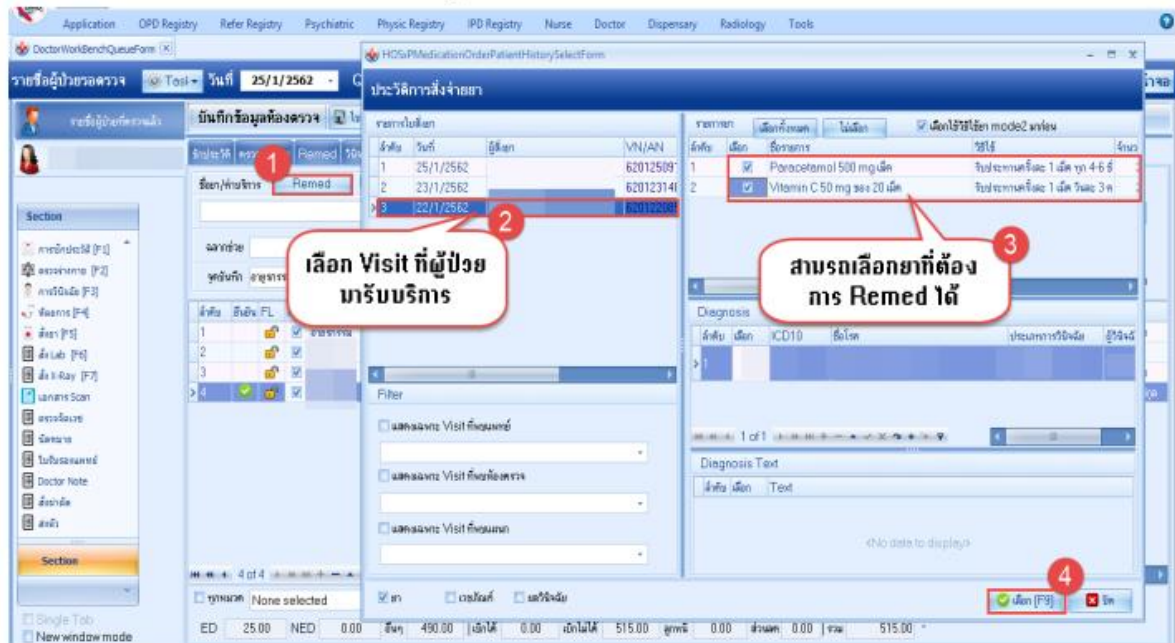
การสั่งยาแบบทั่วไป

คลิกที่แถบ “สั่งยา[F5]” >> ใส่ชื่อยาในช่อง “ชื่อยา/ค่าบริการ” >> ระบุจำนวนที่ต้องการสั่ง >> ระบุวิธีรับประทานหรือวิธีใช้ยา >> กดปุ่ม “เพิ่ม” เพื่อให้รายการยาตกไปสู่ด้านล่าง

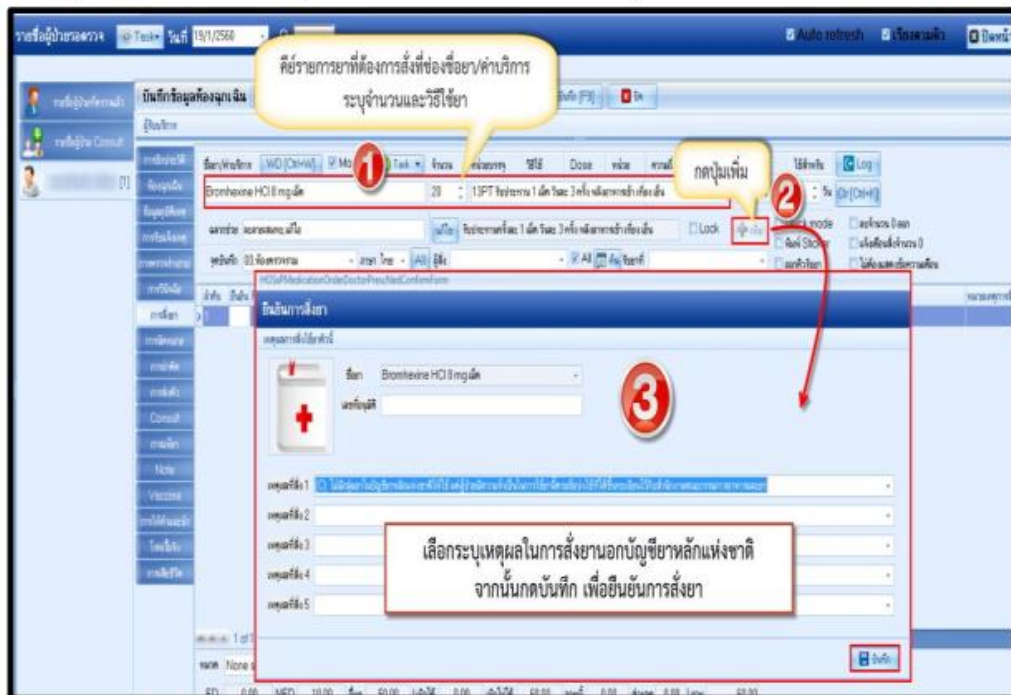


การ Remed ยา

คลิกที่แถบ “Remed” >> Visit ที่คนไข้มารับบริการ และที่ต้องการ Remed >> สามารถเลือกยาที่ต้องการ Remed ได้ >> กดปุ่ม “เลือก”



7. บันทึกเหตุการณ์ใช้ยานอกบัญชี , พิมพ์ใบรับรองยานอกบัญชี

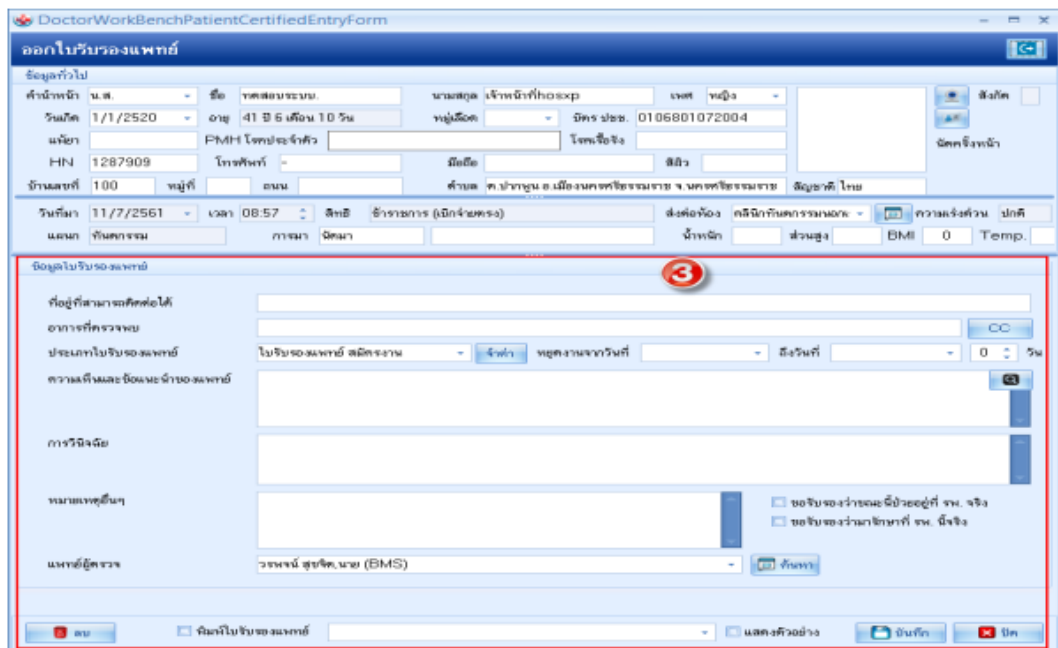
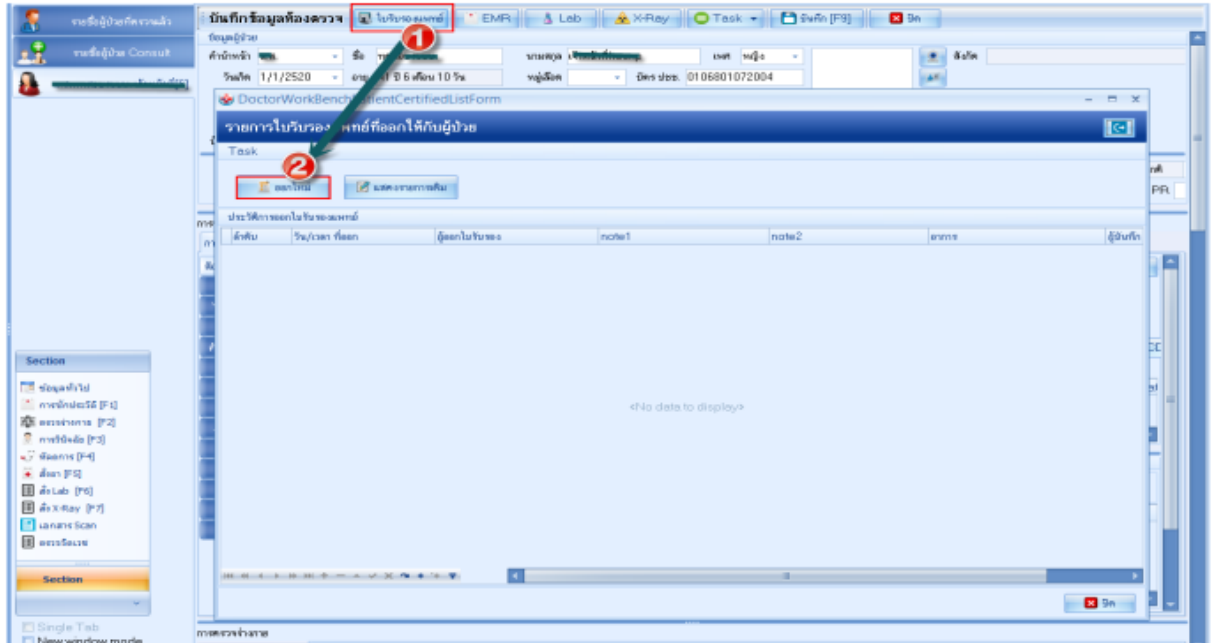


**หมายเลข 1 :** ในช่องรายการคีย์รายการยานอกบัญชีลงไปในช่วง ชื่อยา/ค่าบริการ

**หมายเลข 2 :** กดปุ่มเพิ่มเพื่อบันทึกรายการยา

**หมายเลข 3 :** จะมี pop up ให้ระบุเหตุผลการยานอกบัญชี เมื่อระบุเสร็จแล้วให้คลิกปุ่มบันทึก

8. ออกใบรับรองแพทย์ , พิมพ์ใบรับรองแพทย์

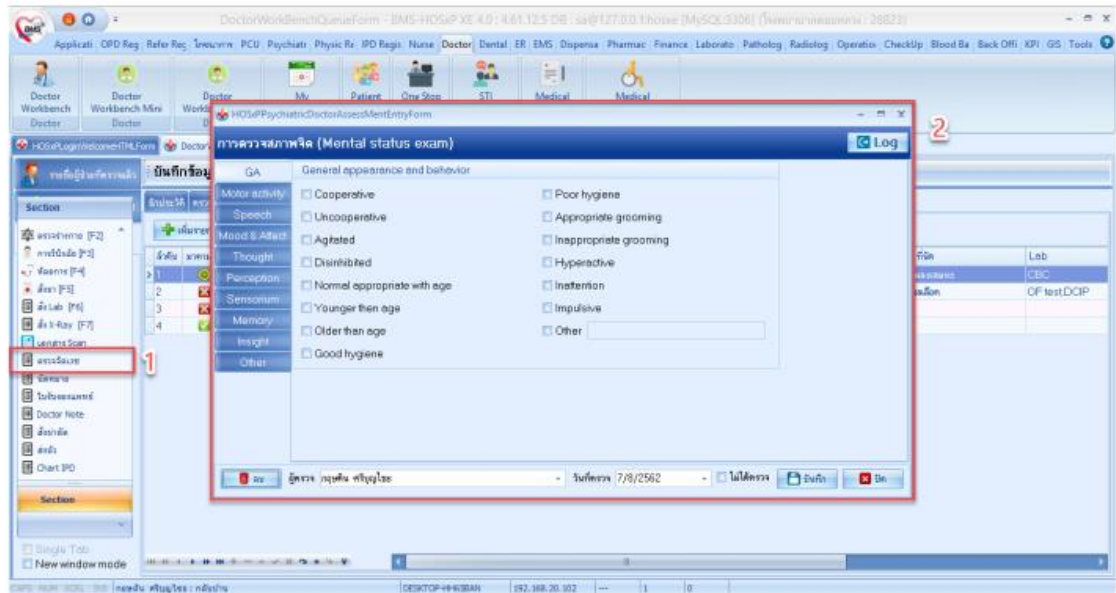


**หมายเลข 1** : คลิกที่ปุ่มใบรับรองแพทย์

**หมายเลข 2** : คลิกที่ปุ่มออกใหม่เพื่อออกใบรับรองแพทย์

**หมายเลข 3** : ใส่รายละเอียดข้อมูลในใบรับรองแพทย์โดยสิ่งแรกให้เลือกประเภทของใบรับรองแพทย์ ก่อนจากนั้นก็ลงข้อมูลเมื่อลงข้อมูลเสร็จให้ติกพิมพ์ใบรับรองแพทย์เพื่อพิมพ์ออกมาให้กับคนไข้

## 12.ตรวจจิตเวช



หน้าแสดงการตรวจสภาพจิต (Mental status exam)

**หมายเลข 1** : คลิกแถบ ตรวจจิตเวช

**หมายเลข 2** : คลิกที่ GA ลักษณะทั่วไปและพฤติกรรม ให้ระบุรายละเอียดของการตรวจสอบสถานะและรายละเอียดอื่น หลังจากนั้นกดปุ่มบันทึก ในแถบการตรวจจิตเวชจะมีแถบแบบประเมินดังนี้

General Appearance ลักษณะทั่วไป

Motor activity กิจกรรมมอเตอร์

Speech การพูด

Mood & Affect อารมณ์และความรู้สึก

Thought ตรรกะ

Perception การรับรู้

Sensorium

Memory การจดจำ

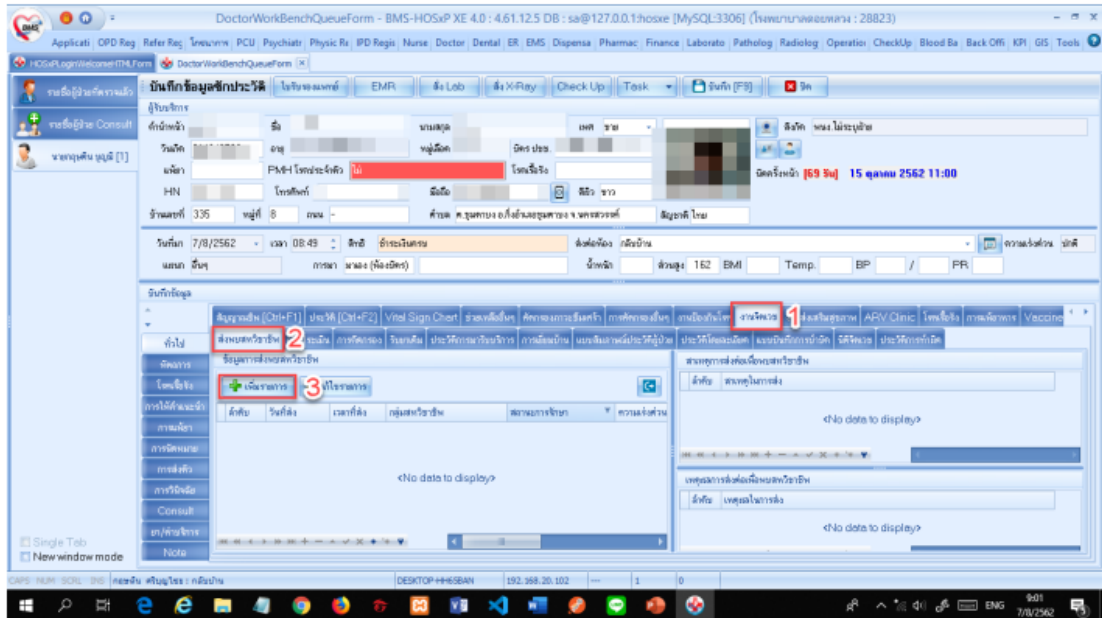
Insight ข้อมูลเชิงลึก

Other อื่น ๆ



### 13.ส่งพบสหวิชาชีพ

เป็นแถบการทำงานของจิตเวชโดยเฉพาะ แบ่งออกเป็นแถบต่างๆ ดังนี้  
 เลือก แถบจิตเวช >> แถบการประเมิน >> แถบประเมินความเสี่ยง >> คลิก เพิ่มการประเมิน  
 >> จะมีหน้าต่าง บันทึกการประเมินความเสี่ยง



หลังจากนั้นเลือก บันทึกการส่งพบสหวิชาชีพ ดังนี้

หมายเลข 1 “กลุ่มสหวิชาชีพ” เพื่อเลือกหัวข้อของสาเหตุและเหตุผล ในการส่งพบสหวิชาชีพนั้นๆ

หมายเลข 2 “สาเหตุการส่งต่อเพื่อพบสหวิชาชีพ” เพื่อระบุสาเหตุการในการส่งพบสหวิชาชีพนั้นๆ

หมายเลข 3 “เหตุผลการส่งต่อเพื่อพบสหวิชาชีพ” เพื่อระบุเหตุผลการในการส่งพบสหวิชาชีพนั้นๆ

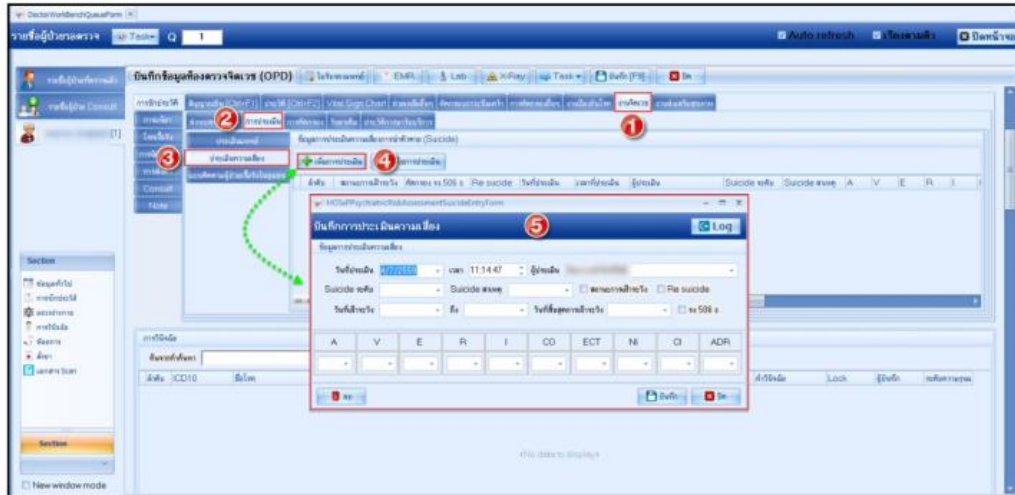
แสดงหน้าจอการบันทึกพบสหวิชาชีพ

เมื่อบันทึกข้อมูลการส่งพบสหวิชาชีพแล้ว จะมี “สถานการณ์รักษาพยาบาล” เพื่อให้ทราบว่าสหวิชาชีพนั้นๆ ลงข้อมูลเสร็จแล้ว หรือยังไม่ได้บันทึกข้อมูล

แสดงหน้าจองานจิตเวช

#### 14. การประเมิน

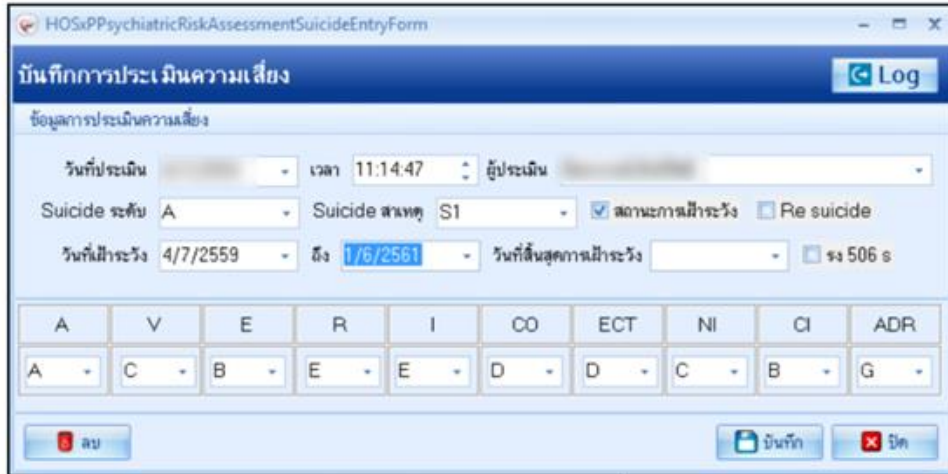
เลือก แถบจิตเวช >> แถบการประเมิน >> แถบประเมินความเสี่ยง >> คลิก เพิ่มการประเมิน >> จะมีหน้าต่าง บันทึกการประเมินความเสี่ยง



### หน้าจอบันทึกแบบประเมินความเสี่ยง

ลงข้อมูลการบันทึกการประเมินความเสี่ยง โดยใส่ข้อมูลดังนี้

- Suicide ระดับ ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
- Suicide สาเหตุ ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
- สถานการณ์เฝ้าระวัง เมื่อมีการตีถูกเอาไว้จะมี Pop Up แจ้งเตือน เป็น Note ติดตัว เพื่อแจ้งให้ทราบว่าผู้มารับบริการมีภาวะเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
- Re suicide เมื่อผู้มารับบริการมีการมาประเมินการฆ่าตัวตายซ้ำ
- วันที่เฝ้าระวังระหว่างวันที่ ถึงวันที่ ระยะเวลาเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของผู้มารับบริการ
- วันที่สิ้นสุดการเฝ้าระวัง เมื่อผู้ป่วยมารับบริการมีอาการดีขึ้นและไม่ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายแล้ว และให้ Note หยุดแจ้งเตือน
- การคัดกรองแบบประเมิน รง. 506 S
- การประเมิน A , V , E , R , I , CO , ECT , NI , CI , ADR โดยจะมีระดับให้เลือกคือ A - I



บันทึกการประเมินความเสี่ยง

ข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

วันที่ประเมิน [Dropdown] เวลา 11:14:47 ผู้ประเมิน [Dropdown]

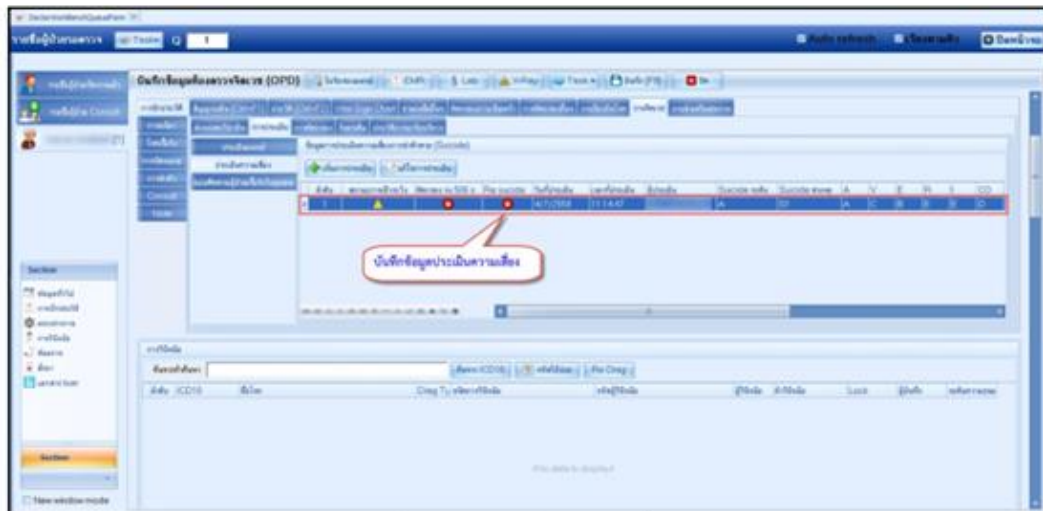
Suicide ระดับ A Suicide สาเหตุ S1  สถานะการมีประวัติ  Re suicide

วันที่มีประวัติ 4/7/2559 ถึง 1/6/2561 วันที่สิ้นสุดการมีประวัติ [Dropdown]  คง 506 s

A	V	E	R	I	CO	ECT	NI	CI	ADR
A	C	B	E	E	D	D	C	B	G

ลบ บันทึก ปิด

หน้าจอบันทึกการประเมินความเสี่ยง



บันทึกข้อมูลประวัติการประเมินความเสี่ยง (OPD)

วันที่ สถานะการมีประวัติ Suicide สาเหตุ ผู้ประเมิน เวลาที่ประเมิน Suicide ระดับ Suicide สาเหตุ

4/7/2559 11:14:47 A S1 [Dropdown] [Dropdown] A S1 A S1

บันทึกข้อมูลประเมินความเสี่ยง



ค้นหา: [Input] [ปุ่มค้นหา]

Suicide สาเหตุ Suicide ระดับ Suicide สาเหตุ Suicide ระดับ Suicide สาเหตุ Suicide ระดับ Suicide สาเหตุ



หน้าจอการบันทึกความเสี่ยง

**สัญลักษณ์ หน้าจอการบันทึกความเสี่ยง**



**สถานะการเฝ้าระวัง**

-  เมื่อมีการติ๊กเลือกสถานะการเฝ้าระวัง
-  เมื่อไม่มีมีการติ๊กเลือกสถานะการเฝ้าระวัง

**คัดกรอง รง.506 S**

-  เมื่อไม่มีการติ๊กเลือกคัดกรอง รง.506 S
-  เมื่อมีการติ๊กเลือกคัดกรอง รง.506 S

**Re suicide**

-  เมื่อไม่มีการติ๊กเลือก Re suicide
-  เมื่อมีการติ๊กเลือก Re suicide

**แก้ไขรายการ** คลิกเลือกรายการที่ต้องการแก้ไข >> กดปุ่ม แก้ไขการประเมิน >> แก้ไขรายการ และกดปุ่มบันทึก



แสดงหน้าจอการแก้ไขข้อมูลการประเมินความเสี่ยง



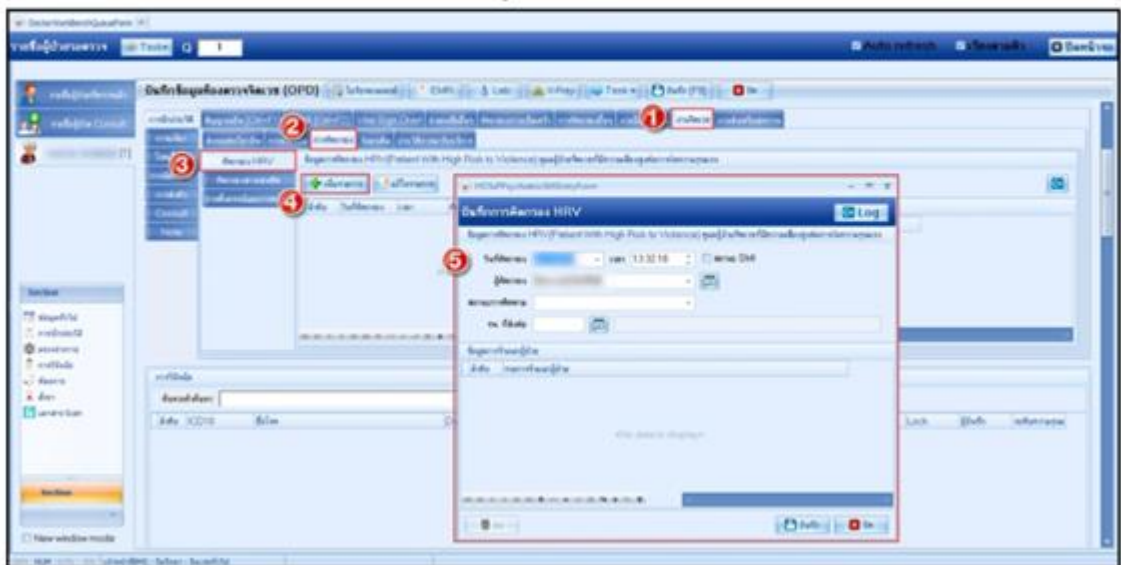
ลบรายการ คลิกเลือกรายการที่ต้องการลบ >> กดปุ่ม แก้ไขการประเมิน >> กดปุ่ม ลบ >> OK



แสดงหน้าจอการลบข้อมูลการประเมินความเสี่ยง

14. คัดกรอง HRV หรือ SMI (ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง)

1 เลือก แถบจิตเวช >> แถบการคัดกรอง >> แถบคัดกรอง HRV (SMI) >> คลิกเพิ่มรายการ จะมีหน้าจอให้บันทึกข้อมูล

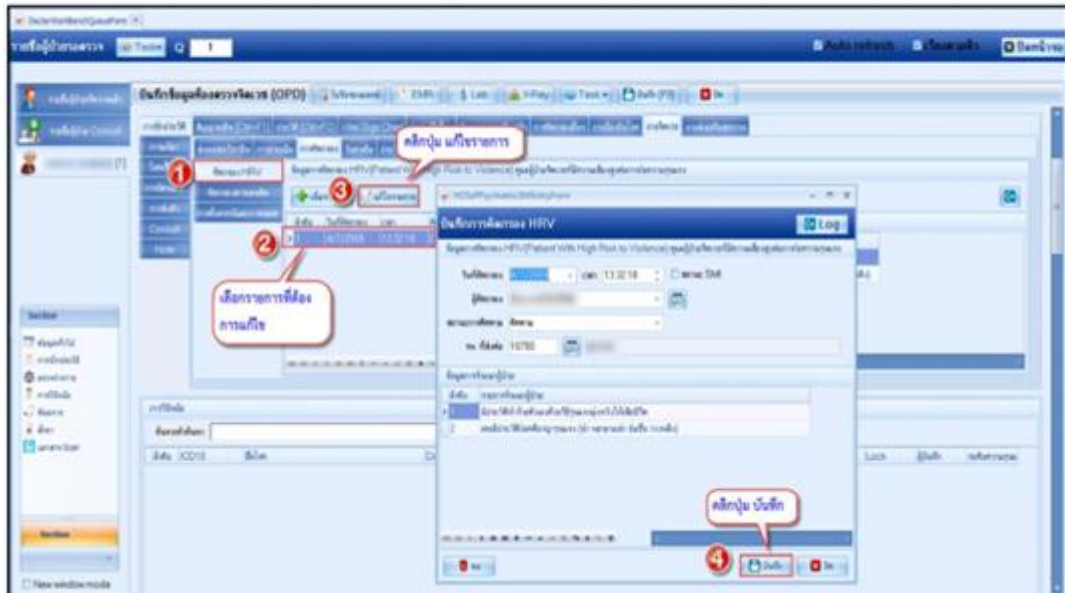


หน้าจอคัดกรอง SMI

- สถานะการติดตาม
  1. ติดตาม
  2. ไม่ติดตาม
  3. ส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น

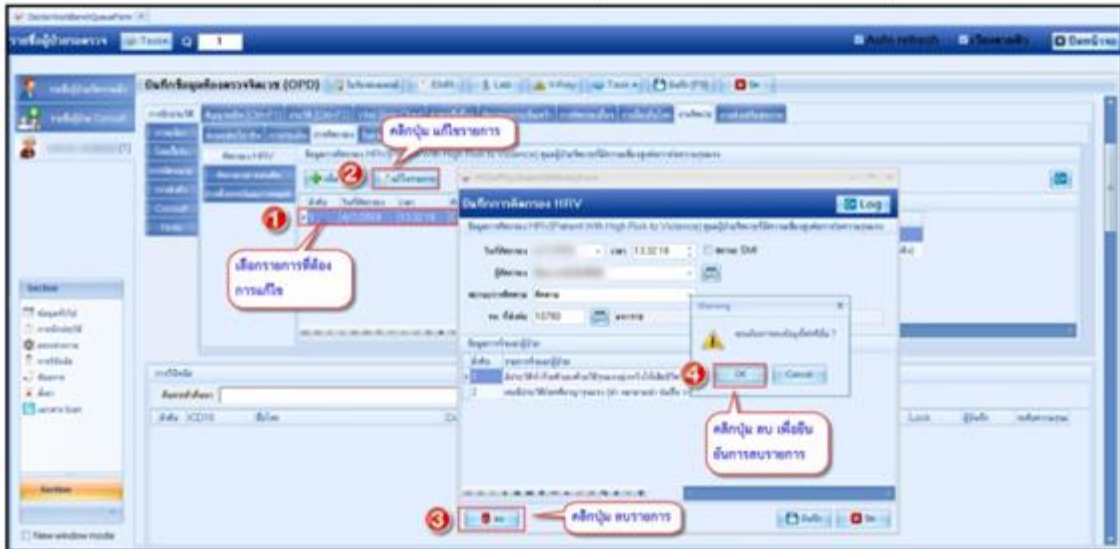
- **ข้อมูลการจำแนกผู้ป่วย**
  1. มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
  2. มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง / ก่อเหตุการณรุนแรงในชุมชน
  3. ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งร้าย
  4. เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

แก้ไขรายการ คลิกเลือกรายการที่ต้องการแก้ไข >> กดปุ่ม แก้ไขรายการ >> แก้ไขรายการและกดปุ่มบันทึก



แสดงหน้าจอการแก้ไขข้อมูลการคัดกรอง SMI

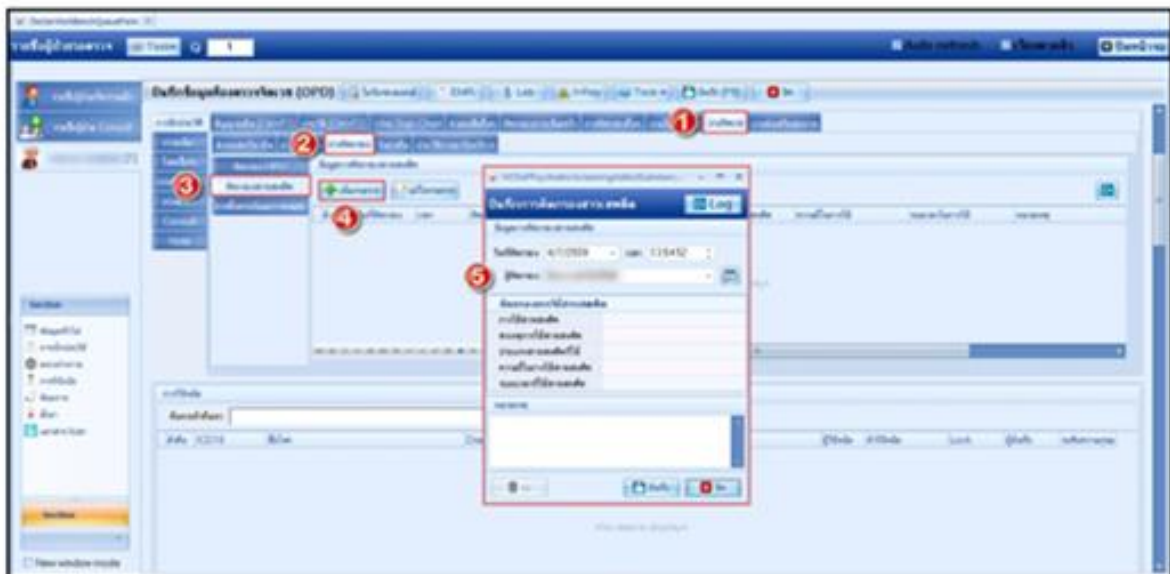
**ลบรายการ** คลิกเลือกรายการที่ต้องการลบ >> กดปุ่ม แก้ไขรายการ >> กดปุ่ม ลบ >> OK



แสดงหน้าจอการลบข้อมูลการคัดกรอง SMI

15. คัดกรองสารเสพติด

เลือก แถบจิตเวช >> แถบการคัดกรอง >> แถบคัดกรองสารเสพติด >> คลิกเพิ่มรายการ >> จะมีหน้าต่าง บันทึกการคัดกรองสารเสพติด



หน้าจอคัดกรองสารเสพติด

บันทึกข้อมูลการคัดกรองสารเสพติด

- วันที่ และเวลา ในการคัดกรองจะดึงมาให้ตามวันที่และเวลาของเครื่องคอมพิวเตอร์ สามารถเปลี่ยนได้



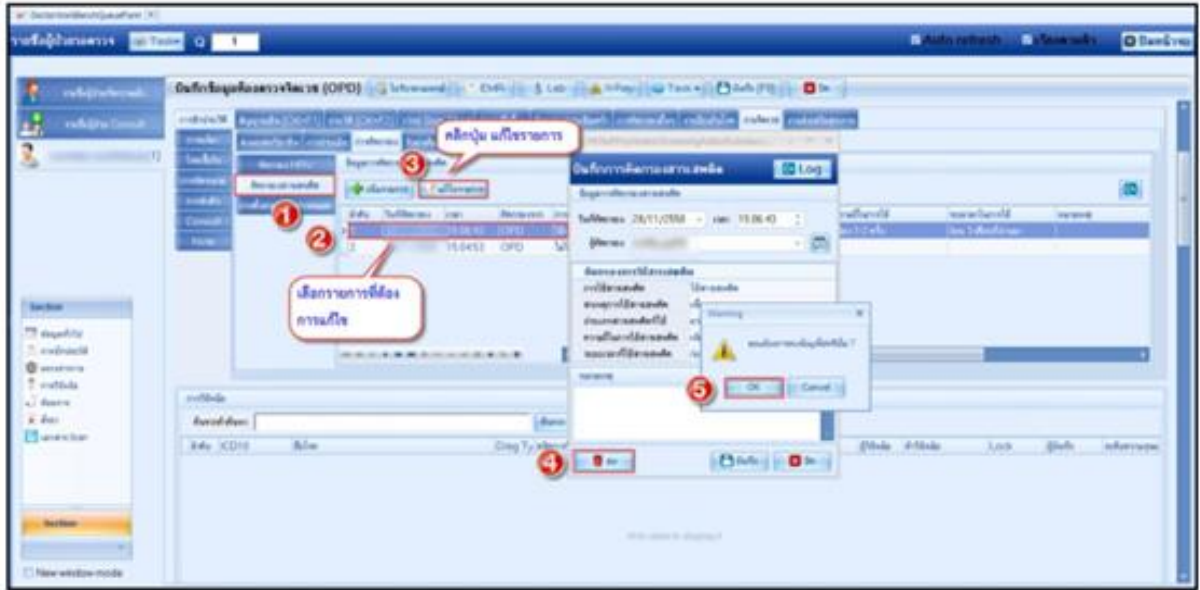
- ผู้คัดกรอง จะดึงข้อมูลมาตาม Login ที่มีการลงข้อมูลแต่สามารถเปลี่ยนแปลงชื่อผู้คัดกรองได้
- คัดกรองใช้สารเสพติด โดยคลิกเลือกรายการแต่ละหัวข้อได้ และเลือกข้อมูลบันทึกรายการ
- หมายเหตุเพิ่มเติม สามารถพิมพ์ข้อความเพิ่มเติมได้

หน้าจอบันทึกการคัดกรองสารเสพติด

แก้ไขรายการ คลิกเลือกรายการที่ต้องการแก้ไข >> กดปุ่ม แก้ไขรายการ >> แก้ไขรายการและกดปุ่มบันทึก

แสดงหน้าจอการแก้ไขข้อมูลการคัดกรองสารเสพติด

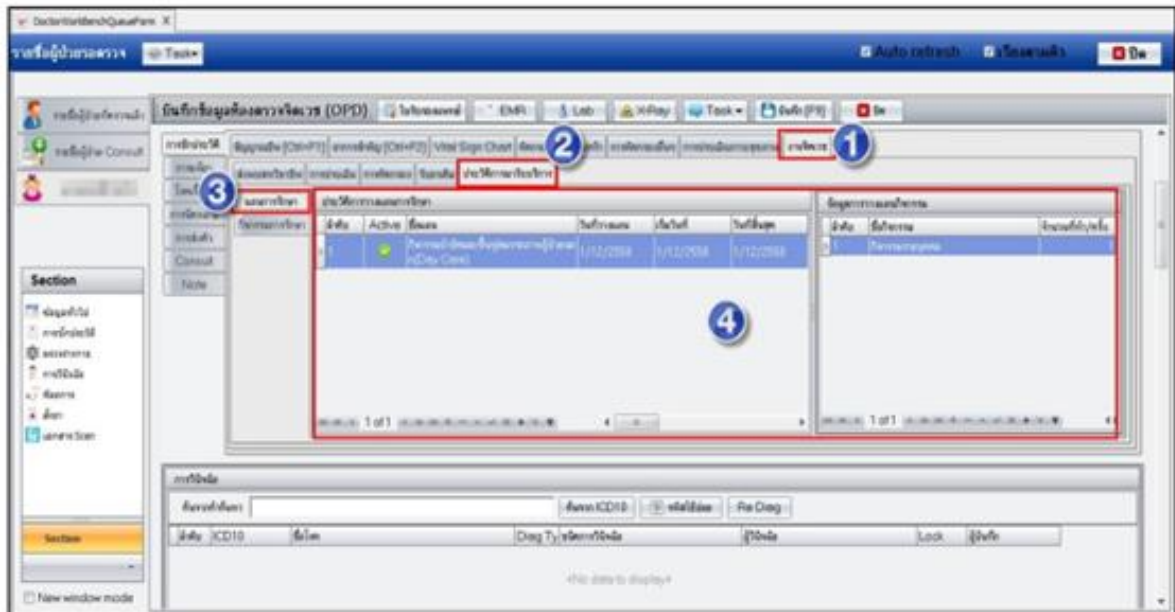
ลบรายการ คลิกเลือกรายการที่ต้องการลบ >> กดปุ่ม แก้ไขรายการ >> กดปุ่ม ลบ >> OK



แสดงหน้าจอการลบข้อมูลการคัดกรองสารเสพติด

#### 16. ประวัติการมารับบริการ

เลือก แถบจิตเวช >> แถบประวัติการมารับบริการ >> แถบแผนการรักษา เป็นการดูประวัติแผนการรักษาของคนไข้




















แสดงหน้าจอประวัติการมารับบริการ

เลือกกิจกรรมการรักษา >> จะมีแถบ OPD และ IPD สามารถดูข้อมูลกิจกรรมที่ทำการรักษาให้กับผู้ป่วยทั้งตอนเป็นเคส OPD และ IPD ได้

วันที่รับบริการ	ประเภทการบริการ	วันที่รับบริการ	ชื่อผู้ป่วย	ชื่อแพทย์	วันที่รับบริการ	ชื่อแพทย์
OPD	OPD	1/12/2558	ศิริราชสมภพ (หญิง)	ศิริราชสมภพ (หญิง)	1/12/2558	ศิริราชสมภพ (หญิง)
2	OPD	1/12/2558	ศิริราชสมภพ (หญิง)	ศิริราชสมภพ (หญิง)	1/12/2558	ศิริราชสมภพ (หญิง)

แสดงหน้าจอประวัติการมารับบริการ

คำอธิบายสถานะและสัญลักษณ์ต่าง ๆ

- ลำดับ : ลำดับรายชื่อผู้ป่วยที่รอตรวจ
- คิวรับบริการ : ลำดับคิวรวมในวันทีนับจากเวชระเบียนส่งตรวจผู้ป่วย
- HN : HN ของผู้ป่วย
- แพ้ม : สถานะของการเยี่ยมแพ้ม OPD Card จากห้องเวชระเบียน จะมี 2 สถานะ
  -  คือ ยังไม่มีการเยี่ยมแพ้ม
  -  คือ มีการยืนยันการเยี่ยมแพ้มแล้ว
- RC : สถานะของการตรวจสอบสิทธิการรักษา มี 3 สถานะ
  -  คือ ยังไม่ได้รับการตรวจสอบสิทธิการรักษา
  -  คือ รอตรวจสอบเอกสารสิทธิการรักษา
  -  คือ ได้รับการตรวจสอบสิทธิการรักษาเรียบร้อยแล้ว
- Lab : สถานะของการสั่ง LAB มี 5 สถานะ
  - คือ ยังไม่มีการสั่ง Lab
  -  คือ มีการสั่ง LAB แต่ยังไม่ทราบผล
  -  คือ มีการสั่ง LAB รับใบ LAB แต่ยังไม่ยืนยันผล LAB บาง item
  -  คือ มีการสั่ง LAB หลายใบแต่มีการยืนยันผลบางใบ
  -  คือ มีการสั่ง LAB และรายงานผลแล้ว
- XR : สถานะของการสั่ง X-RAY มี 4 สถานะ
  - คือ ยังไม่มีการสั่ง
  -  คือ มีการสั่ง X-RAY แต่ยังไม่ทราบผล
  -  คือ มีการสั่ง X-RAY มากกว่า 1 ใบ แต่ยืนยันผลบางใบ
  -  คือ มีการสั่ง X-RAY ยืนยันรับตัวและรายงานผลแล้ว
- FN : สถานะของการชำระเงิน มี 4 สถานะ
  - คือ ยังไม่มีการชำระเงิน
  -  คือ มีการโอนค่าใช้จ่ายแยกตามสิทธิการรักษาแล้ว
  -  คือ มีการชำระเงินและออกใบเสร็จให้ผู้ป่วยแล้ว
  -  คือ มีการปิดรายการค่าใช้จ่ายจากห้องการเงินแล้ว
- AR : สถานะของการมียอดค้างชำระ มี 3 สถานะ
  - คือ ไม่มียอดเงินค้างชำระ
  -  คือ มียอดเงินค้างชำระ
  -  คือ ชำระเงินที่ค้างชำระเรียบร้อยแล้ว
- FD : สถานะของการฝากเงินมัดจำ ถ้ามีการฝากเงินมัดจำไว้ระบบจะแสดงจำนวนเงินที่ได้ฝากเงินมัดจำไว้

## ระเบียบปฏิบัติการสั่งยาในโรงพยาบาลสวนปรุง

### คำนิยามศัพท์

**คำสั่งใช้ยา** หมายถึง ชื่อยา ความแรงของยา วิธีใช้ จำนวน  
**ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ** หมายถึง ยาที่อยู่ในรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ  
**ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ** หมายถึง ยาที่มีได้อยู่ในรายการยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ

ระบบการสั่งยาของโรงพยาบาลสวนปรุงมีอยู่ ๔ ระบบได้แก่

๑. ระบบสั่งยาภายในโรงพยาบาล
๒. ระบบการบริการยาไปรษณีย์
๓. ระบบการรับยาต่อเนื้อที่ร้านยาเครือข่าย
๔. ระบบการรับยาเดิม

### ๑. ระบบสั่งยาภายในโรงพยาบาลสวนปรุง

#### การกำหนดการสั่งจ่ายยา

- จ่ายยาให้ผู้ป่วยตามสิทธิการรักษา หากได้ยาไม่ถึงวันแพทย์นัด ให้ออกใบนัดมารับยาเดิม /ไปรษณีย์
- กำหนดจ่ายยาสูงสุดไม่เกิน ๓ เดือนต่อครั้ง

#### การตรวจสอบความถูกต้องในการสั่งจ่ายยา

- เภสัชกรประเมินถูกต้องและความเหมาะสมของคำสั่งใช้ยา โดยประเมินจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา ข้อควรระวังหรือข้อห้ามใช้ หรือปัญหาที่เกี่ยวข้องเนื่องจากยา และเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบความถูกต้องของใบสั่งยาและยาที่จัด ซึ่งกรณีพบปัญหาจากยา ให้ปรึกษาแพทย์ด้วยวาจาหรือเขียนปรึกษาในแบบฟอร์มขอคำปรึกษาจากยา (SPFM ๑๖.๑๕)

- กรณีพิมพ์ฉลากผิดพลาด ให้ส่งคืนเจ้าหน้าที่ห้องยาแก้ไขในโปรแกรม HOSXP
- กรณีไม่มีข้อผิดพลาด ให้ส่งใบสั่งยาให้เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบสิทธิการรักษา และเรียกผู้ป่วย

ชำระเงินตามสิทธิการรักษา

- เภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมตรวจสอบความถูกต้องของฉลากและยา แล้วจึงจ่ายยาให้กับผู้ป่วยพร้อมให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม

- หากมีการจัดยาผิดพลาดจะส่งกลับให้เจ้าหน้าที่จัดยาแก้ไขให้ถูกต้อง และลงบันทึกความผิดพลาดในสมุดบันทึก Medication Error

- หากผู้ป่วยต้องได้รับยาฉีดที่ OPD. เจ้าหน้าที่รับใบสั่งยาจะพิมพ์ฉลากฉีดที่ OPD. ติดหน้าของยา

- หากผู้ป่วยต้องได้รับยาฉีดที่บ้าน เจ้าหน้าที่รับใบสั่งยาจะพิมพ์ฉลากฉีดที่บ้าน ติดหน้าของยา และเภสัชกรหรือเจ้าพนักงานเภสัชกรรมจะเขียนแบบฟอร์มใบฉีดยาที่บ้าน SPFM ๑๖.๐๒ แนบกับยาฉีด ให้ผู้ป่วยนำไปฉีดที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเมื่อถึงกำหนดการฉีด

- นำใบสั่งยาที่จ่ายยาแล้วใส่ตะกร้าใบสั่งรอรวบรวมเย็บเล่มประจำวัน

## ๒. ระบบรับยาทางไปรษณีย์

ผู้ป่วยรับยาทางไปรษณีย์ มี ๒ กรณี คือ

**กรณีที่ ๑** แพทย์ดูแลรักษาพิจารณาแล้วเห็นว่าสามารถซื้อยาทางไปรษณีย์ได้ เช่น ผู้ป่วยอาการดี ผู้ป่วยไม่สะดวกในการมาพบแพทย์ แพทย์ผู้ดูแลรักษาจะเป็นผู้ลงบันทึกไว้ใน OPD CARD ว่า “ซื้อยาทางไปรษณีย์ได้” แล้วลงนามและให้ดำเนินการตามระเบียบปฏิบัติเรื่องยาทางไปรษณีย์ (SPP ๔๗) ต่อไป ทั้งนี้ต้องได้รับการประเมินซ้ำอย่างน้อยปีละครั้ง

**กรณีที่ ๒** หน่วยยาไปรษณีย์นำเสนอ ให้ปฏิบัติดังนี้

๑. ให้แพทย์เวร OPD ในเวลาในวันนั้น ๆ เป็นพิจารณา
๒. กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น นอนไม่หลับหรือมีอาการทางจิตกำเริบให้พิจารณาปรับยา ให้ก่อนพร้อมทั้งให้คำแนะนำให้พาผู้ป่วยมาตรวจ
๓. กรณีผู้ป่วยขาดการติดต่อกันเกิน ๑ ปี ให้แนะนำผู้ป่วยมาตรวจซ้ำโดยไม่ต้องให้ยา ยกเว้นผู้ป่วยเขียนแจ้งอาการ ให้พิจารณาให้ยาเบื้องต้นก่อนแล้วแนะนำให้มาตรวจซ้ำ
๔. กรณีผู้ป่วยรับยาสม่ำเสมอแต่ไม่ได้รับการตรวจซ้ำมากกว่า ๑ ปี ให้แพทย์ Review Diagnosis และ treatment และแนะนำให้พาผู้ป่วยมาตรวจ

## ๓. ระบบรับยาต่อเนื่องที่ร้านยาเครือข่าย

**การกำหนดเกณฑ์คัดเลือกผู้ป่วยเข้ารับบริการ** ผู้ป่วยต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

- ผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ
- เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล และโรคนอนไม่หลับ
- เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่มีการปรับยา และแพทย์มีความเห็นให้รับยาต่อเนื่องที่ร้านยา
- ไม่มีรายการยาวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท ๒
- เป็นผู้ป่วยที่มีที่อยู่อาศัยใกล้เคียง / สะดวกในการเดินทางมารับบริการที่ร้านขายยาที่เข้าร่วมโครงการ
- เป็นผู้ป่วยที่มีสิทธิการรักษา คือ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

**การกำหนดเกณฑ์ร้านยาที่เข้าร่วมโครงการ**

- เป็นร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ขย. ๑) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. ๒๕๕๗ (ร้านยา GPP)
- เป็นร้านขายยาที่ได้รับอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทประเภท ๓ และประเภท ๔
- เปิดให้บริการอย่างน้อย ๘ ชั่วโมงต่อวันและมีเภสัชกรปฏิบัติงาน ตลอดเวลาที่เปิดบริการ
- มีเภสัชกรผู้ให้บริการจ่ายยาให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับอนุญาตการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และโรงพยาบาลสวนปรุงจนมีความพร้อมที่จะให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

## แนวทางการดำเนินงานในการส่งผู้ป่วยไปรับยาที่ร้านขายยา

### ขั้นตอนที่ ๑ การประเมินผู้ป่วยก่อนส่งยาจากโรงพยาบาล

- ๑) จิตแพทย์โรงพยาบาลสวนปรุง ตรวจวินิจฉัย และประเมินอาการ คัดกรองผู้ป่วย
- ๒) เภสัชกรโรงพยาบาลสวนปรุง ทำการประเมินอาการของผู้ป่วย ปัญหาจากการใช้ยา ได้แก่ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา
- ๓) เภสัชกรอธิบายขั้นตอนในการไปรับยาต่อเนื้อที่ร้านยา ให้ผู้ป่วยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการเลือกร้านยา และกำหนดวันนัดรับยาที่ร้านยา

### ขั้นตอนที่ ๒ การจัดส่งยาจากโรงพยาบาล-การรับยาที่ร้านยา

- ๑) เภสัชกรทำการจัดยา และใบข้อมูลการรักษาที่จำเป็น สำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ทำการบรรจุหีบห่อ และจัดส่งยาทางไปรษณีย์
- ๒) เภสัชกรกรอกข้อมูลลงแบบฟอร์ม electronic เพื่อส่งข้อมูลให้ทางร้านยา
- ๓) เมื่อกล่องยามาถึงร้านขายยา เภสัชกรร้านยา เปิดกล่องเช็คยา แล้วส่งข้อมูลกลับไปทางโรงพยาบาล
- ๔) ว่าได้รับยาครบถ้วนแล้ว

### ขั้นตอนที่ ๓ การจัดเก็บยาที่ร้านยา

จัดเตรียมสถานที่จัดเก็บให้มิดชิด แยกเป็นสัดส่วนชัดเจน และแยกจากยาทั่วไปในร้านยา เนื่องจากเป็นวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

### ขั้นตอนที่ ๔ การจ่ายยาให้กับผู้ป่วย

- ๑) เภสัชกรร้านยาเตรียมข้อมูลพื้นฐานผู้ป่วย ข้อมูลการรักษาจากโรงพยาบาลสวนปรุง ได้แก่ น้ำหนัก ส่วนสูง สัญญาณชีพ ประวัติแพ้ยา วินิจฉัยโรค คะแนนประเมินอาการทางจิต ยาที่แพทย์สั่ง วิธีใช้ จำนวน ข้อบ่งใช้ การประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ผลการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การดื่มคาเฟอีน การใช้สารเสพติด
- ๒) เมื่อผู้ป่วยมารับยาตามนัดที่ร้านขายยา เภสัชกร ทำการประเมินดังนี้

- ประเมินประสิทธิผลของการรักษา
- ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
- ประเมินปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา

๓) เภสัชกรจ่ายยาและให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย รวมถึง ให้คำปรึกษา คำแนะนำและวางแผนการใช้ยาที่ดีและเหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ดูแล เพื่อลดปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา (Drug related problems) หรือส่งผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลหากคาดว่าจะเกิดปัญหารุนแรงจากยาหรืออาการผู้ป่วยกำเริบ

๔) เภสัชกรบันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์มและให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อรับยา

๕) เภสัชกรกรอกข้อมูลลงแบบฟอร์ม electronic เพื่อส่งข้อมูลให้โรงพยาบาลสวนปรุง

### ขั้นตอนที่ ๕ การติดตามผลการบริหารเภสัชกรรมร้านยา



๑) เกสซ์กรโรงพยาบาลสวนปรุง หรือ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ติดตามผลการให้การ  
 บริบาลเภสัชกรรมในร้านยา เพื่อประเมินปัญหา และหาแนวทางแก้ไข

๒) เกสซ์กรโรงพยาบาลสวนปรุง รับข้อมูลจากร้านยามาประเมินผลการให้บริการเภสัชกรรม

### ขั้นตอนที่ ๒ การส่งผู้ป่วยกลับ

เกณฑ์การส่งผู้ป่วยกลับมาโรงพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาจากการรักษา โดยเกสซ์กรร้านยางดจ่ายยา  
 และผู้ป่วยส่งกลับโรงพยาบาล หากผู้ป่วยมีข้อต่อไปนี้อย่างน้อย ๑ ข้อ

- การประเมินอาการทางจิตข้อใดก็ตาม ได้คะแนนเกิน ๒
- คะแนน ๙Q เพิ่มขึ้นจากเดิม
- ดำหนิตัวเอง รู้สึกเป็นภาระ มีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายรุนแรงขึ้นจากที่เคยหายไป หรือน้อยลง
- ตั้งเครียดง่าย วิตกกังวลหลายเรื่อง กระตุก ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก\*
- กระวนกระวาย กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง ลุกสี่ลุกกลน ปฏิกริยาโต้ตอบเร็ว วกวน ไม่มีสมาธิ\*
- แยกตัว เก็บตัวในห้อง เงียบ ไม่สูงส่งใคร\*
- มีปัญหาการนอนรุนแรงขึ้นจากที่เคยหายไปหรือน้อยลง\*
- ตั้งครรภ์
- ไม่สามารถทำงาน เรียน หรือทำกิจวัตรประจำวัน
- ช่วงนี้มีปัญหาทางด้านสังคมจิตใจที่รุนแรงจนไม่สามารถแก้ไขได้
- ผู้ป่วยดื่มสุรา ใช้สารเสพติด เพิ่มขึ้น
- อาการข้างเคียงรุนแรงที่จัดการเบื้องต้นไม่ได้ เช่น EPS, QT prolongation, bleeding, sexual dysfunction, serotonin syndrome, lithium toxicity, hypothyroid, hepatitis, weight gain >๗% plus HTN/stroke/MI/DM
- คู่อันตรกริยาที่สำคัญ lithium – NSAIDs, ARBs, ACEIs, thiazidesที่เพิ่งได้รับร่วมกัน

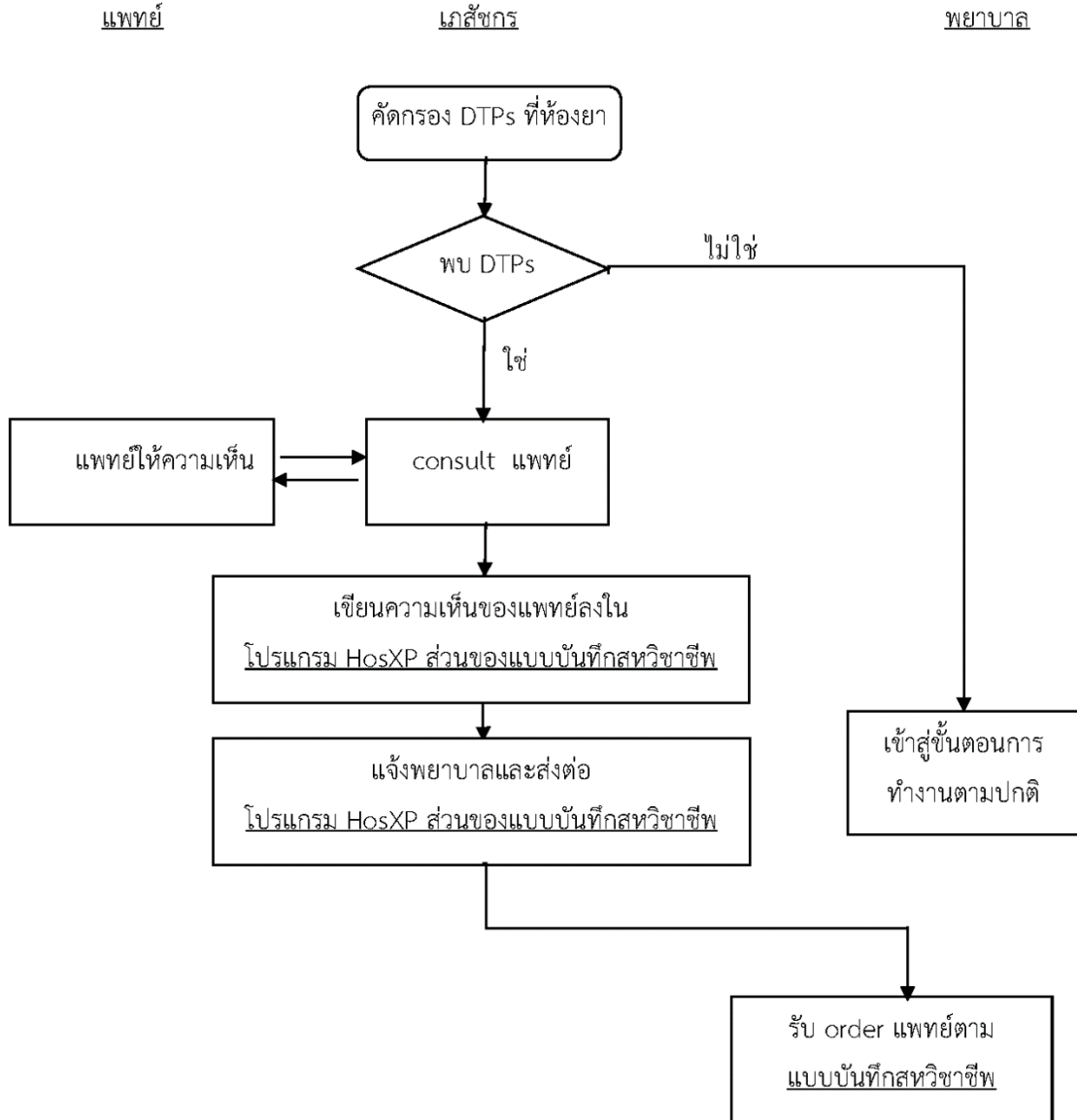
### ๔. ระบบรับยาเดิม

ผู้ป่วยรับยาเดิมต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ก่อน และได้รับการประเมินซ้ำอย่างน้อย ๑ ครั้ง จนอาการดีขึ้น ยกเว้นแพทย์พิจารณาแล้วเห็นว่าไม่จำเป็นต้องประเมินซ้ำ และลงบันทึกใน OPD CARD ว่า “รับยาเดิม” และให้ดำเนินการตามวิธีปฏิบัติบริการยาเดิม โดยระบบรับยาเดิมจะรับยาสูงสุดไม่เกิน ๓ เดือน หลังจากนั้นผู้ป่วยจะต้องกลับมาตรวจที่โรงพยาบาลอีกครั้ง





### ผังการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาจากการรักษาด้วยยา (DTPs) ที่ห้องยาใน



## แบบบันทึกการ consult แพทย์เมื่อเภสัชกรคัดกรองพบ DTPs ที่ห้องยา

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี H.N.....A.N.....

แพทย์ผู้รับ consult.....เภสัชกร.....ว/ด/ป.....

ประเด็นการ consult (โดยย่อ).....

.....

ความคิดเห็นของแพทย์

( ) ยืนยัน

( ) แก้ไขเป็น.....

.....

(สำหรับเภสัชกร)

### DTPs

- |                                     |                             |                          |
|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| ๑. Need for additional drug therapy | ๒. Improper drug selection  | ๓. Improper drug regimen |
| ๔. Non compliance                   | ๕. Failure to receive drug  | ๖. Adverse drug reaction |
| ๗. Drug interaction                 | ๘. Unnecessary drug therapy | ๙. Duplicated medication |

### การดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วย

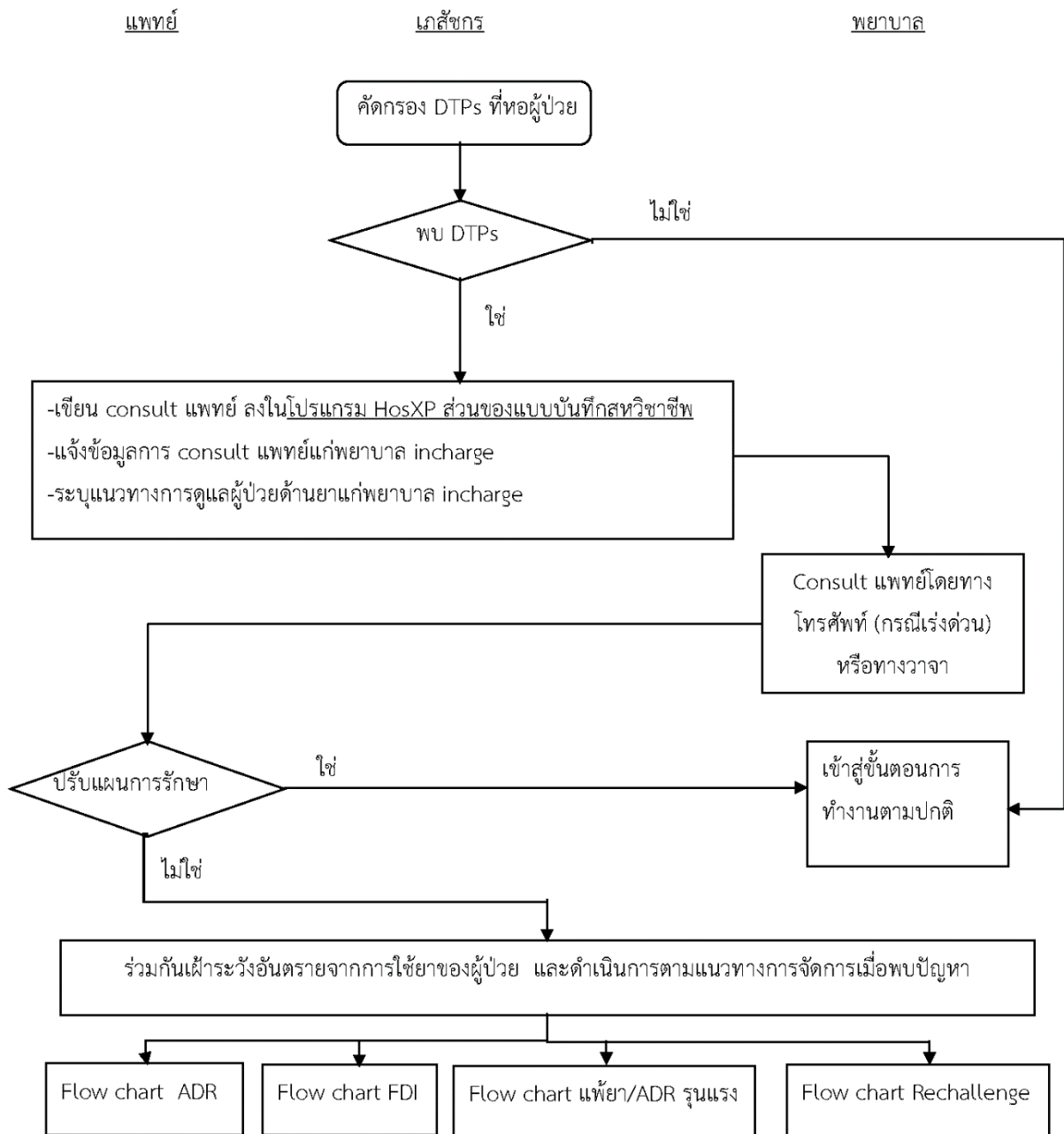
มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา โดยเฉพาะอาการไม่พึงประสงค์ที่ป้องกันได้ โดยเฝ้าระวังในผู้ป่วยดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน (Drug Interaction) อย่างมีนัยสำคัญ ที่สำคัญซึ่งจัดเป็น Fatal drug interaction ได้แก่

- Chlorpromazine ร่วมกับ Propranolol
- Thioridazine ร่วมกับ Fluoxetine หรือ Fluvoxamine
- Thioridazine ร่วมกับ Propranolol
- Thioridazine ร่วมกับ Ziprasidone
- Lithium ร่วมกับ Thiazide Diuretics เช่น Hydrochlorothiazide, Indapamide
- Lithium ร่วมกับ ACEI เช่น Enalapril
- Lithium ร่วมกับ NSAIDS เช่น Diclofenac, Ibuprofen, Naproxen, Piroxicam

ประเมินและจัดการตามแนวทางในแบบประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา Fatal drug interaction

## ผังการปฏิบัติเมื่อพบปัญหาจากการรักษาด้วยยา (DTPs) ที่หอผู้ป่วย



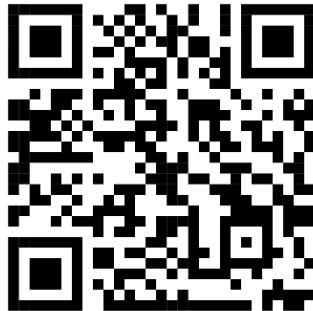
บทบาทหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านในการเฝ้าระวัง และแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- ประเมินและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย
- ดำเนินการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์ และบันทึกลงในแบบฟอร์มรายงานอุบัติการณ์
- ถ้าความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับ A-D (Mild) แม้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังคงจำเป็นต้องมีการติดตามเพิ่มเติม
- ถ้าความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับ E ขึ้นไป (Moderate-Severe) ต้องดำเนินการแก้ไขโดยด่วน

# ภาคผนวก

## แบบประเมินกิจกรรมการศึกษาที่ใช้ภายในโรงพยาบาลสวนปรุง

แพทย์ประจำบ้านจะต้องรับผิดชอบในการนำแบบประเมินให้อาจารย์ที่รับผิดชอบกิจกรรมประเมินผล ได้แก่ กิจกรรม Case Conference, Topic Review, Journal Club, Research Seminar, Psychotherapy Case Conference โดยเอกสารแบบประเมินกิจกรรมต่างๆ แพทย์ประจำบ้านสามารถเข้าไปได้ที่ website: <http://๒๐๒.๑๒๙.๓๔.๓๓/doctor/index.php/assessment/> หรือ QR code ดังนี้



### ตัวอย่างการเขียน Noon Report

XXXXXX Case consult จาก ชาย/หญิง อายุ U/D  CC: Dx: DDx: 1. 2. Comorbidity: Risk assessment: Mx: - - -  Resident...	XXXXXX Case consult จาก ชาย/หญิง อายุ U/D  CC: Dx: DDx: 1. 2. Comorbidity: Risk assessment: Mx: - - -  Resident...	XXXXXX Case consult จาก ชาย/หญิง อายุ U/D  CC: Dx: DDx: 1. 2. Comorbidity: Risk assessment: Mx: - - -  Resident...
---	---	---

XX/XX/XX case consult จาก	Resident...
ชาย/หญิง อายุ ปี U/D รักษา สิทธิการรักษา CC:	
<b>Diagnosis</b>	<b>Differential Diagnosis</b>
(Empty space for diagnosis)	(Empty space for differential diagnosis)
<b>Management</b>	Low risk for suicide/violence
(Empty space for management)	(Empty space for management)



## ตัวอย่างการรายงาน Noon Report (ต่อ)

XX/XX/XX case consult จาก		Resident...
ชาย/หญิง อายุ ปี U/D รักษา สิทธิการรักษา CC:		
<b>Diagnosis</b>		<b>Differential Diagnosis</b>
<b>Management</b>		High risk for suicide/violence

## ตัวอย่างการเขียน Case Conference และ Psychodynamic Conference

### Case Conference

วันที่.....

อาจารย์ผู้ควบคุม .....

ผู้นำเสนอ .....

**วัตถุประสงค์:** เพื่อร่วมกันอภิปรายถึงการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

**Identification data:** ผู้ป่วยชายไทย อายุ 51 ปี สถานภาพ สมรส

เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

**อาชีพ:** พนักงานในบริษัทรับเหมาก่อสร้าง

**สิทธิการรักษา:** บัตรทองโรงพยาบาลอื่น

ประวัติต่อไปนี้ได้จาก ผู้ป่วย ภรรยา และเวชระเบียน เชื่อถือได้

**อาการสำคัญ:** มีความคิดอยากตายมากขึ้น 1 สัปดาห์ก่อนมารพ.

### **ประวัติปัจจุบัน:**

22 ปีก่อน ผู้ป่วยทำงานมีบริษัทรับเหมาก่อสร้างเป็นของตัวเอง ช่วงแรกกิจการไปได้ดี มีบ้านหลายหลัง มีรถหลายคัน จนกระทั่งเกิดวิกฤตต้มยำกุ้งปี 2540 ทำให้บริษัทล้มละลาย เกิดหนี้จำนวนหนึ่ง(ไม่ทราบมูลค่า ผู้ป่วยจำไม่ได้ ภรรยาไม่ทราบข้อมูล) ผู้ป่วยเครียดมาก เริ่มดื่มเบียร์และสุราทุกวัน วันละ 1-2 ขวด ปฏิเสธอารมณ์เศร้าทั้งวันทุกวัน ปฏิเสธความคิดอยากตาย เนื่องจากมีที่สาวมาช่วยจ่ายผ่อนหนี้สินให้ จึงใช้น้ำเงินหมด ต่อมาผู้ป่วยได้สมัครเป็นลูกจ้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้าง สามารถทำงานได้ดีจนเป็นหัวหน้าคุมงาน อารมณ์ใจคอปกติ

16 ปีก่อน ผู้ป่วยแต่งงานมีครอบครัว ภรรยาสังเกตว่าผู้ป่วยกังวลใจมากขึ้น คิดมากเรื่องงาน โดยกังวลว่าจะถูกเจ้านายตำหนิ ในตอนนั้นไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ยังไม่เคยถูกเจ้านายว่ากล่าว ไม่มีหนี้สิน รายได้พอใช้ ดื่มเหล้าสี่ทุกวัน ช่วงแรกดื่ม 1 ขวดต่อวัน ต่อมาปริมาณที่ดื่มค่อยๆเพิ่มขึ้นเป็น 2-3 ขวดต่อวัน ดื่มคนเดียวหลังเลิกงาน สูบบุรี่ 1 ซอง/วัน ปฏิเสธอาละวาดก้าวร้าว ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน ปฏิเสธอารมณ์เศร้าทั้งวัน ช่วงทำงานยังมีสมาธิดี ไปทำงานทุกวัน นอนหลับดี กินได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวปกติ ผู้ป่วยดื่มสุราต่อเนื่อง ไม่เคยมีช่วงที่ล่องหยุดดื่ม ปฏิเสธอาการมือสั่นหรือชักเกร็ง

13 ปีก่อน ผู้ป่วยยังดื่มเบียร์และเหล้าในปริมาณเท่าเดิมทุกวัน อาการกังวลเรื่องงานค่อยๆมีมากขึ้น กลัวว่าจะถูกตำหนิแบบไม่มีสาเหตุ ต่อมาเริ่มมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย รู้สึกเบื่อหน่ายติดต่อกันนาน 1 เดือน ปฏิเสธปัญหาในที่ทำงานหรือที่บ้าน ปฏิเสธปัญหาเรื่องเงิน แต่รู้สึกไม่อยากไปทำงาน เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เวลากังวลมากๆจะมีอาการใจสั่น ตกใจง่าย จึงไปรักษาที่รพ.กลาง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและได้ยาไม่ทราบชนิดมากินอยู่ 1 เดือน แพทย์ได้เปลี่ยนยาให้แต่อาการยังไม่ดีขึ้น ติดตามการรักษาอยู่ 2 ครั้ง จากนั้นไม่ได้ไปรักษาอีกเพราะค่ารักษาแพง ผู้ป่วยยังคงดื่มสุราทุกวันเพราะช่วยลดอาการกังวลและเศร้าได้ แต่อาการกังวลร่วมกับเศร้ายังเป็นๆหายๆ ใน 1 ปีมีช่วงที่อารมณ์ปกตินานเกิน 2 เดือน สลับกับช่วงอารมณ์เศร้ามากๆ แต่ยังไม่มีความคิดอยากตาย ไม่เคยทำร้ายตัวเอง ไม่เคยมีช่วงอารมณ์ครึ้มครึ้นหรือหงุดหงิดง่ายผิดปกติ ไปทำงานได้ทุกวัน เข้ากับเพื่อนร่วมงานได้

6 ปีก่อน ภรรยาสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการกังวลร่วมกับมีอาการซึมเศร้ามากขึ้น โดยที่ไม่มีเหตุการณ์กระตุ้นชัดเจน เริ่มไม่มีสมาธิทำงาน หลงลืมง่ายมากขึ้น ตื่นเช้าผิดปกติทุกวัน ตื่นสุราและสูบบุหรี่ทุกวันในปริมาณเดิม ภรรยาจึงพามาปรึกษาที่รพ.ศิริราช ได้รับการวินิจฉัยเป็น Major depressive disorder, Generalized anxiety disorder, Alcohol dependence ได้ยาเป็น Fluoxetine 20 >> 40mg/day, Lorazepam 1mg/day, Folic 1 tab oral OD, BCO 1 tab oral tid ผู้ป่วยกินยาและมาตามนัดสม่ำเสมอ แพทย์แนะนำให้เลิกสุรา ผู้ป่วยพยายามลดปริมาณเหล้าสี่เหลื่อ 1 แบน/วัน แพทย์ปรับยาตามอาการแต่ยังไม่ดีขึ้น ยังกังวลง่าย กลัวแบบไม่มีสาเหตุเป็นช่วงๆ จึงเปลี่ยนยา Fluoxetine >> Sertraline 50 mg/day ร่วมกับยาเดิมอื่นๆ

5 ปีก่อน ผู้ป่วยยังคงกินยา Sertraline 50 mg/day, Lorazepam 1mg/day, Folic 1 tab oral OD, BCO 1 tab oral tid เริ่มมีสมรรถภาพทางเพศลดลง ทำให้เริ่มมีอาการหวาดระแวงภรรยา กลัวว่าภรรยาจะไปมีคนอื่นเพราะตนมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาได้ไม่เต็มที่ รู้สึกหงุดหงิดเวลาภรรยาจับโทรศัพท์ แต่ไม่เคยก้าวร้าวหรือทำร้ายร่างกาย มีอาการซึมเศร้าต่อเนื่องทุกวัน ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน ปฏิเสธการหวาดระแวงผู้อื่น ผู้ป่วยได้บอกภรรยาไปตรงๆว่าตนรู้สึกระแวงเพราะอะไร จึงได้ไปตรวจที่ OPD Urological surgery แพทย์วินิจฉัย Psychogenic Erectile dysfunction ไม่ได้ให้กินยา แนะนำให้ออกกำลังกาย งดสุรา และดูอาการต่อ อาการค่อยๆดีขึ้น หวาดระแวงภรรยาลดลง ทางด้าน OPDจิตเวชให้ผู้ป่วยกินยาตามเดิม

4 ปีก่อน มีอาการหวาดกลัวคนมากขึ้นโดยเฉพาะคนแปลกหน้า รู้สึกกระสับกระส่ายเวลาเจอคนเยอะๆ เมื่อภรรยาถามสาเหตุก็ตอบไม่ได้ ไม่สามารถหยุดความกลัวของตัวเองได้ ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน ปฏิเสธหวาดระแวงผู้อื่นจะทำร้าย ไม่มีความคิดอยากตาย เวลาอยู่ที่ทำงานผู้ป่วยกลัวโดนตำหนิเรื่องงานที่ทำ เชื่อว่าตัวเองจะต้องถูกตำหนิทั้งๆที่ไม่มีเหตุผลสนับสนุน ไม่เคยถูกตำหนิมาก่อน และแม้ว่าตัวเองจะเตรียมตัวนำเสนองานดีแล้วก็ยังปักใจเชื่อว่าจะถูกตำหนิ ไม่อยากทำงานเวลากลับมาๆจะมีอารมณ์เบื่อเศร้า หลังจากมาตรวจตามนัดแพทย์ได้เพิ่มยา Risperidone 2 >> 4 mg/day, Sertraline 50mg/day, Topamax 100mg/day, Lorazepam 1mg/day ต่อมาอาการกลัวลดลง ทำงานได้ นอนหลับได้ ผู้ป่วยยังดื่มเหล้าสี่ 1 แก้วเป็ก - 1 แบน/วัน

3 ปีก่อน ผู้ป่วยยังเครียดเรื่องงานเพราะต้องรองรับอารมณ์จากคนหลายๆหน่วยงาน ทำให้ความกลัวและความเศร้ายังไม่ดีขึ้น แพทย์ได้ off Sertraline และให้ Venlafaxine 75mg/day, Trazodone 50mg/day, Risperidone 4 mg/day หลังเปลี่ยนยาได้ค่อยๆปรับเพิ่ม Venlafaxine 300 mg/day อาการเริ่มคงที่ กลัวลดลง ไปทำงานได้

2 ปี 5 เดือน มีความเครียดหลายเรื่องพร้อมๆกัน ได้แก่ เรื่องงาน เรื่องค่าใช้จ่าย และเรื่องสมรรถภาพทางเพศ มีอารมณ์ซึมเศร้ามากขึ้นทุกวัน นอนไม่หลับ เหม่อลอย กินได้น้อยลง อยากทำร้ายตัวเอง มีความคิดอยากตาย เริ่มมีความคิดอยากทำร้ายผู้อื่นโดยไม่ทราบสาเหตุ ปฏิเสธเสียงแหว่งมาสั่ง รู้สึกตัวเองทำงานได้ไม่ดี คิดซ้ำมากขึ้น ไม่มีสมาธิ กังวลว่าจะโดนเจ้านายตำหนิเรื่องที่ต้องลาหยุดงานเพื่อมารักษาหลายครั้ง แต่ภรรยายืนยันว่าไม่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และคนในครอบครัว ตื่นมากแพ้ววันละ 4-5 แก้วและดื่มเบียร์วันละ 2ขวด มาตรวจตามนัดปรับยาเป็น Venlafaxine 300mg/day, Olanzapine 20mg/day, Lorazepam 8mg/day หลังปรับยาผู้ป่วยยังมีอาการกลัวมาก บางครั้งอยากทำร้ายตัวเอง เริ่มมีเสียงแหว่งสั่งให้ฆ่าตัวตาย จึงได้ admit รพ.ศิริราช (7-26/10/59) วินิจฉัย Delusional disorder, unspecified type ปรับยา Venlafaxine 300mg/day, Olanzapine 5mg/day และให้ Haloperidol 5mg/day ร่วมกับทำ Unilateral ECT \*6 ครั้ง จากนั้นอาการกลัว กังวล อารมณ์เศร้า/เบื่อหน่ายดีขึ้น ระหว่างปรับยามี Haloperidol induced akathisia จึง off haloperidol ช่วง D/C ได้ยา Venlafaxine 300mg/day, Olanzapine 5mg/day, propranolol (10mg) 1 tab po tid, B1 1 tab oral tid, B6 1 tab oral bid Folic 1 tab oral OD กินยาสม่ำเสมอ แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดดื่มสุราเนื่องจากมีผลต่อการรักษา ผู้ป่วย

ยอมรับจึงตั้งใจเลิกสูราเด็ดขาด หลังหยุดสูรามีอาการง่วงนอน มือสั่นบ้าง แต่กินยาที่แพทย์จ่ายแล้วดีขึ้น จากนั้นเลิกสูราได้ ไม่มีชักเกร็ง

2 ปี 4 เดือนก่อน ผู้ป่วยเลิกสูราได้ กินยาสม่ำเสมอ แต่ยังมีอาการกลัวโดยไม่มีสาเหตุกระตุ้นเป็นช่วงๆ นอนหลับไม่สนิท ไม่มีความคิดอยากตาย แพทย์ปรับเพิ่มยา Olanzapine 20 mg/day, ยาอื่นคงเดิม

1 ปี 11 เดือนก่อน อาการกลัวและกังวลลดลง มักจะเป็นแค่ช่วงเช้าถ้าไปทำงานแล้วจะดีขึ้น สามารถทำงานได้ แพทย์ปรับลดยา Venlafaxine 225 mg/day, Olanzapine 15 mg/day, Lorazepam 2 mg/day, ยาอื่นคงเดิม

1 ปี 5 เดือนก่อน มีความเครียดเรื่องงานบ้าง แต่ไม่ได้เครียดทุกวัน นอนไม่บางคืน สมาธิในการทำงานดีขึ้น แพทย์ปรับลดยา Venlafaxine 150 mg/day, ยาอื่นคงเดิม

1 ปี 4 เดือนก่อน อาการคงที่ ความกลัวน้อยลง ไม่มีอารมณ์เศร้า ทำงานได้ แพทย์ off Olanzapine, ยาอื่นคงเดิม

1 ปี 2 เดือนก่อน เริ่มมีอาการกลัวมากขึ้น กินยาสม่ำเสมอ ปฏิเสธดื่มสุรา ยังไปทำงานได้ แพทย์ปรับเพิ่ม

Risperidone 6 mg/day, ยาอื่นคงเดิม

5 เดือนก่อน อาการกลัวที่ไม่มีสาเหตุเป็นถี่มากขึ้น เวลากังวลจะกระสับกระส่าย นอนไม่หลับ เครียดแต่บอกสาเหตุไม่ได้ ความจำแยลง เช่น วางของไว้แล้วลืม ทำงานได้ช้าลงโดยเฉพาะการคิดคำนวณ ปฏิเสธการดื่มสุรา แพทย์ปรับ

Lorazepam 4 mg/day, 2 mg prn for stress, Venlafaxine 150 mg/day, Risperidone 6 mg/day, Lorazepam 3 mg/day

2 เดือนก่อน ยังมีอาการกลัวและง่วงมาก เศร้ามากขึ้น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่มีแรง แพทย์ได้ off Venlafaxine และเพิ่มยา Wellbutrin XR 300 mg/day, ยาอื่นคงเดิม

1 เดือน 2 สัปดาห์ก่อน ยังมีความกลัวไม่ทราบสาเหตุเป็นช่วงๆ แพทย์ปรับเพิ่ม Risperidone 8 mg/day, ยาอื่นคงเดิม หลังปรับยา อาการยังไม่ดีขึ้น ยังรู้สึกกลัวโดยบอกสาเหตุไม่ได้ ไม่อยากไปทำงาน รู้สึกอยากตาย มีความคิดอยากกระโดดตึกจึงไปยื่นที่ตาดฟ้าของที่ทำงาน ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน ภรรยาจึงพามาพบแพทย์ได้วินิจฉัย Major depressive disorder with psychotic feature, High risk for suicide วันแรกมี plan refer ตามสิทธิ์ ช่วงรอ refer ได้ปรึกษาแผนกอายุรกรรมเรื่อง Hyponatremia วินิจฉัย Psychogenic polydipsia ต่อมาทางจิตเวชไปประเมินซ้ำหลังรักษาภาวะทางกายดีขึ้น พบว่า low risk for suicide จึง D/C และ F/Uตามนัดเดิม ได้ยา Wellbutrin XL 300 mg/day, Risperidone 8 mg/day, Benzhexol 6 mg/day, Clonazepam 2 mg/day, Alprazolam 0.5 mg/day

1 เดือนก่อน ยังกลัวแบบไม่ทราบสาเหตุ เวลากลัวจะมีอาการใจสั่น กระวนกระวาย กลางคืนนอนไม่หลับ แพทย์จึง off Wellbutrin เปลี่ยนยาเป็น Olanzapine 5 mg/day with 5 mg prn for agitation, Risperidone 2 mg/day, Clonazepam 2 mg/day, propranolol 30 mg/day, Clonazepam 2 mg/day, Lorazepam (1) 1 tab oral tid pc, Benzhexol 6 mg/day

2 สัปดาห์ก่อน อาการไม่ดีขึ้น ยังกลัวและกังวลมาก ไม่กินข้าว ชอบกินน้ำ >2L/day ยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน แพทย์ปรับยาเพิ่ม Olanzapine 10 mg/day ยาอื่นคงเดิม

1 สัปดาห์ก่อน อาการไม่ดีขึ้น ยังมีความกลัวมาก ไม่สามารถควบคุมความกลัวได้ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายถี่ขึ้น แพทย์ประเมิน high risk for suicide จึงเพียง admit

2 วันก่อน ระหว่างรอมาตามนัดเพื่อ admit ยังมีความคิดกังวล กลัวทำงานไม่ได้ มีความคิดอยากกระโดดตึกทุกวัน แต่ไม่ลงมือทำเพราะเป็นห่วงภรรยาและลูก นอนไม่หลับ กินได้น้อย ปฏิเสธหิวแหว่งภาพหลอน

วันนี้ (13 กพ 62) ยังกลัวมาก แต่บอกไม่ได้ว่ากลัวอะไร มีความคิดอยากกระโดดตึก แพทย์ให้ admit ตาม plan เดิม

**ประวัติอดีต:**

- แรกเกิด : คลอดธรรมชาติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- ก่อนหน้านี้ไม่เคยมีโรคประจำตัวมาก่อน
- โรคประจำตัว : ตรวจพบภาวะ Anemia ตอนปี 2559(ช่วงรอ refer ด้วยเรื่อง suicide ตอนนั้นปรึกษาอายุรกรรม คิดถึง Dilutional anemia + suspected Thalassemia trait แต่ไม่ได้ติดตามต่อเนื่อง)
- ปฏิเสธแพ้ยา, แพ้อาหาร
- ปฏิเสธโรคติดต่อในระบบประสาท, โรคลมชัก
- ปฏิเสธอุบัติเหตุศีรษะได้รับการกระทบกระเทือนจนหมดสติ

**ประวัติครอบครัว:**

- เป็นบุตรคนที่ 4/4 มีพี่ชาย 1 คน พี่สาว 2 คน
- บิดาเสียชีวิตประมาณ 30 ปีก่อน
- พี่สาวทั้งสองคน(อายุ 55 และ 57 ปี) เป็นโรคซึมเศร้า รักษาที่รพ.รามา
- ปัจจุบันมารดาอาศัยอยู่กับพี่สาว ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ติดต่อกับครอบครัวพี่สาว ปฏิเสธปัญหาทะเลาะกันภายในครอบครัว
- ภรรยา อายุ 41ปี อาชีพรับราชการของกรุงเทพมหานคร อุปนิสัยร่าเริง อารมณ์ดี มีเหตุผล แต่งงานกับภรรยา มา 14 ปี
- มีบุตรสาว 1คน อายุ 15 ปีเรียนอยู่ชั้น ม.3
- ความสัมพันธ์ในครอบครัวดีมาก ไม่เคยมีปากเสียงหรือทะเลาะกันรุนแรงในครอบครัว
- ปฏิเสธประวัติการใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว

**ประวัติส่วนตัว:**

- ช่วงประถม - มัธยม : เข้ากับคนอื่นได้ดี มีเพื่อนเยอะ ผลการเรียนปานกลาง ไม่มีประวัติทำผิดกฎโรงเรียน
- ผู้ป่วยเริ่มอาศัยอยู่คนเดียวตั้งแต่เรียนมหาวิทยาลัยจนถึงวัยทำงาน มีเพื่อนเยอะ ส่วนใหญ่เวลามีปัญหาจะปรึกษาเพื่อนเป็นหลัก
- เรียนจบปริญญาตรีคณะอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต เกรตเฉลี่ย ประมาณ 2.3
- ปัจจุบันประกอบอาชีพหัวหน้าคุมไซต์งานก่อสร้าง รายได้เดือนละ 32,000 บาท เข้ากับเพื่อนร่วมงานและหัวหน้าได้ดี งานที่บริษัทเดิมตลอด ไม่เคยลาออกหรือเปลี่ยนงาน
- อุปนิสัยเดิม (มุมมองภรรยา) เป็นคนเข้ากับคนง่าย ร่าเริง ใจเย็น เวลาโกรธ/เครียดจะเงียบ นั่งอยู่เฉยๆ ไม่ก้าวร้าว

**ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด:**

- สูบบุหรี่มา 30+ ปี วันละ1ซอง และค่อยๆเพิ่มเป็น 2ซอง/วัน หลังจากเลิกดื่มสุราผู้ป่วยก็พยายามลดบุหรี่ ทุกครั้งที่เลิกบุหรี่จะมีอาการปากแห้ง รู้สึกอยากบุหรี่ จึงไปกินน้ำบ่อยๆ กินน้ำวันหนึ่งมากกว่า 2 ลิตร จึงยังไม่สามารถเลิกบุหรี่ได้ ปัจจุบันสูบบุหรี่ 1/2 ซอง/วัน
- ดื่มแอลกอฮอล์มา 30+ ปี วันละ 2-3ขวดทุกวันหลังเลิกงาน ดื่มทั้งเบียร์และเหล้า ดื่มคนเดียวที่บ้าน รู้สึกว่าเวลาดื่มแล้วช่วยให้หายเศร้า หายกังวลได้ ปัจจุบันเลิกเหล้ามาแล้ว 3 ปี เนื่องจากคิดว่าเหล้าทำให้โรคแย่ลง
- กินกาแฟ 4-5 แก้ว/วัน (เริ่มดื่มกาแฟมากขึ้นช่วงเลิกสุรา)
- ปฏิเสธการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ

**Physical examination:** (13/3/62)

**Vital signs:** T = 36.5°C, P = 70 /min, RR = 20 /min, BP =109/66 mmHg BW 50.8 kg, Ht 165cm

**General appearance:** moderate pallor, no jaundice

**HEENT:** no thyroid gland enlargement, not pale conjunctivae, anicteric sclera

**CVS:** normal S1S2, no murmur

**RS:** normal breath sounds, no adventitious sound, equal breath sound

**Abdomen:** soft, no tenderness

**Extremities:** no pitting edema, no rash

**Nervous system:** no tremor, normal muscle tone, muscle power grade V all, normal gait and speech

**Mental status examination:** (13/3/62)

**GAB**

ผู้ชายไทยวัยรุ่น รูปร่างผอม แต่งกายสุภาพ สุขอนามัยดี สบตาเวลาตอบคำถาม สีหน้าดูกังวล

**Psychomotor** No agitation/retardation

**Speech** Normal rate, rhythm and volume

**Mood** "เศร้า"

**Affect** Restricted affect, inappropriate, non- labile

**Thought form** Coherent, relevant

**Thought content** +Death wish , +suicidal ideation, no homicidal ideation, denied delusion

**Perception** Denied auditory hallucination/ visual hallucination

**Sensorium** Alert, oriented to time, place & person

**Attention** Distractibility,

Calculation 100-7 = 93 ทำได้ครั้งเดียว ไม่ทำต่อ

**Insight** Awareness

**Judgment** Poor



## รูปแบบการ Discussion Journal Club

การ Discussion Journal Club ควรมีรูปแบบดังต่อไปนี้

- 1) ค้นหาปัญหาหลักและวัตถุประสงค์หลัก ที่สำคัญใน Journal ที่ได้อ่าน
- 2) รู้รูปแบบของงานวิจัย (Study design) และอธิบายหลักการได้อย่างกระชับและถูกต้อง
- 3) ใช้รูปแบบ ของ PICO โดยแสดงความคิดเห็นถึงแต่ละหัวข้อว่าเหมาะสม หรือ มีประเด็นที่จะ

สามารถพัฒนางานวิจัยได้อย่างไรบ้าง

P (Participant) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

I (Intervention) หมายถึง สิ่ง/อุปกรณ์/เทคนิค/ยาที่ต้องการศึกษา

C (Comparison) หมายถึง กลุ่มเปรียบเทียบกับ Intervention ที่เราต้องการศึกษา

O (Outcome) หมายถึง ผลลัพธ์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งควรเป็นสิ่งที่วัดได้ (measurable)

- 4) งานวิจัยนี้สามารถนำไปประยุกต์ในวิชาชีพอย่างไรบ้าง



## วิธีการปฏิบัติในการเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์

แพทย์ประจำบ้านของโรงพยาบาลสวนปรุงทุกคนถือเป็นหนึ่งในสมาชิกขององค์กรแพทย์ ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านจึงมีสิทธิและหน้าที่ในการเป็นสมาชิกองค์กรแพทย์ ดังนี้

### ๑. สิทธิเกี่ยวกับการเลือกตั้ง

สมาชิกทุกคนมีสิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้งประธานองค์กรแพทย์ รองประธานองค์กรแพทย์ และเลขาธิการองค์กรแพทย์ และเป็นกรรมการองค์กรแพทย์ (ยกเว้นแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุง มีสิทธิลงคะแนนเสียงเลือกตั้งได้เท่านั้น)

ขั้นตอนการสรรหาประธาน รองประธาน และเลขาธิการ องค์กรแพทย์

๑. ที่ประชุมองค์กรแพทย์จัดวาระการประชุม สรรหาประธานองค์กรแพทย์ และ/หรือรองประธานองค์กรแพทย์ และ/หรือเลขาธิการองค์กรแพทย์ ตามวาระทุก ๒ ปี

๒. สมาชิกองค์กรแพทย์ทุกคนเสนอชื่อผู้ที่เหมาะสม

๓. สมาชิกองค์กรแพทย์ที่ถูกเสนอชื่อ แสดงการยอมรับต่อการเสนอชื่อ

๔. สมาชิกองค์กรแพทย์ทุกคน (ทั้งที่เข้าประชุมและไม่เข้าร่วมประชุม) มีสิทธิลงคะแนนเสียงคนละ ๑ คะแนน ต่อ ๑ ตำแหน่ง

๕. สมาชิกองค์กรแพทย์ที่ได้รับคะแนนสนับสนุนมากที่สุด จะถูกเสนอชื่อต่อที่ประชุมองค์กรแพทย์ เพื่อลงมติยอมรับประธานองค์กรแพทย์ และ/หรือรองประธานองค์กรแพทย์ และ/หรือเลขาธิการองค์กรแพทย์

### ๒. สิทธิและหน้าที่ทั่วไป

๒.๑ สมาชิกมีหน้าที่ปฏิบัติตามธรรมนูญ ข้อกำหนด นโยบาย และแนวทางการประกอบวิชาชีพขององค์กรแพทย์สมาชิกมีสิทธิทักท้วงมติขององค์กรแพทย์ที่เห็นว่าไม่ชอบธรรม หรือมีปัญหาในการปฏิบัติ

๒.๒ สมาชิกมีสิทธิที่จะรับทราบข้อมูลข่าวสารและเสนอข้อคิดเห็นที่เกี่ยวกับกิจกรรมขององค์กรแพทย์ต่อคณะกรรมการ และต่อที่ประชุมองค์กรแพทย์

๒.๓ สมาชิกมีสิทธิร่วมกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย และทบทวนการประกอบวิชาชีพของสมาชิกในโรงพยาบาลสวนปรุง

๒.๔ สมาชิกมีสิทธิเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ขององค์กรแพทย์

๒.๕ สมาชิกมีสิทธิในสวัสดิการและได้รับการคุ้มครองตามข้อกำหนดหรือระเบียบบริหารทรัพยากรบุคคลของโรงพยาบาลสวนปรุง ทั้งที่มีอยู่ในปัจจุบันหรือที่จะมีต่อไปในอนาคต

รวมถึงเข้าร่วมการประชุมองค์กรแพทย์ประจำเดือนจึงเป็นหน้าที่หนึ่งของแพทย์ประจำบ้านเช่นกัน

## สิทธิของผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทย์สภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด สภาเทคนิคการแพทย์ และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ เดือนสิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๘ ไว้ดังต่อไปนี้

๑. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
๒. ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษามีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต
๓. ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจำเป็นแก่กรณี โดยไม่ต้องคำนึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่
๔. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน
๕. ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มีได้เป็นผู้ให้การรักษายาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่
๖. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย
๗. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ
๘. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษายาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น
๙. บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

## จรรยาบรรณสำหรับจิตแพทย์

๑. จิตแพทย์พึงดำรงตนให้สมควรเพื่อเกียรติและศักดิ์ศรีของตนด้วยการประพฤติและปฏิบัติตามข้อบังคับของแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม
๒. จิตแพทย์พึงเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์และแสดงพฤติกรรมอันเหมาะสมแก่ภาพลักษณ์และเอกลักษณ์แห่งวิชาชีพ
๓. จิตแพทย์พึงใฝ่รู้เพิ่มพูนความรู้ และมีส่วนในการส่งเสริมความก้าวหน้าทางวิชาการ ด้วยการมีการศึกษาต่อเนื่อง ค้นคว้าในวิทยาการที่ทันสมัย โดยยึดมั่นในความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์ และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป
๔. จิตแพทย์พึงเคารพในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและสังคมส่วนรวมเป็นสำคัญ
๕. จิตแพทย์พึงเคารพสิทธิของผู้ป่วยในการตรวจและการรักษา ด้วยการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงธรรมชาติของโรค และวิธีการรักษา รวมไปถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากการเลือกวิธีการรักษานั้นๆ
๖. จิตแพทย์พึงมีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยด้วยการให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ โดยไม่ปล่อยให้อคติ ความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อส่วนตัวมามีส่วนในการรักษา
๗. จิตแพทย์พึงเก็บความลับผู้ป่วย ซึ่งตนทราบมาจากการประกอบอาชีพ เว้นเสียแต่ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยหรือ เพื่อ ป้องกันอันตรายอาจเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย ต่อผู้อื่น หรือต่อสังคม
๘. จิตแพทย์พึงได้รับคำอนุญาตจากผู้ป่วยในกรณีที่ต้องเปิดเผย เพื่อประโยชน์และความก้าวหน้าทางวิชาการ และพึงใช้มาตรการที่เหมาะสมเพื่อปกป้องเกียรติและศักดิ์ศรีแห่งผู้ป่วย
๙. จิตแพทย์พึงยกย่องให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน ไม่ทับถม ใ้ร้ายกลั่นแกล้งกัน ไม่ชักจูงผู้ป่วยของผู้อื่นมาเป็นของตน

แผนการปฏิบัติงานด้านวิชาการและการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านประจำปี โรงพยาบาลสวนปรุง

แผนงาน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ษ	พ.ค.	มิ.ย	หมายเหตุ
<b>๑ การประชุม</b>													
๑.๑ ประชุมองค์กรแพทย์	←————→												ประชุมทุก ๑ เดือน
๑.๒ ประชุมคณะกรรมการกำกับดูแลการฝึกอบรม	←————→												ประชุมทุก ๑ เดือน
<b>๒ การรับสมัครแพทย์ประจำบ้าน</b>													
Open House		↔											
แพทย์สภาเปิดรับสมัครรอบ ๑			↔										
สัมภาษณ์รอบ ๑ และส่งผลสอบ				↔									
แพทย์สภาประกาศผลรอบ ๑								↔					
แพทย์สภาเปิดรับสมัครรอบ ๒									↔				
สัมภาษณ์รอบ ๒ และส่งผลสอบ									↔				
แพทย์สภาประกาศผลรอบ ๒											↔		
<b>๓ การเปิดหลักสูตรฝึกอบรม</b>													
๓.๑ ปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑												X	ตามวันที่ประชุมองค์กรแพทย์เดือนมิถุนายน
<b>๔ การประเมินผลแพทย์ประจำบ้าน</b>													
๔.๑ ประเมิน EPA และการปฏิบัติงาน					↔							↔	ทุก ๖ เดือน
๔.๒ สอบกรณีผู้ป่วย ๒ ราย											↔		
๔.๓ สอบภาคทฤษฎีภายใน								↔					
๔.๕ พิจารณาเลื่อนชั้นแพทย์ประจำบ้านปี ๑, ๒ และ ๓											↔		
๔.๖ ส่งการประเมินผล R๑,R๒ และ R๓ ให้วิชาการ รพ												↔	
๔.๗ ส่งรายชื่อสอบ PRITE					↔								
๔.๘ สอบ PRITE						↔							
๔.๙ รายงานความคืบหน้างานวิจัย	←————→												Research seminar ในเดือนมิถุนายน
๔.๑๐ ส่งงานวิจัยแพทย์ประจำบ้านให้ออฟส จิตเวชฯ											↔		
๔.๑๑ สอบความรู้พื้นฐานทางจิตเวช											↔		
๔.๑๒ แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๓ สมัครสอบวุฒิบัตร												↔	
<b>๕ กิจกรรมวิชาการสำหรับแพทย์</b>													

แผนงาน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ษ	พ.ค.	มิ.ย	หมายเหตุ
<b>ประจำบ้าน</b>													
๕.๑ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑													
๕.๑.๑ Joint Lecture & Conference	←-----→											ศุกร์สัปดาห์ที่ ๒ ของเดือน	
๕.๑.๒ Basic Medical Science and Clinical Correlation	←-----→											ทุกวันอังคาร ๑๓.๐๐ เรียนร่วมกับ ม.ช.	
๕.๑.๓ เทคนิคการสัมภาษณ์ผู้ป่วย			↔										
๕.๑.๔ พื้นฐานการทำจิตบำบัด									↔				
๕.๒ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒													
๕.๒.๑ Joint Lecture & Conference	←-----→											ศุกร์สัปดาห์ที่ ๒ ของเดือน	
๕.๒.๒ อบรม Satir Systemic Brief Therapy										↔			
๕.๒.๓ Dynamic Psychotherapy		↔											
๕.๒.๔ Mindfulness Psychotherapy											↔		
๕.๒.๕ Cognitive Behavioral Psychotherapy				↔									
๕.๒.๖ Family Therapy					↔								
๕.๓ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๓													
๕.๓.๑ Joint Lecture & Conference	←-----→											ศุกร์สัปดาห์ที่ ๒ ของเดือน	
<b>๖. การจัดการการฝึกอบรมและปฏิบัติงาน</b>													
๖.๑ จัดตารางการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน									↔				
๖.๑.๑ ตาราง rotation นอกสถาบัน	←-----→												
๖.๑.๒ ตาราง Supervision	←-----→												
๖.๑.๓ ตารางออกตรวจผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน									↔				
๖.๑.๔ ตารางกิจกรรมวิชาการจิตเวชฯ	←-----→												
๖.๑.๕ ตาราง Staff IPD Staff OPD	←-----→												
๖.๑.๖ ตาราง Staff ECT	←-----→											จัดทุก ๑ เดือน	
๖.๑.๗ ตารางการบรรยายวิชาจิตเวชศาสตร์	←-----→												

แผนงาน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ษ	พ.ค.	มิ.ย	หมายเหตุ
๖.๑.๘ Self development	←												จัดทุกศุกร์ สุดท้ายของ เดือน
๖.๑.๙ Joint Lecture & Conference	←												จัดทุกศุกร์ที่ ๒ ของเดือน
๖.๒ ทำหนังสือขออนุญาตส่งแพทย์ ประจำบ้านเข้ารับการฝึกปฏิบัติงาน										↔			
<b>๗ กิจกรรมสานสัมพันธ์</b>													
๗.๑ เลี้ยงส่ง R๓ และเลี้ยงรับ R๑	↔												
๗.๒ งานกีฬาเชียร์ สวนปรุง							↔						

Table of specification of examination

ช่วงเวลาจัดสอบ	๑-๓๐ ธันวาคม ของปีการฝึกอบรม		๑-๓๐ พฤษภาคม ของปีการฝึกอบรม	
	เนื้อหา	วิธีการประเมิน	เนื้อหา	วิธีการประเมิน
แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schizophrenia</li> <li>- Bipolar disorder</li> <li>- Major depressive disorder</li> <li>- Anxiety disorder (Panic disorder, GAD, Phobia)</li> <li>- Emergency management (violence, aggression, alcohol intoxication and withdrawal)</li> </ul> <p>ในด้านของ Symptomatology, etiology, diagnosis, differential diagnosis and management</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Neurology</b> (Neurological examination, neurological presentation of psychiatric patient, headache, stroke, epilepsy)</li> <li>- Schizophrenia</li> <li>- Bipolar disorder</li> <li>- Major depressive disorder</li> <li>- Anxiety disorder (Panic disorder, GAD, Phobia)</li> <li>- Emergency management (violence, aggression, alcohol intoxication and withdrawal)</li> </ul> <p>ที่มีปัญหา psychosocial ร่วม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>
แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๒	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Schizophrenia</li> <li>- Bipolar disorder</li> <li>- Major depressive disorder</li> <li>- Anxiety disorder (Panic disorder, GAD, Phobia, OCD )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Consultation-liaison psychiatry</b> (Coping with illness, delirium, adjustment disorder)</li> <li><b>Child and adolescent psychiatry</b> (Assessment and</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>

ช่วงเวลาจัดสอบ	๑-๓๐ ธันวาคม ของปีการฝึกอบรม		๑-๓๐ พฤษภาคม ของปีการฝึกอบรม	
	เนื้อหา	วิธีการประเมิน	เนื้อหา	วิธีการประเมิน
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Emergency management (violence, aggression, alcohol intoxication and withdrawal)</li> </ul> <p><b>All with comorbid conditions</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>treatment of children and adolescents,</li> <li>- Autism spectrum disorder, disturbance of attention, common behavioral problems)</li> </ul>	
แพทย์ประจำบ้าน ชั้นปีที่ ๓	<p><b>Comorbid major psychiatric disorder with :-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medical</li> <li>- Legal</li> <li>- Substance use</li> <li>-Death-dying and bereavement</li> <li>- End of life care</li> <li>Pain syndrome</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>	<p><b>Geriatric psychiatry</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aging and psychiatry</li> <li>- Principle of assessment in old age</li> <li>- Management of common psychiatric problems in old age</li> </ul> <p><b>Community psychiatry</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Role of psychiatrists in community psychiatry ที่มีปัญหา psychosocial ร่วม</li> <li>-Psychiatry in the context of primary care</li> <li>- Community psychiatry intervention</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MEQ</li> <li>- Essay</li> <li>- การสอบปฏิบัติ</li> </ul>



โครงสร้างการบริหารและกำกับดูแลการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสวนปรุง

