

ชื่อเรื่อง ส่งกล้องเร็ว พบมะเร็งลำไส้ไว ไปกลับครั้งเดียว

ชื่อผู้นำเสนอ นางสาวเยาวลักษณ์ ยิ้มเย็น

บทนำ

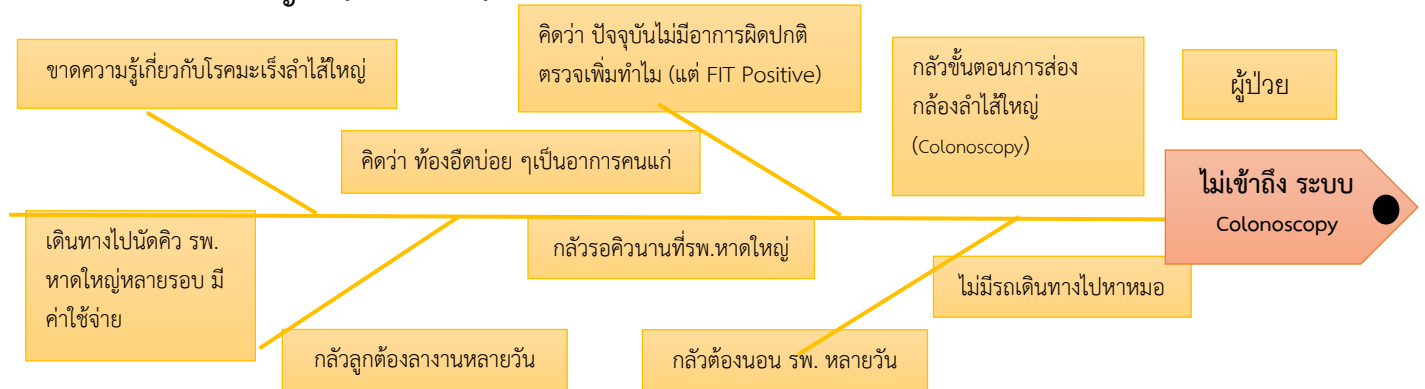
องค์การอนามัยโลก คาดว่าในปี 2563 จะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 19.3 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งเกือบ 10 ล้านคน หรืออาจกล่าวได้ว่าการตายประมาณ 1 ใน 6 ของคนทั่วโลกมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็ง สำหรับสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งของคนทั่วโลก 5 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งตับ มะเร็งกระเพาะอาหาร และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่เพิ่มขึ้น 1,931,590 ราย คิดเป็นร้อยละ 10 และ เสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่ 935,173 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.4

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มะเร็งลำไส้ใหญ่ พบบ่อยในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง โดยอัตราการเกิดมะเร็งลำไส้ในผู้ชายเท่ากับ 16.2 ต่อประชากร 100,000 ราย และในผู้หญิง 11.1 ต่อประชากร 100,000 ราย โดยกว่า 90% มะเร็งลำไส้เป็นชนิด Adenocarcinoma ซึ่งเป็นการเซลล์เยื่อบุในผนังลำไส้มีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นติ่งเนื้อเล็กๆที่เรียกว่า polyp ติ่งเนื้อบางส่วนโตขึ้นและพัฒนาการเป็นมะเร็งได้ โดยทั่วไปโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีอุบัติการณ์เพิ่มสูงในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ปัจจุบันตรวจคัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) เป็นวิธีการตรวจที่สะดวก ง่ายและปลอดภัย กรณีที่ได้รับผลผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยต่อด้วยการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มเติม ส่วนในกลุ่มที่มีอาการผิดปกติ อาทิ ระบบขับถ่ายแปรปรวนเช่นท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ชีตเรื้อรัง ควรรีบเข้ารับคำปรึกษาจากแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยเพิ่มเติม

กระทรวงสาธารณสุข ได้ขับเคลื่อนนโยบายเร่งด่วน Quick Win มะเร็งครบวงจร (Cancer Worrier) ในการดูแลคัดกรองให้ทั่วถึง การเฝ้าระวัง จนถึงรักษาให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับและถุงน้ำดี ซึ่งมะเร็งลำไส้ใหญ่ คัดกรองด้วย วิธี FIT และผู้ที่มีผลผิดปกติ ส่งต่อคัดกรองด้วยวิธีการส่องกล้อง (Colonoscopy) โดยมีเป้าหมาย 100 วันแรกในปีงบประมาณ 2567

ปีงบประมาณ 2566 พบผู้ป่วยเพศชายมีผล FIT Positive มาแล้ว 1 ปี ปฏิเสธการส่องกล้อง (Colonoscopy) ตรวจพบมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายและเสียชีวิต เครือข่ายสุขภาพอำเภอรัตนภูมิ จึงทบทวนการส่องกล้อง (Colonoscopy) ของ อ.รัตนภูมิ พบว่า ในปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการส่งต่อการส่องกล้อง (Colonoscopy) เพียงแค่ 7 % ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้น เครือข่ายสุขภาพอำเภอรัตนภูมิ จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

การวิเคราะห์ปัญหา (Fish bone)



วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มอัตราผู้ป่วยที่มี FIT Positive ในการเข้าถึงระบบ Colonoscopy
2. เพื่อค้นหาและแจ้งโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และเข้ารับการรักษา

ตัวชี้วัด

1. อัตราผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy เพิ่มขึ้น ร้อยละ 55
2. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 5 และได้รับการรักษา ร้อยละ 100

วิธีดำเนินการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

วงล้อที่ 1 ระยะเวลา ต.ค. 2565 – มี.ค. 2566

Plan

1. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive ในสถานบริการ 13 แห่ง (รพ.สต. 11 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง และ คลินิกชุมชน 1 แห่ง)
2. ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive แก่ผอ.รพ.สต. ทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชน ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก และหัวหน้างาน NCD รพ.รัตนภูมิ ทราบ เพื่อวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินคัดกรองผู้ป่วย คือ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ

Do

1. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดำเนินงาน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก หัวหน้างาน NCD และผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ
2. คัดกรอง FIT กลุ่มอายุ 50 -70 ปี ในรายที่มารับบริการที่สถานบริการ (Walk in มารักษาโรคอื่น)
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รายบุคคลในรายที่อายุ 50 – 70 ปี
4. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive แต่ละหน่วยบริการ เพื่อส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy รพ.หาดใหญ่

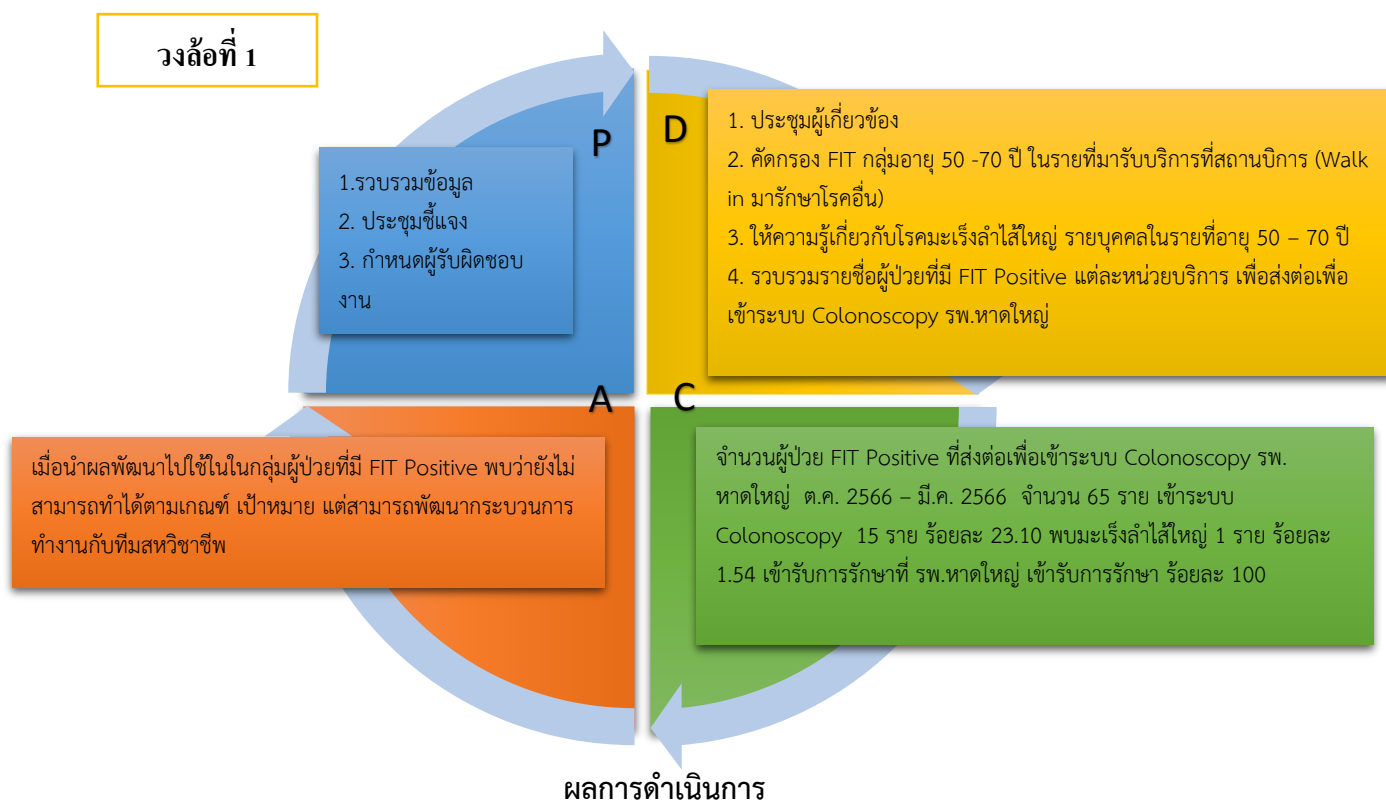
Check

จำนวนผู้ป่วย FIT Positive ที่ส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy รพ.หาดใหญ่ ต.ค. 2565 – มี.ค. 2566 จำนวน 65 ราย เข้าระบบ Colonoscopy 15 ราย ร้อยละ 23.10 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ราย ร้อยละ 1.54 เข้ารับการรักษาที่ รพ.หาดใหญ่ ร้อยละ 100

Act

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้ในในกลุ่มผู้ป่วยที่มี FIT Positive พบว่ายังไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์ เป้าหมายแต่สามารถพัฒนากระบวนการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ

สรุปผลการดำเนินงาน



ตัวชี้วัดที่ 1 อัตราผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy เพิ่มขึ้น ร้อยละ 55

ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 5 และได้รับการรักษา ร้อยละ 100

ข้อมูล	เกณฑ์	มิ.ย. 65 – ก.ย.65	ต.ค. 65 – มี.ค. 66
จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive		20	65
ร้อยละผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy	มากกว่า 55%	7%	23.10 %
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่า ร้อยละ 5 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100	น้อยกว่า 5% 100 %	0	1.54 100 %

จากตารางแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มี FIT Positive มีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเข้าระบบ Colonoscopy ยังมีจำนวนน้อย จากการทบทวนการส่งต่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive พบว่าช่วง ต.ค. 65 – มี.ค. 66 จำนวนผู้ป่วยมี FIT Positive 65 ราย เข้าระบบ Colonoscopy 15 ราย คิดเป็น 23.10 % พบว่า เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ราย คิดเป็น 1.54 % และได้รับการรักษา 100 %

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มี FIT Positive จำนวน 53 ราย คิดเป็น 81.54% ยังไม่ได้เข้าระบบ Colonoscopy และตามเข้าระบบ Colonoscopy ได้บางราย

วงล้อที่ 2 ระยะเวลา เม.ย. 2566 – ก.ย. 2566

Plan

1. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive ในสถานบริการ 13 แห่ง (รพ.สต. 11 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง และ คลินิกชุมชน 1 แห่ง)
2. ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive แก่ผอ.รพ.สต.ทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชน ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก และหัวหน้างาน NCD รพ.รัตนภูมิ ทราบ เพื่อวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญห
3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินคัดกรองผู้ป่วย คือ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ

Do

1. ดำเนินงาน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก หัวหน้างาน NCD และผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ
2. คัดกรอง FIT กลุ่มอายุ 50 -70 ปี ในรายที่มารับบริการที่หน่วยบริการ และประชุม อสม.ในการคัดกรองแบบปูพรม และติดตามผู้ป่วยที่มี FIT Positive เพื่อรวบรวมรายชื่อส่งต่อ Colonoscopy
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รายบุคคลในรายที่อายุ 50 – 70 ปี
4. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive แต่ละหน่วยบริการลง Google sheet เพื่อส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy รพ.นาหม่อม
5. ประชุมร่วมกับ ทีมแพทย์พยาบาล ศูนย์ส่องกล้อง (Colonoscopy) รพ.นาหม่อม เพื่อวางแผนการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องที่ รพ.รัตนภูมิ โดยทีมแพทย์พยาบาลศูนย์ส่องกล้อง (Colonoscopy) รพ.นาหม่อม รวมไปถึงการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการส่วนล้างลำไส้ก่อนการส่องกล้อง (Colonoscopy) ในรายที่มี FIT Positive
6. รณรงค์ให้ความรู้ โดยการติดป้ายไวนิล แต่ละหน่วยบริการ

7. จัดอบรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการคัดกรอง FIT และการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

Check

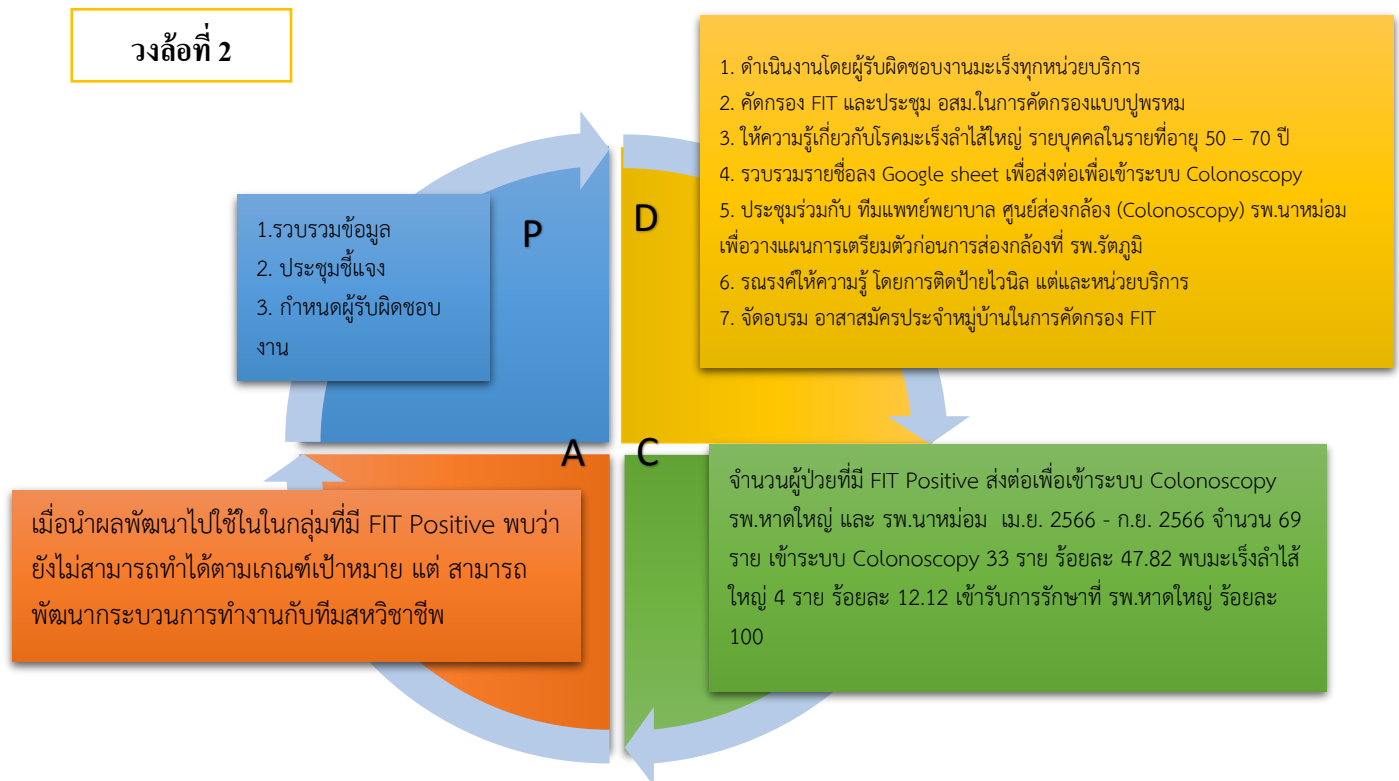
จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive ส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy รพ.หาดใหญ่ และ รพ.นาหม่อม เม.ย. 2566- ต.ค. 2566 จำนวน 69 ราย เข้าระบบ Colonoscopy 33 ราย ร้อยละ 47.82 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่ 4 ราย ร้อยละ 12.12 เข้ารับการรักษาที่ รพ.หาดใหญ่ ร้อยละ 100

Act

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้ในในกลุ่มที่มี FIT Positive พบว่ายังไม่สามารถทำได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่สามารถพัฒนากระบวนการทำงานกับทีมสหวิชาชีพ

สรุปผลการดำเนินงาน

วงล้อที่ 2



1. ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยที่มี FIT Positive ที่ได้รับการส่งต่อจากระบบ Hos.Xp
2. ติดตามอาการผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่ 1. อัตราผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy เพิ่มขึ้น ร้อยละ 55

ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 5 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100

ข้อมูล	เกณฑ์	มิ.ย. 65 – พ.ย. 65	ต.ค. 65 – มี.ค. 66	เม.ย.66 – ก.ย. 66
จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive		20	65	69
ร้อยละผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy	มากกว่า 55%	7%	23.10 %	47.82%
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่น้อยกว่าร้อยละ 5 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100	น้อยกว่า 5% 100%	0	1.54% 100 %	12.12% 100%

จากตารางแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบ Colonoscopy มีอัตราเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ จากข้อมูลผู้ป่วยที่มี FIT Positive ช่วง เม.ย.66 – ก.ย.66 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 69 ราย เข้าระบบ Colonoscopy 33 ราย คิดเป็น 47.82 % พบว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ 4 ราย คิดเป็น 12.12 % และเข้ารับการักษา 100 % จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่มี FIT Positive ที่ไม่ได้เข้าระบบ Colonoscopy จำนวน 36 ราย คิดเป็น 52.18 % ของผู้ป่วยทั้งหมด

จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และขาดความรู้ในการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ได้รับฟังประสบการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับ Colonoscopy ณ รพ.หาดใหญ่ คือนัดคิวนาน 2 – 3 เดือน เดินทางไปรพ.หาดใหญ่หลายครั้ง มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางรวมถึงไม่มีรถเดินทางไปพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยที่มี FIT Positive ขาดโอกาสเข้าถึงระบบ Colonoscopy

วงล้อที่ 3 ระยะเวลา ต.ค. 2566 – มี.ค. 2567

Plan

1. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive ในสถานบริการ 13 แห่ง (รพ.สต. 11 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 แห่ง และ คลินิกชุมชน 1 แห่ง)
2. ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยที่มี FIT Positive แก่ผอ.รพ.สต. ทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขและคลินิกชุมชน ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก และหัวหน้างาน NCD รพ.รัตภูมิ ทราบ เพื่อกำหนดแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
3. กำหนดผู้รับผิดชอบในการดำเนินคัดกรองผู้ป่วย คือ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ

Do

1. ดำเนินงาน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง หัวหน้าหอผู้ป่วยนอก หัวหน้างาน NCD และผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ
2. คัดกรอง FIT กลุ่มอายุ 50 -70 ปี ในรายที่มารับบริการที่หน่วยบริการ และประชุม อสม.ในการคัดกรองแบบปูพรม และติดตามผู้ป่วยที่มี FIT Positive เพื่อรวบรวมรายชื่อส่งต่อ Colonoscopy
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ รายบุคคลในรายที่อายุ 50 – 70 ปี
4. รวบรวมรายชื่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive แต่ละหน่วยบริการลง Google sheet เพื่อส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy ณ รพ.นาหม่อม
5. ประชุมร่วมกับ เครือข่ายสุขภาพอำเภอรัตภูมิ ทีมแพทย์พยาบาล ศูนย์ส่องกล้อง (Colonoscopy) รพ.นาหม่อม เพื่อวางแผนการเตรียมตัวก่อนการส่องกล้องที่ รพ.รัตภูมิ โดยทีมแพทย์พยาบาลศูนย์ส่องกล้อง (Colonoscopy) รพ.นาหม่อม แบบ One Stop Service รวมไปถึงการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และการสวนล้างลำไส้ก่อนการส่องกล้อง (Colonoscopy) ในรายที่มี FIT Positive

รพ.รัตภูมิ

1. ส่งรายชื่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive ให้ทีมแพทย์ รพ.นาหม่อม (ตามรายชื่อ Google sheet)
2. หน่วยบริการประสานงานอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เน้นย้ำผู้ป่วยที่มี FIT Positive วันที่ Pre – op และ วันที่เตรียมตัวก่อนการสวนล้างลำไส้ (Colonoscopy)
3. พยาบาล OPD โทรติดตามผู้ป่วยรายบุคคลเพื่อเน้นย้ำ วันที่ Pre – op และ วันที่เตรียมตัวก่อนการสวนล้างลำไส้ (Colonoscopy)
4. กำหนดวัน Pre – op เจาะเลือด EKG และ CXR และแจ้งผู้รับผิดชอบงานมะเร็งทุกหน่วยบริการ
5. ปรีณผลเลือด EKG แยกรายบุคคล
6. เตรียมสถานที่สำหรับฟังการเตรียมก่อนการสวนล้างลำไส้ (Colonoscopy)
7. แชร์ประสบการณ์ผู้ป่วยที่ได้รับการ Colonoscopy ณ รพ.นาหม่อม และเล่ากรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เข้าระบบ Colonoscopy และตรวจพบมะเร็งลำไส้ระยะสุดท้ายและได้เสียชีวิต

รพ.นาหม่อม

1. พยาบาลห้องผ่าตัด รพ.นาหม่อม โทรชักประวัติผู้ป่วยรายบุคคล เพื่อจัดทำ OPD Card รพ.นาหม่อม
2. ให้ความรู้การเตรียมตัวก่อนการสวนล้างลำไส้ (Colonoscopy) ผ่านวิดีโอคลิป ณ รพ.รัตภูมิ
3. ให้ความรู้การใช้ยาละลายและอาหารสำหรับผู้เตรียมตัวก่อนการสวนล้างลำไส้ (Colonoscopy) รายกลุ่ม (กลุ่มละ 5 – 10 ราย) และแจกจ่ายยาละลายรายบุคคล ณ รพ.รัตภูมิ
4. แพทย์ศัลยกรรม รพ.นาหม่อม ดูผลเลือด EKG และ CXR ณ รพ.รัตภูมิ
5. เก็บตกการจัดทำ OPD Card รพ.นาหม่อม ณ รพ.รัตภูมิ
6. ลงตารางวันที่ผ่าตัดโดย จำแนกตามความสะดวกของผู้ป่วย แยกผู้ป่วยที่ไม่มีรถและ มีรถวางบ้านใกล้กันไปด้วยกัน นอกจากนี้ มีบริการรับส่งผู้ป่วยในรายที่ไม่มีรถเดินทางไปพบแพทย์ ณ รพ.รัตภูมิ

**ผู้ป่วยเดินทางไปทำ Colonoscopy ครั้งเดียวในวันทันัด และแจ้งผลกลับมายัง รพ.รัตนภูมิ ส่วนในรายที่แพทย์พิจารณา รักษาเพิ่ม หรือรายที่ตรวจพบมะเร็งลำไส้ รพ.นาหม่อมจะทำใบส่งต่อไป รพ.หาดใหญ่ เพื่อรักษาต่อ

8. อบรมความรู้ โดยการติดป้ายไวนิล แต่และหน่วยบริการ

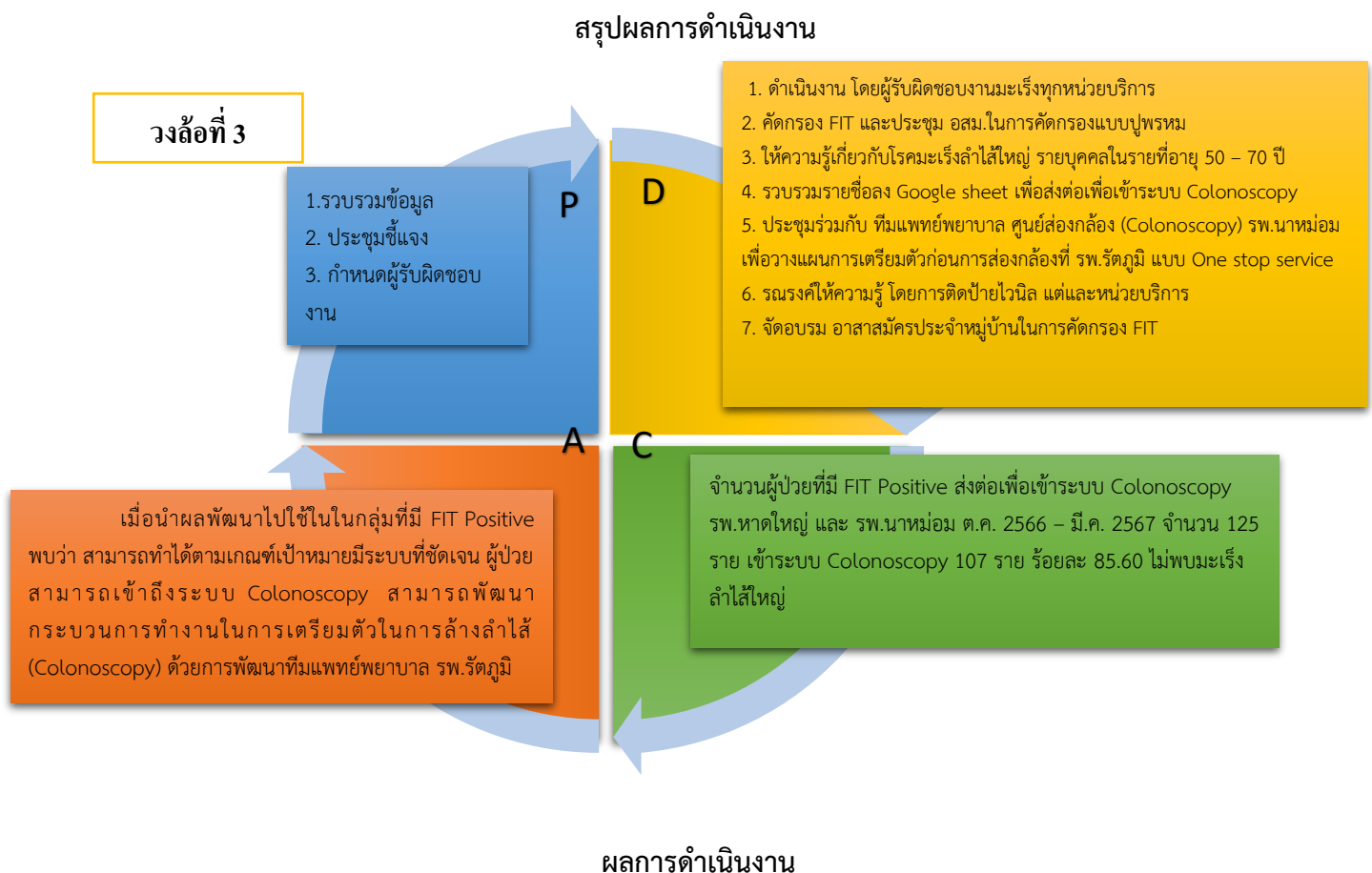
9. จัดอบรม อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการคัดกรอง FIT และการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

Check

จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive ส่งต่อเพื่อเข้าระบบ Colonoscopy รพ.หาดใหญ่ และ รพ.นาหม่อม ต.ค. 2566 – มี.ค. 2567 จำนวน 125 ราย เข้าระบบ Colonoscopy 107 ราย ร้อยละ 85.60 ไม่พบมะเร็งลำไส้ใหญ่

Act

เมื่อนำผลพัฒนาไปใช้ในในกลุ่มที่มี FIT Positive พบว่า สามารถทำได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมีระบบ ที่ชัดเจน ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงระบบ Colonoscopy สามารถพัฒนากระบวนการทำงานในการเตรียมตัวในการล้างลำไส้ (Colonoscopy) ด้วยการพัฒนาทีมแพทย์พยาบาล รพ.รัตนภูมิ



ตัวชี้วัดที่ 1. อัตราผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy เพิ่มขึ้น ร้อยละ 55

ตัวชี้วัดที่ 2 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 5 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100

ข้อมูล	เกณฑ์	มิ.ย. 65 – พ.ย. 65	ต.ค. 65 – มี.ค. 66	เม.ย.66 – ก.ย. 66	ต.ค.66 - มี.ค 67
จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive		20	65	69	125
ร้อยละผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy	มากกว่า 55%	7%	23.10 %	47.82%	85.60%
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่าร้อยละ 5 ได้รับการรักษา ร้อยละ 100	น้อยกว่า 5% 100%	0	1.54% 100 %	12.12% 100%	0

จากตารางแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive มีแนวโน้มคงที่ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าระบบการส่งต่อการส่องกล้อง (Colonoscopy) มีอัตราเพิ่มขึ้น จากข้อมูลผู้ป่วยที่มี FIT Positive ช่วง ต.ค.66 – มี.ค.67 พบว่าผู้ป่วยทั้งหมด 125 ราย เข้าระบบการส่งต่อการส่องกล้อง (Colonoscopy) 107 ราย คิดเป็น 85.60% จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ Colonoscopy มีจำนวนเพิ่มขึ้น ไม่พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่

จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการ Colonoscopy ณ รพ.นาหม่อม พบว่า มีความพึงพอใจเนื่องจาก ไปครั้งเดียว ไม่รอคิวนาน ทีมแพทย์พยาบาลศูนย์ส่องกล้อง (Colonoscopy) รพ.นาหม่อม เอาใจใส่ดูแลดี ให้คำปรึกษา และอำนวยความสะดวกในการเข้าทำ Colonoscopy รวมไปถึงการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้อง (Colonoscopy) ณ รพ.รัตภูมิ ไม่ต้องรอผลเลือด และ CXR นาน ไม่ต้องตามผลเลือดเอง สถานที่ในการเตรียมความพร้อม ฯ สะดวกสบาย และบุคลากรไม่ต้องกลางานหลายรอบเพื่อพาไปพบแพทย์

สรุปผลการดำเนินงาน



วิจารณ์

การส่งต่อผู้ป่วยที่มี FIT Positive เข้าระบบ Colonoscopy เพื่อคัดหามะเร็งลำไส้ใหญ่และเข้ารับการ รักษาให้เร็วที่สุด มีการปรับเปลี่ยนพัฒนารูป แบบอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีแนวโน้มในทางดีขึ้น จากการเก็บรวบรวม ข้อมูลพบว่า ตั้งแต่ มิ.ย.2565 – มี.ค.2567 พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มี FIT Positive จำนวน 125 ราย เป็น ผู้ป่วย พิการนั่งรถเข็น จำนวน 1 ราย และยังสามารถเข้าระบบ Colonoscopy ได้

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักที่จะเข้าระบบ Colonoscopy เนื่องจากมีการ พัฒนาระบบ ส่งต่อ Colonoscopy อย่างต่อเนื่องแบบ One Stop service ลดระยะการรอคิวนาน ลดค่าใช้จ่าย ในการเดินทาง บุตรหลานลงงานไปโรงพยาบาลครั้งเดียวในวันสองกล้อง ทำให้เพิ่มการเข้าถึงระบบ Colonoscopy ของผู้ป่วยได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การเตรียมลำไส้ใหญ่ ก่อนการส่องกล้องสำหรับผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์อย่างมากสำหรับผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ที่บ้าน ทั้งนี้เป็นการลดภาระ ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาลและตอบสนองนโยบายการลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ทองใส คงวัน,2563)และคัดหามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะเริ่มแรกได้และเข้ารับการรักษได้รวดเร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจาก โรคและลดอัตราการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับผลการคัดกรอง FIT Positive และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ผ่านการดูวิดีโอคลิป ซึ่งการสอนด้วยวิดีโอคลิปใน การเตรียมลำไส้ แสดงให้เห็นถึงผลของความรู้ในเชิงบวกต่อการเตรียมลำไส้ใหญ่ (กันรรติชา เขียนน้อย,2563) รวม ไปถึงความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่ อาการและอาการแสดง ซึ่งการให้ความรู้โดยการใช้สื่อต่างๆ ที่หลากหลาย ช่องทาง ทำให้ผู้ป่วยตระหนักมากขึ้นและเข้าระบบ Colonoscopy เพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กันร์ติชา เขียดน้อย.(2563). ความรู้ พฤติกรรมการเตรียม และความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่.(วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้ออกพิมพ์).มหาวิทยาลัยรังสิต.
- ทองใส คงวัน.(2563).ผลของโปรแกรมการให้คำแนะนำในการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลและผู้ป่วยเตรียมที่บ้านแบบ One Day Surgery.ร้อยเอ็ดเวชสาร,7(1),75-90.
- วิชญ์ ปานจันทร์,เสาวคนธ์ สุกรโยธิน,อาคม ชัยวีระวัฒน์,และวีรภูมิ อิ่มสำราญ (บ.ก.).(2558).แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง.(ฉบับปรับปรุงครั้งที่1).กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.