



ประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการพิเศษ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่ โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคลตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับ
การประเมินผลงาน เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับสูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑.	นายชนาธิป อังคนานนท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานศัลยกรรม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศฉบับนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการ
การประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับ
การประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ


ประกาศ ณ วันที่ ๒๕ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๖

(นายสมพงษ์ มากมณี)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดนครศรีธรรมราช

เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของโรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายชนาธิป อังคณานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๓๒๕๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสิชล กลุ่มงานศัลยกรรม นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)	๑๘๓๒๕๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
<p>ชื่อผลงานส่งประเมิน "อัตราอุบัติเหตุของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีผลการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก ด้วยการตรวจยืนยันส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช"</p> <p>ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน "๓ S ฝ่าระวังและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก"</p> <p>รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แนบท้ายประกาศ"</p>						
						

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง อัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีผลการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก ด้วยการตรวจยืนยันส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๕- เมษายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ สถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

๓.๒ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่

๓.๓ การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สาระสำคัญ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ตามรายงานแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในสถานการณ์โรคมะเร็งโลกรับว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โรคมะเร็งจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศ จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ทั่วโลกพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนกว่า ๑๘.๑ ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต ๙.๖ ล้านราย (WHO, ๒๐๑๘) สถิติของโรคมะเร็งที่พบ ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร

สำหรับข้อมูลสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทย พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ ๑ ของประชากรไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๒ แต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ ๑๒,๐๐๐ ราย เป็นเพศชาย ๕๙,๖๖๒ ราย และเพศหญิง ๖๓,๐๙๕ ราย ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Imsamran W. et al, ๒๐๑๘) อีกทั้งยังมีแนวโน้มการตายสูงขึ้นในทุกปีโรคมะเร็งที่เป็นปัญหาสำคัญ ๕ อันดับแรกของประเทศ คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งปาก มดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามลำดับ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒) ซึ่งข้อมูลปี ๒๕๖๑ คนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็งรายใหม่ วันละ ๓๘๑ คน หรือ ๑๓๙,๒๐๖ คนต่อปี (ประชาชาติธุรกิจ, ๒๕๖๕) และข้อมูลปี ๒๕๖๒ พบว่า ประชากรไทย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งวันละ ๒๓๐ คน หรือ ๘๔,๐๓๓ คนต่อปี (จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๒)

จังหวัดนครศรีธรรมราช มีจำนวนผู้ป่วยและอัตราป่วยตายด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มากที่สุดของกลุ่มจังหวัดในเขต ๑๑ ขณะที่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ โรงพยาบาลสิชล มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน ๔ ราย และกลุ่มผู้ป่วยนี้มีผู้เสียชีวิต ๓ ราย (โรงพยาบาลสิชล, ๒๕๖๔) ซึ่งการป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ ก่อให้เกิดการสูญเสียและการดูแลอย่างประคับประคองตลอดชีวิต แต่สามารถที่ทำการป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรอง จะช่วยให้ตรวจพบรอยโรคได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งระยะแรก ทำให้การรักษาโรคได้อย่างทันท่วงที การส่องกล้องลำไส้ใหญ่เป็นวิธีการตรวจที่ไวและจำเพาะที่สุด เป็นวิธีเดียวที่สามารถวินิจฉัยอย่างจำเพาะ จากความสำคัญข้างต้น การตรวจยืนยันด้วย Colonoscopy เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการตรวจยืนยันเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาต่อไป อีกทั้งหากสามารถวินิจฉัยได้เร็ว (Early Detection) จะทำให้สามารถลดอัตราการตายและการลุกลามของโรคได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ๑) ทบทวนและศึกษาข้อมูลประเด็นปัญหาของพื้นที่หรือเรื่องที่น่าสนใจ
- ๒) รวบรวมข้อมูลจากรายงานและฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง
- ๓) ศึกษาองค์ความรู้ทางวิชาการเฝ้าระวังและคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๔) ศึกษาแนวคิดในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๕) จัดเก็บข้อมูลโดยใช้เวาระเบียน
- ๖) จัดทำการศึกษาและสรุปผลการศึกษา
- ๗) ตรวจสอบความถูกต้องและเพิ่มเติมรายละเอียดตามผู้เชี่ยวชาญ
- ๘) จัดพิมพ์ผลงานเป็นรูปเล่ม

๔.๓ เป้าหมาย

กลุ่มเสี่ยงสามารถทราบถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองจากการตรวจสอบกล้อง Colonoscopy ต่อการตรวจยืนยันผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนักของพื้นที่อำเภอสีชล

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ เชิงปริมาณ

กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy จำนวน ๓๐๗ ราย

๕.๒ เชิงคุณภาพ

- ๑) กลุ่มเสี่ยงได้รับทราบผลการตรวจยืนยันจากแพทย์ พร้อมรับคำแนะนำจากแพทย์
- ๒) ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพฤติกรรมตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก
- ๓) มีการพัฒนาองค์ความรู้ ในการตรวจยืนยันผู้ป่วยและเข้าสู่กระบวนการรักษาอย่างทันที่

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ๖.๑ สามารถตรวจพบมะเร็งในระยะแรก นำไปสู่การรักษาได้อย่างทันเวลา
- ๖.๒ ลดค่าใช้จ่ายในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการคัดกรองขั้นต้น Fit test และตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- ๗.๑ การมีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากทำให้กลุ่มเสี่ยงเสียเวลาในการตรวจยืนยัน
- ๗.๒ การตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง Colonoscopy ต้องมีความชำนาญในการตรวจ เนื่องจากมีความจำเพาะในการแปลผล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การจัดระบบนัดหมายกลุ่มเสี่ยงของแต่ละตำบลนั้นมีความพร้อมเพียงแตกต่างกัน อีกทั้งบางรายมีการเดินทางมายังโรงพยาบาลสีชลที่ต้องรอญาติทำการรับส่งตามวันทีนัดหมาย

๙. ข้อเสนอแนะ

- ๙.๑ การกำหนดแผนงาน โครงการเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในพื้นที่ทั้งระดับชุมชนและระดับอำเภอ
- ๙.๒ นำข้อมูลการคัดกรองและการตรวจยืนยันประจำปี เสนอต่อเครือข่ายบริการเพื่อการรับทราบสถานการณ์ และกำหนดแนวทางป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักร่วมกันแบบบูรณาการ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีที่ ๑๙ ฉบับที่ ๓ กันยายน-ธันวาคม ๒๕๖๖

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายชนาธิป อังคนานนท์ ดำเนินการคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *ชนป อังคนน*
 (นายชนาธิป อังคนานนท์)
 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
 (วันที่) *1* / *11* / *66*
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายชนาธิป อังคนานนท์	<i>ชนป อังคนน</i>

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายสมพงศ์ ทองใส)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ปฏิบัติหน้าที่
รองผู้อำนวยการภารกิจด้านบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ
(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายจรัส บุญกาญจน์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล
(วันที่)/...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ประเภทวิชาการ ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง ๓ S เฝ้าระวังและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๒. หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และทวารหนัก (colorectal cancer) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตประมาณ ๑.๘ ล้านคน ซึ่งมากที่สุดเป็นอันดับสองของโลกในปี ๒๐๑๘ (Bray et al., ๒๐๑๘) และมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นเกือบ ๒ ล้านคน อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลกโดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาที่วิถีชีวิตแบบตะวันตก และในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักสูงถึง ๑๔.๓ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตาย ๗.๙ ต่อแสนประชากร (Rawla et al., ๒๐๑๙) สำหรับประเทศไทยปีพ.ศ. ๒๕๖๑ พบผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากที่สุดเป็น อันดับ ๓ โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ๕๕ ปีขึ้นไป และมีอัตราป่วยเพิ่มมากขึ้นตั้งแต่อายุ ๔๐ ปีขึ้นไป

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบได้บ่อยมากขึ้นในปัจจุบัน เนื่องจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ความเร่งรีบ ความเครียด การรับประทานอาหารประเภทไขมัน และเนื้อสัตว์ที่เพิ่มสูงขึ้น และการไม่ออกกำลังกาย ล้วนแต่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดโรคได้เพิ่มมากขึ้น (Atthaphinan & Lueboonthavatchai, ๒๐๑๗) นอกจากนี้ มากกว่าร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์เพื่อทำการรักษาพบว่าอยู่ในระยะที่ ๓ และ ๔ ของโรค (Imsamran et al., ๒๐๑๘) หรือที่เรียกว่าเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม และระยะแพร่กระจาย ซึ่งร้อยละ ๒๐-๒๕ มีการแพร่กระจายตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยพบโรค และร้อยละ ๕๐ พัฒนาในช่วงของการได้รับการรักษา (van der Geest et al., ๒๐๑๕; Vera et al., ๒๐๒๐) รายงานที่ผ่านมา พบว่า การรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักหากได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้มีการกำเริบของโรค (progression-free survival) และอัตราการรอดชีวิตยาวนานขึ้น รวมทั้งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Esin & Yalcin, ๒๐๑๖)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ในประเทศไทยมะเร็งลำไส้ใหญ่มีอุบัติการณ์เกิดในลำดับที่สี่จากอุบัติการณ์มะเร็ง ๕ อันดับแรกที่พบบ่อย ได้แก่ มะเร็งตับมะเร็งปอดและหลอดลม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งเต้านม แต่เมื่อพิจารณาจากการเสียชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักอยู่ในลำดับที่สาม แสดงให้เห็นว่ามะเร็งชนิดนี้เมื่อพบแล้วอัตราการเสียชีวิตเร็วเพราะโดยส่วนใหญ่จะพบในระยะที่มีอาการนั้นคือในระยะลุกลาม การค้นหาในระยะก่อนเกิดโรคหรือระยะลุกลาม เพื่อป้องกันและรักษาได้ทันจึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักระยะก่อนเกิดโรคจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ (นිරนุช เสี่ยงเลิศ, ๒๕๕๘)

การศึกษาของสายพิรุณ เจริญจิตต์ (๒๕๖๓) ได้ทำการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน ๑๗๒ คน ผลการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของกลุ่มตัวอย่างพบผิดปกติ ร้อยละ ๒๑.๕๑ ซึ่งเป็นตั้งเนื้องอก ร้อยละ ๑๙.๑๙ และพบก้อนเนื้อ ร้อยละ ๒.๓๒ ตามลำดับ ขณะที่การศึกษาของรัชดา แก้วอินชัย และน้าอ้อย ภักดีวงศ์ (๒๕๖๒) พบว่า จากการคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จำนวน ๑,๔๕๔ ราย ด้วยวิธี FIT test พบเลือดแฝงในอุจจาระร้อยละ ๑๘.๘๘ และอัตราการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ร้อยละ ๐.๐๒ ซึ่งการพัฒนาแนวทางในการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพสามารถค้นพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ในระยะเริ่มต้น สอดคล้องกับการศึกษาของนिरนุช เสี่ยงเลิศ (๒๕๕๘) ที่พบว่ากิจกรรมพัฒนาการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะแรกเริ่มสามารถลดการตายได้

๓.๒ แนวคิด

๓.๒.๑ การดำเนินการแบบมีส่วนร่วม

๓.๒.๒ แนวทางป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๓.๓ ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนางาน

๓.๓.๑ ชั้นพัฒนา/เตรียมการ

- ศึกษาค้นคว้าเนื้อหาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้คำปรึกษาและโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

- การศึกษาการดำเนินงานในอดีตและวิเคราะห์การดำเนินงานที่ผ่านมา

๓.๓.๒ ชั้นดำเนินการ

- จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๓ S ประกอบด้วย
Step ๑ *Screening* การคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ อายุ ๕๐-๗๐ ปี ด้วย Fit test
Step ๒ *Separate* แยกกลุ่มตามการคัดกรองด้วย fit test เป็น ๒ กลุ่ม คือกลุ่ม ปกติ และกลุ่มผลบวก

จากนั้นดำเนินการ โดยนำกลุ่มปกติ มาทำการให้ความรู้และส่งเสริมความตระหนักในการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (new case) ในระดับ รพ.สต. ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็ง ที่ต้องทำการพบแพทย์ ส่วนในกลุ่มผลบวก ให้ทำการส่งมายังโรงพยาบาลสิชลเพื่อทำการยืนยันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ด้วยการส่องกล้อง colonoscopy

Step ๓ *Share & Service* นำสถานการณ์ แนวโน้ม และผลการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเสนอต่อที่ประชุมระดับเครือข่ายบริการและระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการกระตุ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และการวางแผนที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

๓.๓.๓ ชั้นติดตามและประเมินผล

- การติดตามจำนวนผลการป่วยด้วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก จากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วย หรือผู้ป่วยรายใหม่ ความซุก และอุบัติการณ์ในปีงบประมาณถัดไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ อำเภอสิชลมีการดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ตามหลัก ๓ Step

๔.๒ กลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจและตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๔.๓ ลดอัตราการอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ มีแนวปฏิบัติในการดำเนินงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ๑ ฉบับ

๕.๒ กลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๕.๓ มีการนำเสนอการดำเนินการและสถานการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ในที่ประชุมระดับภาคีเครือข่ายบริการหรือระดับอำเภอ อย่างน้อย ๑ ครั้ง

(ลงชื่อ) 

(นายชนาธิป อังคนานนท์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

(วันที่) 1 / 11 / 66

ผู้ขอประเมิน