

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้าน
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2567

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทนำ

คู่มือการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแพทย์ประจำบ้านสาขาอื่นๆ ที่มาหมุนเวียนปฏิบัติงานในหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทั้งในหอผู้ป่วย ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องส่องกล้อง และห้องผ่าตัด เพื่อให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานเดียวกัน และหลีกเลี่ยงความผิดพลาดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน

สถานที่ติดต่อ

1. หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13 ห้อง 1316 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-6494000 ต่อ 61318
2. ห้องส่องกล้อง Surgical Endoscopy ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกนวัตกรรม ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนน พระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-6494049
3. หน่วยปฏิบัติการวิจัยโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Chulalongkorn Colorectal Research Unit (CCRU), School of Global Health, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. ตึกจنگกลณี วัฒนวงศ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 02-2564400

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับองค์กร

ชื่อหน่วยงาน ที่ตั้ง และประวัติความเป็นมาโดยย่อ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อมีการจัดตั้ง "คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์" และเปิดภาคเรียนจริงในวันที่ 11 มิถุนายน พ.ศ.2490 มีภาควิชารวม 10 ภาค และภาควิชาศัลยศาสตร์ เป็นภาควิชาหลัก โดยมี **พลตรีพระยาดำรงแพทยาคุณ** เป็น คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์คนแรก และมีแพทย์ประจำแผนกอีก 6 ท่าน ได้แก่ ศาสตราจารย์ พันตรีประจักษ์ ทองประเสริฐ, นายแพทย์ชูป โชติกเสถียร, นายแพทย์สมาน มันทาภรณ์, นายแพทย์พงษ์ ตันสถิตย์, นายแพทย์เฉลียว วัชรพุกก์ และ นายแพทย์เล็ก ณ นคร มีเตียงรับผู้ป่วย 93 เตียง, ห้องผ่าตัด 5 ห้อง และเตียงผ่าตัด 7 เตียง ได้บริการ

ประชาชนในด้านการรักษาพยาบาลและการผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมทั้งหมด โดยยังไม่แบ่งเป็นหน่วยสาขาวิชาต่างๆ นั่นคือ ศัลยแพทย์ทุกคนต้องทำทั้งศัลยกรรมทั่วไป และศัลยกรรมอื่นๆ เช่น ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์, ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ, กุมารศัลยกรรม รวมทั้งเป็นวิสัญญีแพทย์ด้วย

ในปี พ.ศ.2500 ภาควิชาศัลยศาสตร์ได้เริ่มแบ่งหน่วยงานของภาควิชา ออกเป็นหน่วยย่อยต่างๆ ได้แก่ หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป (ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หน่วย คือ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1 และ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 2), หน่วยศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา (Urology), หน่วยกุมารศัลยศาสตร์ (Pediatric Surgery), หน่วยศัลยศาสตร์ทรวงอกหลอดเลือดและหัวใจ (Cardiovascular and Thoracic Surgery), หน่วยศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง (Plastic and Reconstructive Surgery), หน่วยประสาทศัลยศาสตร์ (Neurological Surgery) และหน่วยศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ซึ่งต่อมาได้มีการแยกไปเป็นภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และเวชศาสตร์ฟื้นฟู เมื่อปี พ.ศ. 2507 เช่นเดียวกับหน่วยวิสัญญีวิทยา ซึ่งก็ได้แยกออกเป็นภาควิชาวิสัญญีวิทยา เมื่อปี พ.ศ.2508 และหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปก็ได้แบ่งย่อยออกเป็น 4 หน่วย คือ ศัลยศาสตร์ทั่วไป 1, ศัลยศาสตร์ทั่วไป 2, ศัลยศาสตร์ทั่วไป 3 และศัลยศาสตร์ทั่วไป 4 การดำเนินงานของภาควิชา ได้ใช้โครงสร้างเช่นนี้ตลอดมาเป็นเวลานาน จนกระทั่งเมื่อปี พ.ศ.2541 จึงได้จัดตั้งหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colorectal Surgery) เพิ่มขึ้นอีกหน่วยหนึ่ง

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2510 ได้มีการโอนคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มาอยู่ในสังกัดของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอีกครั้งหนึ่ง และเปลี่ยนชื่อเรียกว่า "คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย" และภาควิชาศัลยศาสตร์ ในสังกัดจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมี ศาสตราจารย์นายแพทย์เฉลียว วัชรพุกก์ เป็นหัวหน้าภาควิชา

ทางภาควิชาได้เริ่มเปิดรับฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอย่างเป็นระบบเป็นครั้งแรก โดยได้รับการรับรองจากแพทยสภา เมื่อปี พ.ศ.2515 เป็นปีแรก ได้เปิดฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป ตั้งแต่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบันมีการจัดการฝึกอบรมหลากหลายสาขาได้แก่ ศัลยศาสตร์ทั่วไป กุมารศัลยศาสตร์ ประสาทศัลยศาสตร์ ศัลยศาสตร์ทรวงอกและหัวใจ ศัลยศาสตร์ตกแต่งและเสริมสร้าง ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา ศัลยศาสตร์หลอดเลือด ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี ศัลยศาสตร์ปลูกถ่ายอวัยวะ ศัลยศาสตร์ส่องกล้อง และศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารส่วนต้น

นอกจากภาระกิจในการจัดการเรียนการสอนนิสิตระดับปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตในส่วนของภาควิชาศัลยศาสตร์ การฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์อนุสาขาต่างๆ แล้ว ภาควิชาฯ ยังให้บริการผ่าตัดรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรมซึ่งมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประกอบการรักษา รวมถึงการค้นคว้าวิจัยเพื่อให้ได้องค์ความรู้ใหม่และเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาวิธีการรักษา นอกจากนี้ ภาควิชาฯ ยังได้ให้บริการในแง่ของการเผยแพร่ความรู้ด้านศัลยศาสตร์แก่ประชาชนทั่วไปอีกด้วย เนื่องจากภาควิชาศัลยศาสตร์มีประวัติอันยาวนานโดยที่หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ร่วมกับคณาจารย์ภาควิชา

ศัลยศาสตร์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนได้เสียสละและอุทิศเวลาให้กับการทำงานของภาควิชา เพื่อให้สมกับปณิธานและพันธกิจของภาควิชาฯ ทุกหน่วยในภาควิชาฯ ได้มีการพัฒนาเป็นอย่างมากในด้านการสอน, การวิจัย และการบริการทางวิชาการแก่สังคม จนมีผลงานดีเด่นเป็นที่ประจักษ์ยอมรับโดยทั่วไปทั้งภายในประเทศและต่างประเทศตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ทั้งนี้คณาจารย์ของภาควิชาฯ จะยังคงพัฒนาผลงานทางวิชาการต่อไปอย่างไม่หยุดยั้ง เพื่อความก้าวหน้าทางวิชาการและประโยชน์สูงสุดต่อวงการสาธารณสุขของประเทศและสังคมโดยรวม และเพื่อเป็นการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีอันดีงามของสังคมไทย เพื่อเป็นการระลึกถึงพระคุณผู้กระทำคุณงามความดีอันยังประโยชน์และทำชื่อเสียงให้แก่ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นตัวอย่างให้คณาจารย์ของภาควิชาฯ ในปัจจุบันและในอนาคตได้สืบทอดเจตนารมณ์ ภาควิชาฯ ได้จัดทำเป็น หอเกียรติคุณ ณ ตึกสิรินธร ชั้นล่าง เพื่อจารึกเกียรติประวัติและผลงานของท่านเหล่านี้ไว้ให้อนุชนรุ่นหลังได้ศึกษาเป็นแบบอย่างและระลึกถึงตลอดไป

ศัลยแพทย์และผู้อำนวยการคนแรกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศัลยแพทย์คนแรกของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ชื่อ นายแพทย์เอฟ เซเฟอร์ เป็นชาวเมืองโอรินสกะ ประเทศเยอรมนี เคยเป็นหัวหน้าแผนกผ่าตัดโรงพยาบาลกองทัพรักษาพระองค์ของกษัตริย์ปรัสเซีย (เยอรมนี) เข้ามารับราชการในประเทศไทยสยาม เป็นที่ปรึกษากรมแพทย์สุขาภิบาลทหารบก

ในเดือนเมษายน พ.ศ.2457 ได้มีพระบรมราชโองการแต่งตั้งให้เป็นผู้ำนวยการโรงพยาบาลทหารบกกลาง ซึ่งตั้งทำการในสถานที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นที่น่าเสียดายที่ท่านถึงแก่กรรมเนื่องจากติดโรคระบาดขณะผ่าตัด เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ.2457 ซึ่งเป็นเวลา ก่อนที่ พระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว เสด็จพระราชดำเนินมาทรงเปิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพียง 15 วัน ท่านเป็นผู้วางรายละเอียดเรื่องการก่อสร้างโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และจัดหาอุปกรณ์การแพทย์ทันสมัยให้แก่โรงพยาบาล ได้แก่ เครื่องฉายรังสีรอนท์เก้น ซึ่งถือเป็นเครื่องแรกของประเทศไทย ก่อนโรงพยาบาลอื่นๆ นับสิบปี เครื่องแช่น้ำไฟฟ้า การตรวจเชื้อแบคทีเรีย การทำและจำหน่ายแว่นตา รวมถึงการมีธาตุเรเดียม (แร่เรเดียม) ไว้ใช้

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มีชื่อเสียงทางด้านโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักสืบทอดต่อเนื่องกันมาเป็นเวลานาน ตั้งแต่สมัยสงครามโลกครั้งที่ 2 จนถึงปัจจุบัน อาจารย์ท่านแรกที่เริ่มต้นวางรากฐาน ของหน่วยงานนี้คือ ศาสตราจารย์เฉลีย์ วัชรพุกก์ ท่านได้ศึกษาทางด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จาก Cleveland clinic จากประเทศสหรัฐอเมริกา ท่านได้เป็นหัวหน้าศัลยกรรมสาย G 1 และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ ตามลำดับ ท่านเป็นบุคคลแรกที่ได้รับรองจากกระทรวงสาธารณสุข ในสมัยของท่าน ให้เป็นศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คนแรกของประเทศไทย ท่านเป็นผู้ริเริ่มและบุกเบิกงานทางด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จนมีชื่อเสียงระดับนานาชาติ งานที่สำคัญของท่าน

อีกประการคือ การจัดตั้ง Rectal clinic ที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งแยกจากการตรวจโรคอื่น ๆ ของศัลยกรรมทั่วไป และยังคงดำเนินการในรูปแบบเดียวกันตลอดมาจนถึงปัจจุบัน

ขั้นตอนแรกของการจัดตั้งหน่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เกิดขึ้นในสมัยที่รองศาสตราจารย์ บรรเททอง รัชตะปิติ เป็นหัวหน้าภาควิชา ในการสัมมนาภาควิชาที่หาดตะวันรอน สัตหีบ ได้มีการจัดทำแผนจัดตั้ง หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยมีการจัดตั้งหอผู้ป่วยเฉพาะโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขึ้นที่ตึก จงกลนิชั้นล่าง โดยศัลยแพทย์ทั่วไปทุกท่าน มีสิทธิ์ที่จะบรรจุผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้ บุคคลที่ พัฒนางานด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ท่านต่อมาคือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์วิศิษฐ์ ฐิตะวัฒน์ ท่านได้เป็นหัวหน้าหน่วยศัลยกรรมทั่วไปสาย G1 สืบทอดจากศาสตราจารย์นายแพทย์เฉลีย์ วัชรพุกก์ และต่อมา ท่านได้เป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และเป็นประธานชมรมศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อีกหลายสมัย อาจารย์ท่านต่อมาคือ รองศาสตราจารย์นายแพทย์ยอด สุนคนธมาน ท่านได้สำเร็จ american board of colorectal surgery จากสหรัฐอเมริกา ต่อมาท่านได้รับเลือก และแต่งตั้งให้เป็นหัวหน้าศัลยกรรม ทั่วไปสาย G2 และหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และประธานชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในสมัย ที่ท่านเป็นหัวหน้าภาควิชา ท่านได้เป็นผู้ริเริ่มให้ยื่นเรื่องขอเปิดการฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้านอนุสาขา ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากแพทยสภา ในปีพ.ศ. 2537 ในการขอเปิดการฝึกอบรมนี้ เป็นเรื่องที่ กินเวลานานถึง 7 ปี เพราะแพทยสภาในสมัยนั้น ไม่มีนโยบายให้เปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขา เพิ่มเติมอีก ในการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องนี้ ได้มีการทำหนังสือสอบถาม ไปยังแพทยสภาหลายครั้ง ตั้งแต่ใน สมัย รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ยอด สุนคนธมาน และต่อมาภายหลัง เมื่อศาสตราจารย์นายแพทย์ธนิต วัชร พุกก์ ซึ่งเป็นประธานชมรมในสมัยต่อมา ได้กรุณาทำหนังสือถึงแพทยสภา โดยได้ทำหนังสือถึงราชวิทยาลัย ศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ช่วยทำหนังสือสนับสนุนอีกทางหนึ่งด้วย ในปี พ.ศ.2544 ศาสตราจารย์ นายแพทย์อรุณ เผ่าสวัสดิ์ ได้เป็นนายกแพทยสภา ท่านอาจารย์ได้นำเรื่องขอเปิดฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เข้าพิจารณาในวาระการประชุมของคณะกรรมการแพทยสภา และทาง ภาควิชาศัลยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ส่งรองศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ โรจนสกุล เข้าชี้แจง ข้อมูลต่อคณะกรรมการแพทยสภา และได้รับอนุมัติ ให้เปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีโควตา 1 ตำแหน่ง รับผู้ที่จบการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ทั่วไปแล้ว มาเรียนต่อยอดอีก 1 ปี

อาจารย์ผู้เป็นต้นกำเนิดของการแยกหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คือ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประพันธ์ กิตติสิน ในช่วงที่อาจารย์ขึ้นดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาใหม่ เมื่อพ.ศ. 2541 อาจารย์ได้ ขอให้แยกหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ออกจากหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป เมื่อเริ่มต้นมีอาจารย์ ประจำหน่วยเพียง 1 ท่านคือ ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ โรจนสกุล โดยที่รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ประพันธ์ กิตติสิน รักษาการเป็นหัวหน้าหน่วยคนแรกเป็นเวลา 1 ปี

หลังจากนั้น ศาสตราจารย์นายแพทย์อรุณ โรจนสกุล ขึ้นเป็นหัวหน้าหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2542 จนถึงปี พ.ศ. 2546 หลังจากนั้น รองศาสตราจารย์นายแพทย์จิรวัดน์ พัฒนอรุณ ได้รับตำแหน่งหัวหน้าหน่วยฯ คนที่สอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปีพ.ศ. 2552 หลังจากนั้นศาสตราจารย์นายแพทย์ชูชีพ สหกิจรุ่งเรืองรับตำแหน่งหัวหน้าหน่วยฯ จนถึงปีพ.ศ. 2565 และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุภกิจ ขมิวัลย์ รับตำแหน่งหัวหน้าหน่วยฯ จนกระทั่งปัจจุบัน

ในปัจจุบันหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้เปิดการฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทาง สาขา ศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ในอัตราเต็มทีปีละ 4 ตำแหน่ง โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรม 2 ปี จนถึงปัจจุบัน มีศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จบการฝึกอบรมไปแล้วทั้งสิ้น 25 รุ่น รวม 58 คน

ในวันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ.2552 ทางหน่วย ได้เปิดให้บริการห้องส่องกล้อง Surgical Endoscopy เพื่อให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วย ผ่านกล้องส่องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Colonoscopy) โดยปัจจุบันมี นายแพทย์สุภกิจ ขมิวัลย์ และนายแพทย์สุภกิจ ภัทรเจียรพันธุ์ เป็น Endoscopist ประจำห้องส่องกล้อง ให้บริการ ณ อาคารนวัตกรรม ชั้น 3 ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา

และในวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2566 ศาสตราจารย์นายแพทย์ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง ได้ร่วมกับ School of Global Health คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดตั้ง หน่วยปฏิบัติการวิจัยโรคทางลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Chulalongkorn Colorectal Research Unit โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างงานวิจัยอันมีประโยชน์ระดับโลก สร้างโครงข่ายการศึกษาในระดับนานาชาติ และรวมถึง Master degree และ PhD program โดยมีศาสตราจารย์นายแพทย์ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ทรงพล มาลากร และอาจารย์นายแพทย์ธัชชัย เจริญศิลาวาทย์ เป็นผู้ดำเนินการ

**ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจของหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

1. ปรัชญา

ศัลยศาสตร์ลำไส้	คู่กาชาดไทย
วิชาการกว้างไกล	ขจรไกลสู่สากล
เลิศล้ำคุณธรรม	ผู้นำงานวิจัย
ศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่	รับใช้ปวงชน

2. วิสัยทัศน์

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นสถาบันวิชาการที่ผลิตบัณฑิตศัลยแพทย์ ที่มีคุณภาพ คุณธรรม สร้างงานวิจัยที่มีคุณค่าให้บริการทางการแพทย์และวิชาการทางด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของชาติและนานาชาติ

3. พันธกิจ

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1) การจัดการเรียน การสอนในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อผลิตบัณฑิตศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่มีความเป็นเลิศทางวิชาการ มีความสามารถทางหัตถการตลอดจนมีคุณธรรม และจริยธรรม สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

2) การให้บริการการรักษาพยาบาลด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อให้บริการที่ถูกต้องตามหลักวิชาการในทุกระดับทั้งระดับปฐมภูมิ (Primary care) ระดับทุติยภูมิ (Secondary care) และระดับตติยภูมิ (Tertiary care) ให้ได้ผลการรักษาที่ดีและมีประสิทธิภาพ

3) การวิจัยเพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ หรือประเมินประสิทธิภาพในการรักษา เพื่อให้สามารถนำผลที่ได้มาใช้ในการปฏิบัติงานด้านต่างๆ รวมไปถึงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การวิจัยยังมุ่งที่จะให้องค์ความรู้เผยแพร่สู่ภายนอกทั้งระดับประเทศและนานาชาติ

รายชื่อผู้บริหาร/ คณะกรรมการฝึกอบรม สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------|
| 1. ศ.นพ. อรุณ โรจนสุกุล | ที่ปรึกษากรรมการ |
| 2. ศ.นพ. ชูชีพ สหกิจรุ่งเรือง | ที่ปรึกษากรรมการ |
| 3. รศ.นพ.จิรวัดน์ พัฒนะอรุณ | ที่ปรึกษากรรมการ |
| 4. ผศ.ดร.นพ. ดนัย วังสูตรค | ที่ปรึกษาฝ่ายแพทยศาสตร์ศึกษา |
| 5. ผศ.นพ. สุภกิจ ขมวิสัย | ประธานกรรมการ |
| 6. อ.นพ. ประพนธ์ กาญจนศิลป์ | กรรมการ |
| 7. อ.นพ. ทรงพล มาลากร | กรรมการ |
| 8. อ.นพ. สุภกิจ ภัทรเจียรพันธุ์ | กรรมการ |
| 9. อ.นพ. ธัชชัย เจริญศิลาวาทย | กรรมการ |
| 10. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑ | กรรมการ |
| 11. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๒ | กรรมการ |
| 12. อ.นพ. ฐิติเทพ ลิ้มวรพิทักษ์ | กรรมการและเลขานุการ |
| 13. นส. ชัญญาภัค ไกยวงศ์ | เจ้าหน้าที่ธุรการ |

แผนการฝึกอบรมสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

แผนการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อผู้สมัครแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (Diploma of the Thai Board of Colorectal Surgery) มีระยะเวลาการฝึกอบรม 2 ปี

● พันธกิจของแผนการฝึกอบรม

ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้จัดทำแผนและเกณฑ์การฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้านเพื่อผู้สมัครแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งศัลยแพทย์นั้นจะต้องมีความรู้และทักษะในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะก่อน ระหว่างและหลังการผ่าตัด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต โดยมีพันธกิจของการฝึกอบรมดังนี้

1. มุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ความชำนาญ และความสามารถในการทำงานด้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักและนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและได้มาตรฐานสากล สามารถบริหารจัดการและปรับใช้ให้เข้ากับบริบทภายใต้ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ใส่ใจในความปลอดภัยเพื่อการแก้ไขปัญหาและการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยยึดถือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางบนพื้นฐานของการดูแลแบบองค์รวม รวมทั้งสามารถปฏิบัติงาน แบบสหวิชาชีพได้เป็นอย่างดี
2. มุ่งเน้นให้ผู้รับการฝึกอบรมพัฒนาความรู้ความสามารถอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการใช้เทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อแสวงหาความรู้ด้วยตนเองและทำงานวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ที่มีคุณค่าพร้อมพัฒนาตนเองให้มี เจตนาธรรมที่ดีและพร้อมที่จะเรียนรู้ตลอดชีวิต
3. มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีทักษะการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ที่ดี เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น มีคุณธรรมและจริยธรรมทางการแพทย์ที่ดีในการดูแลรักษาผู้ป่วย มีความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อ เพื่อนร่วมงานทั้งในวิชาชีพของตนและวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ

● ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องมีคุณสมบัติ และ ความสามารถตามสมรรถนะหลักทั้ง 6 ด้านดังนี้

1. การบริหารผู้ป่วย (patient care)

- ซักประวัติผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ส่งตรวจและแปลผลการตรวจค้นเพิ่มเติม (investigation) เพื่อวินิจฉัยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติงาน
- ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันรักษา ผ่าตัดเตรียมตัว และดูแลหลังผ่าตัดโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

2. ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม (medical knowledge and procedural skills)

- อธิบายกลไกการเกิดโรคและชี้แนะแนวทางรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (basic medical science)
- อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (clinical science)
- ทำหัตถการทางการแพทย์ (medical procedure) เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ให้การบริหารผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (patient safety)

3. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills)

- นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยด้วยการพูดหรือเขียน เพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วยและญาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- รับข้อมูลผู้ป่วยจากการอ่านหรือฟัง และสามารถสรุปข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน
- สอนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่ญาติแพทย์แพทย์หรือบุคลากรอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

4. การเรียนรู้และการพัฒนาจากฐานการปฏิบัติ (practice-based learning and improvement)

- ค้นหาข้อมูลจากหนังสือหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้
- วิพากษ์และประเมินคุณภาพของบทความวิชาการทางการแพทย์ได้

- ทำวิจัยด้วยตนเอง เพื่อแก้ปัญหาหรือสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้

- สามารถปฏิบัติงานแบบสหวิชาชีพหรือเป็นทีมได้

5. ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมทั้งคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (continue professional development)

- ประพฤติตนอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพแพทย์

- รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

- พัฒนาตนเองไปสู่ความเป็นผู้เรียนรู้อย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง(continue professional development)

6. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems-based practice)

- ให้การบริหารผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศไทย

- ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (health economics)

● แผนการฝึกอบรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดการฝึกอบรมให้แพทย์ประจำบ้านได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผลสัมฤทธิ์ของแผนงานฝึกอบรมทั้ง ๖ ด้านเน้นการฝึกอบรมโดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (practice-based training) มีส่วนร่วมในการบริหารและรับผิดชอบผู้ป่วย โดยคำนึงถึงศักยภาพ การเรียนรู้ของผู้รับการฝึกอบรม (trainee-centered) มีการบูรณาการภาคทฤษฎีกับภาคปฏิบัติ (curricular mapping) และมีการติดตามตรวจสอบกำกับดูแล (supervision) และให้ข้อมูลป้อนกลับ (feedback) แก่แพทย์ประจำบ้าน เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอโดยกำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ปี ให้ครอบคลุมตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะกรรมการฝึกอบรมได้กำหนดแผนงานฝึกอบรมสำหรับแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปี ดังต่อไปนี้

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 (ระยะเวลาการฝึกอบรม 12 เดือน)

ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนความรู้พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทักษะ และประสบการณ์จริง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้

การบริหารผู้ป่วย (Patient care)

เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับไม่ซับซ้อนทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่

- ออกตรวจโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก
- ดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านชั้นสูงกว่าและแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป ตลอดจนนิสิตแพทย์
- ดูแลรักษาและทำหัตถการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อยและที่วินิจฉัยไม่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง
- เรียนรู้ ผึกฝน และมีส่วนร่วมในการให้การรักษาโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยหัตถการขั้นสูง
- ดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านชั้นสูงกว่า และแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป ตลอดจนวิสัญญีแพทย์ โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของศัลยกรรม
- ดูแลผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉุกเฉินทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการร่วมกับแพทย์ประจำบ้านชั้นสูงกว่าและช่วยแพทย์ประจำบ้านชั้นสูงกว่าในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น

ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม (medical knowledge and procedural skills)

- เรียนความรู้วิทยาศาสตร์พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (basic science in colorectal surgery)
- จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม journal club 1 เรื่องต่อสัปดาห์
- จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม topic review 1 เรื่องต่อสัปดาห์
- เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ ได้แก่ morbidity and mortality conference, grand round, collective review, interdepartmental conference
- เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการต่างๆของโรงพยาบาลและการประชุมระหว่างสถาบัน เช่น ประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และประชุมวิชาการ 3 สถาบัน (จุฬา-รามมา-ศิริราช), interhospital conference ของชมรมและสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ฯลฯ
- เข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหัตถการและเครื่องมือใหม่ๆ ที่ใช้ในทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- เข้ารับการฝึกหัตถการผ่าตัดในอาจารย์ใหญ่

การเรียนรู้และการพัฒนาจากพื้นฐานการปฏิบัติงาน (practice-based learning and improvement)

- มีประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และสหวิชาชีพ

- ปฏิบัติงานสอนนิสิตแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป
- บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์
- ริเริ่มหาหัวข้อวิจัยที่ตนสนใจ และติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม

ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills)

- เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน
- ปฏิบัติงานสอนแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไปและนิสิตแพทย์
- นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาทางคลินิกในกิจกรรมวิชาการ
- เรียนรู้จากการบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
- บันทึกรายงานทางการแพทย์ได้ถูกต้องสมบูรณ์
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
- มีทักษะในการทำงานร่วมกับแพทย์สาขาอื่น พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ

ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมถึงคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (continue professional development)

- เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านบูรณาการทางการแพทย์
- พัฒนาดตนเองให้มีเจตคติที่ดีระหว่างการทำงานดูแลผู้ป่วย

การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems-based practice)

- มีประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับระบบควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรม การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดและอยู่ในภาวะวิกฤต มีความสามารถที่จะปรับการทำงานเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของชาติ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 (ระยะเวลาการฝึกอบรม 12 เดือน)

การบริหารผู้ป่วย (patient care)

- แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วย ปฏิบัติงานเพิ่มประสบการณ์ทักษะและหัตถการของศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมไปถึงการบริหารจัดการและให้การควบคุมดูแลแพทย์ประจำบ้านอื่นๆ ในทีม
- สามารถให้การดูแลรักษาและทำผ่าตัดผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีระดับความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และรับปรึกษาปัญหาผู้ป่วยจากนอกแผนกศัลยกรรม
- ออกตรวจโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก

- ดูแลรักษาผู้ป่วยในโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักและให้คำปรึกษาแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป และนิสิตแพทย์
- เรียนรู้ ผักผ่อน และมีส่วนร่วม ในการให้การรักษาโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยหัตถการขั้นสูง ตลอดจนดำเนินการทำหัตถการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง
- ดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีที่หนึ่ง และแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป ตลอดจนวิสัญญีแพทย์ โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของศัลยกรรม
- ดูแลผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉุกเฉินทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีที่หนึ่ง และช่วยแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น
- เข้ารับการฝึกหัตถการผ่าตัดในอาจารย์ใหญ่

ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม (medical knowledge and procedural skills)

- กำหนดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสถาบันร่วมฝึกอบรมทั้งในและนอกประเทศ อย่างน้อย 2 เดือน
- จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม morbid and mortality conference 1 ครั้ง ต่อ 2 สัปดาห์
- เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ ได้แก่ grand round, journal club, topic review, collective review, interdepartmental conference
- เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการต่างๆของโรงพยาบาล เช่น ประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และประชุมวิชาการประจำปี 3 สถาบัน (จุฬา-รามมา-ศิริราช), inter hospital conference ของชมรมและสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ฯลฯ
- ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับหัตถการ และเครื่องมือใหม่ๆ ที่ใช้ในทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- เข้ารับการฝึกหัตถการผ่าตัดในอาจารย์ใหญ่

การเรียนรู้และการพัฒนาจากพื้นฐานการปฏิบัติงาน (practice-based learning and improvement)

- มีประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และสหวิชาชีพ
- ปฏิบัติงานสอนนิสิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านปีที่หนึ่ง แพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป
- บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์
- นำเสนอผลงานวิจัยในงานประชุมวิชาการต่างๆ ที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ให้การยอมรับ และทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ และ/หรือ ตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารระดับประเทศหรือนานาชาติ

ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (interpersonal and communication skills)

- เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน
- ปฏิบัติงานสอนนิสิตแพทย์ แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑ และแพทย์ประจำบ้านศัลยกรรมทั่วไป
- นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาทางคลินิกในกิจกรรมวิชาการ

- เรียนรู้จากการบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
- บันทึกรายงานทางการแพทย์ได้ถูกต้องสมบูรณ์
- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
- มีทักษะในการทำงานร่วมกับแพทย์สาขาอื่น พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ

ความสามารถในการทำงานตามหลักวิชาชีพนิยม (professionalism) รวมถึงคุณลักษณะของความเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต (continue medical education) หรือการพัฒนาวิชาชีพต่อเนื่อง (continue professional development)

- เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านบูรณาการทางการแพทย์
- พัฒนาตนเองให้มีเจตคติที่ดีระหว่างการทำงานดูแลผู้ป่วย

การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (systems-based practice)

มีประสบการณ์การเรียนรู้เกี่ยวกับระบบควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดและอยู่ในภาวะวิกฤต มีความสามารถที่จะปรับการทำงานเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของชาติ

● เนื้อหาของการฝึกอบรม

เนื้อหาหลักของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ประกอบด้วยความรู้พื้นฐานทางเวชชีววิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์คลินิก และ เวชศาสตร์ป้องกัน รวมถึงโรคหรือภาวะ ของผู้ป่วยและเหตุการณ์ที่จำเป็นในอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

1. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
2. ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะ วิกฤต หรือฉุกเฉิน
3. ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยในกลุ่มโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สำคัญ โดยครอบคลุมถึงความสามารถในการอธิบายคำจำกัดความ อุบัติการณ์ อาการ อาการแสดง แนวทางการสืบค้น หลักการวินิจฉัย วิธีประเมินความรุนแรง การรักษาโดยการผ่าตัด และมีติอื่นๆ การป้องกัน การพยากรณ์โรค การให้คำปรึกษาแนะนำ โดยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม

อย่างไรก็ตามโรคหรือภาวะของผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สถาบันฝึกอบรม จัดสรรให้ แพทย์ประจำบ้านมีประสบการณ์การเรียนรู้ในระหว่างการทำงานนั้นสามารถจัดแบ่ง ประสบการณ์เรียนรู้หรือ การฝึกอบรมได้เป็น 3 ระดับดังนี้

ระดับที่ 1 โรคหรือภาวะคีลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่พบบ่อยและมีความสำคัญซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องรู้และดูแลรักษาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ 2 โรคหรือภาวะทางคีลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่พบน้อยกว่าโรคหรือภาวะระดับที่ 1 และมีความสำคัญซึ่งแพทย์ประจำบ้านควรรู้และดูแลรักษาได้ภายใต้การแนะนำหรือควบคุมของอาจารย์

ระดับที่ 3 โรคหรือภาวะทางคีลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ซับซ้อนซึ่งแพทย์ประจำบ้านอาจรู้หรือดูแลรักษาได้ แต่ต้องปรึกษาและให้คำแนะนำหรือควบคุมโดยอาจารย์

4. แพทย์ประจำบ้าน ควรมีประสบการณ์การเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการทำหัตถการหรือการผ่าตัด ในผู้ป่วยโรคคีลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระหว่างการฝึกอบรม โดยหัตถการหรือการผ่าตัดเหล่านั้นประกอบด้วย การผ่าตัดภายในช่องท้อง (abdominal procedure) การผ่าตัดทางทวารหนักหรือลำไส้ตรง (anorectal procedure) หัตถการการส่องกล้องและการตรวจภาวะกระบังลมในอุ้งเชิงกรานหย่อน (endoscopy and pelvic floor procedures) หัตถการเหล่านี้สามารถ แบ่งเป็น

ระดับที่ 1 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านต้องทำได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ 2 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านควรทำได้ (ทำภายใต้การดูแลของอาจารย์

หรือผู้เชี่ยวชาญ)

ระดับที่ 3 หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านอาจทำได้ (ช่วยทำหรือได้เห็น)

หมายเหตุ จำนวนหัตถการและการผ่าตัดที่แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องบันทึกในแบบบันทึกประสบการณ์การทำหัตถการหรือการผ่าตัด (Case Logbook) ในระหว่างการฝึกอบรมเพื่อใช้ในการประกอบการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

Procedure	Assistant	Surgeon under supervision
Procedures for hemorrhoids	20	10
Procedures abscess/ fistula	30	
Procedures for fissure	2	
Prolapse procedures	3	
Colonoscopy	-	40
Colectomy	15	2
(Low) anterior resection	6	3
Abdominoperineal resection	2	
Coloanal or IPAA	2	

Stoma procedures	15	5
Minimally invasive surgery of colon and rectum	5	1

ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะต้องบันทึกการทำหัตถการลงในแบบบันทึกออนไลน์ของสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย (E-log book) และนำเสนอให้อาจารย์ประจำหน่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานประจำรอบการประเมิน

5. การตัดสินใจทางคลินิก

5.1 การรวบรวมข้อมูล ประมวลข้อมูล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ของผู้รับบริการ

5.2 วางแผนและปฏิบัติ การประเมินผลลัพธ์ และสะท้อนการเรียนรู้

6. การใช้เครื่องมือทางการแพทย์หรือยาอย่างสมเหตุผล

6.1 การประยุกต์ความรู้มาใช้ทางคลินิกอย่างถูกต้องและสมเหตุผล

6.2 การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลโดยอ้างอิงการศึกษาวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการ

เลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม

7. ทักษะการสื่อสาร

7.1 การสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ผู้ร่วมงานผู้ป่วยและญาติ

7.2 การบอกข่าวร้าย

7.3 การดูแลผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต

7.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

7.5 การตระหนักถึงพื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพที่ต่างกัน

8. จริยธรรมทางการแพทย์

8.1 หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (beneficence)

8.2 หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (non-maleficence)

8.3 หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (autonomy)

8.4 หลักความเป็นธรรม (justice)

8.5 หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย (confidentiality)

8.6 หลักความซื่อสัตย์ (fidelity, honesty)

8.7 หลักการปฏิบัติต่อกันอย่างมีเกียรติ (dignity)

9. การสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ

- 9.1 การเข้าถึงและความเข้าใจในระบบเบิกจ่ายทางสาธารณสุข ได้แก่ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังสำนักงานประกันสังคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 9.2 การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุดในการรักษาให้สอดคล้องกับระบบสาธารณสุขและระบบบริการ
- 9.3 การแก้ปัญหาและประเมินข้อจำกัดทางสาธารณสุขและระบบบริการ
10. กฎหมายการแพทย์
- 10.1 การเรียนรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์
- 10.2 การจัดการอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดกรณีพิพาททางการแพทย์
11. หลักการบริหารจัดการ
- 11.1 การประเมินและลำดับความสำคัญในแต่ละขั้นตอนการรักษานักป่วย
- 11.2 การบริหารจัดการทุกขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามระบบโรงพยาบาลและสาธารณสุข
- 11.3 การทำงานร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และแพทย์ระหว่างแผนก
- 11.4 การจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขให้เพียงพอและตอบสนองความต้องการทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม
12. ความปลอดภัยและสิทธิของผู้ป่วย
- 12.1 การเรียนรู้และปฏิบัติตามระบบการจัดการ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด
- 12.2 การสื่อสารและร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์เชิงปฏิบัติ พัฒนาระบบและขั้นตอนการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์
- 12.3 การจัดการอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเมื่อพบความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 12.4 การตระหนักและปฏิบัติตามสิทธิของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ
13. การดูแลสุขภาวะทั้งกายและใจของตนเอง
- 13.1 การเรียนรู้และเข้าใจสิทธิต่างๆ ของตนเองในระหว่างปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้าน
- 13.2 การเข้าใจและการเข้าถึงระบบ universal precaution ของโรงพยาบาล
- 13.3 การปรับตัวเมื่อพบกับความผิดหวังหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด

14. ระเบียบวิจัยทางการแพทย์และเวชศาสตร์ระดับวิทยาลัยทางคลินิก

14.1 การเรียนชั้นตอน/จริยธรรมการทำวิจัย

14.2 การทำการวิจัย

14.3 การเผยแพร่/ตีพิมพ์งานวิจัย

14.4 การวิพากษ์งานวิจัยและการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

15. เวชศาสตร์อิงหลักฐานประจักษ์

15.1 การสืบค้นข้อมูลวิชาการทางการแพทย์จากห้องสมุดและอินเทอร์เน็ต

15.2 การติดต่อขอข้อมูลจากแหล่งข้อมูลนอกโรงพยาบาล

15.3 การประยุกต์นำข้อมูลมาใช้ประกอบการรักษาทางคลินิก

15.4 การต่อยอดองค์ความรู้ไปสู่การพัฒนาการรักษาและองค์ความรู้ใหม่

16. พฤติกรรมและสังคมศาสตร์ในบริบทของสาขาวิชา

17. ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของโลก

เช่น วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โรคสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และอุบัติเหตุ เป็นต้น

● งานวิจัย

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีเกณฑ์กำหนดการทำวิจัยสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อิงตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องทำงานวิจัยแบบ retrospective study, prospective study, cross sectional study, systematic review หรือ metaanalysis อย่างน้อย 1 เรื่อง ตามเนื้อหาและสาระสำคัญของสาขา โดยงานวิจัยดังกล่าวต้องทำให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ปีของการฝึกอบรม โดยทางหน่วยจะมีการติดตามความคืบหน้าของงานวิจัยทุกปี

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่	ความคืบหน้าของงานวิจัย
1	ติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและริเริ่มหาหัวข้องานวิจัย
	<ul style="list-style-type: none"> - นำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม เพื่อรับคำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง - ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (หากไม่แล้วเสร็จในปีที่ 1 จะไม่ได้เลื่อนชั้น) - เริ่มดำเนินงานวิจัยหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย - เก็บข้อมูลและวิเคราะห์การวิจัย
2	- เริ่มนำเสนอผลงาน และสรุปผลการวิจัย
	- นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ (oral presentation) ที่สมาคมฯ รับรอง และทำรายงานวิจัยฉบับเต็มนำเสนอแก่ราชวิทยาลัย และ/หรือ ตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารทางการแพทย์

- การวัดและประเมินผล

1. การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมและการเลื่อนชั้นปี

มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านการปฏิบัติงานในสายย่อยแต่ละเดือน โดยมอบหมายให้แต่ละสายรับผิดชอบในการประเมินผลการปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ทักษะการผ่าตัด รวมถึงการตัดสินใจ ความสำเร็จในหน้าที่ เจตคติ ทักษะการสื่อสาร และมนุษยสัมพันธ์ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมในสายนั้นๆ โดยการประเมินอยู่ในดุลยพินิจของอาจารย์ประจำสายที่แพทย์ประจำบ้านนั้นผ่านการปฏิบัติงาน

ก. การประเมินผลสมรรถนะที่พึงประสงค์ ประกอบด้วยการประเมินทางภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

1. การประเมินภาคทฤษฎี

คณะกรรมการฯ มีการจัดสอบภาคทฤษฎีให้กับแพทย์ประจำบ้าน เพื่อเป็นการพัฒนา และทบทวนผลการเรียนรู้ และเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์ประจำบ้านที่กำลังจะเข้าสอบประเมินความรู้ความชำนาญเพื่อวุฒิบัตรฯ โดยมีจัดสอบภาคทฤษฎีประมาณเดือน เมษายน-พฤษภาคมของทุกปี การแบ่งการสอบเป็น 2 ส่วนคือ

1.1 แพทย์ประจำบ้านทั้งชั้นปีที่ 1 และ 2 ต้องเข้าสอบเพื่อประเมินผลศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทางคลินิก (In-training examination) โดยกำหนดให้มีการสอบข้อเขียนจำนวน 10 ข้อ โดยข้อสอบได้จากคณาจารย์ โดยต้องสอบให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน และสามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง

1.2 แพทย์ประจำบ้านทั้งชั้นปีที่ 1 และ 2 ทดลองสอบปากเปล่าเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสอบปากเปล่าโดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักแห่งประเทศไทย

2. การประเมินภาคปฏิบัติ

เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาการเรียนภาคปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้าน โดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องบันทึกรายการผ่าตัดและช่วยผ่าตัด ลงในบันทึกการผ่าตัดผ่านทาง electronic log book โดยแพทย์ประจำบ้านจะต้องนำส่ง Log book พร้อมกับใบประเมินการปฏิบัติงาน ในแต่ละเดือนให้กับอาจารย์ในสายที่ขึ้นปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ เพื่อให้อาจารย์ประเมินผลการปฏิบัติงาน และแพทย์ประจำบ้านจะต้องทำการประเมินการเรียนการสอนของอาจารย์ประจำสายนั้นๆ

ข. เกณฑ์ผ่านการประเมินและเลื่อนชั้นปี

เกณฑ์ผ่านการประเมินและเลื่อนชั้นปีและเอกสารที่ใช้ในการประเมิน รวมทั้งเกณฑ์ผ่าน สรุปได้ดังตารางนี้

ตารางแสดงหัวข้อการประเมินในแต่ละชั้นปีและเกณฑ์การผ่าน

ลำดับ	หัวข้อ	เกณฑ์ผ่าน	หมายเหตุ
ภาคทฤษฎี			
1.	การสอบ In-training : MEQ	ได้คะแนนในแต่ละส่วนมากกว่า 50%	สามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง ถ้ายังไม่ผ่านจะได้ 1U, หากขาดสอบจะได้รับการประเมินเป็น U
ภาคปฏิบัติ			
1.	การประเมินสมรรถนะ EPA และ Milestones	แบบประเมินทักษะการผ่าตัดหรือหัตถการโดยใช้กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrusted Professional Activity: EPA)	เกณฑ์ผ่านตามที่ระบุในมคอ.2 (www.colorectalchula.com)

		และการประเมินขั้นขีดความสามารถ (Milestones) ตามที่ระบุในมคอ. 2	
2.	การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จากผู้ป่วย (E-Log book)	รายงานการบันทึก Portfolio หรือ E-log book	ไม่ส่งบันทึก log book ภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้ 1 U
3.	การนำเสนอ topic review ในชั้นปีที่ 1 และ 2 (ทำเอกสารประกอบ, slide และนำเสนอให้เสร็จสมบูรณ์ตามตารางที่กำหนด)	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	สามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง หากผ่านการประเมินจะแก้ผลการประเมินจาก U เป็น S
4.	การนำเสนอ Journal Club	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	หากทำไม่ครบ 10 ครั้งจะได้รับการประเมินเป็น 1 U
5.	การนำเสนอ Morbidity and Mortality Conference	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	-
6.	การร่วมกิจกรรมประชุมวิชาการทางศัลยกรรม (Topic review, Morbidity and mortality conference, Journal Club, MDT conference)	มีการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของทั้งหมดในแต่ละปีการศึกษา	เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรมไม่น้อยกว่า 80% ได้ 1 U
7.	การประเมินการปฏิบัติงานโดยรวมโดยอาจารย์ประจำสาย	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้นจะได้รับการประเมินเป็น 1U	-
8.	การประเมินสมรรถนะด้านจริยธรรม ความเป็นมืออาชีพ การมีทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารโดยพยาบาล	ผลการประเมินจะใช้เพื่อการพิจารณาให้การประเมินการปฏิบัติงานโดยอาจารย์ และเพื่อการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนาการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน	-
9.	การรายงานความก้าวหน้างานวิจัย	ต้องมีการรายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด	ไม่รายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด ได้ 1 U

หมายเหตุ :

1. ระดับคะแนนของผลการประเมินต่างๆ

91 - 100	ดีมาก
81 - 90	ดี
61 - 80	ปานกลาง
51 - 60	ควรปรับปรุง (U; Unsatisfied)
≤ 50	ไม่ผ่านเกณฑ์ (F; Failed)

2. ผลการประเมินของแพทย์ประจำบ้านจากการประเมินแบบต่างๆจะนำมาคิดเป็นเกณฑ์ผ่าน/ไม่ผ่านดังนี้

S	=	Satisfactory ผ่านเกณฑ์
U	=	Unsatisfactory ควรปรับปรุง
F	=	Failed ไม่ผ่านเกณฑ์

โดยผลการประเมินดังกล่าวจะสะสมไว้ตลอดระยะเวลาการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 1-2 และมีข้อบังคับเพิ่มเติมดังนี้

2 U	=	1 F
4 F	=	ทางสถาบันฯจะไม่ส่งสอบบอร์ด

3. ในกรณีทำผิดร้ายแรงหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม สามารถนำเข้าพิจารณาตัดสินโดยคณะกรรมการฯ ซึ่งจะแจ้งผลการพิจารณาให้ที่ประชุมของหน่วยรับทราบ โดยผลการพิจารณาสามารถไม่ส่งสอบหรือให้ออกจากฝึกอบรมได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องอิงเกณฑ์ให้คะแนนเบื้องต้น หรือไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการตักเตือน หรือภาคทัณฑ์

4. การตัดสินให้ออกจากกรรมการเป็นที่สิ้นสุด

5. มีการแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานให้แพทย์ประจำบ้านทุกปี ถ้าไม่มีอุทธรณ์ถือว่าแพทย์ประจำบ้านยอมรับผลการประเมิน

2. การวัดและประเมินผลเพื่อ**อุมิบัตรฯ** ให้แพทย์ประจำบ้านศึกษาใน มคอ. 2

บทบาทของแพทย์ประจำบ้านในการบริหารจัดการแผนการฝึกอบรม

แพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีจะมีตัวแทนของชั้นปี (หัวหน้าชั้นปี) เข้าร่วมในคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ซึ่งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ถือเป็นหัวหน้าของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลความเรียบร้อยโดยทั่วไปทั้งเรื่องการเรียน พฤติกรรม และปัญหาอื่นๆของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมด
2. ทำหน้าที่เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน เพื่อติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อให้การปฏิบัติงานและการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านทุกคนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการฝึกอบรม และมีส่วนร่วมในการกำหนดและวางแผนการดำเนินการหลักสูตร รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำกับดูแล และประเมินการฝึกอบรม
4. เป็นตัวแทนในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการฝึกอบรมให้แพทย์ประจำบ้านทั้งหมด รวมทั้งผลการประเมินหลักสูตร และเป็นที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านทั้งหมดเกี่ยวกับแผนการฝึกอบรม
5. เป็นตัวแทนของคณะกรรมการฝึกอบรมเพื่อรับฟังปัญหา และข้อควรปรับปรุงแก้ไขจากแพทย์ประจำบ้านอื่นๆ และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรม
6. มีหน้าที่ในการรับปรึกษาให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งของแพทย์ประจำบ้านตามที่เหมาะสมควร
7. ในกรณีที่มีแพทย์ประจำบ้านมีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกอบรมและต้องการความช่วยเหลือ ตัวแทนแพทย์ประจำบ้านในชั้นปีเดียวกันจะร่วมมือกับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำสาย ในการวิเคราะห์สาเหตุ หาทางแก้ไข และติดตามความคืบหน้าหลังการแก้ไขปัญหาแล้ว
8. เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน ในการเข้าร่วมประชุมกับแพทย์ประจำบ้านภาควิชาอื่นๆ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ

อาจารย์ที่ปรึกษา

แพทย์ประจำบ้านทุกคนจะมีอาจารย์ที่ปรึกษา 1 ท่านให้คำปรึกษาในเรื่องการเรียนและเรื่องอื่นๆ ตลอดระยะเวลา 2 ปีที่เข้ารับการฝึกอบรม โดยอาจารย์ที่ปรึกษามีหน้าที่ดังนี้

1. ให้คำปรึกษาด้านวิชาการแก่แพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-2 และติดตามความก้าวหน้าของการฝึกอบรมทุก 6 เดือน โดยอาจารย์ที่ปรึกษาจะได้รับผลการประเมินต่างๆ และรายงานอุบัติการณ์ของแพทย์ประจำบ้านจากกรรมการฝึกอบรมเพื่อเป็นข้อมูลในการให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลป้อนกลับแก่แพทย์ประจำบ้าน

2. ให้คำปรึกษาในด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาส่วนตัว สังคม การเงิน แก่แพทย์ประจำบ้านตามสมควร โดยเรื่องที่ปรึกษาจะเก็บเป็นความลับระหว่างอาจารย์ที่ปรึกษาและแพทย์ประจำบ้าน ยกเว้นมีปัญหาที่อาจกระทบกระเทือนต่อการฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษาต้องแจ้งให้คณะกรรมการฝึกอบรมทราบ เพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

3. ให้คำแนะนำด้านวิชาชีพและการวางแผนการทำงานในอนาคต

4. หากแพทย์ประจำบ้านเกิดภาวะวิกฤตทางวิชาชีพให้ดำเนินการดังต่อไปนี้

- อาจารย์ที่ปรึกษา หรือ อาจารย์ประจำสายงานที่แพทย์ประจำบ้านทำงานอยู่ เรียกแพทย์ประจำบ้านเข้าพบเพื่อพูดคุย สอบถาม วิเคราะห์หาสาเหตุ และแนวทางแก้ไขเบื้องต้น
- อาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ประจำสาย แจ้งคณะกรรมการฝึกอบรมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุ และให้การดูแลช่วยเหลือ
- อาจารย์ที่ปรึกษาหรืออาจารย์ประจำสายเฝ้าติดตามประเมินผลพฤติกรรมและด้านจิตใจหลังเริ่มแก้ไขปัญหา และรายงานให้คณะกรรมการฝึกอบรมทราบเป็นระยะ
- คณะกรรมการฝึกอบรมหรืออาจารย์ที่ปรึกษาแจ้งแก่ตัวแทนแพทย์ประจำบ้าน เช่น หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านของชั้นปีที่แพทย์ประจำบ้านนั้นเรียนอยู่ หรือ เพื่อนสนิทให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ติดตามพฤติกรรม ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

สภาวะการปฏิบัติงานและสวัสดิการของแพทย์ประจำบ้าน

1. มีการจัดตารางหมุนเวียนการปฏิบัติงาน 2 ปี
2. เวลาการปฏิบัติงานในเวลาราชการไม่เกิน 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และการอยู่นอกเวลาราชการไม่เกิน 10 เวรต่อเดือน
3. ได้รับค่าตอบแทนการอยู่นอกเวลาราชการได้เป็นแบบเหมาจ่ายเดือนละ 10,000 บาท
4. ได้รับค่าตอบแทนเดือนตามต้นสังกัดของแพทย์ประจำบ้าน ในกรณีไม่มีต้นสังกัดจะได้รับค่าตอบแทนลูกจ้างชั่วคราวตามสัญญาจ้างสภาวิชาชีพ
5. ได้รับสิทธิการลาโดยยึดถือปฏิบัติตามระเบียบสภาวิชาชีพ พ.ศ. 2544 (ผนวก 1)
6. กรณีวันลาเกินกำหนด มีความจำเป็นต้องปฏิบัติงานชดเชยหลังจากจบการฝึกอบรมตามจำนวนวันที่ขาดไป หรืออาจจำเป็นต้องเข้าชั้น กรณีลาเกิน/ป่วยนานเกิน 2 เดือน จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมเพิ่มเติม หรืออาจจำเป็นต้องเข้าชั้น โดยคณะกรรมการฝึกอบรมต้องประชุมร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ญาติสายตรงหรือต้นสังกัด ในกรณีที่ประเมินไม่ผ่านในเกณฑ์เรื่องระยะเวลาฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมจำเป็นต้องปฏิบัติงานเพิ่มเติม โดยจะมีแจ้งให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมทราบเป็นลายลักษณ์อักษร
7. สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หากแพทย์ประจำบ้านมีต้นสังกัด สิทธิการรักษาเป็นไปตามต้นสังกัดเดิมของแพทย์ประจำบ้านและได้รับสิทธิการรักษาเฉพาะตัวที่โรงพยาบาลจุฬาฯ ส่วนครอบครัวได้รับส่วนลดค่าห้องพัก ในกรณีไม่มีต้นสังกัดจะได้รับสิทธิเหมือนลูกจ้างชั่วคราวตามสัญญาจ้างสภาวิชาชีพ กล่าวคือ มีสิทธิรักษาพยาบาลเฉพาะตัวและครอบครัวเมื่อรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
8. สวัสดิการห้องพักแพทย์ประจำบ้าน ทางสถาบันฯได้จัดห้องพักให้แพทย์ประจำบ้านโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย และให้เงินสนับสนุนค่าน้ำฟรี และค่าไฟจำนวน 30 ยูนิตต่อคนต่อเดือน

กิจกรรมวิชาการ (Academic activities)

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยให้แพทย์ประจำบ้านได้ปฏิบัติงานจริงด้วยตนเอง ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์ ได้กำหนดกิจกรรมวิชาการสำหรับการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ประกอบด้วย

1. **กิจกรรมวิชาการรวม ณ ห้องประชุม อรุณ โรจนสกุล หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตึกจงกลณี ชั้น 1**

ตารางกิจกรรมวิชาการรวมของหลักสูตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วไป

ลำดับ	กิจกรรม	วัน	เวลา	สถานที่	รูปแบบกิจกรรม
1.1	Journal club	ทุกวันจันทร์	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	presentation
1.2	Topic review	ทุกวันอังคาร	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	Topic review presentation
1.3	M&M	ทุกวันพฤหัสบดี ที่ 2 ของเดือน	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	Case discussion
1.4	MDT conference	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 1 และ 3 ของเดือน	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	Case discussion with Med Onc, Rad Onc, Rad Dx, Pathologist
1.5	Research Refinement	ทุกวันพฤหัสบดีที่ 4 ของเดือน	8.00-9.00 น.	ห้องประชุมหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	Research update presentation

2. **การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) :** หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ฝึกหัดถถการในหุ่นจำลอง หรืออาจารย์ใหญ่ (soft cadaver) ได้แก่

- 3.1 Endoscope workshop เพื่อฝึกการทำ colonoscopy
- 3.2 Minimally invasive colorectal surgery workshop
- 3.3 Anorectal and pelvic floor workshop

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการรวม

1. Journal club

อาจารย์ผู้ควบคุม : ผศ.นพ.สุกิจ ภัทรเจียรพันธุ์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้ update ความรู้เกี่ยวกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และสามารถนำความรู้ใหม่ ไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมตามสถานการณ์ รวมถึงสามารถนำไปคิดต่อยอดเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ แพทย์ประจำบ้านเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจมานำเสนอและร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้ สัปดาห์ละ 2 ฉบับ

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านเลือกงานวิจัยเกี่ยวกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจมาเสนอและร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้

2. Morbidity and Mortality conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : อ.นพ. ประพนธ์ กาญจนศิลป์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อการประเมินความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้าน ทั้งก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษาหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว โดยการสอบถามและประเมินผลโดยคณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุม
2. เพื่อเป็นการประเมินความรู้ทางการแพทย์ ทั้งความรู้พื้นฐานและการนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยการสอบถามระหว่างการอภิปราย โดยคณาจารย์ผู้ร่วมประชุม
3. เพื่อประเมินว่าแพทย์ประจำบ้านได้มีการค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษาและวิธีป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ โดยการนำเสนอ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ระหว่างการอภิปราย อาจมีการต่อยอดโดยทำเป็นงานวิจัยต่อไปในอนาคต
4. เพื่อประเมินวิธีการนำเสนอการเตรียมสื่อการสอน
5. เพื่อประเมินเจตคติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละกรณี
6. เพื่อนำภาวะแทรกซ้อนแต่ละกรณีที่เกิดขึ้นมาพิจารณาว่าเป็นภาวะที่ preventable หรือ unpreventable เพื่อจะได้มีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ อีก

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 นำ Morbidity and Mortality cases ทั้งหมดส่งให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบโครงการตรวจสอบ เพื่อนำเสนอในที่ประชุม
2. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 นำเสนอข้อมูลในที่ประชุม โดยต้องมีการทบทวนประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสี ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ และนำเสนอวิธีแก้ไข และป้องกัน ทั้งนี้ ควรนำเสนออย่างเป็นลำดับขั้น มีภาพรังสี หรือภาพการผ่าตัดหรือชิ้นเนื้อประกอบ เพื่อความเข้าใจง่าย และควรหาศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมานำเสนอในที่ประชุม

3. MDT conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : อ.นพ.ทรงพล มาลากร

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้วิธีการรักษามะเร็งแบบสหสาขา เพื่อเลือกแนวทางการรักษามะเร็งที่เหมาะสมที่แตกต่างกันในคนไข้แต่ละราย

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 เตรียมประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สนใจ และเตรียมมานำเสนอในที่ประชุม โดยมีอาจารย์รังสีวินิจฉัย, รังสีรักษา, อายุรกรรมมะเร็ง, พยาธิวิทยา เข้าร่วมประชุม

4. Research refinement conference

อาจารย์ผู้ควบคุม : อ.นพ.ธัชชัย เจริญศิวาวาทย์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาส นำเสนอความคืบหน้าของงานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่ และเปิดโอกาส ให้ได้ซักถาม ปรับปรุงให้ได้ผลงานที่สมบูรณ์ขึ้น

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และ 2 เตรียมนำเสนอความคืบหน้าของผลงานวิจัยที่ตนรับผิดชอบ อยู่ในที่ประชุม

5. Topic review

อาจารย์ผู้ควบคุม : อ.นพ.จิตติเทพ ลิ้มวรพิทักษ์

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ : แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทันสมัย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ในหัวข้อที่สำคัญที่ผู้เรียนสนใจและกำหนดเอง
2. เพื่อให้ผู้เรียนทราบแนวทางการประยุกต์นำความรู้ทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาใช้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านกำหนดหัวข้อ topic review ที่ตนสนใจและเลือกอาจารย์ที่จะควบคุมการบรรยายหัวข้อดังกล่าว ส่งเป็นตารางให้คณาจารย์ทราบ

การจัดตารางหมุนเวียนแพทย์ประจำบ้าน

ข้อตกลงในการจัดตาราง rotation (ผนวก 2)

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จะเป็นผู้จัดตารางให้แก่แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เข้าใหม่ทั้งหมด โดยต้องจัดให้มีจำนวนแพทย์หมุนเวียนในแต่ละสายเพียงพอและเหมาะสมต่อการทำงาน
2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จะมีสิทธิ์ในการจัดตาราง rotation เอง โดยตกลงกันในระหว่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปีเดียวกัน
3. หากมีปัญหาในการจัด rotation เช่นจำนวนคนไม่เพียงพอ มีคนลาออก ให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ปรึกษาคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อดำเนินการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลง rotation ให้ส่วนรวมสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างเหมาะสม
4. ใน rotation free elective แพทย์ประจำบ้านสามารถเลือกไปฝึกปฏิบัติงานหรือดูงานที่โรงพยาบาลหรือสถาบันที่ตนสนใจ โดยแพทย์ประจำบ้านต้องติดต่อสถาบันนั้นๆเอง และแจ้งต่อคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อทำหนังสือขอไปฝึกปฏิบัติงานยื่นต่อสถาบันที่ไป

หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน

1. ลำดับหน้าที่ความรับผิดชอบ

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2

1. ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าทีม (Chief) ในการดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย จัดตารางผ่าตัด และบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์
2. หากในสายการปฏิบัติงานมีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 อยู่ด้วย ให้ทำหน้าที่ให้คำแนะนำ และ supervise เป็นหลัก
3. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในการทำงานระหว่างเพื่อนร่วมงานและอาจารย์ในสาย
4. ในกรณีฉุกเฉิน แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 สามารถตัดสินใจให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้ตามที่เห็นสมควร
5. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1
6. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 แพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ทั่วไป และนิสิตแพทย์
7. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

● แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1

1. ดูแลผู้ป่วย/รับผิดชอบในการทำงานของแต่ละสาย
2. ช่วยแพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 ในการรับผิดชอบการทำงานในสาย

3. ดูแลให้คำแนะนำในด้านการทำงานและอื่นๆ กับแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป
4. ถ่ายทอดความรู้ด้านวิชาการ การทำงานให้กับนิสิตแพทย์
5. เข้าร่วมกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการ/ กิจกรรมอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

2. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ในเวลาราชการ

- 1) แพทย์ประจำบ้านที่อยู่ในแต่ละสาย มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วย ตามที่ได้รับมอบหมายจากแพทย์ประจำบ้านที่อาวุโสที่สุด โดยเริ่มปฏิบัติงาน 8.00 น. (เวลาอาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับความเหมาะสม) และร่วมปรึกษา แก้ไข ปัญหาของผู้ป่วย กับอาจารย์ในแต่ละสาย ตามตารางการทำงานของแต่ละสาย
- 2) ในวันที่ทำผ่าตัดให้แพทย์ประจำบ้านขึ้นไปห้องผ่าตัด และเตรียมผู้ป่วยที่จะผ่าตัดตรงตามเวลาที่กำหนดไว้ในตารางการผ่าตัด และต้องทำการทบทวนข้อมูลผู้ป่วยที่จะเข้าช่วยผ่าตัดรวมถึงความรู้ที่เกี่ยวข้องเสมอ
- 3) ในวันที่ตรงกับการออกตรวจผู้ป่วยนอก ให้แพทย์ประจำบ้าน ขึ้นตรวจตามกำหนดเวลาที่ได้รับมอบหมาย และรายงานผู้ป่วยที่มีปัญหาหรือมีความสลับซับซ้อนในการดูแลรักษา ต่อแพทย์ประจำบ้านอาวุโสตามลำดับชั้น
- 4) หากมีผู้ป่วยที่ต้องการปรึกษาจากต่างแผนกในช่วง 8.00-16.00 น. ให้ปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน ที่ออกตรวจ OPD วันนั้นๆ

นอกเวลาราชการ

การดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการในหอผู้ป่วย, ผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม และผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดของหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และ 2 จัดเวรดูแลตามความเหมาะสม โดยไม่ให้ยุ่งเกิน 10 เวรต่อเดือน และในหนึ่งเวรไม่ควรมีสมาชิกเกิน 4 คน

3. การให้คำปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป และ/หรือ บุคลากรระดับรองลงไป

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 มีหน้าที่ให้คำแนะนำ ปรึกษาแก่แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1, แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ทั่วไป และ/หรือ บุคลากรระดับรองลงไป

4. การรับปรึกษาในห้องผ่าตัด (intraoperative consultation/consult standby OR)

intraoperative consultation ให้แพทย์ประจำบ้าน ที่อยู่เวรวันนั้นๆ เป็นผู้รับปรึกษา ส่วนการรับ consult standby OR ให้แพทย์ประจำบ้านที่ออกตรวจผู้ป่วยนอกในวันนั้นๆ เป็นผู้รับปรึกษา

5. การส่งมอบเวร

การส่งมอบเวรและหน้าที่ความรับผิดชอบต่อไปยังแพทย์เวรหรือ แพทย์ที่หมุนเวียนมารับหน้าที่แทน ในกรณีที่มีการส่งมอบเวรนั้น ให้มีการส่งมอบเวรให้เสร็จสิ้นก่อนการดูแลรับผิดชอบของแพทย์รุ่นใหม่น้อยกว่า 1 วัน โดยที่ชี้แจงถึงรายละเอียดของการดูแลรักษาผู้ป่วย การปฏิบัติงานในแต่ละสาย ตลอดจนรายละเอียดอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน หรือการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วัน	เวลา	กิจกรรม
วันจันทร์	8.00-9.00 น.	Journal club ที่ตึกจกจกณีน้า ชั้น 1
	9.00-16.00 น.	- ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก จักรีทศมาฯ ชั้น 5 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก - แพทย์ประจำบ้านประจำสาย Endoscopy ปฏิบัติงานห้องส่องกล้อง ณ ศูนย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นวัตกรรมบาล ชั้น 3
วันอังคาร	8.00-9.00 น.	Topic review ตึกจกจกณีน้า ชั้น 1
	9.00-12.00 น.	- ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก จักรีทศมาฯ ชั้น 5 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก - แพทย์ประจำบ้านประจำสาย Endoscopy ปฏิบัติงานห้องส่องกล้อง ณ ศูนย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นวัตกรรมบาล ชั้น 3
	14.00-16.00 น.	Q & A ที่ตึกรัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13 ห้อง 1316
วันพุธ	09.00-16.00 น.	- ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 5 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ประจำสาย Endoscopy ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก จักรีทศมาฯ ชั้น 5 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก
วันพฤหัสบดี	8.00-9.00 น.	MDT/ M&M/ Research conference ตึกจกจกณีน้า ชั้น 1
	9.00-12.00 น.	- ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก จักรีทศมาฯ ชั้น 5 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก - แพทย์ประจำบ้านประจำสาย Endoscopy ปฏิบัติงานห้องส่องกล้อง ณ ศูนย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นวัตกรรมบาล ชั้น 3

	13.00-16.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - Interesting topic and preoperative round รัตนวิทยาพัฒน์ ชั้น 13 ห้อง 1316 - Endoscopy topic เดือนละ 1 ครั้ง ศูนย์ส่องกล้องลำไส้ใหญ่ นวัตกรรมบาล ชั้น 3
วันศุกร์	8.30-16.00 น.	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติงาน ณ ห้องผ่าตัด ตึกภูมิสิริฯ ชั้น 6 - แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 ประจำสาย Endoscopy ออกตรวจผู้ป่วยนอกที่ ตึก จักรีทศมาฯ ชั้น 5 และรับปรึกษาเคสนอกแผนก

เจตคติที่ดีในการเป็นศิษย์แพทย์

ขณะที่เข้าฝึกอบรมจะเน้นให้มีอุปนิสัยในการรับผิดชอบ การตัดสินใจที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. ควรจะเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย
2. ควรจะซื่อสัตย์และสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติตนเป็นผู้ให้ความรับผิดชอบในการรักษา ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และเหตุผลที่จะทำการต่างๆ เพื่อวินิจฉัยโรค และการรักษา
3. จะต้องพยายามวินิจฉัยโรคให้ได้ก่อนการรักษา
4. ต้องมีความรู้ผูกพันต่อการสงเคราะห์ผู้ป่วย และมีมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
5. ต้องมีความซื่อตรงต่อวิชาชีพ
6. จะต้องค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ และเผยแพร่ให้แก่ผู้ร่วมอาชีพและบุคคลทั่วไป
7. ควรจะทบทวนและแก้ไขงานของตนให้มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
8. ควรจะตัดสินใจแน่วแน่และทันการ โดยใช้เหตุและผล
9. ควรจะรู้จักประมาณในความสามารถของตน ผู้ป่วยรายใดที่ตนไม่มีความสามารถจะให้การตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ควรจะส่งให้ผู้ชำนาญต่อไป ยกเว้นกรณีที่เป็น
10. พึงระลึกไว้ว่าการตรวจในห้องทดลองเป็นแต่เพียงเครื่องช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัยทางคลินิกเท่านั้น
11. ไม่ควรทำการรักษาและการค้นคว้าหาสาเหตุของโรคเกินกว่าความจำเป็น
12. ควรจะเคารพให้เกียรติและรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ร่วมอาชีพ

ระเบียบการปฏิบัติงาน และข้อควรปฏิบัติอื่นๆ

1. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โดย

- ดูแลและทำความสะอาดบาดแผลให้แก่ผู้ป่วย โดยถูกต้องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับชนิดและความรุนแรงของบาดแผล
- ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยใส่ถุงมือในการปฏิบัติงาน
- แยกของเสีย หรือผ้า gauze ที่ปนเปื้อน ไว้เป็นสัดส่วนต่างหากเพื่อป้องกันการเก็บและทำลาย
- สอนนิสิตแพทย์ให้ทำความสะอาดแผลอย่างถูกต้อง
- ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลที่จัดไว้ตามจุดต่างๆในหอผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยหรือทำหัตถการต่างๆ
- การทำหัตถการที่ต้องอาศัย aseptic technique ให้ทำด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง โดยยึดตาม sterile technique เป็นหลัก
- ในกลุ่มคนไข้ติดเชื้อดื้อยา ควรเลือกราวนผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มสุดท้าย ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หมวก หน้ากากอนามัย เสื้อกาวน์ ถุงมือก่อนเข้าไปราวนผู้ป่วยในบริเวณที่แยกไว้ หลังจากราวนผู้ป่วยรายดังกล่าว ต้องทิ้งอุปกรณ์ป้องกันในที่ที่จัดไว้ และล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาด ก่อนไปสัมผัสผู้ป่วยรายต่อไป

2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันติดเชื้อในห้องผ่าตัดโดย

- เปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับการเข้าห้องผ่าตัด สวมหมวก ผูก mask ก่อนที่จะเข้าบริเวณห้องผ่าตัด
- ล้างมือ และเช็ดมืออย่างถูกต้องก่อนเข้า case ผ่าตัด
- เข้าช่วยผ่าตัด หรือทำการผ่าตัดด้วยหลัก sterile technique
- ไม่ส่งเสียงคุยกัน โดยไม่จำเป็นในห้องผ่าตัด
- การยืนดูในห้องผ่าตัด ไม่ควรยืนชิดแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัด ควรยืนห่างอย่างน้อย 50 ซม. เพื่อป้องกันการ contamination
- การถอดถุงมือ หรือเสื้อกาวน์ หลังจากเสร็จผ่าตัด ให้แยกถุงมือหรือเสื้อกาวน์ ทั้งลงในภาชนะบรรจุที่แยกไว้ให้เรียบร้อย

3. การบันทึกเวชระเบียน

เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านแต่ละสาย ที่จะต้องบันทึกการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยรายวันใน progress note ทุกวัน (ระบบ HIS) และ operative note ในระบบ EMR หรือ HIS ในกรณีที่ช่วยผ่าตัดและอาจารย์มอบหมายให้เป็นผู้เขียน ควรเสร็จสิ้นตั้งแต่ในห้องผ่าตัด อนุโลมให้เสร็จสิ้นช้าที่สุดไม่เกิน 48 ชั่วโมง

หลังผ่าตัด รวมไปถึง discharge summary เมื่อคนไข้กลับบ้าน โดยก่อน discharge แพทย์ประจำบ้านจะต้องตรวจทานให้เวชระเบียนมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งคืนไปยังแผนกเวชระเบียนของทางโรงพยาบาล

4. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงขั้นตอนการขออนุญาตผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรง ในการให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางในการวินิจฉัย หรือการรักษา ผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รวมไปถึงการพยากรณ์โรค

ในกรณีที่ผู้ป่วยบรรลุนิติภาวะ ต้องให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือ เพื่ออนุญาตให้ทำการผ่าตัด รักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะยินยอมให้ทำการผ่าตัดหรือยังไม่บรรลุนิติ ภาวะให้ญาติเป็นผู้ลงลายมือชื่อ เพื่อยินยอมให้การรักษาแทน ในกรณีที่ไม่มีญาติที่มีสิทธิเพียงพอที่จะกระทำ ขั้นตอนดังกล่าวได้ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งลงลายมือชื่อแทนในกรณีที่ เป็นในเวลา ราชการ และแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนในเวลาออกเวลาราชการ

5. การสั่งการรักษาและประสานงานกับบุคลากรสายวิชาชีพอื่น

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่สั่งการรักษาให้กับผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้รับผิดชอบ โดยอยู่ในดุลยพินิจของอาจารย์ที่เป็นเจ้าของไข้หรืออาจารย์ภายในสาย

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ถือว่า ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานระหว่างแพทย์กับ พยาบาลในหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ไอ.ซี.ยู., วิสัญญีพยาบาล, วิสัญญีแพทย์ ตลอดจนแพทย์ประจำบ้านและ อาจารย์ในภาควิชาอื่น ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะไม่ให้เกิด ปัญหาต่าง ๆ ขึ้น ทั้งนี้รวมถึงการรับปรึกษาผู้ป่วยจากต่างภาควิชา การเตรียมผ่าตัด การส่งรายการกำหนดวัน และเวลาที่จะผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และใน ไอ.ซี.ยู. ฯลฯ โดยขอให้ถือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และความเหมาะสมในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

6. การดูแลสุขภาพของตนเอง

เนื่องจากการเรียนวิชาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น จะต้องอาศัยร่างกาย แรงใจ ในการทุ่มเท รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของคนไข้ แพทย์ประจำบ้านจึงต้องหมั่นดูแลรักษาสุขภาพกายให้แข็งแรง มี สุขภาพจิตที่ดีหากมีปัญหาด้านสุขภาพ ให้รายงานอาจารย์แพทย์ภายในสาย เพื่อที่จะได้ปรึกษาหรือแนะนำใน การดูแลรักษาต่อไป

ในกรณีที่ถูก มีบาดหรือเข็มตำ และสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะติดเชื้อ HIV มีแนวทางในการปฏิบัติตาม ข้อแนะนำในผนวก 3

7. การสอนนิสิตแพทย์

หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน มีหน้าที่สอนนิสิตแพทย์ในระดับปีที่ 4,5 และ 6 ในหัวข้อที่เกี่ยวกับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษา ให้นำคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและควบคุมการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งเป็นตัวอย่งที่ดีให้แก่ นิสิตแพทย์

8. การแต่งกาย

ให้แพทย์ประจำบ้านทุกระดับ แต่งกายให้สุภาพเรียบร้อยโดยทั้ง ในเวลารายการ และ นอกเวลาราชการ ให้แต่งกายสุภาพ (ตามความเหมาะสม) และสวมรองเท้าหุ้มส้น

9. การเซ็นชื่อ

ทุกครั้งที่จะเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ แพทย์ประจำบ้านต้องเซ็นชื่อ เพื่อใช้เป็นตัวประเมินผลการปฏิบัติงานต่อไป

แพทย์ประจำบ้าน ต้องเซ็นชื่อลงในฐานข้อมูลโรงพยาบาล เพื่อใช้กำกับการสั่งยา สั่งการรักษา หรือ ใบรับรองแพทย์ หากมีกรณีที่ต้องลงลายมือชื่อ ขอให้ลงหมายเลขประจำตัวทำลายเซ็นไว้ด้วย เพื่อความสะดวกในการติดต่อเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

10. ใบมรณะบัตรและการขอตรวจศพ

ใบมรณบัตร เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานที่สังกัด จะต้องลงบันทึกวันที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเมื่อพยาบาลตึกแจ้งให้ทราบ

การขอตรวจศพ แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ขออนุญาตตรวจศพผู้ป่วยทุกรายที่เสียชีวิต เพื่อประโยชน์ในการเรียน การสอน และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ควรช่วยติดต่อและอำนวยความสะดวกแก่ญาติของผู้เสียชีวิต เพื่อจะได้รับความร่วมมือจากญาติเพิ่มขึ้น

ภาคผนวก

ผนวก 1 : สิทธิการลา

แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิการลาตามประมวลระเบียบสภาวิชาชีพ พ.ศ.2544 หมวด 5 การลาของบุคลากรชั่วคราวสภาวิชาชีพ พ.ศ.2544 หมวด 5 การลาของบุคลากรชั่วคราวสภาวิชาชีพ

ข้อ 19 บุคลากรชั่วคราวสภาวิชาชีพมีสิทธิลาโดยได้รับค่าจ้างระหว่างลา ซึ่งแบ่งประเภทของการลาได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

- (1) การลาป่วย
- (2) การลาคงขาดบุตร
- (3) การลาพักผ่อนประจำปี
- (4) การลาเข้ารับการระดมพล เข้ารับการฝึกวิชาทหาร เข้ารับการทดลองความพร้อมพร้อม หรือเข้ารับการตรวจเลือกเพื่อเข้ารับราชการทหาร

ข้อ 20 กรณีเริ่มเข้าปฏิบัติงานในปีแรก และมีระยะเวลาตามคำสั่งจ้างเกินกว่า 6 เดือน บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างปีหนึ่งไม่เกิน 8 วันทำการ และในปีถัดไปบุคลากรชั่วคราวซึ่งจ้างไว้ปฏิบัติงานต่อเนื่องมีสิทธิลาป่วยโดยได้รับค่าจ้างอัตราปกติระหว่างลาปีหนึ่งไม่เกิน 15 วันทำการ

เว้นแต่บุคลากรชั่วคราวผู้ใดที่มีระยะเวลาตามคำสั่งจ้างไม่ครบ 6 เดือน ไม่อยู่ในข่ายได้รับสิทธิดังกล่าว

ข้อ 21 บุคลากรชั่วคราวที่จ้างต่อเนื่องในปีที่ 2 และปีต่อไป ให้ลาเนื่องจากคลอดบุตรได้ 90 วัน และมีสิทธิได้รับค่าจ้างระหว่างลาจากสภาวิชาชีพไม่เกิน 60 วัน ทั้งนี้ ปีแรกที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานต้องมีระยะเวลาปฏิบัติงานจริงครบ 7 เดือนติดต่อกัน โดยมีไต่ระยะเวลาตามคำสั่งจ้างและมีให้ครบระยะเวลาในปีที่จ้างถัดมานั้น รวมกับปีแรกเพื่อให้ครบ 7 เดือนดังกล่าว

ข้อ 22 การลาพักผ่อนประจำปี บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาพักผ่อน โดยได้รับค่าจ้างในปีแรกได้ไม่เกิน 5 วันทำการ ทั้งนี้ ปีแรกที่เริ่มเข้าปฏิบัติงานต้องมีระยะเวลาปฏิบัติงานจริงครบ 6 เดือนติดต่อกัน จึงจะมีสิทธิลาดังกล่าวได้ และถ้าเป็นบุคลากรที่จ้างต่อเนื่องในปีที่ 2 ให้มีสิทธิลาพักผ่อนประจำปี โดยได้รับค่าจ้างไม่เกิน 10 วันทำการ

ข้อ 23 การลาเข้ารับการระดมพล เข้ารับการฝึกวิชาทหาร เข้ารับการทดลองความพร้อมพร้อม หรือเข้ารับการตรวจเลือกเข้ารับราชการทหาร บุคลากรชั่วคราวมีสิทธิลาเข้ารับการฝึกวิชาทหารได้ไม่เกิน 2 เดือน แต่สำหรับการลาเพื่อเข้ารับการระดมพล หรือเข้ารับการทดลองความพร้อมพร้อมไม่เกิน 30 วัน ส่วนการลาไปรับการตรวจคัดเลือกเข้ารับราชการทหารตามกฎหมายว่าด้วยการรับราชการทหารตลอดระยะเวลาในระหว่างนั้นเท่าที่จำเป็น

ข้อ 24 การพิจารณาสิ่งอนุญาตลาในแต่ละประเภทให้นาระเบียบสภากาตไทย ว่าด้วยการลาของ
เจ้าหน้าที่และลูกจ้างประจำ พ.ศ. 2538 มาใช้บังคับโดยอนุโลม

ผนวก 2 : ตาราง rotation

ตารางหมุนเวียนสายงานสำหรับแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปี

เดือน	อ.จิรวัดน์, อ.ประพนธ์	อ.ชูชีพ, อ.ทรงพล	อ.สุภกิจ, อ.สุกิจ	อ.ฐิติเทพ	อ.ธัชชัย
มิถุนายน					
กรกฎาคม					
สิงหาคม					
กันยายน					
ตุลาคม					
พฤศจิกายน					
ธันวาคม					
มกราคม					
กุมภาพันธ์					
มีนาคม					
เมษายน					
พฤษภาคม					
มิถุนายน					

ผนวก 3 : ข้อปฏิบัติในกรณีฉุกเฉินของมีคมบาด หรือสัมผัสสารคัดหลั่ง

ข้อแนะนำ

จะทําอย่างไรเมื่อถูกเข็มตำ มีคมบาด เลือดเข้าตา

เมื่อบุคลากรได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่

- เข็มหรือของมีคมที่ เปื้อนเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย ตําหรือบาด
- เลือด/สารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตา ปาก หรือถูกผิวหนังที่มีบาดแผล

1. จัดการกับบาดแผลทันที

- บีบเลือดออกพอสมควร
- ทำความสะอาดบาดแผลด้วยน้ำ และ สบู่หลาย ๆ ครั้ง แล้วใส่ยาฆ่าเชื้อ เช่น เบตาดีน
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าตาให้ล้างตาด้วยน้ำสะอาดหรือยาล้างตาทันที
- ถ้าเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้าปากให้บ้วนน้ำลายทิ้งทันที และบ้วนปากกลั้วคอด้วยน้ำหลาย ๆ ครั้ง

2. ปรีกษาแพทย์ทันที

2.1. กรณีทราบว่าผู้ป่วยมีเลือดเอ็ดส์เป็นบวก

- นำบัตรตรวจโรคไปพบแพทย์ที่หน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- แพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ปีที่ 3 (R3) ที่อยู่เวรของวันที่เกิดเหตุจะพิจารณาและดำเนินการ ดังนี้

I. จะสั่งยาให้ตามความจำเป็น (ไม่เกิน 2 วัน) และอธิบายให้ทราบข้อดีข้อเสียและผลข้างเคียง จากยาต้านเอ็ดส์ที่จะรับประทาน ถ้าเจ้าหน้าที่ตัดสินใจที่จะรับประทานยานั้น

- นำใบสั่งยาไปรับยาได้ที่

ในเวลาราชการ ห้องจ่ายยาเจ้าหน้าที่

นอกเวลาราชการ ห้องจ่ายยาฉุกเฉิน

II. เขียนใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และเจาะเลือดตรวจหา anti HIV ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ภายใน 72 ชั่วโมง หลังเกิดอุบัติเหตุ

- หลังจากนั้น ในวันเปิดทำการให้ไปปรึกษาแพทย์ที่
หน่วยโรคติดเชื้อ ตึกอายุรศาสตร์ ชั้นล่าง ห้อง 117/1 โทร.4578 หรือ
หน่วยโรคภูมิแพ้ฯ ตึกว่องวานิช ชั้น 2 โทร.4579 หรือ
หน่วยโรคติดเชื้อ ฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ ตึก สก โทร.4990

- I. แพทย์จะพิจารณาอัตราเสี่ยงร่วมกับการตัดสินใจของผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุว่า จะรับประทานยาต่ออีก 4 สัปดาห์หรือไม่

- II. เขียนใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุอุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เพื่อตรวจหา anti HIV ซ้ำ เมื่อครบ 3 เดือน , 6 เดือน และ 12 เดือน ภายหลังเกิดอุบัติเหตุ

2.2 ในกรณีที่ยังไม่ทราบว่าผู้ป่วยมีเลือดเอ็ดส์เป็นบวกหรือไม่ ปฏิบัติดังนี้

ให้สนทนากับผู้ป่วยเพื่อถามถึงพฤติกรรมเสี่ยง พร้อมทั้งขออนุญาตเจาะเลือดผู้ป่วย เพื่อไปตรวจหา anti HIV โดยขอให้ได้ผลการตรวจเลือดในขั้นต้น ภายใน 24-28 ชั่วโมง

- I. ถ้าผลเลือดเป็นบวก ให้ดำเนินการเช่นเดียวกับกรณี 2.1
- II. ถ้าผลเลือดเป็นลบ แต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยง ให้ดำเนินการเหมือน ข้อ 2.1. พร้อมทั้งนัดผู้ป่วยมาตรวจเลือดเอ็ดส์ซ้ำ ในระหว่างเวลา 3 ถึง 6 เดือน
- III. ถ้าผู้ป่วยปฏิเสธการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาเลือดเอ็ดส์ให้ถือเสมือนหนึ่งว่าผู้ป่วยมีเลือดเอ็ดส์บวก และให้ดำเนินการเหมือน ข้อ 2.1.
- IV. ถ้าผลเลือดเป็นลบแล้วผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็ไม่ต้องดำเนินการต่อ

3. บันทึกไว้เป็นหลักฐาน

เพื่อสามารถเรียกร้องค่าทดแทนหากติดเชื่อจากอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่

- หาพยานผู้ที่อยู่ในที่เกิดเหตุ
- รายงานผู้บังคับบัญชาทราบ
- กรอกแบบฟอร์มของสภากาชาดไทย

ใบรายงานอุบัติเหตุระหว่างปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวกับเอ็ดส์ (มีไว้ที่หอผู้ป่วยต่างๆ หรือที่ฝ่ายเลขานุการ) เขียนรายงานเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง

รับใบสั่งเจาะเลือดซึ่งระบุ อุบัติเหตุจากการรักษาพยาบาลผู้ป่วย จากแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาไปเจาะเลือดตรวจหา anti HIV ไว้เป็นข้อมูลพื้นฐานภายใน 72 ชั่วโมง และเจาะเลือดซ้ำ เมื่อครบ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน

การเรียกร้องค่าทดแทนการติดเชื่อเอ็ดส์จากการปฏิบัติหน้าที่ จะทำได้เมื่อได้ปฏิบัติตามข้อ 3 นี้โดยครบถ้วนเท่านั้น

4. ในระหว่าง 6 เดือน

- หลังอุบัติเหตุให้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และไม่มีพฤติกรรมอื่นๆ ที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื่อเอ็ดส์ขึ้นมา รวมทั้งป้องกันการแพร่เชื่อ HIV ไปยังบุคคลอื่นอีกในกรณีที่อาจจะได้รับเชื่อ HIV และระหว่างรอผล anti HIV โดยงดการบริจาคโลหิตน้ำอสุจิ และอวัยวะต่าง ๆ งดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

- อาการต่างๆ ซึ่งเกิดจากการติดเชื่อไวรัส HIV ที่ต้องสังเกตตัวเอง และรายงานแพทย์ เช่น ไข้ ผื่น ต่อม้ำเหลืองโต

5. ตรวจหาไวรัสอื่นที่อาจติดจากผู้ป่วยด้วย

เช่น ไวรัสตับอักเสบบี แพทย์จะให้ใบสั่งเจาะเลือดสำหรับตรวจ โดยระบุ วัตถุประสงค์จากการ
รักษาพยาบาลผู้ป่วย

6. ท่านสามารถหลีกเลี่ยงและป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุเหล่านี้ได้ โดยปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง

การป้องกันอุบัติเหตุจากของแหลมคมตำหรือบาด

- ห้ามสวมปลอกเข็มกลับ
- ทิ้งของแหลมคมที่ใช้แล้วลงในภาชนะที่ป้องกันการทะลุ
- รับหรือส่งของแหลมโดยตรง ใช้อุปกรณ์ เช่น ปากคีบช่วยจับ

การป้องกันเลือดหรือสารคัดหลั่งกระเด็นเข้า ปาก หรือถูกผิวหนังที่มีแผล

- ใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกายอย่างเหมาะสม เช่น ถุงมือ ผ้าปิดจมูก-ปาก เสื้อคลุม แวนตา เป็นต้น

- ปกปิดผิวหนังที่มีบาดแผลขณะปฏิบัติงาน และระวังไม่ให้ผิวหนังมีบาดแผลเพิ่มขึ้น

สวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่

1. ผู้ที่อยู่ในข่ายจะได้รับสวัสดิการ คือ

- เจ้าหน้าที่และลูกจ้างทุกประเภทของสภากาชาดไทย
- ข้าราชการและลูกจ้างของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นิสิตคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สภากาชาดไทย

และเป็นผู้ที่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินี้เท่านั้น คือ ได้มีการปรึกษาแพทย์ได้บันทึกเหตุการณ์และ
รายงานให้หัวหน้าหน่วยงานทราบ ได้เจาะเลือดตรวจไว้เป็นพื้นฐาน และไม่มีผลการตรวจเลือดเป็นบวกในครั้ง
แรก

2. สวัสดิการ คือ

- โรงพยาบาลจะจัดหายาให้ตามแพทย์สั่ง
- จะจัดการตรวจเลือดให้ ภายใน 72 ชั่วโมง, 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี
- ถ้าติดเชื้อเอดส์เนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่จริง

1. จะทำการรักษาพยาบาลให้ตลอดชีวิต
2. เงินสวัสดิการไม่ต่ำกว่า 1 ล้านบาท ถึง 2 ล้านบาท
3. เมื่อเสียชีวิตแล้ว จะจ่ายเงินสวัสดิการให้กับทายาทไม่ต่ำกว่า 5 แสนบาท ถึง 1 ล้านบาท

3. การจ่ายเงินสวัสดิการไม่กระทบกระเทือนสิทธิรับบำเหน็จ บำนาญ

รายละเอียดดูจาก ระเบียบสภากาชาดไทย ว่าด้วยสวัสดิการสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการปฏิบัติ
หน้าที่ พ.ศ.2533 แก้ไขเพิ่มเติมประกาศวันที่ 14 พฤศจิกายน 2533