

การพัฒนาารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

Development of a Seamless Service Model for Colorectal Cancer : From Screening to Treatment – Ban Phai District Health Service Network, Khon Kaen Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สรารวุธ พิชิตสุริยา¹

Sarawut Pichitsuriya¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2569 ตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา 2) พัฒนารูปแบบและ 3) ประเมินผลรูปแบบ ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องในเครือข่าย จำนวน 58 คน ร่วมกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ผู้มีผล FIT Test เป็นบวก ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและผู้ดูแลหลัก เครื่องมือวิจัย : รูปแบบการดูแลแบบไร้รอยต่อ แนวปฏิบัติการคัดกรองและเตรียมส่งกล้อง ระบบสารสนเทศเพื่อการติดตาม แบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิกและระบบบริการ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน 2) ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม 3) ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และ 4) ช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ภายหลังการพัฒนารูปแบบ ผลลัพธ์ของระบบบริการมีแนวโน้มดีขึ้น โดยความครอบคลุมของการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็นร้อยละ 94.07 ผู้มีผล FIT Test เป็นบวกได้รับ Colonoscopy เพิ่มจากร้อยละ 91.67 เป็นร้อยละ 94.90 และได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76 เป็นร้อยละ 92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยจากผล FIT Test เป็นบวกถึง Colonoscopy ลดจาก 39.2 ± 14.6 วัน เหลือ 23.6 ± 8.4 วัน คุณภาพการเตรียมลำไส้ที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85 เป็นร้อยละ 95.70 และการเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนตรวจลดจากร้อยละ 15.15 เหลือร้อยละ 4.30 นอกจากนี้ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 66.67 เป็นร้อยละ 91.67 การได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 87.50 การได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 75.00 และการส่งกลับเพื่อติดตามต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 92.86 บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.53 ± 0.42 และผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.40 โดยด้านความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.63 ± 0.37

คำสำคัญ : มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การดูแลแบบไร้รอยต่อ, คัดกรอง

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate a seamless service model for colorectal cancer, covering the continuum from screening to treatment, within the Ban Phai District Health Service Network, Khon Kaen Province. The study was conducted between July 2025-August 2026,utilizing the action research framework of Kemmis and McTaggart. It comprised three phases: 1) situational analysis and problem assessment; 2) model development through two cycles of planning, acting, observing, and reflecting; and 3) model evaluation. Participants involved in the development included 58 multidisciplinary personnel and

¹ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

network stakeholders, alongside the target population (individuals with positive FIT test results), colorectal cancer patients, and their primary caregivers. Research instruments included the seamless care model, guidelines for screening and colonoscopy preparation, a monitoring information system, clinical and service outcome record forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

The research findings revealed that... The developed seamless service model comprises four key components: 1) standardized screening and collaborative care protocols; 2) an information technology system for monitoring; 3) case managers; and 4) communication channels among the multidisciplinary team. These elements link care across the community, primary care units, Ban Phai Hospital, and the regional hospital. Following the model's development, service outcomes have shown improvement. Screening coverage using the FIT test increased from 65.30% to 94.07%. The rate of colonoscopy uptake among those with positive FIT results rose from 91.67% to 94.90%, with the proportion undergoing the procedure within 30 days increasing from 75.76% to 92.47%. Meanwhile, the average time from a positive FIT result to colonoscopy decreased from 39.2 ± 14.6 days to 23.6 ± 8.4 days. Adequate bowel preparation quality improved from 84.85% to 95.70%, while instances of incomplete bowel preparation or procedure postponement dropped from 15.15% to 4.30%. Furthermore, the rate of patients undergoing surgery within four weeks rose from 66.67% to 91.67%; chemotherapy initiation within six weeks increased from 60.00% to 87.50%; radiotherapy initiation within six weeks rose from 50.00% to 75.00%; and referrals for continued follow-up within the network increased from 75.00% to 92.86%. Staff satisfaction with the overall model was at the highest level (mean 4.53 ± 0.42), as was the overall satisfaction of patients and primary caregivers (mean 4.57 ± 0.40), with staff attentiveness receiving the highest mean score (4.63 ± 0.37).

Keywords : Colorectal cancer, seamless care, FIT test, colonoscopy

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของประชากรทั่วโลก จากรายงานสถิติมะเร็งโลก GLOBOCAN 2022 พบว่า ในปี ค.ศ. 2022 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกเกือบ 20 ล้านราย และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.7 ล้านราย โดยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer: CRC) เป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ของโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งอันดับ 2 มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 1.9 ล้านราย และเสียชีวิตประมาณ 900,000 รายต่อปี¹ ประเทศไทยมีแนวโน้มการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ในเพศชายและอันดับ 4 ในเพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลง

วิถีชีวิต ได้แก่ การบริโภคอาหารไขมันสูง อาหารแปรรูป การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะอ้วน และการขาดการออกกำลังกาย^{2,3} โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ หากตรวจพบตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือระยะเริ่มแรก เนื่องจากมะเร็งส่วนใหญ่พัฒนามาจากติ่งเนื้อชนิด Adenomatous polyp ซึ่งใช้เวลาหลายปีจึงเปลี่ยนเป็นมะเร็ง การตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT) ร่วมกับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) ในผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวก สามารถตรวจพบและตัดติ่งเนื้อได้ก่อนเกิดมะเร็ง ส่งผลให้ลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ^{4,5}

ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดให้โรคมะเร็งเป็นหนึ่งในสาขาสำคัญของแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

โดยมุ่งพัฒนาระบบบริการสาขามะเร็งควบคู่กับการจัดบริการแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) เพื่อให้ประชาชนและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพ การค้นหากลุ่มเสี่ยง การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ ตลอดจนการติดตามดูแลภายหลังการรักษา โดยอาศัยการบูรณาการการทำงานของทีมบริการทุกระดับในเครือข่ายบริการสุขภาพ⁶ ขณะเดียวกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนอายุ 50-70 ปี ด้วยวิธีตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (Fecal Immunochemical Test: FIT Test) และกำหนดให้ผู้ที่ไม่มีผลตรวจผิดปกติได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เพื่อยืนยันการวินิจฉัยและเข้าสู่ระบบการรักษาตามแนวทางมาตรฐานอย่างรวดเร็ว (7) การประเมินผลการดำเนินงานมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงครอบคลุมตัวชี้วัดสำคัญตลอดเส้นทางการดูแล ได้แก่ ประชากรอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ได้รับยาเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 และได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ตัวชี้วัดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพบริการจำเป็นต้องดำเนินการเชื่อมโยงตั้งแต่การคัดกรองในชุมชนจนถึงการรักษาเฉพาะทาง มิใช่มุ่งเน้นผลลัพธ์ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งเพียงอย่างเดียว

จังหวัดขอนแก่นได้นำนโยบายดังกล่าวมาดำเนินการผ่านเครือข่ายบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยในปีงบประมาณ 2567 กำหนดกลุ่มเป้าหมายประชาชนอายุ 50-70 ปี สำหรับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test จำนวน 38,721 คน และกำหนดเป้าหมายการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 55 คาดว่าจะมีผู้ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่

ประมาณ 2,131 คน สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ มีประชากรกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2,356 คน และคาดว่าจะมีผู้ต้องได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ประมาณ 130 คนต่อปี เพื่อตอบสนองต่อนโยบายและเป้าหมายดังกล่าว โรงพยาบาลบ้านไผ่จึงได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนอายุ 50-70 ปี โดยมุ่งเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง ค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติและผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายการส่งต่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็ว ต่อเนื่อง และเป็นไปตามมาตรฐาน

โรงพยาบาลบ้านไผ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ M1 ที่มีศักยภาพด้านศัลยกรรมและการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ สามารถให้บริการตรวจวินิจฉัยด้วย Colonoscopy การตัดติ่งเนื้อ (Polypectomy) และการผ่าตัดรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งประสานส่งต่อผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น โรงพยาบาลได้พัฒนาศักยภาพด้านบุคลากร เครื่องมือ กระบวนการเตรียมผู้ป่วย และระบบบริการส่องกล้องลำไส้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มคุณภาพและความปลอดภัยในการตรวจวินิจฉัย ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อที่ไม่จำเป็น อย่างไรก็ตาม แม้โรงพยาบาลบ้านไผ่จะมีศักยภาพในการให้บริการเพิ่มขึ้น แต่จากการทบทวนผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 โดยใช้ข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการวางแผนการวิจัย พบว่าจำนวนผู้ได้รับการตรวจ FIT Test เพิ่มขึ้นจาก 1,215 ราย 1,398 ราย และ 1,632 ราย ขณะที่จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นจาก 51 ราย เป็น 66 ราย และ 78 ราย ตามลำดับ แม้ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังไม่สามารถครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง และยังพบผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติบางส่วนไม่ได้รับการส่องกล้องภายในระยะเวลาที่กำหนด

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการขาดนัดและการหลุดจากระบบติดตาม ความล่าช้าในการนัดหมาย และเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้อง ความไม่ต่อเนื่องของข้อมูลระหว่างหน่วยบริการในชุมชนกับโรงพยาบาล การประสานส่งต่อเพื่อรับการรักษาเฉพาะทางที่ยังไม่มีแนวทางเดียวกัน ตลอดจนผู้ป่วยบางส่วนได้รับการวินิจฉัยเมื่อโรคเข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว ส่งผลให้กระบวนการรักษามีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาหลายวิธี มีค่าใช้จ่ายสูงขึ้น และเกิดผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิต และภาระของครอบครัว จากการวิเคราะห์เส้นทางการดูแลผู้ป่วยพบว่า ช่องว่างสำคัญของระบบบริการไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดด้านการรักษาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความไม่ต่อเนื่องของกระบวนการดูแลตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงโรงพยาบาลที่รับการรักษาเฉพาะทางครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย การตรวจคัดกรอง การแจ้งและติดตามผล FIT Test ที่ผิดปกติ การนัดหมายและเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้อง การรายงานผลทางพยาธิวิทยา การประเมินระยะของโรค การวางแผนผ่าตัด การส่งต่อเพื่อรับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา และการติดตามดูแลภายหลังการรักษา แต่ละขั้นตอนมีผู้รับผิดชอบหลายหน่วยงาน ขณะที่ยังขาดระบบข้อมูล กลไกการประสานงาน และแนวทางติดตามผู้ป่วยรายกรณีที่เชื่อมโยงเป็นกระบวนการเดียวกัน

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบ Service Plan สาขามะเร็ง และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการพัฒนาระบบบริการและให้การรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลบ้านไผ่ จึงมีแนวคิดดำเนินการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่แบบไร้รอยต่อในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผนพัฒนา นำ

รูปแบบไปใช้ สังเกตผล และสะท้อนผลเพื่อปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)⁷ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) การวิจัยมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care Model) ให้ครอบคลุมตลอดกระบวนการดูแล (Cancer Care Continuum) ตั้งแต่การคัดกรองด้วย FIT Test, การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy), การส่งต่อรักษา/ผ่าตัด, การส่งต่อไปรับยาเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จนถึงติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผู้มีส่วนร่วมวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพและผู้บริหารที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จำนวนรวม 58 คน ประกอบด้วย ศัลยแพทย์และอายุรแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ : พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse Case Manager), พยาบาลห้องผ่าตัด, วิสัญญีพยาบาล, พยาบาลห้องส่องกล้อง, และพยาบาลผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน บุคลากรสนับสนุนทางการแพทย์: นักเทคนิคการแพทย์ (ห้องปฏิบัติการ), เภสัชกร, เจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ, และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน บุคลากรระดับปฐมภูมิ: พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่าย ผู้รับผิดชอบ Service Plan สาขามะเร็ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ 2) กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง FIT Test, ผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวก, และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหรือสงสัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ซึ่งเข้าสู่ระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ ในช่วงดำเนินการวิจัย และญาติหรือผู้ดูแลหลัก (Caregiver) ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) กลุ่มผู้ประเมิน ได้แก่ บุคลากรสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลและหน่วยบริการเครือข่ายปฐมภูมิที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ปฏิบัติงานจริง เพื่อทำหน้าที่ประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ และประสิทธิผลของรูปแบบ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2569 (ระยะเวลา 1 ปี) แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: ศึกษาสถานการณ์และวิเคราะห์ปัญหา (Situation Analysis) ทำการศึกษาสถานการณ์

บริบท ปัญหา อุปสรรค และความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในเครือข่ายบริการสุขภาพบ้านไผ่ โดยทบทวนวรรณกรรม นโยบายกระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขามะเร็ง และแนวปฏิบัติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2566-2568) จากเวชระเบียนและฐานข้อมูล HDC เกี่ยวกับจำนวนการคัดกรอง FIT Test, จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy, ระยะเวลารอคอย (Wait Time), และอัตราการขาดนัดหรือหลุดจากระบบติดตามดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับทีมสหสาขาวิชาชีพ (58 คน) เพื่อวิเคราะห์ Gaps ในกระบวนการดูแล จากนั้นสรุปข้อมูลปัญหาและอุปสรรคเพื่อนำมากำหนดเป็นโจทย์ในการออกแบบแนวทางแก้ปัญหา

ระยะที่ 2: พัฒนารูปแบบฯ โดยดำเนินการจำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบ

วงรอบที่ 1 (Cycle 1) การดำเนินงานในวงรอบที่ 1 เริ่มจากการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับกลุ่มผู้ร่วมพัฒนารูปแบบจำนวน 58 คน เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกันและยกร่าง "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ" ซึ่งรูปแบบดังกล่าวครอบคลุมถึงการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลทางดิจิทัลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลบ้านไผ่ การกำหนดแนวทางการติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรอง FIT Test ผิดปกติเพื่อให้เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ การจัดตั้งระบบประสานงานผ่านผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลตลอดจนการสร้างช่องทางการส่งต่อด่วนสำหรับการผ่าตัดหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น หลังจากได้ร่างรูปแบบดังกล่าวผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงและฝึกอบรมแนวทาง

ปฏิบัติใหม่ให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. เครือข่าย จากนั้นจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้จริงในระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยในระหว่างการทดลองปฏิบัติงาน ได้มีการรวบรวมข้อมูลกระบวนการทำงานและติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญอย่างต่อเนื่อง เช่น ระยะเวลารอคอย และอัตราการเข้าถึงบริการส่งกล้อง ควบคู่ไปกับการบันทึกปัญหา อุปสรรค และข้อขัดข้องที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานจริง เมื่อสิ้นสุดระยะเวลาทดลองใช้ ได้มีการจัดประชุมทบทวนการปฏิบัติงาน (After Action Review: AAR) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้แทนผู้รับบริการ เพื่อสะท้อนความคิดเห็นและสรุปผลการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อวิเคราะห์ข้อดีและระบุจุดที่ยังต้องได้รับการแก้ไข เช่น ปัญหาความล่าช้าในการรายงานผลทางพยาธิวิทยา หรือข้อจำกัดในการเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องของผู้รับบริการจากที่บ้าน ข้อมูลและข้อเสนอแนะทั้งหมดที่ได้จากการสะท้อนผลในระยนี้ ถูกนำไปใช้เป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในวงจรการวิจัยถัดไป

วงรอบที่ 2 (Cycle 2) การดำเนินงานในวงรอบที่ 2 เริ่มต้นจากการนำผลการสะท้อนคิดและข้อ

ค้นพบที่ได้จากวงรอบแรกมาปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงาน จนเกิดเป็น "รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ (ฉบับปรับปรุง)" โดยในระยนี้ได้มีการปรับแก้แบบฟอร์มการส่งข้อมูลทางดิจิทัลให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ปรับเปลี่ยนแนวทางการแจ้งเตือนนัดหมาย รวมถึงการเพิ่มระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อขับเคลื่อนกระบวนการรักษาให้มีความรวดเร็วและต่อเนื่อง จากนั้น ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฉบับปรับปรุงดังกล่าวไปทดลองใช้ปฏิบัติงานจริงในระบบบริการของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ เป็นระยะเวลา 4 เดือน โดยในระหว่างการทดลองใช้ ได้มีการติดตามและประเมินผลตัวชี้วัด

สำคัญ ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 50-70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วย FIT Test, ร้อยละของผู้ที่มีผล FIT Test เป็นบวกที่ได้รับการส่งกล้องลำไส้ใหญ่, ระยะเวลาตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงวันที่ได้รับการส่งกล้อง และระยะเวลารอคอยการผ่าตัดหลังจากนั้นได้มีการจัดประชุมเพื่อสรุปผลการดำเนินงานในวงรอบที่ 2 ร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด การประชุมนี้มุ่งเน้นการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เพื่อยืนยันความสมบูรณ์ ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ซึ่งจะนำไปสู่การประเมินประสิทธิผลต่อไป

ระยะที่ 3 : ระยะประเมินผล (Evaluation & Conclusion) ภายหลังจากเสร็จสิ้นกระบวนการทดลองใช้

รูปแบบในวงรอบการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์เชิงปริมาณก่อนและหลังการนำรูปแบบไปปฏิบัติจริง ควบคู่ไปกับการประเมินระดับความพึงพอใจของบุคลากรผู้ให้บริการ ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลหลัก จากนั้นจึงนำข้อมูลและข้อค้นพบทั้งหมด มาสังเคราะห์เพื่อสรุปบทเรียนที่ได้จากการปฏิบัติงานผลลัพธ์จากการสังเคราะห์ข้อมูลได้ถูกนำไปใช้ในการจัดทำคู่มือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำรูปแบบดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในเครือข่ายบริการสุขภาพต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย (Intervention Tools) ได้แก่ 1.1) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบไร้รอยต่อ: ประกอบด้วย Flowchart กระบวนการดูแล, แนวปฏิบัติการคัดกรอง FIT Test, แนวทางการเตรียมตัวส่องกล้อง Colonoscopy, และ แนวทางการส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ 1.2) ระบบสารสนเทศ/ดิจิทัลเชื่อมโยงข้อมูล : ระบบแจ้งเตือนผลตรวจและ

ติดตามผู้ป่วยระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาล
บ้านไผ่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection Tools)

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรองและ ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical & System Data Record)

พัฒนาขึ้นเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณตลอด
เส้นทางการดูแล แบ่งเป็น 2 ส่วนหลัก ได้แก่

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลรายบุคคล: สำหรับ
บันทึกการให้ผู้ป่วย (HN), วันที่คัดกรอง, ผลตรวจ
FIT Test, วันที่นัดหมายและวันที่ส่งกล้องจริง,
ระยะเวลารอคอย, ผลการวินิจฉัย, การผ่าตัดหรือ
การส่งต่อ,หน่วยงานที่รับส่งต่อ

2.1.2 แบบสรุปผลลัพธ์ทางคลินิกและระบบ
บริการ (Clinical & System Outcomes
Summary) : สรุปข้อมูลเชิงสถิติในภาพรวม
แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการคัดกรอง, ด้านการ
ส่งกล้องและการวินิจฉัย, และด้านการรักษาและ
การส่งต่อ (เช่น อัตราการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์
และการได้รับเคมีบำบัด/รังสีรักษาภายใน 6
สัปดาห์)

2.2 ข้อคำถามประเด็นการสนทนากลุ่มและ
การสัมภาษณ์เชิงลึก (Focus Group & In-depth
Interview Guide) เป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง
(Semi-structured guide) สำหรับแพทย์ พยาบาล
และผู้ประสานงานระบบส่งต่อ เพื่อศึกษา
สถานการณ์ปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคในระบบส่งต่อ
และความต้องการในการพัฒนารูปแบบ แบ่งเป็น 3
ตอน ได้แก่ สถานการณ์ปัจจุบัน, ปัญหาอุปสรรค
ตามกระบวนการดูแล, และความต้องการ
ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแล

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของ
บุคลากร สำหรับประเมินภายหลังการทดลองใช้
ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป, ข้อคำถาม
มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (17 ข้อ)
ครอบคลุม 5 ด้าน (กระบวนการดูแลและการส่งต่อ
, ระบบข้อมูลและเครื่องมือ, การสื่อสาร

ประสานงาน, การสนับสนุนจากผู้บริหาร, และ
ผลลัพธ์การปฏิบัติงาน), และข้อเสนอแนะ
ปลายเปิด

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
และผู้ดูแลหลัก สำหรับประเมินภายหลังการ
ทดลองใช้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป,
ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (14 ข้อ)
ครอบคลุม 5 ด้าน (การตรวจคัดกรองและการให้
ข้อมูล, การส่งต่อและความสะดวก, การดูแลรักษา
ที่ได้รับ, ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่, และ
ภาพรวม), และข้อเสนอแนะปลายเปิด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ความ
ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity): นำเครื่องมือ
เก็บรวบรวมข้อมูลเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3
ท่าน (ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ,
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงปฏิบัติการ, และพยาบาล
ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง) เพื่อ
ตรวจสอบความถูกต้องและค่านวนหาค่าดัชนี
ความตรงตามเนื้อหา (Index of Item-Objective
Congruence: IOC) โดยคัดเลือกข้อที่มีค่า IOC
0.67 ขึ้นไป

ความเชื่อมั่น (Reliability): สำหรับแบบสอบถาม
ความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่ม
ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 30 ราย และ
คำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค
(Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถาม
ความพึงพอใจบุคลากร เท่ากับ 0.80, 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive
Statistics): ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อน
และหลังการพัฒนารูปแบบ เช่น เปรียบเทียบ
ระยะเวลารอคอย (Wait time) หรืออัตราการ
เข้าถึงการตรวจ ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative
Data) ใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและตรวจสอบข้อมูล
แบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล
และผู้วิจัย

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการยางสือสุราช สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 12/2568 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการพัฒนารูปแบบบริการ จากการทบทวนข้อมูลการดำเนินงานย้อนหลัง พ.ศ. 2566–2568 พบว่า จำนวนประชาชนที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วย FIT Test มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 1,215 ราย 1,398 ราย และ 1,632 ราย ขณะที่จำนวนผู้ได้รับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้นจาก 51 ราย เป็น 66 ราย และ 78 ราย ตามลำดับ แม้ผลการดำเนินงานมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ยังพบผู้ที่มีผล FIT Test ผิดปกติบางส่วนไม่สามารถเข้ารับการส่องกล้องได้ตามระยะเวลาที่กำหนด และผู้ป่วยบางรายขาดนัดหรือหลุดจากระบบการติดตามดูแล ผลการวิเคราะห์กระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษาพบประเด็นปัญหา 5 ประเด็น ได้แก่ 1.1 ด้านการคัดกรองและการติดตามผล การค้นหาและจัดทำทะเบียนประชากรกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุม การแจ้งผล FIT Test ที่ผิดปกติและการติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการส่องกล้องยังไม่เป็นระบบเดียวกัน 1.2 ด้านการนัดหมายและการเตรียมผู้ป่วย มีความล่าช้าในการนัดหมายส่องกล้อง ผู้ป่วยบางรายเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์และยังขาดแนวทางเตรียมผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานร่วมกัน 1.3 ด้านข้อมูลและการสื่อสาร ข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ้านไผ่และโรงพยาบาลศูนย์ยังไม่เชื่อมโยงกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ติดตามผู้ป่วยได้ยาก 1.4 ด้านการส่งต่อและการประสานงานบทบาทของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน แนวทางการส่งต่อเพื่อผ่าตัด เคมีบำบัดหรือรังสีรักษายังแตกต่างกันระหว่างหน่วยบริการ 1.5 ด้าน

ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยบางรายมีข้อจำกัดด้านการเดินทาง ค่าใช้จ่าย ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตรวจ และความวิตกกังวลต่อการส่องกล้องหรือการรักษา ส่งผลให้เกิดการขาดนัดและความล่าช้า

ผลจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า บุคลากรมีความต้องการแนวปฏิบัติและการดูแลร่วมกัน ระบบข้อมูลที่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดกระบวนการ การกำหนดผู้จัดการรายกรณีหรือผู้ประสานงานหลัก ระบบแจ้งเตือนการนัดหมาย ตลอดจนกลไกการส่งต่อกลับให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สามารถติดตามผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง กล่าวโดยสรุป ระบบบริการเดิมมีศักยภาพด้านการตรวจส่องกล้องและการรักษาทางศัลยกรรม แต่ยังขาดการเชื่อมโยงกระบวนการตั้งแต่การคัดกรองในชุมชน การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ จนถึงการติดตามหลังการรักษา จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อเพื่อให้มีการกำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ และระบบข้อมูลร่วมกันอย่างชัดเจน

2. ผลการพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

มุ่งเน้นการเชื่อมโยงกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่ จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อให้มีความต่อเนื่องเป็นระบบและสามารถติดตามผู้ป่วยได้ตลอดกระบวนการดูแล โดยประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ดังนี้

2.1 ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน โดยจัดให้มีแนวปฏิบัติการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ได้แก่ Flowchart และคู่มือการเตรียมตัวส่องกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทาง

เดียวกันทั้งเครือข่าย ครอบคลุมตั้งแต่การกำหนดกลุ่มเป้าหมาย วิธีการคัดกรอง การแปลผล การส่งต่อ การเตรียมความพร้อมก่อนส่งกล้อง ตลอดจนการกำหนดผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

2.1.1 แนวปฏิบัติการคัดกรองและแนวทางการดูแลร่วมกัน เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับบุคลากรทุกระดับในเครือข่าย โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง วิธีการตรวจ FIT Test ที่ถูกต้อง หลักเกณฑ์การแปลผลทั้งกรณีผลปกติและผลผิดปกติ รวมถึงเกณฑ์และระยะเวลาที่เหมาะสมสำหรับการส่งต่อในแต่ละขั้นตอนของการดูแล ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลบ้านไผ่ และโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นสามารถดำเนินงานภายใต้มาตรฐานเดียวกัน ลดความแตกต่างในการตัดสินใจทางคลินิก และลดการประเมินหรือดำเนินการซ้ำโดยไม่จำเป็นเมื่อมีการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการ

2.1.2 Flowchart การดูแลตามลำดับขั้นตอนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่การค้นหาและคัดกรอง ในชุมชน การแจ้งผล การนัดหมายและเตรียมส่งกล้อง การส่งกล้อง การวินิจฉัยและประเมินระยะของโรค การวางแผนรักษา การส่งต่อ ตลอดจนการติดตามและส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมระบุผู้รับผิดชอบและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน ช่วยให้บุคลากรทุกระดับสามารถตรวจสอบสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย และประสานแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบความล่าช้าหรือข้อขัดข้องในระบบ

2.1.3 คู่มือการเตรียมตัวส่งกล้องลำไส้ใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคลากรใช้เป็นแนวทางในการเตรียมลำไส้ การควบคุมอาหารในแต่ละช่วงเวลา วิธีการใช้ยาระบาย การจัดการยาประจำตัวในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม ตลอดจนข้อควรระวังก่อนและหลังการตรวจ เนื้อหาใช้ภาษาที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และสามารถใช้ในการให้คำแนะนำได้ทั้งที่โรงพยาบาลบ้านไผ่และหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพการเตรียม

ลำไส้ ลดการยกเลิกหรือเลื่อนนัดจากการเตรียมตัวไม่สมบูรณ์ และเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยตลอดกระบวนการตรวจ

2.2 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม (Digital Tracking System) ในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยตลอดเส้นทางการดูแล โดยบูรณาการฐานข้อมูลดิจิทัลของเครือข่ายเข้ากับระบบแจ้งเตือนและติดตามนัดหมาย ทำให้สามารถบันทึกและตรวจสอบสถานะของผู้ป่วยได้ตั้งแต่การคัดกรอง ผล FIT Test การนัดและการส่งกล้อง ผลการวินิจฉัยและพยาธิวิทยา การรักษา การส่งต่อ จนถึงติดตามหลังการรักษา ระบบดังกล่าวช่วยให้ทีมดูแลสามารถติดตามผู้ป่วยได้เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสการหลุดจากระบบ และใช้ข้อมูลในการประเมินคุณภาพและประสิทธิผลของบริการในภาพรวมของเครือข่าย

2.2.1 ระบบข้อมูลดิจิทัลเชื่อมโยงเครือข่ายระบบข้อมูลดิจิทัลทำหน้าที่รวบรวมและบันทึกข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยแต่ละรายตลอดเส้นทางการดูแล ได้แก่ วันที่คัดกรอง ผล FIT Test วันนัดหมาย และวันที่ได้รับการส่งกล้องจริง ระยะเวลารอคอย ผลการวินิจฉัย ระยะของโรค ผลพยาธิวิทยา ข้อมูลการรักษา การผ่าตัดหรือการส่งต่อ รวมถึงหน่วยงานปลายทางที่รับการรักษาต่อ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการช่วยให้สามารถติดตามสถานะผู้ป่วยได้อย่างเป็นปัจจุบัน ลดความสูญหายหรือความซ้ำซ้อนของข้อมูล และสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลลัพธ์ของระบบ เช่น อัตราการคัดกรอง อัตราการได้รับการส่งกล้อง ระยะเวลารอคอย และความต่อเนื่องของการรักษา

2.2.2 ระบบแจ้งเตือนและติดตามนัดหมายระบบแจ้งเตือนถูกออกแบบให้สนับสนุนการติดตามเชิงรุก เช่น เมื่อพบผล FIT Test เป็นบวกเมื่อใกล้ถึงวันนัดส่งกล้อง เมื่อผลพยาธิวิทยาออกเมื่อถึงกำหนดรับการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยขาดนัดในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่ง การแจ้งเตือนดังกล่าวช่วยให้ผู้จัดการรายกรณีและทีมที่เกี่ยวข้องสามารถ

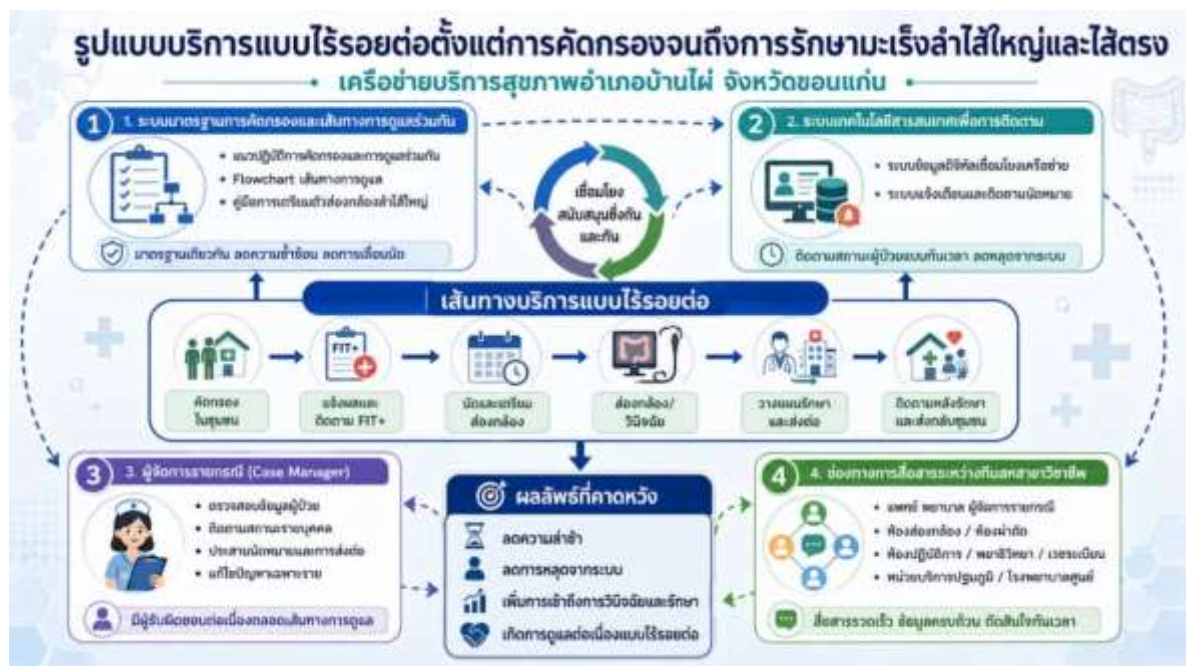
ดำเนินการติดตาม ประสานงาน และแก้ไขปัญหา ได้อย่างทันทั่วทั้งที่ จึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการ ติดตามและลดภาระจากการตรวจสอบข้อมูลด้วย วิธีการแบบเดิม

2.3 ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) เป็นกลไกหลักด้านการประสานและเชื่อมโยงการ ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการติดตาม ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ตั้งแต่การได้รับผลคัดกรอง ผิดปกติจนกระทั่งเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย การ รักษา และการติดตามต่อเนื่องหลังการรักษา การ ประสานนัดหมายระหว่างหน่วยบริการ การเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยก่อนรับบริการ การค้นหาและ แก้ไขปัญหาเฉพาะราย รวมถึงการติดตามผลหลัง การส่งต่อและประสานการส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่อง ในชุมชน บทบาทดังกล่าวช่วยลดภาระของผู้ป่วย และครอบครัวในการประสานบริการด้วยตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการขาดนัด และทำให้มี ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนในการดูแล

2.4 ช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขา วิชาชีพ (Interprofessional Communication Channel) การสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นกลไกสนับสนุนให้การดูแลผู้ป่วยมีความ ต่อเนื่องและสามารถตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว โดย กำหนดช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างแพทย์

พยาบาล ผู้จัดการรายกรณี ห้องส่งกล้อง ห้อง ผ่าตัด ห้องปฏิบัติการ เวชระเบียน หน่วยบริการ ปฐมภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ที่รับการส่งต่อ ช่องทางดังกล่าวใช้สำหรับการส่งต่อข้อมูลสำคัญ การแจ้งผลตรวจ การประสานนัดหมาย การ ปรีกษาปัญหาทางคลินิก และการแก้ไขปัญหาที่ เกิดขึ้นระหว่างการดูแล ช่วยให้ข้อมูลผู้ป่วยได้รับ การส่งต่ออย่างครบถ้วนและทันเวลา ลดช่องว่างใน การสื่อสารระหว่างหน่วยงาน ลดความล่าช้าในการ ตัดสินใจและการส่งต่อ และสนับสนุนให้ทีมทุก ระดับสามารถดูแลผู้ป่วยได้

โดยสรุป องค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ระบบมาตรฐานการคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม ผู้จัดการรายกรณีและช่องทางการสื่อสารระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำงานเชื่อมโยงและสนับสนุน ซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง ต่อเนื่องตั้งแต่การคัดกรองในชุมชนการวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ จนถึงการติดตามหลังการ รักษา ช่วยลดความล่าช้า และเพิ่มโอกาสที่ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจะเข้าสู่การวินิจฉัยและ ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างรวดเร็วและ ต่อเนื่อง โดยมีรายละเอียด ดังนี้



3. ประเมินผลรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น

3.1 ด้านผลลัพธ์ของกระบวนการดูแลตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่า เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังพัฒนา ผลการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2567-2569 พบว่า ระบบบริการตั้งแต่การคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย การเตรียมผู้ป่วย การรักษา การส่งต่อ และการติดตามต่อเนื่องมีแนวโน้มดีขึ้นโดยจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในปี พ.ศ. 2567 - 2569 เพิ่มขึ้น จำนวน 2,141 , 2,260 ราย และ 2,680 ราย และจากการดำเนิน 1) ด้านการเข้าถึงการคัดกรองด้วย FIT Test โดยจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มขึ้นจาก 1,398 ราย เป็น 1,632 ราย และ 2,521 ราย ตามลำดับ ความครอบคลุมของการคัดกรอง พบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.30 , 72.21 เป็น 94.07 สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน 2) ด้านการติดตามผู้มีผล FIT Test เป็นบวกและการเข้าสู่การส่องกล้องลำไส้ใหญ่ พบว่า จำนวนผู้มีผล FIT Test เป็นบวกเพิ่มจาก 72 ราย เป็น 84 ราย และ 98 ราย ตามลำดับ โดยได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy จำนวน 66,78, 93 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.67, 92.86 และ 94.90 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนผู้มีผลคัดกรองผิดปกติที่สามารถเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ความรวดเร็วในการได้รับ Colonoscopy พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76, 82.05 ,92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงได้รับ Colonoscopy ลดลงจาก 39.2 ± 14.6 วัน เป็น 31.4 ± 11.2 วัน และ 23.6 ± 8.4 วัน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติสามารถเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วขึ้น โดยระยะเวลารอคอย

ลดลงประมาณ 15.6 วันเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2567 กับปี พ.ศ. 2569 3) ด้านคุณภาพการเตรียมลำไส้ก่อนส่องกล้อง พบว่า ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้อย่างเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85, 89.74 ,95.70 ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนการตรวจลดลงจากร้อยละ 15.15 ,10.26 และเหลือเพียงร้อยละ 4.30 ตามลำดับ สะท้อนถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของกระบวนการให้คำแนะนำ การเตรียมความพร้อม และการติดตามผู้ป่วยก่อนเข้ารับการส่องกล้อง 4) ด้านการวินิจฉัยรักษา พบว่า ผู้ที่ได้รับ Colonoscopy และตรวจพบมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.12 ,12.82 และร้อยละ 15.05 5) ด้านการเข้าถึงการรักษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ผ่าตัดเพิ่มจาก 6 ราย เป็น 8 ราย และ 12 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 66.67, 75.00, 91.67 สอดคล้องกับระยะเวลารอคอยการผ่าตัดที่ลดลงจาก 32.8 ± 11.2 วัน เป็น 27.4 ± 9.5 วัน และ 19.5 ± 6.8 วัน ตามลำดับ แสดงถึงความรวดเร็วในการนำผู้ป่วยเข้าสู่การรักษาด้วยการผ่าตัดที่ดีขึ้น ด้านการได้รับเคมีบำบัด ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้รับเคมีบำบัดมีจำนวน 5, 7 และ 8 ราย โดยได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00, 71.43, 87.50 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ดีขึ้นของการประสานส่งต่อและการเข้าสู่การรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ด้านการได้รับรังสีรักษา จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เพิ่มจาก 2 ราย เป็น 3 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ ขณะที่สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00, 66.67, 75.00 สะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของระบบส่งต่อเพื่อรับบริการรักษาเฉพาะทางที่เพิ่มขึ้น ด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังการรักษา พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับเพื่อติดตามต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 ,80.00, 92.86 แสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงระหว่างหน่วย

บริการและการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาที่มีแนวโน้มดีขึ้น

โดยสรุป ผลการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2567–2569 แสดงให้เห็นแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดกระบวนการดูแล ตั้งแต่ความครอบคลุมของการคัดกรอง FIT Test ที่เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็น 94.07 การนำผู้มีผล FIT positive เข้าสู่ Colonoscopy เพิ่มเป็นร้อยละ 94.90 การได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มเป็นร้อยละ

92.47 คุณภาพการเตรียมลำไส้เพิ่มเป็นร้อยละ 95.70 ตลอดจนการเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา และการส่งกลับติดตามต่อเนื่องที่เพิ่มขึ้น ขณะเดียวกันระยะเวลารอคอยทั้งการส่องกล้อง และการผ่าตัดลดลง สะท้อนถึงแนวโน้มของระบบบริการที่มี ความครอบคลุม รวดเร็ว และต่อเนื่องมากขึ้นตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษาและติดตามกลับสู่เครือข่าย ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พ.ศ. 2567–2569

ตัวชี้วัด	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา
	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด	2,141 ราย	2,260 ราย	2,680 ราย
จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย FIT Test	1,398 ราย	1,632 ราย	2,521 ราย
จำนวนผู้มีผล FIT Test เป็นบวก	72 ราย	84 ราย	98 ราย
จำนวนได้รับ Colonoscopy	66 ราย	78 ราย	93 ราย
ร้อยละ FIT positive ได้รับ Colonoscopy	66/72 (91.67%)	78/84 (92.86%)	93/98 (94.90%)
ร้อยละผู้ป่วยได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วัน	50/66 (75.76%)	64/78 (82.05%)	86/93 (92.47%)
ระยะเวลาเฉลี่ยจาก FIT positive ถึง Colonoscopy	39.2 ± 14.6 วัน	31.4 ± 11.2 วัน	23.6 ± 8.4 วัน
ร้อยละผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้เหมาะสม	56/66 (84.85%)	70/78 (89.74%)	89/93 (95.70%)
ร้อยละผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์/ต้องเลื่อนตรวจ	10/66 (15.15%)	8/78 (10.26%)	4/93 (4.30%)
ร้อยละตรวจพบมะเร็งจากผู้ได้รับ Colonoscopy	8/66 (12.12%)	10/78 (12.82%)	14/93 (15.05%)
จำนวนผู้ป่วยข้อบ่งชี้ผ่าตัด	6 ราย	8 ราย	12 ราย
ร้อยละได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	4/6 (66.67%)	6/8 (75.00%)	11/12 (91.67%)
ระยะเวลารอคอยการผ่าตัด	32.8 ± 11.2 วัน	27.4 ± 9.5 วัน	19.5 ± 6.8 วัน
จำนวนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้รับเคมีบำบัด	5 ราย	7 ราย	8 ราย
ร้อยละผู้ที่ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์	3/5 (60.00%)	5/7 (71.43%)	7/8 (87.50%)
จำนวนผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้รับรังสีรักษา	2 ราย	3 ราย	4 ราย
ร้อยละผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์	1/2 (50.00%)	2/3 (66.67%)	3/4 (75.00%)
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับติดตามต่อเนื่องในเครือข่าย	6/8 (75.00%)	8/10 (80.00%)	13/14 (92.86%)

3.2 ผลการประเมินความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า บุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ± 0.42

เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ การสื่อสารและการประสานงานมีค่าเฉลี่ย 4.58 ± 0.39 รองลงมา ได้แก่ ผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.40 และการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีค่าเฉลี่ย 4.54 ± 0.41 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน สำหรับกระบวนการดูแลและการส่งต่อ มีค่าเฉลี่ย $4.51 \pm$

0.43 อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้ขั้นตอนการดูแลและการส่งต่อผู้ป่วยมีความชัดเจนและต่อเนื่องมากขึ้น ส่วนด้านระบบข้อมูล มีค่าเฉลี่ย 4.46 ± 0.45 อยู่ในระดับมาก แม้จะมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย แต่ยังสะท้อนว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบสนับสนุนการปฏิบัติงานในระดับสูง โดยสรุป ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าบุคลากรมีการยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นในระดับสูง โดยเฉพาะด้านการสื่อสาร การประสานงาน และผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งสะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบในการสนับสนุนการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ และการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการบริการ

3.3 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับ มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.57 ± 0.40 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่ มีค่าเฉลี่ย 4.63 ± 0.37 รองลงมา ได้แก่ การดูแลรักษาที่ได้รับ มีค่าเฉลี่ย 4.60 ± 0.38 และ ความพึงพอใจในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.59 ± 0.39 ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุด ด้าน การตรวจคัดกรองและการให้ข้อมูล มีค่าเฉลี่ย 4.55 ± 0.41 อยู่ในระดับมากที่สุด สะท้อนว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และกระบวนการดูแลที่เหมาะสมและเข้าใจได้ ส่วนด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการ มีค่าเฉลี่ย 4.48 ± 0.44 อยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น แม้ยังอยู่ในระดับความพึงพอใจสูง โดยสรุป ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความเอาใจใส่ของ

เจ้าหน้าที่และการดูแลรักษาที่ได้รับ สะท้อนว่ารูปแบบบริการสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้ทั้งด้านคุณภาพการดูแล การให้ข้อมูล และความต่อเนื่องของบริการ ขณะเดียวกันด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการเป็นประเด็นที่อาจนำไปใช้พัฒนาระบบบริการให้สะดวกและคล่องตัวยิ่งขึ้นต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น เป็นการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมตลอดการดูแล ตั้งแต่การค้นหากลุ่มเป้าหมายและการคัดกรองด้วย FIT Test การติดตามผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติเข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) การเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ การวินิจฉัย การผ่าตัด การส่งต่อเพื่อรับเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา จนถึงการส่งกลับและติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบไร้รอยต่อ (Seamless Care) และ Cancer Care Continuum ที่มุ่งเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการทุกระดับให้เป็นกระบวนการเดียวกัน ก่อนการพัฒนารูปแบบพบช่องว่างของระบบบริการหลายด้าน ได้แก่ การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเป้าหมายยังไม่ครอบคลุม การติดตามผู้มีผล FIT Test ผิดปกติยังไม่เป็นระบบ ความล่าช้าในการนัดหมายส่องกล้อง การเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลระหว่างหน่วยบริการไม่เชื่อมโยง บทบาทของผู้รับผิดชอบในแต่ละขั้นตอนไม่ชัดเจน ตลอดจนระบบส่งต่อเพื่อการผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาที่ยังมีแนวทางแตกต่างกัน การนำปัญหาเหล่านี้มาใช้เป็นฐานในการออกแบบระบบผ่านกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมวิเคราะห์ วางแผน ทดลองใช้ สะท้อนผล และปรับปรุงรูปแบบเป็นวงรอบ ทำให้

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับบริบทและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้

รูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ ระบบมาตรฐาน การคัดกรองและการดูแลร่วมกัน ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการติดตาม ผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) และช่องทางการสื่อสารระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ องค์ประกอบทั้ง 4 ด้านทำงาน เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลบ้านไผ่จนถึงโรงพยาบาลศูนย์ ช่วยให้มีการกำหนดขั้นตอน ผู้รับผิดชอบ และระบบติดตาม สถานะผู้ป่วยที่ชัดเจน สามารถค้นหาจุดที่เกิดความล่าช้าและประสานแก้ไขได้รวดเร็วยิ่งขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงการคัดกรองและการเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยมีแนวโน้มดีขึ้น โดยความครอบคลุมของการคัดกรองด้วย FIT Test เพิ่มจากร้อยละ 65.30 เป็นร้อยละ 94.07 ในปี พ.ศ. 2568 ขณะเดียวกัน สัดส่วนผู้มีผล FIT Test เป็นบวกที่ได้รับ Colonoscopy เพิ่มจากร้อยละ 91.67 เป็นร้อยละ 94.90 ตามลำดับ รวมทั้งสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับ Colonoscopy ภายใน 30 วันเพิ่มจากร้อยละ 75.76 เป็นร้อยละ 92.47 ขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่ทราบผล FIT Test เป็นบวกจนถึงได้รับ Colonoscopy ลดลงจาก 39.2 ± 14.6 วัน เหลือ 23.6 ± 8.4 วัน ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าระบบสามารถเชื่อมต่อผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยได้รวดเร็วและต่อเนื่องมากขึ้น ทั้งนี้การกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน การมีระบบแจ้งเตือน ตลอดจนบทบาทของ Case Manager ในการติดตามผู้ป่วยรายบุคคล ประสานนัดหมายและแก้ไขปัญหาที่อาจทำให้ผู้ป่วยขาดนัด หรือหลุดจากระบบ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงนุช พลเดช, สมจิตต์ สินธุชัย, ศิริวรรณ ฉิมมี^๑ ที่พบว่าการจัดระบบติดตามผู้ป่วยด้วยพยาบาล ผู้จัดการรายกรณีร่วมกับระบบสารสนเทศแจ้งเตือน สามารถลดระยะเวลารอคอยส่องกล้องลำไส้ใหญ่และเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพการ

เตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องมีแนวโน้มดีขึ้น เช่นเดียวกัน โดยผู้ป่วยที่สามารถเตรียมลำไส้ได้อย่างเหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 84.85 เป็นร้อยละ 95.70 ขณะที่การเตรียมลำไส้ไม่สมบูรณ์หรือต้องเลื่อนการตรวจลดลงจากร้อยละ 15.15 เป็นร้อยละ 4.30 ตามลำดับ ผลดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการจัดทำคู่มือการเตรียมตัวส่องกล้องที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุมการควบคุมอาหาร การใช้ยา ระบาย การจัดการยาประจำตัวในผู้ป่วยที่มีโรคร่วม และข้อควรระวังก่อนและหลังการตรวจ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ชัดเจนและสอดคล้องกันทั้งจากโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ส่งผลให้การเตรียมความพร้อมก่อนตรวจมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ Kurlander et al. (2019)^๑ ที่ระบุว่าการส่งเสริมการเตรียมลำไส้ผ่านการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่เป็นมาตรฐานร่วมกับการติดตามผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถเพิ่มอัตราความสมบูรณ์ของการเตรียมลำไส้ และลดอัตราการต้องเลื่อนตรวจส่องกล้องได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์ด้านการรักษาแสดงแนวโน้มดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์เพิ่มขึ้น ขณะที่ระยะเวลารอคอยการผ่าตัดลดลง นอกจากนี้ สัดส่วนผู้มีข้อบ่งชี้ที่ได้รับเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 60.00 เป็นร้อยละ 87.50 ขณะที่ผู้ที่ได้รับรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์เพิ่มจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 75.00 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบไม่ได้มุ่งเฉพาะการเพิ่มการคัดกรองและการส่องกล้องเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงผู้ป่วยจากการวินิจฉัยเข้าสู่การรักษาเฉพาะทางได้รวดเร็วและต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นผลจากการกำหนดช่องทางประสานงานที่ชัดเจนระหว่างศัลยแพทย์ โรงพยาบาล Case Manager ห้องส่องกล้อง ห้องผ่าตัด หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลศูนย์ รวมทั้งการใช้ข้อมูลสถานะผู้ป่วยในการติดตามและแจ้งเตือนตามแผนการรักษา ในด้านความต่อเนื่องของการดูแลหลังการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น โดยสัดส่วนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับเพื่อติดตาม

ต่อเนื่องในเครือข่ายเพิ่มจากร้อยละ 75.00 เป็นร้อยละ 92.86 สะท้อนถึงการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการในพื้นที่ได้ดีขึ้น การดูแลจึงไม่ได้สิ้นสุดเมื่อผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหรือการรักษาเฉพาะทาง แต่มีการส่งต่อข้อมูลและส่งกลับผู้ป่วยเข้าสู่ระบบติดตามไถ่บ้าน ทำให้ทีมในชุมชนสามารถรับทราบแผนการรักษาและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Cancer Care Continuum ของ Gorin et al.¹⁰ ที่เน้นย้ำว่าการจัดการดูแลมะเร็งที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการเชื่อมโยงบริการตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษา ไปจนถึงการดูแลฟื้นฟูและการติดตามในชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งช่วยลดอัตราการขาดติดตามและการสูญเสียโอกาสในการรักษาของผู้ป่วย ความพึงพอใจของบุคลากรต่อรูปแบบบริการโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นเดียวกัน โดยความเอาใจใส่ของเจ้าหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือการดูแลรักษาที่ได้รับ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง การมีผู้ประสานงานที่ชัดเจน และการติดตามผู้ป่วยตลอดเส้นทางบริการช่วยให้

ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจและรับรู้ถึงความต่อเนื่องของการดูแล ขณะที่ด้านการส่งต่อและความสะดวกในการรับบริการมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด แม้ยังอยู่ในระดับมาก จึงควรพัฒนาระบบนัดหมาย การส่งข้อมูลล่วงหน้า การประสานคิวนัด และการติดตามผลหลังส่งต่อ เพื่อลดขั้นตอนและภาระในการเดินทางของผู้ป่วยและครอบครัว

โดยสรุป รูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับปัญหาและบริบทของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านไผ่ และผลการดำเนินงานแสดงแนวโน้มที่ดีขึ้นตลอดเส้นทาง การดูแล ทั้งด้านความครอบคลุมของการคัดกรอง การนำผู้มีผล FIT Test เป็นบวกเข้าสู่ Colonoscopy ความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัยคุณภาพการเตรียมลำไส้ การเข้าถึงการผ่าตัด เคมีบำบัดและรังสีรักษา ตลอดจนการส่งกลับติดตามต่อเนื่องในชุมชน โดยระบบมาตรฐานการดูแลร่วมกัน ระบบข้อมูลติดตามผู้ป่วย Case Manager และการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเชื่อมต่อแต่ละช่วงของบริการให้มีความต่อเนื่องมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229–263. doi:10.3322/caac.21834.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2566.
3. World Health Organization. Colorectal cancer. Geneva: World Health Organization; 2026.
4. กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพตามแผนแม่บท (Service Plan) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
5. กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง และผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข: การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและการเข้าถึงการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การจัดการระบบบริการโรคมะเร็ง: การคัดกรอง วินิจฉัย และการดูแลรักษาโรคมะเร็งภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2568.
7. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.

8. นงนุช พลเดช, สมจิตต์ สินธูชัย, ศิริวรรณ ฉิมมี. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงโดยใช้ผู้จัดการรายกรณีและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เครือข่ายบริการสุขภาพ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 115–128.
9. Kurlander, J. E., Saini, S. D., & Weissman, A. (2019). Improving bowel preparation quality for colonoscopy: A systematic review and meta-analysis of patient education and navigation interventions. *Gastroenterology*, 156(6), 1642–1654.
10. Gorin, S. S., Badr, H., & Krebs, P. (2017). Integrated cancer care across the continuum: Bridging screening, treatment, and survivorship. *Journal of Clinical Oncology*, 35(8), 890–898.