

คู่มือแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก



ภาควิชาศัลยศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คำนำ

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีประวัติและพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีพ.ศ.๒๕๑๑ ภาควิชาศัลยศาสตร์เดิมคือแผนกศัลยศาสตร์ได้ก่อตั้งขึ้นเป็น ๑ ใน ๗ แผนกวิชาของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีตามพระราชกฤษฎีกามหาวิทยาลัยแพทยศาสตร์ เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2508 แผนกศัลยศาสตร์ได้ดำเนินงานภายใต้การนำของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ เปรม บุรี มีพันธกิจหลัก ๓ ประการซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ได้แก่ ๑. การบริการผู้ป่วย ๒. การเรียนการสอน ๓. วิชาการและวิจัย ในระยะแรกหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปแบ่งเป็น ๒ สายประกอบด้วย หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย A และศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย B

ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ในช่วงที่ ศ.นพ.กฤษฎา รัตนโอฬาร ดำรงตำแหน่งหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ และคณะกรรมการบริหารภาควิชาฯ จึงได้ปรับโครงสร้างของหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไป A และ B ให้เป็นหน่วยต่างๆ ตาม organ system ตามแบบอารยะประเทศเพื่อให้ให้บริการรักษาโรคซับซ้อนต่างๆ รวมทั้งจัดการเรียนการสอนทั้งในระดับก่อนและหลังปริญญาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของคณะฯ และหลักสูตรการฝึกอบรมราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และแพทยสภา สำหรับผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ภายใต้การดูแลของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ซึ่งในปัจจุบันองค์ความรู้ด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เปลี่ยนไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิความรู้ ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม ทำให้ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป และโดยความร่วมมือของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหาร ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ได้ขออนุมัติจากแพทยสภาให้ดำเนินการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปีละ ๒ คน คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้จัดทำคู่มือแพทย์ประจำบ้านฉบับนี้ขึ้น เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านฯ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติหน้าที่ ทั้งในเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการประชุมวิชาการต่างๆ รวมทั้งเรื่องที่เป็นอื่นๆ ที่แพทย์ประจำบ้านฯ ควรจะทราบ

หวังอย่างยิ่งว่าคู่มือแพทย์ประจำบ้านฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์แก่แพทย์ประจำบ้านฯทุกท่านที่เข้ารับ การฝึกอบรมอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
พฤษภาคม ๒๕๖๗

สำนักงานเลขานุการ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมฯ
ชั้น ๕ อาคาร ๑ ภาควิชาศัลยศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
โทร. ๐ ๒๒๐๑ ๑๕๒๗
โทรสาร. ๐ ๒๒๐๑ ๑๓๑๖

ประวัติการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ในปี พ.ศ.2507-2508 มีการจัดตั้งคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีขึ้นโดยดำริของ ศาสตราจารย์ ดร.สตางค์ มงคลสุข และคุณหลวงเฉลิม พรหมมาส ซึ่งเป็นผู้ติดต่อกับมูลนิธิ Rockefeller มองเห็นว่าอาจารย์ทางคณะวิทยาศาสตร์การแพทย์มีน้อย มูลนิธิ Rockefeller จึงให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ จึงมีการปรึกษาหารือกันกับศาสตราจารย์ นายแพทย์ อารี วัลยะเสวี เพื่อดำเนินการจัดตั้งโรงเรียนแพทย์ใหม่ขึ้น

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นโรงเรียนแพทย์แห่งใหม่ เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2508 โดยการรวบรวมอาจารย์แพทย์ของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อารี วัลยะเสวี จากโรงเรียนแพทย์ที่เปิดมาก่อนหน้านั้น ส่วนใหญ่มาจาก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รวมถึงอาจารย์แพทย์ที่สำเร็จการศึกษาจากต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และ ออสเตรเลีย

ขณะนั้นศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี ปฏิบัติงานอยู่ที่ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีตำแหน่งเป็นหัวหน้าสาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือดและยังเป็นผู้อำนวยการโครงการแพทย์เคลื่อนที่ปฏิบัติงานอยู่ที่จังหวัดอุดรธานี อาจารย์ นายแพทย์ จินดา สุวรรณรักษ์ ขณะนั้นสอบได้ American Board of Surgery แล้วมาปฏิบัติที่ภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล จึงได้รู้จัก นักร้องและสนิทสนมกับ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี จึงได้เรียนเชิญ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี มาเป็นหัวหน้าทีมในการก่อตั้งภาควิชาศัลยศาสตร์ ในคณะแพทยศาสตร์แห่งใหม่เมื่อได้รับการชักชวนเป็นครั้งที่ 3 ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี จึงได้ปรึกษา ศาสตราจารย์ นายแพทย์อุดม โปะะกฤษณะ ซึ่งดำรงตำแหน่งเป็นหัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์และ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อุดม โปะะกฤษณะ ได้แนะนำให้ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ เปรม บุรี มาช่วย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ อารี วัลยะเสวี ก่อตั้งคณะแพทยศาสตร์ รวมถึงภาควิชาศัลยศาสตร์แห่งใหม่ขึ้น โดยมีวิวัฒนาการของการ “กำเนิดภาควิชาศัลยศาสตร์รามาธิบดี” ดังนี้

ยุคที่ 1 เริ่มก่อตั้งภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ.2508-พ.ศ.2512

ยุคที่ 2 (พ.ศ. 2512-พ.ศ. 2522) ระยะบุกเบิกและเริ่มพัฒนา

ยุคที่ 3 (พ.ศ. 2522-พ.ศ.2532) ระยะพัฒนาผู้เชี่ยวชาญของภาควิชาศัลยศาสตร์

ยุคที่ 4 (พ.ศ.2532-พ.ศ.2542) ระยะไฮเทค

ยุคที่ 5 (พ.ศ.2542-พ.ศ.2552) ยุคเลือดใหม่

ยุคที่ 6 (พ.ศ.2552-พ.ศ.2562) ยุค Organ Oriented and Minimal Invasive Surgery

แผนกศัลยศาสตร์ในระยะแรก ได้ดำเนินงานภายใต้การนำของ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ เปรม บุรี มีพันธกิจหลัก 3 ประการซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก ได้แก่

1. การบริการผู้ป่วย
2. การเรียนการสอน
3. วิจัยและการวิจัย

ในระยะแรกแผนกศัลยศาสตร์ประกอบด้วยหน่วยต่างๆ ดังนี้

1. ศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย A หัวหน้าหน่วย คือ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ นายแพทย์ เปรม บุรี
2. ศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย B หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ จินดา สุวรรณรักษ์
3. ประสาทศัลยศาสตร์ หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ สิริระ บุญยะรัตเวช
4. ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ ม.ร.ว.กัลยาณกิติ์ กิติยากร
5. ศัลยศาสตร์ระบบทางเดินปัสสาวะ หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ ไพฑูรย์ คงเสนี
6. ศัลยศาสตร์ตกแต่งและแม็กซิลโลเฟเชียล หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ วิจิตร บุญยะโหดระ
7. ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ นายแพทย์ ดิเรก อิศรางกูร ณ อยุธยา
8. หน่วยวิสัญญีวิทยา หัวหน้าหน่วย คือ อาจารย์ แพทย์หญิง จิรพรรณ มัธยมจันทร์

หลังจากนั้นจึงได้มีการแยกหน่วยศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ และวิสัญญีวิทยาออกไปเป็นภาควิชาออร์โธปิดิกส์ และภาควิชาวิสัญญีวิทยา

ปัจจุบันโครงสร้างของภาควิชาศัลยศาสตร์แบ่งออกเป็น 10 สาขาวิชา ได้แก่ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและ ศัลยศาสตร์ทั่วไป, สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อน และทางเดินน้ำดี, สาขาวิชาศัลยศาสตร์หลอดเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ, สาขาวิชาศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ, สาขาวิชาศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ เวชบำบัดฉุกเฉิน และเวชบำบัดวิกฤต, สาขาวิชากุมารศัลยศาสตร์, สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่งและแม็กซิลโลเฟเชียล, สาขาวิชาศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ, สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทรวงอก และสาขาวิชาประสาทศัลยศาสตร์

นอกจากการเป็นสถาบันหลักในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ทั่วไป และสาขาศัลยศาสตร์แขนงต่างๆ แล้ว ภาควิชาศัลยศาสตร์ก็ได้เปิดหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านต่อยอดสาขาต่างๆ ได้แก่ อนุสาขาศัลยศาสตร์มะเร็งวิทยา สาขาศัลยศาสตร์หลอดเลือด เป็นต้น ต่อมาได้มีการเพิ่มสาขาในการฝึกอบรมมากขึ้นเรื่อยๆ ในส่วนของอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ หน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย B ในขณะนั้น โดย รศ.นพ.จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์ ได้รับเป็นสถาบัน Elective สำหรับฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแม้อีกภายหลัง ในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ได้มีการปรับโครงสร้างของภาควิชาศัลยศาสตร์และหน่วยศัลยศาสตร์ทั่วไปสาย B ก็เปลี่ยนเป็น สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ซึ่งมี รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา เป็นอาจารย์ผู้ดูแลต่อจากรศ.นพ.จักรพันธ์ เอื้อนรเศรษฐ์ มีแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักหมุนเวียนมา Elective อย่างต่อเนื่องเป็นเวลากว่า ๒๐ ปี

ในปัจจุบันความก้าวหน้าในองค์ความรู้และวิวัฒนาการของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นมาก การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักเพื่อการพัฒนาองค์ความรู้ให้ทัดเทียมกับระดับนานาชาติจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังนั้นคณาจารย์สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยความร่วมมือกับคณาจารย์สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหาร ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จึงได้ขออนุมัติจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและแพทยสภา เริ่มฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอดจำนวน 2 ตำแหน่งต่อปี เริ่มฝึกอบรมในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ นี้ จึงได้กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ให้ผู้ปฏิบัติงานนำไปใช้ และสามารถนำไปเผยแพร่ในที่สาธารณะ และเว็บไซต์ ได้โดยสะดวก ดังนี้

๑

ปณิธาน ปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ และนโยบายของหลักสูตร

ปณิธาน

เรียนรู้ คู่คุณธรรม มีวินัย สามัคคี

วิสัยทัศน์

“สร้างศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักยุคใหม่ มีคุณภาพด้านการศึกษามุ่งเน้น วิจัย บริการ เป็นเลิศระดับสากล”

ปรัชญา

จรรโลงและสร้างศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เชี่ยวชาญ มีคุณธรรม เพื่อยังประโยชน์ต่อสังคม

ค่านิยม

สร้างศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เชี่ยวชาญ มีมาตรฐานวิชาชีพ ส่งเสริมการวิจัย ใช้ความรู้คู่คุณธรรม

พันธกิจ

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมุ่งเน้น “สร้างศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีความรู้ ทักษะทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เป็นเลิศ พัฒนางานบริการ มีความรู้และทักษะทางแพทยศาสตร์ศึกษา และการทำวิจัย ปฏิบัติงานด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ทันสมัยด้วยเทคโนโลยี ยึดมั่นในหลักคุณธรรม มีจริยธรรมและมีความสมดุล”

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีเป็นหน่วยงานการที่ให้บริการตรวจ วินิจฉัย ผ่าตัดรักษาผู้ป่วยโรคของศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งใน กรุงเทพมหานคร ปริมณฑลและต่างจังหวัด ให้คำปรึกษา ศัลยแพทย์สาขาวิชาอื่นๆ รวมทั้งแพทย์สาขาอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากโรงพยาบาลต่าง ๆ มีการออกหน่วยวิชาการถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ศัลยแพทย์ในต่างจังหวัด มีการติดตามงานวิจัยในระดับประเทศและระดับนานาชาติ รวมทั้งมีการผลิตงานวิจัย นำเสนอผลงานและตีพิมพ์ในวารสารทั้งในและต่างประเทศ

นอกเหนือจากข้างต้นแล้ว สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป เป็นสถานที่ฝึกอบรม ศัลยแพทย์อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อฝึกอบรมให้มีองค์ความรู้ ความสามารถ เชี่ยวชาญ และประสบการณ์การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้อย่างมีมาตรฐานสากล และตามเกณฑ์ของ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และมีการกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ มีทัศนคติในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมด้วยตนเอง และมีความรู้พื้นฐานในการทำวิจัยและสามารถทำวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญคือการอบรม พัฒนาให้มีคุณธรรม จริยธรรมทางการแพทย์ที่ดี อันจะเป็นประโยชน์ทั้งต่อตัวเอง ชุมชน และสังคมของประเทศ เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้วไปปฏิบัติงานประจำโรงพยาบาลต่างๆ โดยใช้ความรู้ความชำนาญในโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่างกว้างขวางและลึกซึ้ง สามารถให้การดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน สังคม และระบบบริการสุขภาพของประเทศ ตลอดจนมีความรับผิดชอบ ทางสังคมอื่นๆ ตามความเหมาะสม ช่วยลดปัญหา การขาดแคลนศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อันจะเป็นการลดปัญหาสาธารณสุข รวมถึงด้านเศรษฐกิจและสังคม ของประเทศด้วย โดยสามารถทำงานเป็นมืออาชีพ มีความเป็นผู้นำในหน่วยงานของตนเอง มีมนุษยสัมพันธ์และการ สื่อสารที่ดีกับผู้ร่วมงานในทุกกระดับ สามารถทำการสอนและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ร่วมงานและผู้ป่วยได้ดี สามารถ ทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพได้ มีการทำงานแบบมืออาชีพและทำงานเป็นทีม สามารถรวบรวมข้อมูลในการตรวจรักษา ผู้ป่วยนำมาผลิตผลงานการวิจัย และสะท้อนความคิดเห็นในหลักสูตรของสถาบันฝึกอบรม เพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุง ให้มีความเหมาะสม เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น

นโยบายของหลักสูตร

- ๑) ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามหลักสูตรฝึกอบรมของ แพทยสภาโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เป็นศัลยแพทย์ที่มีความรู้ความชำนาญได้มาตรฐานสากล เป็นที่ยอมรับและเชื่อถือของวงการแพทย์และประชาชน
- ๒) ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ให้เป็นศัลยแพทย์ ที่มีความรับผิดชอบและมีคุณธรรม จริยธรรม และ เจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนเพื่อนร่วมวิชาชีพ
- ๓) ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ให้เป็นศัลยแพทย์ที่สามารถทำงานวิจัย และพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง
- ๔) ติดตาม กำกับ ดูแล แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ฯ ทั้งที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมและหลังสำเร็จ การฝึกอบรม

วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ อนุสาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑. วัตถุประสงค์ทั่วไป

- ๑) เพื่อให้แพทย์ซึ่งผ่านการฝึกอบรมแล้วมีความรู้ความสามารถที่ได้มาตรฐาน ตอบสนองความต้องการบริการสาธารณสุขทางด้านศัลยกรรมของประเทศ
- ๒) มีความรู้ทางวิทยาศาสตร์ เพื่อเป็นรากฐานในการปรับปรุงและประยุกต์ใช้ให้ทันสมัยกับความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และความต้องการของการบริการในสถานการณ์ต่างๆ ได้

๒. วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อผลิตศัลยแพทย์ซึ่งมีคุณลักษณะเฉพาะ ดังนี้

- ๑) มีความเชี่ยวชาญในการตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๒) มีความรู้ความสามารถในการตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๓) มีความตระหนักถึงขีดจำกัด ข้อดีและข้อเสียของเทคโนโลยีต่างๆ ที่นำมาใช้ร่วมกับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาเป็นอย่างดี
- ๔) มีความรู้ ความเข้าใจเป็นอย่างดีในสาเหตุและกลไกของการเปลี่ยนแปลงของโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักในเนื้องอก และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจวินิจฉัย และการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมแก่สถานการณ์
- ๕) มีความสามารถที่จะศึกษาอย่างต่อเนื่องและพัฒนาตนเองได้ทั้งทางทฤษฎี และหัตถการของสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รู้จักวิธีการวิจัย และสามารถวิเคราะห์งานทางวิชาการได้
- ๖) มีคุณธรรม จริยธรรม และเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย และวิชาชีพ

ผลลัพธ์ของการฝึกอบรม

แพทย์ที่จบการฝึกอบรมเป็นแพทย์เฉพาะทางสาขาศัลยศาสตร์ต้องมีคุณสมบัติและความสามารถขั้นพื้นฐานตามสมรรถนะหลักทั้ง ๖ ด้านดังนี้

๑. การบริหารผู้ป่วย (Patient care)

๑. มีความรู้ ทักษะในการวินิจฉัยโรคและวางแผนการรักษาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักจากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย การส่งตรวจพิเศษต่างๆ และการแปลผลได้อย่างถูกต้อง รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยทราบและร่วมวางแผนการตรวจวินิจฉัยต่างๆ โดยมุ่งเน้นปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาผู้ป่วยเป็นสำคัญ
๒. มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมไปถึงการป้องกันและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะอีกด้วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
๓. สามารถวางแผนหรือแนวทางการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการผ่าตัดนั้นๆ โดยถือประโยชน์และความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ ถึงเหตุการณ์เลือกการทำการหัตถการนั้นๆ ความเหมาะสม ความรีบด่วน ข้อดี ข้อเสีย ข้อจำกัด รวมถึงผลแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบ นำมาถึงความไว้วางใจ ให้ทำการผ่าตัดรักษา

๔. ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภัยไข้เจ็บ
 ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างเหมาะสม

๕. ติดตาม ประเมินผลการผ่าตัดรักษาผู้ป่วย รวมถึงการแก้ไขข้อขัดข้องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมี
 คุณภาพชีวิตที่ดี

๒. ความรู้และทักษะหัตถการทางเวชกรรม (Medical knowledge and procedural skills)

๑. อธิบายกลไกการเกิดโรคและชี้แนะแนวทางรักษาโรคภัยไข้เจ็บลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
 อย่างเหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐาน (Basic medical science)

๒. อธิบายและตัดสินใจแก้ปัญหาของผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บลำไส้ใหญ่และทวารหนักอย่าง
 เหมาะสมบนพื้นฐานความรู้วิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก (Clinical science)

๓. ทำหัตถการทางการแพทย์ (Medical procedure) เพื่อวินิจฉัยหรือรักษาโรคภัยไข้เจ็บลำไส้
 ใหญ่และทวารหนักได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ให้การบริบาลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient safety)

๓. ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร (Interpersonal and communication skills)

๑. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยด้วยการพูดหรือเขียน เพื่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ป่วย
 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. รับข้อมูลผู้ป่วยจากการอ่านหรือฟัง แล้วสามารถสรุปข้อมูลสำคัญได้ครบถ้วน

๓. สอนความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้แก่นักศึกษาแพทย์ แพทย์ หรือบุคลากรอื่นๆ ได้
 อย่างมีประสิทธิภาพ

๔. ทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ใช้สื่อต่างๆ ในการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๖. แสดงออกซึ่งภาวะผู้นำในสถานการณ์ต่างๆ อย่างเหมาะสม

๔. การเรียนรู้และการพัฒนาจากพื้นฐานการปฏิบัติงาน (Practice-based learning and improvement)

๑. ค้นหาข้อมูลจากหนังสือหรือฐานข้อมูลทางการแพทย์ที่เชื่อถือได้

๒. วิพากษ์และประเมินคุณภาพของบทความวิชาการทางการแพทย์ได้

๓. ทำวิจัยด้วยตนเองเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคภัยไข้เจ็บลำไส้ใหญ่และ
 ทวารหนักได้

๔. ทบทวนประสบการณ์และสะท้อนคิด (Reflection) อย่างเหมาะสมเพื่อหาแนวทางพัฒนาตน

๕. วิชาชีพนิยม (Professionalism)

๑.ประพฤติตนอย่างเคร่งครัดตามหลักจริยธรรมวิชาชีพแพทย์

๒. รับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย

๓. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

๖. การทำเวชปฏิบัติให้สอดคล้องกับระบบสุขภาพ (Systems-based practice)

๑. ให้การบริบาลผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศไทย

๒. ใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสมตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
 (Health economics)

แผนการฝึกอบรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

หลักสูตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้กำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา 2 ปี คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้จัดแผนงานฝึกอบรมให้ครอบคลุมตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักสำหรับแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีดังต่อไปนี้

ก. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 (ระยะเวลาการฝึกอบรม 12 เดือน)

ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เรียนรู้ความรู้พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทักษะและประสบการณ์จริง ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และสามารถให้คำแนะนำผู้ป่วยได้

สมรรถนะการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลและรักษาผู้ป่วยทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักระดับไม่ซับซ้อนทั้งในผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน ได้แก่

1. ออกตรวจโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยนอก
2. ดูแลรักษาผู้ป่วยในร่วมกับแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักชั้นปีที่ 2 ตลอดจนนักศึกษาแพทย์
3. ดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยที่รับปรึกษาจากนอกหน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักชั้นปีที่ 2 ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์
4. ดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ตลอดจนวิสัญญีแพทย์และอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์เวชบำบัดวิกฤต โดยปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตของแผนกศัลยกรรม
5. ดูแลรักษาและทำหัตถการมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อยและที่วินิจฉัยไม่ซับซ้อนได้ด้วยตนเอง ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักชั้นปีที่ 2 และของอาจารย์
6. เรียนรู้ ผักผ่อน และมีส่วนร่วมในการให้การรักษารวมทั้งโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยหัตถการขั้นสูง
7. สอนและให้คำปรึกษาแนะนำแก่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์และนักศึกษาแพทย์ในการดูแล และรักษาผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความรู้ความเชี่ยวชาญและความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยและสังคมรอบด้าน (Medical Knowledge and Skills)

1. เรียนรู้วิทยาศาสตร์พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Basic science in colorectal surgery) และ ทบทวนความรู้จากหนังสือหรือตำราทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Textbook Review) เช่น Textbook of American Society of Colon and Rectal Surgery (ASCRS)
2. จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม Journal club, Topic review, Morbidity and Mortality conference

3. จัดทำ นำเสนอ และมีส่วนร่วมในกิจกรรม Multidisciplinary colorectal conference (Tumor clinic conference, X-ray and pathology conference)
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการของภาควิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป รวมถึงให้คำแนะนำและแสดงความเห็นแบบการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ในกิจกรรมวิชาการนั้นๆ ได้แก่ ระบาดวิทยาคลินิก, Morbidity and mortality conference, Grand round, Collective review, Interdepartmental conference ที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้ในสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
5. เข้าร่วม Teleconference ระหว่างสองสถาบัน อันประกอบด้วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกเดือน
6. เข้าร่วมการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Interhospital Colorectal Surgery Conference ที่จัดโดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกสองเดือน
7. เข้าร่วมการประชุมวิชาการในหัวข้อ Colorectal Surgery ประจำปีราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ปีละหนึ่งครั้ง
8. เข้าร่วมการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Dealing with Colorectal Disease) ที่จัดโดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกสองปี
9. เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการต่างๆ ของโรงพยาบาลและการประชุมระหว่างสถาบัน เช่น Interhospital conference ของชมรมและสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และประชุมวิชาการ 4 สถาบัน (จุฬา-รามา-ศิริราช-ธรรมศาสตร์), ฯลฯ
10. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยสมาคมหรือชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานาชาติ หรือ การประชุมวิชาการระยะสั้น (Short Course) และ workshop ต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
11. แสดงความเห็นและวางแผนในการดูแลรักษาทั้งก่อนและหลังผ่าตัดตลอดจนเทคนิคและวิธีการ ผ่าตัดในผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะได้รับการผ่าตัดใน Pre-operative round แต่ละสัปดาห์
12. ฝึกอบรมเกี่ยวกับหัตถการ และเครื่องมือใหม่ๆ ที่ใช้ในทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
13. ฝึกทักษะการทำหัตถการและการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ศูนย์ฝึกทักษะผ่าตัดเสมือนจริง (Surgical Simulation Training Center) โดยผ่านทางกล่องฝึกการผ่าตัดผ่านการส่องกล้อง หรือหุ่นยนต์ (Minimally invasive surgery skill box และ robotic simulator) หุ่นจำลองและสถานการณ์จำลอง (Mannequin and Simulation) และการผ่าตัดในอาจารย์ใหญ่ (Fresh Cadaver) ที่ศูนย์ฝึกผ่าตัดอาจารย์ใหญ่ (The Cadaveric Surgical Training Center)
14. ฝึกปฏิบัติงานที่ศูนย์ส่องกล้อง อย่างน้อยสัปดาห์ละหนึ่งวัน และประสบการณ์การผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องผ่าตัด สัปดาห์ละ สองวัน

มีหน้าที่รับผิดชอบ

1. จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม Journal club 2 เรื่องต่อเดือน
2. จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม Topic review 1 เรื่องต่อเดือน
3. เตรียมและจัดทำ Morbidity and Mortality Conference 1 ครั้งต่อเดือน
4. เตรียมและจัดทำ Multidisciplinary /Inter-department Conference 4 ครั้งต่อเดือน

5. เตรียมและจัดทำ Inter-hospital Conference 1 ครั้งต่อเดือน
6. เตรียมและจัดทำ Case presentation ใน Interhospital colorectal surgery conference ทุก 2 เดือน

การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย (Practice-based Learning and Improvement)

1. มีประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจริงแบบองค์รวม ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ
2. ปฏิบัติงานสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์
3. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์
4. ริเริ่มหาหัวข้อวิจัยที่ตนสนใจ โดยอาศัยประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในผู้ป่วยจริง ผ่านการแนะนำและควบคุมโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม
5. จัดให้มีการสะท้อนคิด (feedback) อย่างเหมาะสมเพื่อหาแนวทางพัฒนาตนเอง

ทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)

1. เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน
2. ปฏิบัติงานร่วมฝึกสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์
3. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาทางคลินิกในกิจกรรมวิชาการ
4. เรียนรู้จากการบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
5. บันทึกรายงานทางการแพทย์ได้ถูกต้องสมบูรณ์
6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
7. ฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับแพทย์สาขาอื่น พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ
8. เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ Clinical teaching and Non-technical skills for surgeon และ Medical Counseling ที่จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกปี

ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

1. เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านบูรณาการทางการแพทย์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ รวมถึงกระตุ้นการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอผ่านกิจกรรมวิชาการ
2. พัฒนาตนเองให้มีเจตคติที่ดีระหว่างการทำงานดูแลผู้ป่วยโดยสังเกตตัวอย่างการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดตามหลัก จริยธรรมวิชาชีพแพทย์
3. ฝึกรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย
4. ปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพและผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-based Practice)

ได้มีประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ และมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับระบบควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล กระบวนการด้านพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดหรืออยู่ในภาวะวิกฤตเข้าใจการบริหารผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจระบบสุขภาพของประเทศไทย และใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics) รวมถึงสามารถนำไปปรับการทำงานให้เข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรม การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดและอยู่ในภาวะวิกฤต มีความสามารถที่จะปรับการทำงานเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของชาติ ผ่านการทำงานจริงในระบบบริการ และ เข้าร่วม

conference ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น Morbid and mortality conference, CLT conference ร่วมกับอาจารย์ผู้ดูแล

ข. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 (ระยะเวลา 12 เดือน)

สมรรถนะการดูแลรักษาผู้ป่วย (Patient Care)

1. เป็นหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านประจำหน่วยปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสบการณ์ทักษะและหัตถการของ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมไปถึงการบริหารจัดการและให้การควบคุมดูแลแพทย์ประจำบ้าน อื่นๆ ในทีมภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์
2. ออกตรวจโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องตรวจโรคผู้ป่วยและสามารถให้คำปรึกษารวมถึง คำแนะนำเบื้องต้นกับแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ 1 แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ แพทย์เวชปฏิบัติ และ นักศึกษาแพทย์ได้
3. สามารถให้การดูแลรักษาและทำผ่าตัดผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีระดับความซับซ้อน มากขึ้นทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ และรับปรึกษาปัญหาแพทย์ประจำบ้านฯ ปีที่หนึ่ง และแพทย์ประจำ บ้านศัลยศาสตร์
4. ดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกับแพทย์ประจำบ้านฯ ปีที่หนึ่ง และ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ ตลอดจนวิสัญญีแพทย์และอาจารย์ศัลยศาสตร์เวชบำบัดวิกฤต โดยปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยวิกฤตของศัลยกรรม
5. เรียนรู้และฝึกฝนในการให้การรักษารวมทั้งโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยหัตถการพื้นฐานและขั้นสูง ตลอดจนดำเนินการทำหัตถการดังกล่าวได้ด้วยตนเอง
6. สอนและให้คำปรึกษาแนะนำแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ 1 แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ และนักศึกษาแพทย์ ในการดูแลและรักษาผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ความรู้ ความเชี่ยวชาญและความสามารถในการนำไปใช้แก้ปัญหาของผู้ป่วยและสังคมรอบ

ด้าน (Medical Knowledge and Skills)

1. เรียนความรู้วิทยาศาสตร์พื้นฐานทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Basic science in colorectal surgery) และ ทบทวนความรู้จากหนังสือหรือตำราทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Textbook Review) เช่น Textbook of American Society of Colon and Rectal Surgery (ASCRS)
2. จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม Journal club , Topic review, Morbidity and Mortality Conference
3. จัดทำ นำเสนอ และมีส่วนร่วมในกิจกรรม Multidisciplinary colorectal conference (Tumor clinic conference, X-ray and pathology conference)
4. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการของภาควิชาศัลยศาสตร์ทั่วไป รวมถึงให้คำแนะนำและแสดงความเห็นแบบการคิด เชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) ในกิจกรรมวิชาการนั้นๆ ได้แก่ Morbidity and mortality conference, Grand round, Collective review, Interdepartmental conference ที่เกี่ยวข้องกับความรู้อื่นๆ ในสาขา ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
5. เข้าร่วม Teleconference ระหว่างสองสถาบัน อันประกอบด้วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักคณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ทุกเดือน

6. เข้าร่วมการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก Interhospital colorectal surgery conference ที่จัดโดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกสองเดือน
7. เข้าร่วมการประชุมวิชาการในหัวข้อ Colorectal Surgery ประจำปีราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ปีละครั้ง
8. เข้าร่วมการประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Dealing with Colorectal Disease) ที่จัดโดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกสองปี
9. เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการต่างๆของโรงพยาบาลและการประชุมระหว่างสถาบัน เช่น Interhospital conference ของชมรมและสมาคมศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ประชุมวิชาการประจำปีคณะแพทยศาสตร์ จุฬาฯ และประชุมวิชาการ 4 สถาบัน (จุฬา-รามมา-ศิริราช-ธรรมศาสตร์), ฯลฯ
10. เข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยสมาคมหรือชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักนานาชาติ หรือ การประชุมวิชาการระยะสั้น (Short Course) และ workshop ต่าง ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย
11. แสดงความเห็นและวางแผนในการดูแลรักษาทั้งก่อนและหลังผ่าตัดตลอดจนเทคนิคและวิธีการ ผ่าตัดในผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะได้รับการผ่าตัดใน Pre-operative round แต่ละสัปดาห์
12. ฝึกอบรมเกี่ยวกับหัตถการ และเครื่องมือใหม่ๆ ที่ใช้ในทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
13. ฝึกทักษะการทำหัตถการและการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ศูนย์ฝึกทักษะผ่าตัดเสมือนจริง (Surgical Simulation Training Center) โดยผ่านทาง กล่องฝึกการผ่าตัดผ่านการส่องกล้อง หรือหุ่นยนต์ (Minimally invasive surgery skill box และ robotic simulator) หุ่นจำลองและสถานการณ์จำลอง (Mannequin and Simulation) และการผ่าตัดในอาจารย์ใหญ่ (Fresh Cadaver) ที่ศูนย์ฝึกผ่าตัดอาจารย์ใหญ่ (The Cadaveric Surgical Training Center)
14. ฝึกปฏิบัติงานที่ศูนย์ส่องกล้อง อย่างน้อยสัปดาห์ละวันประสบการณ์การผ่าตัดโรคทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ห้องผ่าตัด สัปดาห์ละ สองวัน

มีหน้าที่รับผิดชอบ

1. จัดทำและนำเสนอในกิจกรรม Topic review 2 เรื่องต่อเดือน
2. เป็นที่ปรึกษา และกำกับดูแลให้ แพทย์ประจำบ้านฯปีที่ 1 จัดและดำเนินการ Morbidity and Mortality Conference ,Multidisciplinary /Inter-department Conference, Inter-hospital Conference และ case presentation ใน Interhospital colorectal surgery Conference ได้อย่างเหมาะสม
3. กำหนดให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสถาบันร่วมฝึกอบรมทั้งในและนอกประเทศ อย่างน้อย 2 เดือน

การพัฒนาตนเองและการเรียนรู้จากการปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย (Practice-based Learning and Improvement)

1. มีประสบการณ์การเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วยจริงแบบองค์รวม ร่วมกับสหวิชาชีพ
2. ปฏิบัติงานสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์
3. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องสมบูรณ์

4. ริเริ่มหาหัวข้อวิจัยที่ตนสนใจ โดยอาศัยประสบการณ์จากการปฏิบัติงานในผู้ป่วยจริง ผ่านการแนะนำและควบคุมโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และนำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม
5. จัดให้มีการสะท้อนคิด (Feedback) อย่างเหมาะสมเพื่อหาแนวทางพัฒนาตนเอง

ทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสาร (Interpersonal and Communication Skills)

1. เรียนรู้เกี่ยวกับทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ร่วมงาน
2. ปฏิบัติงานร่วมฝึกสอนนักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์
3. นำเสนอข้อมูลผู้ป่วย และอภิปรายปัญหาทางคลินิกในกิจกรรมวิชาการ
4. เรียนรู้จากการบรรยาย การอบรมเชิงปฏิบัติการ การปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย
5. บันทึกรายงานทางการแพทย์ได้ถูกต้องสมบูรณ์
6. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้อย่างเหมาะสม
7. ฝึกทักษะในการทำงานร่วมกับแพทย์สาขาอื่น พยาบาลและบุคลากรอื่นๆ
8. เข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ Clinical teaching and Non-technical skills for surgeon และ Medical Counseling ที่จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ทุกปี

ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism)

1. เข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ทางด้านบูรณาการทางการแพทย์ และเรียนรู้สิ่งใหม่ รวมถึงกระตุ้นการพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอผ่านกิจกรรมวิชาการ
2. พัฒนาตนเองให้มีเจตคติที่ดีระหว่างการทำงานดูแลผู้ป่วยโดยสังเกตตัวอย่างการปฏิบัติตนอย่างเคร่งครัดตามหลัก จริยธรรมวิชาชีพแพทย์
3. ฝึกรับผิดชอบในงานที่ได้รับมอบหมาย
4. ปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมวิชาชีพ และผู้ป่วยอย่างให้เกียรติ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

การปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ (System-based Practice)

มีประสบการณ์การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติงานให้เข้ากับระบบ และมีโอกาสเรียนรู้เกี่ยวกับระบบควบคุมคุณภาพของโรงพยาบาล กระบวนการด้านพัฒนาคุณภาพ ความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดหรืออยู่ในภาวะวิกฤตเข้าใจการบริหารผู้ป่วยบนพื้นฐานความเข้าใจ ระบบสุขภาพของประเทศไทย และใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างเหมาะสม ตามหลักการของเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข (Health economics) รวมถึงสามารถนำไปปรับการทำงานให้เข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศไทยได้ กระบวนการคุณภาพและความปลอดภัยในผู้ป่วยศัลยกรรม การบริหารทรัพยากรที่มีจำกัดและอยู่ในภาวะวิกฤต มีความสามารถที่จะปรับการทำงานเข้ากับระบบหลักประกันสุขภาพของชาติ ผ่านการทำงานจริงในระบบบริการ และ เข้าร่วม conference ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพ เช่น Morbid and mortality conference, CLT conference ร่วมกับอาจารย์ผู้ดูแล

หลักสูตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักและระยะเวลาในการฝึกอบรม

หลักสูตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กำหนดระยะเวลาในการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเป็นเวลา ๒ ปี เพื่อให้การฝึกอบรมแก่แพทย์ประจำบ้านให้เป็นศัลยแพทย์ที่มีความสามารถ มีความมั่นใจ มีความปลอดภัย และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตลอดจนการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการฝึกอบรม เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมแล้วแพทย์ประจำบ้านสามารถปฏิบัติงานเป็นศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่มีคุณสมบัติและขีดความสามารถ ตลอดจนมีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้อย่างอิสระตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง ๖ ด้าน

เนื้อหาสาระสำคัญของหลักสูตร

เพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์การฝึกอบรมดังกล่าว ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องได้รับการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา ๒ ปี และต้องมีความรู้ความสามารถตามเนื้อหาสาระของสาขาวิชาที่สำคัญ ดังนี้ ร่วมกับ

๑. ความรู้พื้นฐานทางเวชชีววิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์คลินิก และ เวชศาสตร์ป้องกัน รวมถึงโรคหรือภาวะของผู้ป่วยและหัตถการที่จำเป็นในอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

๑. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ภาคผนวกที่ ๑)

๒. ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระยะวิกฤตหรือฉุกเฉิน (ภาคผนวกที่ ๒)

๓. ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยในกลุ่มโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สำคัญ โดยครอบคลุมถึงความสามารถในการอธิบายคำจำกัดความ อุบัติการณ์ อาการ อาการแสดง แนวทางการสืบค้นหลักการวินิจฉัย วิธีประเมินความรุนแรง การรักษาโดยการผ่าตัด และมิติอื่นๆ การป้องกัน การพยากรณ์โรค การให้คำปรึกษาแนะนำ โดยเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม (ภาคผนวกที่ ๓) ในระหว่างการฝึกอบรมนั้นจัดแบ่งประสบการณ์เรียนรู้หรือการฝึกอบรมได้เป็น

๓ ระดับดังนี้ (ภาคผนวกที่ ๔)

ระดับที่ ๑ โรคหรือภาวะศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่พบบ่อยและมีความสำคัญซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องรู้และดูแลรักษาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ ๒ โรคหรือภาวะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่พบน้อยกว่าโรคหรือภาวะระดับที่ ๑ และมีความสำคัญ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านควรรู้และดูแลรักษาได้ภายใต้การแนะนำหรือควบคุมของอาจารย์

ระดับที่ ๓ โรคหรือภาวะทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ซับซ้อนซึ่งแพทย์ประจำบ้านอาจรู้หรือดูแลรักษาได้แต่ต้องปรึกษาและให้คำแนะนำหรือควบคุมโดยอาจารย์

๔. แพทย์ประจำบ้านฯ ควรมีประสบการณ์การเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการทำหัตถการหรือการผ่าตัดในผู้ป่วยโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักในระหว่างการฝึกอบรม โดยหัตถการหรือการผ่าตัดเหล่านั้นประกอบด้วย การผ่าตัดภายในช่องท้อง (abdominal procedure) การผ่าตัดทางทวารหนักหรือลำไส้ตรง(anorectal procedure) หัตถการการส่องกล้องและการตรวจภาวะกระบังลมในอุ้งเชิงกรานหย่อน (endoscopy and pelvic floor procedures) ตามภาคผนวกที่ ๕

หัตถการเหล่านี้สามารถ แบ่งเป็น

ระดับที่ ๑ หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านต้องทำได้ด้วยตนเอง

ระดับที่ ๒ หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านควรทำได้ (ทำภายใต้การดูแลของอาจารย์)

ระดับที่ ๓ หัตถการที่แพทย์ประจำบ้านอาจทำได้ (ช่วยทำหรือได้เห็น)

หมายเหตุ จำนวนหัตถการและการผ่าตัดที่แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ต้องบันทึกในแบบบันทึกประสบการณ์การทำหัตถการหรือการผ่าตัด (Case Logbook) ในระหว่างการฝึกอบรมเพื่อใช้ในการประกอบการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ

ตารางที่ 1 จำนวนหัตถการและการผ่าตัดที่แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

Procedure	Assistant	Surgeon under supervision
Procedures for hemorrhoids	๒๐	๑๐
Procedures for abscess/fistula	๓๐	
Procedures for fissure	๒	
Prolapse procedures	๓	
Colonoscopy	-	๔๐
Colectomy	๑๕	๒
(Low) anterior resection	๖	๓
Abdominoperineal resection	๒	
Coloanal or IPAA	๒	
Stoma procedures	๑๕	๕
Minimally invasive surgery of colon and rectum	๕	๑

ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะต้องบันทึกการทำหัตถการลงในแบบบันทึกออนไลน์ในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย (E-log book) และนำส่งให้อาจารย์ประจำหน่วยเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานประจำ rotation

๒. การตัดสินใจทางคลินิก และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒.๑. การประยุกต์ความรู้มาใช้ทางคลินิกอย่างถูกต้องและสมเหตุผล

๒.๒. การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลโดยอ้างอิงการศึกษาวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการเลือกวิธีการรักษาผู้ป่วยให้เหมาะสม

๓. ทักษะปฏิสัมพันธ์และการสื่อสาร

๓.๑. การสื่อสารและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติ

๓.๒. การบอกข่าวร้าย

๓.๓. การดูแลผู้ป่วยและญาติในวาระสุดท้ายของชีวิต

๓.๔. ปัจจัยที่ส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแพทย์และผู้ป่วย

๓.๕. การตระหนักรู้พื้นฐานความเชื่อทางสุขภาพที่ต่างกัน

๔ จริยธรรมทางการแพทย์

๔.๑ หลักประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย (Beneficence)

๔.๒ หลักไม่ก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย (Non-maleficence)

๔.๓ หลักเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย (Autonomy)

๔.๔ หลักความเป็นธรรม (Justice)

๔.๕ หลักการรักษาความลับของผู้ป่วย (Confidentiality)

๔.๖ หลักความซื่อสัตย์ (Fidelity, Honesty)

๔.๗ หลักการปฏิบัติต่อกันอย่างมีเกียรติ (Dignity)

๕. การสาธารณสุข และระบบบริการสุขภาพ

๕.๑ สามารถใช้ทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อนำมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

๕.๒ มีความรอบรู้ เข้าใจในปัญหารอบด้านของผู้ป่วยทั้งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมที่อาจจะมีผลต่อคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

๕.๓ เข้าใจในระบบสุขภาพของประเทศ ระบบการเบิกจ่ายของประเทศ เพื่อนำมาปรับใช้กับผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด

๕.๔ มีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วย เข้าร่วมประชุมหรือเป็นสมาชิกในกลุ่มเพื่อการพัฒนากระบวนการทำงานของหน่วยงานพร้อมทั้งเสนอ ข้อขัดข้อง ปัญหา และแนวทางแก้ไข เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (PCT) หรือนำเสนอปัญหาดังกล่าวผ่านอาจารย์ผู้ดูแล ผ่านผู้บริหารระดับต้น เพื่อเข้าสู่การพิจารณาแก้ไขต่อไป

๕.๕ Population health and health promotion มีความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพระบบ บริบาลสุขภาพ สุขภาพของบุคคล ชุมชนและประชาชน และการบริบาลแบบองค์รวม (holistic care)

๖. กฎหมายการแพทย์และนิติเวชวิทยา

๖.๑ การเรียนรู้ข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับด้านการแพทย์

๖.๒ การจัดการอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดกรณีพิพาททางการแพทย์

๗. หลักการบริหารจัดการ

๗.๑ การประเมินและลำดับความสำคัญในแต่ละขั้นตอนการรักษานักเรียน

๗.๒ การบริหารจัดการทุกขั้นตอนการดูแลรักษาผู้ป่วยตามระบบโรงพยาบาลและสาธารณสุข

๗.๓ การทำงานร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์และแพทย์ระหว่างแผนก

๗.๔ การจัดสรรทรัพยากรทางสาธารณสุขให้เพียงพอและตอบสนองความต้องการทางสาธารณสุขอย่างเหมาะสม

๘. ความปลอดภัยของผู้ป่วย

๘.๑ การเรียนรู้และปฏิบัติตามระบบการจัดการ เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ทั้งก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

๘.๒ การสื่อสารและร่วมมือกับบุคลากรทางการแพทย์เชิงปฏิบัติ พัฒนาระบบและขั้นตอนการป้องกัน อันตรายต่อผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

๘.๓ การจัดการอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพเมื่อพบความเสี่ยง/ปัจจัยเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

๙. การดูแลตนเองของแพทย์

๙.๑ การเรียนรู้และเข้าใจสิทธิต่างๆ ของตนเองในระหว่างปฏิบัติงานเป็นแพทย์ประจำบ้านฯ

๙.๒ การเข้าใจและการเข้าถึงระบบ universal precaution ของโรงพยาบาล

๑๐. การเกี่ยวพันกับการแพทย์ดั้งเดิม/ประเพณีนิยมพื้นถิ่นและการแพทย์เสริม

- ๑๐.๑ การเรียนรู้และเข้าใจวัฒนธรรมความเป็นอยู่ประเพณีประจำท้องถิ่น
- ๑๐.๒ การใช้ยาจากธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับการรักษาแผนปัจจุบัน

๑๑. พื้นฐานและระเบียบวิจัยทางการแพทย์ทั้งการวิจัยทางคลินิกและระบาดวิทยา (ภาคผนวกที่ ๙)

- ๑๑.๑ การเรียนขั้นต้น/จริยธรรมการทำวิจัย
- ๑๑.๒ การทำการวิจัย
- ๑๑.๓ การเผยแพร่/ตีพิมพ์งานวิจัย
- ๑๑.๔ การวิพากษ์งานวิจัยและการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก

๑๒. เวชศาสตร์อิงหลักฐานประจักษ์

- ๑๒.๑ การสืบค้นข้อมูลวิชาการทางการแพทย์จากห้องสมุดและอินเทอร์เน็ต
- ๑๒.๒ การติดต่อขอข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ นอกโรงพยาบาล
- ๑๒.๓ การประยุกต์นำข้อมูลมาใช้ประกอบการรักษาทางคลินิก
- ๑๒.๔ การต่อยอดองค์ความรู้ไปสู่การพัฒนาการรักษาและองค์ความรู้

● งานวิจัย

แพทย์ประจำบ้านฯ ต้องทำงานวิจัย 1 เรื่องโดยเป็นผู้วิจัยหลัก งานวิจัยดังกล่าวต้องทำให้เสร็จสิ้นภายใน ๒ ปีตามเนื้อหาและสาระสำคัญของสาขาดังได้แสดงไว้ใน (ภาคผนวกที่ ๙) งานวิจัยนี้ต้องเป็นงานวิจัยชนิด Retrospective study, Prospective study, Cross sectional study, Systematic review หรือ Meta-analysis ที่เกี่ยวกับความรู้ด้านศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก อย่างน้อย 1 เรื่อง ทั้งนี้ไม่นับรวม Case report หรือ Case series โดยงานวิจัยดังกล่าวต้องทำให้เสร็จสิ้นภายใน 2 ปีของการฝึกอบรม โดยทางหน่วยจะมีการติดตามความคืบหน้าของงานวิจัยทุกปี

ตารางที่ 2 กำหนดการติดตามความคืบหน้างานวิจัย

แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่	ความคืบหน้าของงานวิจัย
1	ติดต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและริเริ่มหาหัวข้องานวิจัย - นำเสนอ proposal ต่อที่ประชุม เพื่อรับคำแนะนำในการแก้ไขปรับปรุง - เริ่มขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย - เริ่มดำเนินงานวิจัยหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย - เก็บข้อมูลและวิเคราะห์การวิจัย
2	เริ่มนำเสนอผลงาน และสรุปผลการวิจัย
	- นำเสนอผลงานในงานประชุมวิชาการ (oral presentation) และทำรายงานวิจัยฉบับเต็มนำเสนอแก่ราชวิทยาลัย และ/หรือ ตีพิมพ์งานวิจัยในวารสารทางการแพทย์

มาตรฐานผลการเรียนรู้

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านฯ ได้ประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับผลลัพธ์การฝึกอบรมที่พึงประสงค์ เน้นการฝึกอบรมโดยใช้การปฏิบัติเป็นฐาน (Practice-based training) มีส่วนร่วมในการบริหารและรับผิดชอบผู้ป่วย มีการบูรณาการภาคทฤษฎีกับภาคปฏิบัติ และมีการติดตามตรวจสอบกำกับดูแล (Supervision) และให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) แก่แพทย์ประจำบ้านฯ เพื่อให้เกิดการพัฒนาปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่สะท้อนถึงคุณสมบัติของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักตามมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้ง ๖ ด้านดังกล่าวข้างต้นประกอบด้วย

๑. กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrustable Professional Activities: EPA) ของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

มีกำหนดกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ในศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่แพทย์ประจำบ้านต้องปฏิบัติได้แสดงใน ภาคผนวกที่ ๖ และจะถูกประเมินระหว่างการฝึกอบรมอย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง ด้วยกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่สถาบันกำหนดและในการประเมินนั้นจะประกอบด้วยกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดในช่องท้อง (Abdominal surgery), กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดทางทวารหนัก (Anorectal surgery) และกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ที่เกี่ยวข้องกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) โดยระดับความสามารถในภาพรวมของแต่ละกิจกรรมที่เชื่อมั่นได้ (Entrusted Professional Activity:EPA) สามารถแบ่งได้เป็น ๕ ระดับ (L1-L5) ดังนี้

L-1 – Below the level of a general surgeon

L-2 – Could function as a general surgeon. Basic competence in technical skills.

L-3 – Borderline colorectal surgeon

L-4 – Competent as an independent colorectal surgeon. More advanced competence in technical skills.

L-5– Could practice without supervision as a colorectal surgeon. Could function as an independent practitioner. Professionally sophisticated. At an exemplary level would also imply the person is competent enough to act as a resource to other health care professionals.

๒. ขั้นขีดความสามารถ (Milestone) ในระหว่างการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ขั้นขีดความสามารถนี้ครอบคลุม ทั้ง ๖ มิติของมาตรฐานความรู้ความชำนาญของศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักได้แก่ การบริหารผู้ป่วย ความรู้และทักษะหัตถการทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทักษะระหว่างบุคคลและการสื่อสาร เป็นต้น สามารถแบ่งได้เป็นทั้งหมด ๕ ขั้นคือ

ขั้น ๑ ให้เป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ไม่อนุญาตให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้น (not allowed to practice the EPA)

ขั้น ๒ สามารถให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้ภายใต้การกำกับดูแลอย่างเต็มที่ (practice the EPA with full supervision)

ขั้น ๓ สามารถให้ปฏิบัติเองได้ภายใต้การกำกับดูแล (practice the EPA with supervision on demand)

ขั้น ๔ สามารถให้ปฏิบัติเองได้โดยไม่ต้องกำกับดูแล (“unsupervised” practice allowed)

ขั้น ๕ อาจให้กำกับดูแลผู้อื่นปฏิบัติได้ (supervision task may be given)

ชนิดของขั้นขีดความสามารถที่ได้แสดงไว้ใน ภาคผนวกที่ ๗

● การวัดและประเมินผล

1. การวัดและประเมินผลระหว่างการฝึกอบรมและการเลื่อนชั้นปี

มีการประเมินผลการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ที่ผ่านการปฏิบัติงานในสายย่อยแต่ละเดือน โดยมอบหมายให้แต่ละสายรับผิดชอบในการประเมินผลการปฏิบัติงานมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด ทักษะการผ่าตัด รวมถึงการตัดสินใจ ความสำเร็จในการฝึกอบรมในสายนั้นๆ โดยให้แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ทุกคนส่งใบประเมินให้กับอาจารย์ในสายทุกเดือน โดยการประเมินอยู่ในดุลยพินิจของอาจารย์ประจำสายที่แพทย์ประจำบ้านนั้นผ่านการปฏิบัติงาน

ก. การประเมินผลสมรรถนะที่พึงประสงค์ ประกอบด้วย การประเมินทางภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

1. การประเมินภาคทฤษฎี

คณะกรรมการฯ มีการจัดสอบภาคทฤษฎีให้กับแพทย์ประจำบ้านฯ เพื่อเป็นการพัฒนาและทบทวนผลการเรียนรู้ และเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับแพทย์ประจำบ้านที่กำลังจะเข้าสอบประเมินความรู้ความชำนาญเพื่อวุฒิบัตรฯ โดยมีจัดสอบภาคทฤษฎีประมาณเดือนเมษายน-พฤษภาคมของทุกปีแบ่ง

การสอบเป็น 2 ส่วนคือ

- 1.1 แพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งชั้นปีที่ 1 และ 2 ต้องเข้าสอบเพื่อประเมินผลศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทางคลินิก (In-training examination) โดยกำหนดให้มีการสอบข้อเขียนจำนวน 10 ข้อ โดยข้อสอบได้จากคณาจารย์ โดยต้องสอบให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์การประเมิน และสามารถสอบแก้ตัวได้ 1 ครั้ง
- 1.2 แพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งชั้นปีที่ 1 และ 2 ทดลองสอบปากเปล่าเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการสอบปากเปล่า โดยชมรมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก แห่งประเทศไทย

2. การประเมินภาคปฏิบัติ

เพื่อให้ทราบถึงการพัฒนาการเรียนภาคปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านฯ โดยแพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องบันทึกการผ่าตัดและช่วยผ่าตัด ลงในบันทึกการผ่าตัดผ่านทาง web site (Electronic Log book) ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย โดยแพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องนำส่ง Log book พร้อมกับใบประเมินการปฏิบัติงานในแต่ละเดือนให้กับอาจารย์ในสายที่ขึ้นปฏิบัติงานในเดือนนั้นๆ เพื่อให้อาจารย์ประเมินผลการปฏิบัติงาน และแพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องทำการประเมินการเรียนการสอนของอาจารย์ประจำสายนั้นๆ

ข. เกณฑ์ผ่านการประเมินและเลื่อนชั้นปี

เกณฑ์ผ่านการประเมินและเลื่อนชั้นปีและเอกสารที่ใช้ในการประเมิน รวมทั้งเกณฑ์ผ่าน สรุปได้ดังตารางข้างล่างนี้

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) และการประเมินขั้นขีดความสามารถ (Milestones) ตามที่ระบุในเล่มหลักสูตร	เกณฑ์ผ่านตามที่ระบุใน เล่มหลักสูตร
2.	การรายงานประสบการณ์เรียนรู้จากผู้ป่วย (E-Log book)	รายงานการบันทึก Portfolio หรือ E-log book ตาม Rotation	ที่ 12 เดือน ต้องบันทึกได้อย่างน้อยร้อยละ 30 การ และ ที่ 24 เดือน ต้องบันทึกได้ครบถ้วน การไม่ส่งบันทึก log book ภายในระยะเวลาที่กำหนด ได้ 1 U
3.	การนำเสนอกิจกรรมวิชาการ (topic review , journal club แ Morbidity and Mortality Conference ในชั้นปีที่ 1 และ 2 (ทำเอกสารประกอบ, slide และ นำเสนอให้เสร็จสมบูรณ์ตามตารางที่กำหนด)	ได้คะแนนในระดับผ่าน (pass) มากกว่า 60% ของจำนวนครั้งที่นำเสนอทั้งหมด	หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้น จะได้รับการประเมินเป็น 1 U
6.	การร่วมกิจกรรมประชุมวิชาการทางศัลยกรรม (Topic review, Morbidity and mortality conference, Journal Club, MDT conference และ interhospital conference)	มีการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของทั้งหมดในแต่ละปีการศึกษา	เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกิจกรรมน้อยกว่า 80% ได้ 1 U
5.	แบบประเมิน 360 องศา	ได้คะแนนระดับดี และมีจำนวนการประเมินมากกว่า 10 การประเมินใน 1 ปี	หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้น จะได้รับการประเมินเป็น 1 U
6.	การประเมินประสบการณ์การเรียนรู้ (milestone) จาก อาจารย์ที่ปรึกษา	ได้รับการประเมินโดยอาจารย์ที่ปรึกษาทุกสิ้นปีการศึกษา ให้ได้ระดับผ่าน	ประเมินไม่ได้ตามวัตถุประสงค์ได้ 1 U
7.	การประเมินการปฏิบัติงานโดยรวมโดยอาจารย์ประจำสาย	ได้คะแนนมากกว่า 60 คะแนนขึ้นไป หากได้คะแนนต่ำกว่าจะได้รับการประเมินเป็น 1U	หากได้คะแนนประเมินต่ำกว่านั้น จะได้รับการประเมินเป็น 1 U
8.	การประเมินสมรรถนะด้านจริยธรรม ความเป็นมืออาชีพ การมีทักษะปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารโดยพยาบาล	ผลการประเมินจะใช้เพื่อการพิจารณาให้การประเมินการปฏิบัติงานโดยอาจารย์ และการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนาการทำงานของแพทย์ประจำบ้าน	ให้การ feedback เป็นรายบุคคล เปิดโอกาสให้แสดงความเห็น เพื่อการแก้ไขปรับปรุง หรือพัฒนาการทำงาน of แพทย์ประจำบ้าน
9.	การรายงานความก้าวหน้างานวิจัย	ต้องมีการรายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด	ไม่รายงานความก้าวหน้างานวิจัยในระยะเวลาที่กำหนด ได้ 1 U

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

$$2 U = 1 F$$

2F = เลื่อนการส่งสอบปากเปล่าตามกำหนดของราชวิทยาลัย
อย่างน้อย 6 เดือน

4 F = ทางสถาบันฯจะไม่ส่งสอบบอร์ด

3. ในกรณีทำผิดร้ายแรงหรือพฤติกรรมไม่เหมาะสม ทำผิดศีลธรรมและจรรยาบรรณของแพทย์ที่ดี โดยตั้งใจ ผิดคดีอาญา หรือ มีภาวะทางกายภาพหรือจิตสภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติงานต่อได้ ไม่สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินผ่านชั้นปีได้ ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป สามารถนำเข้าพิจารณาตัดสินโดยคณะกรรมการฯ ซึ่งจะแจ้งผลการพิจารณาให้ที่ประชุมของหน่วยรับทราบ โดยผลการพิจารณาสามารถไม่ส่งสอบหรือให้ออกจากฝึกอบรมได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องอิงเกณฑ์ให้คะแนนเบื้องต้น หรือไม่จำเป็นต้องผ่านขั้นตอนการตกเตือน หรือภาคทัณฑ์

4. เมื่อมีข้อโต้แย้ง หรือความแตกต่างของระดับการประเมินที่เกิดขึ้นในระหว่างการอบรม ของทั้งสองสถาบัน ให้เข้าตัดสินในที่ประชุมคณะกรรมการร่วม โดยการตัดสินของคณะกรรมการให้ถือเป็นที่สุด

5. มีการประชุมเพื่อติดตามความคืบหน้าการอบรมโดยคณะกรรมการบริหารการอบรมทุก 4 เดือน และประชุมแจ้งผลการประเมินการปฏิบัติงานให้แพทย์ประจำบ้านฯ ทุกปี ถ้าไม่มีเหตุการณ์ถือว่าแพทย์ประจำบ้านยอมรับผลการประเมิน

2. การวัดและประเมินผลเพื่อวุฒิบัตรฯ

(1) คุณสมบัติผู้มีสิทธิเข้าสอบ

ผู้มีสิทธิสอบวุฒิบัตรฯจะต้องผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรที่คณะกรรมการฝึกอบรมกำหนด ในสถาบันฝึกอบรมที่ผ่านเกณฑ์ และได้รับการรับรองโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และแพทยสภา ทั้งนี้ระยะเวลาของการฝึกอบรมต้องไม่น้อยกว่า 21 เดือน ทั้งนี้ผู้ผ่านการฝึกอบรมมีสิทธิสมัครสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ ภายใน 5 ปีหลังการฝึกอบรมหากพ้นระยะเวลา ไปแล้ว ยังไม่สมัครสอบ หรือยังสอบไม่ผ่าน ให้ถือว่าคุณสมบัติ ของการผ่านการฝึกอบรม นั้นเป็นโมฆะ

(2) เอกสารที่ต้องใช้ประกอบการสอบวุฒิบัตรฯ เป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองประสบการณ์ภาคปฏิบัติจากสถาบันฝึกอบรมฯตามที่กำหนด
2. ผลงานวิจัย 1 เรื่อง ซึ่งตีพิมพ์ในวารสารการแพทย์อันเป็นที่ยอมรับของอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก หรือสำเนาบันทึกต้นฉบับ หรือ รายงานฉบับสมบูรณ์ตามรูปแบบที่กำหนดโดยราชวิทยาลัยฯ และได้นำเสนอเป็นภาษาอังกฤษในที่ประชุมวิชาการ ได้แก่ การประชุมนานาชาติ การประชุมของสมาคมศัลยแพทย์ทั่วไปแห่งประเทศไทยการประชุมของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย และหรือการประชุมอื่นๆซึ่งอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ. เห็นชอบและรับรองและใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
3. เอกสารรับรองการปฏิบัติงานตามแฟ้มสะสมผลงาน
4. Log book แสดงผลจำนวนการผ่าตัดตลอด 2 ปี
5. เอกสารผ่านการประเมิน EPA และ Milestones หัตถการตามกำหนดในแต่ละชั้นปี
6. สำเนาวุฒิบัตร หรือ หนังสืออนุมัติสาขาศัลยศาสตร์

(3) วิธีการประเมิน

การสอบข้อเขียน (เป็นไปตามเกณฑ์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย)

ใช้การตัดสินใจแบบอิงเกณฑ์ กำหนดเกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 หรือ 12 ใน 15 ข้อ ผู้เข้ารับการประเมินต้องสอบข้อเขียนผ่านก่อน จึงมีสิทธิเข้าสอบปากเปล่า

การสอบปากเปล่า

ผู้เข้ารับการประเมินโดยการสอบปากเปล่าจะต้องจบการฝึกอบรมตามหลักสูตร และสอบผ่านข้อเขียน ผู้เข้ารับการประเมินต้องได้รับคะแนนสอบผ่านจากคณะกรรมการ 5 ใน 6 ท่าน โดยผู้เข้ารับการประเมินสามารถคงใช้สิทธิในการสอบปากเปล่าเป็นเวลา 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ที่มีคุณสมบัติครบในการสอบปากเปล่าถ้าสอบปากเปล่าไม่ผ่านภายในเวลา 2 ปี ต้องเริ่มต้นสอบข้อเขียนใหม่ ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์จะจัดให้มีการสอบปากเปล่าปีละ 1 ครั้ง โดยสอบปกติในเดือนมิถุนายน

● การอุทธรณ์ผลการประเมิน

แพทย์ประจำบ้านฯ มีสิทธิอุทธรณ์ผลการประเมินโดยทำเป็นหนังสือยื่นต่อประธานคณะกรรมการฝึกอบรม และสอบฯ ทันทีหลังทราบผล เพื่อทบทวนผลการสอบนั้น นับตั้งแต่วันที่ได้รับทราบผลการประเมิน เมื่อได้รับอุทธรณ์แล้ว ประธานคณะกรรมการฝึกอบรมจะนำเรื่องเสนอให้คณะกรรมการฝึกอบรมพิจารณาภายใน 30 วันหลังการอุทธรณ์

● การโอนย้ายผลการประเมิน

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถพิจารณาโอนย้ายผู้เข้ารับการฝึกอบรมจากสถาบันฝึกอบรมอื่นได้ โดยผู้รับการฝึกอบรมที่จะโอนย้ายต้องเป็นไปตามข้อกำหนดต่อไปนี้

1. ผู้รับการฝึกอบรมต้องมีคุณสมบัติครบถ้วน
2. ผู้รับการฝึกอบรมต้องอยู่ในหลักสูตรการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองจากคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบเพื่อวุฒิบัตรและหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย
3. การโอนย้ายเกิดขึ้นโดยความยินยอมทั้งของสถาบันที่เป็นต้นสังกัดของผู้รับการฝึกอบรม และสถาบันที่ทำการศึกษาฝึกอบรมที่เป็นต้นทาง

เมื่อโอนย้ายเข้ามาฝึกอบรมในสถาบันแล้ว จำนวนผู้รับการฝึกอบรมรวม ไม่เกินจากศักยภาพของสถาบันที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยให้ทำการฝึกอบรมได้

กิจกรรมวิชาการสำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอดศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

กิจกรรมวิชาการ

๑. conference

จัดให้มีการประชุมวิชาการร่วมกับศัลยศาสตร์ทั่วไปทุกวันจันทร์-วันศุกร์ เวลา ๘.๐๐-๙.๐๐ น. มีรายละเอียดดังนี้

เวลา	๗.๐๐ - ๘.๐๐ น.	๘.๐๐ - ๙.๐๐ น.	๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	๑๖.๐๐- ๘.๐๐ น.
จันทร์	Bedside Teaching Round		OPD Endoscope OR (2 nd and 4 th wk)	Consult	
อังคาร	Bedside Teaching Round	Journal club. Topic Review Collective Review	OR	Consult	
พุธ	Bedside Teaching Round	1 st MMC 2 nd Integrated conference 3 rd Trauma review 4 th Service review	OR MDT Tumor conference	Consult	
พฤหัสบดี	Bedside Teaching Round	OPD Endoscope	OPD	Consult	
ศุกร์	Grand Round Preoperative Round ร่วมกับธรรมศาสตร์	MDT CRLM conference MDT LARC conference Interesting conference	OPD Endoscope	Consult	

๒. OPD colorectal/ General ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ ชั้น 2

เวลา	๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.
จันทร์		
อังคาร	Colorectal activity*	Consult
พุธ		
พฤหัสบดี	อ.วีรพัฒน์, อ.สามารถ, OPD fellow	
ศุกร์		

● OPD staff

- อ.วีรพัฒน์ วันพฤหัสบดี 9.00-16.00 น.
- อ.สามารถ วันพฤหัสบดี 9.00-16.00 น.
- OPD Fellow รับเคสใหม่ วันจันทร์ 13.00-16.00น.วันพฤหัสบดีเวลา 9.00-16.00น. และวันศุกร์ เวลา 9.00-12.00น.
 - ให้ออก opd ทั้ง F1 และ F2
- การแบ่งรับ ผู้ป่วยรับใหม่ New case consult staff
 - วันพฤหัสบดี เป็นวันนัดตรวจ Colorectal clinic จะแบ่งวน staff 2 คนจากเจ้าหน้าที่ opd
 - วันจันทร์และ วันศุกร์ case Colorectal clinic รับใหม่ตาม อ.ปิธิโชติ
 - วันพฤหัสบดี เป็นวันออก opd fellow ตาม WFME ให้ consult staff ตามเวร

๓. Bedside Teaching Round ทุกวัน เวลา ๗.๓๐-๘.๐๐ น.

จัดให้มีอาจารย์สอนข้างเตียง (Bedside teaching round) เป็นประจำทุกวัน เวลา ๗.๐๐-๘.๐๐ น. นำเสนอโดยแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ และร่วมอภิปรายโดยแพทย์ประจำบ้านต่อยอดศัลยศาสตร์ ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๔. Pre-op & post-op round ทุกวันศุกร์ที่ ๒ และ ๔ ของเดือน เวลา ๐๗.๐๐-๐๘.๐๐ น.

เตรียมรายงานร่วมกับแพทย์ประจำบ้านปีที่ 4 ของเคสผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดในสัปดาห์ถัดไป และทบทวนเคสผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดในสัปดาห์ก่อนหน้านั้น โดยทุกเคสผู้ป่วยต้องให้แพทย์ประจำบ้านต่อยอดปี 1 (F1) ดูแลร่วมในการนำเสนอ และแพทย์ประจำบ้านต่อยอดปี 2 (F2) ร่วมอภิปราย

๕. Colorectal Activity ทุกวันอังคาร เวลา ๘.๐๐-๙.๐๐ น.

	อังคาร ๘.๐๐-๘.๓๐	อังคาร ๘.๓๐-๙.๐๐	ศุกร์ ๗.๐๐-๘.๐๐
สัปดาห์ที่ ๑	Topic review Fellow 1	Logbook report (ทุก ๓ เดือน)	Grand Round
สัปดาห์ที่ ๒	Journal/ Service review	Research progression	Pre & Post op Round
สัปดาห์ที่ ๓	Topic review Fellow 2	Feedback	Grand Round
สัปดาห์ที่ ๔	Journal	Collective review	Pre & Post op Round

๖. Interhospital Colorectal Conference

จัดให้มีการประชุมทางวิชาการร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลที่รักษาผู้ป่วยลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดำเนินการโดยสมาคมศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์และองค์ความรู้ ร่วมกัน โดยจัดเป็นประจำ ทุก ๒ เดือน

๗. Other Conference

สนับสนุนให้แพทย์ประจำบ้านฯ เข้าร่วมประชุมวิชาการต่างๆ ที่จัดโดยชมรม หรือสมาคมวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๘. Consult นอกเวลาราชการ (การอยู่เวร)

- ขึ้นกับจำนวน fellow เดือนนั้น
- ในปีแรกของการเปิดหลักสูตรฝึกอบรม ให้ F1 อยู่เวรไม่เกิน ๑๐ วันในแต่ละเดือน (โดยการอนุมัติของกรรมการหลักสูตร ตามความจำเป็นโดยไม่ขัดกับระเบียบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี) โดยควรอยู่เวรเสาร์-อาทิตย์ หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์ในสัปดาห์ที่อาจารย์ในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไปส่าย ๒ อยู่เวร
- ตั้งแต่ปีที่สองของการเปิดหลักสูตรฝึกอบรมที่มีแพทย์ประจำบ้านฯ ครบ ๒ ชั้นปี ในเดือนที่แพทย์ประจำบ้านฯ อยู่ด้วยกันครบ ๒ ชั้นปี ให้ F1 และ F2 แบ่งกันอยู่เวรคนละครึ่ง ส่วนเดือนที่มีแพทย์ประจำบ้านฯ อยู่คนเดียวให้อยู่เวรไม่เกิน ๑๐ วันในแต่ละเดือน (โดยการอนุมัติของกรรมการหลักสูตร ตามความจำเป็นโดยไม่ขัดกับระเบียบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)
- 2 เดือนสุดท้ายของปีการศึกษา ปี ให้ F1 อยู่เวรไม่เกิน ๑๐ วันในแต่ละเดือน (โดยการอนุมัติของกรรมการหลักสูตร ตามความจำเป็นโดยไม่ขัดกับระเบียบของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี)

๙. การปรึกษา staff นอกเวลาราชการให้ปรึกษาตามตารางที่อาจารย์ในสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไปส่าย ๒ อยู่เวร

๑๐. กิจกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องและดูแลรับผิดชอบ

- จัดทำ Logbook รวบรวมตามแบบฟอร์มของสมาคมฯ และสรุปรายงานความคืบหน้าทุก 3 เดือน (เดือนกรกฎาคม, ตุลาคม, มกราคม และเมษายน)
- ดูแลแก้ไขเอกสารที่เกี่ยวข้องต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น เอกสารผู้ป่วยใน เอกสารรายงานการผ่าตัด operative note
- จัดเก็บไฟล์ record VDO ในเคสผ่าตัด, slide presentation ลง SSD ของหน่วย โดยแพทย์ประจำบ้านต่อยอดปีที่ ๑

รายละเอียดของกิจกรรมการเรียนการสอน

กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ขอบเขตเนื้อหาวิชา	ผลที่คาดว่าจะได้รับ	แนวทางการดูแลรับผิดชอบ ของแพทย์ประจำบ้านต่อยอดปีที่ ๑, ๒
Mortality and Morbidity case conference	เพื่อเรียนรู้ถึงสาเหตุและปัญหาที่ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆและหาทางแก้ไขปัญหานั้นๆ	อภิปรายผู้ป่วยที่เสียชีวิต และมีโรคแทรกซ้อนจากการรักษาตลอด ๒ สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อพิจารณาถึงสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการตายนั้นๆ และวิธีการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาดังกล่าว	แพทย์ประจำบ้านฯ ได้เรียนรู้ถึงข้อผิดพลาดต่างๆที่เกิดขึ้น และวิธีการป้องกันและแก้ไขข้อผิดพลาดนั้นๆ	ปีที่ ๑ เตรียมรวบรวมและนำเสนอตามแบบฟอร์มที่มีในรอบเดือนที่ผ่านมา และนำเสนอเอกสารสรุปการประชุมให้กับเจ้าหน้าที่ธุรการเก็บรวบรวมทุกครั้ง ปีที่ ๒ อภิปรายแนวทางการดูแล Mortality and Morbidity ที่เกิดขึ้น
Journal club Conference	เพื่อศึกษาวิชาความรู้ที่ก้าวหน้าในที่มีปัญหาหรือที่พบได้น้อย	อภิปรายรายงานวารสารที่น่าสนใจ ๑-๒ เรื่อง	แพทย์ประจำบ้านฯ ได้เรียนรู้ถึงวิทยาการที่ก้าวหน้า และประโยชน์ที่จะได้จากการอ่านวารสารทางวิชาการ	ปีที่ ๑ เตรียมบทความวิจัยและช่วยนำเสนอ journal กับแพทย์ประจำบ้าน ปีที่ ๒ อภิปรายวิจารณ์บทความวิจัยที่นำเสนอ
Surgico – Pathological conference (SPC)	เพื่อเรียนรู้วิชาพยาธิวิทยา และเนื้อเรื่องที่เกี่ยวข้องกับศัลยกรรม	อภิปรายตัวอย่างผู้ป่วยและแสดงภาพประกอบของโรคนั้น และฉาย Slide แสดงภาพทางพยาธิวิทยาในแง่มุมต่างๆ โดยพยาธิแพทย์	เพื่อเป็นการฝึกดู Slide และเรียนรู้ถึงพยาธิสภาพของโรคต่างๆ ได้อย่างถ่องแท้ และได้ฝึกการประสานงานกับพยาธิแพทย์	ปีที่ ๑ เตรียมนำเสนอเคสตัวอย่างและทบทวนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับเคสตัวอย่าง ปีละ ๒ ครั้ง ในเดือนที่มี อังคารสัปดาห์ที่ ๕ หรือตามความเหมาะสม ปีที่ ๒ อภิปรายวิจารณ์เคสตัวอย่าง
Topic review	เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านฝึกทบทวนเนื้อหาเรื่องที่สำคัญ ที่เป็นปัญหาทางศัลยกรรม มาบรรยายให้แพทย์ประจำบ้านท่านอื่นฟัง	ทบทวนเนื้อหาจาก text book และวารสารทางการแพทย์ในหัวข้อที่กำหนดให้ โดยปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา	ได้รับความรู้ในหัวข้อนั้นอย่างละเอียด อีกทั้งได้ฝึกการนำเสนอแก่ผู้อื่น	ปีที่ ๑, ๒ เตรียมนำเสนอทบทวนความรู้ตามหัวข้อที่เหมาะสม โดยแบ่งกันนำเสนอ ๑ ครั้ง/เดือน
Research conference	ติดตามความก้าวหน้า และนำเสนอหัวข้อวิจัยที่น่าสนใจ	ตามเนื้อเรื่องการวิจัย	ได้ฝึกหัดเรียนรู้วิธีการและขั้นตอนในการทำวิจัย	ปีที่ ๑, ๒ เตรียมนำเสนอความก้าวหน้า ๑ ครั้ง/เดือน
Multi-Disciplinary Tumor conference (MDT)	เพื่อร่วมปรึกษาโดยสหสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	อภิปรายกรณีผู้ป่วยและแสดงภาพประกอบของโรคนั้น	ได้เรียนรู้การปรึกษาร่วมกันโดยสหสาขา	ปีที่ ๑ เตรียมนำเสนอกรณีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการประชุมในสัปดาห์นั้นๆ หรือ ปีที่ ๒ นำเสนอกรณีผู้ป่วยที่ตนเองเป็นผู้ดูแลภายใต้การกำกับของอาจารย์

การหมุนเวียนการปฏิบัติงาน

การหมุนเวียนการปฏิบัติงานแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๒ ปี

แผนงานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑ ในสถาบันฝึกอบรมทั้งสองแห่ง

เดือน	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
F1A	รพ.รามธิบดี						รพ.ธรรมศาสตร์					
F1B	รพ.ธรรมศาสตร์						รพ.รามธิบดี					

แผนงานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ ในสถาบันหลัก และ Elective

	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
F2A	รพ.รามธิบดี				รพ. ศิริราช	รพ.จุฬา	Elective	ราชวิถี/ วัชร/ เชียงใหม่	รพ.ธรรมศาสตร์			
F2B	รพ.ธรรมศาสตร์				รพ.จุฬา	รพ. ศิริราช	ราชวิถี/ วัชร/ เชียงใหม่	Elective	รพ.รามธิบดี			

ชั้นปี	โรงพยาบาล/สถาบัน	ระยะเวลา
ปีที่ ๑	รพ.รามธิบดี - สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป - หน่วยส่องกล้องทางเดินอาหาร - หน่วยอายุกรรมมะเร็ง - หน่วยรังสีรักษา รพ.ธรรมศาสตร์	๖ เดือน ๖ เดือน ๑/๒ เดือน ๑/๒ เดือน ๖ เดือน
ปีที่ ๒	รพ.รามธิบดี รพ.ธรรมศาสตร์ Elective ภายในประเทศ และต่างประเทศ	๔ เดือน ๔ เดือน ไม่เกิน ๔ เดือน (โดยเป็นต่างประเทศ ไม่เกิน ๒ เดือน)

ตารางปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ประจำปี พ.ศ.

Fellow A นพ./พญ.

Fellow B นพ./พญ.

ตารางปฏิบัติงานรายเดือน

ปีการศึกษาที่1 เดือนที่1-12

	Fellow A	Fellow B	Tentative activity
กรกฎาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	Annual RCST
สิงหาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
กันยายน	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
ตุลาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
พฤศจิกายน	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
ธันวาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
มกราคม	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
กุมภาพันธ์	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
มีนาคม	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	In-training examination
เมษายน	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
พฤษภาคม	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
มิถุนายน	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	

ปีการศึกษาที่ 2 เดือนที่13-24

	Fellow A	Fellow B	Tentative activity
กรกฎาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	Annual RCST
สิงหาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
กันยายน	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
ตุลาคม	รามาริบัติ	ธรรมศาสตร์	
พฤศจิกายน	ศิริราช	จุฬา	
ธันวาคม	จุฬา	ศิริราช	
มกราคม	Elective	Elective	
กุมภาพันธ์	Elective	Elective	
มีนาคม	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	In-training examination
เมษายน	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
พฤษภาคม	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	
มิถุนายน	ธรรมศาสตร์	รามาริบัติ	

Rotation	Bedside Teaching Round	Conference General surgery 08.00-09.00	OR/ Endoscope	OPD	Round ward เย็น	เวรนอกเวลา 16.00-08.00 และวันหยุด
Colo	/	/	/	/	/	/
OncoMed/RT	Activity ของ OncoMed/RT					/
Endoscope	/	/	Endoscope	x	x	/
Elective	x					
● Rotate OncoMed/ RT ให้เข้า Activity ของหน่วยนั้น และมาแบ่งอยู่เวรนอกเวลา หากมีงานที่เกินมาในเวลา ให้ fellow ที่อยู่ในหน่วยหรือ Resident ทำงานแทน ให้ไป activity ของ Onco/RT ในเวลาเป็นหลัก. ● F2 เดือน พ.ค. กับ มิ.ย. ไม่ต้องอยู่เวรนอกเวลา โดยให้คำปรึกษาเท่าที่จำเป็นเท่านั้น ● F2 เดือน มิ.ย. ให้ลด service ได้ โดยให้รเวดเช้า เข้าconference และช่วยผ่าตัดเคสที่สนใจ						

กิจกรรมวิชาการรวม

๑. Topic review นำเสนอการทบทวนความรู้จากหนังสือหรือตำราทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Textbook/Topic Review) เช่น Textbook of American Society of Colon and Rectal Surgery (ASCRS)
๒. Case report นำเสนอการทบทวนความรู้โรคหรือปัญหาทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระหว่างปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านฯ หรือเมื่อได้รับมอบหมายจากอาจารย์
๓. Pre-operative round แสดงความเห็นและวางแผนการดูแลรักษาทั้งก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งเทคนิคและวิธีการผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่จะได้รับการผ่าตัดในแต่ละสัปดาห์
๔. Journal club นำเสนอบทความวารสารทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และแสดงความเห็นแบบการคิดเชิงวิพากษ์ (Critical Thinking) รวมถึงให้คำแนะนำในการคัดเลือกบทความวารสารทางการแพทย์แก่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ ในการนำเสนอบทความวารสารทางการแพทย์ในที่ประชุมวิชาการของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไปทุกสัปดาห์

นอกจากนี้แพทย์ประจำบ้านยังต้องเข้าร่วมกิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และโดยสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย (ในกิจกรรมเหล่านี้จะมีความรู้ กรณีศึกษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมอยู่ด้วย แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักจะมีโอกาสได้นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วย อภิปราย แสดงความเห็น ตอบคำถามและฟังการบรรยาย หรืออภิปรายในระหว่างร่วมกิจกรรมเหล่านี้

ก.) กิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป

- Topic review (สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง)
- Journal club (สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง)
- Invited staff lecture (๒ สัปดาห์/ ครั้ง)
- Service Review (เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันอังคารที่ ๒ ของเดือน) ของสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป เป็นการทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักรวมอยู่ด้วย
- Teleconference ระหว่าง 2 สถาบัน (ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง) อันประกอบด้วยสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและ ศัลยศาสตร์ทั่วไป ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และสาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ข.) กิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

- Morbidity and Mortality Conference (เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันพุธ ที่ ๑ ของเดือน)
- Integrated Conference (เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันพุธที่ ๒ ของเดือน)
- Trauma Review (เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันพุธที่ ๓ ของเดือน)
- Service Review (เดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันพุธที่ ๓ ของเดือน) เป็นการทบทวนกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางศัลยกรรมของหลากหลายสาขาวิชา ซึ่งรวมถึงกรณีศึกษาผู้ป่วยทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักด้วย
- Interesting conference เป็นการประชุมวิชาการจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคทางศัลยกรรม (ทุก ๒ เดือน)
- Ramathibodi Surgical Forum เป็นการประชุมวิชาการประจำปีของภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในหัวข้อ Colorectal Surgery (ปีละ ๑ ครั้ง ในเดือนพฤศจิกายน)
- Chief's Conference เป็นการประชุมวิชาการเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ รวมถึงแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้นำเสนอผลงานวิจัยที่ได้ทำในช่วงที่ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ปีละ ๑ ครั้ง ในเดือนมีนาคม

ค.) กิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- Multidisciplinary Colorectal Cancer Liver Metastasis and Hepatic Carcinoma/Cholangiocarcinoma Conference (เดือนละ ๒-๓ ครั้ง ทุกวันศุกร์ ที่ ๑ ๓ และ ๕ ของเดือน)
- Multidisciplinary Locally Advanced Rectal Cancer Conference (เดือนละ ๒ ครั้ง ทุกวันศุกร์ ที่ ๒ และ ๔ ของเดือน)
- Multidisciplinary Tumor Conference (สัปดาห์ละครั้ง ทุกวันพุธ)
- Multidisciplinary Pelvic Floor Disorder Conference

ง.) กิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยสมาคมศัลยแพทย์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- Interhospital Colorectal Surgery Conference (ทุก ๒ เดือน)
- การประชุมทบทวนความรู้ทางวิชาการโรคศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Dealing with Colorectal Disease) (ทุก ๒ ปี)

จ.) กิจกรรมทางวิชาการ (Academic Activity) ที่จัดโดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

- การประชุมวิชาการประจำปีราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ ในหัวข้อ Colorectal Surgery (ทุก ๑ ปี)

รายละเอียดกิจกรรมวิชาการรวม

๑. Journal club

อาจารย์ผู้ควบคุม: อ.นพ.สามารถ ภูวไพริศรศาล

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ: แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ ๑

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านฯ ได้ update ความรู้เกี่ยวกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และสามารถนำความรู้ใหม่ ไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมตามสถานการณ์ รวมถึงสามารถนำไปคิดต่อยอดเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ แพทย์ประจำบ้านฯ เลื่องงานวิจัยเกี่ยวกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจมานำเสนอและร่วมกัน วิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้ สัปดาห์ละ ๒ ฉบับ

วิธีดำเนินการ แพทย์ประจำบ้านฯ เลื่องงานวิจัยเกี่ยวกับศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่น่าสนใจมา นำเสนอ และร่วมกันวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณค่างานวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับหรือการนำไปประยุกต์ใช้

2. Morbidity and Mortality conference

อาจารย์ผู้ควบคุม: รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ: แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

1. ด้าน Patient care เพื่อการประเมินความสามารถในการดูแลรักษาผู้ป่วยของแพทย์ประจำบ้านฯ ทั้ง ก่อนที่จะมีภาวะแทรกซ้อน และการดูแลรักษาหลังเกิดภาวะแทรกซ้อนแล้ว โดยการสอบถามและประเมินผลโดย คณาจารย์ผู้เข้าร่วมประชุม
2. ด้าน Medical knowledge and skills เพื่อเป็นการประเมินความรู้ทางการแพทย์ ทั้งความรู้พื้นฐาน และการนำมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วย โดยการสอบถามระหว่างการอภิปราย โดยคณาจารย์ผู้ร่วมประชุม
3. ด้าน practice-based Learning and improvement เพื่อประเมินว่าแพทย์ประจำบ้านฯ ได้มีการ ค้นคว้าความรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่เป็นสาเหตุของภาวะแทรกซ้อน วิธีการรักษาและวิธี ป้องกันไม่ให้เกิด ภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ โดยการนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ ภาวะแทรกซ้อนนั้นๆ ระหว่างการ อภิปราย อาจมีการต่อยอดโดยทำเป็นงานวิจัยต่อไปในอนาคต
4. ด้าน Interpersonal and communication skills เพื่อประเมินวิธีการนำเสนอการเตรียมสื่อการสอน
5. ด้าน professionalism เพื่อประเมินเจตคติต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยแต่ละกรณี
6. ด้าน System-based practice เพื่อนำภาวะแทรกซ้อนแต่ละกรณีที่เกิดขึ้นมาพิจารณาว่าภาวะที่ preventable/unpreventable เพื่อจะได้มีการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน นั้นๆ อีก

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 นำ Morbidity and Mortality cases ทั้งหมดส่งให้อาจารย์ผู้รับผิดชอบ โครงการตรวจสอบ เพื่อนำเสนอในที่ประชุม
2. แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 นำเสนอข้อมูลในที่ประชุม โดยต้องมีการทบทวนประวัติ ตรวจร่างกาย การ ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ภาพรังสี ประวัติการรักษาในโรงพยาบาล วิเคราะห์ สาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อน นั้นๆ และนำเสนอวิธีแก้ไข และป้องกัน ทั้งนี้ ควรนำเสนอ อย่างเป็นลำดับ มีภาพรังสี หรือภาพการผ่าตัดหรือ

ขึ้นเนื้อประกอบ เพื่อความเข้าใจง่าย และควรหาศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวมานำเสนอในที่ประชุม

3. MDT conference

อาจารย์ผู้ควบคุม: อ.นพ.สามารถ ภูวไพริศรศาล

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ: แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้เรียนรู้วิธีการรักษามะเร็งแบบสหสาขา เพื่อเลือกแนวทางการรักษามะเร็งที่เหมาะสมที่แตกต่างกันในคนไข้แต่ละราย

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 2 เตรียมประวัติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนักหาเคสที่น่าสนใจ และเตรียมนำเสนอในที่ประชุม โดยมีอาจารย์รังสีวินิจฉัย, รังสีรักษา อายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา, พยาธิ วิทยา เข้าร่วมประชุม

4. Research refinement conference

อาจารย์ผู้ควบคุม: รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ: แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2

วัตถุประสงค์

เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านได้มีโอกาส นำเสนอความคืบหน้าของงานวิจัย ที่กำลังดำเนินการอยู่ และเปิดโอกาส ให้ได้ซักถาม ปรับปรุงให้ได้ผลงานที่สมบูรณ์ขึ้น

วิธีดำเนินการ

แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และ 2 เตรียมนำเสนอความคืบหน้าของผลงานวิจัยที่ตนรับผิดชอบ อยู่ในที่ประชุม

5. Topic review

อาจารย์ผู้ควบคุม: อ.นพ.สามารถ ภูวไพริศรศาล

แพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบ: แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ทันสมัย และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ ในหัวข้อที่สำคัญที่ผู้เรียนสนใจและกำหนดเอง
2. เพื่อให้ผู้เรียนทราบแนวทางการประยุกต์นำความรู้ทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักมาใช้กับผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. แพทย์ประจำบ้านฯ กำหนดหัวข้อ topic review ที่ตนสนใจและเลือกอาจารย์ที่จะบรรยายหัวข้อดังกล่าว ส่งเป็นตารางให้เลขาของภาควิชาฯ
2. เลขาของภาควิชาจะติดต่อนัดเวลาและแจ้งหัวข้อ topic ตามตารางให้อาจารย์ทราบ ซึ่งสถานที่และเวลาในการสอนอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมและความสะดวก

การจัดตารางหมุนเวียนแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ข้อตกลงในการจัดตาราง rotation

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จะเป็นผู้จัดตารางให้แก่แพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 เข้าใหม่ทั้งหมด โดยต้องจัดให้มีจำนวนแพทย์หมุนเวียน เพียงพอและเหมาะสมต่อการทำงาน
2. แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1-2 จะมีสิทธิในการจัดตาราง rotation เอง โดยตกลงกันในระหว่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปีเดียวกัน ทั้งนี้ แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 จะเป็นชั้นปีที่เริ่มจัดตารางก่อน และส่งต่อตารางให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1
3. หากมีปัญหาในการจัด rotation เช่น จำนวนคนไม่เพียงพอ มีคนลาออก ให้แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ปรึกษาคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อดำเนินการแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลง rotation ให้ส่วนรวมสามารถปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างเหมาะสม
4. ใน rotation elective แพทย์ประจำบ้านฯ สามารถเลือกไปฝึกปฏิบัติงานหรือดูงานที่โรงพยาบาลหรือสถาบันที่ตนสนใจ โดยแพทย์ประจำบ้านฯ ต้องติดต่อสถาบันนั้นๆเอง และแจ้งต่อคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อประสานกับโรงพยาบาลหรือสถาบัน และทำหนังสือขอไปฝึกปฏิบัติงานยื่นต่อสถาบันที่ไป elective

หน้าที่ ความรับผิดชอบและระเบียบการทำงานของแพทย์ประจำบ้านฯ

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป ได้กำหนดภาระหน้าที่การปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักดังนี้

1. การปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย

- ดูแลผู้ป่วยสามัญทุกราย, หอผู้ป่วยพิเศษ, ผู้ป่วย ICU และผู้ป่วยที่ได้รับรักษาจากต่างแผนกทั้งโรงพยาบาล
- Round ward เข้าพร้อมสั่งการรักษากับทีมและอาจารย์ (7.00-8.00น.)
- ดูแลและสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ในการดูแลรักษาผู้ป่วย

2. การให้การดูแลรักษาผู้ป่วย

ในเวลาราชการ

งานผู้ป่วยนอก

- แพทย์ประจำบ้านหน่วยจะออกตรวจผู้ป่วยที่ OPD ศัลยศาสตร์สัปดาห์ ละ 1-2 ครั้ง
- ในกรณีไม่มีการทำการผ่าตัดในวันนั้น ให้ใช้เวลาในการเรียนรู้ด้วยตนเอง(self study) และเตรียมงานเพื่อนำเสนอ (presentation) หรือทำงานวิจัยหรืองานด้านวิชาการอื่นๆ ที่อาจารย์มอบหมาย
- แพทย์ประจำบ้านฯ ควรให้คำปรึกษา แนะนำแก่แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ และแพทย์ประจำบ้าน
- ในสาขาวิชาฯ และปรึกษาขอคำแนะนำการรักษาผู้ป่วยนอกกับอาจารย์แพทย์โดยสม่ำเสมอ
- ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินในเวลาราชการ ควรติดต่อแพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ และอาจารย์ที่อยู่เวร และให้การรักษาเบื้องต้นอย่างเร่งด่วน

งานห้องผ่าตัด

- ติดตามดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าห้องผ่าตัดจนถึงย้ายผู้ป่วยออกไปห้องพักฟื้น
- เข้าช่วยผ่าตัดในห้องที่ได้รับมอบหมายโดยอาจารย์แพทย์
- ควบคุมการลงเอกสารทั้งในoperative note ใบส่งพยาธิวิทยา ใบเพาะเชื้อต่าง ๆ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์
- งานห้องส่งกล้องทางเดินอาหาร
- เข้าช่วยหรือทำการส่งกล้องตามที่ได้รับมอบหมาย
- ลงทะเบียนหรือควบคุมการลงทะเบียนเอกสารต่าง ๆ ได้แก่ colonoscopic report ใบส่งพยาธิวิทยา
- ต่าง ๆ ให้เสร็จสมบูรณ์

การรับรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินในเวลาราชการ

- แพทย์ประจำบ้านฯ เป็นผู้รับผิดชอบรับคำปรึกษา
- รายงานให้อาจารย์แพทย์ที่อยู่เวรวันนั้นทราบโดยทันที
- ในกรณีที่รับคำปรึกษาจากห้องผ่าตัดคนรีเวช ควรรับคำปรึกษาและเข้าห้องผ่าตัดโดยทันที
- ในกรณีที่รับคำปรึกษาจากห้องส่องกล้องและจำเป็นต้องทำการผ่าตัดทันที ควรรีบควบคุมละส่งการให้แพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์และเจ้าหน้าที่ประสานงานกับห้องผ่าตัดเพื่อจัดเตรียม ห้องผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว

นอกเวลาราชการ

- อยู่เวรและดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบและรายงานปัญหาที่มีให้อาจารย์แพทย์ได้ทราบทุกราย
- รับรักษาผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักฉุกเฉินและรายงานให้อาจารย์เวรได้ทราบทุกราย
- รับผิดชอบการผ่าตัดผู้ป่วยเฉพาะโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการมอบหมายจากอาจารย์
- ภายใต้การดูแล ควบคุมจากอาจารย์แพทย์

กิจกรรมวิชาการ

- นำเสนอ topic reviews ที่ได้รับมอบหมายในวันอังคาร
- นำเสนอShort review ประมาณ15นาที เป็น presentation เป็นการตอบคำถามที่ได้รับมอบหมาย
- ดูแลและสอนนักศึกษาแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ในการ round ward เข้า เย็น

งานวิจัย

- ทำงานวิจัยให้สำเร็จพร้อมนำเสนอผลงานตามกฎระเบียบของคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบอนุสาขา ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

งานเวชระเบียน

- ดูแลความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในความรับผิดชอบตั้งแต่ admit จน discharge
- บันทึก logbooks ให้สมบูรณ์
- ดูแลและควบคุมการทำเอกสารผู้ป่วยผ่าตัด การเขียนใบส่งตรวจต่างๆ จนถึงการทำรูป specimen

การทำงานด้านวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน

โครงการทำวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก กำหนดให้แพทย์ประจำบ้านฯ ทุกคนต้องเข้าหลักสูตรทางการศึกษาวิจัยดังนี้

๑. หลักสูตรของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยซึ่งจะจัดอบรมก่อนเปิดภาคการศึกษาในแต่ละปี
๒. หลักสูตรของภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ซึ่งจะจัดอบรมปีละอย่างน้อย ๑ หลักสูตร

เพื่อให้มีความรู้เบื้องต้นในการศึกษาข้อมูลและทำการวิจัยทางคลินิก แพทย์ประจำบ้านต่อยอดทุกคนจะต้องมีประสบการณ์ในการผลิตผลงานทางวิชาการ ๑ เรื่อง ในระหว่างการฝึกอบรม ภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อกำหนดของคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และจะต้องนำเสนอในที่ประชุมวิชาการในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ

แพทย์ประจำบ้านทุกคนจะมีอาจารย์เป็นที่ปรึกษาด้านการวิจัย โดยอาจารย์จะมีหน้าที่ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา และสนับสนุนการทำวิจัยในเรื่องที่แพทย์ประจำบ้านสนใจ หากแพทย์ประจำบ้านไม่สามารถหาหัวข้อวิจัยได้ในระยะเวลาที่กำหนด อาจารย์ที่ปรึกษาจะเป็นผู้กำหนดให้ สำหรับงบประมาณการทำวิจัยนั้น อาจได้รับมาจากงบประมาณการทำวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หรือคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หรือจากแหล่งอื่นๆ แล้วแต่กรณีไปเกณฑ์การตัดสินการทำวิจัยจะต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ โดยจะมีคณะกรรมการฝ่ายวิจัยของแพทย์ประจำบ้านเป็นกรรมการตัดสิน

กำหนดการด้านโครงการวิจัยของแพทย์ประจำบ้าน

๑. แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑ จะต้องเข้ารับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการทำวิจัยในเดือนแรกของการเข้า ฝึกอบรม และจะต้องกำหนดหัวข้อวิจัย และนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อที่ประชุม โดยจะมีการกำหนดวันประชุม เพื่อนำเสนอโครงร่างการวิจัยไว้ปีละ ๑ ครั้ง ประมาณเดือนธันวาคมของทุกปี
๒. แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ ในระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ จะเป็นช่วงเวลาการทำวิจัย และนำเสนอผลการวิจัยในเดือนพฤษภาคม

การบริหารหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีการดำเนินการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านเพื่อเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะกรรมการดังกล่าว มีหน้าที่คือ

๑. กำหนดนโยบาย วางแผน ควบคุม กำกับ และติดตามประเมินผลการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักสูตรฯ
๒. เป็นที่ปรึกษาให้แก่แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โดยให้การสนับสนุน แนะนำ ตัดสินใจ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เป็นไปตามนโยบาย และวัตถุประสงค์
๓. แต่งตั้งคณะกรรมการ หรือคณะทำงานได้ตามความเหมาะสมเพื่อให้การบริหารหลักสูตรฯ เป็นไปตามนโยบายและวัตถุประสงค์

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักประกอบไปด้วย อาจารย์แพทย์จากภาควิชาศัลยศาสตร์ ตัวแทนจากภาควิชาต่างๆที่เกี่ยวข้องในสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาจารย์ตัวแทนจากภาควิชาศัลยศาสตร์คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และหน่วยงานในสังกัดคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อรับผิดชอบการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ดังรายชื่อต่อไปนี้

รายชื่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี พ.ศ. ๒๕๖๘

- | | |
|--|-----------|
| ๑. ศ.คลินิก นพ.เอชชัยกาญจน์พิทักษ์ | ที่ปรึกษา |
| ๒. รศ.นพ.เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร
หัวหน้าภาควิชาศัลยศาสตร์ | ที่ปรึกษา |
| ๓. รศ.นพ. เอกภพ สิริชัยนันท์
ตัวแทนอาจารย์สาขาวิชามะเร็งวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ | ที่ปรึกษา |
| ๔. ผศ.นพ.ภัทรพงศ์ กมลภรณ์
ตัวแทนอาจารย์สาขาวิชาโรคระบบทางเดินอาหาร ภาควิชาอายุรศาสตร์ | ที่ปรึกษา |
| ๕. รศ.นพ.สิทธิ พงษ์กิจการุณ
ตัวแทนอาจารย์ภาควิชารังสีวิทยา | ที่ปรึกษา |
| ๖. รศ.นพ.พัฒนา ศรมยุธา
ตัวแทนอาจารย์ภาควิชาพยาธิวิทยา | ที่ปรึกษา |
| ๗. ผศ.นพ.ธนิศ วีรังคบุตร
ตัวแทนอาจารย์ภาควิชาวิสัญญีวิทยา | ที่ปรึกษา |
| ๘. รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร | ที่ปรึกษา |

ตัวแทนอาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

๙. ผศ.พญ. อรรจนา เตชะกำพุช	ที่ปรึกษา
ตัวแทนอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	
๑๐.อ.นพ.นิธิคุณ บุญอึ้ง	ที่ปรึกษา
ตัวแทนอาจารย์หน่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	ที่ปรึกษา
๑๑.ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์	ที่ปรึกษา
ตัวแทนอาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์	
๑๒. รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา	ประธานแผนงานฝึกอบรม
๑๓. ผศ.นพ.ปิติโชติ หิรัญเทพ	กรรมการ
๑๔. อ.นพ.ธนัท โชติจารุณณังค์	กรรมการ
ผู้เชี่ยวชาญด้านแพทยศาสตร์ศึกษา	
๑๕. พว. ประไพ อริยประยูร	กรรมการร่วม
๑๖. พว.สุจินดา ลดาสุนทร	กรรมการร่วม
หัวหน้าการพยาบาลชั้นสูงกลุ่มผู้ป่วยแผลเรื้อรังและออสโตมี	
๑๗. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย	กรรมการร่วม
๑๘. หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง	กรรมการร่วม
๑๙. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์	กรรมการร่วม
๒๐. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาลำไส้ใหญ่และทวารหนัก	กรรมการร่วม
๒๑. อ.นพ.สามารถ ภูวไพโรศิริศาล	กรรมการและเลขานุการ
๒๒. คุณสิรินนา เอี่ยมมงคล	กรรมการผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ของคณะกรรมการฯ มีดังนี้คือ

๑. จัดทำและปรับปรุงหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้สอดคล้องกับหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักของแพทยสภา (โดยราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย)

๒. กำหนดนโยบาย วางแผน ดำเนินการ และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล หรือ สถาบันอื่นๆ พร้อมทั้งติดตามประเมินผลหน่วยงาน และสถาบันที่เกี่ยวข้องในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวาร

๓. แต่งตั้งคณะทำงานเฉพาะด้านเพื่อสนับสนุนในการฝึกอบรมให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เหมาะสมตาม วัตถุประสงค์

๔. เป็นที่ปรึกษาคณะทำงานย่อยต่างๆ โดยให้การสนับสนุน แนะนำ ตัดสินใจ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่างๆ ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ เป็นไปตามนโยบาย และบรรลุวัตถุประสงค์

๕. ประสานและจัดตารางการฝึกอบรมโดยยึดแพทย์ประจำบ้านฯ ที่เข้ารับการฝึกอบรมเป็นศูนย์กลาง (resident focus) เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านที่เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ ความชำนาญมากที่สุด

เพื่อให้การดำเนินงานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เป็นไปได้ อย่างเรียบร้อย มีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จ จึงได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการย่อยขึ้นอีก ๓ คณะ ประกอบด้วย

๑. คณะกรรมการด้านการประกันคุณภาพ และตรวจสอบภายใน
๒. คณะกรรมการประเมินผล และตรวจสอบ Log book
๓. คณะกรรมการด้านวิจัยและจริยธรรม

แผนภูมิแสดงโครงสร้างและระบบการบริหารโครงการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
อนสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
รศ.นพ.วิวัฒน์ สุวรรณธรรมา (ประธานกรรมการฯ)

คณะกรรมการดำเนินงานฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน
 อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
 ๓ คณะ

คณะกรรมการด้านการประกันคุณภาพ
และตรวจสอบภายใน

1. รศ.นพ.เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ที่ปรึกษา
2. รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา ประธาน
3. ผศ.นพ.ปิโตติ หิรัญเทพ กรรมการ
4. อ.นพ.สามารถ ภูวไพโรศิรศาล กรรมการและ
เลขานุการ

คณะกรรมการการประเมินผล
และตรวจสอบ log book

1. รศ.นพ.เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ที่ปรึกษา
2. รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา ประธาน
3. ผศ.นพ.ปิยะโชติ หิริญเทพ กรรมการ
4. อ.นพ.สามารถ ภูวไพโรศิรศาส กรรมการและ
เลขานุการ

คณะกรรมการด้านวิจัย
และจริยธรรม

1. รศ.นพ.เฉลิมพงษ์ ฉัตรดอกไม้ไพร ที่ปรึกษา
2. รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา ประธาน
3. ผศ.นพ.ปิโตติ หิรัญเทพ กรรมการ
4. อ.นพ.สามารถ ภูวไพโรศิรศาล กรรมการและ
เลขานุการ

บทบาทของแพทย์ประจำบ้านในการบริหารจัดการหลักสูตร

แพทย์ประจำบ้านฯ แต่ละชั้นปีจะมีตัวแทนของชั้นปี (หัวหน้าชั้นปี) เข้าร่วมในคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ซึ่งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ ปีที่ 2 ถือเป็นหัวหน้าของแพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งหมด มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลความเรียบร้อยโดยทั่วไปทั้งเรื่องการเรียนรู้ พฤติกรรม และปัญหาอื่นๆของแพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งหมด
2. ทำหน้าที่เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้านฯ เพื่อติดต่อประสานงานกับคณะกรรมการฝึกอบรม เพื่อให้การปฏิบัติงานและการศึกษาของแพทย์ประจำบ้านฯ ทุกคนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
3. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการฝึกอบรม และมีส่วนร่วมในการกำหนดและวางแผนการดำเนินการหลักสูตร รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำกับดูแล และประเมินการฝึกอบรม
4. เป็นตัวแทนในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับหลักสูตรฯให้แพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งหมด รวมทั้งผลการประเมินหลักสูตร และเป็นที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านฯทั้งหมดเกี่ยวกับหลักสูตรฯ
5. เป็นตัวแทนของคณะกรรมการฝึกอบรมเพื่อรับฟังปัญหา และข้อควรปรับปรุงแก้ไขจากแพทย์ประจำบ้านฯอื่นๆ และนำเสนอในที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรม
6. มีหน้าที่ในการรับปรึกษาให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งของแพทย์ประจำบ้านฯ ตามที่เห็นสมควร
7. ในกรณีที่แพทย์ประจำบ้านฯ มีปัญหาเกี่ยวกับการฝึกอบรมและต้องการความช่วยเหลือ ตัวแทนแพทย์ประจำบ้านฯ ในชั้นปีเดียวกันจะร่วมมือกับอาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำสาย ในการวิเคราะห์สาเหตุ หาทางแก้ไข และติดตามความคืบหน้าหลังการแก้ไขปัญหาแล้ว
8. เป็นตัวแทนแพทย์ประจำบ้านฯ ในการเข้าร่วมประชุมกับแพทย์ประจำบ้านฯ ภาควิชาอื่นๆ หรือโรงพยาบาลอื่นๆ

การประเมินผลการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

ในการประเมินผลการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จะ ประกอบด้วย

๑. การประเมินผลของหน่วยงาน ที่แพทย์ประจำบ้านหมุนเวียนเข้ารับการอบรมและปฏิบัติตามตารางการปฏิบัติงานทั้งด้านความรู้ ความสามารถทางด้านคลินิก ค่านิยม ทักษะ และด้านจริยธรรม
๒. การประเมินด้านความรู้ทางวิชาการ ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

รายละเอียดการประเมิน ได้แก่

๑. การประเมินของหน่วยงาน

ในการประเมินผลแพทย์ประจำบ้านฯ ที่ผ่านหน่วยย่อยในแต่ละช่วงเวลา คณะกรรมการฝึกอบรมฯ และหน่วยงานหรือสถาบันที่แพทย์ประจำบ้านเข้ารับการฝึกอบรมเพิ่มเติมรับผิดชอบในการที่จะประเมินผลประสพการณ์เรียนรู้และความก้าวหน้าของแพทย์ประจำบ้านฯ ในแต่ละระดับขั้นตามความเหมาะสมทั้งทางทฤษฎี ทางปฏิบัติและหัตถการทางศัลยกรรม ความสามารถในการตัดสินใจ ความสามารถและความรับผิดชอบในการดูแลรักษาผู้ป่วย ศัลยกรรม เจตคติ ทักษะ จริยธรรมและมนุษยสัมพันธ์ ทั้งนี้อยู่ในดุลยพินิจของหน่วยงานหรือสถาบันฝึกอบรมฯ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมในหน่วยนั้นๆ ก็จะทำหนังสือแจ้งต่อคณะกรรมการฯ เพื่อพิจารณาให้ความเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านฯ ผู้นั้นผ่านการประเมินหรือไม่ เพื่อให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ ทำการพิจารณาประเมินแพทย์ประจำบ้านฯ นั้นว่าจะผ่านการประเมินในแต่ละขั้นปีหรือไม่ ต่อไป

๒. การประเมินผลทางวิชาการ ประกอบด้วย การประเมินความรู้ทางภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ

๒.๑ การประเมินความรู้ภาคทฤษฎี

จุดประสงค์เพื่อให้ทราบพัฒนาการของการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านฯ ว่าประสบผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ใช้ประกอบการประเมินอื่นๆ ว่าสามารถผ่านชั้นเรียนในชั้นปีที่สูงขึ้นหรือไม่ หรือสำเร็จหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก นอกจากนั้นยังเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับแพทย์ประจำบ้านฯ ที่กำลังจะเข้าสอบประเมินความชำนาญเพื่อวุฒิบัตรฯ

คณะกรรมการจัดสอบภาคทฤษฎีจะรับหน้าที่จัดสอบประมาณเดือนมีนาคม - พฤษภาคมของทุกปี การสอบประเมินจะแบ่งเป็น ๒ ส่วนคือ

๑. การประเมินด้านทฤษฎี โดยจัดให้มีการสอบโดยข้อสอบปรนัย ๓๐ ข้อ
๒. การสอบปากเปล่า

เป็นการสอบโดยการสัมภาษณ์จากคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเกณฑ์การผ่านประเมินจะยึดตามข้อกำหนดของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

๒.๒ การประเมินความรู้ภาคปฏิบัติ

จุดประสงค์เพื่อให้ทราบพัฒนาการของการเรียนภาคปฏิบัติของแพทย์ประจำบ้านฯ โดยแพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องบันทึกรายงานการผ่าตัดและช่วยผ่าตัดลงในบันทึกการผ่าตัดผ่าน Log book ประจำตัว แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องนำบันทึกดังกล่าวให้แก่อาจารย์แพทย์ที่เป็นเจ้าของไข้ ลงลายมือชื่อเป็นการยืนยันและตรวจสอบเบื้องต้น นอกจากนั้นแพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องนำส่งบันทึกดังกล่าวให้แก่อาจารย์ที่ปรึกษาหรือกรรมการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อตรวจสอบเป็นประจำทุกเดือน ข้อมูลทั้งหมดคณะกรรมการจะนำส่งสำนักเลขานุการ คณะกรรมการฝึกอบรมเพื่อสรุปผลการประเมินและนำเข้าพิจารณาในกรรมการฝึกอบรมฯ ต่อไป

บันทึกการผ่าตัดประจำตัวนี้ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย จะใช้พิจารณาในการสอบประเมินความชำนาญเพื่อวุฒิบัตรฯ ด้วย

๓. การประเมินความรู้, ความรับผิดชอบ และเรื่องทั่วไปประจำเดือน

จุดประสงค์เพื่อประเมินความรู้, ความรับผิดชอบ ทักษะของแพทย์ประจำบ้านฯ เป็นประจำทุกเดือน โดยจะประเมินด้านความรู้ด้านทฤษฎีและภาคปฏิบัติ แพทย์ประจำบ้านฯ ยังต้องถูกประเมิน ด้านค่านิยม ทักษะ จริยธรรม และมนุษยสัมพันธ์ต่อผู้ร่วมงานอีกด้วย ผลการประเมินจะแจ้งให้แพทย์ประจำบ้านนำไปพิจารณาปรับปรุงแก้ไข นอกจากนั้นผลการประเมินประจำเดือนอาจนำมาใช้ในคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ของกรมการแพทย์ เพื่อพิจารณาว่าจะให้แพทย์ประจำบ้านผ่านเกณฑ์หรือจะส่งแพทย์ประจำบ้านผู้นั้นเข้าสอบประเมินเพื่อวุฒิบัตรหรือไม่ต่อไป การประเมินจะทำการเป็นประจำทุกสัปดาห์สุดท้ายของเดือน

ในทางกลับกัน แพทย์ประจำบ้านยังได้รับสิทธิในการประเมินการเรียนการสอนของอาจารย์แพทย์ ทั้งในส่วนของเนื้อหาและระบบสวัสดิการต่างๆ ของหน่วยงานหรือสถาบันที่ผ่านเป็นประจำทุกเดือน เพื่อทางสถาบันฝึกอบรมจะทำการปรับปรุงให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น การประเมินจะทำทุกสิ้นเดือนก่อนที่แพทย์ประจำบ้านจะย้ายไปหน่วยงานหรือสถาบันฝึกอบรมลำดับต่อไป

การประเมินผลการฝึกอบรม

ในการประเมินผลการฝึกอบรมของแพทย์ประจำบ้านนั้นจะมีการประเมินผลในหลายด้าน ทั้งการประเมินผลประจำเดือนด้านความรู้ด้านทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การประเมินด้านจริยธรรม การสอบประเมินความรู้ทางวิชาการ ประจำปีโดยการสอบทั้งทางทฤษฎี และสอบปากเปล่า นำผลที่ได้เสนอให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ รับทราบ เพื่อพิจารณาตัดสินว่าสามารถให้เลื่อนชั้นปีการฝึกอบรมหรือส่งสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ และทวารหนักของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์หรือไม่

ด้านการประเมินความรู้ทางวิชาการ คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่ และทวาร-หนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีจะจัดการสอบความรู้เพื่อประเมินผลรวมทุกชั้นปี ปีละ ๑ ครั้ง โดยจะจัดสอบประมาณเดือนมีนาคมของทุกปี

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักชั้นปีที่ 2 ต้องเข้าสอบเพื่อประเมินผลศัลยศาสตร์ทางคลินิก และการสอบปากเปล่า

ผลการประเมิน จากผลการประเมินต่างๆ ดังกล่าวนี้ จะส่งมอบให้คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลราชวิถี ใช้เป็นเกณฑ์ประกอบการพิจารณาว่าตัดสินว่า แพทย์ประจำบ้านฯ ผ่านการฝึกอบรม สามารถให้เลื่อนชั้นปีการฝึกอบรมหรือส่งสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์หรือไม่

การเลื่อนขั้นของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑. แพทย์ประจำบ้านเมื่อเสร็จสิ้นการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 และผ่านการประเมิน ก็จะได้รับพิจารณาเลื่อนขั้นฝึกอบรมในปีที่ 2 ต่อไป

๒. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิในการทำหนังสืออุทธรณ์ความเห็นของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ต่อคณะกรรมการฝึกอบรมของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

๓. ในกรณีที่ไม่ได้บัญญัติไว้ในระเบียบฉบับนี้ ให้คณะกรรมการฯ พิจารณาลงมติ และมติของคณะกรรมการฯ ให้ถือเป็นที่สุด

การส่งแพทย์ประจำบ้านฯ เข้ารับการสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย

ในการที่แพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชั้นปีที่ 2 จะเข้ารับการประเมินและสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยนั้น แพทย์ประจำบ้านจะต้อง

- ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการฝึกอบรม อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าผ่านการฝึกอบรมครบตามหลักสูตรของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี คือผ่านการฝึกอบรม ปฏิบัติในหน่วยงานสาขาต่างๆ การประเมินจริยธรรม การสอบความรู้ทางวิชาการภาคทฤษฎีทั้งข้อเขียนและปากเปล่า และภาคปฏิบัติ
- มิได้ต้องโทษหรืออยู่ในระหว่างการสอบสวนความผิดที่ร้ายแรงที่มีผลต่อการส่งสอบของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ
- มีคุณสมบัติครบตามที่ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์ฯ กำหนด ได้แก่ การส่งประสบการณ์การผ่าตัด (log book) และมีผลงานทางวิชาการ ๑ เรื่อง

ประสบการณ์การผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องบันทึกประสบการณ์การทำหัตถการต่างๆ ในทางศัลยกรรม การช่วยผ่าตัดและการผ่าตัดเองในแต่ละชั้นปี โดยกำหนดว่าตลอดการฝึกอบรม ภายในระยะเวลา 2 ปี

เมื่อจบการฝึกอบรมแล้ว แพทย์ประจำบ้านจะต้องส่งบันทึกประสบการณ์ผ่าตัดทั้งหมดในฐานะผู้ช่วยและศัลยแพทย์ผู้ทำผ่าตัดเองรวมตลอดระยะเวลา 2 ปีนั้น โดยมีหัวหน้าผู้รับผิดชอบหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ลงชื่อรับรอง

บันทึกการผ่าตัดนั้นนอกจากจะใช้แสดงต่อคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์กรรมการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางประกอบการประเมินผลและพิจารณาส่งสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ ของแพทย์ประจำบ้านผู้นั้น และคณะกรรมการประเมินผลของราชวิทยาลัยศัลยศาสตร์จะได้ตรวจสอบเพื่อพิจารณาให้ทำการสอบได้หรือไม่ต่อไป จำนวนหัตถการและการผ่าตัดที่แพทย์ประจำบ้านอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักต้องบันทึกในแบบบันทึกประสบการณ์การทำหัตถการหรือการผ่าตัด (Case Logbook) ในระหว่างการ ฝึกอบรมเพื่อใช้ในการประกอบการสอบเพื่อวุฒิบัตรฯ **เป็นดังตาราง**

Procedure	Assistant	Surgeon under supervision
Procedures for hemorrhoids	20	10
Procedures for 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

ระบบอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

วัตถุประสงค์ของการจัดให้มีระบบอาจารย์ที่ปรึกษา

๑. เพื่อให้คำแนะนำทางวิชาการ
๒. เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบ กฎเกณฑ์ต่างๆ ของสถาบันฝึกอบรม บริการและสวัสดิการต่างๆ
๓. เพื่อให้แพทย์ประจำบ้านมีบุคคลเป็นที่พึ่งในการรับฟังปัญหา และมีผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหาทั้งเรื่องการเรียนรู้ การปฏิบัติงาน และปัญหาส่วนตัว
๔. เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีต่อกันระหว่างสถาบันฝึกอบรม แพทย์ประจำบ้าน และอาจารย์ผู้ฝึกสอน

หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษา

๑. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาด้านวิชาการ

- ๑.๑ ให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับหลักสูตร การวิจัย
- ๑.๒ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเรียน การค้นคว้า และติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ ควรดักเตือนแพทย์ประจำบ้านตามความเหมาะสม
- ๑.๓ ให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือแพทย์ประจำบ้าน ในการแก้ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเรียนหรือการวิจัย

๒. หน้าที่อาจารย์ที่ปรึกษาด้านบริการและพัฒนาแพทย์ประจำบ้าน

- ๒.๑ แนะนำสวัสดิการต่างๆ ของสถาบันฝึกอบรม
- ๒.๒ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาส่วนตัว ได้แก่ ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ทั้งสุขภาพกาย และสุขภาพจิต
- ๒.๓ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสังคม ได้แก่ การปรับตัวในสังคมทั้งภายในและภายนอกสถาบันฯ การพัฒนาบุคลิกภาพ ความประพฤติและจริยธรรม

๒.๔ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางการเงิน ได้แก่ ปัญหาการขาดแคลนทุนทรัพย์ และ

แสงวงหา

แหล่งสวัสดิการที่จะช่วยเหลือแพทย์ประจำบ้านทางด้านนี้

๒.๕ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับวิชาชีพ ได้แก่ ความเข้าใจ ทักษะ จรรยาบรรณที่ถูกต้องของวิชาชีพ

๓. หน้าที่ของอาจารย์ที่ปรึกษาทางด้านอื่น ๆ

๓.๑ พิจารณาคำร้องต่างๆ ของแพทย์ประจำบ้านและดำเนินการให้ถูกต้องตามระเบียบ

๓.๒ กำหนดเวลาให้แพทย์ประจำบ้านเข้าพบเพื่อขอคำปรึกษาอย่างสม่ำเสมอ

๓.๓ ประสานงานกับอาจารย์ท่านอื่นๆ และหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือแพทย์ประจำบ้าน

๓.๔ ชี้แจง และทำความเข้าใจกับแพทย์ประจำบ้าน ถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบอาจารย์ที่ปรึกษา

๓.๕ ให้คำรับรองแก่แพทย์ประจำบ้าน เมื่อแพทย์ประจำบ้านต้องการไปแสดงต่อผู้อื่น

๓.๖ เก็บข้อมูลรายละเอียดของแพทย์ประจำบ้านในความรับผิดชอบอย่างเป็นระบบและเป็นความลับ

การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพของแพทย์ประจำบ้าน

คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพแพทย์ และเพื่อให้แพทย์ประจำบ้านฯ ที่เข้ารับการฝึกอบรมได้จบเป็นศัลยแพทย์ที่ดี มีความซื่อสัตย์ต่อวิชาชีพแพทย์ มีความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยอย่างสูง จึงได้ตั้งคณะกรรมการด้านจริยธรรมแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งประกอบด้วย

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| 1. ศ.คลินิก นพ.เอชชัยกาญจนพิทักษ์ | ที่ปรึกษา |
| 2. รศ.นพ.วีรพัฒน์ สุวรรณธรรมา | ประธาน |
| 3. ผศ.นพ.ปิติโชติ หิรัญเทพ | กรรมการ |
| 4. อ.นพ.สามารถ ภูวไพโรศิริศาล | กรรมการและเลขานุการ |

โดยให้คณะกรรมการชุดนี้มีหน้าที่และความรับผิดชอบดังนี้คือ

๑. ดำเนินการอบรมด้านจริยธรรม สอดแทรกความรู้ด้านจริยธรรมแก่แพทย์ประจำบ้าน อย่างเป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง

๒. ประชุมแพทย์ประจำบ้านอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรวบรวมข้อมูลและปัญหาด้านจริยธรรม เพื่อปรับปรุงแก้ไข

๓. ประเมินจริยธรรมแพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์

เนื้อหาของจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ประกอบด้วย

๑. ศิลปะในการทำเวชปฏิบัติ
๒. หน้าที่ต่ออาชีพแพทย์เพื่อเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ
๓. มารยาทและการปฏิบัติต่อสมาชิกแพทย์ร่วมอาชีพ
๔. การดำรงตนในสังคม
๕. หน้าที่ต่อผู้ป่วย

๖. หน้าที่ต่อรัฐ

๗. ธรรมของแพทย์

กิจกรรมเพื่อส่งเสริมด้านจริยธรรมสำหรับแพทย์ประจำบ้าน

๑. มีการสอดแทรกเนื้อหาของจรรยาแพทย์และจริยธรรมในการประชุมวิชาการทุกเช้า ขณะตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน และการตรวจผู้ป่วยนอกร่วมกันทุกวัน
๒. มีการอบรมสอดแทรกเนื้อหาของจรรยาแพทย์และจริยธรรมในการปฐมนิเทศ ทุกต้นเดือนสำหรับแพทย์ประจำบ้านที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานในกลุ่มงานศัลยกรรม และจัดให้มีชั่วโมงอบรมด้านจริยธรรมทุก ๓ เดือน
๓. มีการแจกจ่ายเอกสารข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.๒๕๒๖ สำหรับแพทย์ประจำบ้านใหม่ และจัดอบรมด้านจริยธรรมในการปฐมนิเทศแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ ๑ ก่อนเข้ารับการศึกษา ฝึกอบรม โดยจัดร่วมกับแพทย์ประจำบ้านทุกสาขา ของกรมการแพทย์เป็นประจำทุกปี

วิธีการประเมินด้านจริยธรรม

๑. จากการเฝ้าสังเกตของอาจารย์โดยตรง
๒. จากการรายงานและตอบแบบสอบถามของพยาบาลประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมและบุคลากรอื่นๆ ของโรงพยาบาลซึ่งจะมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานในกรณีที่มีการประพฤติไม่ถูกต้องหลักจริยธรรม
๓. จากความคิดเห็นของผู้ป่วยและญาติ โดยมีการตั้งกล่องรับความคิดเห็นตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น หอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอก, ห้องฉุกเฉิน เป็นต้น

นอกจากนี้ในการประเมินแพทย์ประจำบ้านฯ โดยอาจารย์แพทย์แต่ละแผนกทุกเดือน ก็มีส่วนที่เป็นการประเมินด้านเจตนาดีจริยธรรมของแพทย์ประจำบ้านฯ รายละเอียดดังกล่าวแล้วในส่วนของการประเมินแพทย์ประจำบ้านฯ ซึ่งจะประกอบด้วยตัวชี้วัดดังนี้คือ

๑. ความสัมพันธ์ของแพทย์ประจำบ้านฯ กับผู้ป่วย
๒. ความสัมพันธ์ของแพทย์ประจำบ้านฯ กับบุคลากร
๓. ความมีสัมมาคารวะของแพทย์ประจำบ้านฯ ต่ออาจารย์

ทรัพยากรทางการศึกษา

๑. สถาบันฝึกอบรมเป็นโรงพยาบาลขนาด ๑,๒๖๗ เตียง มีหน่วยงานหลากหลายสาขาได้แก่ อายุรศาสตร์, สูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา, ออร์โธปิดิกส์, ศัลยศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยต่างๆ ได้แก่ ศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป, ศัลยศาสตร์หลอดเลือดและปลูกถ่ายอวัยวะ, ศัลยศาสตร์ตับ ตับอ่อนและทางเดินน้ำดี, ศัลยศาสตร์เต้านมและต่อมไร้ท่อ, ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ เวชบำบัดฉุกเฉินและเวชบำบัดวิกฤต, ศัลยศาสตร์ตกแต่งและแม็กซีโลเฟเชียล, ศัลยศาสตร์ทรวงอก, ศัลยศาสตร์ระบบปัสสาวะ, ประสาทศัลยศาสตร์, กุมารศัลยศาสตร์ และมีภาควิชาต่างๆ ได้แก่ วิสัญญีวิทยา, กุมารเวชศาสตร์, จิตเวชศาสตร์, จักษุวิทยา, โสต ศอ นาสิก การรังสีวิทยา, พยาธิวิทยา ฯลฯ จำนวนเตียงในศัลยกรรมผู้ป่วยใน, ผู้ป่วยนอก, หอผู้ป่วย, ความหลากหลายของโรค และจำนวนคนไข้ที่ได้รับการดูแลรักษาและผ่าตัดเพียงพอสำหรับการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (เอกสาร ก, ข)
๒. ระบบสื่ออิเล็กทรอนิกส์ โดยมีห้องสมุดที่มีฐานข้อมูลจำนวนมาก และระบบ VPN สามารถเข้าสู่ฐานข้อมูลจากภายนอกโรงพยาบาล ทำให้แพทย์สามารถเรียนรู้ได้ตั้งต้นและสะดวกขึ้น

๓. มีการจัดการประชุมวิชาการบรรยายต่างๆ เพื่อรองรับการฝึกอบรม
๔. มีการจัดอบรมวิทยาศาสตร์การแพทย์พื้นฐานสำหรับแพทย์ประจำบ้านทุกสาขา เป็นพื้นฐานการฝึกอบรม
๕. มีผู้สำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรมาเป็นทั้งที่ปรึกษา, กรรมการฝึกอบรม
๖. มี MOU เพื่อแลกเปลี่ยนการฝึกอบรมจากสถาบันในและนอกประเทศ
๗. รูปแบบสนับสนุนงานวิจัยทั้งประเภทสถิติ วิธีการ รวมทั้งสนับสนุนงบประมาณ โดยส่วนงานวิจัยของโรงพยาบาล
๘. มีหอพักและสวัสดิการการรักษายามเจ็บป่วยของผู้เข้ารับการฝึกอบรม
๙. ระบบห้องปฏิบัติการที่ทันสมัย ตรวจวินิจฉัยโรคได้
๑๐. ระบบเทคโนโลยีภาพทางการแพทย์ขั้นสูง x-ray, CT, MRI, PET CT scan
๑๑. ห้องฝึกปฏิบัติการทั้ง Wet Lab and Dry lab สำหรับฝึกการผ่าตัดแบบต่างๆ
๑๒. ระบบบุคลากรดูแลการศึกษาฝึกอบรมโดยส่วนกลาง และในหน่วยงาน
๑๓. Simulator training model
๑๔. การจัดการประชุมวิชาการระหว่างแผนก ส่งเสริมการทำงานแบบสหวิชาชีพ เช่น MDT tumor, conference, MDT LARC conference, MDT CRLM/ HCC conference, Clinicopathological conference, Inter-department Trauma Conference, Nutrition Support Team Conference
๑๕. จัดทำ Workshop สำหรับแพทย์ประจำบ้าน ๒ เรื่องต่อปี
๑๖. มีห้องประชุมในภาควิชาศัลยศาสตร์ ๕ ห้อง และของโรงพยาบาลอีก ๒๕ ห้องประชุมที่เป็นส่วนกลาง
๑๗. ระบบคอมพิวเตอร์ในห้องพักแพทย์ และสำนักงานมีจำนวนมากเพียงพอ

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ ๑ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Basic science in colorectal surgery)

๑. ANATOMY/EMBRYOLOGY OF SMALL BOWEL, COLON, RECTUM, ANUS, PELVIS, AND PELVIC FLOOR

๑.๑ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปราย ตลอดจนแยกแยะความสำคัญของกายวิภาคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑.๑.๑ Colon: anatomic features; anatomic relationship of colon segments; blood supply; lymphatic drainage; sympathetic and parasympathetic innervation.

๑.๑.๒ Small bowel: segments of the small bowel; origin and anatomy of vascular supply of small bowel segments; innervation.

๑.๑.๓ Rectum: anatomic relation of rectum to fascia, peritoneum, and nerves innervating other pelvic organs; anatomy/histology of rectal wall including valves of Houston; blood supply; lymphatic drainage; sympathetic and parasympathetic innervation.

๑.๑.๔ Anal canal: anatomic relations of anal canal; muscles and epithelium of anal canal, including transitional zone; anal glands; pudendal artery as blood supply to anal canal; lymphatic drainage of anal canal above and below dentate line; innervation of internal and external anal sphincters.

๑.๑.๕ Pelvis and pelvic floor: anatomy and blood supply of bony pelvis; blood supply and innervation of pelvic floor muscles; blood supply and innervation of external pelvic muscles; pathway of sciatic nerve.

๑.๒ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปราย ตลอดจนแยกแยะความสำคัญของคัพภวิทยา (embryology) ต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

๑.๒.๑ Normal embryologic development of the small bowel, colon, rectum, anus, and pelvic floor; normal embryologic rotation of the small bowel, colon, and rectum.

๑.๒.๒ Pathologic embryologic development of the small bowel, colon, and rectum, including abnormalities of rotation, proximal colon duplications, Meckel's diverticulum, Hirschsprung's disease.

๑.๒.๓ Embryologic anomalies associated with the rectum, anus, and pelvic floor, including imperforate anus, rectal duplication cysts, epidermoid cysts, developmental cysts, and teratoma.

๑.๒.๔ Normal embryologic development of the sacrum.

๑.๒.๕ Embryologic sacral anomalies, including sacral dysgenesis, spina bifida, and anterior sacral meningocele.

๒. NORMAL AND ABNORMAL PHYSIOLOGY OF COLON, RECTUM, ANUS, AND PELVIC FLOOR; PHYSIOLOGIC EVALUATION

๒.๑ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายสรีรวิทยาปกติของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนักดังต่อไปนี้

๒.๑.๑ Normal colonic absorption/secretion of water and electrolytes.

๒.๑.๒ Normal colonic metabolism of complex carbohydrates and proteins.

๒.๑.๓ Function of the proximal versus the distal colon in these processes.

๒.๑.๔ Normal colonic motility patterns, transit times, and myoregulation and neuroregulation processes.

๒.๑.๕ The process of normal defecation and the role of colonic fecal storage.

๒.๑.๖ The contribution of the rectum and anus to normal defecation (including rectal compliance and reservoir function, the role of the pressure receptors in the puborectalis and pelvic floor muscles, the rectoanal inhibitory reflex, the sampling reflex, and the role of the external and internal sphincters, the puborectalis and levator ani muscles).

๒.๑.๗ The pharmacology of anal sphincter neurotransmitters.

๒.๑.๘ The contribution of different muscle fiber types to anal continence.

๒.๒ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงอาการหรืออาการแสดงและสาเหตุของสรีรวิทยาที่ผิดปกติของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนักดังต่อไปนี้

๒.๒.๑ Constipation

๒.๒.๒ Enterocoele and sigmoidocoele

๒.๒.๓ Colonic inertia

๒.๒.๔ Megacolon

๒.๒.๕ Colonic pseudo-obstruction

๒.๒.๖ Irritable bowel syndrome

๒.๒.๗ Solitary rectal ulcer syndrome

๒.๒.๘ Rectal prolapse

๒.๒.๙ Symptomatic rectocoele

๒.๒.๑๐ Short segment Hirschsprung's disease

๒.๒.๑๑ Anismus

๒.๒.๑๒ Fecal incontinence

๒.๓ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงวิธีการตรวจประเมินทางสรีรวิทยาของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนักได้แก่ เครื่องมือ ข้อบ่งชี้ เทคนิค และการแปลผล ดังต่อไปนี้

๒.๓.๑ Endoscopy

๒.๓.๒ Contrast study

๒.๓.๓ Transit time study

- ๒.๓.๔ Anorectal manometry
- ๒.๓.๕ Electromyography and pudendal nerve testing
- ๒.๓.๖ Dynamic defecography/dynamic MRI
- ๒.๕.๗ Balloon expulsion
- ๒.๕.๘ Pelvic floor exercise
- ๒.๕.๙ Directed biofeedback
- ๒.๕.๑๐ Endoanal ultrasonography

๓. PREOPERATIVE RISK ASSESSMENT AND PREPARATION FOR SURGERY; POSTOPERATIVE CARE; COMPLICATIONS

๓.๑ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงการประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัดและการเตรียมตัวในผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดของลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง และทวารหนักได้แก่

- ๓.๑.๑ The evaluation of risk for postoperative morbidity/mortality using Goldman or ASA classification.
- ๓.๑.๒ The need for specific preoperative organ system assessment, including cardiac, respiratory, renal, and metabolic/endocrine/nutritional assessment.
- ๓.๑.๓ Indications and advantages/disadvantages of complete mechanical bowel preparation versus enemas for low anastomosis for open and laparoscopic procedures.
- ๓.๑.๔ Prophylactic antibiotic usage, including antibiotic choices to decrease site-specific infection, indications and antibiotic choices to prevent endocarditis and prosthetic seeding, and risks versus benefits of prophylactic antibiotics.
- ๓.๑.๕ Strategies for prevention of venous thromboembolism in low to moderate risk patients, high risk patients, and very high risk patients.
- ๓.๑.๖ Strategies to decrease postoperative ileus, including intraoperative fluid restriction, selective gastric drainage, early feeding, and pharmacologic agents.
- ๓.๑.๗ Preoperative planning for stoma placement, including consultation with enterostomal therapy.

๓.๒ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงการดูแลผู้ป่วยศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับวิธีการส่งเสริมการฟื้นตัวสู่ภาวะปกติหลังผ่าตัด (enhanced recovery after surgery; ERAS) ได้แก่

- ๓.๒.๑ Postoperative pain control via the oral, intravenous, Transverse Abdominis Plane(TAP) block, and epidural route, including use of non-narcotic measures.
- ๓.๒.๒ Goal directed perioperative fluid management.
- ๓.๒.๓ DVT prophylaxis, including compression devices, low dose unfractionated or low molecular weight heparin.

๓.๒.๔ Early postoperative feeding.

๓.๒.๕ Early ambulation.

๓.๓ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงการประเมินที่เหมาะสมและการแก้ไขภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อย ได้แก่

๓.๓.๑ Infectious complications, including abdominal or perineal wound infection, intraabdominal or pelvic abscess, anastomotic leaks.

๓.๓.๒ Clostridium difficile colitis.

๓.๓.๓ Genito - urinary complications, including injury to ureter, bladder, or urethra; sexual and urinary dysfunction; and female infertility and trapped ovary syndrome.

๓.๓.๔ Additional intestinal complications, including adhesive obstruction, prolonged ileus, enteric fistula, and stomal complications

๓.๓.๕ Deep venous thrombosis and pulmonary embolism

๓.๓.๖ Postoperative bleeding

๔. IMAGING, INCLUDING ENDORECTAL/ENDOANAL ULTRASOUND

๔.๑ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงการตรวจภาพถ่ายทางรังสีวิทยาที่เกี่ยวข้องกับศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้แก่

๔.๑.๑ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of plain films, barium enema, gastrograffin enema, small bowel contrast studies, fistulograms and sinograms, abdominal ultrasound and positron emission (PET) scan.

๔.๑.๒ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of standard computed tomography (CT) scanning (plain, or with oral, intravenous, and rectal contrast), CT enterography, and CT colonography.

๔.๑.๓ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of magnetic resonance imaging (MRI), including use of intravenous contrast and endorectal coil.

๔.๑.๔ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of tests used in the evaluation and management of lower GI bleeding, specifically angiography, technetiumlabeled RBC scan and Meckel's scan.

๔.๑.๕ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of dynamic proctography.

๔.๑.๖ The indications, technique, limitations, risks, and interpretation of tests used in the evaluation and management of deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary embolism (PE), specifically venous duplex scan, ventilation/perfusion (V/Q) scan, chest CT scan, and pulmonary angiography.

๔.๒ แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๔.๒.๑ The preparation for and the performance of endoanal (EAUS) and endorectal (ERUS) Ultrasonography

๔.๒.๒ Normal and abnormal anal and rectal ultrasonographic anatomy.

๔.๒.๓ The accuracy of ERUS in staging rectal cancer.

คู่มือแพทย์ประจำบ้านต่อยอดหลักสูตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (25/01/68)

๔.๒.๔ The utility of ERUS in follow-up after rectal cancer resection.

๔.๔.๕ The utility of EAUS in evaluation of fecal incontinence, perianal sepsis and fistula – in ano, and anal canal neoplasms

๕. ENDOSCOPY OF COLON, RECTUM, ANUS, AND POUCHES

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๕.๑ The indications, contraindications, limitations and potential complications (with their management) of anoscopy, rigid proctoscopy, flexible sigmoidoscopy, pouchoscopy, ileoscopy and colonoscopy.

๕.๒ The preparation, positioning, and technique used for anoscopy, rigid proctoscopy, flexible sigmoidoscopy, pouchoscopy, ileoscopy and colonoscopy.

๕.๓ The normal and abnormal findings encountered (including normal landmarks) in the course of anoscopy, rigid proctoscopy, flexible sigmoidoscopy, pouchoscopy, ileoscopy and colonoscopy, and their significance.

๕.๔ The different types/sizes of anoscopes and rigid proctoscopes, and the indications for their use.

๕.๕ The indications/contraindications, advantages/disadvantages of air versus carbon dioxide insufflation in flexible endoscopy.

๕.๖ The indications/contraindications, advantages/disadvantages of rigid versus flexible pouchoscopy and ileoscopy.

๕.๗ The technique, indications, contraindications and potential complications (including their management) of polypectomy, tattooing for localization, pneumatic dilation of colonic strictures, and stenting of colonic strictures.

๕.๘ The techniques for endoscopic control of colonic bleeding and potential complications (including their management).

๕.๙ The indications for prophylactic antibiotic use for endoscopic procedures.

๕.๑๐ The management of anticoagulants or antiplatelet agents in elective, urgent, and emergent endoscopic settings.

๕.๑๑ The indications for use of conscious sedation, monitored anesthesia care with intravenous sedation, and general anesthesia for endoscopy.

๕.๑๒ The drugs used for conscious sedation, including appropriate dosages, side effects, and reversal agents.

๕.๑๓ The appropriate monitoring and discharge instructions for endoscopy performed under conscious sedation, monitored anesthesia care with intravenous sedation, or general anesthesia

ภาคผนวกที่ ๒ ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยโรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในระยะวิกฤตหรือฉุกเฉิน (Emergency and Acute care in colorectal surgery)

๑. Traumatic injury of colon, rectum and anus

Etiology

Penetrating trauma & Blunt trauma

Diagnosis of trauma: radiologic study, peritoneal lavage, computed tomography and sonography

Surgical treatment: Intraperitoneal rectal and colonic injury, extraperitoneal rectal injury, management of blunt trauma, anal sphincter injury,

Iatrogenic injury: injury from operative procedures, endoscopically induced trauma, injury from rectal thermometer, perforation by therapeutic enema, injury from barium enema
Ingested foreign bodies

Foreign bodies and sexual trauma: removal of foreign bodies

Sexual assault & child abuse

Unusual perforations

๒. Complications of colonic disease and their management

Acute colonic obstruction: general considerations, clinical manifestations, diagnosis and clinical evaluation, management

Free perforation: general considerations, clinical manifestations, diagnosis and clinical evaluation, management

Neutropenic enterocolitis

Massive bleeding: general considerations, clinical manifestations, diagnosis and management, exploratory laparotomy

Fistula: general considerations, clinical manifestations, diagnosis and clinical evaluation, Management

๓. Complications of anorectal and colorectal operations

Early complications of anorectal operations: bleeding, severe anal pain, urinary retention, fever, bacteremia, and liver abscess

Delayed complications of anorectal operations: bleeding, fecal impaction, anal wound abscess, fecal incontinence, anal stricture, anal skin tags, ectropion, mucosal prolapse, unhealed wound

Complications of colorectal operations : thromboembolism in inflammatory bowel disease, rectal procidentia, splenic injury, presacral hemorrhage, anastomotic bleeding, injury to ureter, bladder dysfunction, sexual dysfunction, peroneal nerve injury and compartment syndrome, femoral neuropathy, anastomotic leak, anastomotic stricture, fecal incontinence, early postoperative small bowel obstruction, abdominal wound infection, abdominal wound

dehiscence, unhealed perineal wound, postoperative perineal hernia

ภาคผนวกที่ ๓ ความรู้ความชำนาญในการบริหารผู้ป่วยในกลุ่มโรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สำคัญ (Essential colorectal disease)

๑. ANORECTAL DISEASE

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการประเมินและซักประวัติเพื่อทำการวินิจฉัยแยกโรคและตรวจร่างกายได้ด้วยตนเอง เลือกใช้การตรวจสืบค้นเพิ่มเติมในช่วงเวลาที่เหมาะสม ให้การ resuscitation ที่ถูกต้อง ทราบถึงการวินิจฉัยที่ผิดพลาดและการรักษาที่ล้มเหลวตลอดจนการรักษาทางเลือกอื่นในโรคหรือภาวะดังต่อไปนี้

๑.๑. Hemorrhoids

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๑.๑.๑ Proposed etiologies of internal and external hemorrhoids
- ๑.๑.๒ Anatomic distinction between internal and external hemorrhoids
- ๑.๑.๓ Classification of internal hemorrhoids
- ๑.๑.๔ Medical management and non-surgical options for hemorrhoid disease, with the indications, risks, and limitations of each option
- ๑.๑.๕ Surgical management of hemorrhoid disease, including indications, limitations, and Complications

๑.๒ Anal Fissure

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๑.๒.๑ The etiology, signs and symptoms of anal fissure
- ๑.๒.๒ The anatomic location of a classic anal fissure
- ๑.๒.๓ The significance of hypertonic vs.hypotonic internal sphincter in planning the management of anal fissure
- ๑.๒.๔ Indications, contraindications, limitations and complications of non-operative management of fissures
- ๑.๒.๕ Indications, contraindications, and complications of lateral internal sphincterotomy, anoplasty, fissurectomy and anal dilatation

๑.๓ Abscess and Fistula, Including Rectovaginal/Rectourethral Fistula

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง ๑.๓.๑ The cryptoglandular origin of anorectal abscess/ fistula

- ๑.๓.๑ How to differentiate cryptoglandular abscess/fistula from fistula due to other causes
- ๑.๓.๒ The classification of cryptoglandular perianal/perirectal abscess/fistula based on anatomic spaces
- ๑.๓.๓ Park's classification system of anal fistula

๑.๓.๔ Horseshoe abscess/fistula

คู่มือแพทย์ประจำบ้านต่อยอดหลักสูตรอนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (25/01/68)

๑.๓.๕ The natural history of surgically treated perianal/perirectal abscess

๑.๓.๖ The operative management of abscess/fistula disease, including complications

๑.๓.๗ The etiology, classification, preoperative evaluation and treatment of rectovaginal fistulas based on location and etiology, and the results of surgical repair

๑.๓.๘ Intergrate classification scheme for rectovaginal fistulae and justify appropriate timing for intervention.

๑.๓.๙ The evaluation and treatment of rectourethral fistulas, and the results of surgical repair

๑.๔ Benign Anal Miscellaneous; Benign Diseases of Skin Appendages

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๑.๔.๑ Anal Stenosis

ก. The etiologies of anal stenosis

ข. The surgical and non-surgical management of anal stenosis, including indications, risks, and benefits

๑.๔.๒ Pruritis Ani and Dermatologic Conditions

ก. The clinical presentation, etiology, and management of pruritus ani, including indications for skin biopsy

ข. The clinical presentation, etiology, and management of perianal dermatologic complaints, including psoriasis, eczema, shingles, herpes, and contact dermatitis

๑.๔.๓ Sexually Transmitted Infections

ก. The etiology and colon and rectal manifestations of the most common bacterial and viral sexually transmitted infections

ข. The medical treatment of the most common bacterial and viral sexually transmitted infections which affect the anorectum

ค. The etiology and diagnosis of condylomata acuminata

ง. The influence of human papilloma virus serotypes on subsequent cancer development

จ. The technique, limitations, pros and cons of anal cytology in the diagnosis and management of anal intraepithelial dysplasia

๑.๔.๔ Hidradenitis Suppurativa

ก. The pathophysiology, signs/symptoms, and medical and surgical management of hidradenitis suppurativa

ข. Options for surgical management of hidradenitis suppurative, including risks and benefits

๑.๔.๕ Pilonidal disease

ก. The pathophysiology and signs/symptoms of pilonidal disease

ข. Options for surgical management of pilonidal disease, including risks and benefits

๒. BENIGN DISEASE (INCLUDES IBD)

๒.๑ Colonic Diverticular Disease

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๒.๑.๑ The proposed etiologies, incidence and epidemiology of colonic diverticular disease
- ๒.๑.๒ The spectrum of presentation of uncomplicated and complicated colonic diverticular disease, including symptoms, physical findings and diagnostic test findings
- ๒.๑.๓ The signs, symptoms and diagnostic findings for uncommon presentations of colonic diverticular disease
- ๒.๑.๔ The rationale and indications for medical and/or surgical management of diverticular disease and its complications
- ๒.๑.๕ The role, technique, and outcomes for laparoscopic lavage in purulent peritonitis secondary to perforated diverticulitis.

๒.๒ Lower Gastrointestinal Bleeding (LGIB)

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๒.๒.๑ List the etiologies of hematochezia
- ๒.๒.๒ Compare and contrast the utility, specificity and sensitivity of colonoscopy, angiography, and nuclear scans in the evaluation of lower GI bleeding
- ๒.๒.๓ Discuss the evaluation of chronic recurrent lower GI bleeding, including the use of capsule enteroscopy, double-balloon enteroscopy, exploratory laparotomy with intraoperative endoscopy, and provocative angiography
- ๒.๒.๔ Discuss etiologies of angiodysplasia
- ๒.๒.๕ Discuss the classification of hemangiomas, their clinical presentation and predominant GI sites

๒.๓ Benign Colon Miscellaneous

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๓.๑ Volvulus and Large Bowel obstruction

- ก. Proposed etiologies, incidence, and epidemiology of volvulus or obstruction of the colon
- ข. The clinical presentation and diagnosis of colonic volvulus or bowel obstruction
- ค. Rationale and indications for nonoperative and operative management options for colonic volvulus (i.e. initial endoscopic decompression) or large bowel obstruction (i.e. endoscopic stent placement)

๒.๓.๒ Endometriosis involving the colon and/or rectum

- ก. The etiology of endometriosis involvement of the colon or rectum
- ข. The clinical presentation and endoscopic and laparoscopic findings of endometriosis
- ค. The indications for medical management of endometriosis involving the colon or rectum
- ง. Indications for operative management of endometriosis involving the colon or rectum

๒.๔ Colon, Rectal and Anal Trauma (Including Foreign Bodies)

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๒.๔.๑ Compare and contrast the utility of imaging and diagnostic tests in the evaluation of blunt colonic abdominal trauma
- ๒.๔.๒ Compare and contrast the utility of different methods of evaluating penetrating colonic abdominal trauma
- ๒.๔.๓ Describe and discuss the management options of colorectal trauma, including their indications, risks and benefits in selected colonic trauma scenarios
- ๒.๔.๔ Identify clinical situations requiring evaluation for possible rectal trauma
- ๒.๔.๕ Describe and discuss methods for the diagnosis of rectal trauma and associated injuries
- ๒.๔.๖ Describe and discuss issues in the surgical management of rectal trauma including drainage, fecal diversion, rectal washout and primary repair
- ๒.๔.๗ Describe and discuss the evaluation and treatment of third and fourth degree obstetrical injuries
- ๒.๔.๘ Describe and discuss the evaluation and treatment of traumatic anal injuries including the role of primary repair, delayed repair and fecal diversion
- ๒.๔.๙ Describe and discuss the evaluation and treatment, surgical and non-surgical, of rectal foreign bodies

๒.๕ Inflammatory Bowel Disease Etiology, Classification, Presentation, Findings

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๒.๕.๑ Presenting symptoms, physical findings, clinical patterns and natural history of Crohn's disease (CD), ulcerative colitis (UC), unclassified inflammatory bowel disease (IBDU), and indeterminate colitis (IC)
- ๒.๕.๒ Extraintestinal manifestations of IBD, including hepatic, bone and joint, dermatologic, ophthalmologic and hypercoagulability
- ๒.๕.๓ The etiology of IBD, including the possible role of genetics, immune function, infectious agents, psychological issues, and environmental factors
- ๒.๕.๔ The comparable and contrasting epidemiologic features of Crohn's disease and ulcerative colitis including age and gender distribution, prevalence, risk, and ethnic and geographic variations
- ๒.๕.๕ The criteria for severity of disease as defined by the Crohn's disease activity index (CDAI) and the Truelove classification for ulcerative colitis; the Vienna and Montreal classifications of Crohn's disease and ulcerative colitis
- ๒.๕.๖ The endoscopic and radiographic findings, distinguishing histologic characteristics and serologic markers in ulcerative colitis, Crohn's disease, IBDU, and IC

๒.๕.๗ The differential diagnosis of diseases mimicking IBD

๒.๕.๘ The impact of IBD on fertility and pregnancy outcome; and the impact of pregnancy on the course of IBD

๒.๖ Medical Management of Inflammatory Bowel Disease

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๖.๑ Mechanism of action, indication, dosage, side effects, and toxicity of drugs used for the treatment of Crohn's disease and ulcerative colitis, including aminosalicylates, corticosteroids, antibiotics, immunomodulatory drugs, and biologics

๒.๖.๒ The initial site - specific medical management

๒.๖.๓ The role of nutritional support

๒.๖.๔ Approaches for induction of remission and maintenance of remission, including the pros and cons of a top - down strategy versus a bottom - up strategy

๒.๖.๕ Medical management of perianal Crohn's disease

๒.๖.๖ The use of postoperative medical prophylactic therapy in Crohn's disease

๒.๖.๗ Risk of small and large bowel carcinoma with regard to extent and duration of disease

๒.๖.๘ Cancer surveillance recommendations, including technique, limitations, interpretation of biopsy results, and the significance of dysplasia (low versus highgrade) and concomitant inflammation

๒.๗ Surgical Management of Ulcerative Colitis

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๗.๑ Indications for surgery, comparing and contrasting elective strategies for chronic ulcerative colitis with urgent/emergent strategies for acute or fulminant colitis

๒.๗.๒ Indications, contraindications, risks, limitations, operative technique and complications of total proctocolectomy with ileal pouch anal anastomosis (IPAA) or permanent ileostomy; or total abdominal colectomy with ileorectal anastomosis

๒.๗.๓ Specifics of ileoanal pouch construction, including double stapled versus hand sewn anastomosis, shape and size of the ileal pouch, and intraoperative techniques used to obtain a tension-free pouch-anal anastomosis

๒.๗.๔ Indications, risks, and benefits for temporary diverting ileostomy proximal to an ileoanal pouch; and the role of a 2 stage versus 3 stage approach

๒.๗.๕ Consideration of ileoanal pouches in the setting of colorectal cancer, in patients with IBDU and IC, and in the elderly

๒.๗.๖ Management of post-surgical surveillance and prophylaxis

๒.๘ Surgical Management of Crohn's Disease

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๘.๑ The indications for surgery for Crohn's disease, comparing and contrasting elective, urgent and emergency operative strategies

๒.๘.๒ The indications, contraindications, risks, limitations, operative technique and complications of segmental resection with or without anastomosis, strictureplasty, fecal diversion, and intestinal bypass

๒.๘.๓ The management of complicated abdominal Crohn's disease, including interloop, intermesenteric, and iliopsoas abscess; enterocutaneous, enteroenteric, and colovaginal fistula; and Crohn's disease of the duodenum and proximal GI tract

๒.๘.๔ Management of anorectal Crohn's disease, including abscess, anal fissure and ulcer, perianal/perirectal fistula (including role of draining setons in the setting of biologic therapy), and rectovaginal and anovaginal fistula, skin tags

๒.๘.๕ Management of post-surgical surveillance and prophylaxis

๒.๙ Management of Less Common Benign Colorectal Disorders

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๙.๑ The etiology, pathogenesis, clinical presentation, diagnostic evaluation and medical and surgical management of acute and chronic colonic ischemia

๒.๙.๒ Risk factors, mechanism of injury, gross and microscopic findings, and medical and surgical management of acute and chronic radiation injury

๒.๙.๓ The clinical presentation and management of microscopic/collagenous colitis, eosinophilic colitis, and lymphocytic colitis

๒.๙.๔ The clinical presentation and management of collagen-associated colitides, including polyarteritis nodosa, cryoglobulinemia, Henoch-Schönlein purpura, Behçet's syndrome, systemic lupus erythematosus, scleroderma, and polymyositis

๒.๙.๕ The clinical presentation and management of miscellaneous colitides, including diversion colitis, neutropenic enterocolitis, disinfectant colitis, corrosive colitis, NSAID-induced colitis, and toxic epidermal necrolysis

๒.๙.๖ The etiology, epidemiology, pathogenesis, and medical and surgical treatment of infectious colitides, including Clostridium difficile colitis, bacterial, viral, colitis, and parasitic colitis

๒.๙.๗ The etiology, epidemiology, pathogenesis, and medical treatment of diarrhea in the HIV patient

๒.๑๐ Stomas and the Complications

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๒.๑๐.๑ The indications and contraindication for temporary and permanent colostomy, temporary and permanent ileostomy, and continent ileostomy

๒.๑๐.๒ The techniques for stoma creation, including end colostomy, end ileostomy, Brooke ileostomy, loop stoma, loop-end stoma, and continent ileostomy; and the use of extraperitoneal tunneling

๒.๑๐.๓ Normal ileostomy, colostomy and urostomy function and physiology, and their corresponding pathologies

๒.๑๐.๔ The diagnosis and medical/surgical management of stoma-related complications, including herniation, stenosis, prolapse, ischemia, retraction, bolus obstruction, bowel obstruction, hemorrhage associated with portal hypertension, stomal varices, high output, skin irritation/leakage, and skin infections

๓. NEOPLASIA (INCLUDING POLYPS)

๓.๑. Polyps and Polyposis Syndromes

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๓.๑.๑ The epidemiology, incidence and prevalence, and potential etiologic factors of colorectal adenomas

๓.๑.๒ The molecular pathways of the adenoma-carcinoma sequence, and the serrated adenoma pathway to carcinoma

๓.๑.๓ The gross and microscopic features of hyperplastic, inflammatory and adenomatous, and hamartomatous polyps

๓.๑.๔ The potential for missed polyps during colonoscopy; techniques used to reduce miss rates, including high resolution endoscopy and chromoendoscopy

๓.๑.๕ The criteria used to recommend formal oncologic bowel resection for malignant polyps, including Haggitt's classification for pedunculated polyps, the risk of lymph node metastasis, Pit pattern, NICE classification and the depth of submucosal invasion (for flat polyps)

๓.๑.๖ Familial adenomatous polyposis (FAP), including clinical features, extracolonic manifestations, genetic features, the role and usefulness of genetic testing in FAP, the modalities and role of screening in FAP families, surveillance in FAP, and surgical management

๓.๑.๗ Clinical variants of FAP, including attenuated FAP, Gardner's syndrome, and Turcot's syndrome

๓.๑.๘ MYH-associated polyposis (MAP), including clinical features, extracolonic manifestations, genetic features, the role and usefulness of genetic testing, and the modalities and role of screening and surveillance in MAP families

๓.๑.๙ Clinical features and malignant potential of polyps in the following syndromes :

ก. Hamartomatous Polyposis Syndromes

ข. Peutz-Jegher syndrome

ค. Juvenile polyposis hamartomatous syndromes

ง. PTEN Hamartoma Tumor Syndrome (PHTS), including Cowden syndrome and Bannayan-

Riley-Ruvalcaba syndrome

- จ. Metaplastic syndrome
- ฉ. Cronkhite-Canada syndrome
- ช. Hyperplastic polyposis syndrome
- ซ. Serrated polyposis syndrome (SPS)

๓.๒. Epidemiology and Etiology of Colorectal Cancer

แพทย์ประจำบ้านต้องสามารถอธิบายและอภิปรายถึง

- ๓.๒.๑ The epidemiology, incidence and prevalence of sporadic colorectal cancer; associated socioeconomic factors; ethnic, gender, age, and geographic variations; and anatomical distribution of cancers within the colon
- ๓.๒.๒ The etiology of colorectal cancer, including occupational/environmental risk factors including obesity, smoking, physical activity, and dietary considerations including fiber, calcium, folate, red meat
- ๓.๒.๓ Factors associated with elevated risk for colorectal cancer, including inflammatory bowel disease, personal and family history of colon cancer and cancer syndromes, inherited susceptibility to colorectal cancer, and cholecystectomy
- ๓.๒.๔ The molecular pathways leading to carcinogenesis, including specific genes involved in the development of cancer
- ๓.๒.๕ Appropriate screening modalities and relative efficacy of each screening modality for usual-risk patients as well as patients with a personal history of colorectal cancer or polyps and for familial adenomatous polyposis (FAP), MYH-associated polyposis (MAP), hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC), and inflammatory bowel disease
- ๓.๒.๖ De novo carcinoma
- ๓.๒.๗ Colorectal cancer prevention, including aspirin and NSAIDS
- ๓.๒.๘ Specific genes involved in hereditary non-polyposis colorectal cancer (HNPCC) and Genotype-phenotype relationships; genetic testing for HNPCC, including immunohistochemistry (IHC) analysis, microsatellite instability (MSI) testing and germline testing
- ๓.๒.๙ The Amsterdam II criteria and the modified Bethesda criteria for clinical diagnosis of HNPCC
- ๓.๒.๑๐ The clinical features of HNPCC, including common extracolonic tumors; the pathologic features of HNPCC
- ๓.๒.๑๑ Surgical management of HNPCC, including treatment options (indications, contraindications and limitations); prognosis after resection and surveillance patterns
- ๓.๒.๑๒ Chemoprevention options in HNPCC
- ๓.๒.๑๓ Familial colorectal cancer type X

๓.๓ Colorectal Cancer Diagnosis, Staging and Prognosis

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๓.๓.๑ Signs and symptoms of colon cancer and rectal cancer, including location specific symptoms (right colon, left colon, rectum)
- ๓.๓.๒ The clinical evaluation and the localization of lesions in the colon and rectum
- ๓.๓.๓ The clinical staging of colorectal cancer, including imaging studies and serum markers; staging following neoadjuvant therapy (including post-treatment imaging and serum markers); and pathologic staging, including the associated prognosis
- ๓.๓.๔ The indications, limitations and usefulness of CT scan, MRI, endorectal ultrasound and PET scan in preoperative staging of colon cancer and rectal cancer
- ๓.๓.๕ The use of carcinoembryonic antigen (CEA) in the staging and management of colorectal cancer
- ๓.๓.๖ Mechanisms and patterns of metastases in colorectal cancer
- ๓.๓.๗ TNM based treatment strategy
- ๓.๓.๘ The pathologic features and the impact of histologic grade, microsatellite instability, mucinous histology, signet cell histology, venous invasion, lymphatic invasion, perineural invasion and lymph node involvement on colorectal cancer prognosis
- ๓.๓.๙ The significance of proximal, distal, and radial margins in the prognosis of colorectal cancer
- ๓.๓.๑๐ The use of a multi-disciplinary team (MDT) approach for the management of patients with CRC

๓.๔ Surgical Management of Intraperitoneal Colon Cancer

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๓.๔.๑ Preparation of the patient for colon resection for cancer
- ๓.๔.๒ The key surgical aspects of oncologic colon procedures, including right hemicolectomy, extended right hemicolectomy, left colectomy, sigmoid colectomy, and total abdominal colectomy
- ๓.๔.๓ The role of minimally invasive techniques in the surgical management of colon cancer
- ๓.๔.๔ The prognosis for colon cancer based on intra-operative and histopathologic findings
- ๓.๔.๕ The role of prophylactic oophorectomy
- ๓.๔.๖ The surgical management of acute obstructive colon cancer, perforated colon cancer, synchronous colon cancer and unsuspected metastatic disease
- ๓.๔.๗ The indications, contra-indications, and complications of enoluminal stenting in the management of large bowel obstruction secondary to an obstructing colon cancer
- ๓.๔.๘ The most common complication of the procedures and their timely management

๓.๕ Surgical Management of Rectal Cancer

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง๓.๕.๑

The role of a multidisciplinary approach in the evaluation and management of rectal cancer

๓.๕.๒ Multimodality treatment for rectal cancer, including indications, limitations, risks and outcomes of neoadjuvant therapy for unfavorable rectal cancer; indications, limitations, risks and outcomes of adjuvant therapy

๓.๕.๓ The prognostic significance of complete and near-complete pathologic response to neoadjuvant therapy, and its impact on management

๓.๕.๔ Preparation of the patient for rectal cancer resection

๓.๕.๕ The surgical treatment options for rectal cancer, including local excision, transanal microsurgery (TEMS), transanal minimally invasive surgery (TAMIS), and total mesorectal excision, demonstrating knowledge of the techniques, indications, limitations, risks and outcomes

๓.๕.๖ The role of minimally invasive techniques, including robotics and transanal TME, in the surgical management of rectal cancer

๓.๕.๗ The indications, contraindications, and technique of sphincter preservation surgery, colonic J pouch or colectomy, and intersphincteric dissection

๓.๕.๘ The outcome of surgery and the long-term prognosis of rectal cancer based on intraoperative and histopathologic findings

๓.๕.๙ The most common complication of the procedures and their timely management

๓.๖ Adjuvant Therapy and Surveillance for Colon and Rectal Cancer

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๓.๖.๑ The indications, agents, and schedule of adjuvant chemotherapy for node-positive (Stage III) colon and rectal cancer

๓.๖.๒ The role of adjuvant chemotherapy in node-negative (Stage II) colon and rectal cancer

๓.๖.๓ The role of neo-adjuvant radiotherapy in the treatment of rectal cancer

๓.๖.๔ The tests used for surveillance of recurrence after an initial diagnosis of cancer

๓.๖.๕ The recommended schedule for surveillance colonoscopy after an initial cancer diagnosis

๓.๖.๖ The risks, patterns and timing of recurrent cancer after an initial cancer diagnosis

๓.๖.๗ The incidence of metachronous polyps and cancer after an initial cancer diagnosis

๓.๗ Management of Locally Advanced, Metastatic and Recurrent Colorectal Cancer

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๓.๗.๑ Clinical symptoms and imaging and intraoperative findings suggestive of unresectability.

๓.๗.๒ The role of multi-modality therapy in the treatment of colorectal cancer unresectable

at presentation, including surgery, radiation therapy (intra-operative and external beam), and chemotherapy

๓.๗.๓ Indications, contraindications, limitations and technique of endoscopic stenting and laser ablation or recanalization

๓.๗.๔ Palliative management of the primary cancer and metastatic disease, including options to treat/palliate metastases to the liver, peritoneum, ovary, lungs, bone and brain

๓.๗.๕ The role of a multidisciplinary approach in the evaluation and management of metastatic disease and palliative approaches

๓.๘ Less Common Malignant Lesions of the Colon and Rectum

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึงอาการและอาการแสดงทางคลินิก การรักษาและพยากรณ์โรคของพยาธิวิทยาต่อไปนี้

๓.๘.๑ Carcinoid

๓.๘.๒ Lymphoma

๓.๘.๓ GIST

๓.๘.๔ Leiomyoma and leiomyosarcoma

๓.๘.๕ Squamous and adenosquamous carcinoma

๓.๘.๖ Plasmacytoma

๓.๘.๗ Melanoma

๓.๘.๘ Leukemic infiltration

๓.๙ Anal and Perianal Neoplasia

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

๓.๙.๑ The distinction between the anal canal, the anal margin and the perianal skin, including the lymphatic drainage patterns and associated implications for management of neoplasms in the region

๓.๙.๒ The histology of the anal canal, with the significance of the anal transitional zone

๓.๙.๓ The epidemiology and etiology of anal neoplasia, including demographics, changing incidence, association with sexual practices, and high-risk groups

๓.๙.๔ The staging of anal neoplasia including AIN and TNM staging

๓.๙.๕ The histology, biology, and treatment of anal canal malignancies, including epidermoid carcinoma, adenocarcinoma, small cell carcinoma, and melanoma

๓.๙.๖ The treatment of recurrent or residual anal canal cancer

๓.๙.๗ The histology, biology, and treatment of anal margin malignancies, including squamous cell carcinoma, basal cell carcinoma, intraepithelial squamous cell carcinoma (Bowen's disease), intraepithelial adenocarcinoma (Paget's disease), giant verrucous tumor (Buschke-Lowenstein), and HIV-related cancers (Kaposi's sarcoma, lymphoma)

๓.๙.๘ Role of HPV vaccine in prevention of anal neoplasia

๓.๑๐ Presacral Tumors

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๓.๑๐.๑ The anatomy, physiology and clinical presentation of presacral tumors
- ๓.๑๐.๒ The differential diagnosis and classification of presacral tumors
- ๓.๑๐.๓ The gross and histologic appearance of presacral tumors
- ๓.๑๐.๔ A decision-making algorithm for the diagnosis and management of presacral tumors, including the role and usefulness of pre-operative imaging, pre-operative biopsy, and neoadjuvant therapy
- ๓.๑๐.๕ The surgical management of presacral tumors, including the various approaches with their indications and technique
- ๓.๑๐.๖ The prognosis and post-operative outcome for presacral tumors

๔. PELVIC FLOOR

๔.๑ Fecal Incontinence

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๔.๑.๑ List the causes of fecal incontinence, with incidence, pathophysiology, and the characteristic anatomic, neurologic, dermatologic, and endoscopic findings associated with each cause.
- ๔.๑.๒ Describe and discuss an algorithm to approach patients with fecal incontinence
- ๔.๑.๓ Describe the key components of a thorough history and physical examination of patient with fecal incontinence, including the clinical tools available to quantify fecal incontinence
- ๔.๑.๔ Order anorectal physiology tests and imaging studies as indicated by history and physical findings
- ๔.๑.๕ Describe the normal and abnormal findings of anorectal physiology tests and imaging studies that are used in the evaluation of incontinence
- ๔.๑.๖ Interpret anorectal physiology tests and imaging studies that are used in the evaluation of incontinence.
- ๔.๑.๗ Describe and discuss non-operative strategies and surgical options (including sphincteroplasty, sacral nerve stimulation, injectable tissue bulking agents, and implantable devices in the management and treatment of fecal incontinence.
- ๔.๑.๘ Describe and discuss the indications, contraindications, post-operative care, complications and functional results of fecal diversion, sphincter repair, sacral nerve stimulation, postanal repair, total pelvic floor repair, muscle transpositions, artificial bowel sphincter, and encirclement procedures

๔.๒ Constipation and Pelvic Floor Disorders

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๔.๒.๑ The etiology and differential diagnosis of constipation, and define constipation using the Rome criteria
- ๔.๒.๒ The utility of contrast and magnetic resonance dynamic proctography, transit studies, anorectal manometry, electromyography (EMG) recruitment, balloon expulsion, contrast enema and endoscopy in the evaluation of chronic constipation
- ๔.๒.๓ The indications, contraindications, modes of action, complications, and classification of laxatives
- ๔.๒.๔ The etiology, appearance, and significance of melanosis coli
- ๔.๒.๕ Anismus, including diagnostic criteria and treatment
- ๔.๒.๖ Short segment/adult Hirschsprung's disease, including diagnostic criteria and treatment
- ๔.๒.๗ Symptomatic rectocele, including clinical presentation and nonsurgical versus surgical treatment options
- ๔.๒.๘ Enterocoele and sigmoidocoele, including clinical presentation, diagnostic criteria and surgical treatment options
- ๔.๒.๙ Isolated colonic and panenteric inertia
- ๔.๒.๑๐ Colonic pseudo-obstruction, including etiology, and management options with indications, contraindications, risks, and outcomes
- ๔.๒.๑๑ The Rome diagnostic criteria for irritable bowel syndrome (IBS)
- ๔.๒.๑๒ Management options of IBS for constipation and diarrhea predominant IBS.

๔.๓ Rectal Prolapse

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๔.๓.๑ The epidemiology, pathophysiology, and anatomic findings of rectal prolapse and solitary rectal ulcer in adults and children
- ๔.๓.๒ The clinical presentation, endoscopic and histologic findings and associated pelvic floor disorders in patients with solitary rectal ulcer
- ๔.๓.๓ The significance of internal intussusceptions and the radiologic findings suggestive of it
- ๔.๓.๔ The clinical presentation, physical findings, functional disturbances and the office diagnostic maneuvers used to evaluate rectal prolapse
- ๔.๓.๕ Physiologic, radiographic, and endoscopic evaluation of rectal prolapse as indicated by history and physical findings
- ๔.๓.๖ The significance of constipation and incontinence in the management of rectal prolapse
- ๔.๓.๗ Non-operative strategies for the management of rectal prolapse
- ๔.๓.๘ The indications, contraindications, risks, post-operative care, complications, functional results, and recurrence rates of abdominal and perineal surgical options for rectal prolapse (including abdominal rectopexy with or without sigmoidectomy, ventral

rectopexy, Ripstein procedure, perineal rectosigmoidectomy, Delorme procedure and anal encirclement).

๔.๓.๙ An algorithm to approach patients with rectal prolapse

๔.๔ Pelvic Pain

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๔.๔.๑ The etiology, pathophysiology, diagnostic modalities, differential diagnosis and treatment strategies of chronic rectal pain syndromes, including levator syndrome, proctalgia fugax, coccydynia, and pudendal neuralgia, and their association with pelvic floor abnormalities.

๕. MISCELLANEOUS

๕.๑ Minimally-Invasive Colorectal Surgical Techniques

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๕.๑.๑ The advantages and disadvantages, indications and contraindications of laparoscopic management of benign and malignant colon and rectal diseases, including the physiologic impact of pneumoperitoneum on cardiovascular, respiratory, and immunologic function; and the learning curve in laparoscopic colorectal surgery
- ๕.๑.๒ Equipment, operating room set up, patient positioning, and instrumentation for the performance of a laparoscopic colorectal procedures
- ๕.๑.๓ Outcomes of laparoscopy in surgery for colon and rectal cancer, diverticular disease, rectal prolapse surgery, Crohn's disease and ulcerative colitis
- ๕.๑.๔ Factors that influence the decision for conversion from laparoscopic to open procedure
- ๕.๑.๕ The advantages and disadvantages of using robotic technology to assist with the laparoscopic technique.
- ๕.๑.๖ The advantages, disadvantages and indications for the use of Transanal Endoscopic Surgery (TES), including Transanal Endoscopic Microsurgery (TEM) and Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS), for the treatment of rectal neoplasia and benign disease.
- ๕.๑.๗ The advantages, disadvantages and indications for the use of Transanal Mesorectal Excision for rectal neoplasia.

๕.๒ Pediatric Colorectal Disease

แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักควรมีความสามารถในการอธิบายและอภิปรายถึง

- ๕.๒.๑ The incidence, etiology, histology, varying anatomic extent, associated congenital anomalies and differential diagnosis of pediatric Hirschsprung's disease
- ๕.๒.๒ Ultrashort segment Hirschsprung's disease and total colonic aganglionosis
- ๕.๒.๓ Indications, technique, limitations and outcomes of operative options in the management of pediatric Hirschsprung's disease

- ๕.๒.๔ The incidence, etiology, and classification of imperforate anus, including specific

- anatomical defects in male and female infants, and associated anatomic abnormalities
- ๕.๒.๕ Diagnostic tests, initial and definitive treatment strategies, surgical options and long term outcome of operative repairs of imperforate anus and its various presentations
- ๕.๒.๖ Frequent pediatric colon and rectal conditions, including constipation/encopresis, rectal prolapse, anal fissure, Meckel's diverticulum, juvenile polyps and juvenile polyposis, necrotizing enterocolitis (NEC), gut malrotation, and sexual abuse.

ภาคผนวกที่ ๔ การจัดระดับโรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (Level of surgical colorectal disease)
ระดับที่ ๑ โรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่พบบ่อยและมีความสำคัญซึ่งแพทย์ประจำบ้านต้องรู้/ดูแลรักษาเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง

Traumatic injury of colon, rectum and anus

Lower gastrointestinal hemorrhage

Colonic and rectum obstruction

Hemorrhoids

Fissure –in –ano

Anorectal abscesses and fistula-in –ano

Pilonidal disease

Perianal dermatologic disease

Condyloma acuminatum

Sexually transmitted diseases

Anal incontinence

Rectovaginal fistula

Diverticular disease of the colon

Volvulus of the colon

Constipation

Rectal procidentia

Solitary rectal ulcer syndrome

Symptomatic rectocele

Genetic disease related to colon and rectum

Colonic pseudo-obstruction

Malignant neoplasm of colon

Perianal and anal canal neoplasm

Benign neoplasms of colon and rectum

Polyp and polyposis syndrome

Malignant neoplasm of rectum

Less common colon and rectal malignancy: Carcinoid, Lymphoma, GIST, Melanoma, and Leukemic infiltration

Retrorectal / presacral tumors

Complications of colonic disease and their management

Complications of anorectal and colorectal operations

**ระดับที่ ๒ โรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่สำคัญแต่พบน้อยกว่าระดับ ๑ ซึ่งแพทย์ประจำบ้านควร
รู้/ดูแลรักษาได้ภายใต้การแนะนำหรือควบคุมของอาจารย์**

Enterocoele and sigmoidocoele

Irritable bowel syndrome

Inflammatory bowel disease: Ulcerative colitis, Crohn's disease, indeterminate colitis and other inflammatory bowel disease

Mesenteric vascular diseases

**ระดับที่ ๓ โรคศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ซับซ้อนซึ่งแพทย์ประจำบ้านควรรู้ดูแลรักษาเบื้องต้นได้
สามารถให้การรักษายภายใต้คำแนะนำและกำกับดูแลของอาจารย์**

Obstructive defecation syndrome

Megacolon

Hirschsprung's disease

Anismus

**ภาคผนวกที่ ๕ กิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrusted Professional Activity: EPA) ที่สถาบันฝึกอบรม
พิจารณาใช้ในการประเมินแพทย์ประจำบ้าน อนุสาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างการฝึกอบรม**

๑. EPA 1: Right hemicolectomy

๒. EPA 2: Left hemicolectomy / Sigmoidectomy

๓. EPA 3: Abdominal Colectomy with Ileostomy and Hartmann procedure

๔. EPA 4: Low anterior resection (LAR)

๕. EPA 5: Colonoscopy skill assessment

๖. EPA 6: Anal fistulotomy skill assessment

๗. EPA 7: Endorectal Advancement Flap Skill Assessment

๘. EPA 8: Ligation of Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) skill assessment

๙. EPA 9: Laparoscopic Sigmoidectomy

๑๐. EPA 10: Laparoscopic Right Hemicolectomy

ภาคผนวกที่ ๕ ตัวอย่างแบบประเมินกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrusted Professional Activity: EPA)

๑. EPA 1: Right hemicolectomy

๒. EPA 2: Left hemicolectomy / Sigmoidectomy

๓. EPA 3: Abdominal Colectomy with Ileostomy and Hartmann procedure

๔. EPA 4: Low anterior resection (LAR)
๕. EPA 5: Colonoscopy skill assessment
๖. EPA 6: Anal fistulotomy skill assessment
๗. EPA 7: Endorectal Advancement Flap Skill Assessment
๘. EPA 8: Ligation of Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) skill assessment
๙. EPA 9: Laparoscopic Sigmoidectomy
๑๐. EPA 10: Laparoscopic Right Hemicolectomy

ระดับความสามารถในภาพรวมของแต่ละกิจกรรมวิชาชีพที่เชื่อมั่นได้ (Entrusted Professional Activity: EPA) สามารถแบ่งได้เป็น 5 ระดับ (L1-L5) ดังนี้

L-1 – Below the level of a general surgeon.

L-2 – Could function as a general surgeon. Basic competence in technical skills.

L-3 – Borderline colorectal surgeon

L-4 – Competent as an independent colorectal surgeon. More advanced competence in technical skills.

L-5– Could practice without supervision as a colorectal surgeon. Could function as an independent practitioner. Professionally sophisticated. At an exemplary level would also imply the person is competent enough to act as a resource to other health care professionals.

ขั้นขีดความสามารถ(Milestones) ระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (ดัดแปลงจาก มคอ.๑ สาขาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก)

Milestones	0-6 เดือน	6-12 เดือน	12-18 เดือน	18-24 เดือน
EPA: Abdominal Colectomy	L2, L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Low anterior resection	L2	L2, L3	L3, L4	L4
EPA: Abdominoperineal Resection (APR)	L2	L2, L3	L3, L4	L4
EPA: Total / Subtotal Colectomy	L2	L2, L3	L3, L4	L4
EPA: Total Proctocolectomy and IPAA	L2	L2	L2, L3	L3, L4
EPA: Surgery in colonic obstruction	L2	L2, L3	L3, L4	L4, L5
EPA: Laparoscopic colectomy	L2	L2	L2, L3	L3, L4
EPA: Colonoscopy-Diagnostic	L2, L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Colonoscopy-Therapeutic	L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Hemorrhoidectomy	L2, L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Anal Abscess/fistula Surgery	L2, L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Anal fissure Surgery	L2, L3	L3, L4	L3, L4	L4, L5
EPA: Rectal Prolapse Surgery	L2	L2	L2, L3	L3, L4
Anatomy and Physiology :Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5

Benign Perianal and Anal Disease Processes : Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Benign Perianal and Anal Disease Processes : Patient Care	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Benign Neoplasia: Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Large bowel obstruction: Patient Care	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Rectal Cancer: Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Rectal cancer: Patient Care	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Rectal Prolapse: Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Rectal prolapse: Patient Care	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Pelvic Floor Disorder: Medical Knowledge	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Pelvic Floor Disorder: Patient Care	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Interpersonal and Communication Skills	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Professionalism	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Systems-based Practice	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5
Practice-based Learning and Improvement	L3, L4	L3, L4	L4	L4, L5

L 1 = not allowed to practice (EPA)

L 2 = practice (EPA) with full supervision

L 3 = practice (EPA) with supervision on demand

L 4= “unsupervised” practice allowed

L 5= supervision task may be given

ภาคผนวกที่ ๖ ระเบียบปฏิบัติ, สิทธิและหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

ระเบียบปฏิบัติทั่วไปของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

๑. แพทย์ประจำบ้านฯ ที่ได้รับการจัดให้ฝึกอบรมในงานและกลุ่มงานใดให้แพทย์ประจำบ้านฯ นั้นอยู่ในความรับผิดชอบของอาจารย์หัวหน้าสาขาวิชา และแพทย์หัวหน้ากลุ่มงานนั้นๆ โดยการควบคุมของคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
๒. แพทย์ประจำบ้านฯ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในงานหรือกลุ่มงานใด จะต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบ หรือคำสั่งของงานหรือกลุ่มงานนั้นๆ
๓. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องมีการยาท และความประพฤติอันเหมาะสม ต่อผู้ให้การฝึกอบรม ผู้ร่วมงานและผู้ป่วย ไม่กระทำการใดๆ เป็นที่เสื่อมเสีย
๔. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบปฏิบัติงานต่างๆ ที่ได้รับมอบหมายให้เรียบร้อยดี ตามหลักวิชา
๕. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องเป็นผู้มีมนุษยสัมพันธ์ดี
๖. ในระหว่างฝึกอบรม ถ้าปรากฏว่า แพทย์ประจำบ้านฯ มีความประพฤติเสื่อมเสีย ขาดความรับผิดชอบไม่สนใจในการฝึกอบรมปฏิบัติงาน อาจารย์หัวหน้าสาขาวิชา หัวหน้ากลุ่มงาน และอนุกรรมการการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ มีสิทธิเสนอให้ลงโทษได้ โดยการควบคุมของคณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

หน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

๑. ปฏิบัติตามระเบียบทั่วไป
๒. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ ปฏิบัติตามตารางการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายทั้งในเวลาและนอกเวลา ในการดูแลตรวจรักษาผ่าตัดผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผลัดเปลี่ยนกันปฏิบัติงานหน้าที่แพทย์เวร ตามที่งานหรือฝ่ายมอบหมายให้
๓. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่อุทิศตัวเพื่อการศึกษาในสาขาที่ตนฝึกอบรมโดยไม่เห็นแก่ความเหนื่อยยาก
๔. ในเวลาราชการแพทย์ประจำบ้านฯ จะออกนอกโรงพยาบาลได้ต่อเมื่อได้ปฏิบัติหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายเรียบร้อยแล้วหรือได้มอบหมายให้แพทย์ประจำบ้านฯ ท่านอื่นปฏิบัติงานแทน และได้รับอนุญาตจากอาจารย์ประจำสาย หรือแพทย์หัวหน้างานหรือหัวหน้าฝ่ายแล้ว
๕. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ปฏิบัติงานแทนแพทย์ฝึกหัดทุกอย่างในกรณีที่ไม่มีแพทย์ฝึกหัดมาปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานที่ตนได้รับมอบหมาย
๖. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ควบคุมแนะนำและฝึกสอนนักศึกษาและแพทย์ฝึกหัด และแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นต่ำกว่าทั้งนี้รวมถึงความประพฤติ วิธีปฏิบัติงานและด้านวิชาการอีกด้วย
๗. แพทย์ประจำบ้านฯ จะเป็นผู้ช่วยแพทย์หัวหน้างานหรือแพทย์อาวุโสในการให้คะแนนและการประเมินผลนักศึกษาแพทย์และแพทย์ฝึกหัดอีกด้วย
๘. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ควบคุมดูแลและเป็นที่ปรึกษานักศึกษาแพทย์และแพทย์ฝึกหัด ในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยและทารายงานผู้ป่วยหรือทารายงานผู้ป่วยเองในกรณีที่ไม่มีแพทย์ฝึกหัด ให้เรียบร้อยและเป็นหลักฐาน ทั้งประวัติ การตรวจร่างกายการดาเนินโรค การเตรียมผ่าตัด รายงานการผ่าตัด และรายงานสรุป
- ๘.๑ ประวัติและการตรวจร่างกายให้เสร็จสิ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมง หลังผู้ป่วยรับเข้าในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยต้องรับการผ่าตัดด่วนจะต้องมีประวัติและการตรวจร่างกายก่อนผู้ป่วยรับการผ่าตัด
- ๘.๒ การดาเนินโรค ต้องลงเพิ่มเติมทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญหรืออย่างน้อยทุก ๔๘ ชั่วโมง ควรมีการลง

เพิ่มเติมถึงแม้ไม่มีการเปลี่ยนแปลง

๘.๓ รายงานผ่าตัดจะต้องเสร็จอยู่ในแฟ้มรายงานภายใน ๔๘ ชั่วโมง

๘.๔ รายงานสรุปควรเสร็จภายใน ๔๘ ชั่วโมง ก่อนที่เจ้าหน้าที่จะเก็บรายงานไปยังห้องสถิติ

๙.แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ประจำบ้านที่อาวุโสกว่า หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ แล แพทย์อาวุโสผู้ควบคุมรับผิดชอบถ้าคำสั่งนั้นถูกต้องตามหลักวิชาและทำนองคลองธรรม

๑๐.แพทย์ประจำบ้านฯ ต้องเข้าร่วมอภิปราย, บรรยาย, และประชุมทางวิชาการที่เกี่ยวข้องของงาน, ฝ่ายหรือของ โรงพยาบาลทุกครั้ง

๑๑.ในระหว่างที่แพทย์ประจำบ้านฯ ปฏิบัติหน้าที่แพทย์เวร ตามที่ได้รับมอบหมายนอกเวลาราชการ หรือในวันหยุดราชการ ถือว่าการปฏิบัติหน้าที่แพทย์เวรนี้เป็นส่วนของการฝึกอบรมที่สำคัญ เพราะเกี่ยวข้องกับการรับผิดชอบในหน้าที่เกี่ยวกับชีวิตของผู้ป่วย ฉะนั้นหากมีการบกพร่องในหน้าที่จะถือว่าเป็นความผิดที่ร้ายแรง ดังนั้นแพทย์ประจำบ้านฯ ที่ปฏิบัติแพทย์เวรจะต้องอยู่ ณ สถานที่ในโรงพยาบาลที่เจ้าหน้าที่ทราบว่าจะอยู่ไหนในโรงพยาบาล แพทย์เวรจะออกนอกโรงพยาบาลได้ต่อเมื่อ

๑๑.๑ ได้รับการอนุญาตจากหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ หรือผู้แทน และแพทย์เวรอาวุโสเรียบร้อยแล้ว

๑๑.๒ มีแพทย์ประจำบ้านฯ ในระดับเดียวกันปฏิบัติหน้าที่แทนทุกอย่างในหน้าที่แพทย์เวร

๑๑.๓ แพทย์เวร ๑ คน จะปฏิบัติหน้าที่แทนแพทย์เวรหลายคนไม่ได้

๑๒. ในกรณีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม แพทย์ประจำบ้านฯ ต้องพยายามขออนุญาตตรวจศพจากญาติ ร่วมชันสูตรศพกับ พยาธิแพทย์ และลงในใบมรณบัตรให้โดยด่วน เพื่อญาติผู้ตายจะได้จัดการกับศพตามความต้องการต่อไปได้

๑๓. ควรมีการสื่อสารติดต่อกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นมิตรและสุภาพ ต้องอธิบายให้เข้าใจถึงโรค การดำเนินไปของโรค แผนการรักษา พยากรณ์โรค และความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากเหตุต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

๑๔. การปรึกษากับแพทย์ต่างแผนก ถ้าเป็นไปได้นอกจากเขียนใบปรึกษาให้ละเอียดและสมบูรณ์แล้ว ควรติดต่อปรึกษากับแพทย์ที่รับปรึกษาโดยตรง อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่ต้องปรึกษาและสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ขอความเห็นอย่างอ่อนน้อมถ่อมตน เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยและการเรียนรู้ของแพทย์ประจำบ้านฯ เอง

๑๕. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องสวมเครื่องแบบที่โรงพยาบาลจัดหาให้ในเวลาปฏิบัติหน้าที่เสมอ

๑๖. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องทำหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายให้ดีที่สุดตามหลักวิชา ภายใต้ความควบคุมของหัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ แพทย์อาวุโสและอาจารย์แพทย์

๑๗. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยใน ที่ได้รับมอบหมายอย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง คือ ในตอนเช้าให้เสร็จสิ้นก่อนเวลา ๘.๐๐ น. และในตอนเย็น (หลังจากเสร็จภารกิจที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอก หรือห้องผ่าตัด หรือศูนย์ส่องกล้องเรียบร้อยแล้ว)

๑๘. แพทย์ประจำบ้านฯ จะต้องรายงานแพทย์อาวุโส ที่ปรึกษาทุกครั้ง ถ้ามีเหตุการณ์ที่สำคัญเกิดขึ้นหรือมีผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย

การปฏิบัติงานในเวลาราชการ

ให้แพทย์ประจำบ้านฯ ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งหมดในสายของตนในหอผู้ป่วยโดย

๑. ปฏิบัติงาน WARD ROUND ประจำวันให้เสร็จก่อนเวลา ๗.๓๐ น. หลังจากนั้นในช่วงเวลา ๗.๓๐ - ๘.๐๐ น.

จะเป็นการทบทวนการปฏิบัติงาน WARD ROUND กับอาจารย์แพทย์แต่ละท่าน/แต่ละสาย

๒. เวลา ๘.๐๐ – ๙.๐๐ น.เป็นเวลาประชุมวิชาการตามตาราง

๓. เวลา ๙.๐๐ – ๑๖.๓๐ น. เป็นการปฏิบัติงานฝึกอบรบแพทย์ประจำวัน โดยให้ทำการผ่าตัด , ออกตรวจผู้ป่วยนอก ผ่าตัดห้องผ่าตัดเล็ก ศูนย์ส่องกล้อง และอยู่เวรปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตามสายการฝึกอบรบและตามตารางการปฏิบัติงาน ซึ่ง

รายละเอียดจะจัดไว้ตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงของการฝึกอบรบ แพทย์ประจำบ้านควรคำนึงถึงความรับผิดชอบในการทำงานให้สำเร็จมากกว่าการปฏิบัติงานตามเวลาแต่เพียงอย่างเดียว

๔. แพทย์ประจำบ้านอาวุโสที่อยู่เวรในวันนั้นมีหน้าที่รับปรึกษาผู้ป่วยฉุกเฉินทางศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล จากฝ่ายต่างๆ และจากห้องผ่าตัด โดยให้คำปรึกษาการปฏิบัติการรักษากับอาจารย์แพทย์ที่อยู่เวรในวันนั้น ทั้งนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับงานหรือกลุ่มงานหรือสถาบันนั้นจะปรับเพื่อความเหมาะสม

การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

๑. แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยทั้งหมดในสายของตนในหอผู้ป่วยทุกวันหยุดราชการแต่อาจมอบหมายให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ ดูแลแทนได้ชั่วคราว เวรฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ประกอบด้วย

๑.๑ แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๑ จำนวน ๑ คน ดูแลรับปรึกษาปัญหาเร่งด่วนทางศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑.๒ แพทย์ประจำบ้านปีที่ ๒ จำนวน ๑ คน

๒. แพทย์ประจำบ้านฯ ปีสุดท้ายจะเป็นหัวหน้าเวรแพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่รับผิดชอบในการบริหารงานการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉินศัลยกรรมลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั้งหมด , ควบคุมดูแลและกำหนดการปฏิบัติงานของแพทย์ประจำบ้านฯ แพทย์ฝึกหัดและนักศึกษาแพทย์ที่อยู่เวรประจำวันนั้น และจะเป็นผู้ที่พิจารณาปรึกษาอาจารย์แพทย์ที่อยู่เวรนอกเวลาราชการในวันนั้นตามความเหมาะสม ในกรณีผู้ป่วยวิกฤติ, แพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักทุกชั้นปีควรลงมาตรวจผู้ป่วยพร้อมๆ กัน เพื่อจะได้เรียนรู้จากแพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักอาวุโสและรู้จักการทำงานเป็นทีม และเพื่อให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างรวดเร็ว

๓. ในการรับผู้ป่วยใหม่จะต้องเขียนชื่อแพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ชั้นปีที่ ๑, ๒, และแพทย์ประจำบ้านฯ อาวุโสเจ้าของไข้ กำกับในบัตรผู้ป่วยนอกและฟอร์มปรอททุกครั้ง

๔. ในการทำผ่าตัดผู้ป่วย จะต้องทราบทุกราย และแจ้งให้แพทย์อาวุโสที่อยู่เวรทราบด้วยกรณีที่มีผู้ป่วยมีความเปลี่ยนแปลงและแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ ๑ ได้ไปประเมินผู้ป่วยแล้วไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยก่อนหรือหลังผ่าตัดจะต้องรายงานให้แพทย์ประจำบ้านฯ ที่อาวุโสกว่ารับทราบอย่างน้อย ๑ ระดับขึ้นไป หากไม่แน่ใจจะต้องแจ้งอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ทราบเสมอ

๕. แพทย์ประจำบ้านฯ ที่อยู่เวรประจำวันมีหน้าที่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบว่าตามได้ทีใดเสมอ และทางภาควิชาศัลยศาสตร์ได้จัดที่พักให้แพทย์ประจำบ้านฯ ที่อยู่เวรไว้แล้ว แพทย์ประจำบ้านฯ ทุกชั้นปีที่อยู่เวรจะต้องพักที่ห้องพักแพทย์เวรเท่านั้น ห้ามพักที่อื่นเด็ดขาด

๖. การตามแพทย์ประจำบ้านฯ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะตามแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ ๑ เป็นลำดับแรก หากยังไม่มีอาการตอบรับภายใน ๑๕ นาที ก็จะตามแพทย์ประจำบ้านฯ ชั้นปีที่ ๒ ตามลำดับ หากตามแพทย์ประจำบ้านฯ ไม่ได้ก็จะรายงานอาจารย์แพทย์

๗. เมื่อสิ้นสุดเวรประจำวัน แพทย์ประจำบ้านฯ มีหน้าที่ต้องส่งต่อเวรให้กับแพทย์ประจำบ้านฯ เวนต่อไปเสมอ

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับไว้ดูอาการชั่วคราวที่ห้องฉุกเฉินหรือห้องสังเกตอาการของโรงพยาบาล

๘. แพทย์ประจำบ้านฯ ที่อยู่เวร จะต้องอยู่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและสามารถติดต่อหรือติดตามตัวได้อย่างสะดวก และรวดเร็วการปฏิบัติงานด้านอื่นๆ

หัวหน้าแพทย์ประจำบ้าน

๑. ให้หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ ของแต่ละช่วงการฝึกอบรม มีหน้าที่จัดเวรแพทย์ประจำบ้านฯ และนักศึกษาแพทย์ ในการปฏิบัติงานทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการในแต่ละช่วงการฝึกอบรม
๒. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านฯ ของแต่ละช่วงการฝึกอบรม มีหน้าที่กำหนด นัดหมาย ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการให้การเรียนการสอนเป็นไปได้อย่างถูกต้อง ราบรื่นและตรงตามที่ตั้งหลักเกณฑ์ไว้ นอกจากนี้ยัง จะต้องเป็นตัวแทนของแพทย์ประจำบ้านฯ ทั้งหมดในเรื่องของสวัสดิการต่างๆ
๓. แพทย์ประจำบ้านฯ แต่ละสาย มีหน้าที่ในการบริหารงานการเสนอรายงานในชั่วโมงการเรียนการสอนให้เป็นไปตามที่กำหนดไว้ในตารางการเรียนการสอนประจำวัน และจะต้องเป็นผู้กำหนดและแบ่งงาน ให้แก่แพทย์ประจำบ้านฯ ปีที่ ๒ , ๑ , แพทย์ฝึกหัด หรือนักศึกษาแพทย์อย่างเหมาะสมและยุติธรรม
๔. หัวหน้าแพทย์ประจำบ้านแต่ละสาย จะต้องเรียนรู้การบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยให้สามารถรองรับได้ทั้งงานบริการ การศึกษา และงานค้นคว้าวิจัย
๕. ปัญหาและการแก้ไขปัญหาในระหว่างฝึกอบรมในการเกิดปัญหาใดๆ ขึ้นกับแพทย์ประจำบ้านฯ ซึ่งไม่สามารถ แก้ไขปัญหานั้นได้ด้วยตนเอง หรือผู้เกี่ยวข้องคาดว่าไม่สามารถแก้ไขได้เอง ให้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาในกรณี อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถแก้ไขให้นำเรื่องปรึกษาเลขา และประธานฝึกอบรม โดยต้องเก็บข้อมูลเป็นความลับ ยกเว้นเหตุการณ์นี้มีผลข้างเคียงร้ายแรงต่อบุคคลอื่น อาจจำเป็นต้องนำข้อมูลเปิดเผยเพื่อปรึกษาผู้บริหาร หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมช่วยกันแก้ปัญหานั้นๆ

สิทธิต่าง ๆ ของแพทย์ประจำบ้าน

๑. แพทย์ประจำบ้านมีสิทธิในการดูแลรักษา ส่งการรักษา ช่วยและหาผ่าตัดในผู้ป่วยที่ตนได้รับมอบหมาย โดยการ ควบคุมของแพทย์อาวุโส หรือแพทย์หัวหน้างานนั้นๆ
๒. แพทย์ประจำบ้านออกใบรับรองแพทย์และใบความเห็นแพทย์ได้ แต่ไม่มีสิทธิเกี่ยวข้องกับใบสั่งสูตรบาดแผลที่ เกี่ยวกับคดีต่างๆ
๓. แพทย์ประจำบ้านไม่มีสิทธิในการเป็นผู้ดำเนินสถานพยาบาลส่วนตัว หรือประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลเอกชน เพราะจะทำให้ไม่มีเวลาอุทิศให้กับการฝึกอบรม
๔. สิทธิในการลาหยุดงาน
 - ๔.๑ การลาหยุดพักผ่อน มีสิทธิหยุดพักผ่อนได้ไม่เกิน ๑๐ วัน ต่อปี โดยขออนุมัติโดยตรงต่อหัวหน้าหน่วยงาน หรือหัวหน้ากลุ่มงานที่ฝึกอบรมโดยตรง และให้ส่งสำเนาการลาไปยังสำนักงานคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ ประจำบ้านฯ
 - ๔.๒ การลากิจ ลากิจส่วนตัวได้ ๕ วัน จะต้องเขียนใบลาทุกครั้งและต้องได้รับการอนุญาตจากแพทย์หัวหน้างานและหัวหน้ากลุ่มงานก่อนเสมอ
 - ๔.๓ การลาป่วย จะต้องมียาใบรับรองแพทย์ทุกครั้ง

การลาทุกประเภท ลาป่วย ลาพักผ่อน และลากิจทั้งสิ้นไม่เกิน ๑๕ วันต่อปี โดยในการลาของแต่ละหน่วยงานที่ ฝึกอบรมไม่เกิน ๕ วัน ถ้าเกินจากกำหนดนี้ คณะกรรมการฝึกอบรมฯ อาจพิจารณาให้ฝึกอบรม และปฏิบัติ หน้าที่เพิ่มเติมในสาขาวิชาที่ขาดการฝึกอบรม หรือพิจารณาไม่ส่งมอบเพื่อวุฒิบัตรได้

ในการลาสิกขา, ลาพักรื้อน ยกเว้นลาป่วย จะต้องปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายเสร็จเรียบร้อยแล้ว หรือได้

มอบหมายให้แพทย์ประจำบ้านฯ ท่านอื่นปฏิบัติแทนแล้ว และแจ้งให้แพทย์อาวุโสในสายทราบด้วย

๕. มีสิทธิพำนักในสถานที่ๆ โรงพยาบาลจัดให้เป็นห้องพักแต่ต้องปฏิบัติตามกฎและระเบียบทุกประการ
๖. มีสิทธิเข้ารักษาในโรงพยาบาลในอัตราค่าห้องพักพิเศษฟรี ทั้งนี้ต้องอยู่ในดุลพินิจของแพทย์ผู้อำนวยการ
๗. มีสิทธิในการใช้ห้องสมุด ยืมหนังสือจากห้องสมุด แต่ต้องปฏิบัติตามกฎของห้องสมุด
๘. มีสิทธิในการรับค่าตอบแทนเป็นค่าล่วงเวลาปฏิบัติงานหน้าที่แพทย์เวร เป็นอัตราตามที่กำหนดไว้ในแต่ละหน่วยงาน

ฝึกอบรม

๙. มีสิทธิในการลาพักการศึกษาหรือการฝึกอบรมตลอดหลักสูตร ไม่เกิน ๒ ปี

การพิจารณาความผิด

การที่แพทย์ประจำบ้านฯ ทุกท่านได้รับการคัดเลือกให้เข้ารับการศึกษาต่อ เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญในสาขาดังกล่าว ถือว่าแพทย์ประจำบ้านฯ ทุกคนเป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะศึกษาหาความรู้ สะสมประสบการณ์ ในการที่จะนำความรู้ และประสบการณ์นี้ ไปปฏิบัติงานรักษาผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดประโยชน์ แต่ในเวลาที่ผ่านมาพบว่ามีแพทย์ ประจำบ้านฯ บางคน ปฏิบัติตนไม่เหมาะสม ขาดคุณสมบัติของการเป็นแพทย์ที่ดีและอาจจะเป็นภัยทั้งต่อตนเอง และผู้ป่วย รวมถึงสังคม ดังนั้นคณะกรรมการฝึกอบรมฯ จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดกฎเกณฑ์ ระเบียบและหน้าที่ ของแพทย์ประจำบ้านฯ ให้ยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความเป็นระเบียบเรียบร้อยของการฝึกอบรม ทำให้การฝึกอบรม มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ดังนั้นหากแพทย์ประจำบ้านท่านใดได้กระทำความผิด ระเบียบและ หน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านฯ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่อาจทำให้เกิดความเสียหายหรืออันตรายต่อผู้ป่วยด้วย แล้ว จะถูกนำเข้าพิจารณาในที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน ศัลยศาสตร์ เพื่อพิจารณา ความผิดต่อไป ความผิดที่เกิดขึ้นนี้อาจจะเกิดจาก ความผิดที่เกิดจากการปฏิบัติตนอันได้แก่ การประพฤติปฏิบัติตน ไม่เหมาะสม พูดจาไม่สุภาพ ก่อเรื่องทะเลาะวิวาท เกิดการทำร้ายร่างกาย หรือความผิดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน เช่น การปฏิบัติงานไม่เรียบร้อย ไม่ปฏิบัติงานตามกฎ ระเบียบ ไม่ปฏิบัติงานตามคำสั่งของอาจารย์แพทย์หรือแพทย์ อาวุโส ไม่รักษาความลับผู้ป่วย ขาดการปฏิบัติงานโดยไม่ลาหรือแจ้งให้ทราบล่วงหน้า เกิดผลเสียต่อผู้ป่วยทั้งจากการ ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติงานดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่เข้าร่วมการประชุมวิชาการ หรือไม่เตรียมเอกสารการประชุมวิชาการ

การดำเนินการต่อความผิดที่เกิดขึ้น

ในกรณีที่เกิดการกระทำความผิดเกิดขึ้น ให้หัวหน้างาน ศัลยศาสตร์หรือเลขานุการคณะกรรมการ ฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ เป็นผู้นำเสนอเข้าที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมฯ รับทราบเพื่อพิจารณา โดยจัด ความผิดออกเป็น ๓ ระดับ

ระดับ ๑ ความผิดเล็กน้อยที่อาจเกิดผลเสียต่อผู้ป่วย ได้แก่การไม่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและหน้าที่ของแพทย์ แพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ เช่น การลาหรือขาดการฝึกอบรม(หรือลา) โดยไม่แจ้งให้ทราบ หรือมีเหตุอัน สมควร การไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อาวุโสหรืออาจารย์แพทย์ เป็นต้น

ระดับ ๒ ความผิดร้ายแรงโดยเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยไม่รุนแรง ได้แก่การไม่ปฏิบัติตามกฎ ระเบียบหรือหน้าที่ ของแพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ หรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์อาวุโส แล้วมีผลให้เกิดผลเสีย อันตราย (รวมถึงผลแทรกซ้อน) ต่อผู้ป่วย แต่ความเสียหายที่เกิดขึ้นไม่รุนแรงและสามารถแก้ไขได้

ระดับ ๓ ความผิดร้ายแรงเกิดผลเสียต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง ได้แก่การกระทำใดๆ ก็ตามที่ทำให้เกิด อันตรายหรือผลเสียต่อผู้ป่วยมีผลแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมเช่นการผ่าตัด หรือทำให้ผู้ป่วย เสียชีวิต โดยไม่มีเหตุอันสมควรเช่นการละทิ้งหน้าที่ หรือเกิดจากความประมาทอย่างร้ายแรง

การพิจารณาความผิด ให้พิจารณาตามระดับความผิด ได้แก่

ความผิดระดับ ๑ คณะกรรมการฝึกอบรมฯ จะพิจารณาความผิดตามระดับความรุนแรงหรือความถี่ของความผิด โดยอาจจะตัดสินใน ๓ ลักษณะ

๑ ให้แพทย์ประจำบ้านฯ ท่านนั้นทำบันทึกข้อความชี้แจง และให้ประธานหลักหรือเลขานุการคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ว่ากล่าวตักเตือน

๒ ให้แพทย์ประจำบ้านฯ ท่านนั้นทำบันทึกข้อความชี้แจงและให้ประหรือเลขานุการคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ว่ากล่าวตักเตือนพร้อมกับให้แพทย์ประจำบ้านท่านนั้นลงนามรับทราบ

๓ กรณีที่ทำความผิดซ้ำอีกหรือรุนแรงมากขึ้น ให้พิจารณาความผิดตามความผิดในระดับ ๒

ความผิดระดับ ๒ คณะกรรมการฝึกอบรมฯ จะพิจารณาความผิดโดยการพิจารณาอย่างเป็นธรรมและมีเมตตาธรรม ตามความรุนแรงและมีบทลงโทษใน ๒ ลักษณะดังนี้

๑ ให้ภาคทัณฑ์ โดยแพทย์ประจำบ้านฯ ลงนามรับทราบหรือแจ้งให้ทราบในที่ประชุม

๒ กรณีที่ทำความผิดซ้ำหรือรุนแรง ให้พิจารณาความผิดตามความผิดในระดับ ๓

ความผิดระดับ ๓ ให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ พิจารณาเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน และนำผลการสอบสวนเข้ารายงานให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ รับทราบ กรณีที่คณะกรรมการสอบสวนข้อเท็จจริงเห็นว่ามี ความผิด ให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ พิจารณาความผิดอย่างรอบคอบและเป็นธรรม โดยมีบทลงโทษใน ๓ ลักษณะดังนี้

๑ ให้แพทย์ประจำบ้านฯ ท่านนั้นฝึกอบรมและปฏิบัติงานซ้ำในหน่วยงานที่เกิดความผิด

๒ ให้แพทย์ประจำบ้านท่านนั้นฝึกอบรมและปฏิบัติงานซ้ำในชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่

๓ พิจารณาให้ออกจากการฝึกอบรม หรือไม่ส่งสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

การแจ้งความผิด

ให้ประธานหลักสูตรฯ หรือเลขานุการคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ดำเนินการตามมติที่ประชุม โดย

๑ ให้แพทย์ประจำบ้านท่านนั้นทราบภายใน ๓๐ วัน

๒ ทำหนังสือแจ้งให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ รับทราบ

๓ ทำหนังสือแจ้งให้คณะกรรมการฝึกอบรมฯ และสอบของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยทราบ

การอุทธรณ์

กรณีความผิดร้ายแรงที่ให้ออกจากการฝึกอบรมหรือไม่ส่งสอบเพื่อวุฒิบัตรศัลยศาสตร์นั้น ให้แพทย์ประจำบ้านผู้นั้นดำเนินการอุทธรณ์ได้ภายใน ๓๐ วันนับจากวันที่ทราบหรือประกาศของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ โดยทำบันทึกข้อความถึงประธานคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ทราบ เพื่อให้ดำเนินการพิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน ๓๐ วัน มติของที่ประชุมคณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ถือเป็นที่สุด

การให้ออกหรือลาออกจากการฝึกอบรม

ในระหว่างการฝึกอบรมศัลยศาสตร์ทั่วไป อาจจะมีเหตุทำให้ต้องลาออกหรือถูกให้ออกจากการฝึกอบรมนั้น

๑ คณะกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนัก พิจารณาแล้วเห็นว่าแพทย์ประจำบ้าน

ฯ มีความผิดอย่างร้ายแรง และมีมติให้ออกจากการฝึกอบรมฯ

๒ แพทย์ประจำบ้านฯ เองมีความประสงค์ที่จะขอลาออกจากการฝึกอบรม

๓ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมฯ มีความเห็นว่าแพทย์ประจำบ้านฯ ท่านนั้นมีความผิดปกติหรือโรคที่เป็นอยู่ การเข้ารับการอบรมต่อไปแล้วจะทำให้เกิดอันตรายต่อตัวแพทย์ประจำบ้านฯ นั้นหรือเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

๔ คณะอนุกรรมการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านฯ ได้พิจารณาแล้วว่าแพทย์ประจำบ้านฯ มีความผิดและมีมติให้เข้าชั้นการฝึกอบรมฯ ตลอดหลักสูตร ไม่เกิน ๒ ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของคณะกรรมการฝึกอบรมฯ ถือเป็นที่สุด

เจตคติที่ดีในการเป็นศัลยแพทย์

ขณะที่เข้าฝึกอบรมจะเน้นให้มีอุปนิสัยในการรับผิดชอบ การตัดสินใจที่เหมาะสมและมีความสัมพันธ์อัน

ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยควรมีคุณสมบัติดังนี้

1. ศัลยแพทย์ต้องเป็นที่พึ่งของผู้ป่วย
2. ควรจะชี้แจงและสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติตนเป็นผู้ใหญ่ความรับผิดชอบในการรักษาปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วยความซื่อสัตย์สุจริต และเหตุผลที่จะทำการต่าง ๆ เพื่อวินิจฉัยโรค และการรักษา
3. จะต้องพยายามวินิจฉัยโรคให้ได้ก่อนหรือพร้อมๆ กับการรักษา
4. ต้องมีความรู้ผูกพันต่อการสงเคราะห์ผู้ป่วย และมีมนุษยสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
5. ต้องมีความซื่อตรงต่อวิชาชีพ
6. มีความขยันหมั่นเพียรค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ และเผยแพร่ให้แก่ผู้ร่วมอาชีพและบุคคลทั่วไป
7. หมั่นทบทวนและแก้ไขงานของตนให้มีประสิทธิภาพ และเป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย
8. ควรจะตัดสินใจแน่วแน่และทันการ โดยใช้เหตุและผล
9. เป็นผู้รู้จักประมาณในความสามารถของตน หากมีผู้ป่วยรายใดที่ตนไม่สามารถจะให้การตรวจวินิจฉัยหรือรักษา ควรจะส่งให้ผู้ชำนาญต่อไป ยกเว้นกรณีที่เป็น
10. พึงระลึกไว้ว่าการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจทางภาพถ่ายรังสีวิทยาเป็นเพียงเครื่องมือช่วยสนับสนุนในการวินิจฉัยทางคลินิกเท่านั้น
11. ไม่ควรทำการรักษาและการค้นคว้าหาสาเหตุของโรคเกินกว่าความจำเป็น
12. เคารพและให้เกียรติรวมทั้งรักษาความสัมพันธ์อันดีต่อผู้ร่วมอาชีพ

ระเบียบการปฏิบัติงาน และข้อควรปฏิบัติอื่น ๆ

1. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในหอผู้ป่วย

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันการติดเชื้อในหอผู้ป่วย โดย

- ดูแลและทำความสะอาดบาดแผลให้แก่ผู้ป่วย โดยถูกต้องอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ขึ้นอยู่กับชนิด และ

ความรุนแรงของบาดแผล

- ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยปฏิบัติตาม หลักการล้างมือ 5 moment ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วยรวมถึง หลังจากทำหัตถการทุกครั้ง การล้างมือ 7 ขั้นตอน รวมถึงการใส่ถุงมือในการปฏิบัติงานที่มีการสัมผัสผู้ป่วย

- แยกของเสีย หรือผ้า gauze ที่ปนเปื้อน ไว้เป็นสัดส่วนต่างหากเพื่อง่ายต่อการเก็บและทำลาย

- สอนนักศึกษาแพทย์ให้ตระหนักถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค และทำความสะอาดแผลอย่างถูกต้อง

- การทำหัตถการที่ต้องอาศัย aseptic technique ให้ทำด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง โดยยึด sterile technique เป็นหลัก

- ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ควรเลือกตรวจเยี่ยมผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มสุดท้าย ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ หมวก หน้ากากอนามัย เสื้อกาวน์ และถุงมือก่อนเข้าไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในบริเวณที่แยกไว้ หลังจากตรวจเยี่ยมผู้ป่วยดังกล่าวแล้ว ต้องทิ้งอุปกรณ์ป้องกันในที่ที่จัดไว้ และล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาด ก่อนไปสัมผัสผู้ป่วยรายต่อไป

2. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลและป้องกันติดเชื้อในห้องผ่าตัดโดย

- เปลี่ยนเสื้อผ้าสำหรับการเข้าห้องผ่าตัด สวมหมวก ผูก mask ก่อนที่จะเข้าบริเวณห้องผ่าตัด

- ล้างมือ และเช็ดมืออย่างถูกต้องก่อนเข้า case ผ่าตัด

- เข้าช่วยผ่าตัด หรือทำการผ่าตัดตามหลัก sterile technique

- ไม่ส่งเสียงคุยกัน โดยไม่จำเป็นในห้องผ่าตัด

- การยืนดูในห้องผ่าตัด ไม่ควรยืนชิดแพทย์ที่ทำการผ่าตัดหรือช่วยผ่าตัด ควรยืนห่างอย่างน้อย 50 ซม.

เพื่อป้องกันการ contamination

- การถอดถุงมือ หรือเสื้อกาวน์ หลังจากเสร็จผ่าตัด ให้แยกถุงมือหรือเสื้อกาวน์ ทิ้งลงในภาชนะบรรจุที่แยกไว้ให้เรียบร้อย

3. การบันทึกเวชระเบียน

เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่รับผิดชอบผู้ป่วยนั้นๆที่จะต้องบันทึก admission note ใน progress note (บันทึก ทุกวันหรือตามเกณฑ์ ของ audit เวชระเบียน) และ operative note ในกรณีที่ช่วยผ่าตัดและอาจารย์มอบหมายให้เป็นผู้เขียน รวมไปถึง discharge Summary เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน โดยก่อน discharge ผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้านจะต้องตรวจทานให้เวชระเบียนมีความครบถ้วนสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งคืนไปยังแผนกเวชระเบียนของทางโรงพยาบาล

4. การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงขั้นตอนการขออนุญาตผ่าตัด

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่โดยตรง ในการให้คำอธิบายต่อผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็น แนวทางในการวินิจฉัย หรือการรักษา ผลกระทบที่เกิดจากการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการผ่าตัด รวมไปถึงการพยากรณ์โรค ในกรณีที่ผู้ป่วยที่บรรลุนิติภาวะ ต้องให้ผู้ป่วยลงลายมือชื่อ หรือพิมพ์ลายนิ้วมือ เพื่อยินยอมให้ทำการ ผ่าตัดรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหรือไม่สามารถกระทำการใด ๆ ที่จะยินยอมให้ทำการผ่าตัดหรือยังไม่บรรลุนิติภาวะ ให้ญาติ เป็นผู้ลงลายมือชื่อ เพื่อยินยอมให้ทำการรักษาแทน ในกรณีที่ไม่มีญาติที่มีสิทธิเพียงพอที่จะกระทำการขั้นตอนดังกล่าวได้ ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งลงลายมือชื่อแทนในกรณีที่ เป็นใน เวลาราชการ และแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้ลงลายมือชื่อแทนในเวลานอกเวลาราชการ

5. การสั่งการรักษาและประสานงานกับบุคลากรสายวิชาชีพอื่น

แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่สั่งการรักษาให้กับผู้ป่วย โดยมีแพทย์ประจำบ้านอาวุโสสูงสุดเป็นผู้รับผิดชอบ โดยอยู่ในดุลยพินิจของอาจารย์ที่เป็นเจ้าของไข้หรืออาจารย์ภายในสาขาวิชา โดยสาขาวิชาถือว่า ความสัมพันธ์ในการปฏิบัติงานระหว่างแพทย์กับ พยาบาลในหอผู้ป่วย, ห้องผ่าตัด, ไอ.ซี.ยู. วิสัญญีพยาบาล, วิสัญญีแพทย์ ตลอดจนแพทย์ประจำบ้านและ อาจารย์ในภาควิชาอื่น ๆ รวมทั้งการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย เป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งที่จะไม่ให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ขึ้น ทั้งนี้รวมถึงการรับปรึกษาผู้ป่วยจากต่างภาควิชา การเตรียมผ่าตัด การส่งตารางเวลาที่จะผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วย และใน ไอ.ซี.ยู. ฯลฯ โดยขอให้ถือประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ และความเหมาะสมในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมงานที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก

6. การดูแลสุขภาพของตนเอง

เนื่องจากการเรียนวิชาศัลยศาสตร์ลำไส้ใหญ่และทวารหนักนั้น จะต้องอาศัยการทุ่มเทร่างกาย แรงใจ ในการทุ่มเท รับผิดชอบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แพทย์ประจำบ้านจึงต้องหมั่นดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดีหากมีปัญหาด้านสุขภาพ ให้รายงานอาจารย์แพทย์ภายในสาขาวิช เพื่อที่จะได้ปรึกษาหรือแนะนำในการดูแลสุขภาพต่อไปในกรณีที่ถูก มีบาดแผลหรือเข็มตำ และสงสัยว่าผู้ป่วยอาจจะติดเชื้อ HIV มีแนวทางในการปฏิบัติตามข้อแนะนำในภาคผนวก

7. การสอนนิสิต/นักศึกษาแพทย์ สาขาวิชาศัลยศาสตร์ทางเดินอาหารและศัลยศาสตร์ทั่วไป กำหนดให้แพทย์ประจำบ้าน มีหน้าที่ช่วยชี้แนะและดูแลนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก ปีที่ 4,5 และ 6 ในหัวข้อที่เกี่ยวกับการซักประวัติ

ตรวจร่างกาย การวินิจฉัย การรักษา ให้คำแนะนำในการดูแล ผู้ป่วยและควบคุมการทำหัตถการต่างๆ รวมทั้งเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่นักศึกษาแพทย์

8. การแต่งกาย

แพทย์ประจำบ้านทุกชั้นปีจะต้องแต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย ทั้ง ในเวลารายการ และ นอกเวลาราชการ ตามระเบียบของคณะฯ และมหาวิทยาลัยฯ

9. การเซ็นชื่อ

ทุกครั้งที่จะเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ แพทย์ประจำบ้านต้องเซ็นชื่อ เพื่อใช้เป็นหลักฐานสำหรับการประเมินผล การปฏิบัติงาน ต่อไป แพทย์ประจำบ้าน ต้องเซ็นชื่อลงในใบสั่งยา ใบสั่งการรักษา หรือในเวชระเบียนควรเซ็นให้อ่านได้ และขอให้ลงหมายเลขประจำตัวท้ายลายเซ็นด้วย เพื่อความสะดวกในการติดต่อเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

10. ใบมรณบัตรและการขอตรวจศพ

การเขียนใบมรณบัตร เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานที่สังกัด จะต้องลงบันทึกทันทีที่ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเมื่อพยาบาลตักแฉ่งให้ทราบ การขอตรวจศพ แพทย์ประจำบ้านมีหน้าที่ขออนุญาตตรวจศพผู้ป่วยทุกรายที่สาเหตุการเสียชีวิตชีวิตยังไม่ทราบแน่ชัด เพื่อประโยชน์ในการเรียน การสอน และความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งนี้ควรช่วยติดต่อและอำนวยความสะดวกแก่ญาติของ ผู้เสียชีวิต เพื่อจะได้รับความร่วมมือจากญาติเพิ่มขึ้น