



หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
**สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว**

**พ.ศ. 2561**

ราชวิทยาลัยแพทยศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

**พ.ศ.2561**

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

## คำนำ

เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นศาสตร์เฉพาะทางที่สามารถใช้เป็นแนวทางเพื่อการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเน้นว่า ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับนโยบายแพทยศาสตรศึกษาแห่งชาติครั้งที่ 8 ที่เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจึงมีบทบาทในการประยุกต์ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในประเทศไทย อีกทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 16 ว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 ให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศอย่างน้อยด้านต่าง ๆ ให้เกิดผลดังต่อไปนี้ ข. ด้านอื่น ๆ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลสุขภาพประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ดังนั้น “เวชศาสตร์ครอบครัว” จึงมีความสำคัญยิ่งในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

ในโอกาสที่การฝึกอบรมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย โดยการรับรองของแพทยสภา ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 มีหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านมาแล้ว 3 ฉบับ ได้แก่ ฉบับ พ.ศ. 2542 พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2555 และผลิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญไปแล้วจำนวน 16 รุ่น ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของประเทศที่กำหนดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน ดูแลประชาชน 10,000 คน ร่วมกับทีมหมอครอบครัวในคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งในอีก 10 ปีข้างหน้า ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยต้องผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวให้ได้ 6,500 คน เพื่อดูแลสุขภาพ 65 ล้านคน

ปัจจุบันการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญของราชวิทยาลัยฯ ประกอบด้วย 3 แนวปฏิบัติ ได้แก่ 1) การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน 2) การฝึกอบรมแพทย์ขณะปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร และ 3) การสอบเพื่อหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งมีสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน 25 สถาบันทั่วประเทศ และยังมีสถาบันที่อยู่ระหว่างดำเนินการขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเป็นจำนวนมากทั่วประเทศ รวมทั้งมีโรงพยาบาลซึ่งเป็นสถาบันปฏิบัติงานให้แก่แพทย์ที่เข้าโครงการการฝึกอบรมขณะปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรอีกจำนวน 184 แห่ง ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในฐานะผู้รับผิดชอบด้านการฝึกอบรม เล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ และมีการพัฒนาหลักสูตรทุก ๆ 5 ปี

ในปีการศึกษา พ.ศ. 2560 - 2561 มีประเด็นสำคัญ 2 ประการ ประการแรก หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน พ.ศ. 2555 ครบวาระ 5 ปี ในการพัฒนาหลักสูตรใหม่ และประการที่สองแพทยสภากำหนดให้ราชวิทยาลัยแพทย์ทุกแห่งดำเนินการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านให้เป็นมาตรฐานสากลตามแนวทางของ World Federation for Medical Education 2015 (WFME 2015) ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร และมอบหมายให้คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ดำเนินการ ตามโครงการพัฒนาหลักสูตรในการนี้โดยเฉพาะ บัดนี้หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561 ได้แล้วเสร็จสมบูรณ์และได้ผ่านความเห็นชอบจากกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวแห่งประเทศไทย และได้รับการรับรองจากแพทยสภาแล้ว

ขอขอบคุณคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรฯ คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ และกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยทุกท่าน รวมทั้งคณาจารย์จากสถาบันต่าง ๆ ที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรตาม World Federation for Medical Education 2015 (WFME 2015) ให้สำเร็จลุล่วงตาม เจตนารมณ์ของแพทยสภาไว้ ณ ที่นี้ด้วย

สมจิต พ.

**รองศาสตราจารย์สมจิต พกษะรัตนนท์**

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ธันวาคม 2560

# สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	2
รายนามคณะอนุกรรมการพัฒนาหลักสูตร.....	8
รายนามคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบ.....	10
รายนามคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัย.....	12
กิตติกรรมประกาศ.....	14
บทนำ.....	15
หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรม.....	16
1. ชื่อหลักสูตร.....	16
2. คุณวุฒิ.....	17
2.1 ชื่อวุฒิบัตร.....	17
2.2 ชื่อหนังสืออนุมัติ.....	17
3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ.....	18
4. พันธกิจของการฝึกอบรม / หลักสูตร.....	18
5. ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม / หลักสูตร.....	19
5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วย.....	19
5.2 ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน.....	19
5.3 การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ.....	20
5.4 ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร.....	20
5.5 ความเป็นมืออาชีพ.....	20
5.6 การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ.....	21

6. แผนการฝึกอบรม / หลักสูตร.....	22
6.1 วิธีการให้การฝึกอบรม.....	22
6.1.1 ขอบเขตของการฝึกอบรม.....	22
6.1.2 ระยะเวลาและระดับของการฝึกอบรม.....	22
6.1.3 การจัดการฝึกอบรม.....	23
6.2 เนื้อหาของการฝึกอบรม / หลักสูตร.....	28
6.3 จำนวนปีของการฝึกอบรม.....	28
6.4 การบริหารการจัดการฝึกอบรม.....	28
6.5 สถานะการปฏิบัติงาน.....	29
6.6 การวัดและประเมินผล.....	29
6.6.1 การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมและการเลื่อนชั้นปี.....	29
6.6.2 การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติ.....	30
7. การรับและคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม.....	32
7.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม.....	32
7.2 ขั้นตอนในการรับ และการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม.....	32
7.3 จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม.....	32
8. อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม.....	35
8.1 คุณสมบัติของประธานการฝึกอบรม.....	35
8.2 คุณสมบัติและจำนวนของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม.....	35
9. ทรัพยากรทางการศึกษา.....	37
10. การประเมินแผนการฝึกอบรม / หลักสูตร.....	38
11. การทบทวน / พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม.....	39
12. ธรรมเนียมและการบริหารจัดการ.....	39
13. การประกันคุณภาพการฝึกอบรม.....	40
เกณฑ์การเปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว.....	41
การขออนุมัติเป็นสถาบันฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว.....	49



	หน้า
12.5 ปัญหาทางตา.....	119
12.6 ปัญหาระบบต่อมไร้ท่อ.....	120
12.7 ปัญหาระบบประสาท.....	122
12.8 ปัญหาระบบทางเดินหายใจ.....	125
12.9 ปัญหาโรคไขข้อ กระดูกและกล้ามเนื้อ.....	128
12.10 ปัญหาผิวหนัง.....	131
12.11 ปัญหาโลหิตวิทยา.....	133
12.12 ปัญหาทางไต.....	134
12.13 ปัญหาโภชนาการ.....	138
<b>ภาคผนวกที่ 3</b> หัตถการและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของเวชศาสตร์ครอบครัว...141	
<b>ภาคผนวกที่ 4</b> การทำวิจัย.....163	
การรับรองคุณวุฒิ.....167	
ข้อเสนอแนะการเขียนคุณวุฒิ.....168	
<b>ภาคผนวกที่ 5</b> กิจกรรมสมรรถนะองค์รวม.....169	
<b>ภาคผนวกที่ 6</b> การสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติ เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว.....191	
<b>ภาคผนวกที่ 7</b> ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วย หลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2552.....199	
<b>ภาคผนวกที่ 8</b> ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วย หลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2558.....213	
<b>ภาคผนวกที่ 9</b> แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการฝึกอบรมเพิ่มเติม.....217	





## คำสั่งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ที่ 4 /2560

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2560-2561

.....

ด้วยแพทยสภากำหนดให้มีการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ทุก 5 ปี และให้ดำเนินการตามเกณฑ์ WFME (World Federation for Medical Education) ซึ่งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย มีหน้าที่ในการดูแลการจัดทำเนื้อหาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านให้เหมาะสมกับงานเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศไทยนั้น

เพื่อให้การดำเนินงานพัฒนาหลักสูตร เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุวัตถุประสงค์ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตร ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ครั้งที่ 2/2560 เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2560 ให้ยกเลิกคำสั่ง ราชวิทยาลัยฯ ที่ 1/2560 ลงวันที่ 17 มกราคม 2560 และให้ใช้ฉบับนี้แทน ดังรายนามต่อไปนี้

- |                    |                |                  |
|--------------------|----------------|------------------|
| 1. รศ.นพ.อดิเรก    | จิวะพงศ์       | ที่ปรึกษา        |
| 2. รศ.นพ.โยธิน     | เบญจวงษ์       | ที่ปรึกษา        |
| 3. รศ.พญ. สมจิต    | พฤกษ์รัตนนท์   | ประธานอนุกรรมการ |
| 4. ผศ.นพ.อนุชาติ   | มาณะสารวุฒิ    | อนุกรรมการ       |
| 5. ผศ.นพ.ฐานพัฒน์  | ดิฐสถาพรเจริญ  | อนุกรรมการ       |
| 6. พญ.วิศรี        | วายุรกุล       | อนุกรรมการ       |
| 7. ดร.นพ.ชัยสิริ   | อังกระวารานนท์ | อนุกรรมการ       |
| 8. พญ.วิชุดา       | จิรพรเจริญ     | อนุกรรมการ       |
| 9. พ.อ.หญิงสุดาทิพ | ศิริชนะ        | อนุกรรมการ       |
| 10. นพ.อาทิตย์     | ชัยนสาร        | อนุกรรมการ       |
| 11. พญ.สาวิตรี     | ตันเจริญ       | อนุกรรมการ       |

12. พญ.นิติตา	นาทประยุทธ์	อนุกรรมการ
13. นพ.วราวุธ	กุลเวชกิจ	อนุกรรมการ
14. ผศ.นพ.กฤษณะ	สุวรรณภูมิ	อนุกรรมการและเลขานุการ

### มีหน้าที่

1. กำหนดวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม การประเมินผลให้ตรงกับความต้องการและเกณฑ์มาตรฐานสากล
2. รายงานความก้าวหน้าเป็นระยะ และสรุปผลการดำเนินงานพัฒนาหลักสูตรโดยภาพรวม ตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นให้กรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ทราบ
3. รวบรวมเนื้อหาหลักสูตรและเสนอแพทยสภาเพื่อรับรอง

สั่ง ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2560

สมจิต พ.

(รศ.พญ.สมจิต พฤกษ์รัตนนท์)

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย



**แพทยสภา**  
**The Medical Council**

ชั้น 7 อาคาร 6 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง นนทบุรี 11000  
7th Floor, Office of the Permanent Secretary, The Ministry of Public Health, Tiwanond Rd., Nonthaburi 11000, Thailand.  
Tel: ประชาสัมพันธ์ 02-590-1886 ฝึกอบรม 02-590-1880 นโยบาย 02-590-1887 ทะเบียน 02-590-1884 บริหาร 02-590-1888  
จริยธรรม 02-590-1881, 02-589-7700, 02-589-8800 Fax: 02-591-8614-5 Website: www.tmc.or.th E-Mail: tmc@tmc.or.th

ที่ 59 /2560

เรื่อง เปลี่ยนแปลงคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ

สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

\*\*\*\*\*

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 21 (2) แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และมติ คณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 4/2560 วันที่ 12 เมษายน 2560 มีมติอนุมัติเปลี่ยนแปลง คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (วาระปี พ.ศ. 2559-2560) ใหม่ ดังรายนาม ต่อไปนี้

1. นายแพทย์เกษม	อุตวิชัย	ที่ปรึกษา
2. แพทย์หญิงสมจิต	พฤกษ์รัตนานนท์	ประธานคณะกรรมการฯ
3. นาวาอากาศเอกไกรสร	วรดิถี	รองประธานคณะกรรมการฯ
4. แพทย์หญิงชลลดา	บุษยรัตน์	อนุกรรมการ
5. นายแพทย์กอประชัชฌ์	ตย์คานนท์	อนุกรรมการ
6. นายแพทย์โยธิน	เบญจวัง	อนุกรรมการ
7. นายแพทย์อนุชาติ	มานะसारวุฒิ	อนุกรรมการ
8. นายแพทย์ฐานพัฒน์	ดิฐสถาพรเจริญ	อนุกรรมการ
9. แพทย์หญิงมาลินี	บุญรัตพันธุ์	อนุกรรมการ
10. นายแพทย์ปรีชา	ชินวิภาสกุล	อนุกรรมการ
11. นายแพทย์พนพัฒน์	โตเจริญวานิช	อนุกรรมการ
12. นายแพทย์กสิวัฒน์	ศรีประดิษฐ์	อนุกรรมการ
13. พันเอกหญิงสุดาทิพ	ศิริชนะ	อนุกรรมการ
14. แพทย์หญิงมยุรี	พิทักษ์ศิลป์	อนุกรรมการ
15. นายแพทย์กฤษณะ	สุวรรณภูมิ	อนุกรรมการ
16. แพทย์หญิงสาวิตรี	ตันเจริญ	อนุกรรมการ
17. แพทย์หญิงธนิษฐา	ศิริรักษ์	อนุกรรมการ
18. แพทย์หญิงนิสิตา	นาทประยุทธ์	อนุกรรมการ
19. นายแพทย์วรารุช	กุลเวชกิจ	อนุกรรมการ
20. แพทย์หญิงสุรศักดิ์ศรี	กอแก้ววิเชียร	อนุกรรมการ
21. นายแพทย์อาทิตย์	ชัยธนสาร	อนุกรรมการ

22. นาวาอากาศเอกชัยณรงค์	ธีราทร	อนุกรรมการและเลขานุการฯ คนที่ 1
23. แพทย์หญิงวิศรี	วายุรกุล	อนุกรรมการและเลขานุการฯ คนที่ 2

### หน้าที่

ดำเนินการภายใต้การกำกับดูแลของราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

1. วางเป้าหมายหลักสูตรและวิธีการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขานั้น ๆ ตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด
2. พิจารณาการขอเปิดฝึกอบรม รับรองโรงพยาบาล หรือสถาบันที่ใช้ฝึกอบรมสาขานั้น ๆ ตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภารับรอง
3. ประเมินคุณภาพและศักยภาพของโรงพยาบาล หรือสถาบันที่ใช้ฝึกอบรมตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด เพื่อเสนอให้แพทยสภารับรอง หรือยกเลิกการรับรอง
4. ประเมินคุณสมบัติผู้ที่ยื่นคำขอหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ เพื่อเป็นผู้มีสิทธิสอบ
5. ดำเนินการสอบ
6. ติดตามผล ทำข้อเสนอแนะและดำเนินการแก้ปัญหาในการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขานั้นๆ
7. รับรองหลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น ในสาขานั้น ๆ
8. หน้าที่อื่นที่แพทยสภามอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 12 เมษายน 2560 เป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ 30 พฤษภาคม 2560



(นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)

นายกแพทยสภา



## คำสั่งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ที่ 6/2560

เรื่อง เปลี่ยนแปลงคณะกรรมการผู้บริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
วาระ พ.ศ.2558-2560

สืบเนื่องจากการประชุมคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ครั้งที่ 3/2560 วันที่ 6 มีนาคม 2560 ที่ประชุมราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ มีมติให้ยกเลิกคำสั่งราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ที่ 26/2558 สั่ง ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2558 และให้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัยฯ ดังต่อไปนี้

- |   |              |                       |
|---|--------------|-----------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมจิต           | พฤกษ์รัตนนท์ | ประธาน                |
| 2. พลตรีผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กัญญาพล | วัฒนกุล      | รองประธาน             |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม         | อุตวิชัย     | รองประธาน/กรรมการกลาง |
| 4. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พิทยา            | จารุพูนผล    | เลขาธิการ             |
| 5. แพทย์หญิงวิสนา                         | ศรีวิชัย     | รองเลขาธิการ          |
| 6. แพทย์หญิงชลลดา                         | บุษยรัตน์    | เหรัญญิก              |
| 7. นาวาอากาศเอกนายแพทย์ชัยณรงค์           | ธีราทร       | วิชาการและวารสาร      |
| 8. แพทย์หญิงสายรัตน์                      | นกน้อย       | ประชาสัมพันธ์         |
| 9. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษณะ        | สุวรรณภูมิ   | ปฎิคม                 |
| 10. รองศาสตราจารย์นายแพทย์โยธิน           | เบญจวง       | นายทะเบียน            |
| 11. นาวาอากาศเอก(พิเศษ)นายแพทย์ไกรสร      | วรดีถิ       | กรรมการกลาง           |
| 12. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กอปรชูชนม์  | ตย์คานนท์    | กรรมการกลาง           |
| 13. แพทย์หญิงวิศรี                        | วายุรกุล     | กรรมการกลาง           |
| 14. นายแพทย์สุนทร                         | สุนทรชาติ    | กรรมการกลาง           |
| 15. แพทย์หญิงอรวรรณ                       | ตะเวทิพงศ์   | กรรมการกลาง           |

**มีอำนาจหน้าที่** ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว  
แห่งประเทศไทย พ.ศ.2549 หมวด 3 ข้อ 14  
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม 2560 เป็นต้นไป

สั่ง ณ 6 มีนาคม 2560

สมจิต พ.

(รศ.พญ.สมจิต พฤกษ์รัตนนท์)

ประธานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

**กิตติกรรมประกาศ**  
**รายนามคณาจารย์ที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตร WFME 2015**  
**ซึ่งจัดโดยแพทยสภาและร่วมพัฒนาหลักสูตร**

แพทย์หญิงชลลดา บุษยรัตน์	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
รองศาสตราจารย์นายแพทย์เกษม อุตวิชัย	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสมจิต พุกษะริตานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กอปรชูชนม์ ตย์คานนท์	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณภูมิ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
นายแพทย์พินัย ล้วนเลิศ	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงมาลินี บุญยรัตนพันธุ์	โรงพยาบาลชลบุรี
แพทย์หญิงวิสนา ศรีวิชัย	โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
แพทย์หญิงหทัยทิพย์ ธรรมวิริยะกุล	โรงพยาบาลหาดใหญ่
แพทย์หญิงจิตจรลดา บุตรงามดี	สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
แพทย์หญิงสาวิตรี ต้นเจริญ	โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
แพทย์หญิงนิสิตา นาทประยูรท์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
นายแพทย์วรารุช กุลเวชกิจ	โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
นายแพทย์อาทิตย์ ชัยธนสาร	คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ร้อยเอกนายแพทย์กุลเชษฐ์ เกษะโกมล	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

## บทนำ

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้าน เป็นหลักสูตรที่แสดงการศึกษาแพทยศาสตรระดับหลังปริญญา ซึ่งเป็นการศึกษาต่อเนื่องจากระดับการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต เพื่อเพิ่มพูนความสามารถทางคลินิกภายใต้การกำกับดูแล ที่มุ่งไปสู่การประกอบเวชปฏิบัติในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้อย่างเต็มตัว โดยประกอบด้วย การศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้าน แพทย์ประจำบ้านต่อยอด หรือแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ภายหลังจากการจบการศึกษา ผู้รับการฝึกอบรมจะได้รับการรับรองผ่านการได้รับประกาศนียบัตร วุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ ตามที่หลักสูตรกำหนด องค์กรประกอบสำคัญที่ต้องเน้นในการศึกษาแพทยศาสตรระดับหลังปริญญา ได้แก่ ทักษะการเรียนรู้ตลอดชีวิต ซึ่งเมื่อสำเร็จการศึกษาจะต้องมีกระบวนการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องด้วย

หลักสูตรแพทย์ประจำบ้านฉบับนี้เป็นฉบับแรกที่ได้พัฒนาตามเกณฑ์การประกันคุณภาพการศึกษาของสหพันธ์แพทยศาสตรศึกษาโลก พ.ศ. 2558 (World Federation for Medical Education (WFME) 2015) โดยมีขอบเขตครอบคลุมพันธกิจ กระบวนการ โครงสร้าง องค์กรประกอบ ผลลัพธ์ หรือความสามารถที่พึงประสงค์ การประเมินผล และสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ที่มีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง

สถาบันฝึกอบรม ผู้ให้การฝึกอบรม ผู้รับการฝึกอบรม ซึ่งนอกจากแพทย์ประจำบ้านแล้ว แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร และแพทย์ที่ขอสอบหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวสามารถใช้หลักสูตรและเกณฑ์ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวนี้เพื่อเพิ่มพูนความสามารถทางคลินิกที่มุ่งไปสู่การประกอบเวชปฏิบัติในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้



หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อ  
วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย  
ฉบับ พ.ศ. 2561

## 1. ชื่อหลักสูตร

(ก) สาขาประเภทที่ 1

(ภาษาไทย)

หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้  
ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์  
ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ)

Residency Training in Family Medicine

## 2. คุณวุฒิ

### 2.1 ชื่อวุฒิบัตร

#### ชื่อเต็ม

(ภาษาไทย) วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Diploma of the Thai Board of Family Medicine

#### ชื่อย่อ

(ภาษาไทย) วว. เวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Dip. Thai Board of Family Medicine

#### ชื่ออภิไธย

(ภาษาไทย) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Family Physician

### 2.2 ชื่อหนังสืออนุมัติ

#### ชื่อเต็ม

(ภาษาไทย) หนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Diploma of the Thai Board of Family Medicine

#### ชื่อย่อ

(ภาษาไทย) อว. เวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Dip. Thai Board of Family Medicine

#### ชื่ออภิไธย

(ภาษาไทย) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) Family Physician

### 3. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

### 4. พันธกิจของการฝึกอบรม/หลักสูตร

เพื่อฝึกอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งเป็นสาขาวิชาทางการแพทย์เฉพาะทางที่ต้องอาศัยความรู้ความเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับความสามารถในการทำหัตถการที่พบบ่อยในบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้ป่วยด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเป็นการดูแลสำหรับประชากรทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เกิดจนตาย แพทย์ผู้รับการอบรมผู้เชี่ยวชาญเวชศาสตร์ครอบครัว จึงควรมีความรู้ครอบคลุมเนื้อหาดังกล่าวทั้งในด้านทฤษฎีและปฏิบัติ นอกจากความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวควรมีความสามารถด้านอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ความสามารถด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ การทำงานเป็นทีม การบริหารจัดการ ความรู้ความเข้าใจในระบบสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยเพื่อให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีความรับผิดชอบ มีจริยธรรม ทัศนคติ และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ร่วมงาน และองค์กร เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการบริการทางเวชศาสตร์ครอบครัว นอกจากนี้แล้วแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลประชากรในชุมชนหรือพื้นที่รับผิดชอบ จะต้องมีความรู้ความเข้าใจมิติทางสังคม สามารถประเมินความต้องการทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม เพื่อนำไปบูรณาการในการวางแผนแก้ไขปัญหา

## 5. ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม/หลักสูตร

แพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวต้องมีคุณสมบัติและความรู้ความสามารถตามสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้านดังนี้

### 5.1 การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

5.1.1 สามารถให้การบริบาลระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพสำหรับทุกกลุ่มอายุ (High quality primary care for all age groups)

5.1.2 สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุม (Comprehensive care) ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention) การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ (Treatment and rehabilitation)

5.1.3 สามารถให้การปรึกษาดูแลในเวชปฏิบัติครอบครัว (The family practice consultation) สำหรับผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) ทั้งผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute care) และผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care) โดยรับปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

5.1.4 ดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (Appropriated in-patient care)

5.1.5 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ และทุพพลภาพ

5.1.6 สามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

### 5.2 ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน (Medical Knowledge and Skills)

5.2.1 เข้าใจวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานของร่างกายและจิตใจ ของระดับบุคคล ทุกกลุ่มวัย

5.2.2 มีความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

5.2.3 ดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family-oriented approach)

5.2.4 ดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community-oriented approach)

### 5.3 การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice - Based Learning and Improvement)

5.3.1 มีการพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice - based) ความคิดสร้างสรรค์ตามหลักวิทยาศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

5.3.2 เรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ

5.3.3 วิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์

5.3.4 ดำเนินการวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุขได้

5.3.5 นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

### 5.4 ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)

5.4.1 นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยและอภิปรายปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

5.4.2 ดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

5.4.3 ถ่ายทอดความรู้และทักษะให้แพทย์ นิสิต นักศึกษาแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนประชากรในชุมชนที่รับผิดชอบ

5.4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วย (Doctor - patient - family relationship) โดยสามารถสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ญาติ ครอบครัวและชุมชน ได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ มีเมตตา เคารพการตัดสินใจและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

5.4.5 มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ทำงานกับผู้ร่วมงานทุกระดับอย่างมีประสิทธิภาพ

5.4.6 เป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำแก่แพทย์และบุคลากรอื่น โดยเฉพาะทางเวชศาสตร์ครอบครัว

### 5.5 ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

5.5.1 มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติอันดีต่อผู้ป่วย ญาติ ผู้ร่วมงาน เพื่อนร่วมวิชาชีพ และชุมชน

5.5.2 มีความสนใจใฝ่รู้ และสามารถพัฒนาไปสู่ความเป็นผู้เรียนรู้ต่อเนื่องตลอดชีวิต

5.5.3 ทักษะที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการทำงานร่วมกัน (Non-technical skill)

5.5.4 มีความรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย

5.5.5 คำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนรวมและจริยธรรมทางการแพทย์

## 5.6 การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-Based Practice)

- 5.6.1 มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ
- 5.6.2 มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)
- 5.6.3 มีความรู้และมีส่วนร่วมในระบบพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 5.6.4 ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม (Cost consciousness medicine) และสามารถปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาผู้ป่วยให้เข้ากับบริบทของการบริการสาธารณสุขได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ
- 5.6.5 สามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพให้กับประชากรในความดูแล (Resource person of a defined population)
- 5.6.6 ตระหนัก/คำนึงถึงเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)
- 5.6.7 สามารถร่วมดำเนินการประกันคุณภาพและควบคุมคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Quality Assurance - QA and Continuous Quality Improvement - CQI)

## 6. แผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

### 6.1 วิธีการให้การฝึกอบรม

#### 6.1.1 ขอบเขตของการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมมีหน้าที่จัดเตรียมความพร้อมให้แพทย์ประจำบ้านที่ผ่านการฝึกอบรม ได้รับการหล่อหลอมให้มีหลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวไทยและสมรรถนะหลัก 6 ประการ ตามที่ราชวิทยาลัยกำหนด รวมถึงการมีประสบการณ์ในการดูแลและรักษาสุขภาพผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ครอบครัว และชุมชน ให้ครอบคลุมทั้งคนปกติและภาวะการเจ็บป่วย และโรคที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องประสบในชีวิตการทำงาน of แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อไป

#### 6.1.2 ระยะเวลาและระดับของการฝึกอบรม

การฝึกอบรมมีระยะเวลาทั้งสิ้น 3 ปี โดยอนุญาตให้ลาพักผ่อนได้ปีละ 10 วัน ทำการ หรือไม่เกิน 30 วันทำการตลอดการศึกษาอบรม จึงจะมีสิทธิได้รับการประเมินเพื่อวุฒิบัตร ในกรณีลาเกินกว่ากำหนด จะต้องมีการขยายเวลาฝึกอบรมให้มีระยะเวลาการฝึกอบรมทั้งสิ้น ไม่ต่ำกว่า 150 สัปดาห์ จึงจะมีสิทธิได้รับการประเมินวุฒิบัตร สถาบันฝึกอบรมมีหน้าที่จัดเตรียมให้แพทย์ประจำบ้านได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมกับระดับชั้นปีที่ฝึกอบรม กล่าวคือใน

**ระดับชั้นปีที่ 1** ควรครอบคลุมเรื่องหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัว และมอบหมายผู้ป่วยหรือครอบครัวให้ดูแลอย่างต่อเนื่องตลอด 3 ปีของการฝึกอบรม และอาจเริ่มดำเนินการวิจัยโดยจัดเตรียมคำถามวิจัย (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก 4)

**ระดับชั้นปีที่ 2** กำหนดให้มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการดูแลรักษาผู้ป่วย และเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนมากขึ้น มีความสามารถในการกำกับดูแล (supervision) แพทย์ประจำบ้านรุ่นน้องและนักศึกษาแพทย์ และเริ่มดำเนินการวิจัย การวินิจฉัยชุมชนและเลือกหัวข้อที่สอดคล้องกับบริบทของเวชปฏิบัติและบริการปฐมภูมิ (ดูเพิ่มเติมในภาคผนวก 4)

**ระดับชั้นปีที่ 3** เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วย โดยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านอาวุโสเหล่านี้มีโอกาสฝึกฝนให้เกิดทักษะทางด้าน การกำกับดูแล โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ฯลฯ ตามกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่บ้าน ผู้ป่วยในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน การจัดการบริการปฐมภูมิ และการทำโครงการในชุมชน (Implement of community project)

### 6.1.3 การจัดการฝึกอบรบ

#### 6.1.3.1 แนวทางการฝึกอบรบ เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

สถาบันฝึกอบรบจะต้องมีแนวทางหรือคู่มือการฝึกอบรบที่สอดคล้องกับหลักสูตรของราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยในแต่ละส่วนย่อยของหลักสูตร (rotation) จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และวิธีการประเมินให้ชัดเจน

สถาบันฝึกอบรบควรกำหนดสัดส่วนของการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานและการเรียนรู้ในห้องเรียนให้เหมาะสม โดยสอดคล้องความรู้ทางด้านเจตคติ และเปิดโอกาสให้มีการเรียนรู้ด้วยตนเองไปตลอดหลักสูตร

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้รับประสบการณ์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างพอเพียง สถาบันฝึกอบรบควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีเวลาฝึกปฏิบัติเวชปฏิบัติครอบครัวร่วมกันตลอดหลักสูตรไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเวลาการฝึกอบรบทั้งหมด ซึ่งงานเวชปฏิบัติครอบครัวนี้ประกอบไปด้วยการปฏิบัติงานที่คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการปฏิบัติงานในชุมชน รวมถึงการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทางคลินิกในสถาบันฝึกอบรบสาขาหลักหรือการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยทางคลินิกในสาธารณสุขที่มีผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

#### 6.1.3.2 การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัว

เป็นการดูแลแต่แรก ทุกเรื่อง ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน บริการที่เข้าถึงสะดวก บวกระบบปรึกษา รับและส่งต่อ

##### 1) คลินิกเวชปฏิบัติครอบครัว

มีเป้าหมายให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้ และเกิดทักษะในเรื่องต่อไปนี้

- การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคที่พบบ่อยอย่างเป็นองค์รวม
- การประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือได้รับอุบัติเหตุ
- ปฏิบัติการกู้ชีพแก่ผู้ป่วย
- การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
- การบันทึกเวชระเบียนอย่างถูกต้อง ทันเวลา ตามหลักทางการแพทย์และกฎหมาย โดยสถาบันฝึกอบรบควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวหรือหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



## 2) การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านมีประสบการณ์ในการเยี่ยมผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสถาบันฝึกอบรมต้องจัดเตรียมอุปกรณ์จำเป็นสำหรับการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนยานพาหนะในการออกเยี่ยมบ้าน มีแพทย์พี่เลี้ยงหรืออาจารย์ให้คำปรึกษา และจัดระบบการบันทึก การติดตามการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของแพทย์ประจำบ้าน

## 3) ผู้ป่วยใน

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านมีประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในภายใต้บริบทของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสคิดด้วยตนเอง ในการวินิจฉัยแยกโรค ในการวางแผนสั่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การวินิจฉัยโรค ตัดสินใจในการวางแผนการรักษาด้วยตนเอง สั่งการรักษาและการวางแผนในการจำหน่ายผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์พี่เลี้ยง โดยร่วมกันทำงานเป็นทีม ตลอดจนการส่งต่อ

## 4) การปฏิบัติงานในชุมชน

สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แพทย์ประจำบ้าน ได้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักในบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการสนับสนุนสุขภาพและพัฒนาชุมชน

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้โดยแพทย์ประจำบ้าน 1 คน เข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลสนับสนุนสุขภาพและพัฒนาชุมชนที่มีประชากรอย่างน้อย 1,000 คน อย่างต่อเนื่อง

### การประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปีของแพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัว

ราชวิทยาลัยกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการซึ่งจัดโดยราชวิทยาลัยรวม 3 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 5 - 7 วัน

#### ระดับชั้นปีที่ 1

การดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับปัจเจกบุคคล โดยใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศไทย

#### ระดับชั้นปีที่ 2

การดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับครอบครัว/กลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

#### ระดับชั้นปีที่ 3

การดูแลผู้ป่วยแบบเวชศาสตร์ครอบครัวในระดับชุมชน และการจัดการบริการปฐมภูมิ

## การจัดประสบการณ์การเรียนรู้

สถาบันอาจจัดประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโดยกำหนดระยะเวลาเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือนตามความเหมาะสม (4 สัปดาห์ เทียบเท่า 1 เดือน โดยประมาณ)

## การปฏิบัติงานทางคลินิกในสาขาหลัก

ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาหลัก มีความจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

*สำหรับแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร*

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้แพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรซึ่งอาจอยู่ระหว่างการเพิ่มพูนทักษะ หมุนเวียน (rotation) ใน 5 สาขาหลัก เป็นระยะเวลารวม 10 เดือน (และปฏิบัติงานในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 1 เดือน และ เวชศาสตร์ฉุกเฉินหรือสาขาที่เหมาะสม 1 เดือน) ในปีแรกของการฝึกอบรม ดังนี้

1. อายุรศาสตร์	3	เดือน
2. กุมารเวชศาสตร์	2	เดือน
3. สูติศาสตร์	2	เดือน
4. ศัลยศาสตร์	2	เดือน
5. ออร์โธปิดิกส์	1	เดือน

*สำหรับแพทย์ประจำบ้าน*

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน หมุนเวียน (rotation) ใน 6 สาขาหลัก เป็นระยะเวลารวมไม่น้อยกว่า 44 สัปดาห์ (ปฏิบัติงานในด้านเวชศาสตร์ครอบครัว 4 - 8 สัปดาห์ในปีแรกของการฝึกอบรม) ดังนี้

1. อายุรศาสตร์	6 - 12	สัปดาห์
2. กุมารเวชศาสตร์	4 - 8	สัปดาห์
3. สูติศาสตร์	4 - 8	สัปดาห์
4. ศัลยศาสตร์	4 - 8	สัปดาห์
5. ออร์โธปิดิกส์	2 - 4	สัปดาห์
6. เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	2 - 4	สัปดาห์

แพทย์ประจำบ้าน ควรได้รับการแนะนำถึงความเหมาะสมในการปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ

การปฏิบัติงานในสาขาเฉพาะทางที่จัดให้แพทย์ประจำบ้าน ควรมีจำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เหมาะสม ควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกของสาขานั้นๆ ในฐานะผู้รับผิดชอบเบื้องต้น และผู้ป่วยในตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ไม่ควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านเป็นเพียงผู้สังเกตการณ์ เนื่องจากไม่เพียงพอสำหรับการเรียนรู้

## การปฏิบัติงานในคลินิกในสาขารอง

ประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขารอง มีความจำเป็นสำหรับการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านหมุนเวียน (rotation) ใน 7 สาขารอง เป็นระยะเวลารวมไม่เกิน 32 สัปดาห์ ดังนี้

1. จิตเวชศาสตร์	4 - 8	สัปดาห์
2. ตจวิทยา	2 - 4	สัปดาห์
3. เวชศาสตร์ฟื้นฟู	2 - 4	สัปดาห์
4. รังสีวิทยา	2 - 4	สัปดาห์
5. วิสัญญีวิทยา	2 - 4	สัปดาห์
6. จักษุวิทยา	2 - 4	สัปดาห์
7. โสต ศอ นาสิก	2 - 4	สัปดาห์

แพทย์ประจำบ้านควรได้รับการแนะนำถึงความเหมาะสมในการปรึกษา และส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญ

การปฏิบัติงานเฉพาะทางที่จัดให้แพทย์ประจำบ้าน ควรมีจำนวนและประเภทของผู้ป่วยที่เหมาะสม ควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยนอกของสาขานั้นๆ ในฐานะผู้รับผิดชอบเบื้องต้นด้วย

## วิชาบังคับเลือก (Selective)

วิชาบังคับเลือกมีระยะเวลา 4 เดือน ราชวิทยาลัยฯ กำหนดให้เลือกสาขาที่สอดคล้องกับงานเวชปฏิบัติครอบครัว ภายใต้ดุลยพินิจของสถาบันฝึกอบรม แต่ทั้งนี้ต้องมีการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนอย่างน้อย 2 เดือน

## วิชาเลือกอิสระ (Elective)

วิชาเลือกอิสระมีระยะเวลา 2 เดือน ราชวิทยาลัยฯ กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านมีโอกาสเลือกปฏิบัติงานในเรื่องที่สนใจ ภายใต้ดุลยพินิจของสถาบันฝึกอบรม

### 6.1.3.3 การเรียนรู้ในห้องเรียน

สถาบันฝึกอบรมต้องจัดกิจกรรมให้แพทย์ประจำบ้านมีการเรียนรู้ในห้องเรียนควบคู่ไปกับการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ และเพียงพอที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมวิชาการอย่างน้อยครึ่งวันต่อสัปดาห์ กิจกรรมวิชาการที่ควรจัดมีดังต่อไปนี้

## การเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือประชุมปรึกษาผู้ป่วย ได้แก่

1. การประชุมภายในภาควิชา/หน่วยงาน เช่น
  - Morning report
  - Case conference
  - Morbidity / mortality conference
  - Journal club
  - Topic discussion
2. การประชุมร่วมระหว่างหน่วยงาน เช่น
  - Interdepartmental conference
  - Interhospital conference
3. การบรรยายด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น
  - Principle of family medicine
  - Working with families
  - Common problems in family practice
4. การสอนเรื่องการวิจัยและระบาดวิทยาทางคลินิก
5. การสอนวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานประยุกต์ ความรู้ทั่วไป และ ภาษาอังกฤษ

### 6.1.3.4 การเรียนรู้ประเภทอื่น

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้และเกิดทักษะ  
ในเรื่องต่อไปนี้

- จรรยาบรรณทางการแพทย์
  1. ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย การอนุญาตหรือยินยอมรับการตรวจรักษา การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
  2. การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพและสังคมโดยส่วนรวม ได้แก่ การรายงานแพทย์ที่บกพร่องต่อหน้าที่ การประชุมทบทวนผลการรักษาเพื่อพิจารณาปรับปรุงวิธีการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่า และ ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการทำงานทางการแพทย์
- Clinical teaching skills
- Communication skills
- การประเมินคุณภาพ การปรับปรุงคุณภาพ การป้องกันความเสี่ยงและความคุ้มค่าของการรักษาพยาบาล
- องค์กรเพื่อสุขภาพ การบริหารด้านการเงินในงานการรักษาพยาบาล

- การศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง

1. ทักษะและวิธีการในการค้นหาข้อมูลต่างๆ ทางวิชาการ (medical literature) การใช้ internet
2. การประเมินการศึกษาวิจัย การออกแบบการวิจัย และการใช้วารณญาณในการยอมรับผลการศึกษาวิจัยต่างๆ
3. การตัดสินใจในข้อมูลต่างๆ ทางการแพทย์ และการนำมาปฏิบัติในงานดูแลผู้ป่วย

#### 6.1.3.5 การฝึกฝนหัตถการ

สถาบันฝึกอบรมมีหน้าที่สอนและแนะนำแพทย์ประจำบ้านให้เกิดทักษะในการทำหัตถการที่จำเป็น โดยมีการติดตามอย่างสม่ำเสมอ

#### 6.1.3.6 การวิจัยทางการแพทย์และบันทึกรายงานการศึกษาผู้ป่วย

เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเรียนรู้ทางด้านทฤษฎีเกี่ยวกับการวิจัยขั้นพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ทางคลินิก หรือทางสังคม และฝึกปฏิบัติจริง สถาบันฝึกอบรมต้องกำหนดให้แพทย์ประจำบ้านมีผลงานการวิจัยทางการแพทย์ในรูปของวิทยานิพนธ์และบันทึกการศึกษาผู้ป่วยจากการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

## 6.2 เนื้อหาของการฝึกอบรม/หลักสูตร

- 6.2.1 ความรู้พื้นฐานและสมรรถนะหลัก (ภาคผนวก 1)
- 6.2.2 เนื้อหาสังเขป : โรคหรือภาวะของผู้ป่วย (ภาคผนวก 2)
- 6.2.3 หัตถการและทักษะ (ภาคผนวก 3)
- 6.2.4 การทำวิจัย (ภาคผนวก 4)

## 6.3 จำนวนปีของการฝึกอบรม

3 ปี

## 6.4 การบริหารการจัดการฝึกอบรม

สถาบันฯ ต้องมีคณะกรรมการซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการจัดการประสานงาน การบริหาร และการประเมินผล สำหรับแต่ละขั้นตอนของการฝึกอบรม รวมถึงการให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เหมาะสมมีส่วนร่วมในการวางแผนการฝึกอบรม ประธานแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรต้องมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในสาขานั้นมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

## 6.5 สถานะการปฏิบัติงาน

สถาบันฯ ต้องจัดสถานะการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้

- ให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ (รวมถึงการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ) ที่เกี่ยวข้องกับกาฝึกอบรบ
- ระบุกฎเกณฑ์และประกาศให้ชัดเจนเรื่องเงื่อนไขงานบริการและความรับผิดชอบของผู้เข้ารับการฝึกอบรบ
- มีการกำหนดการฝึกอบรบทดแทนในกรณีที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรรมมีการลาพัก เช่น การลาคลอดบุตร การเจ็บป่วย การเกณฑ์ทหาร การถูกเรียกฝึกกำลังสำรอง การศึกษาดูงานนอกแผนการฝึกอบรบ/หลักสูตร เป็นต้น
- จัดมีค่าตอบแทนผู้เข้ารับการฝึกอบรบอย่างเหมาะสมกับตำแหน่งและงานที่ได้รับมอบหมาย
- ควรมีการระบุชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม

## 6.6 การวัดและประเมินผล

การวัดและประเมินผลผู้เข้ารับการฝึกอบรบ ประกอบด้วย

### 6.6.1 การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรบและการเลื่อนชั้นปี

#### การประเมินระหว่างการฝึกอบรบ

สถาบันฝึกอบรบจะต้องจัดให้มีการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรบระหว่างการฝึกอบรบครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และกิจกรรมทางการแพทย์ ในมิติต่างๆ ดังนี้

มิติที่ 1 การประเมินกิจกรรมสมรรถนะของคร้รวม (Entrustable Professional Activity: EPA) ตามที่กำหนดไว้ในหลักสูตร (ภาคผนวกที่ 5)

มิติที่ 2 การรายงานผลการสอบจัดโดยสถาบัน (ผ่าน/ไม่ผ่าน)

มิติที่ 3 การรายงานประสบการณ์เรียนรู้ผู้ป่วยจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

มิติที่ 4 การรายงานความก้าวหน้างานวิจัย และโครงการชุมชน

มิติที่ 5 การร่วมกิจกรรมประชุมวิชาการทางเวชศาสตร์ครอบครัว

มิติที่ 6 การเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งจัดโดยราชวิทยาลัย

มิติที่ 7 การประเมินสมรรถนะด้าน professionalism และ interpersonal and communication skills โดยอาจารย์และผู้ร่วมงาน

## การบันทึกข้อมูลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรมทำโดย

- ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ สถาบันฝึกอบรม ทำการบันทึกข้อมูลในส่วนที่เกี่ยวข้องลงใน logbook/portfolio ตามที่ราชวิทยาลัยฯ กำหนดในแต่ละปีการศึกษา

- สถาบันฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทำการบันทึกข้อมูลการประเมินผู้เข้ารับการฝึกอบรมในมิติที่ 1 - 6 ทั้งรายบุคคลและรายสถาบัน เพื่อรายงานผลมายังคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ตามที่กำหนด

ผลการประเมินนำไปใช้ในกรณี ต่อไปนี้

1. เพื่อเลื่อนระดับชั้นปี โดยให้สถาบันฝึกอบรมพิจารณาตามระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (Entrustable Professional Activity: EPA) ตามระดับชั้นปี

2. เพื่อใช้พิจารณาคุณสมบัติผู้เข้าสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

การประเมินระหว่างการฝึกอบรมโดยสม่ำเสมอและแจ้งผลให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมรับทราบ จะช่วยให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะหลักด้านต่างๆ ของผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้สมบูรณ์ขึ้น นอกจากนี้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถอุทธรณ์ผลการประเมินได้ โดยการทาบันทึกข้อความถึงผู้รับผิดชอบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านของสถาบันฝึกอบรมนั้น

### 6.6.2 การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติ

การสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติให้เป็นไปตาม ประกาศการสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (ภาคผนวก 6) ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2552 (ภาคผนวก 7) และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 (ภาคผนวก 8)

#### 1) คุณสมบัติผู้มีสิทธิ์เข้าสอบ

- ผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตร ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาการฝึกอบรม

- สถาบันฝึกอบรมเห็นสมควรให้เข้าสอบ

#### 2) เอกสารประกอบ

2.1 เอกสารรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมตามที่กำหนด

2.2 ประกาศนียบัตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากราชวิทยาลัย ครั้งที่ 1 - 3

## 2.3 ผลงานวิจัย

2.3.1 บทความงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Full paper) และ ใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือ

2.3.2 บทความงานวิจัยฉบับตีพิมพ์ (Manuscript) ที่ตีพิมพ์แล้ว หรืออยู่ระหว่างรอตีพิมพ์ (แนบใบตอบรับการตีพิมพ์จากบรรณาธิการ) และหนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยต้องเป็นวารสารระดับนานาชาติที่เป็นที่ยอมรับ หรือ Thai Citation Index (TCI) กลุ่มที่ 1 หรือ 2 โดยเป็นผลงานที่ตีพิมพ์มาแล้วไม่เกิน 5 ปี ก่อนวันสุดท้ายของการเปิดรับสมัครสอบ และไม่เคยใช้ในการสมัครสอบเพื่อวุฒิปริญญาตรี/ปริญญาบัตร/ขอเลื่อนขั้นตำแหน่ง

2.4 รายงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วยฉบับสมบูรณ์จำนวน 2 ฉบับ

2.5 รายงานโครงการชุมชน

2.6 เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามสมุดบันทึกการปฏิบัติงาน/แฟ้มสะสมงาน

สำหรับกรณีแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิปริญญาตรี จะต้องส่งหนังสือรับรองจากอาจารย์ในสถาบันปฏิบัติงานเกี่ยวกับผลการบันทึกรายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จำนวน 5 ราย ด้วย

## 3) วิธีการประเมินประกอบด้วย

3.1 การสอบข้อเขียน ต้องผ่านเกณฑ์ทั้ง 2 ส่วน คือ

3.1.1 ปรนัย (Multiple choice question; MCQ)

3.1.2 อัดนัย (Modified essay question; MEQ, essay, short answer question; SAQ, critical reasoning question; CRQ, spot diagnosis) เป็นต้น

3.2 ประเมินภาคปฏิบัติประกอบด้วย

3.2.1 การสอบ Objective structured clinical examination (OSCE)

3.2.2 ผลการปฏิบัติงานจากสถาบันฝึกอบรม เช่น สมุดบันทึกการปฏิบัติงาน (logbook)/แฟ้มสะสมผลงาน (portfolio) และสำหรับกรณีแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิปริญญาตรี ต้องมีหนังสือรับรองจากอาจารย์ในสถาบันปฏิบัติงานที่แสดงผล (พึงพอใจ/ผ่าน) การรายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของแพทย์ปฏิบัติงานจำนวน 5 ราย

3.3 การสอบปากเปล่า

3.4 การประเมินผลงานวิจัย โครงการชุมชน และรายงานเยี่ยมบ้าน

เกณฑ์การพิจารณาตัดสินผลการประเมิน ใช้เกณฑ์ร้อยละ 60 หรือโดยอยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว



## 7. การรับและคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมต้องแสดงนโยบายและประกาศของสถาบันเรื่อง หลักเกณฑ์และขั้นตอนในการรับและการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมของสถาบัน มีเกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านของสถาบันที่ไม่ขัดต่อแพทยสภา เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่ากระบวนการคัดเลือกมีความโปร่งใส เท่าเทียม ยุติธรรมและตรวจสอบได้

### 7.1 คุณสมบัติของผู้เข้ารับการฝึกอบรม

- 1) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้  
ได้รับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิต หรือเทียบเท่าที่แพทยสภารับรองได้รับการขึ้นทะเบียนประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้ว
- 2) มีคุณสมบัติครบถ้วนตามเกณฑ์แพทยสภาในการเข้ารับการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง  
**หมายเหตุ** ราชวิทยาลัยฯ กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการจัดการฝึกอบรม เพิ่มเติม 2 กรณีที่สำคัญ (ภาคผนวก 9) ได้แก่
  - 1) การเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2
  - 2) การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร

### 7.2 ขั้นตอนในการรับและการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม

ในการรับและการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม สถาบันฝึกอบรมต้องแสดงนโยบายและประกาศของสถาบัน เรื่องหลักเกณฑ์และขั้นตอนในการรับและการคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรม มีประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการคัดเลือกของสถาบัน มีเกณฑ์การคัดเลือกแพทย์ประจำบ้านของสถาบันที่ไม่ขัดต่อแพทยสภา เพื่อให้เชื่อมั่นได้ว่ากระบวนการคัดเลือกมีความโปร่งใส เท่าเทียมและยุติธรรม

### 7.3 จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านแต่ละแห่งจะได้รับการประเมินจากคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อกำหนดศักยภาพจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมตามขีดความสามารถและทรัพยากรของแต่ละสถาบัน โดยราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยเป็นผู้กำหนดจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยได้รับอนุมัติจากแพทยสภา การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวแต่ละชั้นปีในแต่ละสถาบันจะต้อง

ไม่เกินศักยภาพของสถาบันนั้นๆ ที่ได้กำหนดไว้จากการประเมินสถาบัน ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนดให้สถาบันฝึกอบรมรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ในสัดส่วนปีละ 1 คน ต่ออาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม 2 คนรวมทั้งต้องมีเกณฑ์กำหนดตามตารางดังต่อไปนี้

จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อชั้นปี	1	2	3	4	5
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	2	3	4	5	6
จำนวนผู้ป่วยนอกชั้นต่ำ ในการดูแลของแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ต่อปี	900	1800	2700	3600	4500
จำนวนครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อปี)	20	30	30	30	40
จำนวนกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ครั้งต่อปี)	1	2	3	4	5
จำนวนอาจารย์สาขาเฉพาะทาง					
อายุรแพทย์ (คน)	1	1	1	1	1
กุมารแพทย์ (คน)	1	1	1	1	1
ศัลยแพทย์ (คน)	1	1	1	1	1
สูตินรีแพทย์ (คน)	1	1	1	1	1
แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (คน)	1	1	1	1	1
จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อชั้นปี	6	7	8	9	10
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	8	9	10	11	12
จำนวนผู้ป่วยนอกชั้นต่ำ ในการดูแลของแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ต่อปี	5400	6300	7200	8100	9000
จำนวนครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อปี)	40	60	60	60	80
จำนวนกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ครั้งต่อปี)	6	7	8	9	10
จำนวนอาจารย์สาขาเฉพาะทาง					
อายุรแพทย์ (คน)	2	2	2	2	2
กุมารแพทย์ (คน)	2	2	2	2	2
ศัลยแพทย์ (คน)	2	2	2	2	2
สูตินรีแพทย์ (คน)	2	2	2	2	2
แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (คน)	2	2	2	2	2

จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อชั้นปี	11	12	13	14	15
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	14	15	16	17	18
จำนวนผู้ป่วยนอกชั้นต่ำ ในการดูแลของแพทย์ ประจำบ้านทุกชั้นปี ต่อปี	9900	10800	11700	21600	13500
จำนวนครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อปี)	80	100	100	100	120
จำนวนกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพใน ชุมชน (ครั้งต่อปี)	11	12	13	14	15
จำนวนอาจารย์สาขาเฉพาะทาง					
อายุรแพทย์ (คน)	3	3	3	3	3
กุมารแพทย์ (คน)	3	3	3	3	3
ศัลยแพทย์ (คน)	3	3	3	3	3
สูติรีแพทย์ (คน)	3	3	3	3	3
แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (คน)	3	3	3	3	3
จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อชั้นปี	16	17	18	19	20
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม	20	21	22	23	24
จำนวนผู้ป่วยนอกชั้นต่ำ ในการดูแลของแพทย์ ประจำบ้านทุกชั้นปี ต่อปี	14400	15300	16200	17100	18000
จำนวนครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อปี)	120	140	140	140	160
จำนวนกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ ใน ชุมชน (ครั้งต่อปี)	16	17	18	19	20
จำนวนอาจารย์สาขาเฉพาะทาง					
อายุรแพทย์ (คน)	4	4	4	4	4
กุมารแพทย์ (คน)	4	4	4	4	4
ศัลยแพทย์ (คน)	4	4	4	4	4
สูติรีแพทย์ (คน)	4	4	4	4	4
แพทย์ออร์โธปิดิกส์ (คน)	4	4	4	4	4

หมายเหตุ กรณีอาจารย์มากกว่า 24 คน หากต้องการเพิ่มศักยภาพ ให้เป็นไปตามการพิจารณาของ  
คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบของราชวิทยาลัยฯ

## 8. อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

### 8.1. คุณสมบัติของประธานการฝึกอบรม

ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 5 ปี ภายหลังจากได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ ฯ

### 8.2. คุณสมบัติและจำนวนของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

#### 8.2.1 คุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และปฏิบัติงานด้านเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 2 ปี ภายหลังจากได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติ ฯ

ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลา หมายถึง ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย ลูกจ้างประจำ รวมทั้งอาจารย์เกษียณอายุราชการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา และได้รับเงินเดือนในอัตราเต็มเวลา

ผู้ให้การฝึกอบรมแบบไม่เต็มเวลา แบ่งเป็น 2 ประเภท

ก. พนักงานมหาวิทยาลัยหรือลูกจ้างรายคาบอย่างน้อยครึ่งเวลา และได้รับเงินเดือนตามสัดส่วนงาน ให้นับเวลาปฏิบัติงานตามสัญญาจ้าง

ข. ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ที่สถาบันอื่น แผนกอื่น หรืออาจารย์เกษียณอายุมาช่วยสอน บางเวลา โดยไม่ได้มีสัญญาจ้างจากหน่วยงาน หรือปฏิบัติงานน้อยกว่าครึ่งเวลา ให้คิดเวลาปฏิบัติงานเฉพาะที่มาปฏิบัติงานสำหรับการเรียนการสอนแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว รวมทั้งไม่นับเวลาที่มาสอนนักศึกษา/นิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านสาขาอื่น

ผู้ให้การฝึกอบรมวุฒิบัตรฯ ในระดับเดียวกันใช้ศักยภาพได้ 35 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ ใน 1 สาขาวิชา แต่ถ้าฝึกอบรมมากกว่า 2 สาขาวิชา ต้องแบ่งศักยภาพเป็น 2 สาขาวิชา โดยคิดสาขาวิชาหลักไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง

#### 8.2.2 จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

ต้องมีจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมปฏิบัติงานเต็มเวลาให้เพียงพอ อาจให้มีอาจารย์แบบไม่เต็มเวลาได้ โดยมีข้อกำหนดดังนี้

8.2.2.1 จำนวนอาจารย์แบบไม่เต็มเวลาต้องไม่มากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์เต็มเวลา

8.2.2.2 ภาระงานของอาจารย์แบบไม่เต็มเวลาแต่ละคนต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของภาระงานอาจารย์เต็มเวลา

สถาบันฝึกอบรมต้องมีแพทย์พี่เลี้ยงที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ทั้งนี้ อนุโลมให้สถาบันฝึกอบรม มีแพทย์ผู้ได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาอื่น ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ จักษุวิทยา โสตศอนาสิกวิทยา เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวชศาสตร์ หรือ เวชศาสตร์ป้องกัน ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วยที่ภาควิชา/กอง/ฝ่าย เวชศาสตร์ครอบครัว (เวชปฏิบัติครอบครัว) หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบงานในลักษณะเดียวกันกับเวชปฏิบัติครอบครัวเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี ทดแทนอาจารย์แพทย์ซึ่งได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวได้

สถาบันฯ ต้องกำหนดและดำเนินนโยบายการสรรหาและคัดเลือกอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมให้สอดคล้องกับพันธกิจของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร ระบุคุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมที่ชัดเจน โดยครอบคลุมความชำนาญที่ต้องการ ได้แก่ คุณสมบัติทางวิชาการ ความเป็นครู และความชำนาญทางคลินิก

สถาบันฯ ต้องระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ ภาระงานของอาจารย์ และสมดุระหว่างงานด้านการศึกษา การวิจัย อาจารย์ต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่แพทยสภา กำหนดไว้ อาจารย์จะต้องมีเวลาเพียงพอสำหรับการให้การฝึกอบรม ให้คำปรึกษา และกำกับดูแล นอกจากนี้อาจารย์ยังต้องมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งทางด้านการแพทย์และด้านแพทยศาสตรศึกษา

สถาบันฯ ต้องจัดให้มีการพัฒนาอาจารย์อย่างเป็นระบบ และมีการประเมินอาจารย์เป็นระยะ

ในกรณีที่สัดส่วนของอาจารย์ต่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมลดลงกว่าที่ได้รับอนุมัติไว้ สถาบันควรพิจารณาลดจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมลงตามความเหมาะสมเพื่อคงคุณภาพการฝึกอบรมไว้

## 9. ทรัพยากรทางการศึกษา

สถาบันฯ ต้องกำหนดและดำเนินนโยบายเกี่ยวกับทรัพยากรการศึกษาให้ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

- สถานที่และโอกาสในการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
- การเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย สามารถใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารได้อย่างเพียงพอ มีอุปกรณ์สำหรับฝึกอบรมภาคปฏิบัติและมีสิ่งแวดล้อมทางการศึกษาที่ปลอดภัย
- การคัดเลือกและรับรองการเป็นสถานที่สำหรับการฝึกอบรม จำนวนผู้ป่วยเพียงพอ และชนิดของผู้ป่วยหลากหลายสอดคล้องกับผลลัพธ์ของการเรียนรู้ที่คาดหวัง ทั้งการดูแลผู้ป่วยนอก การดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และการดูแลประชากรในชุมชน
- การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกทางคลินิกและการเรียนภาคปฏิบัติที่พอเพียงสำหรับสนับสนุนการเรียนรู้
- สื่ออิเล็กทรอนิกส์สำหรับการเรียนรู้ที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมสามารถเข้าถึงได้ มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และการสื่อสารให้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพและถูกหลักจริยธรรม
- การจัดประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเป็นทีมร่วมกับผู้ร่วมงานและบุคลากรวิชาชีพอื่น ความรู้และการประยุกต์ความรู้พื้นฐานและกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ในสาขาวิชาที่ฝึกอบรม มีการบูรณาการ และสมดุลระหว่างการฝึกอบรมกับการวิจัยอย่างเพียงพอ
- การนำความเชี่ยวชาญทางแพทยศาสตรศึกษามาใช้ในการจัดทำแผนการฝึกอบรม การดำเนินการฝึกอบรม และการประเมินการฝึกอบรม
- การฝึกอบรมในสถาบันอื่น ทั้งในและนอกประเทศตามที่ระบุไว้ในหลักสูตร ตลอดจนระบบการโอนผลการฝึกอบรม

## 10. การประเมินแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร

สถาบันฯ ต้องกำกับดูแลการฝึกอบรมให้เป็นไปตามแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรเป็นประจำ มีกลไกสำหรับการประเมินหลักสูตรและนำไปใช้จริง การประเมินแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร ต้องครอบคลุม

- พันธกิจของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตร
- ผลลัพธ์การเรียนรู้ที่พึงประสงค์
- แผนการฝึกอบรม
- ขั้นตอนการดำเนินงานของแผนการฝึกอบรม
- การวัดและประเมินผล
- พัฒนาการของผู้รับการฝึกอบรม
- ทรัพยากรทางการศึกษา
- คุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม
- ความสัมพันธ์ระหว่างนโยบายการรับสมัครผู้รับการฝึกอบรมและความต้องการของ

ระบบสุขภาพ

- สถาบันร่วมฝึกอบรม
- ข้อควรปรับปรุง

สถาบันฯ ต้องแสวงหาข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการฝึกอบรม/หลักสูตร จากผู้ให้การฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรม นายจ้างหรือผู้ใช้บัณฑิต และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก รวมถึงการใช้ข้อมูลป้อนกลับ เกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติงานของแพทย์ผู้สำเร็จการฝึกอบรม ในการประเมินการฝึกอบรม/หลักสูตร

## 1.1. การทบทวน/พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรม

สถาบันฯ ต้องจัดให้มีการทบทวนและพัฒนาคุณภาพของหลักสูตรฝึกอบรมเป็นระยะๆ หรืออย่างน้อยทุก 5 ปี ปรับปรุงกระบวนการ โครงสร้าง เนื้อหา ผลลัพธ์ และสมรรถนะของผู้สำเร็จการฝึกอบรม รวมถึงการวัดและการประเมินผล และสภาพแวดล้อมในการฝึกอบรม ให้ทันสมัยอยู่เสมอ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องที่ตรวจพบ มีข้อมูลอ้างอิง และแจ้งผลการทบทวน และพัฒนาให้แพทย์สภารับทราบ

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย เป็นผู้รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรม และทบทวน/พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมเป็นระยะ ๆ หรืออย่างน้อยทุก 5 ปี และแจ้งผลการทบทวน/พัฒนาให้แพทย์สภารับทราบ

## 1.2. ธรรมเนียมและการบริหารจัดการ

- สถาบันฯ ต้องบริหารจัดการหลักสูตรให้สอดคล้องกับกฎระเบียบที่กำหนดไว้ในด้านต่างๆ ได้แก่ การรับสมัครผู้เข้ารับการฝึกอบรม (เกณฑ์การคัดเลือกและจำนวนที่รับ) กระบวนการฝึกอบรม การวัดและประเมินผล และผลลัพธ์ของการฝึกอบรมที่พึงประสงค์ การออกเอกสารที่แสดงถึงการสำเร็จการฝึกอบรมในแต่ละระดับ หรือหลักฐานอย่างเป็นทางการอื่นๆ ที่สามารถใช้เป็นหลักฐานแสดงการผ่านการฝึกอบรมในระดับนั้นได้ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

- สถาบันฯ ต้องกำหนดหน้าที่รับผิดชอบและอำนาจในการบริหารจัดการงบประมาณของแผนการฝึกอบรม/หลักสูตรให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านการศึกษาฝึกอบรม

- สถาบันฯ ต้องมีบุคลากรที่ปฏิบัติงานและมีความเชี่ยวชาญที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการดำเนินการของการฝึกอบรมและกิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง การบริหารจัดการที่ดีและใช้ทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม

- สถาบันฯ ต้องจัดให้มีให้มีจำนวนสาขาความเชี่ยวชาญทางการแพทย์และหน่วยงานสนับสนุนด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องครบถ้วน สอดคล้องกับข้อบังคับและประกาศของแพทยสภาในการเปิดการฝึกอบรม



## 13. การประกันคุณภาพการฝึกอบรม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมที่จะได้รับการอนุมัติให้จัดการฝึกอบรม จะต้องผ่านการประเมินความพร้อมในการเป็นสถาบันฝึกอบรม และสถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีการประกันคุณภาพการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องดังนี้

13.1 การประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายในสถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายใน อย่างน้อยทุก 2 ปี

13.2 การประกันคุณภาพการฝึกอบรมภายนอก สถาบันฝึกอบรมจะต้องได้รับการประเมินคุณภาพจากคณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ อย่างน้อยทุก 5 ปี

## เกณฑ์การเปิดหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ. 2561

### เกณฑ์มาตรฐานสถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จะต้องมีความสอดคล้องกับเกณฑ์ทั่วไปที่ระบุไว้ในข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการเสนอขอเปิดการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาและอนุสาขาต่าง ๆ พ.ศ. 2552

สถาบันฝึกอบรม หมายถึง คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาลที่จัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนดให้สถาบันฝึกอบรมหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีความสอดคล้องกับเกณฑ์ทั่วไปของแพทยสภาว่าด้วยการเสนอขอเปิดการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาและอนุสาขาต่าง ๆ พ.ศ. 2552 และตามเกณฑ์เฉพาะที่ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนดไว้และต้องระบุสถานภาพของสถาบันฝึกอบรมนั้น ๆ ดังนี้

### 1. เกณฑ์ทั่วไปสำหรับสถาบันฝึกอบรม

**คุณสมบัติทั่วไป** สถาบันฝึกอบรมต้องมีคุณสมบัติทั่วไป ดังนี้

- (ก) ได้รับการรับรองคุณภาพหรือกำลังดำเนินการพัฒนาเพื่อการรับรองคุณภาพ
- (ข) มีบรรยากาศทางวิชาการในลักษณะสังคมนักวิชาการ เพื่อเสริมสร้างคุณสมบัติในการใฝ่รู้ให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม
- (ค) มีระบบการบริหารจัดการที่ดี มีสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ และจำนวนผู้ป่วยทั้งประเภทผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก พอเหมาะแก่การฝึกอบรมได้มีส่วนดำเนินการดูแลรักษาและให้บริการกับผู้ป่วยโดยตรง
- (ง) มีหน่วยงานเทียบเท่าภาควิชาในคณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/หรือแผนกในโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ โดยผู้บริหารของคณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาลที่รับผิดชอบดำเนินการต้องไม่มีผลประโยชน์ส่วนตัวที่อาจขัดขวางการบริหารงานและการพัฒนางานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
- (จ) มีปณิธานและพันธกิจระบุไว้ชัดเจนว่ามุ่งผลิตแพทย์ประจำบ้านที่มีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติสอดคล้องกับหลักสูตร และมีความสามารถในการเป็นนักวิชาการและที่จะศึกษาต่อเนื่องได้ และมีวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่สอดคล้องกับพันธกิจ

(ฉ) มีระบบบริหารงานที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนการจัดการฝึกอบรมให้บรรลุตามพันธกิจได้แก่ การบริหารงานทั่วไป การบริหารการศึกษา เป็นต้น ระบบบริหารงานดังกล่าวให้ทำเป็นระเบียบของ คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาล และประกาศให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทั่วกัน

(ช) มีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนเพียงพอรับผิดชอบในสาขาที่ฝึกอบรมและในสาขาที่เกี่ยวข้อง และมีความมุ่งมั่น ความเต็มใจในการเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรฝึกอบรม

(ซ) ในระยะเริ่มแรก (ประมาณ 5 ปี) คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาล ที่ขอเปิดดำเนินการฝึกอบรม อาจพิจารณาทำความเข้าใจกับคณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ดำเนินการเปิดหลักสูตรฝึกอบรมมาแล้วไม่ต่ำกว่า 10 ปี ให้ช่วยทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา/ช่วยเหลือ หรือเป็นสถาบันสมทบ/สถาบันร่วมในการดำเนินการฝึกอบรม

(ฅ) ก่อนเปิดดำเนินการสอนฝึกอบรม คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาล จะต้องดำเนินการให้แพทย์สภารับรองหลักสูตรของสถาบันฝึกอบรมและทรัพยากรต่างๆ โดยเฉพาะอาจารย์ สื่อการศึกษา และอุปกรณ์การฝึกอบรม ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด ทั้งนี้ จะต้อง มีแผนดำเนินงานระยะเวลา 5 ปี ที่มีความชัดเจนและเป็นไปได้ โดยแผนปฏิบัติการจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความพร้อมดังกล่าวก่อนเริ่มการฝึกอบรม แต่ละชั้นปีอย่างน้อย 1 ปีการศึกษา

(ง) ในกรณีที่เป็นการฝึกอบรมภาคเอกชน นอกจากจะต้องมีคุณสมบัติตามข้อ (ก) ถึงข้อ (ฅ) แล้ว จะต้องไม่แสวงหากำไรจากการฝึกอบรม โดยให้จัดตั้งมูลนิธิหรือกองทุนที่มีทุนสำรอง เพียงพอในการดำเนินการระยะยาว และให้มีผู้แทนราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ที่รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรม เป็นกรรมการของมูลนิธิหรือกองทุนโดยตำแหน่ง

## 2. เกณฑ์เฉพาะ

### 2.1 มีสถานที่และเครื่องมืออุปกรณ์ที่เพียงพอสำหรับงานบริการและการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมนั้นหรือสถาบันร่วมฝึกอบรมจะต้องมีหน่วยงานกลางพื้นฐานที่ให้บริการดังต่อไปนี้

#### 1) ห้องปฏิบัติการสำหรับการชันสูตร

สถาบันฝึกอบรมจะต้องมีการให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือติดต่อขอรับบริการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมการชันสูตรประเภทพื้นฐาน และประเภทจำเพาะที่จำเป็นสำหรับการฝึกอบรม ซึ่งห้องปฏิบัติการต้องมีพยาธิแพทย์หรือแพทย์หรือบุคลากรอื่นที่มีความรู้ความชำนาญเป็นผู้ควบคุม

- ห้องปฏิบัติการด้านพยาธิวิทยากายวิภาค สามารถที่จะทำการตรวจศพ ตรวจชิ้นเนื้อและสิ่งส่งตรวจทางเซลล์วิทยาที่ได้จากการผ่าตัดหรือการทำหัตถการ สามารถเตรียม สไลด์ชิ้นเนื้อเยื่อและสิ่งส่งตรวจเพื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ได้เอง พยาธิแพทย์ต้องมีเวลา มีความสามารถ และเต็มใจให้คำปรึกษาหารือหรือสอนแพทย์ประจำบ้านทุกสาขาได้ อัตราการ

ตรวจศพ ซึ่งเปรียบเทียบเหมือนดัชนีชี้บ่งความสนใจทางวิชาการและความใส่ใจในการค้นหาสาเหตุ การดำเนินโรค และการประเมินผลการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาลนั้นจะต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ป่วยที่ถึงแก่กรรม (ไม่รวมการตรวจศพทางด้านนิติเวชศาสตร์) การตรวจศพ การตรวจชิ้นเนื้อ และการตรวจทางเซลล์วิทยาต้องกระทำโดยครบถ้วนจนสามารถ ให้การวินิจฉัยขั้นสุดท้าย และต้องมีรายงานการตรวจเก็บไว้เป็นหลักฐานทุกราย

ในกรณีที่อัตราการตรวจศพของสถาบันฝึกอบรบไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด สถาบัน จะต้องแสดงหลักฐานที่บ่งชี้ถึงความสนใจทางวิชาการและความใส่ใจในการค้นหาสาเหตุ การดำเนินโรค และการประเมินผลการรักษาของแพทย์ในโรงพยาบาล ด้วยการตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตรวจอื่นๆ

● ห้องปฏิบัติการด้านพยาธิวิทยาคลินิกหรือเวชศาสตร์ขั้นสูง สามารถ ให้บริการตรวจได้เป็นประจำด้านโลหิต เคมีคลินิก จุลทรรศณศาสตร์ จุลชีววิทยา วิทยาภูมิคุ้มกัน รวมทั้งจะต้องมีการให้บริการทางด้านธนาคารเลือดที่จำเป็นสำหรับการฝึกอบรบ

## 2) หน่วยรังสีวิทยา

สถาบันฝึกอบรบจะต้องมีรังสีแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิ สามารถตรวจทางรังสีที่จำเป็น สำหรับการฝึกอบรบได้

## 3) ห้องสมุดทางแพทย์

สถาบันฝึกอบรบจะต้องมีห้องสมุดซึ่งมีตำรามาตรฐานทางการแพทย์ วารสาร การแพทย์ที่ใช้บ่อย และหนังสือดัชนีสำหรับช่วยค้นรายงานที่ตีพิมพ์ในวารสารสำหรับ ให้แพทย์ประจำบ้านใช้ได้สะดวก

## 4) หน่วยเวชระเบียนและสถิติ

สถาบันฝึกอบรบจะต้องจัดให้ผู้ป่วยทุกคนมีแฟ้มประจำตัว ซึ่งบันทึกประวัติ ผลการตรวจร่างกาย การสั่งการรักษาที่เป็นมาตรฐาน และมีระบบการจัดเก็บ ค้นหา และประมวล สถิติที่มีประสิทธิภาพ

## 5) หน่วยงานทางด้านคลินิกที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยสาขาเวชศาสตร์ ครอบครัว

สถาบันฝึกอบรบจะต้องมีหน่วยงานทางคลินิกที่สำคัญได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในสาขาที่ฝึกอบรบ หากจำเป็น

## 6) สถานที่เพื่อจัดกิจกรรมวิชาการ

สถาบันฝึกอบรบจะต้องมีสถานที่เพื่อจัดกิจกรรมวิชาการต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในหน่วยงานที่รับผิดชอบในสาขาที่ฝึกอบรบหรือระดับโรงพยาบาล เช่น การบรรยาย หรือสอน เป็นกลุ่ม ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์โสตทัศนูปกรณ์ เช่น Visualizer, LCD projector,

Computer, Internet, Teleconference เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น สถานที่จัดกิจกรรมวิชาการ ห้องประชุม/บรรยาย จำนวนห้องและจำนวนที่นั่งในแต่ละห้องให้เหมาะสมกับกิจกรรม journal club หรือกิจกรรมวิชาการระหว่างหน่วยงาน

นอกจากนี้ สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดหรืออนุญาตให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไปเรียนวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานประยุกต์ หรือวิทยาศาสตร์คลินิกสัมพันธ์ และควรสนับสนุนให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ร่วมประชุมวิชาการนอกสถาบันอบรมตามโอกาสอันควร

## 7) ห้องพักสำหรับแพทย์ประจำบ้าน

สถาบันฝึกอบรมควรจัดให้มีห้องพักสำหรับแพทย์ประจำบ้านภายในสถาบันและ/หรือห้องพักสำหรับอยู่เวร เช่น มีห้องพักแพทย์ประจำบ้านที่อยู่เวรเข้าพักอาศัยได้ 1 คนจำนวนอย่างน้อย 1 ห้อง

### 2.2 มีคุณวุฒิ คุณสมบัติ และจำนวนของอาจารย์แพทย์ผู้ให้การฝึกอบรมที่เหมาะสม

สถาบันฝึกอบรมจะต้องมีแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตร/หนังสืออนุมัติฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างน้อย 2 คน และเป็นสมาชิกราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดคุณวุฒิ คุณสมบัติและจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมดังนี้

#### 2.2.1 คุณสมบัติของประธานการฝึกอบรม

ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทยสภาหรือจากต่างประเทศที่มีมาตรฐานเทียบเท่าและจะต้องปฏิบัติงานทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 5 ปี หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

#### 2.2.2 คุณสมบัติของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

(1) ต้องเป็นแพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทยสภาหรือจากต่างประเทศที่มีมาตรฐานเทียบเท่าและจะต้องปฏิบัติงานทางด้านเวชศาสตร์ครอบครัวมาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

(2) ในกรณีที่ แพทย์ประจำบ้าน ต้องไปฝึกอบรมในสาขาหลัก เช่น อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น หรือสาขาย่อยอื่น ๆ อาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม ต้องเป็นแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของสาขานั้น ๆ จากแพทยสภาหรือจากต่างประเทศที่มีมาตรฐานเทียบเท่าและจะต้องปฏิบัติงานทางด้านนั้น ๆ มาแล้วไม่น้อยกว่า 2 ปี หลังจากได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขานั้น ๆ

### 2.2.3 จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม

กำหนดให้สถาบันฝึกอบรมรับผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้ในสัดส่วนจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม 2 คนต่อแพทย์ประจำบ้าน 1 คนต่อชั้นปีทั้งนี้จะต้องมีอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมและดำเนินการเรียนการสอนครบ 6 สาขา โดยมีผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลาครบใน 6 สาขา ดังนี้ คือ เวชศาสตร์ครอบครัว อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ออร์โธปิดิกส์ หากสถาบันไม่มีอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลา สถาบันสามารถจัดให้มีอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบบางเวลามาร่วมสอนในหลักสูตรได้ และสถาบันใดจะขอเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีหน่วยงานให้การดูแลรักษาผู้ป่วยสาขาที่ฝึกอบรมตลอดเวลา มีงานบริการที่มีคุณภาพและปริมาณ เป็นไปตามที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่แพทยสมาคมมอบหมายให้ดูแลการฝึกอบรมเป็นผู้กำหนด และควรมีการจัดการสอนการรักษาและให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านผู้เข้าอบรมในด้านการดูแลผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินด้วย

อนึ่ง หากจำเป็นต้องให้มีอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบบางเวลาร่วมด้วย จะต้องระบุจำนวนขั้นต่ำของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลาที่สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มี ซึ่งจะต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมเพื่อให้สามารถติดตามความก้าวหน้าของผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้และภาระงานในสาขานั้นของอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบบางเวลาเมื่อรวมกันทั้งหมดจะต้องไม่น้อยกว่าภาระงานของจำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรมแบบเต็มเวลาที่ต้องทดแทน

ในกรณีที่หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นแบบที่มีสถาบันร่วมฝึกอบรมหรือมีสถาบันฝึกอบรมสมทบให้อนุโลมใช้หลักเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าวสำหรับการกำหนดจำนวนอาจารย์ในแต่ละสถาบันฝึกอบรมโดยตอนเป็นสัดส่วนตามเวลาที่สถาบันฝึกอบรมนั้นมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม

## 2.3 มีภาระงานบริการเวชศาสตร์ครอบครัวที่มีคุณภาพและจำนวนเพียงพอสำหรับการฝึกอบรม

สถาบันฝึกอบรมจะต้องเข้าร่วมและมีกิจกรรมประกันคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง และมีปริมาณงานบริการต่อจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม 1 คนเป็นไปตามเกณฑ์เฉพาะของสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวซึ่งระบุไว้ในเกณฑ์หลักสูตร ที่แพทยสภาอนุมัติหรือที่คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวพิจารณาเห็นสมควรให้คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์/โรงพยาบาลมีขึ้นต่าดังนี้

- 1) จำนวนผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
  - ก. ผู้ป่วยนอก
  - ข. การเยี่ยมบ้าน
  - ค. กิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรมต่อชั้นปี (คน)	1
จำนวนอาจารย์ผู้ให้การฝึกอบรม (คน)	2
จำนวนผู้ป่วยนอก (คน) ในการดูแลของแพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปี ต่อปี	900
จำนวนครอบครัวที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้งต่อปี)	20
จำนวนกิจกรรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน (ครั้งต่อปี)	1

- 2) จำนวนเหตุการณ์ทางเวชศาสตร์ครอบครัว

สามารถจัดให้การเรียนรู้ ให้มีชนิด และจำนวนเหตุการณ์สำหรับแพทย์ประจำบ้านได้ขั้นต่ำ ตามเหตุการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของเวชศาสตร์ครอบครัว (ภาคผนวก 3) และกิจกรรมสมรรถนะของค์รวม (Entrustable Professional Activity: EPA) (ภาคผนวก 5)

## 2.4 ห้องปฏิบัติการ/หน่วยงานสนับสนุน

สถาบันฝึกอบรมควรมีห้องปฏิบัติการที่สามารถให้การสนับสนุนและรองรับงานวิจัยได้

## 2.5 ห้องสมุดและระบบบริการเวชสารสนเทศที่เหมาะสมกับการฝึกอบรม

มีบริการเวชสารสนเทศที่เหมาะสมกับการฝึกอบรมเป็นแหล่งค้นคว้าทางด้านการแพทย์

## 2.6 มีกิจกรรมวิชาการ

สถาบันฝึกอบรมจะต้องจัดให้มีกิจกรรมวิชาการสม่ำเสมออย่างน้อยครั้งวันต่อสัปดาห์ได้แก่

- 1) การประชุมภายในภาควิชา/หน่วยงาน เช่น
  - Morning report
  - Case conference
  - Morbidity/mortality conference
  - Journal club
  - Topic review/discussion

- 2) การประชุมร่วมระหว่างหน่วยงาน เช่น
  - Interdepartmental conference
  - Interhospital case conference
- 3) การบรรยายด้านเวชศาสตร์ครอบครัว เช่น
  - Principles of family medicine
  - Working with families
  - Common problems in family practice
- 4) การสอนวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานประยุกต์ ความรู้ทั่วไป และภาษาอังกฤษ
- 5) จรรยาบรรณการแพทย์
  - ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วย การรักษาความลับของผู้ป่วย การอนุญาตหรือยินยอมรับการตรวจรักษา การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต
  - การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพและสังคมโดยส่วนร่วม ได้แก่ การรายงานแพทย์ที่บกพร่องต่อหน้าที่ การประชุมทบทวนผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อขัดแย้งในเรื่องผลประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นจากการประกอบวิชาชีพเวชกรรม การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างคุ้มค่าและข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการทำงานทางการแพทย์
- 6) Clinical teaching skills/Non-technical skills
- 7) Communication skills
- 8) การสอนการทำวิจัย

### 3. สถานภาพของสถาบันฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

สถาบันฝึกอบรมมีสถานภาพหลายอย่างตามบทบาทหน้าที่ในการฝึกอบรม ดังนี้

**3.1 สถาบันฝึกอบรมหลัก** ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ดำเนินการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดเป็นสถาบันฝึกอบรม โดยจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์จากสถาบันฝึกอบรมตลอดหลักสูตรหรือเป็นเวลาไม่ต่ำกว่าระยะเวลา 2 ใน 3 ของหลักสูตร

**3.2 สถาบันฝึกอบรมสมทบ** ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เป็นสถาบันฝึกอบรมสมทบกับสถาบันหลักเพื่อจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านในส่วนที่สถาบันหลักไม่สามารถจัดประสบการณ์ได้ โดยกิจกรรมดังกล่าวเมื่อรวมกันแล้วต้องมีระยะเวลารวมกันไม่ต่ำกว่า 3 เดือน และไม่เกิน 1 ใน 3 ของระยะเวลาของหลักสูตร

ตัวอย่าง คณะแพทยศาสตร์.....จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันอบรม แต่ขอให้ คณะแพทยศาสตร์/โรงพยาบาล.....เป็นสถาบันฝึกอบรมสมทบกิจกรรม .....ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นเวลา 6 เดือน





**3.3 สถาบันร่วมฝึกอบรม** ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมตั้งแต่ 2 แห่งขึ้นไปเพื่อดำเนินการจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านและได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้เปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมร่วมกัน โดยจัดให้ผู้เข้าร่วมการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์จากทุกสถาบัน โดยแต่ละแห่งมีเวลาไม่ต่ำกว่า 1 ใน 3 ของระยะเวลาของหลักสูตร

ตัวอย่าง คณะแพทยศาสตร์.....ร่วมกับโรงพยาบาล.....  
.....จัดทำหลักสูตรการฝึกอบรมฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
และขออนุมัติเปิดเป็นสถาบันร่วมฝึกอบรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้  
ประสบการณ์จากคณะแพทยศาสตร์ ..... เป็นเวลา 16 เดือน และ  
จากโรงพยาบาล.....เป็นเวลา 20 เดือน เป็นต้น

**3.4 สถาบันฝึกอบรมกิจกรรมเลือก** ได้แก่ สถาบันฝึกอบรมที่ได้รับความเห็นชอบจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย โดยการพิจารณาของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวให้เป็นสถาบันที่จัดประสบการณ์เพิ่มเติมให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรมที่สนใจได้ในลักษณะของกิจกรรมเลือก (elective) โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน

หลักสูตรอาจจัดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับประสบการณ์เพิ่มเติมจากสถาบันฝึกอบรมกิจกรรมเลือกได้ โดยจะต้องมีระยะเวลารวมกันตลอดหลักสูตรไม่เกินระยะเวลาที่ราชวิทยาลัย/วิทยาลัย/สมาคมวิชาชีพกำหนด

## การขออนุมัติเป็นสถาบันฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

คณะแพทยศาสตร์/วิทยาลัยแพทยศาสตร์/โรงพยาบาลใดที่มีความประสงค์จะเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

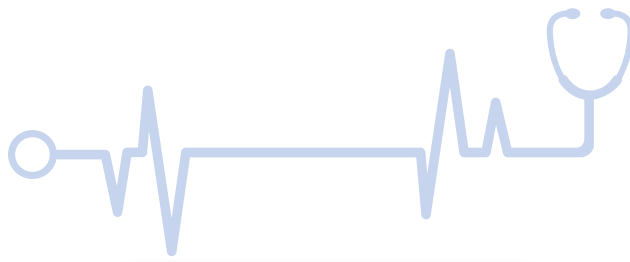
1. ถ้าเป็นการจัดการฝึกอบรมที่มีหรือไม่มีสถาบันฝึกอบรมสมทบ ให้สถาบันฝึกอบรมหลักเป็นผู้ดำเนินการจัดทำข้อมูล
2. หากเป็นการจัดการฝึกอบรมในลักษณะที่มีสถาบันร่วมฝึกอบรม ให้ทุกสถาบันฝึกอบรมร่วมรับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการจัดทำข้อมูล

การจัดทำข้อมูลให้เป็นไปตามเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำหนด เสนอแพทยสภาเพื่อส่งให้ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยที่แพทยสภามอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลการฝึกอบรมประสานงานกับคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ตรวจสอบรับรองการเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมและกำหนดศักยภาพของสถาบันฝึกอบรมหลักและสถาบันสมทบ (ถ้ามี) หรือสถาบันร่วมฝึกอบรมตามเกณฑ์หลักสูตรและจำนวนความต้องการของแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เมื่อคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบประเมินแล้วให้นำเสนอกรรมการบริหารราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยพิจารณาเสนอแพทยสภาเพื่ออนุมัติต่อไป









ภาคผนวก

1

ความรู้พื้นฐานและสมรรถนะหลัก

## สมรรถนะหลัก 6 ด้าน ของแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

สมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้าน ของแพทย์เฉพาะทางสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) มี ดังนี้

1. การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient care)
2. ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชน (Medical Knowledge and Skills)
3. การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice - Based Learning and Improvement)

4. ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)
5. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)
6. การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System - Based Practice)

ความรู้พื้นฐานสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะทั้ง 6 ด้าน แบ่งตามสมรรถนะแต่ละด้าน ดังนี้

### สมรรถนะด้านที่ 1 : การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. สามารถให้การบริบาลระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพสำหรับทุกกลุ่มอายุ (High quality primary care for all age groups)
2. สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุม (Comprehensive care) ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention) การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ (Treatment and rehabilitation)
3. สามารถให้การปรึกษาดูแลในเวชปฏิบัติครอบครัว (The family practice consultation) สำหรับผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) ทั้งผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute care) และผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care) โดยรับปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
4. ดูแลผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม (Appropriated inpatient care)
5. สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home care/Home health care) โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการและทุพพลภาพ
6. สามารถให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

## สมรรถนะด้านที่ 2 : ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความสามารถเพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชน (Medical Knowledge and Skills)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานของร่างกายและจิตใจ ของคนทุกกลุ่มวัย
2. ความรู้ความสามารถในวิชาชีพ และเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
3. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)
4. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

## สมรรถนะด้านที่ 3 : การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice – Based Learning and Improvement)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. การพัฒนาตนเอง และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice - based) ความคิดสร้างสรรค์ตามหลักวิทยาศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
2. การเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ
3. การดำเนินการวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุข
4. วิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์ และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

## สมรรถนะด้านที่ 4 : ทักษะการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในเวชปฏิบัติ
2. การสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
3. การสอน การเป็นที่ปรึกษา และการเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก



## สมรรถนะด้านที่ 5 : ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. ธรรมเนียมปฏิบัติทางคลินิก
2. กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ และการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ
3. แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาดูแลที่ดี ต้องอาศัยเจตคติของความเป็นวิชาชีพ

(Professionalism)

4. การสร้างความเสมอภาคและการให้คุณค่าแก่ความแตกต่าง (Promoting equality and valuing diversity)

## สมรรถนะด้านที่ 6 : การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System – Based Practice)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

1. มีความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ
2. มีความรู้เกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)
3. ภาวะผู้นำ (Leadership)
4. การจัดการคุณภาพ (Quality management)
5. ความปลอดภัยของผู้ป่วย
6. การจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี (Information management and technology)
7. การบริหารการเงินและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Financial management and health economics)

## สมรรถนะด้านที่ 1 : การดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

ความรู้พื้นฐานและทักษะเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว (Being a Family Physician) ประกอบด้วย

### 1. สามารถให้การบริบาลระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพสำหรับทุกกลุ่มอายุ (High quality primary care for all age groups)

- 1.1 การดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหลากหลายและทุกสภาวะการเจ็บป่วย
  - 1.1.1 ภาวะหรือโรคที่พบบ่อยในบริการปฐมภูมิ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และส่งตรวจเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการวินิจฉัย และแนวทางการรักษา โดยการให้ยาและไม่ให้ยา
  - 1.1.2 ระบาดวิทยาของโรคที่พบบ่อยในบริการปฐมภูมิ
  - 1.1.3 ผู้ป่วยที่มาในระยะที่อาการไม่ชัดเจน หรือยังไม่สามารถวินิจฉัยได้ ได้แก่ การสังเกตอาการ การให้คำแนะนำผู้ป่วย การส่งตรวจเพิ่มเติม และเริ่มการรักษาเบื้องต้น
  - 1.1.4 ผู้ป่วยระยะท้ายและดูแลแบบประคับประคอง
  - 1.1.5 การส่งตรวจเพิ่มเติมที่เหมาะสมโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความคุ้มค่า และความคุ้มค่า
  - 1.1.6 ทักษะในการใช้กระบวนการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา
  - 1.1.7 แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการส่งตรวจเพิ่มเติมและทางเลือกในการรักษา
  - 1.1.8 การแพทย์เชิงประจักษ์ และทักษะในการค้นคว้าข้อมูล

### 2. การดูแลที่ครอบคลุม (Comprehensive care) ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention) การรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ (Treatment and rehabilitation)

กลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Health promotion and disease prevention)

- 2.1 การดูแลและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคำนึงถึงหลักเหตุผลทางวิชาการ (evidence-based medicine) และความคุ้มค่า (cost - efficiency)
- 2.2 การตรวจคัดกรองโรคและความเสี่ยงทางสุขภาพ
  - 2.2.1 โปรแกรมการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศ วัย และความเสี่ยงของแต่ละบุคคล
  - 2.2.2 การประเมินความเสี่ยงต่อโรค (risk factor) เป็นรายบุคคล การแปลผล การตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อย

2.2.3 การวิเคราะห์ความชุกของและความเสี่ยงของโรคที่พบบ่อยในชุมชน

2.2.4 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยเชื่อมโยงกับการรักษาโรค

และการฟื้นฟูสุขภาพ

2.3 ประโยชน์และความเสี่ยงในการรับวัคซีนและภูมิคุ้มกัน

2.3.1 การให้การปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

2.3.2 การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะ

ของบุคคล ครอบครัว สังคม ความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่น

### 3. การให้การปรึกษาดูแลในเวชปฏิบัติครอบครัว (The family practice consultation) สำหรับผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) ทั้งผู้ป่วยเฉียบพลัน (Acute care) และผู้ป่วยเรื้อรัง (Chronic care) โดยรับปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การให้การปรึกษาดูแลในเวชปฏิบัติครอบครัว (The family practice consultation) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวควรมีความรู้พื้นฐานและทักษะการให้การปรึกษาดูแลในแต่ละสถานการณ์ได้ ดังต่อไปนี้

3.1 การให้การปรึกษาดูแลผู้ป่วย

3.1.1 ความเป็นปัจเจกบุคคล ความแตกต่างด้านพฤติกรรม ทศนคติ อายุ เพศ เชื้อชาติ และพื้นฐานทางสังคม

3.1.2 การตอบสนองต่อความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและเหตุผลที่ผู้ป่วยมาปรึกษาแพทย์

3.1.3 บทบาทและความรับผิดชอบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ควรมีต่อผู้ป่วย

3.1.4 การทำให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาความเจ็บป่วยและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้เกิดพลังใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง

3.1.5 การดูแลรักษาโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติที่ได้รับการยอมรับ และสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

3.1.6 ความสมดุลระหว่างความต้องการด้านสุขภาพส่วนบุคคล ข้อมูล เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ และระบบบริการสาธารณสุข

3.2 การให้การปรึกษาดูแลแก่ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้ดูแลผู้ป่วย

3.2.1 อิทธิพลของการเจ็บป่วยที่อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย

3.2.2 การรักษาความลับของผู้ป่วย

3.2.3 การสนับสนุนให้ครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือผู้ดูแลผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

ในการดูแล

- 3.3 การให้การปรึกษาดูแลแก่ผู้ร่วมงาน
  - 3.3.1 การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาในทุกระดับบริการสุขภาพ
  - 3.3.2 การทำงานร่วมกับบุคคลในองค์กรอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
  - 3.3.3 การให้เกียรติและเห็นอกเห็นใจผู้ร่วมงาน
- 3.4 การรับปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย
  - 3.4.1 การประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรสหสาขา
  - 3.4.2 การส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตามภาวะ วิกฤติ และพฤติการณ์ที่มีอยู่ในสถานการณ์
  - 3.4.3 การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยและบุคลากรสหสาขา
  - 3.4.4 การดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือบุคลากรสหสาขา

#### 4. การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (Inpatient care)

- 4.1 การร่วมวางแผนและดูแลผู้ป่วยในช่วงเชื่อมต่อ (Intermediate care) เพื่อการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ตั้งแต่ก่อนเข้านอนที่โรงพยาบาล จนถึงก่อนออกจากโรงพยาบาล (Discharge care plan)
- 4.2 การรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหลายมิติ ต้องการการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ (Holistic care consultation)
- 4.3 การดูแลเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยในตามบริบทของโรงพยาบาลชุมชน

#### 5. การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน (Home care/Home health care)

- 5.1 หลักการของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน
  - 5.1.1 ความสำคัญ ความหมาย วัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน
  - 5.1.2 ข้อบ่งชี้และชนิดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน
  - 5.1.3 บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน
- 5.2 การเตรียมการและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/เยี่ยมบ้าน
  - 5.2.1 การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล
  - 5.2.2 การวางแผนการเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อรักษาต่อเนื่อง
    - 5.2.2.1 การจัดเตรียมอุปกรณ์ในกระเปาะเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย
    - 5.2.2.2 การจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ตามความเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหา และระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยมบ้าน

### 5.2.3 การประเมิน วินิจฉัยและจัดการปัญหาพร้อมกับผู้ป่วยและครอบครัว

#### 5.2.3.1 การประเมินการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย

5.2.3.2 การวินิจฉัยปัญหาและการรักษาเบื้องต้น ในภาวะฉุกเฉินระหว่างการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล

5.2.3.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และการรักษาโดยคำนึงถึงข้อจำกัด ทั้งในส่วนของเจ็บป่วย อุปกรณ์และเทคโนโลยีในผู้ป่วยที่ให้การดูแลที่บ้าน/เยี่ยมบ้าน

#### 5.2.3.4 การประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่บ้าน

5.2.3.5 การประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น

5.2.3.6 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน จากการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ดูแลรักษาและผู้ป่วยเป็นพื้นฐาน โดยตระหนักถึงวัฒนธรรมของชุมชนที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกและการตัดสินใจของผู้ป่วย

5.2.3.7 ทักษะการการค้นหาข้อมูลที่เป็น และทักษะการสังเกตสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย

5.2.3.8 อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วย และของโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น การใช้ home oxygen therapy เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์สำหรับการฟอกไตทางหน้าท้อง และเครื่องพ่นยา

5.2.4 ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน รวมถึงบุคคลากรทางการแพทย์อื่นในระหว่างการเยี่ยมบ้าน

5.2.5 การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน เพื่อใช้สื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในระดับปฐมภูมิด้วยกันและต่างระดับ

5.3 การทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชา ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน

5.3.1 บทบาทของบุคลากรอื่นๆ ในทีมเยี่ยมบ้าน (ตัวอย่างเช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ)

5.3.2 การเป็นผู้นำที่ดีในทีมเยี่ยมบ้านและแสดงบทบาทของแพทย์ในทีมสหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

### 5.4 การจัดการบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านในบริการปฐมภูมิ

5.4.1 ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละสาขา

#### 5.4.2 ข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านและแนวทางการแก้ไข

#### 5.4.3 การพัฒนาจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน

## 6. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

- 6.1 ความหมายและหลักการสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
  - 6.1.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
  - 6.1.2 หลักการสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองขององค์การอนามัยโลก (WHO)
  - 6.1.3 ระยะเวลาที่ควรเริ่มการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
  - 6.1.4 กลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 6.2 ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและครอบครัว
  - 6.2.1 การแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news) หรือ การบอกความจริง (Telling the truth)
  - 6.2.2 การสื่อสารเรื่องการพยากรณ์โรค (Communicating prognosis)
  - 6.2.3 การกำหนดเป้าหมายของการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว (Goal setting and family meeting)
  - 6.2.4 การช่วยให้ผู้ป่วยได้วางแผนการดูแลตนเองในระยะสุดท้าย (Advance care planning)
- 6.3 การประเมินและดูแลอาการที่บอบช้ำของผู้ป่วยระยะประคับประคองเบื้องต้น ได้แก่ อาการปวด เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หายใจลำบาก อ่อนเพลีย ภาวะวิตกกังวลหรือ ซึมเศร้า ภาวะสับสน (Delirium) และอาการอื่นๆ
- 6.4 การวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และสมาชิกของทีมสหวิชาชีพ คนอื่นๆ ให้ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
- 6.5 การดูแลสมาชิกของครอบครัวที่มีภาวะเศร้าโศกและการสูญเสียผู้ป่วย
  - 6.5.1 ภาวะเศร้าโศกตามปกติ (Normal grief)
  - 6.5.2 ภาวะเศร้าโศกที่ผิดปกติ (Pathological grief)
  - 6.5.3 การดูแลติดตามครอบครัวที่เกิดการสูญเสียผู้ป่วย
- 6.6 การประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในงานบริการปฐมภูมิ และในชุมชน
- 6.7 การประสานงาน ปรีกษาและส่งต่อให้กับแพทย์สาขาอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้รับการดูแลอาการหรือปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วยระยะประคับประคองอย่างเหมาะสม

## สมรรถนะด้านที่ 2 : ความรู้ความเชี่ยวชาญ และความสามารถ เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหายาของผู้ป่วยและครอบครัว และชุมชน (Medical Knowledge and Skills)

ความรู้พื้นฐานและทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะในด้านนี้ ประกอบด้วย

### 1. วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานของร่างกายและจิตใจของคนทุกกลุ่มวัย

- 1.1 วงชีวิตของบุคคลและครอบครัว
- 1.2 จิตวิทยาพัฒนาการของมนุษย์
- 1.3 กลไกของความชราและการเสียชีวิต

### 2. ความรู้ความสามารถในวิชาชีพและเชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

- 2.1 การปรึกษาดูแลแบบองค์รวมกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- 2.2 การบริหารเวลาในการปรึกษาดูแล
- 2.3 ทักษะการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
- 2.4 ทักษะการสื่อสารในการให้การปรึกษาดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
- 2.5 การวินิจฉัย และการวินิจฉัยแยกโรคร้ายแรง
- 2.6 การปรึกษาและดูแลอาการเจ็บป่วยที่ไม่ชัดเจน
- 2.7 การบูรณาการแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์แผนปัจจุบัน
- 2.8 ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย
- 2.9 การใช้ประโยชน์จากการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.10 การใช้เวลาและประสานงานกับแหล่งสนับสนุนต่างๆเพื่อการดูแลรักษาอย่างมี

คุณภาพ

### 3. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family-oriented approach)

- 3.1 การให้คำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยและครอบครัว
  - 3.1.1 การสื่อสารเกี่ยวกับข้อมูลที่ตรวจพบและทางเลือกในการรักษาให้กับสมาชิกในครอบครัวอย่างชัดเจนและสม่ำเสมอ
  - 3.1.2 การค้นหา รับรู้ และเข้าใจ ปัญหาความกังวลของสมาชิกในครอบครัว
  - 3.1.3 การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เปลี่ยนไป การดูแล และส่งต่อครอบครัว

เพื่อรับการรักษหากมีความจำเป็น

3.1.4 การกระตุ้นส่งเสริมและประสานให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่คนในครอบครัว เช่น การงดบุหรี่ งดดื่มสุรา บริโภคอาหารถูกหลักอนามัย และโภชนาการ เป็นต้น

3.2 การประเมินความรู้สึกรู้สึก สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัวและให้การสนับสนุน

3.2.1 การมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

3.2.2 ผลกระทบของการมีผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มีต่อบุคคลในครอบครัว

3.2.3 การสื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลภาวะทางสุขภาพจิต

3.2.4 ความรู้สำหรับครอบครัวในการสังเกตอาการ การคัดกรองและการดูแลเบื้องต้น แก่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในครอบครัว

3.2.5 การระคับระคองครอบครัวในภาวะวิกฤติจากผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

3.2.6 การค้นหาศักยภาพของครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

3.2.7 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำที่สอดคล้องกับความต้องการ ความกังวล และความรู้สึกรู้สึกของครอบครัว

3.3 ประเมินครอบครัวอย่างเป็นระบบ และวางแผนเพื่อแก้ปัญหา

3.3.1 ประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างเป็นระบบ

3.3.2 สนับสนุนสมาชิกทุกคนในครอบครัวโดยไม่มีทางเลือกข้าง

3.3.3 ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมองเห็นความจำเป็นที่ต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว

3.3.4 ร่วมค้นหาแนวทางแก้ปัญหาให้กับสมาชิกในครอบครัว เกิดความเห็นร่วมที่ทุกคนยอมรับได้

3.4 แผนในการดำเนินการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน

#### 4. ดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community-oriented approach)

ความรู้และทักษะที่ใช้เพื่อช่วยให้เกิดความสอดคล้องและสมดุลระหว่างความต้องการด้านสุขภาพของตัวบุคคลและของชุมชน ได้แก่

4.1 ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนโดยใช้ข้อมูลลักษณะประชากรและระบาดวิทยา

4.2 ความสัมพันธ์กันระหว่างสุขภาพและสังคม

4.2.1 การให้บริการที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของภาวะตราบาป (stigma) และการแยกตัวจากสังคม

4.2.2 ข้อขัดแย้งทางจริยศาสตร์ของการใช้ยาเพื่อสงบอาการผู้ป่วยในเหตุผลทางสังคม



4.2.3 การจัดการภาวะความไม่เท่าเทียมทางสังคมได้

4.2.4 การประเมินองค์การทางสังคมและสุขภาพ ทั้งหน่วยราชการและเอกชน  
ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และใช้กลไกทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมของประชาชน

4.2.5 การดูแลร่วมกับหน่วยงานอื่นเพื่อดูแลปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพจิต  
ของประชาชนโดยคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของคนชุมชน

4.2.6 แผนงานพัฒนาสุขภาพจิตซึ่งสะท้อนถึงมุมมองของประชาชนในท้องถิ่น

4.3 ผลกระทบของความยากจน เชื้อชาติ และการระบาดของโรคท้องถิ่นต่อสุขภาพ  
ของคนในชุมชน

4.4 การส่งเสริมให้เกิดความเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ

4.5 ความสำคัญของการมีข้อมูลระดับหน่วยบริการและข้อมูลของชุมชน เพื่อใช้ในการ  
ประกันคุณภาพของหน่วยบริการ

4.6 การช่วยให้เกิดความสอดคล้องของความต้องการด้านสุขภาพของตัวบุคคลและ  
ของชุมชน

4.7 บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

4.8 การวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ชุมชนโดยคำนึงถึง  
บริบทของชุมชนเป็นหลัก

4.8.1 การบริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่  
คนในชุมชนโดยประสานความร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน

4.8.2 การวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ชุมชน  
โดยคำนึงถึงบริบทของชุมชน

4.8.3 การส่งเสริมให้มีการคัดสรรบุคคลต้นแบบในชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพ  
และป้องกันโรค

4.9 นโยบายของรัฐบาลในการดูแลสาธารณสุขชุมชนกับการให้บริการที่บ้านผู้ป่วย  
ตามบริบทของชุมชน

4.9.1 การพัฒนาองค์ความรู้ด้านต่างๆ ตัวอย่างเช่น การจัดการ การบริการ  
การติดต่อสื่อสาร มาใช้ทำงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

4.9.2 การรู้จักชุมชน แหล่งช่วยเหลือของชุมชนและวิธีการเข้าถึง

4.9.3 แนวทางที่เหมาะสมในการเยี่ยมบ้านที่แตกต่างกันในแต่ละชุมชน

4.9.4 แผนกลยุทธ์เพื่อสร้างเครือข่ายในการเยี่ยมบ้านแต่ละชุมชนได้อย่างเหมาะสม

4.9.5 บทบาทของอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านได้

## สมรรถนะด้านที่ 3 : การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice – Based Learning and Improvement)

ความรู้พื้นฐานและทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะ  
ในด้านนี้ ประกอบด้วย

### 1. การพัฒนาตนเอง และการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Practice - based learning) ความคิดสร้างสรรค์ ตามหลักวิทยาศาสตร์ในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ และพัฒนาระบบบริการ สุขภาพ

- 1.1 การเรียนรู้จากการทำเวชปฏิบัติ (Practice - based learning)
- 1.2 การรวบรวมความรู้แบบฝังลึก (Tacit knowledge) และความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ในองค์กร
- 1.3 การมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

### 2. การเรียนรู้และเพิ่มประสบการณ์ได้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติ

- 2.1 การเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential learning)
- 2.2 การเป็นผู้ปฏิบัติที่เรียนรู้จากการสะท้อนคิด (Reflective practitioner)
- 2.3 การเสริมประสบการณ์ การเรียนรู้ต่อเนื่อง ในเรื่องที่น่าสนใจและช่วยส่งเสริม  
การทำเวชปฏิบัติ

### 3. การดำเนินการวิจัยทางการแพทย์ และสาธารณสุข

- 3.1 ความรู้พื้นฐานและทักษะด้านงานวิจัย
  - 3.1.1 การค้นหาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 3.1.2 การวิพากษ์งานวิจัย
  - 3.1.3 การตั้งกรอบแนวคิดคำถาม
  - 3.1.4 การสืบค้นข้อมูล
  - 3.1.5 การนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตจริง
  - 3.1.6 สถิติ จริยธรรมทางการวิจัย
- 3.2 ความรู้พื้นฐานและทักษะด้านกิจกรรมทางวิชาการ (การเรียนการสอน)
  - 3.2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียน
  - 3.2.2 การใช้วิธีการสอนที่เหมาะสม
  - 3.2.3 การประเมินผลการสอน
  - 3.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล
  - 3.2.5 การประเมินตนเองโดยการสะท้อนกลับจากบุคคลอื่น

- 3.3 การนำปัญหาจากเวชปฏิบัติไปสู่การคิดคำถามวิจัยและสร้างงานวิจัยได้
- 3.4 รูปแบบวิจัยที่เหมาะสมกับคำถามวิจัย
- 3.5 การสร้างแบบสอบถาม
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ
- 3.7 การค้นหาและสรุปข้อมูลได้อย่างเหมาะสม
- 3.8 การอภิปรายและสรุปผลงานวิจัย
- 3.9 ประยุกต์ใช้บริบทของชุมชนในการวิจัย เช่น การใช้ภูมิปัญญาและทรัพยากร

ที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้แก้ปัญหา

#### 4. วิพากษ์บทความและงานวิจัยทางการแพทย์ และนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

- 4.1 การติดตามหลักฐานใหม่ ๆ ที่จำเป็นสำหรับการทำ evidence-based medicine อย่างสม่ำเสมอ
- 4.2 ประเมินพฤติกรรมและเปลี่ยนแปลงเวชปฏิบัติให้เหมาะสมกับหลักฐานใหม่ที่ดีที่สุดอย่างสม่ำเสมอ
- 4.3 แหล่งที่จะสามารถได้มาซึ่งหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่ดี
- 4.4 การประเมินหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่อ่อนและหนักแน่น การประเมินหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ตามเกณฑ์สากลได้
- 4.5 การเบี่ยงเบนของหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
- 4.6 การประเมินคุณภาพของงานวิจัยจากบทความงานวิจัย
- 4.7 การแปลความ การวิเคราะห์ ประเมินและการประยุกต์ใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ตามบริบทที่เปลี่ยนไป

## สมรรถนะด้านที่ 4 : ทักษะการปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)

ความรู้พื้นฐานและทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะในด้านนี้ ประกอบด้วย

### 1. การดูแลโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในเวชปฏิบัติ

- 1.1 การค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- 1.2 การดูแลแบบองค์รวม โดยปรับตามบริบทของวัฒนธรรม
  - 1.2.1 การให้คุณค่า และความเชื่อ ของบุคคล ครอบครัว สังคม และวัฒนธรรมที่หลากหลาย
  - 1.2.2 บริบทของวัฒนธรรมและความเชื่อของผู้ป่วยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพและบริการทางการแพทย์
- 1.3 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและแพทย์และการยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย
  - 1.3.1 การดูแลโดยเคารพในตัวตนของผู้ป่วย
  - 1.3.2 การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยสะท้อนให้เห็นตัวตนและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย
  - 1.3.3 การสร้างความสมดุลของความรู้สึกต่อกันและระยะห่างที่เหมาะสมระหว่างแพทย์และผู้ป่วย
- 1.4 การดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วย การติดตามและประสานเมื่อได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่น
  - 1.4.1 ความต่อเนื่องที่เกี่ยวกับบุคคล ความต่อเนื่องของข้อมูลในการมารับบริการแต่ละครั้งของผู้ป่วย
  - 1.4.2 การช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวต่อปัญหาที่ส่งผลกับการดำเนินชีวิตอย่างต่อเนื่อง
  - 1.4.3 การบันทึกข้อมูลการเจ็บป่วยอย่างมีประสิทธิภาพสามารถใช้ติดตามดูแลในระยะยาวแม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้ดูแล

## 2. การสื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อร่วมกันจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

- 2.1 การค้นหาความคิด ความกังวล และความคาดหวังของผู้ป่วย บูรณาการไปกับมุมมองการดูแลโดยแพทย์ เพื่อทำให้เกิดความเห็นร่วมกันและการกำหนดแผนการรักษา
- 2.2 การสร้างความร่วมมือระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

## 3. การสอน การเป็นที่เลี้ยง และการเป็นที่ปรึกษาทางคลินิก

- 3.1 หลักการและจิตวิทยาการเรียนแบบผู้ใหญ่
- 3.2 รูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล การวิเคราะห์ความต้องการของผู้เรียนและการออกแบบรูปแบบ/กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้เรียน
- 3.3 แนวทางวิธีการสอนโดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง
- 3.4 การวางแผนและประเมินโครงสร้างการสอนที่เหมาะสมกับสิ่งที่ผู้เรียนน่าจะจะได้เรียนรู้
- 3.5 การจัดการเรียนการสอนแบบกลุ่มย่อย (small group)
- 3.6 การนำเสนอการสอนที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ฟัง สร้างปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้ฟัง
- 3.7 การผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ ของจัดการเรียนการสอนเข้าไปในการจัดบริการ และความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่นำมาใช้ในการสอน
- 3.8 การให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อการปรับปรุงอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับเพื่อนร่วมงาน
- 3.9 หน้าที่และจุดมุ่งหมายของการเป็นที่เลี้ยงทั้งในด้านปฏิบัติงานและด้านการเรียนการสอน ระบุความแตกต่างในประเด็นของของประโยชน์ที่ได้รับและข้อจำกัดระหว่างการเป็นที่เลี้ยงและการเป็นที่ปรึกษา (อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ)
- 3.10 การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการสอนกับการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างปฏิบัติงาน
- 3.11 การแสวงหาและเรียนรู้แนวทางปรับปรุงสมรรถนะด้านการสอนจากเสียงสะท้อนของผู้เรียน
- 3.12 ทักษะการพูดในที่ชุมชน
- 3.13 จิตวิทยาการให้รางวัลและการลงโทษเพื่อกระตุ้นการเรียนรู้

## สมรรถนะด้านที่ 5 : ความเป็นมืออาชีพ (professionalism)

ความรู้พื้นฐานและทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะในด้านนี้ประกอบด้วย

### 1. ธรรมชาติทางคลินิก

#### 1.1 ธรรมชาติทางคลินิก อันได้แก่

- 1.1.1 การพัฒนาคุณภาพ การตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน
- 1.1.2 ความเป็นผู้นำ
- 1.1.3 การนำเวชปฏิบัติเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ
- 1.1.4 การเผยแพร่แนวคิด การทำงานและนวัตกรรมในเวชปฏิบัติ
- 1.1.5 การลดความเสี่ยงทางคลินิก
- 1.1.6 การตรวจสอบเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
- 1.1.7 การศึกษาเรียนรู้จากข้อร้องเรียน
- 1.1.8 การพัฒนาความเป็นวิชาชีพแพทย์
- 1.1.9 การเก็บข้อมูลอย่างมีคุณภาพ

#### 1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างธรรมชาติทางคลินิกกับการพัฒนาวิชาชีพแพทย์

#### 1.3 การพัฒนาและปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติ (clinical practice guidelines)

วิธีการสร้างและพัฒนา การประเมินคุณภาพ รวมถึงข้อดีข้อด้อยของการประเมิน

1.4 คุณสมบัติและสมรรถนะของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และอธิบายเจตจำนงและภาระความรับผิดชอบของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวได้

#### 1.5 แนวคิดของการดูแลแบบองค์รวมและผลกระทบต่อแพทย์และผู้ป่วย

1.6 การประเมินความคิด ความรู้สึก ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อการดำรงชีวิตและความคาดหวังของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความแตกต่างของปัจเจกบุคคล ด้วยวิธีการดูแลที่แตกต่างเฉพาะบุคคล

#### 1.7 การตรวจสอบคุณภาพการทำงานในเวชปฏิบัติ

#### 1.8 การสะท้อน (feedback) การทำงานของเพื่อนร่วมงาน

#### 1.9 การพัฒนาและจัดการระบบข้อมูลของการทำงานในเวชปฏิบัติ

#### 1.10 การค้นหาข้อมูลที่จำเป็นต่อการเรียนรู้และการทำงานในเวชปฏิบัติ

#### 1.11 การตรวจสอบและประเมินเอกสารที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ใบสั่งยา

ใบส่งต่อ

#### 1.12 ความแตกต่างหลากหลายของเวชปฏิบัติและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

#### 1.13 กระบวนการพัฒนา ได้แก่ PDSA (plan - do - study - act), ADLI เป็นต้น

#### 1.14 การใช้เวชปฏิบัติเชิงประจักษ์ในการดูแลการเจ็บป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน

- 1.15 การพัฒนาและนำทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัวมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.16 การดูแลโดยคำนึงถึงผลกระทบของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัว และความเจ็บป่วยของครอบครัว
- 1.17 การนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในชุมชน
- 1.18 การวิเคราะห์ผลจากการจัดระบบบริการสุขภาพที่ไม่เท่าเทียม และวิธีการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ได้รับผลจากความไม่เท่าเทียมนั้น
- 1.19 การทำเวชปฏิบัติที่อาศัยข้อมูลและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและนำไปประยุกต์ใช้

## 2. กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์ และการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติ

- 2.1 การบูรณาการความรู้เกี่ยวกับค่านิยมของผู้ป่วยประกอบกับ หลักฐานเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ทางคลินิก เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด
- 2.2 การวิเคราะห์ประเด็นจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการสาธารณสุขและประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม
- 2.3 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับทีมสุขภาพ ที่สะท้อนให้เห็นหลักการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจทางการแพทย์
- 2.4 การให้ข้อมูล ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการตัดสินใจเนื่องจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี และความซับซ้อนเชิงจริยธรรมทางการแพทย์
- 2.5 การประเมินค่านิยมของผู้ป่วย และครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย การสร้างความสัมพันธ์ระยะยาวกับผู้ป่วยและครอบครัว และการวางแผนการรักษาโดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลและบริบทที่จำเพาะของผู้ป่วย
- 2.6 ความรู้ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องเพื่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ด้อยโอกาส
- 2.7 การมีปฏิสัมพันธ์ที่เป็นกลางระหว่างผลประโยชน์ของตัวผู้ป่วยและผลประโยชน์ของผู้ให้ดูแลรักษา
- 2.8 แนวปฏิบัติด้านจริยธรรมเพื่อขอความยินยอมในการรักษา และการรักษาความลับของผู้ป่วย ในบริบทเฉพาะของบริการปฐมภูมิ
- 2.9 การยินยอมรักษา สิทธิปฏิเสธการรักษา และการรักษาความลับของผู้ป่วย
  - 2.9.1 ผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองอย่างอิสระ โดยแพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น
  - 2.9.2 ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อช่วยผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี

2.9.3 การรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการยินยอมหรือการปฏิเสธการรักษาได้อย่างถูกต้อง

2.9.4 พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพื่อยืดความตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน

2.10 การวางแผนและแก้ปัญหาผลกระทบของค่านิยมที่แตกต่างต่อการตัดสินใจในปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการทางการแพทย์

2.11 การสร้างกรอบแนวคิดเกี่ยวกับเหตุผลทางคุณธรรมเพื่ออธิบายและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งเกี่ยวกับค่านิยม

2.12 การค้นหามุมมองด้านจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วย

2.13 การตอบสนองในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา รักษาบางส่วนหรือรักษาไม่ครบถ้วน

2.13.1 การยอมรับสิทธิในการให้หรือไม่ให้ข้อมูล

2.13.2 การยอมรับมุมมองของผู้ป่วยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ในระหว่างการดำเนินไปของโรคเรื้อรัง

2.13.3 การตระหนักว่าการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อนอาจจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจ

2.13.4 การยอมรับถึงค่านิยมเกี่ยวกับการดำเนินโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคไม่ดีรวมทั้งผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2.14 การประเมินและสร้างแนวทางการป้องกันความขัดแย้งทางจริยธรรมที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลรักษาและผู้ป่วย

2.15 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ และคนใกล้ชิด ผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น วัฒนธรรมการศึกษา ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยมส่วนบุคคลและครอบครัว ตลอดจนประสบการณ์ส่วนตัว

2.16 การให้ความสำคัญกับค่านิยมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย และตระหนักถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีอิทธิพลจากความแตกต่างด้านค่านิยมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

2.17 การประเมินความขัดแย้งทางจริยธรรมที่เป็นปัญหาในการดูแลทั้งครอบครัว

2.18 การจัดการประชุมครอบครัวเพื่อพูดคุยกับครอบครัวด้านจริยธรรมทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยที่ยังพอช่วยเหลือตนเองได้หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

2.19 การกระจายทรัพยากรอย่างเป็นธรรม เพื่อใช้ในการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสมตระหนักถึงข้อจำกัดในการใช้ทรัพยากรสาธารณะ และมีการจัดสรรอย่างรอบคอบเพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชนโดยรวม



2.20 การประเมินความแตกต่างของค่านิยมที่มีอิทธิพลต่อทางเลือกในการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.21 การตัดสินใจอย่างสมดุลและเป็นธรรมระหว่างความจำเป็นของผู้ป่วยกับความจำเป็นของสังคมโดยรวม

2.22 การร่วมสัมมนาด้านกฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์กับชุมชน

### 3. แสดงให้เห็นว่าการให้การปรึกษาดูแลที่ดี ต้องอาศัยเจตคติของความเป็นวิชาชีพ (Professionalism)

3.1 การตระหนักถึงจริยธรรมทางการแพทย์ เช่น การรักษาความลับผู้ป่วย การแสดงความยินยอมรับการรักษา การแจ้งข่าวร้าย

3.2 การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยอย่างซื่อตรง และไม่มีอคติ

3.3 การให้เกียรติผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน

3.4 การทำงานเป็นทีม การให้กำลังใจ และส่งเสริมช่วยเหลือผู้ร่วมงาน

3.5 การส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ของเวลา และข้อมูลการส่งต่อ

3.6 การรักษาเวลาในการให้การปรึกษาดูแลได้อย่างเหมาะสม

3.7 การประเมินและปรับปรุงเทคนิคการให้การปรึกษาดูแลของตนเอง

3.8 การจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งของตนเองและผู้ป่วยในระหว่างการให้การปรึกษาดูแลได้อย่างเหมาะสม

3.9 การตระหนักว่าอารมณ์ วิธีชีวิต และสุขภาพที่ไม่ดีของแพทย์ ส่งผลต่อความสามารถในการให้การปรึกษาดูแล

### 4. การสร้างความเสมอภาคและการให้คุณค่าแก่ความแตกต่าง (Promoting equality and valuing diversity)

4.1 การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้ป่วย ญาติ และบุคคลอื่น ๆ ด้วยความเคารพและเท่าเทียมกัน

4.2 การปฏิบัติต่อประชาชนอย่างเคารพในความแตกต่างและไม่มีกีดกันคนกลุ่มใดออกไปเพราะความต่างต่างนั้น

4.3 การปฏิบัติต่อผู้อื่นโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และถือว่ามนุษย์สามารถตัดสินใจได้โดยลำพังและต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการตัดสินใจนั้น

4.4 การให้ข้อมูลแก่บุคคลอื่นเพื่อส่งเสริมให้ทุกคนรู้จักพิทักษ์สิทธิของตนเอง

4.5 การยอมรับในความคิด ความเชื่อ ความสนใจของแต่ละบุคคล

## สมรรถนะด้านที่ 6 : การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System – Based Practice)

ความรู้พื้นฐานและทักษะสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้บรรลุสมรรถนะในด้านนี้ ประกอบด้วย

### 1. ความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศ

- 1.1 ระบบบริการสุขภาพของประเทศ และข้อจำกัด
- 1.2 ระบบและช่องทางในการรับบริการและให้บริการสุขภาพ ทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและแพทย์ เช่น ขั้นตอนการส่งต่อ การร่วมจ่าย การลาหยุดงาน และประเด็นทางกฎหมาย
- 1.3 บทบาทของบุคลากรสาขาอื่นที่มีผลต่อนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น

### 2. ความรู้เกี่ยวกับการจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary Care Management)

- 2.1 โครงสร้างระบบบริการปฐมภูมิ
- 2.2 ขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบของบริการปฐมภูมิในระบบสุขภาพของประเทศ

### 3. ภาวะผู้นำ (Leadership)

- 3.1 การเป็นผู้นำทีมสุขภาพ
- 3.2 การมีทัศนคติที่ดีและเป็นแบบอย่างของการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- 3.3 การเป็นแกนนำด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ
- 3.4 การเป็นผู้นำในการจัดการบริการปฐมภูมิ เช่น การสื่อสาร การบริหารจัดการทั่วไป การพัฒนาทรัพยากรบุคคล เป็นต้น
- 3.5 การเป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม
- 3.6 การมีวิสัยทัศน์ในการจัดการปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 3.7 การเป็นผู้นำในการเสริมพลังให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลสุขภาพ
- 3.8 การบริหารจัดการทรัพยากรและงบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล
- 3.9 การบริหารจัดการทรัพยากรสุขภาพ โดยคำนึงถึงความจำเป็น เหมาะสมและคุ้มค่า ประกอบด้วย การวางแผน แก้ไข ติดตาม และประเมินผล
- 3.10 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและแก้ไขปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่จริง
- 3.11 การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อการดำรงรักษาทรัพยากรบุคคล
- 3.12 ทักษะเกี่ยวกับมนุษย์ (Human skill) เช่น การเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ การสร้างสัมพันธภาพ การทำงานเป็นทีม

3.13 การทำงานร่วมกับทีมสุขภาพและองค์กรในชุมชน

3.14 การประยุกต์หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อประสานงานกับหน่วยงานทั้งนอกและในองค์กร

3.15 การสื่อสาร ประสานงาน และชี้แนะชุมชนในด้านสุขภาพ

#### 4. การจัดการคุณภาพ (Quality management)

4.1 ทักษะด้านงานคุณภาพ

4.1.1 การเลือกตัวชี้วัดคุณภาพที่เหมาะสมมาใช้ในบริการปฐมภูมิ การระบุประเด็นปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพในหน่วยงานที่ทำเวชปฏิบัติ

4.1.2 การจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับงานคุณภาพให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

4.1.3 การพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการและความพึงพอใจของผู้ป่วย

4.1.4 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

4.2 ทักษะในการเป็นผู้นำอภิปรายในการประชุมเพื่อแก้ปัญหาภายในหน่วยงาน

4.3 ทักษะในการนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continuous quality improvement) มาประยุกต์ใช้

4.4 การกำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมทุกรูปแบบของการดูแล ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

4.5 การพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ

4.5.1 ระบบคุณภาพและการติดตามของการดูแลระดับครอบครัว

4.5.2 ระบบบริการและงานคุณภาพที่เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม

4.6 นโยบายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของบริการปฐมภูมิ

4.7 การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนในการจัดการคุณภาพ

#### 5. ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety)

5.1 การให้บริการที่ตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยในทุกมิติและทุกด้านของการดูแลรักษา

5.2 การสนับสนุนวัฒนธรรมความปลอดภัยในองค์กร และการมีส่วนร่วมในองค์กรแพทย์ในการติดตามผลการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย

5.3 การใช้เครื่องมือบริหารความเสี่ยง เช่น Thai HA Trigger tool และแบบรายงานความเสี่ยง

5.4 องค์ประกอบและโครงสร้างของระบบการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วย เช่น การมีวัฒนธรรมองค์กรที่เปิดเผยและเน้นความยุติธรรม นโยบายองค์กรที่ทำให้ความสำคัญต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเสียหาย นโยบายที่กำหนดให้บุคลากรมีบทบาทและมีส่วนรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ มีกลไกการสืบหาสาเหตุ มีการลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์ โดยให้การช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

5.5 การนำข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นไปใช้ในเวชปฏิบัติไปสู่การเรียนรู้ โดยผสมผสานในระบบการทำงานเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ พร้อมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับทีมงาน

5.6 ทักษะในการสื่อสารกับผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ที่ประสบความเสียหายอย่างเปิดเผยตรงไปตรงมา

5.6.1 การรับฟังปัญหาได้อย่างลึกซึ้ง

5.6.2 การสื่อสารอย่างรวดเร็ว เหมาะสมที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

5.6.3 การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นจริง และทำด้วยความเห็นอกเห็นใจ

5.7 การสร้างความตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยทั้งในสถานบริการทางการแพทย์และที่บ้านแก่ครอบครัว

5.8 การอธิบายถึงโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อผู้ป่วยทุกระยะ ทุกขั้นตอน ของการดำเนินโรคและการรักษา

5.9 การสะท้อนข้อมูลความเสี่ยงนั้นให้ทีมงานทุกระดับได้รับทราบ เพื่อช่วยกันลดโอกาสเกิดความเสี่ยง

5.10 การประยุกต์ใช้ความรู้เรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยในการทำเวชปฏิบัติ

5.11 การสร้างและประเมินกลไกและระบบการจัดการเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มีอยู่ในระบบบริการปฐมภูมิ

5.12 การค้นหาความเสี่ยงและการรายงานอุบัติการณ์ ในเวชปฏิบัติ โดยสามารถยกตัวอย่างเหตุการณ์ที่เป็นความเสี่ยง รวมถึงบอกจุดดีและจุดอ่อนของเครื่องมือที่ใช้ค้นหาความเสี่ยง

5.13 การวิเคราะห์สาเหตุราก (Root cause analysis) และประเมินความเสี่ยง

5.14 การรู้ข้อจำกัดของตนเองและผู้เกี่ยวข้องในเรื่องการบริหารจัดการความเสี่ยง

5.15 การนำระบบการจัดการความเสี่ยงไปใช้ในชุมชน

5.16 ความคิด ความเชื่อ วัฒนธรรม ประเพณี และภาษา ที่อาจส่งผลทำให้เกิดความผิดพลาดทางการแพทย์ และบทบาทในการจัดการเพื่อแก้ปัญหา

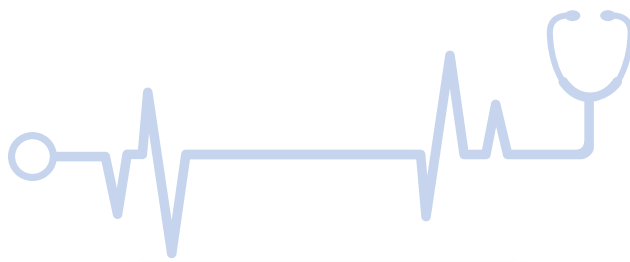
## 6. การจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี (Information management and technology)

6.1 ระบบการบันทึกข้อมูลทางคลินิกของผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ เช่น ระบบข้อมูลของโรงพยาบาล (hospital information system)

- 6.2 การทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลทางคลินิกของหน่วยบริการ เพื่อนำไปสู่การระบุและแก้ไขปัญหา กำหนดนโยบายของหน่วยบริการเกี่ยวกับการจัดการข้อมูลและเทคโนโลยี
- 6.3 แหล่งข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
- 6.4 แนวทางการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย
- 6.5 ทักษะในการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูล
- 6.6 ทักษะในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลทางการแพทย์กับเพื่อนร่วมงานและบุคลากรทางการแพทย์อื่น
- 6.7 ทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยให้กับผู้ป่วย
- 6.8 การบันทึกข้อมูลทางคลินิกที่สมบูรณ์ และครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ
- 6.9 การใช้เทคโนโลยีในการจัดการและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว นำแฟ้มครอบครัว (family folder) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
- 6.10 การใช้เทคโนโลยีในการจัดการและวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของชุมชน นำแฟ้มชุมชน (community folder) มาใช้ในการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

## 7. การบริหารการเงินและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Financial management and health economics)

- 7.1 ความรู้และทักษะด้านการบริหารการเงินระดับบุคคล
  - 7.1.1 ปัจจัยด้านการเงินและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้ป่วย
  - 7.1.2 หลักการวางแผนทางการเงินเบื้องต้นเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพ ตั้งแต่การป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่มาจากการขาดการวางแผนทางการเงิน หรือมีการวางแผนทางการเงินที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมได้
- 7.2 การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ คุ่มค่าและเหมาะสม ในทุกมิติทั้งทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตัวอย่างเช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (rational drug use: RDU)
- 7.3 ความรู้และทักษะทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
  - 7.3.1 การอ่านบทความทางวิชาการทางเศรษฐศาสตร์การแพทย์
  - 7.3.2 การประยุกต์ความรู้ทางเศรษฐศาสตร์การแพทย์ มาใช้กับการดูแลผู้ป่วย และการบริหารทรัพยากรทางการแพทย์
  - 7.3.3 การดูแลผู้ป่วยเฉพาะด้านต่าง ๆ และสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสมคุ่มค่า
  - 7.3.4 การประสานทรัพยากรในชุมชนที่มีอยู่ ในการดูแลสุขภาพ โดยอิงหลักเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว
  - 7.3.5 การใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนอย่างคุ่มค่า



ภาคผนวก

2

เนื้อหาส่วน : โรคหรือภาวะของผู้ป่วย

ความรู้และทักษะในการดูแลโรคหรือภาวะของผู้ป่วย ทั้งในบริบทโรงพยาบาล บ้านและชุมชน สำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว มีหัวข้อดังนี้

1. Care of Couple
2. Care of Children and Adolescent Health
3. Care for Elderly
4. Gender-specific Health Issues: Women's and Men's Health
5. Sexual Health
6. Palliative Care
7. Complementary and Alternative Medicine (CAM)
8. Care of Specific Populations
9. Disaster Medicine
10. International Health
11. Human Behavior and Mental Health
12. Clinical Management
  - 12.1 Cardiovascular Problems
  - 12.2 Digestive Problems
  - 12.3 Drug and Alcohol Problems
  - 12.4 ENT (Ear, Nose and Throat) and Facial Problems
  - 12.5 Eye Problems
  - 12.6 Endocrine Problems
  - 12.7 Neurological Problems
  - 12.8 Respiratory Problems
  - 12.9 Rheumatology and Musculoskeletal Problems
  - 12.10 Skin Problems
  - 12.11 Hematologic Problems
  - 12.12 Renal Problems
  - 12.13 Nutritional Problems

# 1

## Care of Couple การดูแลคู่ครอง

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 อธิบายความหมาย บทบาท หน้าที่ ของคู่ครอง
- 1.2 อธิบายปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาทางเพศ โรคทางเพศสัมพันธ์ การหย่าร้าง ของคู่ครอง
- 1.3 จัดบริการเพื่อดูแลปัญหาของคู่ครองในหน่วยบริการปฐมภูมิได้
- 1.4 บริหารจัดการเรื่องความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับคู่ครองให้ได้รับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ให้เกิดการไกล่เกลี่ย ประนีประนอม ความเข้าใจของคู่ครอง

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ตระหนักถึงการเจ็บป่วยของคู่ครอง/ครอบครัวที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของคู่ครอง
- 2.2 ตระหนักถึงความต้องการบุตรีของคู่ที่มีบุตรียาก ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของคู่ครอง
- 2.3 ตระหนักถึงการสูญเสีย การแยกจาก การขัดแย้ง ของคู่ครองที่มีผลต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของคู่ครอง
- 2.4 ติดตามเผื่อระวังครอบครัวที่คู่ครองมีการจากไป โดยดูแลทั้งผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

- 3.1 ให้คำปรึกษาและบริการเบื้องต้นสำหรับคู่ครองในเรื่อง การมีบุตรียาก และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- 3.2 ให้คำปรึกษาปัญหาการครองคู่ ปัญหาสุขภาพทางเพศ ความไม่สมดุลของอารมณ์ ความต้องการทางเพศ
- 3.3 ให้คำปรึกษาปัญหาจากแม่เลี้ยง พ่อเลี้ยง ในคู่ครองมีการแต่งงานใหม่ หรือ มีคู่ครองใหม่
- 3.4 ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างเหมาะสมและทันตามเวลา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้
- 3.5 ให้คำปรึกษา ดูแลคู่ครองที่มีการสูญเสียบุตร คู่ครองตัวเองได้



#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ให้การดูแลรักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้
- 4.2 รับรู้และให้เข้าใจถึงแนวคิดการมีผู้ป่วยต่างเชื้อชาติ ต่างศาสนา
- 4.3 อธิบายผลกระทบต่อค่าบริการสุขภาพผู้ป่วยต่างเชื้อชาติ ต่างศาสนา
- 4.4 เข้าใจกฎหมายการมีผู้ป่วยต่างเชื้อชาติและระบบบริการสุขภาพ

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 แจกแจงผู้ป่วยในลักษณะครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย
- 5.2 วางแผนและแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพเมื่อผู้ป่วยตนเองเจ็บป่วย
- 5.3 ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจในการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่การรับผิดชอบต่อผู้ป่วยและครอบครัวตนเองเมื่อเจ็บป่วย
- 5.4 ตระหนักถึงปัญหา/การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสมาชิกคนอื่นๆ (สามี ภรรยา บุตร บิดา มารดา)
- 5.5 เชื่อมประสาน เพื่อลดความขัดแย้งและสร้างความเข้าใจ ความสัมพันธ์ บรรยากาศที่ดีในผู้ป่วยและครอบครัวนั้นได้

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 ตระหนักถึงผลกระทบของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นตามการดำเนินชีวิตในชุมชน
- 6.2 รู้และให้คำแนะนำเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพทั่วไปและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา
- 6.3 ประสานและกระตุ้นการสร้างเครือข่ายชุมชนในการช่วยเหลือผู้ป่วยเกิดปัญหาขึ้นได้
- 6.4 ส่งเสริมให้มีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแนะนำสำหรับผู้ป่วยใหม่ในชุมชนได้
- 6.5 ทราบและแนะนำแบบตัวอย่างผู้ป่วยที่ดี (role model) ให้ศึกษาและเรียนรู้ประสบการณ์ต่าง ๆ ได้

## 2

## Care of Children and Adolescent Health การดูแลสุขภาพเด็กและวัยรุ่น

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

#### 1.1 ให้การวินิจฉัยโรคหรือปัญหาที่พบบ่อยในเด็ก ได้ดังนี้

- เด็กที่มีพัฒนาการช้า
- เด็กโรคสมาธิสั้นและโรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Attention deficit hyperactivity disorder หรือ ADHD, Learning disabilities หรือ LD)
- เด็กที่ถูกทารุณกรรมและถูกทอดทิ้ง
- ไข้
- การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
- การติดเชื้อทางเดินหายใจ
- การติดเชื้อในหูชั้นกลาง/หูชั้นนอก
- โรคหอบหืด
- ผื่น
- โรคเบาหวาน
- ทำเดินผิดปกติ
- โรคของกล้ามเนื้อและกระดูก
- ปวดศีรษะ
- ปัญหาทางศัลยกรรมเด็ก
- ปัญหาของระบบทางเดินอาหาร
- ภาวะฉุกเฉินในเด็ก
- การกินสิ่งแปลกปลอมและการได้รับสารพิษ

#### 1.2 ในวัยรุ่น

- การใช้สารเสพติด
- การกินผิดปกติ
- ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น
- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
- ปัญหาการใช้ความรุนแรงในวัยรุ่น
- ประเด็นทางเพศในวัยรุ่น
- ปัญหาสุขภาพจิต
- ปัญหาการสื่อสารและการเข้าถึงวัยรุ่น

- 1.3 จัดบริการดูแลโรคและปัญหาของเด็กและวัยรุ่นในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ ทั้งการตรวจผู้ป่วยนอกและคลินิกเด็กดี
- 1.4 ส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างเหมาะสมกับปัญหาและระยะเวลา

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ให้การดูแลร่วมระหว่างทางกาย จิตใจ และสังคมของเด็กและวัยรุ่น โดยคำนึงถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคล ครอบครัว สังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรม
- 2.2 แสดงทักษะการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น
- 2.3 ดูแลทั้งโรค (disease) และความเจ็บป่วย (illness) ของเด็กและวัยรุ่น
- 2.4 วางแผนการแก้ปัญหา โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

- 3.1 บอกความชุกด้านปัญหาสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น และสาเหตุของปัญหา
- 3.2 ระบุปัญหาทางสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- 3.3 จัดการภาวะฉุกเฉินในเด็กและวัยรุ่น

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ให้การดูแลเด็กและวัยรุ่น ทั้งการรักษา สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพ
- 4.2 ติดตามดูแลและประเมินการเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะโภชนาการ การให้วัคซีน ป้องกันโรคและอุปสรรคการให้วัคซีน
- 4.3 เป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงกับทีมสุขภาพในการดูแลสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น ในแต่ละปัญหา

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่น เช่น การให้อาหาร การฝึกวินัย การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลฟัน เป็นต้น
- 5.2 ส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทร่วมกับทีมสุขภาพ ในการดูแลเด็กและวัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพ
- 5.3 ดูแลสมาชิกครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพของเด็กและวัยรุ่น ในครอบครัว

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 ระบุความต้องการของชุมชน ในด้านการดูแลสุขภาพและปัญหาของเด็กและวัยรุ่น
- 6.2 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อช่วยเหลือปัญหาของเด็กและวัยรุ่น โดยจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม
- 6.3 วางแผนระดับชุมชนในการจัดกิจกรรมที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน ในการดูแลสุขภาพและปัญหาของเด็กและวัยรุ่น โดยคำนึงถึงปัญหาของชุมชน

## 3

Care for Elderly  
การดูแลผู้สูงอายุ

## 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 จัดบริการด้านแรกให้กับผู้สูงอายุโดยไม่จำกัดชนิดของปัญหา
- 1.2 ให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ (กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ)
- 1.3 ประสานการทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ และแพทย์เฉพาะทางได้
- 1.4 จัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุภายใต้บริบทการดูแลทางด้านสุขภาพ

และสังคม

1.5 ประยุกต์การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี ผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (มากกว่า 75 ปี) ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพอ่อนแอ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น ที่หน่วยบริการปฐมภูมิได้อย่างเหมาะสม

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person-centered and holistic care)

- 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2.2 ให้คำปรึกษาเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย
- 2.3 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยให้ผู้ป่วยสูงอายุมมีส่วนร่วม
- 2.4 ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยรวมถึงการส่งต่อ

และการดูแลเป็นทีม

2.5 เข้าใจลักษณะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า และสามารถนำมาใช้ในเวชปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 ชักประวัติผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เช่น มีปัญหาเรื่องการพูด มีปัญหาเรื่องภาวะสมองเสื่อม หรือมีปัญหาเรื่องการได้ยิน เป็นต้น ได้อย่างเหมาะสม

3.2 เลือกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุได้เหมาะสม

3.3 รวบรวมและแปลผลข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกายและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการวางแผนดูแลร่วมกับผู้ป่วยสูงอายุได้

3.4 ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่อาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ (atypical presentation) ทั้งอาการและอาการแสดง

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 จัดการปัญหาสุขภาพที่หลากหลายทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 4.2 วางแผนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม
- 4.3 จัดการและประสานการดูแลด้านการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลระยะสุดท้ายได้

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 ประเมินภาวะความรุนแรงในครอบครัวและภาวะถูกทอดทิ้งของผู้สูงอายุ
- 5.2 ดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและร่วมดูแลผู้สูงอายุ
- 5.3 ค้นหาปัญหาของผู้ดูแล (caregiver) ผู้สูงอายุและมีวิธีการจัดการกับปัญหานั้นได้อย่างเหมาะสม
- 5.4 วิเคราะห์เศรษฐกิจฐานะทางการเงินที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 รวบรวม วิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ ของปัญหาเรื่องผู้สูงอายุในชุมชนและเผยแพร่สู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา นั้น ๆ
- 6.2 ประสานการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม
- 6.3 ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยนำชุมชนมา มีส่วนร่วมในการจัดบริการ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น จิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ

## 4

Gender – Specific Health Issues  
การดูแลสุขภาพโดยคำนึงถึงความแตกต่างทางเพศ

## 4.1 Women’s Health การดูแลสุขภาพสำหรับสตรี

## 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 อธิบายแนวทางการดูแลภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยของผู้ป่วยสตรีในบริการปฐมภูมิ  
ได้ถูกต้อง

## อาการผิดปกติที่พบบ่อย :

- Breast: Breast pain, breast lumps, nipple discharge
- Pelvic mass
- Pelvic pain
- Reproductive organ:
  - Menstruation and abnormal vaginal bleeding: amenorrhea, menorrhagia, dysmenorrhea, inter-menstrual bleeding, irregular bleeding patterns, post-menopausal bleeding, pre-menstrual syndrome, menopause, menopausal problem
  - Vagina, vulva: pruritus vulvae, vagina discharge, painful ulcer/lesion at vulvae
  - Dyspareunia, pelvic pain
  - Infertility: primary and secondary
- Urinary tract: Dysuria, urinary incontinence
- Anorectal: Faecal incontinence
- Emotional problems: Anxiety, depression

## ภาวะผิดปกติที่พบบ่อย:

- Breast: Breast augmentation, CA breast
- Reproductive organ: Fibroids, vaginal and uterine prolapsed, STDs, Bartholin’s abscess, abnormal pap smear and CA cervix, CA endometrium, CA ovary, endometriosis
  - Pregnancy condition
  - Miscarriage and abortion
  - Ectopic pregnancy
  - Trophoblastic disease

- Normal pregnancy and pregnancy problem : hyperemesis, back pain, symphysis pubic dysfunction, multiple pregnancy, growth retardation(IUGR), pre-eclampsia, eclampsia, antepartum hemorrhage and abruption, PROM, premature labour, polyhydramnios, abnormalities, placenta previa, deep vein thrombosis and pulmonary embolism, post dates, reduced movements, intra-uterine infection, intra-uterine death, fetal abnormality

- Medical and surgical condition and complication in pregnancy
- Elderly pregnancy
- Trauma in pregnancy
- Sexual health: sexual dysfunction including psychosocial condition
- Mental health issue: eating disorder, suicide, pregnancy (maternal blue/depression), menopause

#### การสืบค้นและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้บ่อย :

- Prenatal counseling and investigation (rubella titer, thalassemia, pap smear, HBV, HIV)
- Mammogram, FNA
- Pregnancy testing
- Basic Ultrasonography in Ob-Gyn (gestational age, fetal movement)
- Fetal well-being test
- Urinalysis, mid-stream urine (MSU), urine dipstick
- Blood test
- Bacteriological (gram stain, culture) and virology tests (tzanc test, titer, PCR)
- Pap smear
- Swab for sperm, acid phosphatase (rape)
- Knowledge of secondary-care investigations including colposcopy and subfertility investigations



## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 สื่อสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ความสัมพันธ์เชิงคู่สาวได้
- 2.2 ตระหนักถึงสิ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจากการถูกกระทำทางเพศ
- 2.3 ตระหนักถึงความแตกต่างระหว่างเพศ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ เพื่อที่จะป้องกันผลเสียของประเด็นเหล่านี้ที่มีต่อสุขภาพของสตรี
- 2.4 ยอมรับและเห็นคุณค่าของความต้องการของหญิงรักร่วมเพศ และ หญิงรักสองเพศ (bisexual woman)
- 2.5 ตระหนักถึงความสำคัญและให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วยในการรักษาความลับและการเซ็นใบยินยอม
- 2.6 อธิบายประเด็นทางด้านพิธีกรรมและศาสนาที่เกี่ยวข้อง
- 2.7 อธิบายผลกระทบจากอิทธิพลทางเพศต่อความคิด การดำเนินชีวิตและเลือกวิธีการที่เหมาะสมในการจัดการดูแล
- 2.8 ให้ความสำคัญและแสดงถึงความละเอียดอ่อนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยเพศหญิง

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 แสดงกิริยา ทั้งเรื่องการวางตัว วาจา การซักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจวินิจฉัย การส่งตรวจที่เกี่ยวข้องรวมทั้งการส่งต่อได้อย่างเหมาะสม
- 3.2 ให้การเฝ้าระวังการเกิดความรุนแรงในครอบครัวและ ตั้งคำถามในประเด็นนี้ได้อย่างเหมาะสม
- 3.3 ดำเนินการสืบค้นและส่งต่ออย่างเร่งด่วนในกรณีที่สงสัยโรคมะเร็งภาวะฉุกเฉินทางสูตินรีเวช เช่นในกรณีที่ ตรวจพบก้อนที่เต้านม ข้อคจากการตกเลือดทางช่องคลอด
- 3.4 อธิบายความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่จำเพาะในสตรี พร้อมทั้งสามารถนำมาใช้ในการวินิจฉัยและรักษา ปัญหาด้านสุขภาพของสตรี

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 กำหนดแนวทางการคัดกรองโรคในสตรีและพร้อมทั้งทราบถึงข้อดีข้อด้อยของการตรวจนั้น ๆ
- 4.2 กำหนดแนวทางการป้องกันโรคในสตรีเช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การสร้างภูมิคุ้มกัน การป้องกันภาวะกระดูกโป่งบาง
- 4.3 ให้ความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในสตรีโดยเฉพาะในแง่ที่อาจมีผลต่อทารกในครรภ์ พัฒนาการของเด็ก และครอบครัว
- 4.4 ตระหนักว่าความเจ็บป่วยในมิติอื่น ๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีและครอบครัว

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

- 5.1 ตระหนักและให้ความสำคัญของบทบาทการเป็นแม่ ในโครงสร้างครอบครัว
- 5.2 ตระหนักถึงผลกระทบของการไม่มีงานทำต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ
- 5.3 คัดกรอง และให้การดูแลปัญหาความรุนแรงต่อสตรีและเด็ก

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

- 6.1 ให้ความสำคัญกับประเด็นด้านความเป็นธรรม ความเท่าเทียมกันทางเพศ เกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลบริการทางสาธารณสุขของสตรี
- 6.2 ประเมินถึงประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิในมุมมองของผู้ป่วยสตรี

## 4.2 Men's Health การดูแลสุขภาพสำหรับเพศชาย

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 อธิบายแนวทางการดูแลภาวะเจ็บป่วยที่พบบ่อยของผู้ป่วยชายในบริการปฐมภูมิได้ถูกต้อง
- 1.2 จัดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรกระบบสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะได้อย่างเหมาะสม
- 1.3 อธิบายข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีก้อนผิดปกติบริเวณอัณฑะและผู้ป่วยที่สงสัยมะเร็งต่อมลูกหมากได้อย่างถูกต้อง

#### อาการผิดปกติที่พบบ่อย :

- Dysuria
- Frequency of micturation
- Hematuria
- Retention of urine
- Abdominal and groin pain
- Testicular lumps
- Testicular pain
- Sore or painful penis, ulceration
- Erectile dysfunction

**ภาวะผิดปกติที่พบบ่อย :**

- Male specific cancer: testicular and prostate cancer
  - Benign prostatic hypertrophy (BPH) and prostatitis
  - Other testicular conditions e.g. cryptorchidism, varicocele, hematocele, epididymitis
  - Sexual dysfunction e.g. premature ejaculation and erectile dysfunction
  - Male contraception: vasectomy
  - Male infertility
  - Phimosis and circumcision
  - Mental health issues including depression, suicide and andropause
- Sexually transmitted infections

**2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)**

- 2.1 อธิบายแนวทางการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเพศชายซึ่งมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยเพศหญิง
- 2.2 อธิบายผลกระทบของเพศต่อการรับรู้และวิถีชีวิตของผู้ป่วย
- 2.3 ตระหนักถึงความแตกต่างของวัฒนธรรมที่อาจมีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและความคาดหวังต่อการรักษา
- 2.4 อธิบายสถานการณ์ที่ผู้ป่วยชายรู้สึกลำบากใจเมื่อเข้ารับบริการปฐมภูมิจัดบริการได้อย่างเหมาะสมเมื่อสามารถค้นหาได้ว่าผู้ป่วยชายอาจต้องการรักษาจากแพทย์ที่เป็นเพศชาย
- 2.5 แสดงการดูแลให้คำปรึกษาอย่างมืออาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยเพศชายเกิดความเขินอายน้อยที่สุด

**3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)**

- 3.1 อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยชายในการใช้บริการทางการแพทย์ได้ว่าผู้ป่วยเพศชายมักจะมาพบแพทย์น้อยกว่าเมื่อเทียบเพศหญิง
- 3.2 ให้การวินิจฉัยโรคโดยตระหนักว่าความชุกของโรคบางอย่างพบบ่อยในผู้ป่วยชายมากกว่าเพศหญิง

3.3 อธิบายแนวทางการส่งตรวจ PSA และความสำคัญต่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

3.4 ให้การดูแลภาวะฉุกเฉินทางด้านระบบสืบพันธุ์ชายได้ เช่น testicular torsion, paraphimosis, priapism

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ค้นหาความเชื่อในด้านการเจ็บป่วย และวิถีชีวิตของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม

4.2 ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคบนพื้นฐานของวิถีชีวิตจริงของผู้ป่วย

4.3 ให้ความรู้ด้านเพศศึกษาอย่างปลอดภัยได้เหมาะสม

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

5.1 เข้าใจความสำคัญของบทบาทการเป็นพ่อ ในโครงสร้างครอบครัว

5.2 เข้าใจผลกระทบของการไม่มีงานทำต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจ สังคมและวัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ในผู้ป่วยเพศชาย

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 อธิบายลักษณะของการจัดบริการสุขภาพสำหรับเพศชายที่สำเร็จได้ผลดี

## 5

Sexual Health  
สุขภาพทางเพศ

## 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 บริหารจัดการให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศ ได้เข้ารับบริการได้อย่างสะดวก รวดเร็ว โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย
- 1.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพสหวิชาชีพ รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ฝ่ายต้อนรับ หรือ ฝ่ายคัดกรองผู้ป่วย เพื่อให้มีหลักประกันว่า ผู้ป่วยสุขภาพทางเพศ จะสามารถเข้าถึงการบริการ ได้อย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรี
- 1.3 ประสานงาน และส่งต่อผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก
- 1.4 จัดให้มีกลยุทธ์ที่เหมาะสม ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสุขภาพทางเพศ
- 1.5 อธิบายกลยุทธ์ในการเฝ้าระวัง เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพทางเพศได้ล่วงหน้า ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของการเจ็บป่วย
- 1.6 ทำงานร่วมกับสมาชิกของศูนย์สุขภาพชุมชน ในการจัดทำนโยบายเพื่อรักษา ความลับของผู้ป่วยสุขภาพทางเพศ ให้มีความทันสมัยอยู่เสมอ

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ชักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ป่วย โดยไม่ด่วนตัดสินใจ มีการตอบสนองต่อปฏิกิริยาของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม หลีกเลี่ยงการนึกคิดเอาเองเกี่ยวกับ sexual orientation หรือ เพศของกลุ่มผู้ป่วย หรืออายุ หรือ การเป็นชนกลุ่มน้อย หรือการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ
- 2.2 เข้าใจถึงการที่ปัญหาสุขภาพทางเพศ มีผลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย
- 2.3 อธิบาย ถึงปัจจัยด้านวัฒนธรรม และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อความเสี่ยงที่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาสุขภาพทางเพศ และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อวัฒนธรรม รวมทั้งปัจจัยอื่น ๆ นั้น
- 2.4 เข้าใจถึง การที่สังคม ตีตราบาป ให้แก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางเพศ ซึ่งแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์บางส่วน ก็ยังถือว่าเป็นเรื่องที่หน้าอับอาย ในการที่ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพทางเพศ
- 2.5 อธิบายถึงความสัมพันธ์ของผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต ติดยาเสพติด สุรา และ ที่มีประวัติ sexual abuse ต่อภาวะเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้

2.6 อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้เกิด การตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนไว้ (Unplanned pregnancies) รวมทั้งผลกระทบต่อผู้ป่วย และสังคมได้

2.7 ตระหนักถึง การที่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว มีความพิการในการเรียนรู้ หรือเป็นผู้สูงอายุ จะถูกละเลย ในการดูแลปัญหาสุขภาพทางเพศจากบุคลากรทางการแพทย์

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

3.1 เข้าใจและสามารถเชื่อมโยงความรู้ทางกายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาระบบสืบพันธุ์ของเพศชายและเพศหญิง เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรคได้

3.2 นำข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับ Sexual History และจากการตรวจร่างกาย มาวินิจฉัยโรคและวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยได้

3.3 บรรยาย ปัญหาสุขภาพทางเพศที่พบบ่อยเกี่ยวกับ sexual dysfunction, sexual violence และ sexual abuse

3.4 ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศ รวมทั้งด้าน psychosexual, การคุมกำเนิด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจ HIV และผู้ป่วยที่มีภาวะ Unplanned pregnancy ได้

3.5 อธิบาย Best-practice guideline ในการให้คำปรึกษาแนะนำและการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 16 ปีได้

3.6 อธิบายมาตรการเร่งด่วน ที่จำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยตนเองหรือต้องส่งต่อเพื่อพบผู้เชี่ยวชาญ ด้านสุขภาพทางเพศ เช่น emergency contraception, severe pelvic inflammatory disease, serious infections ในผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายบกพร่องได้

3.7 อธิบายอาการแสดงเริ่มแรกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวินิจฉัยแยกโรคได้ รวมทั้งอธิบายภาวะติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังไม่มีอาการแสดงได้

3.8 อธิบายข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยแบบเฝ้าสังเกตอาการได้ เช่น chlamydia และ HIV อาจกลับเข้าสู่ภาวะไม่แสดงอาการต่างๆ ที่ยังดำเนินโรค เกิดอันตรายกับผู้ป่วย

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ใช้ข้อมูลจาก sexual history (ประวัติคู่นอน, sexual practice, การใช้ condom) และข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และมะเร็งปากมดลูกได้

4.2 ใช้ข้อมูลจากการประเมินภาวะเสี่ยงจากข้อ 4.1 มาให้คำแนะนำและดูแลรักษาที่สอดคล้องกับผู้ป่วย รวมทั้งคำแนะนำเกี่ยวกับ safe sexual practice และการให้วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบีได้

4.3 อธิบาย ปัจจัยที่บ่งบอกว่า เป็นผู้หญิงในกลุ่มเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก และเห็นคุณค่าในการเข้าหากลุ่มดังกล่าว เพื่อตรวจคัดกรองโรค

4.4 ส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ไปพบแพทย์เฉพาะทาง ได้อย่างเหมาะสม และสามารถอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาอย่างไรต่อไป เมื่อไปพบแพทย์เฉพาะทาง

4.5 ให้การดูแลป้องกันโรค HIV เกี่ยวกับ post - exposure prophylaxis และ mother - to - baby transmission ได้

4.6 เข้าใจระบบการคัดกรองโรคทางเพศสัมพันธ์ของประเทศ รวมทั้งประโยชน์และข้อจำกัด และความจำเป็นที่จะต้องมีการ informed consent

4.7 เข้าใจถึงความแตกต่างในผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ ที่จะมีโอกาสเสี่ยงต่อ Unplanned pregnancy และเห็นคุณค่าในการเข้าหากลุ่มดังกล่าว เพื่อให้การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

5.1 อธิบายผลกระทบของปัญหาสุขภาพทางเพศของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ป่วยได้

5.2 ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากวิถีของครอบครัวผู้ป่วยต่อปัญหาสุขภาพทางเพศของผู้ป่วย

5.3 เข้าใจถึงหลักการและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ข้อมูลของผู้ป่วยต่อครอบครัวผู้ป่วย

5.4 อธิบายระบบบริการสุขภาพทางเพศให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยได้

5.5 ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศแก่ครอบครัว โดยเฉพาะคู่สมรสได้ เช่น ความไม่พึงพอใจในการมีเพศสัมพันธ์

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 อธิบายระบาดวิทยาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพทางเพศ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชนของผู้ป่วยกลุ่มนั้น ๆ ได้

6.2 ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดจากวิถีชีวิตของชุมชน ต่อความชุกของปัญหาสุขภาพทางเพศ

6.3 ทราบระบบการให้บริการสุขภาพทางเพศในพื้นที่ของตนเอง รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญสุขภาพทางเพศที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ Specialist contraception care, termination of pregnancy, STD diagnosis and management, HIV management และ sexual dysfunction

6.4 อธิบายระบบบริการสุขภาพทางเพศให้แก่ผู้ป่วยได้

# 6

## Palliative Care การดูแลแบบประคับประคอง

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว
- 1.2 อธิบายสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย palliative care แบบประคับประคองในประเทศไทยได้
- 1.3 ส่งต่อไปยังหน่วยงานในชุมชนที่มีเกี่ยวข้องให้ช่วยดูแลต่อได้อย่างเหมาะสม

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 อธิบายความหมายและหลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- 2.2 มีความเข้าใจถึงความกังวลใจของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับความกลัวต่อความตาย ที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ซึ่งส่งผลต่อการรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย
- 2.3 อธิบายปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ เช่น ความกังวล อารมณ์ซึมเศร้า สับสน เป็นต้น
- 2.4 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้
- 2.5 อธิบายและให้การดูแลปัญหาความไม่สุขสบายที่พบบ่อยได้ ได้แก่ อ่อนเพลีย และอ่อนกำลัง หายใจติดขัด ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า เป็นต้น
- 2.6 อธิบายและสามารถดูแลภาวะ ความเศร้าจากการสูญเสียที่เป็นปกติและไม่ปกติ

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 อธิบายปฏิกิริยาหลังการรับรู้ข่าวร้าย หรือบอกความจริง
- 3.2 อธิบายขั้นตอนการแจ้งข่าวร้ายได้
- 3.3 แจ้งข่าวร้าย และตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
- 3.4 สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความหวังและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงได้
- 3.5 ประเมินความปวด และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ



#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 อธิบายความชุก ชนิด และกลไกความปวดจากโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- 4.2 อธิบายหลักการของการบำบัดความปวด ระบุประเภทยาแก้ปวด เกสซ์จลศาสตร์ วิธีการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง
- 4.3 อธิบายผลข้างเคียงของยากลุ่ม opioids และสามารถแก้ไขปัญหาพิษจาก opioids ได้
- 4.4 อธิบายวิธีการรักษาความปวดที่ไม่ใช้ยาได้
- 4.5 ดูแลอาการเจ็บป่วย ความไม่สบาย และดูแลภาวะใกล้เสียชีวิตของผู้ป่วยได้

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

- 5.1 อธิบายระบบครอบครัวและประเมินครอบครัวได้
- 5.2 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้
- 5.3 อธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล
- 5.4 ให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อครอบครัวและผู้ดูแลได้
- 5.5 ร่วมปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวในการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พรบ. สุขภาพแห่งชาติ พศ. 2550 มาตรา 12 ได้
- 5.6 ร่วมปรึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยในประเด็นต่างๆ โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การใช้อุปกรณ์การช่วยชีวิต การใช้ยาฆ่าเชื้อ การให้สารน้ำและสารอาหาร เป็นต้น

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

- 6.1 ให้ความใส่ใจและยอมรับต่อความเชื่อด้านสุขภาพตามวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อในเรื่องความตายของผู้ป่วยและครอบครัวได้ และนำความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมาประยุกต์ใช้เป็นองค์ประกอบในการวินิจฉัย แผนการรักษา การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้

# 7

## Complementary and Alternative Medicine (CAM) การแพทย์ทางเลือกและผสมผสาน

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 สืบค้นความรู้ ภูมิปัญญาที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีอยู่ในพื้นที่

1.2 อธิบายการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่มีใช้ในระบบสุขภาพให้แก่ผู้ให้บริการและผู้รับบริการตามบริบทของพื้นที่ได้

1.3 นำความรู้ในด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกที่เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการ มาใช้ในการดูแลประชาชนในระบบบริการปฐมภูมิ

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 เข้าใจความต้องการใช้การแพทย์ทางเลือกของประชากรในพื้นที่ซึ่งอาจแตกต่างกันไปตามแต่ละบริบทในประเทศไทย

2.2 ทำความเข้าใจและหาข้อตกลงร่วมกันกับผู้ป่วยในการนำแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการดูแลรักษา

2.3 เป็นแหล่งทรัพยากรข้อมูลสำหรับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการผสมผสานการแพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย และแพทย์พื้นบ้านเข้ากับการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

2.1 มีความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้านที่มีอยู่ในพื้นที่บริการปฐมภูมิของตนเอง และสามารถอธิบายกลไกการรักษา ข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธีการได้ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการแพทย์

2.2 นำความรู้เชิงประจักษ์ทางด้านการแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการดูแลปัญหาผู้ป่วยเฉพาะโรค

2.3 แนะนำวิธีการของแพทย์ทางเลือกให้แก่ประชากรในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การฝังเข็ม การกดจุด

2.4 ผสมผสานการแพทย์ทางเลือกให้เข้ากับการปฏิบัติงานระดับปฐมภูมิ

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ผสมผสานการแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์แผนปัจจุบันในการส่งเสริม ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ

4.2 ประยุกต์การแพทย์ทางเลือกเพื่อนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

5.1 ทำความเข้าใจกับครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้แพทย์ทางเลือกที่เหมาะสม กับบริบทของครอบครัวนั้น

5.2 ส่งเสริมผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ให้นำความรู้การแพทย์ทางเลือกไปใช้ในการดูแลสุขภาพในครอบครัว

5.3 เป็นแหล่งทรัพยากรข้อมูล การประสานงาน และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในด้านการแพทย์ทางเลือก

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 ประสานหรือจัดตั้งเครือข่ายกับองค์กรด้านการแพทย์ทางเลือกของชุมชน

6.2 เป็นแหล่งทรัพยากรเกี่ยวกับการให้ข้อมูล การส่งต่อ และการทำความเข้าใจ กับชุมชนเกี่ยวกับการผสมผสานการแพทย์ทางเลือกเข้ากับการแพทย์แผนปัจจุบัน

6.3 การจัดบริการทางเลือกให้กับชุมชนโดยทีมปฎิบัติเป็นผู้ประสานงาน

# 8

## Care of Specific Populations

### การดูแลกลุ่มประชากรเฉพาะ

#### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 จัดบริการอาชีวอนามัยขั้นพื้นฐาน แก่ประชากรที่มีอาชีพในภาคเกษตร อุตสาหกรรม และภาคบริการ
- 1.2 รู้ระดับวิทยาของโรคจากการทำงานที่พบบ่อยในพื้นที่
- 1.3 รู้แนวทางการรักษาโรคจากการทำงาน
- 1.4 ประสานการดูแลผู้ป่วยโรคจากการทำงานกับแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ได้
- 1.5 จัดระบบบันทึกเวชระเบียนที่มีข้อมูลการทำงานและความเสี่ยงจากการทำงาน
- 1.6 จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่กลุ่มประชากรเฉพาะตามวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา
- 1.7 รู้ระดับวิทยาของโรคที่พบในกลุ่มประชากรเฉพาะตามวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา
- 1.8 ให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามสิทธิการรักษา

#### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person-centered and holistic care)

- 2.1 ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วยของคนทำงาน
- 2.2 สื่อสารกับผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย
- 2.3 ดูแลสุขภาพของคนทำงานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมการทำงาน
- 2.4 ดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในช่วงการทำงานและช่วงการหยุดงาน
- 2.5 ดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
- 2.6 เข้าใจถึงบริบทของวัฒนธรรม อาหาร การเกิด การตาย การใช้ยา และการให้ความสำคัญต่อการเจ็บป่วย
- 2.7 ดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 สํารวจ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ความเสี่ยงจากการทำงานที่พบบ่อย
- 3.2 วางแผนจัดสิ่งแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสมกับคนทำงาน
- 3.3 วางแผนป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงาน
- 3.4 วางแผนการตรวจสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน
- 3.5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนากับภาวะสุขภาพ
- 3.6 ทำหัตถการได้ในกรณีฉุกเฉิน

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ดูแลรักษาคคนทำงานเมื่อเกิดอุบัติเหตุและโรคจากการทำงานทั้งแบบเฉียบพลัน และเรื้อรัง

- 4.2 สร้างเสริมสุขภาพคนทำงานโดยใช้รูปแบบที่เหมาะสมกับลักษณะงาน
- 4.3 ให้คำแนะนำในการป้องกันโรคจากการทำงาน
- 4.4 ฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับไปทำงานได้อย่างปลอดภัย
- 4.5 ดูแลรักษากลุ่มประชากรเฉพาะที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่างกัน

เมื่อเกิดโรคทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

4.6 สร้างเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรเฉพาะตามความเหมาะสมของวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา

4.7 ป้องกันโรคในกลุ่มประชากรเฉพาะตามความเหมาะสมของวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา

4.8 ฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มประชากรเฉพาะตามความเหมาะสมของวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา

### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

- 5.1 เข้าใจผลกระทบของโรคจากการทำงานต่อครอบครัว
- 5.2 ประเมินความคิด ความรู้สึก ความคาดหวังของครอบครัว ต่อปัญหาโรคจากการทำงาน
- 5.3 ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาโรคจากการทำงาน
- 5.4 ร่วมกับครอบครัวค้นหาแนวทางแก้ปัญหาโรคจากการทำงาน ให้มีทางเลือกหลายทาง
- 5.5 เข้าใจผลกระทบของปัญหาสุขภาพต่อครอบครัว ในกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรม

เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่างกัน

5.6 ประเมินความคิด ความรู้สึก ความคาดหวังของครอบครัว ต่อปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่าง

5.7 ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพ ในกลุ่มประชากร ที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่าง

5.8 ร่วมกับครอบครัวค้นหาแนวทางแก้ปัญหาสุขภาพ โดยมีทางเลือกหลากหลาย เพื่อให้เหมาะกับกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่างกัน

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 เข้าใจผลกระทบของโรคจากการทำงาน ทั้งต่อเพื่อนร่วมงาน สถานที่ทำงาน และชุมชน

6.2 เข้าใจบทบาทของบุคลากรสาขาอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ของคนในชุมชน

6.3 ประสานงานกับบุคลากรสาขาอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ ของคนในชุมชนได้

6.4 เข้าใจระบบประกันคุณภาพของสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของ คนทำงาน

6.5 เข้าใจกฎหมายที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนทำงานในภาพรวม

6.6 ใช้ทรัพยากรในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนา ที่แตกต่างกันอย่างเท่าเทียมกัน

6.7 เข้าใจผลกระทบต่อกันและกัน ในชุมชนที่มีกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรม เชื้อชาติ และศาสนาที่แตกต่าง

6.8 เสริมสร้างการรับรู้ซึ่งกันและกันอย่างสร้างสรรค์ ในเรื่องวัฒนธรรม เชื้อชาติ และ ศาสนาของประชากรกลุ่มต่างๆในชุมชน

## 9

Disaster Medicine  
เวชศาสตร์ภัยพิบัติ

## 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 มีความรู้เบื้องต้นในการประเมินสถานการณ์ภัยพิบัติ ทั้งภัยพิบัติจากธรรมชาติ ภัยพิบัติจากอุบัติเหตุ และภัยพิบัติจากการก่อการร้าย
- 1.2 มีความรู้เรื่องระบบรับมือกับสถานการณ์ภัยพิบัติในพื้นที่รับผิดชอบของตน
- 1.3 จัดทีมสนับสนุนให้การดูแลเบื้องต้นในพื้นที่ภัยพิบัติที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของตนได้
- 1.4 จัดบริการดูแลด้านสุขภาพ (health) ให้กับผู้ประสบภัยจากสถานการณ์ภัยพิบัติในเบื้องต้นได้
- 1.5 วางแผน จัดพื้นที่สำหรับดูแลผู้ประสบภัยตามระดับความรุนแรงโซนสีแดง เขียว เหลือง และแดง รวมถึงจัดเตรียมทรัพยากรบุคคลประจำในแต่ละโซนได้เหมาะสม
- 1.6 ประสานงานกับทีมหรือหน่วยงานอื่นเพื่อมาร่วมเยียวยาผู้ประสบภัย ตัวอย่างเช่น หน่วยกู้ชีพ องค์กรท้องถิ่นและองค์กรสาธารณะ ทีมบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ
- 1.7 วางแผน และเตรียมความพร้อมล่วงหน้าเพื่อรับมือสถานการณ์ภัยพิบัติให้กับทีมในองค์กรของตนได้อย่างสม่ำเสมอ
- 1.8 เป็นผู้นำทีมสุขภาพในพื้นที่ในการจัดการปัญหาสุขภาพที่เกิดจากภัยพิบัติได้
- 1.9 เป็นผู้ตามที่ดีให้กับองค์กรความร่วมมือต่างๆที่เกี่ยวข้องในการเยียวยาช่วยเหลือผู้ประสบภัย
- 1.10 วางแผน และเตรียมความพร้อมด้านเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรับมือกับปัญหาสาธารณสุขจากสถานการณ์ภัยพิบัติแต่ละประเภทในพื้นที่รับผิดชอบได้ รวมทั้งสามารถบริหารจัดการให้เกิดประโยชน์สูงสุดกรณีที่ทรัพยากรมีจำกัด
- 1.11 จัดระบบส่งต่อผู้ป่วยจากเหตุภัยพิบัติไปพบผู้เชี่ยวชาญเฉพาะได้เหมาะสม
- 1.12 ใช้ทักษะการสื่อสารอย่างเหมาะสมในระหว่างเหตุการณ์วิกฤตเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการติดต่อประสานงาน และในการดูแลผู้ป่วยที่กำลังมีสถานะเครียด
- 1.13 มีทักษะการแก้ปัญหาได้ดีในสถานการณ์ซึ่งขาดทรัพยากร กำลังคน การติดต่อสื่อสาร และการคมนาคมขนส่ง อันเนื่องจากเหตุภัยพิบัติ
- 1.14 จัดการประเมินผลการทำงาน วิเคราะห์ผลร่วมกับทีมหลังจากที่งานเสร็จสิ้น เพื่อปรับปรุงวิธีการรับมือในครั้งต่อไปได้

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ให้การดูแล เยียวยาผู้ประสบภัยโดยคำนึงถึงทุกมิติของสุขภาพ
- 2.2 ตระหนักถึงสิทธิผู้ป่วย
- 2.3 ให้การดูแลผู้ป่วยจากภัยพิบัติโดยใช้พื้นฐานการตัดสินใจเลือกวิธีรักษาร่วมกันกับผู้ป่วย
- 2.4 ส่งเสริมสุขภาพ และบอกวิธีป้องกันโรคที่เกิดตามหลังการประสบภัยพิบัติให้กับผู้ป่วยแต่ละคนได้อย่างจำเพาะ

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 อธิบายความสำคัญของภัยพิบัติ อุบัติภัยหมู่ การคัดแยกผู้ประสบภัยตามระดับความรุนแรง และการก่อกองภัยได้
- 3.2 อธิบายประเภทของภัยพิบัติ โดยจำแนกตามสาเหตุทั้งจากธรรมชาติ อุบัติเหตุ การก่อความรุนแรง และการก่อกองภัยได้
- 3.3 มีความรู้เรื่องผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากเหตุภัยพิบัติแต่ประเภท และสามารถวิเคราะห์ ให้การดูแลผู้ประสบผลกระทบดังกล่าวได้ทั้งในระยะฉับพลัน และระยะยาว
- 3.4 มีความรู้ และเข้าใจวิธีการเข้าช่วยเหลือในสถานการณ์ภัยพิบัติอย่างปลอดภัย ทั้งในเรื่องอุปกรณ์ป้องกันอันตรายสำหรับบุคคล การขจัดสารพิษ และความปลอดภัยในพื้นที่เกิดเหตุ
- 3.5 มีทักษะทางคลินิกของการวินิจฉัยโรคโดยไม่จำเป็นต้องใช้เครื่องมือเพื่อช่วยวินิจฉัย เช่น เอ็กซเรย์ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น
- 3.6 มีทักษะในการจำแนกกลุ่มผู้ประสบภัยตามความรุนแรงและความเร่งด่วนในการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม
- 3.7 มีทักษะการกู้ชีพ
- 3.8 ดูแล รักษาและฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่มีโรคเครียด (acute stress disorder) ได้
- 3.9 วินิจฉัย รักษา และฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจภายหลังภัยอันตราย (Post - Traumatic Stress Disorder) ได้



#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 อธิบายการดำเนินของโรคและความเจ็บป่วยที่เกิดจากการประสพภัยพิบัติในแต่ละประเภทได้

4.2 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูสภาพให้กับกลุ่มประชากรที่ประสพภัยพิบัติในพื้นที่รับผิดชอบของตนได้

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

5.1 ให้การดูแลครอบครัวผู้ประสพภัยได้

5.2 คำนึงถึงผลกระทบด้านสุขภาวะที่อาจเกิดขึ้นกับครอบครัวของผู้ประสพภัยพิบัติ และให้การดูแล แก้ไขได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

5.3 กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยกันเยียวยาบุคคลที่ประสพภัยในครอบครัวด้วยตนเอง

5.4 ประเมินผลกระทบจากความสูญเสียของครอบครัว โดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพ และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 ทำงานแก้ไขปัญหาระหว่างเกิดภัยพิบัติร่วมกับชุมชนในพื้นที่ของตนได้

6.2 ประสานความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อให้การดูแล ฟื้นฟู หลังประสพภัยพิบัติได้

6.3 กระตุ้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเยียวยา แก้ไขปัญหาอุปสรรค และฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองจากการประสพภัยพิบัติได้ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

6.4 เป็นผู้ผู้นำ เป็นแหล่งสนับสนุน และเป็นแหล่งทรัพยากรให้กับชุมชนในการดูแล ปัญหาสุขภาวะที่เกิดจากการประสพภัยพิบัติได้

# 10

## International Health สุขภาพอนามัยระหว่างประเทศ

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 อธิบายสถานการณ์ชาวต่างชาติที่อยู่ในประเทศไทยได้
- 1.2 อธิบายกฎหมายอนามัยระหว่างประเทศ พ.ศ.2548 ได้ (International Health Regulations หรือ IHR 2005)
- 1.3 มีส่วนร่วมในระบบการเฝ้าระวังและรายงานโรคที่เป็นปัญหาอนามัยระหว่างประเทศไทย
- 1.4 ประสานงานในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 คำนึงถึงความสำคัญของจิตใจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วยต่างชาติที่มีผลกระทบต่ออาการเจ็บป่วย
- 2.2 ค้นหาความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- 2.3 ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกันในการดูแลปัญหาสุขภาพ
- 2.4 สื่อสารหรือมีผู้ช่วยสื่อสารกับชาวต่างชาติเพื่อการดูแลปัญหาสุขภาพได้
- 2.5 จัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วย และเชื่อมโยงไปสู่การดูแลต่อเนื่องได้
- 2.6 ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการดำเนินชีวิต
- 2.7 เลือกแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 ประเมินความเสี่ยง วินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค และรักษาโรคที่พบบ่อยของผู้ป่วยหลากหลายเชื้อชาติ โดยคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ
- 3.2 ดูแลโรคติดต่อเฉียบพลันที่เป็นปัญหาอนามัยระหว่างประเทศได้
- 3.3 ส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อเฉียบพลัน หรือปัญหาอื่นๆ ไปยังสถานบริการที่เหมาะสม

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อย และโรคที่เป็นปัญหาอนามัยระหว่างประเทศให้แก่ผู้ป่วยหลากหลายเชื้อชาติ
- 4.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่พบบ่อย และโรคที่เป็นปัญหาอนามัยระหว่างประเทศ
- 4.3 ประสานความร่วมมือกับครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

- 5.1 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในบริบทสังคมและวัฒนธรรม
- 5.2 กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้
- 5.3 กระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่บุคคลในครอบครัว

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

- 6.1 ประสานงานกับชุมชนในการจัดระบบเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ หรือภาวะคุกคามด้านสาธารณสุข ด้วยระบบสื่อสารข้อมูลชุมชนที่มีประสิทธิภาพ
  - 6.2 ประสานความร่วมมือกับชุมชนในการปฏิบัติตามกฎหมายระหว่างประเทศ
- พ.ศ. 2548

# 11

## Human Behavior and Mental Health พฤติกรรมของมนุษย์และสุขภาพจิต

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตเวชที่พบบ่อยได้ เช่น ภาวะวิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย จิตเภท Somatization, Somatoform disorder โดยการใช้เครื่องมือทางจิตเวชที่มีประสิทธิภาพและเชื่อถือได้

1.2 ให้การตรวจประเมินทางจิตเวช ร่วมกับการตรวจทางกายที่เหมาะสม

1.3 อธิบายแนวทางการดูแลและกระบวนการบำบัดที่จำเพาะได้ตามแนวทางการรักษาสากล

1.4 ดูแลผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในปฐมภูมิโดยตระหนักว่า บางหัตถการทางการแพทย์อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพจิต รวมถึงความแตกต่างในการสื่อสาร การใช้ยา และการดูแลตนเอง

1.5 ส่งต่อ (refer) หรือดูแลร่วม (collaborate) กับผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม

1.6 อธิบายถึงสาเหตุต่างๆที่ทำให้เกิดอาการทางจิต (psychosis) ในผู้ป่วยวัยรุ่นครั้งแรกได้

1.7 รู้ถึงสัญญาณเตือนเบื้องต้นของการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นได้

1.8 ตอบสนองได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมต่อผู้ป่วย ครอบครัว ครู หรือบุคคลอื่นที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็กและวัยรุ่น

1.9 เข้าใจความรับผิดชอบในการช่วยเหลือเด็กที่ประสบปัญหาและรู้วิธีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนและคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

1.10 นำหลักการความรู้ด้านพฤติกรรมศาสตร์ มาประยุกต์ใช้ในการจัดการบริการปฐมภูมิเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน การปรับสภาพแวดล้อม วัฒนธรรม ค่านิยม ที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 เข้าใจถึงการดูแลร่วมระหว่างทางกายและทางจิตใจ เช่น อาการทางจิตที่มีผลมาจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย
- 2.2 สร้างสัมพันธ์ภาพทางการรักษากับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้
- 2.3 แสดงถึงทักษะการสื่อสารที่จำเพาะกับผู้ป่วยแต่ละลักษณะได้
- 2.4 เข้าถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพื่อได้ประวัติที่ผู้ป่วยอยากจะทำถึง
- 2.5 อธิบายให้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชเข้าใจถึงการเจ็บป่วยและตัดสินใจให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม
- 2.6 ตระหนักถึงความแตกต่างทางวัฒนธรรม
- 2.7 วิเคราะห์และประเมินผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุการเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชและปัจจัยที่ช่วยในการฟื้นฟูจากการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีประสิทธิภาพ
- 2.8 ให้คำปรึกษาและดูแลต่อเนื่องเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 บอกความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตและความต้องการการดูแลทางการแพทย์ รวมถึงการใช้อุปกรณ์ที่มีอยู่ และการลงทะเบียนผู้ป่วยสำหรับภาวะจำเพาะซึ่งสัมพันธ์กับการเก็บข้อมูลและการติดตามการรักษา
- 3.2 ค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิต
- 3.3 มีความเข้าใจและแยกความแตกต่างระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความทุกข์ทางอารมณ์ (emotional distress)
- 3.4 ระบุปัญหาทางสุขภาพจิตซึ่งซ่อนเร้นหรือเกี่ยวกับภาวะทางกาย
- 3.5 ประเมินความเสี่ยงของภาวะความคิดการทำร้ายตนเอง
- 3.6 มีความเข้าใจประเด็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพการคัดกรอง การระบุปัญหาแต่แรกเริ่ม การสังเกตการณ์และการประเมินอย่างเป็นขั้นตอน
- 3.7 จัดการกับสถานการณ์ที่ไม่แน่นอนซึ่งผู้ป่วยมักทำให้เกิดขึ้น เช่น การมาตรวจบ่อยๆ ผู้ป่วยที่ต้องการยาในปริมาณที่ผิดปกติ การทำร้ายตนเองบ่อย ๆ ในผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน
- 3.8 รู้และเข้าใจในธรรมชาติพฤติกรรมมนุษย์ ตลอดจนหลักการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ดูแลปัญหาสุขภาพกายในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้
- 4.2 คัดกรองและวินิจฉัยผู้ป่วยที่มีปัญหาทางกายซึ่งเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้
- 4.3 เข้าใจเรื่องการฟื้นฟูและหลักการส่งเสริมการฟื้นฟู
- 4.4 อธิบายหลักการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีได้ (mental health promotion)

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

- 5.1 ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต
- 5.2 อธิบายผลกระทบของการมีผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่มีต่อบุคคลในครอบครัวได้
- 5.3 สื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลภาวะทางสุขภาพจิต
- 5.4 ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวถึงการสังเกตอาการ การคัดกรองและการดูแลเบื้องต้น แก่ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตในครอบครัว
- 5.5 ประคับประคองครอบครัวในภาวะวิกฤติจากผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้
- 5.6 ค้นหาศักยภาพของครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

- 6.1 ตระหนัก อธิบาย ประเมิน และวางแผนการให้บริการที่เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะตราบาป (stigma) และการแยกตัวจากสังคม
- 6.2 บอกข้อขัดแย้งทางจริยศาสตร์ของการใช้ยาเพื่อสงบอาการผู้ป่วยในเหตุผลทางสังคม
- 6.3 จัดการภาวะความไม่เท่าเทียมทางสังคมได้
- 6.4 ประเมินองค์กรทางสังคมและสุขภาพ ทั้งหน่วยราชการและเอกชน ที่มีส่วนในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และใช้กลไกทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน
- 6.5 ให้การดูแลร่วมกับหน่วยงานอื่นเพื่อดูแลปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพจิตของประชาชนโดยคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของคนชุมชน
- 6.6 สามารถจัดแผนงานพัฒนาสุขภาพจิตซึ่งสะท้อนถึงมุมมองของประชาชนในท้องถิ่น

## 12

Clinical Management  
การจัดการปัญหาทางคลินิก

- 12.1 ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular problems)
- 12.2 ปัญหาระบบย่อยอาหาร (Digestive problems)
- 12.3 ปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดและแอลกอฮอล์ (Drug and alcohol problems)
- 12.4 ปัญหาหู คอ จมูก และใบหน้า (ENT and facial problems)
- 12.5 ปัญหาทางตา (Eye problems)
- 12.6 ปัญหาระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine problems)
- 12.7 ปัญหาระบบประสาท (Neurological problems)
- 12.8 ปัญหาระบบหายใจ (Respiratory problems)
- 12.9 ปัญหาไขข้อ กระดูก และกล้ามเนื้อ (Rheumatology and musculoskeletal problems)
- 12.10 ปัญหาผิวหนัง (Skin problems)
- 12.11 ปัญหาโลหิตวิทยา (Hematologic problems)
- 12.12 ปัญหาทางไต (Renal problems)
- 12.13 ปัญหาโภชนาการ (Nutritional problems)

## 12.1 ปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 จัดบริการปฐมภูมิให้กับในผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้
- 1.2 มีทักษะการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ในทุกกระดับ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเต็มที่
- 1.3 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในเวลาที่เหมาะสม และทันที่ โดยเฉพาะกรณีภาวะฉุกเฉินทางระบบหัวใจและหลอดเลือด
- 1.4 เลือกใช้กลยุทธ์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อลดปัญหาโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างเหมาะสม
- 1.5 วินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดก่อนที่จะแสดงอาการได้
- 1.6 วินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จากอาการและอาการแสดง รวมถึงส่งตรวจเพิ่มเติม และ/หรือส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ในกรณีดังต่อไปนี้

## อาการ

- เจ็บหน้าอก (Chest pain)
- หายใจไม่อิ่ม (Breathlessness)
- ข้อมเท้าบวม (Ankle swelling)
- ใจสั่น (Palpitation)
- หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmias)
- อาการและอาการแสดงของโรคระบบหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)
- เป็นลม (Syncope)
- หมดสติ (Collapse)

## ภาวะความเจ็บป่วย

- Coronary heart disease: angina, acute coronary syndromes, cardiac arrest
- Heart failure
- Arrhythmias
- Other heart disease: valvular heart disease, cardiomyopathy, congenital heart disease
- Cerebrovascular disease: stroke, TIA
- Thromboembolic disease

## Investigation

- Blood pressure measurement
- ทำการตรวจ อ่านและแปลผล Electrocardiogram พื้นฐานได้
- ทำการตรวจ และแปลผล Venous dopplers and ankle brachial pressure index measurement



### การรักษา

- ให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ โดยเฉพาะการรักษาภาวะความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง
- ดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังได้ ทั้งการรักษาโรค การดูแลอย่างเป็นระบบ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชา การฟื้นฟู และการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวระยะสุดท้าย (End stage cardiac failure)
- ติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ได้ในทุกระดับ
- รักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาหรืออาการอันสงสัยจะเกิดจากภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างทันท่วงที

### การป้องกัน

เลือกใช้วิธีการ กลยุทธ์ ในการลดหรือกำจัดการปัจจัยเสี่ยงอันจะนำไปสู่ภาวะโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังต่อไปนี้

- ภาวะความดันโลหิตสูง
- ภาวะไขมันในเลือดสูง
- การสูบบุหรี่
- การดื่มสุรา
- ภาวะโรคอ้วนหรือน้ำหนักเกิน
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือโรคเบาหวาน

1.7 จัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยแต่ละราย โดยข้อมูลนั้น ๆ สามารถเชื่อมโยงไปสู่การดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละสาขาได้

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 ค้นหาความเชื่อทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และให้การสนับสนุน แก้อาหรือคัดค้านได้อย่างเหมาะสม

2.2 ยอมรับความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยในระหว่างการดูแลปัญหาโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยให้ความเคารพต่อการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วย

2.3 สื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยงการเกิดโรคหรือปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างชัดเจนและมีประสิทธิภาพโดยไม่มีอคติ

2.4 ให้ความสำคัญของสภาพทางจิตใจและสังคมที่มีผลกระทบกับการดูแลปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย

2.5 ให้ความสำคัญของสภาพทางจิตใจและสังคมที่มีผลกระทบกับการดูแลปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยต่อครอบครัว เพื่อน นายจ้าง ลูกจ้าง

2.6 ตระหนักถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับการดำเนินชีวิต และการทำงานของผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.7 ตระหนักถึงวัฒนธรรมของชุมชนที่มีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่ออารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย

2.9 เลือกแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลรักษาปัจจัยเสี่ยงของปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและแพทย์

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

3.1 จัดการภาวะทางด้านโรคหัวใจและหลอดเลือดในกรณีเร่งด่วน ได้อย่างทันท่วงที่ เช่น Acute myocardial infarction, Acute stroke and critical ischaemia

3.2 อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงแนวทางการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง

3.3 มีทักษะในการซักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อการวินิจฉัยโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ถูกต้อง

3.4 ส่งต่อผู้ป่วยไปยังแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ ในสถานการณ์และเวลาที่เหมาะสม

3.5 อธิบายเหตุผลของการจำกัดการส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการ และการรักษาในกรณีโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ไม่จำเป็นได้ เช่น การทำ Echocardiogram, การใช้ยากลุ่ม Statins

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการลดหรือกำจัดความเสี่ยงในการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดแต่ละรายได้

4.2 เลือกการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม โดยจัดลำดับความสำคัญก่อนหลังตามปัจจัยเสี่ยงและความรุนแรงของโรค ทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

4.3 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัว การดำเนินชีวิตให้เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง และความรุนแรงของโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วย

4.4 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family oriented approach)

5.1 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการร่วมกันลดหรือกำจัดความเสี่ยงในการเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดในแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม

5.2 อธิบายปัจจัยเสี่ยงและโอกาสเกิดโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ของสมาชิกในครอบครัวได้

5.3 วางแนวทางการจัดการเพื่อให้การรักษาภาวะฉุกเฉิน ทางระบบหัวใจและหลอดเลือด แก่ผู้ป่วยที่แตกต่างกันในแต่ละครอบครัวได้

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community oriented approach)

6.1 อธิบายแนวโน้มความชุกของปัจจัยเสี่ยง รวมถึงโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดของชุมชนได้

6.2 อธิบายนโยบายของรัฐบาลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

6.3 ใช้นโยบายของรัฐบาลในการดูแลปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด

6.4 วางแนวทางการจัดการเพื่อให้การรักษาภาวะฉุกเฉิน ทางระบบหัวใจและหลอดเลือด แก่ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ต่างกันได้

## 12.2 ปัญหาระบบย่อยอาหาร (Digestive Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 จัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหากระเพาะย่อยอาหารที่พบบ่อย

1.2 รู้ระดับวิทยาของโรคระบบย่อยอาหารที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดท้อง แผลในกระเพาะอาหารกรดไหลย้อน อุจจาระร่วง ท้องผูก ลำไส้แปรปรวน ในประชากรวัยต่าง ๆ และโรคตับ ตับอ่อน ต่อน้ำดี

1.3 รู้แนวทางการรักษาโรคระบบย่อยอาหาร

1.4 ประสานการดูแลผู้ป่วยกับแพทย์อายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์ ได้

1.5 ส่งต่อผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.6 ให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมตามสิทธิการรักษา

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ค้นหาทั้งโรคและความเจ็บป่วย
- 2.2 สื่อสารกับผู้ป่วย สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และยอมรับในตัวตนของผู้ป่วย
- 2.3 ดูแลปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
- 2.4 ดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย
- 2.5 เข้าใจถึงบริบทของวัฒนธรรม อาหารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาาระบบย่อยอาหาร

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 สํารวจ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์อุบัติการณ์ปัญหาาระบบย่อยอาหารที่พบบ่อย
- 3.2 วางแผนจัดการสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาาระบบย่อยอาหาร
- 3.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของวัฒนธรรม เชื้อชาติ ศาสนากับปัญหาาระบบย่อยอาหาร
- 3.4 ทำหัตถการได้ในกรณีฉุกเฉิน

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบย่อยอาหารทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 4.2 สร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบย่อยอาหารโดยใช้โปรแกรมที่เหมาะสม
- 4.3 ให้คำแนะนำในการป้องกันปัญหาาระบบย่อยอาหาร
- 4.4 ฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 เข้าใจผลกระทบของโรกระบบย่อยอาหารต่อครอบครัว
- 5.2 ประเมินความคิด ความรู้สึก ความคาดหวังของครอบครัว ต่อปัญหาโรกระบบย่อยอาหาร
- 5.3 ประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว เมื่อเกิดปัญหาโรกระบบย่อยอาหาร
- 5.4 ร่วมกับครอบครัวค้นหาแนวทางแก้ปัญหาโรกระบบย่อยอาหารให้มีทางเลือกหลายทาง

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 เข้าใจผลกระทบของโรคระบบย่อยอาหารต่อเพื่อนบ้าน และชุมชน
- 6.2 ใช้ทรัพยากรในการดูแลปัญหาโรคระบบย่อยอาหารอย่างมีประสิทธิภาพและเท่าเทียมกัน
- 6.3 ประสานงานกับบุคลากรสาขาอื่นและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม และวัฒนธรรม ที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการเกิดปัญหาโรคระบบย่อยอาหาร
- 6.4 เสริมสร้างการรับรู้ของชุมชนอย่างสร้างสรรค์ในเรื่องปัญหาโรคระบบย่อยอาหาร

## 12.3 ปัญหาเกี่ยวกับสารเสพติดและแอลกอฮอล์ (Drug and Alcohol Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 อธิบายอาการและการแสดงของผู้ใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ ได้ ทั้งทางกาย จิตใจและสังคม
- 1.2 อธิบายภาวะแทรกซ้อนหรือโรคร่วมที่เกิดจากการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ทั้งจากตัวสารเสพติดเอง และจากวิธีการบริหารยา
- 1.3 อธิบายการตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ และแปลผลได้อย่างถูกต้อง
- 1.4 คัดกรองผู้ติดแอลกอฮอล์โดยใช้ชุดคำถามเบื้องต้น ตัวอย่างเช่น CAGE, AUDIT
- 1.5 ให้การดูแลผู้ติดสารเสพติดตามมาตรฐานการรักษาทั้งวิธีใช้ยา และไม่ใช้ยา
- 1.6 ให้การดูแลภาวะฉุกเฉินจากการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ ได้
- 1.7 อธิบายขั้นตอนการจัดตั้งและดำเนินงานของคลินิกยาเสพติด โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งในและนอกสถานพยาบาล
- 1.8 ตระหนักถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 อธิบายและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2.2 อธิบายขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาต่าง ๆ ของการเลิกสารเสพติดในผู้ป่วยแต่ละคน และสามารถให้การช่วยเหลือในแต่ละระยะได้อย่างถูกต้อง
- 2.3 ตระหนักและดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ครอบครัวยุค สังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่น

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

3.1 ประเมินความเสี่ยงของการทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายในผู้ใช้สารเสพติด และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม

3.2 อธิบายเนื้อหาสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด แอลกอฮอล์ และ บุหรี่ ข้อจำกัดของกฎหมาย และกลไกในการบริหารจัดการเพื่อบังคับใช้กฎหมายในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 อธิบายสาเหตุที่ทำให้เกิดการใช้สารเสพติดในแต่ละบุคคล และให้การแก้ไข

4.2 อธิบายโรคหรือภาวะที่พบร่วมกับการใช้สารเสพติด และให้การดูแลรักษา

4.3 อธิบายปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อยในระหว่างการเลิกใช้สารเสพติด รวมทั้งให้การป้องกัน และดูแลปัญหาเหล่านั้นได้

4.4 ตระหนักถึงประโยชน์ของการดูแลแบบครอบคลุมต่อการรักษาผู้ติดยาเสพติด

### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

5.1 อธิบายและตระหนักถึงความเกี่ยวเนื่องของครอบครัวต่อปัญหาการใช้สารเสพติด

5.2 ดูแลผู้ใช้สารเสพติดโดยคำนึงถึงการให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

5.3 ประสานความร่วมมือกับครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้เลิกสารเสพติดได้กลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างมั่นใจและยั่งยืน

### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

6.1 อธิบายความเกี่ยวเนื่องกันของปัญหาสารเสพติดในชุมชนลักษณะต่าง ๆ

6.2 ให้การดูแลปัญหาสารเสพติด โดยใช้รูปแบบของการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

6.3 จัดระบบการดูแลปัญหาสารเสพติด โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่าง ๆ

ในชุมชน

6.4 ตระหนักถึงความสำคัญของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด

6.5 วางแผนเพื่อป้องกันปัญหาสารเสพติดในชุมชน โดยร่วมมือกับคนและหน่วยงานต่าง ๆ

ในชุมชน

## 12.4 ปัญหาหู คอ จมูกและใบหน้า (ENT and Facial Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 ดูแลผู้ป่วยโรคทางหู คอ จมูก ที่พบบ่อยได้
- 1.2 รู้ข้อบ่งชี้ในการส่งตัวพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะได้
- 1.3 อธิบายอาการให้กับผู้ป่วยที่ไม่ต้องใช้ยารักษา รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยหูหนวกหรือมีปัญหาการได้ยิน ในด้านการติดต่อสื่อสารได้
- 2.2 อธิบายแนะนำผู้ดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงสภาพจิตใจและสังคมของผู้ป่วย
- 2.3 ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองในกรณีโรคทางหู คอ จมูก
- 2.4 แนะนำภาวะเสี่ยงและอาการหรือโรคทางหู คอ จมูกได้

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem - solving skills)

- 3.1 ใช้ความรู้และอุปนิสัยการช่วยในการวินิจฉัย
- 3.2 อธิบายอาการที่ต้องเฝ้าระวังสำหรับมะเร็งที่ หู คอ จมูก และใบหน้า
- 3.3 เข้าใจและใช้เครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและปลอดภัย

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ดูแลผู้ป่วยทางหู คอ จมูกทั้งกรณีปัญหาเฉียบพลันและเรื้อรังได้
- 4.2 รู้เกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่มีผลต่อโรคทางหู คอ จมูก
- 4.3 อธิบายอาการทางหู คอ จมูกที่สัมพันธ์กับ Systemic Disease

### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 วิเคราะห์สภาพครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคทางหู คอ จมูก
- 5.2 อธิบายทำความเข้าใจกับคนในครอบครัว เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคทางหู คอ จมูก
- 5.3 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและผู้ป่วยโรคทางหู คอ จมูก

### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 อธิบาย Screening program สำหรับผู้ป่วยสูญเสียการได้ยิน
- 6.2 เข้าใจลักษณะการบริการและข้อจำกัดในชุมชน เกี่ยวกับโรคทาง หู คอ จมูก
- 6.3 เข้าใจปัญหาทางกฎหมายและสิทธิสำหรับผู้ป่วยพิการทางหู

## 12.5 ปัญหาทางตา (Eye Problems)

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจะต้องมีสมรรถนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 ดูแลผู้ป่วยโรคทางตาเบื้องต้นที่พบได้
- 1.2 ส่งต่อผู้ป่วยโรคทางตาไปถึงผู้เชี่ยวชาญเฉพาะอย่างเหมาะสม
- 1.3 ส่งเสริมการดูแลสุขภาพทางตา และให้การแนะนำการป้องกันโรคทางสายตาที่ป้องกันได้

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาวะจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคตา
- 2.2 เข้าใจและจัดการความเชื่อเรื่องสุขภาพทางตาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- 2.3 แนะนำภาวะเสี่ยงกับอาการนำ และโรคทางตาได้
- 2.4 แนะนำทางเลือกในการรักษาให้ผู้ป่วยตัดสินใจและเลือกวิธีที่เหมาะสม

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

- 3.1 ส่งตรวจเพิ่มเติมได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว
- 3.2 ใช้อุบัติการณ์ของโรคช่วยในการวินิจฉัย
- 3.3 อธิบายอาการผิดปกติทางตา ตั้งแต่เด็กแรกเกิดจนถึงคนชรา
- 3.4 ใช้ข้อมูลจากประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย และวางแผนการรักษา รวมทั้งส่งต่อผู้เชี่ยวชาญได้
- 3.5 รู้จักอาการทางตาที่สัมพันธ์กับโรคในระบบอื่น

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ดูแลผู้ป่วยทางตาทั้งปัญหาเฉียบพลันและเรื้อรัง
- 4.2 อธิบายคำจำกัดความของผู้พิการทางสายตา
- 4.3 อธิบายปัญหาและสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการมองเห็นเรื้อรัง
- 4.4 ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีการมองเห็นที่ดีที่สุด โดยการรักษาป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง



## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 วิเคราะห์สภาพครอบครัวที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคทางตาของผู้ป่วย
- 5.2 อธิบายทำความเข้าใจกับคนในครอบครัว เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยโรคทางตา
- 5.3 สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและผู้ป่วยโรคตา

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 อธิบายเกี่ยวกับการควบคุมการขับขีเยานพาหนะของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสายตา
- 6.2 รู้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสังคมของผู้ป่วย มีปัญหาทางสายตา
- 6.3 เข้าใจสถานการณ์บริการและข้อจำกัดในชุมชน เกี่ยวกับโรคทางตา
- 6.4 เข้าใจปัญหาทางกฎหมายและสิทธิสำหรับผู้พิการทางตา

## 12.6 ปัญหาระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 ให้การดูแลเบื้องต้นกับผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบต่อมไร้ท่อได้
- 1.2 ทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาลผู้ดูแลโรคเบาหวาน  
นักโภชนาการ
- 1.3 อธิบายข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบต่อมไร้ท่อซับซ้อนหรือเพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ระบุแนวทางการรักษาร่วมกันระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่พบได้บ่อยในโรคเรื้อรังระบบต่อมไร้ท่อ (เช่น โรคเบาหวาน) รวมไปถึงการเคารพในสิทธิของผู้ป่วยในการเลือกแนวทางการรักษา
- 2.2 สื่อสารเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอ้วนและโรคเบาหวานอย่างชัดเจนและได้ผลด้วยวิธีการที่ไม่ลำเอียง
- 2.3 พัฒนากลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพที่สะท้อนไปตามกลุ่มต่างๆ ที่มีปัญหาเรื่องโรคอ้วนหรือโรคเบาหวานที่ต้องการวิธีการที่แตกต่างกัน เช่น เด็ก วัยรุ่น ผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ
- 2.4 วางโปรแกรมในการลดน้ำหนักอย่างได้ผลให้กับผู้ป่วย การให้คำแนะนำส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาในการรักษา
- 2.5 ใช้ประโยชน์จากการลงทะเบียนโรคและรูปแบบในการบันทึกข้อมูลอย่างได้ผลในการวางแผนดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบต่อมไร้ท่อที่จะทำให้แน่ใจว่าได้รับการรักษาต่อเนื่องระหว่างแพทย์ต่างสาขากัน

2.6 ระบุผลกระทบทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคเรื้อรังระบบต่อมไร้ท่ออื่น ๆ เช่น ความเสี่ยงในการเกิดโรคซึมเศร้า การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

2.7 ระบุผลเสียของภาวะน้ำตาลหนักตัวมากเกินไป

2.8 ส่งเสริมและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สามารถจัดการปัญหาได้ด้วยตัวเองให้มากที่สุด

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 ให้การดูแลอย่างรวดเร็วในกรณีพบผู้ป่วยฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

3.2 ระบุผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบต่อมไร้ท่อที่ไม่มีอาการและอาการไม่เฉพาะเจาะจงที่พบบ่อย และสามารถวินิจฉัยด้วยการตรวจคัดกรองหรือวินิจฉัยจากอาการที่ซับซ้อน

3.3 ใช้การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการวินิจฉัยปัญหาในระบบต่อมไร้ท่อ

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ระบุปัญหาความเจ็บป่วยร่วมที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยโรคเบาหวานและผลกระทบที่พบบ่อยของการรับประทานยาหลายชนิด

4.2 วางแผนทำให้การใช้ยาง่ายขึ้นและสอดคล้องกับแนวทางการรักษา

4.3 ให้คำแนะนำผู้ป่วยอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะกรดยูริกในเลือดสูง

### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

5.1 อธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบต่อมไร้ท่อ

5.2 ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการร่วมกันลดหรือกำจัดความเสี่ยงในการเกิดโรคระบบต่อมไร้ท่อของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

5.3 อธิบายแนวโน้มของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคระบบต่อมไร้ท่อของสมาชิกในครอบครัวได้

5.4 วางแนวทางการจัดการอย่างเหมาะสมในการให้การรักษาเบื้องต้นภาวะฉุกเฉินในโรคระบบต่อมไร้ท่อแก่สมาชิกในครอบครัวได้ เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 ระบุปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและพันธุกรรมที่ส่งผลกระทบต่อความชุกของปัญหา ระบบต่อมไร้ท่อ
- 6.2 ระบุมาตรการทางสาธารณสุขที่มีผลกระทบเกี่ยวกับโรคอ้วนและโรคเบาหวาน และให้การสนับสนุนโปรแกรมที่เป็นไปได้ เช่น การออกกำลังกายตามคำสั่งแพทย์
- 6.3 อธิบายการยกเว้นค่าใช้จ่ายจากใบสั่งยาสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา ระบบต่อมไร้ท่อ

## 12.7 ปัญหาระบบประสาท (Neurological Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 มีความรู้พื้นฐานเรื่องสรีรวิทยา ระบบการทำงานและพัฒนาการ ของระบบประสาท ในภาวะปกติ
- 1.2 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา วินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการหรือโรคของระบบประสาท ดังต่อไปนี้
  - 1.2.1 อาการและโรคทางระบบประสาท
    - 1.2.1.1 ปวดศีรษะ ได้แก่ migraine, Cluster headache, Tension - type headache, Headache associated with a structural lesion, pseudotumor cerebri, Emergent headaches ได้แก่ Subarachnoid hemorrhage, Meningitis, Giant cell arteritis and temporal arteritis
    - 1.2.1.2 การสูญเสียการรับรู้สติ ได้แก่ seizure, convulsion, syncope, stupor & coma, brain death
    - 1.2.1.3 หลอดเลือดสมอง / อัมพาต เช่น stroke, TIA, vasculitis, carotid stenosis
    - 1.2.1.4 การเคลื่อนไหวผิดปกติ เช่น Parkinson, tremor, tics, chorea
    - 1.2.1.5 โรคระบบประสาทส่วนปลาย เช่น ชา อ่อนแรง. Guillain - Barre syndrome, Myasthenia gravis
    - 1.2.1.6 การสูญเสียการรับรู้การสื่อสาร ได้แก่ dementia encephalopathy
    - 1.2.1.7 โรคของประสาทไขสันหลัง
    - 1.2.1.8 โรคเนื้องอกในสมอง

- 12.2 การส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา
    - 1.2.2.1 ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่จำเป็น
    - 1.2.2.2 ข้อบ่งชี้ของภาพถ่ายทางรังสี, ultrasound, EMG, EEG, CT scan และ MRI
    - 1.2.2.3 แนวทางการแปลผลทางรังสีวิทยา
    - 1.2.2.4 ข้อบกพร่องที่ทำให้วินิจฉัยผิดพลาดที่พบบ่อยทางรังสีวิทยา
  - 12.3 การดูแลรักษา
    - 1.2.3.1 ให้การรักษาโรคทางระบบประสาทที่พบบ่อยได้อย่างถูกต้อง และส่งต่อการรักษาได้อย่างเหมาะสม
    - 1.2.3.2 ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางระบบประสาทได้อย่างถูกต้อง
    - 1.2.3.3 อธิบายบทบาทของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคทางระบบประสาทได้
  - 12.4 การป้องกัน
    - 1.2.4.1 แนะนำวิธีการลดภาวะตึงเครียดต่าง ๆ อันอาจจะเป็นเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการปวดศีรษะหรือโรคทางระบบประสาทอื่น ๆ แก่ผู้ป่วยได้
    - 1.2.4.2 แนะนำและค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุต่อการเกิดโรคทางระบบประสาทและแนะนำวิธีป้องกันแก่ผู้ป่วยได้
- 1.3 เลือกใช้ทักษะการประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ทั้งในระดับปฐมภูมิ (primary care) แพทย์เฉพาะทางสาขาอื่น ๆ เพื่อให้การดูแลรักษาทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างเหมาะสมครอบคลุมในแง่การดูแลรักษา การป้องกันการฟื้นฟูและการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะสุดท้าย
- 1.4 อธิบายบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหสาขาวิชาชีพในการฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีภาวะทุพพลภาพจากโรคทางระบบประสาท
- 1.5 แนะนำในการใช้การแพทย์ทางเลือกมาร่วมในการรักษาโรคทางระบบประสาทได้อย่างเหมาะสม
- 1.6 อธิบายแนวทางในการค้นหาสาเหตุกระตุ้นและแนวทางการดูแลของอาการปวดศีรษะเรื้อรังที่ไม่มีพยาธิสภาพทางกายได้

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 สื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลของการรักษาที่ยังไม่แน่นอนหรือมีแนวทางการรักษาหลายแบบ

2.2 ตระหนักถึงผลกระทบของปัญหาความผิดปกติทางระบบประสาทที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคม การงาน ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว

2.3 เข้าใจแนวความคิดในการดูแลปัญหาโรคทางระบบประสาท ซึ่งอาจไม่ตรงกัน โดยให้ความเคารพในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระของผู้ป่วย

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 ชักประวัติและตรวจร่างกายทางระบบประสาทได้อย่างครบถ้วน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดได้

3.2 ดูแลรักษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยระบบประสาท ที่มาด้วยภาวะฉุกเฉิน เช่น ชัก หหมดสติ อ่อนแรงฉับพลัน เป็นต้น

3.3 อธิบายและให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ในความเจ็บป่วยทางระบบประสาท ที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูง

3.4 อธิบายแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มาด้วยอาการทางระบบประสาทที่ไม่จำเพาะหรืออธิบายไม่ได้

3.5 ประเมินอาการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ที่มีสาเหตุจากสุขภาพจิต

3.6 มีทักษะในการฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพาตจากโรคหลอดเลือดสมองได้

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ให้การวินิจฉัยและดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

4.2 คัดกรองและวินิจฉัยผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาทางระบบประสาทได้ตั้งแต่ยังไม่เกิดอาการ

4.3 ให้การฟื้นฟูผู้ป่วยที่เกิดทุพพลภาพจากโรคทางระบบประสาท

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 อธิบายผลกระทบของการเจ็บป่วยทางระบบประสาท ที่มีต่อบุคคลในครอบครัวได้
- 5.2 อธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาทได้
- 5.3 สื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยระบบประสาท และให้กำลังใจผู้ดูแลผู้ป่วยได้
- 5.4 แก้ไขปัญหา เพื่อป้องกันภาวะเครียดรุนแรงในผู้ดูแลผู้ป่วยทางระบบประสาท ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้
- 5.5 วางแนวทางการจัดการ การรักษาภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระบบประสาทประเภทต่าง ๆ ในแต่ละครอบครัวได้อย่างเหมาะสม
- 5.6 ค้นหาและแนะนำวิธีการป้องกันให้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบประสาทได้

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 กระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยอาศัยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นหรือชุมชน
- 6.2 หลีกเลี่ยงการส่งตรวจวินิจฉัย หรือ การรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือผลการรักษา
- 6.3 อธิบายแนวโน้มความชุกและปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรกระบบประสาทในชุมชนได้
- 6.4 อธิบายนโยบายของรัฐที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรกระบบประสาท และสามารถประยุกต์ใช้นโยบายได้อย่างเหมาะสม
- 6.5 จัดระบบการให้บริการและค้นหาผู้ป่วยโรกระบบประสาทที่ด้อยโอกาสในชุมชนได้

## 12.8 ปัญหาระบบหายใจ (Respiratory Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจได้สอดคล้องกับปัญหาของประชากรกลุ่มเสี่ยงในบริบทพื้นที่ของตนโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- 1.2 ทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจอย่างง่ายได้
- 1.3 บริหารจัดการส่งต่อผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจไปยังสถานบริการระดับสูงขึ้นได้อย่างเหมาะสม

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 ดูแลผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจแต่ละราย โดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคล ในมิติทางกาย จิต สังคม และสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า

2.2 สามารถทำความเข้าใจวิธีการรักษากับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจโดยใช้การแพทย์เชิงประจักษ์ได้เป็นอย่างดี

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 มีความรู้พื้นฐานสรีรวิทยา ระบบการทำงานและพัฒนาการ ของระบบทางเดินหายใจ ในภาวะปกติ และมีพยาธิสภาพ

3.2 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยแยกโรคและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจอย่างง่าย เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (เช่น วัณโรค โรคปอดอักเสบ) โรคไม่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (เช่น หอบหืด ถุงลมโป่งพอง) โรคภูมิแพ้ มะเร็งปอด ได้อย่างเหมาะสม

3.3 มีความรู้เรื่องปัญหาในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย

3.4 วินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค ตระหนักในภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคระบบทางเดินหายใจ รวมถึงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3.5 เลือกใช้ยา ยาพ่นและอธิบายผลข้างเคียงจากยา วิธีการใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคระบบทางเดินหายใจแต่ละชนิด และแต่ละกลุ่มอายุได้อย่างเหมาะสม

3.6 ทำหัตถการเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจบางอย่างได้ ตัวอย่างเช่น ICD, chest exercise therapy, pleural tapping, ET tube เป็นต้น

3.7 ส่งตรวจพิเศษ เช่น CT scan, bronchoscopy, lung function test ได้อย่างเหมาะสม

3.8 แปลผลฟิล์มเอกซเรย์โรคระบบทางเดินหายใจอย่างง่าย เช่น CXR PA, lateral, lordosis film ได้อย่างถูกต้อง

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ให้การปรึกษาและความรู้แก่ผู้ป่วย เพื่อลดโอกาสการเกิดซ้ำของโรกระบบทางเดินหายใจและลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
- 4.2 ให้การแนะนำส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจได้
- 4.3 ให้การแนะนำป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจแต่ละประเภทได้
- 4.4 พยายามบรรเทาทุกข์ให้กับผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจที่มีภาวะทุพพลภาพได้ เช่น โรคถุงลมโป่งพอง

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรกระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อย เช่น โรคถุงลมโป่งพอง โรคหืด เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ลดความเสี่ยงต่อการเกิดซ้ำ และลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้
- 5.2 วางแนวทางการจัดการและให้การรักษาสภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจที่แตกต่างกันในแต่ละครอบครัวได้
- 5.3 ค้นหาสมาชิกในครอบครัวที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค และสามารถแนะนำวิธีการป้องกันได้

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 เป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้แก่ชุมชนเรื่องโรกระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาในชุมชนได้
- 6.2 สืบค้นและประเมินปัญหาโรกระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในชุมชนได้
- 6.3 ประสานงานกับชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อหาวิธีป้องกันโรกระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในชุมชนได้
- 6.4 อธิบายแนวโน้มความชุกของปัจจัยเสี่ยงและโรคทางระบบทางเดินหายใจของชุมชนได้
- 6.5 อธิบายนโยบายของรัฐบาลที่มีอิทธิพลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจและประยุกต์ใช้นโยบายได้



## 12.9 ปัญหาโรคข้อ กระดูกและกล้ามเนื้อ (Rheumatology and Musculoskeletal Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา วินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ และโรคด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ ดังต่อไปนี้

#### 1.1.1 อาการด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ

1.1.1.1 อาการอักเสบในบริเวณต่าง ๆ

1.1.1.2 ภาวะผิดรูป ภาวะอ่อนแรง และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ

1.1.1.3 ภาวะบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

1.1.1.4 อาการแสดงออกในระบบอื่น ๆ ของร่างกาย ที่เกิดจากโรคของกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ

#### 1.1.2 ภาวะหรือหรืออาการผิดปกติ ดังต่อไปนี้

1.1.2.1 ปวดหลัง ปวดคอเฉียบพลัน (Acute back/neck pain)

1.1.2.2 ปวดหลัง ปวดคอเรื้อรัง (Chronic back/neck pain)

1.1.2.3 ปวดหัวไหล่ (Shoulder pain)

1.1.2.4 ปวดหัวเข่า (Knee pain)

1.1.2.5 ความผิดปกติที่เกิดจากเนื้อเยื่ออ่อน (Soft tissue disorders)

1.1.2.6 โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis)

1.1.2.7 โรคกระดูกพรุน (osteoporosis)

1.1.2.8 Fibromyalgia & allied syndromes

1.1.2.9 การดูแลรักษาอาการเจ็บปวด (Pain management)

1.1.2.10 ภาวะผิดปกติในระบบข้อแบบเฉียบพลัน (Acute arthropathies)

1.1.2.11 ภาวะผิดปกติในระบบข้ออักเสบแบบเรื้อรัง (Chronic inflammatory arthropathies)

1.1.2.12 Polymyalgia rheumatica & allied conditions)

1.1.2.13 ตระหนักถึงโรคที่พบน้อยและหายาก (Awareness of rare diseases)

1.1.2.14 ภาวะความพิการเรื้อรัง (Chronic disability)

1.1.2.15 การบาดเจ็บที่พบบ่อย (Common injuries)

#### 1.1.3 การส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

1.1.3.1 ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด

- 1.1.3.2 ข้อบ่งชี้ของภาพถ่ายทางรังสี อัลตราซาวนด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ MRI
- 1.1.3.3 แนวทางการแปลผลทางรังสีวิทยา
- 1.1.3.4 ข้อบกพร่องทำให้วินิจฉัยผิดพลาดที่พบบ่อยทางรังสีวิทยา
- 1.1.4 การดูแลรักษา
  - 1.1.4.1 เข้าใจหลักในการรักษาในโรคที่มีการใช้ยา NSAIDs ในการรักษาเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังผลจากการใช้ยาดังกล่าว
  - 1.1.4.2 อธิบายถึงข้อบ่งชี้ในการเจาะข้อหรือฉีดยาเข้าข้อ
  - 1.1.4.3 อธิบายบทบาทของสหสาขาวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย
  - 1.1.4.4 รักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 1.1.5 การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
  - 1.1.5.1 ให้การดูแลเบื้องต้นในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข้อ กระดูก กล้ามเนื้อรวมทั้งบาดเจ็บแผลไฟไหม้หรือน้ำร้อนลวก
  - 1.1.5.2 ให้การฟื้นฟูชีพพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ การใช้อุปกรณ์ช่วยในระบบหายใจเบื้องต้น เช่น การใช้ท่อช่วยหายใจ การใช้ mask และการใช้ defibrillator
  - 1.1.5.3 ให้การห้ามเลือดได้
  - 1.1.5.4 ระวังปวดโดยการให้ยาหรือวิธีอื่น
  - 1.1.5.5 ตระหนักถึงหลักในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหรือหลายระบบ
  - 1.1.5.6 ตระหนักถึงวิธีการเคลื่อนย้ายและส่งต่อผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
  - 1.1.5.7 คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและทีมที่ให้การดูแลรักษา
- 1.1.6 การป้องกัน
  - 1.1.6.1 แนะนำวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยได้
  - 1.1.6.2 แนะนำวิธีป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่จะเกิดแก่ผู้ป่วยได้
- 1.2 อธิบายสมมุติฐานและการดำเนินโรคและภาวะผิดปกติด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อที่พบบ่อยและสำคัญได้
- 1.3 อธิบายบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้บริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ กลุ่มที่ให้การดูแลรักษาแบบผสมผสาน และกลุ่มผู้ให้บริการในระดับทุติยภูมิ สามารถอธิบายแนวทางที่เหมาะสมในการส่งต่อผู้ป่วยให้แก่ผู้บริการในระดับทุติยภูมิได้
- 1.4 อธิบายข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยแก่ผู้ร่วมวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคกระดูกและข้อ ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ตลอดจนแพทย์ทางเลือกที่เกี่ยวข้องภายใต้เงื่อนไขและเวลาที่เหมาะสมได้

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 สื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลของการรักษาที่ไม่แน่นอนสูงและอาจส่งผลเสียแก่ผู้ป่วย

2.2 สรุบบัญชีปัญหาสุขภาพด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดกับครอบครัว

2.3 ตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพจิตที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทางกาย

2.4 ตระหนักถึงปัจจัยที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 ให้การดูแลรักษาในระยะแรกแก่ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บอย่างเหมาะสมและทันที่ เช่น การปฐมพยาบาล การห้ามเลือด การพันก๊วยซ์ในขั้นพื้นฐาน เป็นต้น

3.2 อธิบายปัจจัยด้านระบาดวิทยาของโรคกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในผู้ป่วยกลุ่มอายุต่าง ๆ ทุกกลุ่มอายุ

3.3 แยกแยะภาวะหรือโรคที่เกิดจากการอักเสบ (inflammatory conditions) ออกจากโรคหรือภาวะที่ไม่ใช่เกิดจากการอักเสบ (non-inflammatory conditions)

3.4 ประเมินอาการเจ็บป่วยด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ที่มีสาเหตุจากด้านสุขภาพจิต (Somatisation)

3.5 อธิบายความจำเป็นตลอดข้อข้งของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจด้านรังสีวิทยา ในการวินิจฉัยโรคด้านกระดูก กล้ามเนื้อ ตลอดจนสามารถแปลผลดังกล่าวเพื่อประกอบในการดูแลรักษา

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ระบุปัญหาหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะผิดปกติ ด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ (เช่น ภาวะเลือดออกในกระเพาะหรือทางเดินอาหาร ภาวะกระดูกพรุน) สามารถอธิบายแนวทางป้องกันทั้งในระยะก่อนมีปัญห (primary prevention) และการป้องกันในระยะหลังจากที่มีปัญหาแล้ว (secondary prevention)

4.2 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยพิการหรือมีภาวะบกพร่องทางด้านกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของความพิการหรือภาวะบกพร่องดังกล่าว

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 อธิบายผลกระทบของการมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ ที่มีต่อบุคคลในครอบครัวได้
- 5.2 อธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ
- 5.3 สื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหา ด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 หาวิธีการกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถให้การดูแลด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ หรืออาศัยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นหรือชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย
- 6.2 หลีกเลี่ยงการส่งตรวจวินิจฉัย หรือให้แก่การรักษาที่เกินความจำเป็น และไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวทางหรือผลการรักษา
- 6.3 จัดลำดับความสำคัญในแง่ส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ เช่น ไม่ส่งต่อผู้ป่วยที่มีความจำเป็นที่จะได้รับการผ่าตัดน้อยให้แก่ศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์
- 6.4 ระบุทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อช่วยในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น สื่อสารชุมชน
- 6.5 ออกใบรับรองความพิการทางกายในผู้ป่วยที่มีข้อบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว ได้อย่างเหมาะสม

## 12.10 ปัญหาผิวหนัง (Skin Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 รู้ถึงโรคผิวหนังที่จำเป็นต้องส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง
- 1.2 วินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางผิวหนังได้ และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้
- 1.3 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ วินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการและโรคทางผิวหนังที่พบบ่อย ดังต่อไปนี้
  - Eczema
  - Dermatitis
  - Bacterial Skin infection
  - Fungal Skin Infection
  - Viral Skin Infection
  - Parasitic Infection
  - Psoriasis

- Pityriasis rosea (PR)
- Lichen planus (LP)
- Allergy

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 วิเคราะห์ค้นหาปัญหาความเจ็บป่วย (Illness) มุมมองผู้ป่วยต่อโรค (patient agenda) ของผู้ป่วยโรคผิวหนังได้
- 2.2 สื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลของการรักษาที่ไม่แน่นอนสูงและอาจส่งผลเสียแก่ผู้ป่วย
- 2.3 สร้างปัญหาโรคผิวหนังที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดกับคนรอบข้าง
- 2.4 ตระหนักที่ปัจจัยที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางด้านโรคผิวหนัง

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

- 3.1 ใช้ทักษะเฉพาะในการดูแลผู้ป่วย อันได้แก่การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยผิวหนังได้
- 3.2 อธิบายปัจจัยด้านระบาดวิทยาของโรคผิวหนังเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ
- 3.3 ประเมินอาการเจ็บป่วยทางผิวหนังที่มีสาเหตุจากด้านสุขภาพจิต
- 3.4 อธิบายความจำเป็นตลอดจนข้อบ่งชี้ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในการวินิจฉัยโรคทางผิวหนัง ตลอดจนสามารถแปลผลดังกล่าวเพื่อประกอบในการดูแลรักษา

## 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

- 4.1 ดูแลป้องกันการเกิดซ้ำและป้องกันการติดต่อไปยังผู้อื่นในกลุ่มโรคดังกล่าวได้
- 4.2 ระบุปัญหาหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาโรคผิวหนัง สามารถอธิบายแนวทางป้องกันทั้งในระยะก่อนมีปัญห (primary prevention) และการป้องกันในระยะหลังจากที่มีปัญหาแล้ว (secondary prevention)

## 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 อธิบายอาการและการติดต่อของโรคแก่ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้
- 5.2 ให้คำแนะนำญาติ ให้เข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคผิวหนังได้
- 5.3 อธิบายผลกระทบของผู้ป่วยโรคผิวหนังที่มีต่อบุคคลในครอบครัวได้

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 ดูแลโรคระบาดที่มีอาการแสดงออกทางผิวหนังและดำเนินการป้องกันโรคระบาดที่อยู่ในชุมชนได้ เช่น Hand-Foot-Mouth disease
- 6.2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถให้การดูแลด้านสุขภาพผิวหนังด้วยตนเองได้ หรือ อาศัยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นหรือชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย

## 12.11 ปัญหาโลหิตวิทยา (Hematologic Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

- 1.1 จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดได้อย่างเหมาะสมกับพื้นที่การทำงานของตน
- 1.2 จัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดได้สอดคล้องกับปัญหาของประชากรกลุ่มเสี่ยงในบริบทพื้นที่ของตนโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม
- 1.3 ทำงานร่วมกับทีมในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเลือดได้
- 1.4 เลือกและบริหารจัดการการส่งต่อผู้ป่วยโรคเลือดได้อย่างเหมาะสม

### 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

- 2.1 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเลือดแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล ในทุกมิติทั้งในด้านกาย จิต สังคม และสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่า
- 2.2 ทำความตกลงวิธีการรักษากับผู้ป่วยโรคเลือด โดยใช้การแพทย์เชิงประจักษ์ได้เป็นอย่างดี

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

- 3.1 มีความรู้เรื่องโรคเลือดที่พบบ่อยในพื้นที่การทำงานของตนเป็นอย่างดี
- 3.2 วินิจฉัย วินิจฉัยแยกโรค ตระหนักในภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคเลือด รวมถึงให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

3.3 เลือกใช้ยาและบอกผลข้างเคียงจากยาที่เลือกใช้ได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับโรคเลือดแต่ละชนิด

3.4 พิจารณาเลือกผู้ป่วยที่มีความต้องการให้เลือด/องค์ประกอบของเลือดตามข้อบ่งชี้ได้ และเลือกใช้เลือด/องค์ประกอบของเลือดได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วย

3.5 ทำหัตถการเกี่ยวกับโรคเลือดบางอย่างได้ ตัวอย่างเช่น blood exchange, blood transfusion

3.6 ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นในการวินิจฉัยโรคเลือดได้ ตัวอย่างเช่น Hematocrit, Blood smear, Malarial blood picture, Venous clotting time, Bleeding time และแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับโรคเลือดได้ถูกต้อง ตัวอย่างเช่น Complete blood count, Hemoglobin typing, Coagulation study

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ให้คำปรึกษาในด้านพันธุกรรมแก่ผู้ป่วยโรคเลือดได้ถูกต้อง

4.2 ให้การแนะนำส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเลือดได้

4.3 ให้การแนะนำป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเลือดแต่ละประเภทได้

4.4 ฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วยโรคเลือดที่มีภาวะทุพพลภาพได้

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

5.1 ให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรคเลือดที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้

5.2 ให้คำแนะนำและให้ข้อมูลถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเลือดร้ายแรงให้กับผู้ป่วยและครอบครัวก่อนการตั้งครรภ์ล่วงหน้าได้

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

6.1 เป็นที่ปรึกษาให้กับชุมชนในเรื่องโรคเลือดได้

6.2 สืบค้นและประเมินปัญหาโรคเลือดที่พบบ่อยในชุมชนได้

6.3 ประสานงานกับชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการหาวิธีป้องกันโรคเลือดที่พบบ่อยในชุมชนได้

## 12.12 ปัญหาทางไต (Renal Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

1.1 ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการของโรคและปัญหาสุขภาพด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ ดังต่อไปนี้

#### 1.1.1 Hereditary and congenital disorders

- Polycystic kidney

#### 1.1.2 Infectious, inflammatory, immunological disorders

- Pyelonephritis
- Cystitis
- Urethritis
- Acute glomerulonephritis
- Chronic glomerulonephritis
- Tubulo/Interstitial nephritis
- Nephritic syndrome
- Nephrotic syndrome

#### 1.1.3 Metabolic and regulatory disorders

- Renal failure
- Renal tubular acidosis

#### 1.1.4 Systemic disorders affecting renal/urinary system

- Diabetic nephropathy
- Hypertensive nephrosclerosis
- Atheroembolic kidney disease

#### 1.1.5 Vascular disorders

- Renal artery stenosis
- Renovascular disease

#### 1.1.6 Neoplastic and tumor like conditions

- Benign and malignant neoplasm of kidney and urinary bladder

#### 1.1.7 Traumatic and mechanical disorders

- Renal and urethral tract injury
- urethral stricture
- Obstructive and reflux uropathy
- Urolithiasis



1.2 ซักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหรืออาการผิดปกติด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ ดังต่อไปนี้

- 1.2.1 Anuria, oliguria และ polyuria
- 1.2.2 Hematuria, pyuria, foamy urine
- 1.2.3 Proteinuria
- 1.2.4 Dysuria, urinary incontinence
- 1.2.5 Acute urinary retention
- 1.2.6 Electrolyte, fluid, and acid/base disorders
- 1.2.7 Acute renal failure
- 1.2.8 Chronic kidney diseases

1.3 การส่งตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

- 1.3.1 ข้อบ่งชี้ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การเจาะเลือด
- 1.3.2 ข้อบ่งชี้ของภาพถ่ายทางรังสี อัลตราซาวนด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และ MRI
- 1.3.3 แนวทางการแปลผลทางรังสีวิทยา
- 1.3.4 ข้อบ่งชี้การทำให้วินิจฉัยผิดพลาดที่พบบ่อยทางรังสีวิทยา

1.4 การดูแลรักษา

- 1.4.1 อธิบายผลของยาที่อาจมีต่อการทำงานของไต เช่น NSAIDs
- 1.4.2 ให้การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 1.4.3 อธิบายถึงข้อบ่งชี้ในการล้างไตผ่านทางหน้าท้อง (Peritoneal dialysis) และการล้างไตโดยการฟอกเลือด (Hemodialysis)

1.5 อธิบายสมมุติฐานการดำเนินโรคและภาวะผิดปกติด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะที่พบบ่อยและสำคัญได้

1.6 อธิบายข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยแก่ผู้ร่วมวิชาชีพในสาขาต่าง ๆ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์โรคไต ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนแพทย์ทางเลือกที่เกี่ยวข้องภายใต้เงื่อนไขและเวลาที่เหมาะสมได้

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 สื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผลของรักษาที่ไม่แน่นอนสูงและอาจส่งผลเสียแก่ผู้ป่วย

2.2 สรุปปัญหาสุขภาพด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายสุขภาพจิต

2.3 ตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุทางด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ

2.4 ตระหนักที่ปัจจัยที่เกิดจากการประกอบอาชีพที่ส่งผลต่อความเจ็บป่วยทางด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ

### 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 อธิบายปัจจัยด้านระบาดวิทยาของโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรค ในผู้ป่วยกลุ่มอายุต่าง ๆ ทุกกลุ่มอายุ

3.2 อธิบายความจำเป็นตลอดข้อบ่งชี้ของการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจด้านรังสีวิทยา ในการวินิจฉัยโรคด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ ตลอดจนสามารถแปลผลดังกล่าวเพื่อประกอบในการดูแลรักษา

### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

4.1 ระบุปัญหาหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการดูแลรักษาภาวะผิดปกติด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ สามารถอธิบายแนวทางป้องกันทั้งในระยะก่อนมีปัญห (primary prevention) และการป้องกันในระยะหลังจากที่มีปัญหาแล้ว (secondary prevention)

4.2 ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของความพิการหรือภาวะบกพร่องดังกล่าว

### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

5.1 อธิบายผลกระทบของการมีผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะที่มีต่อบุคคลในครอบครัวได้

5.2 อธิบายการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ

5.3 สื่อสารกับบุคคลในครอบครัวเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโรคไตและระบบทางเดินปัสสาวะ

## 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 ทาวิธีกระตุ้นหรือส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถให้การดูแลด้านสุขภาพด้วยตนเองได้ หรืออาศัยทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นหรือชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วย
- 6.2 ระบุทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อช่วยในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เช่น สื่อสารชุมชน

## 12.13 ปัญหาโภชนาการ (Nutritional Problems)

### 1. การจัดการบริการปฐมภูมิ (Primary care management)

#### 1.1 อธิบายหลักการทั่วไปของโภชนาการ ดังนี้

- สารอาหารและส่วนประกอบของอาหาร
- ธงโภชนาการ (Food pyramid)
- ปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวัน (Thai Recommended Dietary Intake หรือ Thai RDI)
- หลักการใช้อาหารทดแทน (Food exchange)

#### 1.2 อธิบายบทบาทของโภชนาการในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (health promotion, disease prevention)

#### 1.3 อธิบายหลักโภชนาการสำหรับโรคที่พบบ่อย

- Cancer
- Cardiovascular disease
- Diabetes
- Gastrointestinal disease
- Hematologic disorders
- Hyperlipidemia
- Hypertension
- Liver disease
- Obesity
- Osteoporosis
- Renal disease

#### 1.4 ประยุกต์หลักการด้านโภชนาการเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ในหน่วยบริการ

## 2. การดูแลโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบองค์รวม (Person - centered and holistic care)

2.1 แสดงการประเมินปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม ได้แก่

- การซักประวัติ
- การตรวจร่างกาย
- การประเมินภาวะโภชนาการโดยการวัดสัดส่วน (Anthropometrics) เช่น ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบคอ เส้นรอบเอว เป็นต้น
- การเลือกส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.2 ตระหนักถึงปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย

- เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน
- เศรษฐฐานะ
- สภาวะจิตใจและสุขภาพจิต
- ระดับการศึกษา
- สุขภาพทั่วไปและวิถีการดำเนินชีวิต

2.3 ให้คำปรึกษาด้านโภชนาการโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดความเห็นร่วมกัน นำไปสู่การกำหนดแผนการรักษาที่เหมาะสม

## 3. ทักษะการแก้ปัญหาเฉพาะ (Specific problem solving skills)

3.1 ให้คำปรึกษาแนะนำเรื่องโภชนาการสำหรับโรคที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติครอบครัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง ภาวะกระดูกพรุน เป็นต้น

3.2 ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโภชนาการขาดหรือมีภาวะโภชนาการเกินได้อย่างเหมาะสม

3.3 มีทักษะในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ secondary malnutrition ซึ่งมีสาเหตุจาก systemic disease ดังนี้

- Alcoholism
- Cancer
- HIV/AIDS
- Malabsorption
- Pulmonary disease

#### 4. การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive approach)

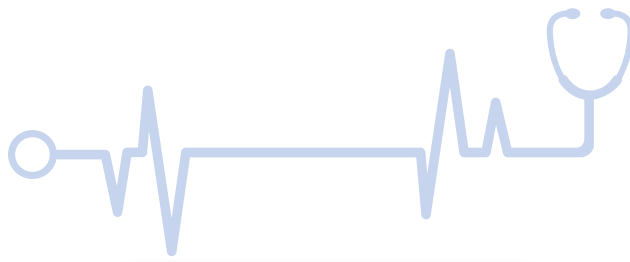
- 4.1 ประยุกต์การจัดการดูแลเรื่องโภชนาการที่เหมาะสมตามช่วงอายุ เพศ ตามความต้องการของร่างกาย และตามสภาพของโรค
- 4.2 ใช้หลักโภชนาการทั่วไปเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- 4.3 วินิจฉัยภาวะ disordered eating และสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม
  - Anorexia nervosa
  - Binge eating
  - Bulimia nervosa
- 4.4 จำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงหรือภาวะแทรกซ้อนซึ่งจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

#### 5. การดูแลโดยมุ่งเน้นครอบครัว (Family - oriented approach)

- 5.1 ประเมินครอบครัวอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการในสมาชิกของครอบครัว
- 5.2 มีทักษะในการร่วมค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม
- 5.3 กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลปัญหาเรื่องโภชนาการของผู้ป่วยด้วย

#### 6. การดูแลโดยมุ่งเน้นชุมชน (Community - oriented approach)

- 6.1 บอกนโยบายสาธารณะที่สำคัญด้านโภชนาการในประเทศไทย เช่น ยุทธศาสตร์คนไทยไร้พุง ยุทธศาสตร์การควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีนของประเทศไทย ยุทธศาสตร์การเจริญเติบโตเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปี และหญิงตั้งครรภ์
- 6.2 จำแนกปัญหาวิเคราะห์ ประเมิน และแก้ปัญหาเรื่องโภชนาการที่มีอยู่ร่วมกับชุมชนได้
- 6.3 ประสานงานกับโครงการจัดการด้านโภชนาการในชุมชน เช่น Food bank สำหรับภาวะวิกฤตจากภัยธรรมชาติ (เช่น การประสบอุทกภัยและขาดแคลนอาหาร) การจัดโภชนาการสำหรับผู้ป่วยยากไร้ และผู้ป่วยสูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้



ภาคผนวก

3

หัตถการและทักษะในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว  
ขอบเขาศาสตร์ครอบครัว

เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรบแล้ว ผู้สำเร็จการฝึกอบรมมีความสามารถเกี่ยวกับหัตถการต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในหัวข้อต่อไปนี้

### หัตถการในการให้การดูแลรักษา (Therapeutic and Technical Procedures)

1. อธิบายข้อบ่งชี้ และเลือกใช้หัตถการต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยและสถานการณ์
2. ทำหัตถการต่างๆ ในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามสถานการณ์
3. ให้ข้อมูล ปรึกษา แนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับข้อบ่งชี้ ข้อห้าม ภาวะแทรกซ้อน และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากหัตถการนั้น ๆ
4. ชี้แจงเพื่อให้ได้รับความยินยอม (informed consent) ในการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง หรือการให้ยาระงับความรู้สึก
5. ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวด (pain management) การลดผลกระทบทางจิตใจ รวมถึงให้การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ
6. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในด้านที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม กฎหมาย และค่าใช้จ่าย ที่อาจมีผลจากการทำหัตถการนั้น

### รายชื่อทางหัตถการ :

#### A

- Abdominal (percutaneous) paracentesis
- Airway management: laryngoscopy, endotracheal intubation
- Amniotomy: at the time of delivery, induce labour
- Anesthesia: spinal, local
- Appendectomy (กรณีที่ผ่านมาศัลยกรรม 4 เดือน ตลอดหลักสูตร)
- Arterial puncture
- Arthrocentesis: knee
- Aspiration
  - bladder
  - bone marrow
  - bursa (elbow) (ankle)
  - curettage (uterus)
  - joint (knee)
  - joint (other)
  - skin
  - subcutaneous tissue

## B

### Biopsy

breast (needle) (percutaneous)

cervix

pleural

punch

skin

subcutaneous tissue

superficial mass

### Block

digital nerve

local infiltration

spinal

Blood and blood component transfusion

Bladder catheterization, transurethral

Bleeding time

## C

Caesarean section (low cervical) (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Cardiopulmonary resuscitation, basic and advanced life support

Central line: use/care

Chest physiotherapy

Circumcision

Curettage: hordeolum (external), uterus (aspiration), (uterus with cervical dilation)

Cutdown, venous



**D**

Debridement: excisional, nail (bed) (fold), non-excisional, wound

Delivery

assisted (spontaneous)

breech (partial) (assisted) (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Caesarean section (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

forceps (low with episiotomy) (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Destruction: cervix, skin, subcutaneous tissue

Dialysis: peritoneal

Dilation and curettage of uterus

Drainage: abdominal (percutaneous), chest, postural, skin, subcutaneous tissue

Dressing: burn, pressure, wound

**E**

Electrocardiogram, perform and interpret

Endotracheal intubation

Episiotomy (with subsequent episiorharphy), low forceps

(กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Excision: cervix, skin, subcutaneous tissue

Exercise: breathing, musculoskeletal

**G**

Gastric suction/lavage

Gastric tube placement (Nasogastric)

Gynecologic examination

**H**

Heimlich maneuver

## I

Immunization administration (Intramuscular, Subcutaneous, Per oral)  
 Inhalation equipment: dry powder inhaler (DPI), metered dose inhaler (MDI), nebulizer  
 Injection/medication delivery, IM, SC, ID, IV, rectal, aerosol  
 Intravenous line placement  
 Implantation: progesterone (subdermal)  
 Incision: hordeolum (external), skin (with drainage) subcutaneous tissue (with drainage)  
 Induction labor (amniotomy)  
 Infusion electrolytes, prophylactic substance  
 Injection (into) (hypodermically) (intramuscularly) (intravenously) (acting locally or systemically): electrolytes, nerve (peripheral), prophylactic substance, spinal (canal)  
 Insertion –see also Catheterization and  
 Insertion: nasogastric, trachea  
 Intubation –see also Catheterization and  
 Intubation: bladder (indwelling)(urinary) catheter, chest (intercostal) tube, contraceptive device (intrauterine), endotracheal tube, nasogastric tube  
 Irrigation: nasogastric tube, wound (cleaning)

## L

Lavage: gastric, peritoneal  
 Ligation: fallopian tubes (bilateral) (division)  
 Lumbar puncture: spinal fluid collection & examination

## M

Marsupialization: Bartholin's cyst  
 Massage: cardiac (external) (manual) (closed) (adult and neonate)  
 Measurement: central venous pressure  
 Monitoring: central venous pressure

**P**

Packing: nose-for epistaxis (anterior), nose-posterior (and Interior), vaginal

Paracentesis: abdominal (percutaneous), bladder, pleural thoracic

Phototherapy

Physical therapy – see Therapy, physical

Physiologic monitoring:

Blood pressure; automated, Doppler, sphygmomanometer,

Body temperature, Cardiac, Respiratory

Physiotherapy chest

Pneumatic otoscopy

Proctoscopy

Pulmonary function tests: Peak flow meter, spirometry

Pulse oximetry

**R**

Reduction: dislocation (of joint) (closed), fracture (bone) (closed)

Removal: contraceptive drug, foreign body from conjunctivae,  
cornea, ear, nose, pharynx (throat), vagina (child), vagina (adult),  
intrauterine contraceptive device (IUD), nail (bed) (fold), placenta  
(manual)

Removal: ectopic fetus (tubal) (salpingectomy) (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา  
6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Repair: laceration (obstetric) (current), tendon (suture) (hand)

Replacement (tube) (large intestine)

Resection (bilateral) (fallopian tubes)

Resuscitation: cardiac (external massage), neonatal

## S

Salpingectomy with removal of tubal pregnancy (กรณีที่ผ่านมาสูติ-นรีเวชวิทยา 6 เดือน ตลอดหลักสูตร)

Stretching: muscle, Tendon

Suture: obstetric laceration (vulva) (perineum), skin and subcutaneous tissue, tendon (hand)

## T

Tap: abdominal, bladder, chest, joint (knee), joint (others), spinal, thorax  
Therapy (physical)

Thoracentesis

Tracheostomy (emergency) (temporary) (for assistance in breathing)

Traction: manual and mechanical, continuous mechanical

## O

Oxygen delivery systems: select and use

## S

Sexual abuse: examination / evaluation

## การตรวจเพื่อวินิจฉัยและการตรวจเพื่อคัดกรอง (Diagnostic and Screening procedures)

1. บอกหลักการ ข้อบ่งชี้ และเหตุผลในการใช้เครื่องมือ หรือการตรวจนั้นๆ
2. เลือกใช้เครื่องมือ หรือการตรวจได้อย่างเหมาะสม และทำการตรวจได้อย่างถูกต้อง
3. แปลผลการตรวจนั้นๆ และอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้
4. วิเคราะห์หาสาเหตุของข้อผิดพลาดของการตรวจและบอกข้อบ่งชี้ในการตรวจซ้ำ หรือส่งต่อผู้ป่วยไปตรวจที่อื่นได้
5. อธิบายและให้คำแนะนำ เกี่ยวกับข้อดีข้อเสีย และค่าบริการในการตรวจแต่ละอย่างในโรงพยาบาลได้

### รายชื่อทางหัตถการ:

#### A

Anthropometric measurement: Weight, height, chest/head circumference, U/L ratio, span

#### B

Blood gases determination: arterial and capillary

#### D

Developmental screening

#### G

Growth chart: recording & interpretation

Growth velocity determination

#### I

Intellectual screening in mental retardation

## P

Pubertal staging: tanner  
Pap smear/Papanicolaou test

## S

Skin biopsy  
Skin fold thickness, mid-arm circumference measurement  
Sterile technique  
Suctioning of: nares, trachea, tracheostomy  
Suprapubic aspiration of urine

## T

Testicular volume measurement  
Thoracentesis, needle, intercostal drainage for air/fluid  
Tourniquet test  
Transillumination test  
Tuberculin test (place & read): Mantoux, PPD, Tine

## U

Ultrasonography: abdomen, gravid uterus  
Universal precautions  
Urethral catheterization indwelling

## V

Venipuncture  
Venous cut down and CVP placement  
Ventilation  
Ventilation support, initiation  
Ventilation: Bag-valve-mask, CPAP  
Visual screening: acuity, strabismus

**W**

Wound care

**X**

X-ray interpretation (initial or emergency reading): Abdomen, Chest, Fractures in extremities, Head, sinus and neck, including CT Brain, Skeletal surveys for suspected abuse, Spine

### การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเก็บตัวอย่างเพื่อนำไปตรวจ (Laboratory Procedures and Specimen Collection)

1. ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการเก็บตัวอย่างเพื่อนำไปตรวจ ที่แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสามารถทำได้ด้วยตนเองอย่างถูกต้อง
2. แปลผลการตรวจได้อย่างถูกต้อง
3. ค้นหาและอธิบายข้อผิดพลาดของการตรวจที่พบบ่อยได้
4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับราคาค่าตรวจ ผลกระทบทางจริยธรรม กฎหมาย ที่อาจมีผลต่อการทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

### รายชื่อทางหัตถการ:

#### (Collection techniques & proper handling for)

**A**

Abscess fluid, pus

**B**

Blood culture

**C**

CBC with differential count

Conjunctival swab: Bacteria, Chlamydia

Culture: urine, urethral, vaginal, other Body fluid

## H

Hair collection (tinea)

## N

Nasal smear for PMNs

Newborn blood screening: hypothyroid, PKU

## P

Pleural fluid

## S

Skin scraping: scabies, fungal

Scotch tape for pinworms

Spinal fluid

## T

Throat swab

Tracheal aspirate (include child with tracheostomy)

### Perform and interpret:

## B

Bedside glucose determination, Bleeding time test

## C

Capillary blood gases

CBC: - Wright stain smear for RBC morphology, WBC and platelets

- Staining for reticulocytes, inclusion body, Heinz's body

- Buffy coat smear & Wright stain

- Interpret RBC indices read out on automated CBC

Coagulogram (screening), venous clotting time, clot retraction, clot lysis, and

CSF cell count



**E**

ESR

**G**

Gram stain and AFB stain

**H**

Hematocrit

**K**

KOH preparation: hair, skin, vaginal

**L**

Lymph node imprint

**N**

Nasal smear for PMNs

**P**

Platelet function test

**R**

Rapid test: Cold agglutinin, mononucleosis agglutination test

**S**

Stool: occult blood, reducing substances, pH, parasites

**T**Throat swab culture: Selective media for group A presumptive diagnosis  
Tzanck smear

## U

Urinalysis: dip and microscopic  
Urine culture & colony count  
Urine ferric chloride test

## W

Wet smear

**การทำหัตถการที่จำเป็นหรือมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาสุขภาพโดยแบ่งระดับหัตถการดังต่อไปนี้**

**ระดับที่ 1** หมายถึง หัตถการพื้นฐานทางคลินิก

เมื่อจบการฝึกอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถอธิบายขั้นตอนการกระทำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถูกต้อง ตรวจสอบและประเมิน ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม สภาพและเงื่อนไขที่เหมาะสม สามารถทำได้ด้วยตนเอง วินิจฉัย และดูแลบำบัดภาวะแทรกซ้อนได้

**ระดับที่ 2** หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อนกว่าหัตถการพื้นฐาน มีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วย

เมื่อจบการฝึกอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถอธิบายขั้นตอนการกระทำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ถูกต้อง ตรวจสอบและประเมิน ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม สภาพและเงื่อนไขที่เหมาะสม สามารถทำภายใต้การแนะนำได้ถูกต้อง ตลอดจนสามารถวินิจฉัยและดูแลบำบัดภาวะแทรกซ้อนได้

**ระดับที่ 3** หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อน และอาจทำในกรณีที่จำเป็น

เมื่อจบการฝึกอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถอธิบายขั้นตอนการกระทำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม สภาพและเงื่อนไขที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง เคยช่วยทำ และสามารถทำได้ ภายใต้การแนะนำได้ถูกต้อง ตลอดจนวินิจฉัย ดูแลบำบัดภาวะแทรกซ้อนได้

**ระดับที่ 4** หมายถึง หัตถการที่มีความซับซ้อน และ/หรือ อาจเกิดอันตราย จำเป็นต้องอาศัยการฝึกฝน

เมื่อจบการฝึกอบรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สามารถอธิบายขั้นตอนการกระทำ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ข้อบ่งชี้ ข้อห้าม สภาพและเงื่อนไขที่เหมาะสม ได้ถูกต้อง สามารถให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้ถูกต้อง

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
1	Advanced cardio-pulmonary resuscitation 99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified 99.62 Other electric countershock of heart 99.63 Closed chest cardiac massage 93.93 Nonmechanical methods of resuscitation	/			
2	Aerosol bronchodilator therapy 93.94 Respiratory medication administered by nebulizer	/			
3	Amniotomy 73.09 Other artificial rupture of membranes, artificial rupture of membranes at time of delivery	/			
4	Anterior nasal packing 21.01 Control of epistaxis by anterior nasal packing	/			
5	Arterial puncture 38.98 Other puncture of artery	/			
6	Aspiration of skin, subcutaneous tissue and bursa (elbow and ankle) 86.01 Aspiration of skin and subcutaneous tissue 83.94 Aspiration of bursa	/			
7	Biopsy of skin, superficial mass 86.11 Biopsy of skin and subcutaneous tissue	/			
8	Blood and blood component transfusion 99.0x Transfusion of blood and blood components 99.03 Other transfusion of whole blood 99.04 Transfusion of packed cells 99.05 Transfusion of platelets 99.06 Transfusion of coagulation factors 99.07 Transfusion of other serum	/			
9	Breathing exercise 93.18 Breathing exercise	/			
10	Capillary puncture 38.99 Other puncture of vein, phlebotomy	/			
11	Cervical biopsy 67.12 Other cervical biopsy, punch biopsy of cervix NOS	/			

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
12	Debridement of wound 86.22 Excisional debridement of wound, infection, or burn 86.27 Debridement of nail, nail bed, or nail fold 86.28 Nonexcisional debridement of wound, infection or burn	/			
13	Endotracheal intubation / Nasotracheal intubation 96.04 Insertion of endotracheal tube	/			
14	Episiotomy 73.6 Episiotomy, Episiotomy with subsequent episiorrhaphy	/			
15	Excision of benign tumor and cyst of skin and subcutaneous tissue 86.3 Other local excision or destruction of lesion or tissue of skin and subcutaneous tissue	/			
16	External splinting 93.54 Application of splint	/			
17	First aid management of injured patient	/			
18	Gastric gavage 96.35 Gastric gavage	/			
19	Gastric irrigation 96.34 Other irrigation of (naso-)gastric tube	/			
20	Gastric lavage 96.33 Gastric lavage	/			
21	Incision and drainage 86.04 Other incision with drainage of skin and subcutaneous tissue	/			
22	Injection: intradermal, subcutaneous, intramuscular, intravenous 99.1x Injection or infusion of therapeutic or prophylactic substance 99.2x Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance 99.3x Prophylactic vaccination and inoculation against certain bacterial diseases 99.4x Prophylactic vaccination and inoculation against certain viral diseases 99.5x Other vaccination and inoculation	/			

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
23	Insertion and removal of intrauterine device 69.7 Insertion of intrauterine contraceptive device 97.71 Removal of intrauterine contraceptive device	/			
24	Intravenous fluid infusion 99.18 Injection or infusion of electrolytes	/			
25	Local anesthesia - infiltration and digital nerve block 04.81 Injection of anesthetic substance into peripheral nerve for analgesia	/			
26	Lumbar puncture 03.31 Spinal tap	/			
27	Marsupialization of Bartholin's cyst 71.23 Marsupialization of Bartholin's gland (cyst)	/			
28	Measurement of central venous pressure 89.62 Central venous pressure monitoring	/			
29	Nasogastric intubation 96.07 Insertion of other (naso-)gastric tube	/			
30	Normal labor 73.59 Other manually assisted delivery, assisted spontaneous delivery, Crede maneuver	/			
31	Oxygen therapy 93.96 Other oxygen enrichment, oxygen therapy	/			
32	PAP smear 91.46 Papanicolaou smear	/			
33	Phototherapy 99.83 Other phototherapy, phototherapy of the newborn	/			
34	Polypectomy (cervical) 67.93 Other excision or destruction of lesion or tissue of cervix	/			
35	Postural drainage 93.99 Other respiratory procedures, postural drainage	/			
36	Removal of foreign body from vagina in adult 98.17 Removal of intraluminal foreign body from vagina without incision	/			

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
37	Skin traction 93.46 Other skin traction of limbs	/			
38	Stomal care 97.04 Replacement of tube or enterostomy device of large intestine	/			
39	Strengthening and stretching exercise 93.1x Physical therapy exercises 93.27 Stretching of muscle or tendon	/			
40	Stump bandaging 93.56 Application of pressure dressing	/			
41	Suture 86.59 Closure of skin and subcutaneous tissue of other sites	/			
42	Umbilical vein catheterization 38.92 Umbilical vein catheterization	/			
43	Urethral catheterization 57.94 Insertion of indwelling urinary catheter	/			
44	Vaginal packing 96.14 Vaginal packing	/			
45	Venipuncture 38.99 Other puncture of vein, phlebotomy	/			
46	Wound dressing 86.28 Non-excisional debridement of wound, infection or burn 96.59 Other irrigation of wound, wound cleaning NOS	/			
47	Abdominal paracentesis 54.91 Percutaneous abdominal drainage, paracentesis		/		
48	Basic mechanical ventilation 96.7x Other continuous mechanical ventilation		/		
49	Cervical dilatation and uterine curettage 69.0x Dilation and curettage of uterus		/		
50	Contraceptive drug implantation and removal 99.23 Injection of steroid, subdermal implantation of progesterone		/		

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
51	Incision and curettage (external hordeolum) 08.09 Other incision of eyelid, incision of hordeolum		/		
52	Intercostal drainage 34.04 Insertion of intercostal catheter for drainage, chest tube		/		
53	Joint aspiration, knee 81.91 Arthrocentesis, joint aspiration		/		
54	Manual vacuum aspiration 69.5x Aspiration curettage of uterus		/		
55	Neonatal resuscitation and transportation 99.60 Cardiopulmonary resuscitation, not otherwise specified 99.63 Closed chest cardiac massage 93.93 Nonmechanical methods of resuscitation		/		
56	Perineorrhaphy 75.69 Repair of other current obstetric laceration 71.71 Suture of laceration of vulva or perineum		/		
57	Plaster of Paris technique 93.53 Application of other cast		/		
58	Pleural paracentesis 34.91 Thoracentesis		/		
59	Removal of foreign body from conjunctiva 98.22 Removal of embedded foreign body from eyelid or conjunctive without Incision		/		
60	Removal of foreign body from ear 98.11 Removal of intraluminal foreign body from ear without incision		/		
61	Removal of foreign body from nose 98.12 Removal of intraluminal foreign body from nose without incision		/		
62	Removal of foreign body from Throat 98.13 Removal of intraluminal foreign body from pharynx without incision		/		
63	Removal of foreign body from vagina in child 98.17 Removal of intraluminal foreign body from vagina without incision		/		

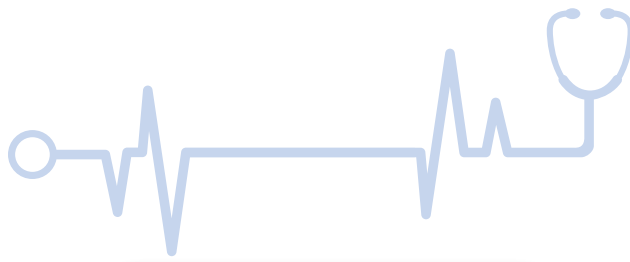
ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
64	Removal of nail, nail bed, or nail fold 86.23 Removal of nail, nail bed, or nail fold		/		
65	Skeletal traction 93.43 Intermittent skeletal traction 93.44 Other skeletal traction		/		
66	Tubal ligation & resection 66.32 Other bilateral ligation and division of fallopian tubes, Pomeroy operation		/		
67	Venesection 38.94 Venous cutdown		/		
68	Amniotomy 73.01 Induction of labor by artificial rupture of membranes Excludes: artificial rupture of membranes after onset of labor			/	
69	Appendectomy 47.09 Other appendectomy			/	
70	Bone marrow aspiration 41.38 Other diagnostic procedures on bone marrow			/	
71	Breech assistance delivery 72.52 Other partial (assisted) breech extraction			/	
72	Circumcision 64.0 Circumcision			/	
73	Closed reduction of simple fractures 79.0x Closed reduction of fracture without internal fixation			/	
74	General anesthesia for uncomplicated patient for simple surgery			/	
75	Joint aspiration, others 81.91 Arthrocentesis, joint aspiration			/	
76	Low transverse cesarean section 74.1 Low cervical cesarean section			/	
77	Manual removal of placenta 75.4 Manual removal of retained placenta			/	



ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
78	Needle biopsy of breast 85.11 Closed (percutaneous) (needle) biopsy of breast			/	
79	Peritoneal lavage 54.25 Peritoneal lavage			/	
80	Posterior nasal packing 21.02 Control of epistaxis by posterior (and anterior) packing			/	
81	Reduction of simple dislocations 79.7x Closed reduction of dislocation			/	
82	Removal of embedded foreign body from cornea without incision 98.21 Removal of superficial foreign body from eye without incision			/	
83	Repair of extensor tendon of hand 82.45 Other suture of other tendon of hand			/	
84	Salpingectomy 66.62 Salpingectomy with removal of tubal pregnancy			/	
85	Suprapubic tap 57.11 Percutaneous aspiration of bladder			/	
86	Tracheostomy 31.1 Temporary tracheostomy, for assistance in breathing			/	
87	Ultrasonography, abdomen in traumatic condition 88.76 Diagnostic ultrasound of abdomen and retroperitoneum			/	
88	Ultrasonography, gravid uterus 88.78 Diagnostic ultrasound of gravid uterus			/	
89	Vacuum extraction 72.7x Vacuum extraction			/	
90	Cervical spine and pelvic traction 93.21 Manual and mechanical traction				/
91	Low forceps extraction 72.1 Low forceps operation with episiotomy				/
92	Peritoneal dialysis 54.98 Peritoneal dialysis				/

ลำดับที่	หัตถการ	ระดับหัตถการ			
		1	2	3	4
93	Pleural biopsy 34.24 Pleural biopsy				/
94	Spinal anesthesia 03.91 Injection of anesthetic into spinal canal for analgesia				/
95	Vasectomy 63.73 Vasectomy				/





ภาคผนวก

4

การทำวิจัยเพื่อวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
และการขอรับรองคุณวุฒิสถาษาเวชศาสตร์ครอบครัว  
ให้มีคุณวุฒเทียบเท่าปริญญาเอก

## 1. ขอบเขตความรับผิดชอบ

เนื่องจากการมีความสามารถในการทำวิจัยด้วยตนเองเป็นสมรรถนะหนึ่งที่แพทย์ประจำบ้านเวชศาสตร์ครอบครัวต้องบรรลุตามหลักสูตรฯ และเป็นองค์ประกอบหนึ่งของผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรฯ เมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรบ ดังนั้น สถาบันฝึกอบรบจะต้องรับผิดชอบการเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์ประจำบ้านของสถาบันตนเองตั้งแต่การเตรียมโครงสร้างการวิจัย ไปจนถึงสิ้นสุดการทำงานวิจัยและจัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์เพื่อนำส่งราชวิทยาลัยฯ ทั้งนี้ สถาบันฝึกอบรบจะต้องรายงานชื่องานวิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และความคืบหน้าของงานวิจัย ตามกรอบเวลาที่กำหนดไปยังราชวิทยาลัยฯ เพื่อให้มีการกำกับดูแลอย่างทั่วถึง

## 2. องค์ประกอบของงานวิจัย

แพทย์ประจำบ้านที่ปฏิบัติงาน ต้องทำงานวิจัย เช่น งานวิจัยแบบ retrospective หรือ cross sectional อย่างน้อย 1 เรื่อง หรือทำ systematic review หรือ meta - analysis 1 เรื่อง ในระหว่างการปฏิบัติงาน 3 ปี โดยเป็นผู้วิจัยหลักหรือผู้นิพนธ์หลัก งานวิจัยดังกล่าวต้องประกอบด้วยหัวข้อหลักดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
2. ความสำคัญและที่มาของปัญหา
3. คำถามการวิจัย
4. จุดประสงค์ของการวิจัย
5. การทบทวนวรรณกรรม
6. ระเบียบวิธีวิจัย
7. วิธีการวิเคราะห์ผล
8. ผลการวิจัย
9. วิจารณ์สรุปผลและผลการวิจัย
10. เอกสารอ้างอิง
11. บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)
12. Manuscript

### 3. คุณลักษณะของงานวิจัย

- 3.1 เป็นผลงานที่ริเริ่มใหม่ หรือเป็นงานวิจัยที่ใช้แนวคิดที่มีการศึกษามาก่อนทั้งในและต่างประเทศ แต่นำมาคิดแปลงหรือทำซ้ำในบริบทของสถาบัน
- 3.2 แพทย์ประจำบ้านและอาจารย์ผู้ดำเนินงานวิจัยทุกคน ควรผ่านการอบรมด้านจริยธรรมการวิจัยในคน/หรือ Good Clinical Practice (GCP)
- 3.3 งานวิจัยทุกเรื่องต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบัน
- 3.4 งานวิจัยทุกเรื่อง ควรดำเนินงานวิจัยภายใต้ข้อกำหนดของ GCP หรือระเบียบวิจัยที่ถูกต้องและเหมาะสมกับคำถามวิจัย
- 3.5 ควรใช้ภาษาอังกฤษในการนำเสนอผลงานวิจัยฉบับสมบูรณ์โดยเฉพาะในบทคัดย่อ

### 4. สิ่งที่ต้องปฏิบัติสำหรับการดำเนินการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

- 4.1 เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ต้องดำเนินการทำวิจัยตามข้อตกลงโดยเคร่งครัด
- 4.2 เมื่อมีการลงนามในเอกสารชี้แจงผู้ป่วยหรือผู้แทนเพื่อให้ยินยอมเข้าร่วมวิจัย ต้องให้สำเนาแก่ผู้ป่วยหรือผู้แทนเก็บไว้ 1 ชุด
- 4.3 ให้ทำการระบุในเวชระเบียนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในถึงสถานการณเข้าร่วมงานวิจัยของผู้ป่วย
- 4.4 การตรวจหรือรักษาเพิ่มเติมจากโครงการวิจัยที่ผ่านการอนุมัติแล้ว โดยการกระทำดังกล่าวไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ ไม่สามารถทำได้ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น ยกเว้นได้มีการระบุและอนุมัติในโครงการวิจัยแล้ว และผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัยต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
- 4.5 กรณีที่โครงการวิจัยกำหนดให้ทำการตรวจหรือรักษาที่เพิ่มเติมจากการดูแลรักษาผู้ป่วยตามปกติ หากมีผลลัพธ์ที่อาจส่งผลกระทบต่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ให้ดำเนินการแจ้งคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเพื่อวางแผนแจ้งผู้ที่เกี่ยวข้องรับทราบต่อไป
- 4.6 หากเกิดกรณีอื่นนอกเหนือการคาดการณ์ให้รีบปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัยหรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรณีที่ไม่สามารถปรึกษาได้ให้ย้อนกลับไปใช้หลักพื้นฐาน 3 ข้อของจริยธรรมทางการแพทย์ในการตัดสินใจ  
  - 4.6.1 การถือประโยชน์สุขของผู้ป่วยเป็นหลัก และการไม่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานกับผู้ป่วย
  - 4.6.2 การเคารพสิทธิของผู้ป่วย
  - 4.6.3 การยึดมั่นในหลักความเสมอภาคของทุกคนในสังคม ที่จะได้รับบริการทางการแพทย์ตามมาตรฐาน

## 5. กรอบการดำเนินงานวิจัยในเวลา 3 ปี (36 เดือนของการฝึกอบรม)

ทั้งนี้ เดือนที่กำหนดขึ้นเป็นระยะเวลาที่ประมาณการ อาจจะทำได้เร็วกว่าหรือช้ากว่านี้ได้บ้าง โดยให้แต่ละสถาบันไปกำหนดรายละเอียดเพิ่มเติมเองตามความเหมาะสม

เดือนที่	ประเภทกิจกรรม
6	จัดเตรียมคำถามวิจัยและติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา
9	จัดทำโครงร่างงานวิจัย
12	สอบโครงร่างงานวิจัย
13	ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ขอทุนสนับสนุนงานวิจัยจากแหล่งทุนทั้งภายในและนอกสถาบัน (ถ้าต้องการ)
15	เริ่มเก็บข้อมูล
21	นำเสนอความคืบหน้างานวิจัย
30	วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลงานวิจัย
31	จัดทำรายงานวิจัยฉบับร่างให้อาจารย์ที่ปรึกษาปรับแก้ไข
33	ส่งรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อสถาบัน เพื่อส่งต่อไปยังราชวิทยาลัยฯ ให้ ทำการประเมินผล สำหรับประกอบคุณสมบัติการเข้าสอบเพื่อหนังสือ อนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

## การรับรองคุณวุฒิ

### วุฒิปัตร์ หรือหนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ให้มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก”

การรับรองคุณวุฒิหรือวุฒิการศึกษา วุฒิปัตร์ (วว.) หรือหนังสืออนุมัติ (อว.) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้น ถือเป็นสิทธิส่วนบุคคลและของแต่ละสถาบันที่ให้การฝึกอบรม โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของแต่ละสถาบันที่ให้การฝึกอบรมฯ และความสมัครใจของแพทย์ประจำบ้านและแพทย์ปฏิบัติงานแต่ละรายด้วย หากแพทย์ประจำบ้านมีความประสงค์ดังกล่าว ตนเองจะต้องแจ้งให้สถาบันฝึกอบรมทราบเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนว่าจะรับการฝึกอบรมที่มีโอกาสได้รับทั้ง วว. หรือ อว. และการรับรองคุณวุฒิดังกล่าวให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก”

ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมฯ ไม่สามารถจัดการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้มีการรับรองคุณวุฒิ วว. หรือ อว. “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ สถาบันนั้นมีสิทธิ์ที่จะไม่จัดการฝึกอบรมแบบที่มีการรับรองคุณวุฒิ ให้ “เทียบเท่าปริญญาเอก” ได้ สถาบันนั้นสามารถแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านทราบตั้งแต่วันเริ่มเปิดรับสมัครการคัดเลือกเข้าเป็นแพทย์ประจำบ้านไปจนถึงวันที่เริ่มเปิดการฝึกอบรม ในกรณีที่สถาบันฝึกอบรมใดต้องการให้มีการรับรอง วว. หรือ อว. ให้มีคุณวุฒิดังกล่าว แต่มีทรัพยากรจำกัด สถาบันนั้นสามารถติดต่อขอความร่วมมือจากอาจารย์และทรัพยากรจากสถาบันอื่นมาช่วยได้

การที่แพทย์ประจำบ้านสอบผ่านและมีสิทธิ์ได้รับวุฒิปัตร์ หรือหนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวแล้ว หากมีความประสงค์จะให้ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ ดำเนินการออกเอกสารเพื่อรับรองว่า วุฒิปัตร์ หรือหนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว มีคุณวุฒิ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นั้น จะต้องทำให้ผลงานวิจัยหรือส่วนหนึ่งของผลงานวิจัยที่ส่งมาให้ราชวิทยาลัยฯ ประกอบการเข้าสอบ วว. หรือ อว. ในครั้งนั้น มีลักษณะดังนี้

1. ผลงานวิจัยหรือส่วนหนึ่งของผลงานวิจัย ต้องได้รับการตีพิมพ์หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารทางวิชาการที่มีชื่ออยู่ในฐานข้อมูลที่เป็นที่ยอมรับในระดับชาติ (ได้แก่ ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย หรือ Thai Journal Citation Index - TCI เฉพาะวารสารที่มีชื่ออยู่ในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2) และนานาชาติ ที่มีคุณภาพตามประกาศคณะกรรมการอุดมศึกษา เรื่องหลักเกณฑ์การพิจารณาวารสารทางวิชาการสำหรับการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

2. กรณีงานวิจัยวารสาร ในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หากเป็นงานวิจัยแบบ systematic review และ meta-analysis โดยให้เพิ่มวงเล็บด้วยภาษาอังกฤษว่าเป็น systematic review และ meta-analysis เพื่อให้เกิดความชัดเจน

3. ให้ใช้ภาษาอังกฤษในการเขียนบทคัดย่อ

การตีพิมพ์ในวารสารระดับชาติหรือนานาชาติที่มีคุณภาพที่อยู่นอกเหนือประกาศของ TCI ให้เป็นบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารที่ถูกคัดเลือกให้อยู่ใน PubMed, Scopus, Web of Science หรือ Google Scholar หรือในวารสารนานาชาติที่ใช้ภาษาอังกฤษในบทความหรือในบทคัดย่อและมีการตีพิมพ์วารสารฉบับนี้มานานเกิน 10 ปี

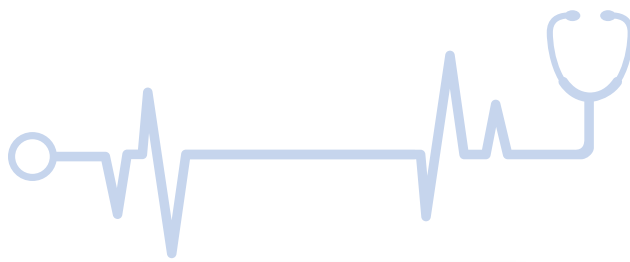


## ข้อแนะนำการเขียนคุณวุฒิ

### ในกรณีที่ วว. หรือ อว. ของแพทย์ได้รับการรับรองว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก”

ราชวิทยาลัยฯ แนะนำห้ามใช้ Ph.D. หรือ ปร.ด. ท้ายชื่อในคุณวุฒิ หรือวุฒิการศึกษา และห้ามเขียนคำว่า ดร. นำหน้าชื่อตนเอง แต่สถาบันการศึกษาสามารถใช้ วว. หรือ อว. ที่ “เทียบเท่าปริญญาเอก” นี้ มาใช้ให้แพทย์ท่านนั้นเป็นอาจารย์ประจำหลักสูตรการศึกษา อาจารย์รับผิดชอบหลักสูตรการศึกษา อาจารย์คณาวิทยานิพนธ์ หรือเป็นวุฒิการศึกษาประจำสถานศึกษาได้ โดยเสนอให้สถาบันการศึกษาแสดงวุฒิการศึกษาแยกกันดังนี้

- มีอาจารย์ “เทียบเท่าปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน จาก วว. หรือ อว.
- มีอาจารย์ “Ph.D. หรือ ปร.ด. หรือ ปริญญาเอก” จำนวนกี่ท่าน
- ดังนั้น วุฒิบัตรฯ หรือหนังสืออนุมัติฯ ที่ได้รับการรับรองวุฒิกิจการศึกษานี้ อาจจะมีคำว่า “เทียบเท่าปริญญาเอก” ต่อท้ายได้เท่านั้น



ภาคผนวก

5

กิจกรรมสมรรถนะองค์รวม  
(Entrustable Professional Activity: EPA)  
และ Milestones

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดกิจกรรมสมรรถนะ  
องค์รวม (Entrustable Professional Activity: EPA) ไว้ 7 กิจกรรม ประกอบไปด้วย

1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home care for patient and family)
2. การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
3. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Care for patients with chronic diseases)
4. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Health promotion and disease prevention for individual, family and community)
5. การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา สร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ (Comprehensive care: treatment, health promotion, disease prevention, rehabilitation)
6. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ (Health education for patient and relatives)
7. การทำโครงการในชุมชน (Implement of community project)

ตารางที่ 5.1 ระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถ
1	ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice the EPA)
2	ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)
3	ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)
4	ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (“Unsupervised” practice allowed)
5	อาจได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้อื่น (Supervision task may be given)

ตารางที่ 5.2 ระดับความสามารถที่แพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติได้ในแต่ละชั้นปี

EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	3	4	5
2. การดูแลแบบประคับประคอง	1	2	3
3. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	2	3	4
4. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ - บุคคล - ครอบครัว - ชุมชน	2	3	4
5. สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	2	3	4
6. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ	2	3	4
7. การทำโครงการในชุมชน	1	2	3

ตารางที่ 5.3 กิจกรรมสมรรถนะองค์รวมและสมรรถนะหลัก 6 ด้าน (EPA/Competency Matrix)

EPA	Patient Care	Medical Knowledge and Skills	Practice - based Learning and Improvement	Interpersonal and Communication Skills	Professionalism	System-Based Practice
1. การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	5.1.5	5.2.3	5.3.2	5.4.1 5.4.2 5.4.6	5.5.4	5.6.3 5.6.4 5.6.6 5.6.7
2. การดูแลแบบประคับประคอง	5.1.6	5.2.2	5.3.2	5.4.1 5.4.2 5.4.4 5.4.6	5.5.2 5.5.4	5.6.3 5.6.6 5.6.7
3. การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	5.1.3	5.2.2	5.3.2	5.4.2 5.4.6	5.5.2	5.6.3 5.6.5 5.6.6 5.6.7
4. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ - บุคคล - ครอบครัว - ชุมชน						
	5.1.2	5.2.1	5.3.2	5.4.4	5.5.2	
	5.1.2	5.2.3	5.3.2	5.4.4	5.5.2	
	5.1.2	5.2.4	5.3.2	5.4.3 5.4.4		5.6.2
5. สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	5.1.1 5.1.2 5.1.4	5.2.2	5.3.1 5.3.2 5.3.3 5.3.4 5.3.5	5.4.2 5.4.5	5.5.1 5.5.3	
6. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ	5.1.1	5.2.3	5.3.2 5.3.5	5.4.3 5.4.4 5.4.6	5.5.1	
7. การทำโครงการในชุมชน		5.2.4	5.3.2	5.3.3 5.4.4	5.5.1 5.5.4	5.6.1 5.6.2 5.6.4 5.6.5

ตารางที่ 5.4 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 1 (EPA 1 Description)

1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)	การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน (Home care for patient and family)			
2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)	ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ตั้งแต่การดูแลรักษา ส่งเสริม ป้องกันโรค และฟื้นฟู โดยสามารถใช้ หลักการ patient centered medicine และการดูแลต่อเนื่อง และเป็นผู้นำทีมสหสาขาวิชาชีพในการ เยี่ยมบ้าน			
3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่คาดหวัง (Expected KSA)	3.1 Patient-centered and holistic care 3.2 Family and community oriented care 3.3 Working with patient and family 3.4 Working with multidisciplinary team 3.5 Education and training			
4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักและระดับความสามารถตามชั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน	3	4	5
5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย 5.2 รายงานการดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน 5.3 การนำเสนอ case conference การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน			
6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)	6.1 รายงานการดูแลผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน 6.2 สอบ ข้อเขียน (MCQ, MEQ) และ/หรือ ปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.3 Work place based assessment (MINI - CEX, 360 degree assessment)			
7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))	7.1 ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้นำทีม ในการให้บริการเยี่ยมบ้าน 7.2 สามารถถ่ายทอดความรู้และพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพ			

## ตารางที่ 5.5 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะของศรั่วมที่ 1 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<p>1.1 มีความรู้หลักการทั่วไปของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ระบุความสำคัญ ความหมายวัตถุประสงค์ ของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้</li> <li>• ระบุข้อบ่งชี้และชนิดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน</li> <li>• ระบุบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน</li> </ul>	<p>ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมสมรรถนะของศรั่วม</p> <p>(Not allowed to practice the EPA)</p>
2	<p>2.1 สามารถเตรียมแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/เยี่ยมบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ในกระเป๋าเยี่ยมบ้านตามความจำเป็นในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>• ประเมินการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย</li> <li>• ประเมินสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยที่บ้าน</li> <li>• สามารถบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านเพื่อใช้สื่อสาร กับบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในระดับปฐมภูมิด้วยกันและต่างระดับได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ</p> <p>(Practice with full supervision)</p>
3	<p>3.1 สามารถร่วมการวางแผนการเข้าเยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ทำงานร่วมกับทีมบุคลากรทางการแพทย์สหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้าน โดยเข้าใจถึงบทบาทของบุคลากรอื่นๆ ในทีมเยี่ยมบ้าน</li> <li>• ให้การวินิจฉัยปัญหาและการรักษาเบื้องต้น ในภาวะฉุกเฉินระหว่างการเยี่ยมบ้าน และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล</li> <li>• ประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลที่อาจเกิดจากการดูแลผู้ป่วย และการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง</p> <p>(Practice with supervision on demand)</p>

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
4	<p>4.1 ร่วมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับทีมรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>4.2 เป็นผู้นำที่ดีในทีมเยี่ยมบ้านและแสดงบทบาทของแพทย์ในทีมสหสาขาวิชาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>4.3 ดำเนินการเยี่ยมบ้านได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ตามความเสี่ยง ความรุนแรงของปัญหาและระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าเยี่ยมบ้าน</li> <li>● ทำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม และให้การรักษาโดยคำนึงถึงข้อจำกัด</li> <li>● ทำการประเมิน วินิจฉัยและจัดการปัญหา ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยตระหนักถึงวัฒนธรรม ของชุมชนที่มีผลกระทบต่ออารมณ์ความรู้สึกและการตัดสินใจของผู้ป่วย</li> <li>● สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านตามบริบทของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล ตัวอย่าง เช่น การใช้ home oxygen therapy เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์สำหรับการฟอกไตทางหน้าท้องและเครื่องพ่นยา</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (“Unsupervised” practice allowed)</p>
5	<p>5.1 การจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านในบริการปฐมภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ฐานข้อมูลผู้ป่วยเยี่ยมบ้านที่สามารถเชื่อมโยงการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละสาขา</li> <li>● ค้นหาข้อจำกัดของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน/การเยี่ยมบ้านและแนวทางการแก้ไข</li> <li>● การพัฒนาจุดมุ่งหมายในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน</li> <li>● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับชุมชน</li> </ul> <p>5.2 ทำการสอนและฝึกปฏิบัติเรื่องการเยี่ยมบ้านให้แก่แพทย์รุ่นน้อง นักศึกษาแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ได้</p>	<p>อาจได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้อื่น (Supervision task may be given)</p>



## ตารางที่ 5.6 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 2 (EPA 2 Description)

1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)	การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)			
2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)	ให้บริการดูแล ผู้ป่วย palliative และ ครอบครัว ทั้งใน แขนงผู้ป่วยนอก แขนงผู้ป่วยใน และที่บ้าน			
3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่คาดหวัง (Expected KSA)	3.1 Pain, symptoms management and supportive care 3.2 End of life care (advance directive care, living will, grief and bereavement) 3.3 Spiritual Health 3.4 Family Meeting and counselling 3.5 Doctor-patient-family relationship			
4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักและระดับความสามารถตามชั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการดูแลแบบประคับประคอง	1	2	3
5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 5.2 รายงานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 5.3 การนำเสนอ case conference การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)			
6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)	6.1 รายงานการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) 6.2 สอบ ข้อเขียน (MCQ, MEQ) และ ปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.3 work place based assessment (MINI - CEX, 360 degree assessment)			
7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))	ไม่มีในระดับนี้			

ตารางที่ 5.7 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 2 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<p>1.1 มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วย palliative care</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สถานการณ์การดูแลผู้ป่วย palliative care แบบระดับประเทศในประเทศไทย</li> <li>● ความหมายและหลักการของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง</li> <li>● อธิบายปฏิกิริยาการรับรู้ข่าวร้าย</li> <li>● อธิบายความชุก ชนิด และกลไกความปวดจากโรคในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง</li> <li>● อธิบายความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล</li> </ul>	<p>ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม สมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice the EPA)</p>
2	<p>2.1 สามารถร่วมดูแลผู้ป่วย palliative และครอบครัวที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถเข้าใจถึงความกังวลใจต่อความตาย ของผู้ป่วยและญาติที่กำลังเผชิญอยู่ซึ่งส่งผลต่อ การรักษาในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย</li> <li>● เข้าใจปัญหาทางจิตใจที่พบบ่อยในผู้ป่วยแบบประคับประคอง และสามารถให้การดูแลเบื้องต้นได้ เช่น ความกังวล อารมณ์ ซึมเศร้า สับสน เป็นต้น</li> <li>● แจ้งข่าวร้าย และตอบสนองอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม</li> <li>● สามารถดูแลภาวะ ความเศร้าจากการสูญเสียที่เป็นปกติและไม่ปกติ</li> <li>● สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ให้ความหวังและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงได้</li> <li>● มีความรู้เรื่องหลักการของการบำบัดความปวด ระบุประเภทยาแก้ปวด เกสัชจลศาสตร์ วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้อง ผลข้างเคียงของยา กลุ่ม opioids และสามารถแก้ไขปัญหา พิษจาก opioids ได้</li> <li>● มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาความปวดที่ไม่ใช่ยาได้</li> <li>● สามารถประเมินระบบครอบครัวและให้คำแนะนำที่เหมาะสมต่อครอบครัวและผู้ดูแลได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)</p>

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
3	<p>3.1 สามารถดูแลผู้ป่วย Palliative ครอบครัวและชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ดูแลอาการเจ็บป่วย ความไม่สบาย และดูแลภาวะใกล้เสียชีวิตของผู้ป่วยได้</li> <li>● ให้การดูแลปัญหาความไม่สบายที่พบบ่อยได้ ได้แก่ อ่อนเพลีย และอ่อนกำลัง หายใจหอบเหนื่อย ท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน ซึมเศร้า เป็นต้น</li> <li>● ร่วมปรึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยในประเด็นต่างๆโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ได้แก่ การใช้อุปกรณ์การช่วยชีวิต การใช้ยาฆ่าเชื้อ การให้สารน้ำและสารอาหาร เป็นต้น</li> <li>● ร่วมปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัวในการทำหนังสือแสดงเจตนาตาม พรบ.สุขภาพแห่งชาติ พศ. 2550 มาตรา 12 ได้</li> <li>● ให้ความใส่ใจและยอมรับต่อความเชื่อด้านสุขภาพตามวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อในเรื่องความตายของผู้ป่วยและครอบครัวได้</li> <li>● นำความเชื่อด้านสุขภาพนั้นมาประยุกต์ใช้เป็นองค์ประกอบในการวินิจฉัย แผนการรักษา การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้</li> <li>● ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>● ส่งต่อไปยังหน่วยงานในชุมชนที่มีเกี่ยวข้องให้ช่วยดูแลต่อได้อย่างเหมาะสม</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)</p>

**ตารางที่ 5.8 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 3 (EPA 3 Description)**

1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)	การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Care for patients with chronic diseases)			
2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)	ให้บริการดูแล ผู้ป่วย chronic disease และ ครอบครัว ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และ ที่บ้าน			
3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่คาดหวัง (Expected KSA)	3.1 Common chronic diseases in primary care 3.2 Continuous care 3.3 Evidence based practice 3.4 Doctor-patient relationship			
4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักและระดับความสามารถตามชั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	2	3	4
5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบโรคเรื้อรัง 5.2 แบบบันทึกผู้ป่วยนอกที่ได้รับการดูแลแบบโรคเรื้อรัง 5.3 รายงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบโรคเรื้อรัง 5.4 การนำเสนอ case conference การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง			
6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)	6.1 รายงานการดูแลผู้ป่วย 1 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบโรคเรื้อรัง 6.2 สอบ ข้อเขียน (MCQ, MEQ) และ ปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.3 รายงานเยี่ยมบ้าน 6.4 การนำเสนอ case conference 6.5 Work place based assessment (MIN - CEX, 360 degree assessment)			
7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))	ไม่มีในระดับนี้			

## ตารางที่ 5.9 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 3 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<p>1.1 มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อยทั้งโรคติดเชื้อและกลุ่ม NCD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค</li> <li>• แนวทางการดูแลรักษาและป้องกันโรคตามหลักฐานทางการแพทย์ที่น่าเชื่อถือ</li> <li>• ผลแทรกซ้อนและผลกระทบที่เกิดต่อสุขภาพผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม</li> <li>• ระบบบริการสุขภาพที่สนับสนุนการดูแลรักษาและป้องกันโรคเรื้อรัง</li> </ul>	<p>ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม สมรรถนะองค์รวม</p> <p>(Not allowed to practice the EPA)</p>
2	<p>2.1 สามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาไม่ซับซ้อนได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ให้การดูแลตามหลักการให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษาและอย่างเป็นองค์รวม <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ให้การดูแลทั้งโรคและความเจ็บป่วย</li> <li>○ ให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยคำนึงถึงบริบทชีวิตและครอบครัวของผู้ป่วย</li> <li>○ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา</li> <li>○ รักษาสัมพันธ์ที่ดีภาพระหว่างแพทย์และผู้ป่วย</li> <li>○ สร้างเสริมสุขภาพ</li> <li>○ คำนึงถึงข้อจำกัดในการรักษาพยาบาลจากด้านผู้ป่วยและหน่วยบริการ ทั้งด้านทรัพยากร การเงิน เวลาและหาทางแก้ไข</li> </ul> </li> <li>• ทำการป้องกันค้นหา ติดตาม และเฝ้าระวังภาวะหรือโรคแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับโรคเรื้อรังของผู้ป่วยได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)</p>
3	<p>3.1 สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวที่มีปัญหาไม่ซับซ้อน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• สามารถให้การดูแลปัญหาโรคเรื้อรังร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยได้</li> <li>• ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้าน</li> <li>• ทำการปรึกษา ส่งต่อ ผู้ป่วยให้กับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของ ผู้ป่วยกับครอบครัว</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง</p> <p>(Practice with supervision on demand)</p>
4	<p>4.1 สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนกับหน่วยงานในชุมชนได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ทำการประสานกับ หน่วยงานที่มีบทบาทเกี่ยวข้องในชุมชนได้</li> <li>• จัดการระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเรื่องในสถานบริการของตนเองได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (“Unsupervised” practice allowed)</p>

ตารางที่ 5.10 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 4 (EPA 4 Description)

1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน (Health promotion and disease prevention for individual, family and community)			
2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)	ให้บริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน การให้ vaccine การคัดกรองโรค การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			
3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่คาดหวัง (Expected KSA)	3.1 Periodic Health Screening 3.2 Vaccination 3.3 Behavioral change and counselling 3.4 Population health 3.5 Primary care management 3.6 มีความรับผิดชอบ ให้เกียรติผู้ป่วย ครอบครัว และ ทีมสหวิชาชีพ			
4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลัก และระดับ ความสามารถตามขั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)	EPA	ขั้นปีที่ 1	ขั้นปีที่ 2	ขั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	2	3	4
5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่ให้ การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัว 5.2 แบบบันทึกดูแลผู้ป่วยนอก ที่ให้ การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัว 5.3 รายงานเยี่ยมบ้าน 5.4 รายงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 5.5 การนำเสนอ case conference			
6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)	6.1 รายงานเยี่ยมบ้าน 6.2 รายงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน 6.3 สอบข้อเขียน (MCQ และ short essay) 6.4 สอบปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.5 Work place based assessment (MINI - CEX, 360 degree assessment)			
7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))	ไม่มีในระดับนี้			

## ตารางที่ 5.11 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 4 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องหลักการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคำนึงถึงลักษณะเฉพาะ ของบุคคล ครอบครัว สังคม ความเชื่อ และวัฒนธรรมท้องถิ่น</li> <li>สามารถระบุประโยชน์และความเสี่ยงในการรับวัคซีนและภูมิคุ้มกัน</li> </ul>	ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice the EPA)
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถทำการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยความเชื่อมโยงกับการรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในระดับบุคคลได้</li> <li>สามารถให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพในระดับบุคคลได้</li> </ul>	ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถทำการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยความเชื่อมโยงกับการรักษาโรคและการฟื้นฟูสุขภาพในระดับบุคคลและครอบครัวได้</li> <li>สามารถให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อสุขภาพในระดับครอบครัวได้</li> <li>สามารถทำการตรวจคัดกรองโรคและความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> <li>โปรแกรมการตรวจคัดกรองสุขภาพที่เหมาะสมกับเพศ วัยและความเสี่ยงของแต่ละบุคคล</li> <li>การประเมินความเสี่ยงต่อโรค (risk factor) เป็นรายบุคคล</li> <li>การแปลผลการตรวจคัดกรองโรคที่พบบ่อย</li> </ul> </li> </ul>	ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>สามารถวิเคราะห์ความชุกของและความเสี่ยงของโรคที่พบบ่อยในชุมชน</li> <li>ให้การดูแลและวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคำนึงถึงหลักเหตุผลทางวิชาการและความคุ้มค่า</li> <li>สามารถจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบในระดับปฐมภูมิ โดยคำนึงถึงกลุ่มประชากรใน ชุมชน</li> </ul>	ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

**ตารางที่ 5.12 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 5 (EPA 5 Description)**

<b>1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)</b>	สามารถให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา สร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ (Comprehensive care: treatment, health promotion, disease prevention, rehabilitation)			
<b>2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)</b>	ประยุกต์และผสมผสานการดูแล ในรูปแบบต่างๆ ในผู้ป่วยหนึ่งคน อย่างเป็นองค์รวม และ ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ ทั้งในแผนกผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และ ที่บ้าน			
<b>3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่คาดหวัง (Expected KSA)</b>	3.1 Treatment management 3.2 Health promotion 3.3 Disease prevention 3.4 Rehabilitation			
<b>4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลัก และระดับ ความสามารถตามขั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)</b>	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการดูแล ครอบคลุม การรักษา สร้างเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ	2	3	4
<b>5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)</b>	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่ให้ การดูแลที่ครอบคลุม แก่ผู้ป่วย 5.2 แบบบันทึกดูแลผู้ป่วยนอกที่ให้ การดูแลที่ครอบคลุม แก่ผู้ป่วย 5.3 รายงานเยี่ยมบ้าน 5.4 การนำเสนอ case conference			
<b>6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)</b>	6.1 รายงานเยี่ยมบ้าน 6.2 สอบข้อเขียน (MCQ และ short essay) 6.3 สอบปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.4 Work place based assessment (MINI - CEX, 360 degree assessment)			
<b>7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))</b>	ไม่มีในระดับนี้			



## ตารางที่ 5.13 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<p>1.1 มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ธรรมชาติของความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนในบริบทของบริการปฐมภูมิ</li> <li>● ความหลากหลายของวิธีการดูแลความเจ็บป่วยในบริการปฐมภูมิ</li> <li>● การดูแลความเจ็บป่วยของบุคคลด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย</li> </ul>	<p>ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม สมรรถนะองค์รวม</p> <p>(Not allowed to practice the EPA)</p>
2	<p>2.1 ให้การดูแลปัญหา ความผิดปกติ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เข้าใจหลักการของการเกิดโรคร่วม (co - morbidity)</li> <li>● ระบุปัญหา วิเคราะห์ปัญหา ต่อรอง ยอมรับ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา</li> <li>● ให้การดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)</p>
3	<p>3.1 จัดการดูแลปัญหาความผิดปกติ ทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังที่มีความซับซ้อนอย่างเป็นระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ประสานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> <li>● ใช้เวชระเบียนและข้อมูลทางการแพทย์เพื่อการดูแลที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพ</li> <li>● มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้การแพทย์เชิงประจักษ์และมีทักษะในการค้นคว้าข้อมูลเพื่อนำมาใช้ดูแลผู้ป่วย</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง</p> <p>(Practice with supervision on demand)</p>
4	<p>4.1 สามารถ จัดการและประสานงานเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ รวมไปถึงการป้องกัน การรักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถนะ ในระบบบริการปฐมภูมิได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● เป็นผู้นำในการดูแลผู้ป่วย ทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟู</li> <li>● มีวิสัยทัศน์ในการจัดการปัญหาทั้งระยะสั้นและระยะยาว</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง</p>

**ตารางที่ 5.14 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะของครั้งที่ 6 (EPA 6 Description)**

<b>1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะของครั้งที่ 6 (EPA Title)</b>	การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติ (Health education for patient and relatives)			
<b>2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)</b>	ส่งเสริมศักยภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว ในการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถช่วยเหลือดูแลสุขภาพครอบครัวและผู้อื่นได้			
<b>3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่คาดหวัง (Expected KSA)</b>	3.1 Patient education and health literacy 3.2 Coaching self - management and supporting self - efficacy			
<b>4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักและระดับความสามารถตามชั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)</b>	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	2	3	4
<b>5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)</b>	5.1 แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านที่ให้ การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยและครอบครัว 5.2 แบบบันทึกดูแลผู้ป่วยนอก ที่ให้ การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วย และครอบครัว 5.3 รายงานเยี่ยมบ้าน 5.4 การประเมินลักษณะการปฏิสัมพันธ์กับคนไข้ผ่านวิดีโอ สถานการณ์จำลองฝึกหัด หรือรูปแบบการถอดบทสนทนา			
<b>6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)</b>	6.1 รายงานเยี่ยมบ้าน 6.2 สอบข้อเขียน (MCQ และ short essay) 6.3 สอบปฏิบัติ (OSCE, long case) 6.4 Work place based assessment (MINI - SEC, 360 degree assessment)			
<b>7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))</b>	ไม่มีในระดับนี้			

## ตารางที่ 5.15 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 6 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>● มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องหลักการสอนและจิตวิทยาการเรียนแบบผู้ใหญ่</li> <li>● มีความรู้และเข้าใจเรื่องรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล</li> <li>● มีความรู้ความเข้าใจปัจจัย และอุปสรรคต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน</li> <li>● มีความรู้และเข้าใจแนวทางวิธีการสอนโดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง</li> </ul>	ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม สมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice the EPA)
2	<p>ทำการสอนเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพในระดับบุคคลได้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● สามารถประเมินความรู้ความเข้าใจพื้นฐานต่อสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวได้</li> <li>● สามารถวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วย โดยประกอบกับกิจวัตร ความรู้ ความเชื่อทางสุขภาพ ระดับความเข้าใจ ภูมิหลังและวัฒนธรรมของผู้ป่วยได้</li> <li>● ทำการออกแบบรูปแบบ/กระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยได้</li> <li>● ทำการสอนที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ป่วยและสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยตั้งคำถาม และสามารถให้คำตอบที่เป็นประโยชน์แก่การดูแลสุขภาพได้</li> <li>● สามารถให้คำแนะนำในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในปัญหาที่พบได้ในเวชปฏิบัติ</li> <li>● สามารถประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยจากการเรียนรู้ได้</li> </ul>	ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทำการสอนเรื่องการดูแลรักษาสุขภาพในระดับครอบครัวได้                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ สามารถวางแผนและประเมินโครงสร้างการสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว</li> <li>○ ทำการสอนที่มีประสิทธิภาพรวมถึงสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวได้</li> <li>○ สามารถให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองได้</li> </ul> </li> <li>● สามารถจัดการเรียนการสอนแบบกลุ่มย่อย (small group) ให้แก่กลุ่มผู้ป่วยได้</li> <li>● ตระหนักถึงประโยชน์ของการเรียนรู้ระหว่างการปฏิบัติงานและระหว่างวิชาชีพ</li> <li>● สามารถจัดทำสื่อการสอน หรือตัวกลางในการช่วยการเรียนรู้ของผู้เรียนได้</li> <li>● สามารถให้คำแนะนำและการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)</p>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ทำการแสวงหาและเรียนรู้แนวทางปรับปรุงสมรรถนะด้านการสอนจากเสียงสะท้อนของผู้เรียน</li> <li>● มีทักษะการพูดและทำการสอนในที่ชุมชนได้</li> <li>● สามารถผสมผสานรูปแบบต่าง ๆ ของการจัดการเรียนการสอนเข้าไปในการจัดบริการ และความรู้ทางเทคโนโลยีสารสนเทศที่นำมาใช้ในการสอนให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้</li> <li>● สามารถแนะนำ และแยกแยะประเภทของสื่อและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพโดยทั่วไปที่เหมาะสม ให้กับผู้เรียนได้</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ด้วยตนเอง (“unsupervised”)</p>

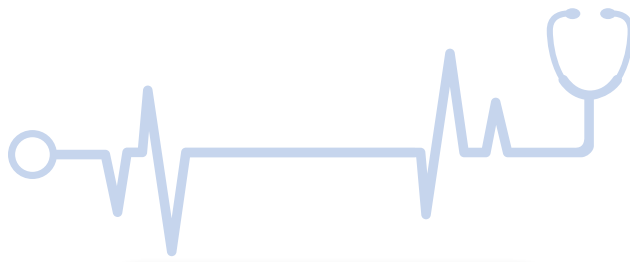
## ตารางที่ 5.16 รายละเอียดกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 7 (EPA 7 Description)

1. ชื่อกิจกรรมสมรรถนะองค์รวม (EPA Title)	การทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน (Implement of community project)			
2. รายละเอียดกิจกรรม (Description of the activity)	ดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพในชุมชน ตั้งแต่ การระบุปัญหาในชุมชน การวางแผนและดำเนินโครงการเพื่อการแก้ไข และติดตามผลลัพธ์ จนถึง การขยายผลในชุมชน			
3. ความรู้ ทักษะ และทัศนคติ ที่คาดหวัง (Expected KSA)	3.1 Community oriented care 3.2 Health system and health system development 3.3 Population Health and public health 3.4 Working with multidisciplinary team			
4. ความเชื่อมโยงกับสมรรถนะหลักและระดับความสามารถตามชั้นปี (Link with competencies and predefined milestones)	EPA	ชั้นปีที่ 1	ชั้นปีที่ 2	ชั้นปีที่ 3
	ระดับความสามารถในการทำโครงการในชุมชน	1	2	3
5. แหล่งข้อมูลเพื่อบอกความก้าวหน้าของระดับความสามารถ (Sources of information to determine progress)	5.1 รายงาน community project			
6. การตัดสินระดับความสามารถ (Basis for formal entrustment decision)	6.1 รายงาน community project 6.2 Workplace based assessment (360 degree assessment)			
7. การดำเนินการต่อหลังระดับความสามารถเป็น 4 “สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง” (Post level - 4 of entrustment (“unsupervised”))	ไม่มีในระดับนี้			

ตารางที่ 5.17 คำอธิบายระดับความสามารถของกิจกรรมสมรรถนะองค์รวมที่ 7 และสมรรถนะหลัก

ระดับ	ความสามารถขั้นต่ำที่ต้องทำได้ในแต่ละระดับ	การยอมรับได้ในการทำ
1	<p>1.1 มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการทำงานร่วมกับชุมชนโดยทั่วไป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชนโดยใช้ข้อมูลลักษณะประชากรและระบาดวิทยา</li> <li>● ผลกระทบของความยากจน เชื้อชาติ และการระบาดของโรคที่ก่อให้เกิดต่อสุขภาพของคนในชุมชน</li> <li>● ระบบบริการสุขภาพของประเทศ และข้อจำกัด</li> </ul>	<p>ยังไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรม สมรรถนะองค์รวม (Not allowed to practice the EPA)</p>
2	<p>2.1 สามารถวิเคราะห์ระบบการดูแลสุขภาพที่จำเพาะในชุมชนของตนเองเพื่อวางแผนการทำ โครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● ระบบและช่องทางในการรับบริการและให้บริการสุขภาพทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและแพทย์ เช่น ขั้นตอนการส่งต่อกรร่วมจ่าย การลาหยุดงาน และประเด็นทางกฎหมาย</li> <li>● ความสอดคล้องของความต้องการด้านสุขภาพของตัวบุคคลและของชุมชน</li> <li>● เข้าใจบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวต่อการเป็นคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่และบทบาทของบุคลากรสาขาอื่นที่มีผลต่อนโยบายสุขภาพของท้องถิ่น</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ภายใต้การดูแลจาก ผู้เชี่ยวชาญ (Practice with full supervision)</p>
3	<p>3.1 สามารถวางแผนและจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ชุมชนโดยคำนึงถึงบริบทของ ชุมชนเป็นหลัก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● บริหารจัดการระบบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่ คนในชุมชนโดยประสานความร่วมมือกับชุมชน และหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน โดยคำนึงถึงบริบทสภาพแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อของคนชุมชน</li> <li>● ส่งเสริมให้มีการคัดสรรบุคคลต้นแบบในชุมชนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค</li> </ul>	<p>ปฏิบัติได้ แต่ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในบางเรื่อง (Practice with supervision on demand)</p>





ภาคผนวก

6

การสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติ  
เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว



ด้วยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นประจำทุกปี รายละเอียดดังนี้

## วุฒิบัตร

### ชื่อเต็ม

- (ภาษาไทย) วุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Diploma of the Thai Board of Family Medicine

### ชื่อย่อ

- (ภาษาไทย) วว. เวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Dip. Thai Board of Family Medicine

### ชื่ออภิไธย

- (ภาษาไทย) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Family Physician

## หนังสืออนุมัติ

### ชื่อเต็ม

- (ภาษาไทย) หนังสืออนุมัติเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Diploma of the Thai Board of Family Medicine

### ชื่อย่อ

- (ภาษาไทย) อว. เวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Dip. Thai Board of Family Medicine

### ชื่ออภิไธย

- (ภาษาไทย) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- (ภาษาอังกฤษ) Family Physician

## คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอสมัครสอบ

### 1. การสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

1.1 เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และ

1.2 เป็นผู้กำลังฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีสุดท้ายตามหลักสูตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทยสภา จากสถาบันฝึกอบรมที่แพทยสภารับรอง หรือ เป็นแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ราชวิทยาลัย ฯ รับรองโดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตร และ

1.3 ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) ที่จัดโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยครบทั้ง 3 ครั้ง และต้องมีระยะเวลาเข้าร่วมประชุมตามเกณฑ์ที่กำหนด

### 2. การสอบเพื่อหนังสืออนุมัติฯ

2.1 เป็นผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และ

#### 2.2 เป็นผู้มีความสามารถใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้

2.2.1 ปฏิบัติงานในลักษณะที่เป็นเวชปฏิบัติครอบครัวอย่างน้อย 5 ปี ในสถานบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ โดยสถานบริการ ดังกล่าวต้องได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ก่อน

2.2.2 เป็นผู้ที่ได้รับหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว /เวชปฏิบัติทั่วไป จากสถาบันในต่างประเทศที่แพทยสภารับรอง

2.2.3 เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านเวชปฏิบัติครอบครัวมาแล้วมากกว่า 10 ปี ต่อเนื่องจนถึงวันที่ยื่นคำขอสมัครสอบ และ

2.3 เข้าร่วมการประชุมวิชาการครบตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ กำหนด

## ขั้นตอนการสมัครสอบฯ

ผู้ประสงค์ขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรฯ ยื่นเอกสารหลักฐานต่างๆ ที่สำนักงานราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว ดังนี้

1. ใบคำขอสมัครสอบ จำนวน 2 ฉบับ (สามารถ download จาก [www.thaifammed.org](http://www.thaifammed.org))
2. สำเนาใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม จำนวน 2 ชุด
3. รูปถ่าย ขนาด 2 นิ้ว จำนวน 2 รูป (ถ่ายไม่เกิน 6 เดือน) ติดใบสมัครชุดละ 1 รูป
4. กรณีผู้สมัครตามคุณสมบัติข้อ 2.2.2 ให้ยื่นสำเนาหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตร ที่ได้รับจากสถาบันในต่างประเทศ พร้อมหลักฐานแสดงว่า สถาบันดังกล่าวได้รับการรับรองจากแพทยสภา ในการศึกษาสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวนอย่างละ 2 ชุด
5. กรณีสมัครสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ
  - หลักฐานจากสถาบันฝึกอบรมที่แสดงว่า ผ่านกระบวนการฝึกอบรมครบถ้วนตามหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน หรือได้ปฏิบัติตามครบถ้วนตามเกณฑ์ของแพทย์ปฏิบัติงานฯ หรือ กำลังฝึกอบรม/ปฏิบัติงานในปีสุดท้าย และคาดว่าจะจบการฝึกอบรม/ปฏิบัติงาน ได้ตามเกณฑ์ตลอดจนมีความรู้ เจตคติ จริยธรรม และทักษะที่เหมาะสมต่อการเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พร้อมสำเนา 1 ชุด
  - สำเนาประกาศนียบัตรเข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ประจำบ้าน ที่จัดโดยราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย ทั้ง 3 workshop จำนวน 1 ชุด
  - รายงานการศึกษาวิจัยในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 เรื่อง พร้อม manuscript ที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นจากสถาบันฝึกอบรมแล้ว หรือ หลักฐานที่แสดงว่างานวิจัยได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มี peer review ภายในระยะเวลา 3 ปีก่อนวันสอบ โดยผู้สมัครสอบจะต้องเป็นผู้วิจัย/ผู้พิมพ์หลัก และผลงานดังกล่าวไม่เคยนำไปใช้ในการประเมินวิทยฐานะของคณะผู้วิจัยคนใดคนหนึ่งมาก่อน (หากส่งเป็นบทความที่ตีพิมพ์แล้ว หรือระหว่างการศึกษาพิจารณาให้ส่งเฉพาะสำเนาบทความจากวารสาร หรือ manuscript พร้อมจดหมายตอบรับจากวารสาร โดยไม่ต้องส่งเล่มรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์) จำนวน 3 ชุด
  - รายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (family study report) 2 ครอบครัว ที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นจากสถาบันฝึกอบรมแล้ว จำนวน 3 ชุด
  - รายงานการดำเนินโครงการในชุมชน 1 โครงการ ที่ผ่านการประเมินเบื้องต้นจากสถาบันฝึกอบรมแล้ว จำนวน 3 ชุด
  - แผ่น CD/DVD บรรจุไฟล์ รายงานวิจัย รายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัว และรายงานการดำเนินโครงการ รวมทั้งไฟล์ manuscript งานวิจัย (กรณีส่งเป็นงานวิจัยที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์) จำนวน 3 ชุด
  - กรณีแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ ให้ส่งรายงานการดูแลผู้ป่วย 5 สาขาหลัก (Assignments) ขณะปฏิบัติงาน ในชั้นปีที่ 1 จำนวน 1 ชุด

6. กรณีสอบเพื่อหนังสืออนุมัติฯ

- หนังสือรับรองการปฏิบัติงานจากผู้บังคับบัญชา ว่า ได้ทำงานในลักษณะแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด จำนวน 1 ชุด

- กรณีเป็นสถาบัน/หน่วยงาน/สถานบริการ ที่ยังไม่เคยได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวฯ เป็นสถาบันฝึกอบรม/สถาบันสมทบในการฝึกอบรม/สถานปฏิบัติงานที่เข้าเกณฑ์ในการปฏิบัติงานเพื่อสอบฯ ได้ ภายใน 5 ปีนับถึงวันสมัครสอบ ให้ผู้ยื่นคำขอสมัครสอบดำเนินการส่งแบบประเมินตนเองของสถาบัน และ/หรือ ใบรับรองเป็นสถานบริการ/หน่วยบริการด้านปฐมภูมิจากหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อพิจารณารับรองสถานปฏิบัติงานก่อนการสมัครสอบค่าใช้จ่ายในการตรวจประเมิน เป็นความรับผิดชอบของสถาบัน/หน่วยงาน/สถานบริการที่ขอรับการประเมิน

- ประกาศนียบัตร หรือ หนังสือรับรองการเข้าร่วมประชุมวิชาการ อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 ปีนับถึงก่อนวันสอบ โดย จะต้องเป็นการประชุมวิชาการที่จัดโดยราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย หรือ สมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 ครั้ง และ/หรือ การประชุมที่จัดโดยหน่วยงานอื่นภายใต้การรับรองจากราชวิทยาลัยฯ อีกไม่เกิน 1 ครั้ง โดยการประชุมนั้นมีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 2 วัน หรือได้รับ เครดิต ศ.น.พ. ไม่น้อย กว่า 15 หน่วยกิต

- รายงานการศึกษาวิจัยในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1 เรื่อง พร้อม manuscript หรือ หลักฐานที่แสดงว่าผลงานวิจัยได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์ที่มี peer review ภายในระยะเวลา 3 ปีก่อนวันสอบ โดยผู้สมัครสอบจะต้องเป็นผู้วิจัย/ผู้พิมพ์หลักและผลงานดังกล่าวไม่เคยนำไปใช้ในการประเมินวิทยฐานะของคณะผู้วิจัยคนใดคนหนึ่งมาก่อน (หากส่งเป็นบทความที่ตีพิมพ์แล้ว หรือระหว่างการพิจารณาให้ส่งเฉพาะสำเนาบทความจากวารสาร หรือ manuscript พร้อมจดหมายตอบรับจากวารสาร โดยไม่ต้องส่งเล่มรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์) จำนวน 3 ชุด

- รายงานการดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (family study report) 2 ครอบครัว จำนวน 3 ชุด

- รายงานการดำเนินโครงการในชุมชน 1 โครงการ จำนวน 3 ชุด

- แผ่น CD/DVD บรรจุไฟล์ รายงานวิจัย รายการดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัว และรายงานการดำเนินโครงการ รวมทั้งไฟล์ manuscript งานวิจัย (กรณีส่งเป็นงานวิจัยที่ยังไม่ได้ตีพิมพ์) จำนวน 3 ชุด

## กำหนดการสอบ และรายละเอียดของการสอบ

กำหนดการสอบข้อเขียน และสอบภาคปฏิบัติ ในวันที่กำหนด ณ ห้องสยามมกุฎราชกุมาร อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ โดยมีรายละเอียดการสอบดังนี้

1. การสอบข้อเขียน
  - 1.1 Multiple choice questions จำนวน 200 ข้อ คิดเป็น 200 คะแนน
  - 1.2 Modified essay questions (MEQ) จำนวน 5 ข้อ คิดเป็น 150 คะแนน
2. การสอบภาคปฏิบัติ
  - 2.1 Objective Structured Clinical Examination (OSCE) จำนวน 14 ข้อ คิดเป็น 350 คะแนน
3. การสอบสัมภาษณ์ คะแนนเต็ม 100 คะแนน
  - 3.1 Oral examination

หมายเหตุ

กรณีผู้สมัครสอบมีคุณสมบัติตามข้อ 2.2.2 จะประเมินโดยการสอบสัมภาษณ์ ร่วมกับรายงาน และกรณีผู้สมัครสอบมีคุณสมบัติตามข้อ 2.2.3 อาจพิจารณายกเว้นการสอบ ขั้นตอนใดหรือส่วนใดเป็นพิเศษเฉพาะรายไป ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2554 หมวด 5 ข้อ 18 (3)

## เกณฑ์การตัดสินผลการสอบ

ผู้สมัครสอบจะต้องผ่านเกณฑ์ทั้งการสอบข้อเขียน สอบภาคปฏิบัติ สอบสัมภาษณ์ และรายงานผ่านเกณฑ์การประเมินทุกชิ้น จึงจะถือว่า สอบผ่าน

1. การสอบข้อเขียนและการสอบภาคปฏิบัติ คะแนนรวม 700 คะแนน
  - ต้องได้คะแนนอย่างน้อยจะไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จึงจะถือว่าสอบผ่าน
2. การสอบสัมภาษณ์
  - ต้องได้คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 จึงจะถือว่าสอบผ่าน
3. การประเมินรายงาน
  - 3.1 รายงานการศึกษาวิจัย 1 เรื่อง คะแนนเต็ม 100 คะแนน
  - 3.2 รายงานการดำเนินโครงการในชุมชน 1 โครงการ คะแนนเต็ม 100 คะแนน
  - 3.3 รายงานการดูแลผู้ป่วยครบถ้วนอย่างต่อเนื่อง 2 ราย คะแนนเต็ม 100 คะแนน

รายงานในข้อ 3.1-3.3 ต้องได้รับการตรวจประเมินจากคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ และมีผลการประเมินทุกชิ้นงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 จึงจะถือว่าชิ้นงานนั้นผ่านเกณฑ์

ในกรณีที่ผู้สมัครสอบส่งผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว หรือได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ โดยงานวิจัยตรงตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ข้างต้น ให้ถือว่า งานวิจัยชิ้นนั้นผ่านเกณฑ์ โดยจะไม่พิจารณาให้คะแนนซ้ำอีก

ในกรณีที่ผู้สมัครสอบไม่สามารถส่งรายงานบางฉบับได้ทันตามกำหนดเวลาด้วยเหตุสุดวิสัย ต้องมีหนังสือขออนุญาตส่งงานล่าช้าพร้อมชี้แจงเหตุผล จากสถาบันฝึกอบรม และลงนามโดย อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วมกับหัวหน้าภาควิชา/หัวหน้ากลุ่มงาน/ผู้รับผิดชอบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ที่มีอำนาจสูงสุดของหน่วยงานมอบหมายให้ดำเนินการก่อนวันหมดเขตรับสมัครสอบอย่างน้อย สิบวัน เพื่อให้คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ พิจารณาเป็นรายกรณีไป หากเห็นสมควรอนุมัติให้ส่งล่าช้า คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ จะเป็นผู้กำหนดวันส่งงานใหม่ให้ แต่จะต้องก่อนวันสอบอย่างน้อย สิบวัน และจะไม่อนุญาตให้เลื่อนอีก หากผู้สมัครสอบส่งงานล่าช้า โดยไม่มีการดำเนินการตามข้างต้น หรือไม่มีเหตุอันสมควร อาจไม่มีสิทธิเข้าสอบในปี

กรณีสอบไม่ผ่านเกณฑ์

- ผู้ที่สอบไม่ผ่านการสอบข้อเขียน และ/หรือการสอบภาคปฏิบัติ จะต้องรอการสอบใหม่ในครั้งถัดไป
- ผู้ที่สอบสัมภาษณ์ไม่ผ่าน คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ อาจจะมีมติให้มีการประเมินใหม่ภายใน ๓ เดือน นับจากวันสอบ
- รายงานชิ้นใดไม่ผ่านเกณฑ์ คณะกรรมการฯ อาจให้ผู้สมัครสอบปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อส่งพิจารณาใหม่ภายในเวลาที่กำหนดก็ได้ แต่ไม่เกิน 3 เดือนนับจากวันสอบ
- กรณีผู้สมัครสอบ ไม่ผ่านเกณฑ์การสอบเพื่อรับวุฒิปดฺตร/หนังสืออนุมัติฯ ในปีที่สมัครสอบ อาจสามารถเก็บผลพิจารณาเฉพาะการประเมินรายงานที่ผ่านเกณฑ์ไว้แสดงในการสมัครสอบปีถัดไป โดยไม่ต้องทำรายงานซ้ำ ทั้งนี้ขึ้นกับการพิจารณาของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ เป็นรายกรณีไป

หมายเหตุ กำหนดการสอบและรายละเอียดของการสอบ รวมถึงเกณฑ์การตัดสินอาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นกับดุลยพินิจของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

## ขั้นตอน และกำหนดการรับสมัครสอบ

ผู้สมัครต้องยื่นเอกสารต่าง ๆ ตามที่กำหนดใน “ขั้นตอนการสมัครสอบ” ให้ครบถ้วน พร้อมหลักฐานการชำระค่าสมัครสอบ (ตามประกาศของราชวิทยาลัย) ดังนี้

1. ค่าธรรมเนียมในการสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ ค่าธรรมเนียมนี้ไม่สามารถขอรับคืนได้ไม่ว่ากรณีใด ๆ

2. ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ จ่ายล่วงหน้า ประกอบด้วย

2.1 ค่าสมัครสมาชิกราชวิทยาลัยฯและสมาคมแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป/เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

2.2 ค่าธรรมเนียมในการออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยแพทยสภา

2.3 ค่าเช่าเสื้อครุยรับวุฒิบัตร หรือหนังสืออนุมัติ

\*\*ค่าใช้จ่ายในข้อ 2 จะได้รับคืนเต็มจำนวนในกรณีสอบไม่ผ่าน

การชำระเงินให้เป็นไปตามประกาศราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สำนักงานราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย

ชั้น 11 อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ซอยศูนย์วิจัย

ถนนเพชรบุรีตัดใหม่ เขตห้วยขวาง

กรุงเทพมหานคร 10310

โทร. 02-716-6651-2



ກາລະພາບ

7





**ข้อบังคับแพทยสภา**  
**ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร**  
**เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม**  
**พ.ศ. ๒๕๕๒**

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) (๑) และมาตรา ๒๙ และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษ ตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕ อันเป็นพระราชบัญญัติที่มีบทบัญญัติบาง ประการเกี่ยวกับการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ซึ่งมาตรา ๒๙ ประกอบมาตรา ๔๓ ของรัฐธรรมนูญแห่ง ราชอาณาจักรไทย พ.ศ.๒๕๕๐ บัญญัติให้กระทำโดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย คณะกรรมการ แพทยสภาออกข้อบังคับแพทยสภาไว้ดังต่อไปนี้

**ข้อ ๑** ข้อบังคับนี้เรียกว่า "ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อ แสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒"

**ข้อ ๒** ข้อบังคับนี้ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

**ข้อ ๓** ให้ยกเลิก ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดง ความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่าง ๆ พ.ศ.๒๕๔๖"

**ข้อ ๔** ในข้อบังคับนี้

"หนังสืออนุมัติ" หมายความว่า หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม

"วุฒิบัตร" หมายความว่า วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

"คณะอนุกรรมการ" หมายความว่า คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (อฝ.ส.)

"การปฏิบัติงานขอใช้ทุน" หมายความว่า การปฏิบัติราชการหรือปฏิบัติงานขอใช้ทุนตามที่คณะ กรรมการพิจารณาจัดสรรนักศึกษาแพทย์ผู้ทำสัญญาการเป็นนักศึกษาเพื่อศึกษาวิชาแพทยศาสตร์เป็นผู้จัดสรร

**หมวด ๑**

**สาขาและอนุสาขาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร**

**ข้อ ๕** แพทยสภาอาจออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรในสาขาและอนุสาขาต่าง ๆ ดังนี้

(๑) สาขาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร

(๑.๑) สาขากุมารเวชศาสตร์ (Pediatrics)

- (๑.๒) สาขากุมารศัลยศาสตร์ (Pediatric Surgery)
- (๑.๓) สาขาจักษุวิทยา (Ophthalmology)
- (๑.๔) สาขาจิตเวชศาสตร์ (Psychiatry)
- (๑.๕) สาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น (Child and Adolescent Psychiatry)
- (๑.๖) สาขาตจวิทยา (Dermatology)
- (๑.๗) สาขานิติเวชศาสตร์ (Forensic Medicine)
- (๑.๘) สาขาประสาทวิทยา (Neurology)
- (๑.๙) สาขาประสาทศัลยศาสตร์ (Neurological Surgery)
- (๑.๑๐) สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค (Anatomical Pathology)
- (๑.๑๑) สาขาพยาธิวิทยาคลินิก (Clinical Pathology)
- (๑.๑๒) สาขาพยาธิวิทยาทั่วไป (Anatomical and Clinical Pathology)
- (๑.๑๓) สาขารังสีรักษาและมะเร็งวิทยา (Radiotherapy and Oncology)
- (๑.๑๔) สาขารังสีวิทยาทั่วไป (General Radiology)
- (๑.๑๕) สาขา รังสีวิทยาวินิจฉัย (Diagnostic Radiology)
- (๑.๑๖) สาขาวิสัญญีวิทยา (Anesthesiology)
- (๑.๑๗) สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว (Family Medicine)
- (๑.๑๘) สาขาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (Emergency Medicine)
- (๑.๑๙) สาขาเวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Nuclear Medicine)
- (๑.๒๐) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงระบาดวิทยา (Preventive Medicine, Epidemiology)
- (๑.๒๑) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์การบิน (Preventive Medicine, Aviation Medicine)
- (๑.๒๒) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์ป้องกันคลินิก (Preventive Medicine, Clinical Preventive Medicine)
- (๑.๒๓) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสาธารณสุขศาสตร์ (Preventive Medicine, Public Health)
- (๑.๒๔) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน (Preventive Medicine, Community Mental Health)
- (๑.๒๕) สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงอาชีพเวชศาสตร์ (Preventive Medicine, Occupational Medicine)
- (๑.๒๖) สาขาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (Rehabilitation Medicine)
- (๑.๒๗) สาขาศัลยศาสตร์ (Surgery)
- (๑.๒๘) สาขาศัลยศาสตร์ตกแต่ง (Plastic Surgery)

- (๑.๒๙) สาขาศัลยศาสตร์ทรวงอก (Thoracic Surgery)
- (๑.๓๐) สาขาศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urological Surgery)
- (๑.๓๑) สาขาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (Obstetrics and Gynaecology)
- (๑.๓๒) สาขาโสต ศอ นาสิกวิทยา (Otolaryngology)
- (๑.๓๓) สาขาออร์โธปิดิกส์ (Orthopedics)
- (๑.๓๔) สาขาอายุรศาสตร์ (Internal Medicine)
- (๑.๓๕) สาขาอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา (Medical Oncology)
- (๑.๓๖) สาขาอายุรศาสตร์โรคเลือด (Hematology)
- (๒) อนุสาขาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร
  - (๒.๑) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ตจวิทยา (Pediatric Dermatology)
  - (๒.๒) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดและปริกำเนิด (Neonatal and Perinatal Medicine)
  - (๒.๓) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์ประสาทวิทยา (Pediatric Neurology)
  - (๒.๔) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรม (Developmental and Behavioral Pediatrics)
  - (๒.๕) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม (Pediatric Endocrinology and Metabolism)
  - (๒.๖) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคติดเชื้อ (Pediatric Infectious Diseases)
  - (๒.๗) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคไต (Pediatric Nephrology)
  - (๒.๘) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคทางเดินอาหารและโรคตับ (Pediatric Gastroenterology and Hepatology)
  - (๒.๙) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน (Pediatric Allergy and Immunology)
  - (๒.๑๐) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคระบบการหายใจ (Pediatric Pulmonology)
  - (๒.๑๑) อนุสาขากุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ (Pediatric Cardiology)
  - (๒.๑๒) อนุสาขาการระงับปวด (Pain Management)
  - (๒.๑๓) อนุสาขาภาพวินิจฉัยขั้นสูง (Advanced Diagnostic Body Imaging)
  - (๒.๑๔) อนุสาขาภาพวินิจฉัยระบบประสาท (Diagnostic Neuroimaging)
  - (๒.๑๕) อนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา (Gynaecological Oncology)
  - (๒.๑๖) อนุสาขารังสีรักษารักษาของลำตัว (Body Interventional Radiology)

- (๒.๑๗) อนุสาขารังสีร่วมรักษาระบบประสาท (Interventional Neuroradiology)
- (๒.๑๘) อนุสาขालิหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก (Pediatric Hematology and Oncology)
- (๒.๑๙) อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับการผ่าตัดหัวใจ หลอดเลือดใหญ่ และทรวงอก  
(Cardiovascular and Thoracic Anesthesia)
- (๒.๒๐) อนุสาขาวิสัญญีวิทยาสำหรับผู้ป่วยโรคทางระบบประสาท (Neuroanesthesia)
- (๒.๒๑) อนุสาขาเวชบำบัดวิกฤต (Critical Care Medicine)
- (๒.๒๒) อนุสาขาเวชเภสัชวิทยาและพิษวิทยา (Clinical Pharmacology and Toxicology)
- (๒.๒๓) อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ (Reproductive Medicine)
- (๒.๒๔) อนุสาขาเวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ (Maternal and Fetal Medicine)
- (๒.๒๕) อนุสาขาศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้างใบหน้า (Facial Plastic and  
Reconstructive Surgery)
- (๒.๒๖) อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา (Surgical Oncology)
- (๒.๒๗) อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colon and Rectal Surgery)
- (๒.๒๘) อนุสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด (Vascular Surgery)
- (๒.๒๙) อนุสาขาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ (Trauma Surgery)
- (๒.๓๐) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคข้อและรูมาติสซั่ม (Rheumatology)
- (๒.๓๑) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคต่อมไร้ท่อและเมตะบอลิซึม (Endocrinology and  
Metabolism)
- (๒.๓๒) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคติดเชื้อ (Infectious Diseases)
- (๒.๓๓) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคไต (Nephrology)
- (๒.๓๔) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันทางคลินิก (Allergy and Clinical  
Immunology)
- (๒.๓๕) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบทางเดินอาหาร (Gastroenterology)
- (๒.๓๖) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคระบบการหายใจและภาวะวิกฤตโรคระบบการหายใจ  
(Pulmonary Medicine and Pulmonary Critical Care)
- (๒.๓๗) อนุสาขาอายุรศาสตร์โรคหัวใจ (Cardiology)

การเปลี่ยนแปลงแก้ไขชื่อสาขาและอนุสาขา การเพิ่มหรือลดสาขาและอนุสาขาที่ออกหนังสือ  
อนุมัติหรือวุฒิบัตรให้ออกเป็นประกาศของแพทยสภา

**ข้อ ๖** การแบ่งประเภทสาขาและอนุสาขาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร  
แพทยสภาแบ่งสาขาและอนุสาขาสายาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเป็น ๓ ประเภท ตามข้อ  
กำหนดของการสมัครเข้ารับการฝึกอบรม ดังนี้

(๑) **สาขาประเภทที่ ๑** หมายถึง สาขาขาดแคลน เป็นสาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรม โดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่จำเป็นต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี และไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุนก่อน

(๒) **สาขาประเภทที่ ๒** หมายถึง สาขาที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ ๑ ปี และได้ปฏิบัติงานหรือปฏิบัติงานชดใช้ทุนตามจำนวนปีที่แพทยสภากำหนด

(๓) **สาขาประเภทที่ ๓** หมายถึง อนุสาขาที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจะต้องผ่านการฝึกอบรมหรือได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร หรือเป็นผู้มีสิทธิเข้าสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร ในสาขาที่เป็นสาขาหลักก่อนแล้ว

การกำหนดให้สาขาหรืออนุสาขาที่ออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรอยู่ในประเภทใดแพทยสภาจะแจ้งไว้ในประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านแต่ละปีการฝึกอบรม

## หมวด ๒

### การสมัครเข้ารับการฝึกอบรมและการขึ้นทะเบียนแพทย์ประจำบ้าน

**ข้อ ๗** การสมัครเข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาหรืออนุสาขาต่างๆ ตามหลักสูตรของแพทยสภา หรือตามโครงการที่แพทยสภารับรองในสถาบันต่างๆ ต้องดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านในแต่ละปีการฝึกอบรม

**ข้อ ๘** คุณสมบัติของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาหรืออนุสาขาต่างๆ ตามหลักสูตรของแพทยสภาหรือตามโครงการที่แพทยสภารับรองในสถาบันต่างๆ ต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมแล้ว และจะต้องมีคุณสมบัติตามที่กำหนดในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสาขาและอนุสาขา และตามข้อกำหนดสำหรับประเภทสาขาและอนุสาขาของวุฒิบัตรนั้นในประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านแต่ละปีการฝึกอบรม

ในการคัดเลือกผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรม สถาบันฝึกอบรมอาจคัดเลือกผู้เข้ารับการฝึกอบรมโดยพิจารณากำหนดโควตาของผู้สมัครอิสระในแต่ละสาขาหรืออนุสาขา จากจำนวนตำแหน่งที่ได้รับอนุมัติจากแพทยสภาให้รับสมัครได้ในปีการฝึกอบรมนั้น และอาจพิจารณาให้ความสำคัญกับผู้อาวุโสกว่าตามปีของการประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ทั้งนี้การอนุมัติให้หน่วยงานต้นสังกัดใดส่งแพทย์ที่ยังปฏิบัติงานชดใช้ทุนไม่ครบ ๓ ปีเข้ารับการฝึกอบรม ต้องอยู่ในเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนดขึ้น และระยะเวลาในระหว่างการฝึกอบรมไม่นับเป็นระยะเวลาของการปฏิบัติงานชดใช้ทุน

**ข้อ ๙** การเปลี่ยนสาขาหรืออนุสาขาที่ฝึกอบรม การเปลี่ยนสถาบันที่ฝึกอบรม การเปลี่ยนแปลงต้นสังกัด การจำกัดสิทธิในการสมัครแพทย์ประจำบ้าน ให้เป็นไปตามเงื่อนไขในประกาศรับสมัครแพทย์ประจำบ้านในแต่ละปีการฝึกอบรม

**ข้อ ๑๐** ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อ-สกุล สถาบันที่กำลังฝึกอบรม สาขาหรืออนุสาขาที่ฝึกอบรม ให้สถาบันที่ฝึกอบรมแจ้งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวไปยังราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งให้สำนักงานเลขาธิการแพทยสภาทราบ ภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่มีการเปลี่ยนแปลง

**ข้อ ๑๑** ให้เลขาธิการแพทยสภาเป็นผู้จัดทำทะเบียนแพทย์ประจำบ้านกับไว้หลักฐาน เพื่อให้สามารถตรวจสอบรายชื่อแพทย์ประจำบ้านซึ่งฝึกอบรมอยู่ในสถาบันใดๆ ได้ตรงต่อความเป็นจริงตลอดเวลา

### หมวด ๓

## การฝึกอบรมและการปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร

### ข้อ ๑๒ การฝึกอบรมเพื่อการสอบวุฒิบัตร

ผู้มีสิทธิยื่นคำขอวุฒิบัตรในสาขาหรืออนุสาขาใด ต้องได้รับการฝึกอบรมในสาขาหรืออนุสาขานั้นครบตามหลักสูตรของแพทยสภา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่แพทยสภารับรอง หรือผ่านการฝึกอบรมในระดับแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้ายตามหลักสูตรสาขาหรืออนุสาขานั้น ๆ ของแพทยสภา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่แพทยสภารับรอง

### ข้อ ๑๓ การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร

(๑) การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรสำหรับสาขาประเภทที่ ๑ และ ๒ หมายความว่า การปฏิบัติงานที่ใช้ทุนหรือการปฏิบัติงานในโครงการจัดสรรแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เป็นศูนย์แพทยศาสตร์คลินิกของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น

(๒) สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะและปริมาณงานที่ปฏิบัติ เป็นไปตามที่กำหนด ดังนี้

(๒.๑) สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นสถานที่ปฏิบัติงาน จะต้องมีความเหมาะสมและมีภาระงานของสาขาหรืออนุสาขานั้น ตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพกำหนดไว้ในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสาขาหรืออนุสาขานั้น ๆ และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพด้วย

(๒.๒) ลักษณะและปริมาณงานที่จะต้องปฏิบัติเพื่อการสอบวุฒิบัตรให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ กำหนดในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสาขาหรืออนุสาขานั้น ๆ

(๒.๓) สถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นสถานที่ปฏิบัติงาน จะต้องแจ้งจำนวนและรายชื่อแพทย์ที่ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตร ให้กับราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบ เพื่อแจ้งให้เลขาธิการแพทยสภาทราบ ทุกปีการฝึกอบรม โดยจำนวนแพทย์ที่ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรเมื่อรวมกับแพทย์ที่รับเข้าฝึกอบรม จะต้องไม่เกินศักยภาพการฝึกอบรมที่คณะอนุกรรมการกำหนดไว้

(๓) การนับเวลาปฏิบัติงานเพื่อสอบวุฒิบัตร

### สาขาประเภทที่ ๑

มีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตร

### สาขาประเภทที่ ๒

มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าระยะเวลาของหลักสูตรไม่น้อยกว่า ๖ เดือน และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉพาะในสาขาที่จะขอสอบ เป็นเวลาไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตรการฝึกอบรมสาขานั้น ทั้งนี้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ อาจนับรวมระยะเวลาการปฏิบัติงานในสาขานั้นตามโครงการเพิ่มพูนทักษะได้

## หมวด ๔

### คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร

**ข้อ ๑๔** คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอหนังสืออนุมัติ

ผู้ที่ยื่นคำขอหนังสืออนุมัติในสาขาหรืออนุสาขาใด ต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕ และต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขานั้นๆ จากสถาบันในต่างประเทศที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพรับรอง โดยความเห็นชอบของแพทยสภา
- (๒) เป็นผู้ที่ได้ปฏิบัติงานในสาขานั้นมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๕ ปี ตามเงื่อนไขที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพกำหนด ทั้งนี้สถานที่ปฏิบัติงาน ลักษณะและปริมาณงานที่ปฏิบัติ เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

- (๒.๑) สถานที่บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สามารถเป็นสถานที่ปฏิบัติงานจะจะต้องมีคุณสมบัติและมีภาระงานของสาขาหรืออนุสาขานั้น อนุโลมตามเกณฑ์ทั่วไปและเกณฑ์เฉพาะสำหรับสถาบันฝึกอบรมที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพกำหนดในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ และได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพด้วย
- (๒.๒) ลักษณะและปริมาณงานที่จะต้องปฏิบัติเพื่อการสอบหนังสืออนุมัติ ให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพกำหนดสำหรับสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ

**ข้อ ๑๕** คุณสมบัติของผู้มีสิทธิยื่นคำขอวุฒิบัตร

ผู้ยื่นคำขอวุฒิบัตรในสาขาหรืออนุสาขาใด ต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕ และต้องมีคุณสมบัติอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นผู้ได้รับการฝึกอบรมผ่านระดับแพทย์ประจำบ้านปีสุดท้ายในสาขาหรืออนุสาขานั้น จากสถาบันทางการแพทย์ในต่างประเทศ ซึ่งมีหลักสูตรและระยะเวลาการอบรมอย่างน้อย ๓ ปี หรือเทียบเท่ากับหลักสูตรที่แพทยสภารับรอง

(๒) เป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ตามที่กำหนดไว้ในหมวด ๓ ข้อ ๑๒

(๓) เป็นผู้ผ่านการปฏิบัติงานตามที่กำหนดไว้ในหมวด ๓ ข้อ ๑๓

การยื่นคำขออนุมัติประเภทที่ ๓ อนุสาขาใด ผู้ที่ยื่นคำขอต้องได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรในสาขาประเภทที่ ๑ หรือ ๒ ซึ่งเป็นสาขาหลักของอนุสาขาประเภทที่ ๓ ก่อน เว้นแต่หลักสูตรที่มีเงื่อนไขจำเพาะอื่น

## หมวด ๕

### การขอและการออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร

**ข้อ ๑๖** การยื่นคำขออนุมัติและวุฒิบัตร

(๑) ผู้ประสงค์จะขออนุมัติหรือวุฒิบัตร จะต้องยื่นคำขอสอบเพื่อหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรพร้อมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ตามข้อกำหนดในประกาศการสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรในแต่ละปี ที่สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา หรือที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่แพทยสภามอบหมาย

(๒) ค่าระค่าสมัครสอบตามอัตราที่กำหนดในประกาศแพทยสภา ซึ่งแพทยสภาจะไม่คืนให้ไม่ว่ากรณีใดๆ ทั้งสิ้น

**ข้อ ๑๗** การตรวจสอบรายชื่อและประเมินคุณสมบัติ

(๑) สำนักงานเลขาธิการแพทยสภา หรือราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่ได้รับมอบอำนาจ จะรวบรวมคำขอสอบและเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ส่งให้คณะกรรมการแต่ละสาขาหรืออนุสาขาเพื่อตรวจสอบว่าผู้ยื่นคำขอสอบนั้นมีชื่ออยู่ในบัญชีของแพทยสภา เป็นผู้เข้ารับการฝึกอบรมตามโครงการของแพทยสภา และหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานในสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ และมีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๑๔ สำหรับผู้ยื่นคำขออนุมัติ หรือข้อ ๑๕ สำหรับผู้ยื่นคำขออนุมัติ

ถ้าไม่ปรากฏรายชื่อหรือชื่อไม่ตรงกับสถาบันที่แจ้งไว้ หรือสาขาหรืออนุสาขาที่ขอสอบผิดไปจากที่แจ้งไว้ในทะเบียนแพทย์ประจำบ้าน และมีเหตุผลที่เชื่อถือได้ว่าเหตุเหล่านั้นเกิดขึ้นจากความบกพร่องของผู้ยื่นคำขอสอบเอง ให้ถือว่าผู้ยื่นคำขอสอบนั้นไม่มีสิทธิในการสอบครั้งนั้น

(๒) เมื่อคณะกรรมการประเมินคุณสมบัติและอนุมัติให้ผู้ยื่นคำขอสอบมีสิทธิเข้าสอบแล้ว ให้คณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ส่งผลการตรวจสอบและการประเมินคุณสมบัติให้เลขาธิการแพทยสภา หรือราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่ได้รับมอบอำนาจ เพื่อประกาศและแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอสอบทราบก่อนกำหนดวันสอบไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์

**ข้อ ๑๘** การสอบ

(๑) ผู้ยื่นคำขอสอบต้องเข้ารับการสอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม



จากคณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ตามเงื่อนไขและระเบียบที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพนั้นๆ กำหนดไว้ ซึ่งอาจกำหนดการสอบครั้งเดียวเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรม หรือกำหนดการสอบเป็นหลายขั้นตอนหรือหลายส่วนทั้งในระหว่างการฝึกอบรมและเมื่อสิ้นสุดการฝึกอบรมก็ได้

หากกำหนดให้มีการสอบหลายขั้นตอนหรือหลายส่วน ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ จะต้องกำหนดในเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมสำหรับสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ว่า จะเก็บผลการสอบแต่ละขั้นตอนแต่ละส่วนนั้นไว้ได้นานเท่าไร ถ้าผู้สอบผ่านขั้นตอนหรือส่วนใดแล้วแต่ยังไม่สามารถสอบผ่านขั้นตอนหรือส่วนอื่น หากการสอบขั้นตอนหรือส่วนที่ผ่านแล้วพ้นกำหนดเวลาที่ให้เก็บผลการสอบไว้ได้ และยังคงมีความประสงค์จะขอหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรผู้ั้นนั้นจะต้องสอบขั้นตอนหรือส่วนนั้นใหม่

(๒) ในการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรนั้น ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ จะต้องกำหนดรูปแบบการสอบและเนื้อหาให้เป็นไปตามเกณฑ์หลักสูตรการฝึกอบรมเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ

(๓) สำหรับการสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ คณะกรรมการมีสิทธิพิจารณา ยกเว้นการสอบขั้นตอนใดหรือส่วนใดให้แก่ผู้ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ จากสถาบันในต่างประเทศที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพรับรองโดยความเห็นชอบจากแพทยสภา และอาจพิจารณา ยกเว้นการสอบขั้นตอนใดหรือส่วนใดเป็นการเฉพาะรายให้แก่ผู้ที่ปฏิบัติงานในสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ มาแล้วเกิน ๑๐ ปี ทั้งนี้ต้องเป็นการปฏิบัติงานในสาขาหรืออนุสาขานั้นต่อเนื่องกันมาตลอดจนถึงวันที่ยื่นคำขอสอบ

(๔) หากในการสอบครั้งใด คณะกรรมการมีความจำเป็นต้องให้มีผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาหรืออนุสาขานั้น หรือสาขาหรืออนุสาขาที่เกี่ยวข้องมาช่วยดำเนินการสอบ คณะกรรมการสามารถเสนอราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่ได้รับมอบอำนาจ พิจารณาแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อช่วยในการสอบสาขานั้นๆ ได้เป็นคราวๆ ไป

(๕) ในกรณีที่ผู้ยื่นคำขอสอบซึ่งได้รับการพิจารณาให้เป็นผู้มีสิทธิสอบแล้ว ไม่สามารถเข้ารับการสอบในครั้งนั้นได้ ผู้ยื่นคำขอสอบอาจขอเลื่อนการสอบไปในครั้งถัดไปได้ โดยทำหนังสือชี้แจงเหตุผลเป็นลายลักษณ์อักษรแจ้งต่อเลขาธิการแพทยสภา เพื่อให้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่ได้รับมอบอำนาจพิจารณาอนุมัติ ทั้งนี้การขอเลื่อนสอบดังกล่าวจะกระทำได้เพียงครั้งเดียวเท่านั้น

### ข้อ ๑๙ กำหนดการสอบ

(๑) การสอบแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละส่วนให้จัดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง แต่ไม่เกิน ๒ ครั้ง และให้การสอบทั้งหมดเสร็จสิ้นภายในเดือนมิถุนายนของแต่ละปี ในกรณีที่คณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขาใดต้องการให้มีการสอบต่างไปจากที่กำหนด ให้เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภาเป็นคราวๆ ไป

(๒) ผู้เข้าสอบที่ชำระค่าสมัครสอบแล้ว จะเข้าสอบขั้นตอนใดหรือส่วนใดได้เพียงครั้งเดียว หากสอบไม่ผ่านขั้นตอนใดหรือส่วนใด จะเข้าสอบขั้นตอนนั้นหรือส่วนนั้นใหม่ได้ จะต้องดำเนินการสมัครสอบและชำระค่าสมัครสอบ ตามข้อ ๑๖ อีกครั้งหนึ่ง

(๓) กำหนดการสอบ เวลา และสถานที่สอบที่แน่นอน เลขาธิการแพทยสภาหรือผู้รับมอบ

อำนาจของราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพแล้วแต่กรณี จะได้ประกาศและแจ้งให้ผู้มีสิทธิสอบทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๒ สัปดาห์ก่อนการสอบ

(๔) การสอบเพื่อหนังสืออนุมัติในสาขาหรืออนุสาขาที่เปิดการฝึกอบรมใหม่และเป็นการสอบครั้งแรก หากคณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขานั้นต้องการสอบในช่วงเวลานอกเหนือจากข้อ ๑๙ (๑) ให้เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภา

**ข้อ ๒๐ การตัดสินผลการสอบ**

(๑) ผู้สอบได้ คือ ผู้ที่สอบผ่านทุกขั้นตอนทุกส่วนที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพกำหนด

(๒) ให้คณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขานั้นรายงานผลการสอบให้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ นำเสนอสำนักงานเลขาธิการแพทยสภา เพื่อเสนอคณะกรรมการแพทยสภาพิจารณาอนุมัติและออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร แล้วแต่กรณี

**ข้อ ๒๑ ค่าใช้จ่ายในการสอบ**

ให้คณะกรรมการได้รับค่าใช้จ่ายในการดำเนินการสอบจากราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพนั้นๆ

ข้อ ๒๒ คณะกรรมการแพทยสภาอาจออกหนังสืออนุมัติสาขาที่แพทยสภาได้ประกาศเพิ่มขึ้นใหม่จากที่กำหนดไว้ในข้อบังคับ ให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการร่างหลักสูตรการฝึกอบรมหรืออนุกรรมการในคณะกรรมการคณะแรกของสาขาหรืออนุสาขานั้นเป็นกรณีพิเศษได้

**หมวด ๖**

**อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาต่างๆ**

ข้อ ๒๓ ให้มีคณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขาต่างๆ ตามข้อ ๕ โดยความเห็นชอบของราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ

ข้อ ๒๔ ให้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่แพทยสภามอบหมายเป็นผู้รับผิดชอบดูแลการดำเนินงานของคณะกรรมการสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ

**ข้อ ๒๕ อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการ**

(๑) วางเป้าหมาย จัดทำหลักสูตร และวิธีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน โดยความเห็นชอบของราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ตามหลักเกณฑ์ที่แพทยสภากำหนด

(๒) กำหนดหลักเกณฑ์ และคุณสมบัติของโรงพยาบาลหรือสถาบันฝึกอบรมสาขา หรืออนุสาขานั้นๆ

(๓) ประเมินคุณภาพของโรงพยาบาลหรือสถาบันฝึกอบรม ตามหลักเกณฑ์การประเมิน

สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านที่แพทยสภากำหนด เพื่อเสนอให้แพทยสภารับรองหรือยกเลิกการรับรอง  
ทั้งนี้การประเมินคุณภาพโรงพยาบาล หรือสถาบันฝึกอบรมนี้ให้พิจารณาทุกทวนทุก ๕ ปี

(๔) รวบรวมรายชื่อแพทย์ประจำบ้านที่ฝึกอบรมในสาขานั้นๆ ทุกชั้นปีจากสถาบันฝึกอบรม เพื่อ  
เสนอราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ ให้รายงานต่อสำนักงานเลขาธิการแพทยสภาทุกปีการฝึกอบรม

(๕) ประเมินคุณสมบัติของผู้ที่ยื่นคำขอหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตร เพื่อเป็นผู้มีสิทธิสอบ

(๖) ดำเนินการสอบและตัดสินผลการสอบ แล้วรายงานราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคม  
วิชาชีพเพื่อเสนอขออนุมัติหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรต่อแพทยสภา

(๗) ติดตามผล ทำข้อเสนอแนะ และดำเนินการแก้ปัญหาการฝึกอบรมสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ

(๘) ควบคุมให้โครงการฝึกอบรมในสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ ดำเนินไปตามเป้าหมายที่แพทยสภา

กำหนด

(๙) แต่งตั้งคณะกรรมการเฉพาะกิจเพื่อช่วยดำเนินการ

#### ข้อ ๒๖ คุณสมบัติของอนุกรรมการ

(๑) อายุไม่ต่ำกว่า ๓๕ ปี

(๒) เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๕

(๓) ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรจากแพทยสภาในสาขาหรืออนุสาขานั้น หรือสาขาหรือ  
อนุสาขาที่เกี่ยวข้อง

(๔) สนใจใฝ่รู้ทางด้านวิชาการ เช่น เสนอผลงานต่อที่ประชุมวิชาการ เขียนตำรา เขียนบทความ  
ฯลฯ

(๕) ปฏิบัติงานในสาขานั้นๆ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี (รวมระยะเวลาที่ศึกษาแพทย์ประจำ  
บ้าน และขณะที่ได้รับการพิจารณายังปฏิบัติงานในสาขานั้นๆ อยู่)

(๖) มีคุณธรรมและจริยธรรมเป็นที่ยอมรับในวิชาชีพ และไม่เคยถูกลงโทษทางจริยธรรมถึงขั้น  
พักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

#### ข้อ ๒๗ วิธีสรรหาอนุกรรมการ

(๑) ให้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่แพทยสภามอบหมาย สอบถามความเห็น  
และประสานงานกับสมาคมหรือชมรมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาเสนอรายชื่ออนุกรรมการ พร้อมทั้งชื่อ  
ประธานและเลขานุการ ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดใน ข้อ ๒๖ ต่อคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อพิจารณา  
แต่งตั้ง หรือคณะกรรมการแพทยสภาอาจมอบอำนาจให้ราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่รับผิดชอบ  
ดูแลสาขาหรืออนุสาขานั้นๆ เป็นผู้ดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการแล้วแจ้งคณะกรรมการแพทยสภาเพื่อทราบ

(๒) หากอนุกรรมการที่แต่งตั้งแล้วพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้คณะกรรมการที่เหลืออยู่  
เป็นผู้เสนอชื่อผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดในข้อ ๒๖ ต่อคณะกรรมการแพทยสภาหรือราชวิทยา-  
ลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพที่คณะกรรมการแพทยสภามอบอำนาจให้ เพื่อพิจารณาแต่งตั้งเป็นอนุกรรมการ  
ทดแทนตำแหน่งที่ว่าง โดยมีวาระเท่ากับวาระของผู้ที่ตนแทน

**ข้อ ๒๘** วาระของอนุกรรมการ

(๑) อนุกรรมการแต่ละสาขาหรืออนุสาขาอยู่ในตำแหน่งตามวาระของคณะกรรมการแพทยสภาหรือวาระของคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ แล้วแต่กรณี ถ้าคณะกรรมการแพทยสภาหรือคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัย วิทยาลัยหรือสมาคมวิชาชีพชุดใหม่ ยังไม่ได้แต่งตั้งคณะกรรมการชุดใหม่ ก็ให้คณะอนุกรรมการชุดเดิมรักษาการต่อไปจนกว่าจะมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดใหม่

(๒) อนุกรรมการแต่ละสาขาพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระเมื่อ

(๒.๑) ตาย

(๒.๒) ลาออก

(๒.๓) พ้นจากการเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

(๒.๔) ขาดคุณสมบัติตามข้อ ๒๖

(๒.๕) คณะกรรมการแพทยสภาหรือคณะกรรมการบริหารราชวิทยาลัย วิทยาลัย หรือสมาคมวิชาชีพ แล้วแต่กรณี มีมติให้พ้นจากตำแหน่ง

**หมวด ๗**

**อักษรย่อของหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม**

**ข้อ ๒๙** อว. หมายถึง หนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขา...หรืออนุสาขา....

**ข้อ ๓๐** วว. หมายถึง วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขา...หรืออนุสาขา....

**หมวด ๘**

**แบบหนังสืออนุมัติ และวุฒิบัตร**

**ข้อ ๓๑** ให้ใช้แบบหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร ตามแบบที่กำหนดไว้ตามประกาศแพทยสภา

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๒



(นายแพทย์สมศักดิ์ โสฬ์เลขา)

นายกแพทยสภา





ກາລະພາບ

8

## ข้อบังคับแพทยสภา

ว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตร  
เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๒)  
พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒ ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาวการณ์ในปัจจุบัน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๑ (๓) (ฉ) และมาตรา ๒๙ และด้วยความเห็นชอบของสภานายกพิเศษตามมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕ คณะกรรมการแพทยสภาออกข้อบังคับแพทยสภาไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ บังคับนี้เรียกว่า “ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ข้อบังคับนี้ให้ใช้บังคับสำหรับการฝึกอบรมที่เริ่มตั้งแต่ปีการฝึกอบรม ๒๕๕๙ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๖ แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๑) สาขาประเภทที่ ๑ หมายถึง สาขาที่แพทยสภาต้องการส่งเสริมให้มีผู้เข้ารับการฝึกอบรมโดยผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่จำเป็นต้องปฏิบัติงานชดใช้ทุน แต่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะครบถ้วน ตามที่แพทยสากำหนดก่อน

ทั้งนี้แพทยสภาอาจพิจารณายกเว้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะก่อนในบางสาขาก็ได้”

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกความใน (๓) ของข้อ ๑๓ แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“(๓) แพทย์ผู้ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรทั้งสาขาประเภทที่ ๑ และสาขาประเภทที่ ๒ ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉพาะในสาขาที่จะขอสอบไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตรการฝึกอบรมสาขานั้น โดยไม่นับรวมเวลาที่ผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ เว้นแต่สาขาที่แพทยสากยกเว้นให้ไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะตามข้อ ๖ (๑) วรรคสอง และสาขาที่มีการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะอยู่ในหลักสูตรการฝึกอบรมด้วยแล้ว”

ข้อ ๕ ให้ยกเลิกความใน (๑) ของข้อ ๑๙ แห่งข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๕๒ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

หน้า ๑๖

เล่ม ๑๓๒ ตอนพิเศษ ๑๘๔ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๐ สิงหาคม ๒๕๕๘

“(๑) การสอบแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละส่วน ให้จัดอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง แต่ไม่เกิน ๒ ครั้ง และให้การสอบทั้งหมดเสร็จสิ้นภายในเดือนกรกฎาคมของแต่ละปี ในกรณีที่คณะอนุกรรมการสาขาหรืออนุสาขาใด ต้องการให้มีการสอบต่างไปจากที่กำหนด ให้เสนอขออนุมัติจากคณะกรรมการแพทยสภา เป็นคราว ๆ ไป”

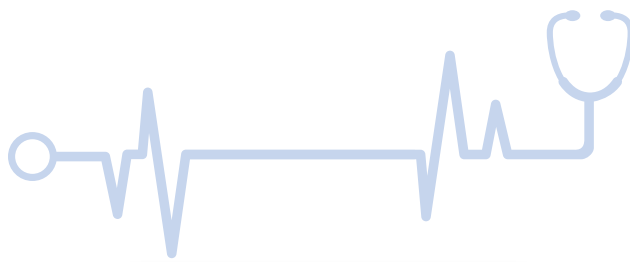
ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา







ภาคผนวก

9

แนวปฏิบัติสำหรับการจัดการฝักอบรมเพิ่มเติม

ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการจัดการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ที่ปฏิบัติงานในลักษณะเวชปฏิบัติครอบครัว/เวชปฏิบัติทั่วไป (ภาคผนวก 3 หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว พ.ศ.2541) เพิ่มเติมใน 2 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 และ การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิบัตรฯ

## ประเด็นที่ 1 การเข้าฝึกอบรมเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2

พิจารณาปรับให้แพทย์ที่ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะ สามารถเข้าร่วมฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ได้ โดยผ่านการฝึกอบรมในส่วนขาดบางประการ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของโครงการเพิ่มพูนทักษะ มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์และทักษะ (skills) ในการดูแลผู้ป่วยของแพทย์จบใหม่ มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยให้หมุนเวียนปฏิบัติงานในแผนกหลักๆ ในโรงพยาบาลรวมทั้งการออกไปเพิ่มพูนประสบการณ์ในโรงพยาบาลชุมชนด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการจัดกิจกรรมเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวปีที่ 1

แนวทางการปรับหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 เพื่อเพิ่มเติมในส่วนขาดสำหรับแพทย์ที่ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะคือ

- การประเมิน clinical skill เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการจัด clinical rotation เพื่อเติมในปีที่ 2

- เพิ่มการเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ในช่วงต้นปีที่ 2
- ให้แพทย์ประจำบ้านปี 2 เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ II ของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2
- ให้แพทย์ประจำบ้านปี 3 เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ III ของแพทย์ประจำบ้านปีที่ 3
- นอกนั้นให้คงเดิม

ทั้งนี้โดยอาจลดเวลาการฝึกอบรมในส่วนของเวชปฏิบัติครอบครัว ในช่วงปีที่ 2 ลงเนื่องจากแพทย์เหล่านี้มีประสบการณ์การทำงานเวชปฏิบัติครอบครัว/ทั่วไปมาแล้วในโรงพยาบาลชุมชน

## ประเด็นที่ 2 การปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิปัตรา

เนื่องจากแพทยสภาจัดให้สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นสาขาประเภทที่ 1 โดยแพทย์ปฏิบัติงานเพื่อการสอบวุฒิปัตราสาขาประเภทที่ 1 นี้ต้องมีระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉพาะในสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวที่จะขอสอบไม่น้อยกว่าระยะเวลาของหลักสูตรการฝึกอบรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว โดยสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นสาขาที่แพทยสภายกเว้นให้ไม่ต้องผ่านการปฏิบัติงานตามโครงการเพิ่มพูนทักษะ และยังเป็นสาขาที่ให้นับรวมการปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะอยู่ในหลักสูตรการฝึกอบรมด้วยแล้ว ตามข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิปัตรา เพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2558 ข้อ 4 “(3)” (ดูภาคผนวก 8) ทั้งนี้แพทย์ปฏิบัติงานเพิ่มพูนทักษะจะต้องเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว และเข้าอบรม intensive course ตลอดจนทำรายงานการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient-centered care) ตามที่ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทยกำหนด

ทั้งนี้ราชวิทยาลัยฯอาจพิจารณาให้แพทย์ปฏิบัติงานเพิ่มเติมในส่วนขาดในชั้นปีที่ 2 สำหรับกรณีที่แพทย์ที่ผ่านโครงการเพิ่มพูนทักษะมีเหตุจำเป็นไม่สามารถเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 ตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัว และเข้าอบรม intensive course ได้ โดยให้สถาบันฝึกอบรมหลักทำหนังสือแจ้งให้ราชวิทยาลัยทราบขณะอยู่ในชั้นปีที่ 1 เป็นรายกรณีไป





หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน  
เพื่อจุดนิบัติรแสดงความรู้ความชำนาญ  
ในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว  
พ.ศ. 2561