

## รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม Model of Colorectal Cancer Management in Network Hospitals, Maha Sarakham Province

ดวงดาว รัตรีสุข<sup>1</sup>, วชรินทร์ ทองสีเหลือง<sup>2</sup>, กาญจนา จันทะนุญ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, <sup>2</sup>ศูนย์แพทย์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, <sup>3</sup>โรงพยาบาลยางสีสุราช  
Duangdao Ratreesuk<sup>1</sup>, Watcharin Thongseeluang<sup>2</sup>, Kanchana Chantanui<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mahasarakham Provincial Public Health Office, <sup>2</sup>Mahasarakham University Medical Center

<sup>3</sup>Yang Sisurat Hospital

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพบริบทของการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พัฒนาระบบการจัดการระบบบริการสุขภาพ และศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม แบ่งการศึกษาเป็น 4 ระยะ ตั้งแต่กันยายน 2565 ถึง กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มที่ 1 คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน และกลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ในหน่วยงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม รวมทั้งสิ้น 193 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามในการวิจัย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มหาสารคาม พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน บทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบก่อนอยู่ในระดับปานกลางและหลังอยู่ในระดับมาก ซึ่งมีความเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 3P การจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หน่วยงานสาธารณสุขต้องมีการส่งเสริมให้ดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง มีการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยซ้ำโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

**คำสำคัญ :** การจัดการ, โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, วิจัยเชิงปฏิบัติการ

## Abstract

This research is an action research. The objectives are to study the context of colorectal cancer management, develop the health service system management process, and study the success factors in the development of colorectal cancer health service system management of the Mahasarakham Provincial Health Service Network. The study was divided into 4 phases, from September 2022 to September 2024. The sample group was purposively selected. Group 1 was the Health Service System Development Committee (Service Plan), Cancer Branch, Mahasarakham Province, totaling 26 people, and Group 2 was the person responsible for cancer work in public health agencies in Mahasarakham Province, totaling 193 people. The research instrument was a research questionnaire. The reliability value was 0.89. The data were analyzed using Paired t-test statistics.

The results of the research found that the colorectal cancer health service system management process of the Mahasarakham Health Service Network had 7 steps of operation. The roles of participation and satisfaction in the form were at a moderate level before and at a high level after, which had a statistically significant increase from before the development. The success factors were the 3Ps of colorectal cancer health service system management. Public health agencies must promote health service networks. Active screening was carried out in the risk group. Screening and re-diagnosis were performed using a risk assessment form for colon and rectal cancer.

**Keywords:** Management, Colorectal Cancer, Health service network

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก World Health Organization (WHO) รายงานจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ ที่มีจำนวนสูงกว่า 10 ล้านคนต่อปี และในระยะเวลา 1 ปีมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เพิ่มขึ้นถึง 18.1 ล้านคน 3 อันดับแรกที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งเต้านม 2.26 ล้านคน มะเร็งปอด 2.21 ล้านคน และมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 1.93 ล้านคน ส่วนมะเร็งที่พบอัตราการตายพบมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปอด 1.80 ล้านคน มะเร็งลำไส้และไส้ตรง 916,000 คน และมะเร็งตับ 830,000 คนตามลำดับ และองค์การอนามัยโลกยังคาดการณ์ว่าจะมีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งเพิ่มมากขึ้นในปี 2573 (World Health Organization, 2020)

สถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติทะเบียนมะเร็งประเทศไทย ปี 2565 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติเผยว่าแต่ละปีไทยจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่กว่า 140,000 คน หรือ ประมาณ 400 คนต่อวัน โดยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกในคนไทย ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมะเร็งปากมดลูก สถิติการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบในเพศชายร้อยละ 18.7 และพบในเพศหญิงร้อยละ 13.3 ตามลำดับ และพบว่าโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคติดอันดับ 1 ใน 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในคนไทย โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงวิถีการบริโภคของคนในปัจจุบัน ถึงแม้ว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะต้นจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัด แต่ด้วยพยาธิสภาพที่ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน จึงนำไปสู่การวินิจฉัยและรักษาล่าช้าไม่ทันท่วงที ในประเทศไทยมากกว่าร้อยละ 60 ตรวจพบโรคในระยะท้าย ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ยังพบว่ามีอัตราการรอดชีพที่น้อยมากหลังการตรวจพบ ทั้งนี้เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิด ที่สามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองเพื่อหาความผิดปกติ ตั้งแต่ยังไม่มีอาการของโรค ความผิดปกตินี้มักพบในลักษณะของติ่งเนื้อ Adenomas ซึ่งมีโอกาสกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ดังนั้นหากตรวจพบและกำจัดทิ้งในระยะเริ่มต้นจึงมีโอกาสรักษาหายค่อนข้างสูง ซึ่งการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถทำได้หลายวิธี วิธีที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายมี 2 วิธี คือ การตรวจหาเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ ด้วยชุดตรวจ Fecal Immunochemical Test (FIT) และการส่องกล้อง Colonoscopy ซึ่งถือเป็นวิธีมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

การดำเนินงานคัดกรอง วินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระดับสากล จะเห็นว่าในต่างประเทศมีระบบการดำเนินงานในระดับประชาชนทั่วไป มีการดำเนินการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงไปแล้วในหลายประเทศ โดยเฉพาะประเทศที่มีฐานะเศรษฐกิจดี และพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงจากการตรวจคัดกรองได้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ในขณะที่ในประเทศไทยเดิมไม่มีนโยบายการคัดกรอง วินิจฉัย รักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีระบบในระดับประชาชนทั่วไปมาก่อน และไม่อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพ นอกจากนี้ยังไม่กำหนดรูปแบบการดำเนินงานคัดกรอง วินิจฉัย รักษาที่เหมาะสมว่าควรจะเป็นเช่นไร ประชากรเป้าหมายควรเป็นกลุ่มใด มีประโยชน์อย่างไร รวมถึงการคัดกรองที่ดำเนินการครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดหรือไม่ ต่อมาได้มีการพัฒนาให้อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพกับประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี การดำเนินการของเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์ ได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง โดยมีการประสานความร่วมมือให้เป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง ปี 2565 – 2570 ซึ่งรายละเอียดใน ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ในส่วนของการคัดกรอง วินิจฉัย รักษา

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในระยะเริ่มต้น โดยให้ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ โดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงของคนเท่านั้น และหากมีผลบวก (Positive) ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อทำการส่องกล้องดูลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) โดยมีเป้าหมายในการคัดกรอง คือ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50 และให้การวินิจฉัยรักษาโรคต่อไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564)

จังหวัดมหาสารคาม พบอัตราการ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในปี พ.ศ. 2564- 2565 เป็น 4.30 และ 4.11 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2566) โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่เริ่มต้น บางคนปฏิเสธที่จะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหลังจากตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fit test) พบผลเป็นบวก ทำให้ได้รับการรักษาโรคล่าช้า โรคมะเร็งจึงลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่ามักมีประวัติญาติสายตรงป่วยเป็นโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และมีพฤติกรรมรับประทานเนื้อและอาหารปิ้งย่างเป็นประจำ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการพัฒนากระบวนการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงร่วมกันหลายภาคส่วนในชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อช่วยให้ประชาชนมีการป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรค และผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการจัดการตนเองจนสู่ระยะท้ายของชีวิต ซึ่งการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในชุมชนนั้นมีความซับซ้อนมากกว่าที่จะแก้ไขด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เพราะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ค่อยพบหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการดำเนินงานจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามแนวคิดเกี่ยวกับเสริมความแข็งแรงระบบสุขภาพ สำหรับศตวรรษ ที่ 21 (The Six Building Blocks of Health System) มากนัก โดย 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) มีส่วนเสริมพลังให้กับประชาชนในพื้นที่เพิ่มการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ โดยมีการอาศัยภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จะสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย และรักษาได้อย่างทันท่วงที ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม ควรเป็นอย่างไร จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อช่วยให้การจัดการโรคนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อพัฒนากระบวนการจัดการรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการพัฒนาการจัดการรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดังมีรายละเอียดดังนี้

### 1. กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มที่ 1 (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม ที่ปฏิบัติงานตลอดระยะเวลาของการวิจัย

2) เป็นผู้ที่มีเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการวิจัย

เกณฑ์คัดออกกลุ่มที่ 1 (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ผู้ที่ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย หรือดให้ข้อมูล

2) บุคลากรที่ย้ายไปทำงานที่อื่นในระหว่างการทำกรวิจัย

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็ง ในหน่วยงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน แห่งละ 2 คน จำนวน 26 คน โรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวน 5 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) แห่งละ 1 คน จำนวน 175 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 193 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มที่ 2 (Inclusion Criteria) ได้แก่

1) ต้องเคยปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง อย่างน้อย 1 ปี

2) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา

เกณฑ์คัดออกกลุ่มที่ 2 (Exclusion Criteria) ได้แก่

1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

2) ขอยกเลิกการเข้าร่วมกิจกรรม

3) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย

2. ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2565 ถึง กันยายน 2566

## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประเภทการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำเอาหลักการและขั้นตอนวิจัยของการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ท (Kemmis and MC taggart, 1988) เพื่อศึกษาบริบทปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานจัดบริการ และพัฒนากระบวนการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกตการณ์พัฒนา (Observation) และ 4) สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ทำการวิจัย 2 วนรอบ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Panning)

กิจกรรมที่ 1 ศึกษาบริบทในการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

1) ศึกษาบริการในการดำเนินงานจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม

2) วิเคราะห์สถานการณ์ สรรวจข้อมูลบทบาทการมีส่วนร่วมของดำเนินงานจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม และประเมินความพึงพอใจ

3) กำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคามร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) การพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม โดยประชุมระดมสมองคณะทำงานเพื่อหาแนวทางแก้ไข แก้ไขปัญหาเชิงระบบและกำหนดแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ช่วยในการระดมสมอง คือ การวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อนของการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม

#### ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action)

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแผนงาน ขั้นตอนและกระบวนการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม โดยทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม

#### ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing)

กิจกรรมที่ 4 การกำกับ ติดตามและนิเทศงาน โดยผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม กำหนดบทบาทในการกำกับ ติดตามและนิเทศ

กิจกรรมที่ 5 ประเมินผลการพัฒนาฯ 1) การประเมินบทบาทการในการมีส่วนร่วม 2) ผลความพึงพอใจในการพัฒนาฯ สรุปรายงานและหาข้อเสนอแนะเกี่ยวกับข้อสรุปการนำเสนอเอกสารฉบับร่างไปยังคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดมหาสารคาม

#### ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

กิจกรรมที่ 6 จัดเวทีสะท้อนผลการปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ หาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในการพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม และการสะท้อนกลับผลการประเมินผ่านกระบวนการกลุ่มในลักษณะการวิพากษ์วิจารณ์ หรือ ประเมินแนวทางการปฏิบัติตามความเหมาะสม

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามในการวิจัย ใช้สำหรับกลุ่มที่ 1 คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม และกลุ่มที่ 2 โรงพยาบาลแม่ข่าย (เครือข่ายบริการสุขภาพ) จังหวัดมหาสารคาม ในการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ สาขาวิชาชีพ (ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน) จำนวน ชั่วโมงที่ปฏิบัติงานต่อสัปดาห์

ส่วนที่ 2 บทบาทในการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบการวัดประมาณค่า (Rating Scale) ใน 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด



**ชุดที่ 2** แบบสอบถามการประเมินเกี่ยวกับผลกระทบของการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 30 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) ลักษณะคำถามเป็นการวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, น้อยที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ชุด

**ชุดที่ 1** แบบบันทึกประเด็นสนทนากลุ่มค้นหาปัญหาและแนวทางพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม สนทนากลุ่มกับคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาโรคมะเร็ง จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 26 คน ในหัวข้อ เกี่ยวกับการจัดการระบบสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลก (WHO) 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระบบบริการ (Service Delivery) 2) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) 3) ระบบข้อมูลข่าวสาร (Health Information System) 4) เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Access to Essential Medicines) 5) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Financing) และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (Leadership Governance) แต่ละด้านมีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อะไรคือสาเหตุแนวทางใดที่เหมาะสมที่สุดสำหรับนำไปปฏิบัติ ผู้ศึกษาสรุปปัญหาแนวทางปฏิบัติ และทำหน้าที่บันทึกผลการสนทนากลุ่ม โดยไม่ต้องเข้าร่วมอยู่ในวงสนทนา

**ชุดที่ 2** แบบบันทึกการสังเกต การพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) โดยผลการวิเคราะห์ความตรงแต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ 0.67-1 ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบสอบถามมาตรฐานประมาณค่า (Rating Scale) วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Co-efficient) ของ Cronbach ได้เท่ากับ 0.89

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูล โดยหา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างโดยใช้สถิติ Pair T-test และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

### จริยธรรมในการศึกษา

จริยธรรมในการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล การวิจัยนี้ดำเนินการภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม EC 11/2565 ลงวันที่ 18 สิงหาคม 2565 กลุ่มเป้าหมายทุกรายได้รับการชี้แจงสิทธิในการยินยอมให้ข้อมูล โดยเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย รับฟังความคิดเห็นผู้เข้าร่วมวิจัย วางตัวเป็นกลาง ไม่ตัดสินความเห็นว่าใครถูกหรือผิด การดำเนินการวิจัยได้ปฏิบัติโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยทุกขั้นตอน สามารถบอกเลิกโดยไม่แจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแต่ประการใด

## ผลการวิจัย

1. บริบทและสถานการณ์ในการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปัญหาการดำเนินงานจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามกรอบ 6 building blocks สรุปได้ว่า 1) ด้านการให้บริการสุขภาพ 1.1) มีปัญหาการคัดกรองล่าช้าเนื่องจากการกำหนดเป้าหมายและจัดสรรงบประมาณจัดซื้อชุดตรวจไม่เพียงพอ 1.2) มีการคัดกรองซ้ำกลุ่มเป้าหมายเดิม 2) ด้านบุคลากรด้านสุขภาพ ขาดอัตรากำลังในการคัดกรองระดับพื้นที่ 3) ด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ ขาดการนำข้อมูลผู้ป่วยมาใช้เพื่อการคัดกรอง ติดตามผลการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น พบว่า ชุดตรวจบางโรงพยาบาลจัดซื้อล่าช้า 5) ระบบการคลังด้านสุขภาพ พบว่า ไม่มีการจัดทำแผนร่วมกับภาคีเครือข่าย และในการจัดสรรงบประมาณ ตามแผนงาน 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า ขาดการติดตามผลการดำเนินงานในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง

2. รูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

### วงรอบที่ 1

**ระยะที่ 1** การวางแผน (Planning) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย สามารถสรุปประเด็นปัญหาได้ 3 ด้าน ดังต่อไปนี้ 1) ด้านการคัดกรอง พบว่า การคัดกรองในพื้นที่ล่าช้า 2) ด้านการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยปฏิเสธการส่องกล้องและไม่มาตรวจตามนัดหมาย 3) ด้านการรักษา พบว่า ขาดความชัดเจนในการประสานงานในโรงพยาบาลจังหวัด หลังจากนั้นดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้แผนปฏิบัติการ (Action Plan) ได้ทั้งหมด 3 โครงการ ดังนี้ 1) คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดยทีมสหวิชาชีพ 2) Re-X-ray ผู้ป่วย 3) จัดทำคู่มือแนวทางจัดการมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม

**ระยะที่ 2** การปฏิบัติตามแผน (Action) ประกอบด้วย ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** คัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง โดยทีมสหวิชาชีพ โดยเป็นการวางแผนออกคัดกรองผู้ป่วยตามโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่รับผิดชอบ ให้ครอบคลุม 100% โดยทีมสหวิชาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพทีม สร้างความเข้าใจบทบาท สร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเข้าถึงผู้ป่วย เป็นต้น **กิจกรรมที่ 2** Re-X-ray ผู้ป่วย เป็นกระบวนการในการวินิจฉัยผู้ป่วย ด้วยการนัดส่องกล้อง เมื่อมีการปฏิเสธก็จะมีทีมหมอชาวบ้าน ที่จัดตั้งขึ้นเข้าไปพูดคุย เพื่อสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยยืนยัน **กิจกรรมที่ 3** จัดทำคู่มือแนวทางจัดการมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นคู่มือในการส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา

**ระยะที่ 3** การสังเกต (Observing) **กิจกรรมที่ 4** การกำกับ ติดตามประเมินผล โดยการสนทนากลุ่ม พบว่า กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกโครงการ และยังช่วยกระตุ้นให้ทีมมีความกระตือรือร้นในการแสดงความคิดเห็น

**ระยะที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) **กิจกรรมที่ 5** จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ซึ่งกิจกรรมที่ร่วมกันพัฒนา สามารถแก้ไขปัญหาได้ แต่ยังมีปัญหาบางประเด็นจากการดำเนินงาน ได้แก่ ด้านการคัดกรองและวินิจฉัย ผู้ป่วยที่เข้ารับการคัดกรอง ปฏิเสธการรักษา และไม่มาตรวจส่องกล้อง Colonoscopy ตามนัด จึงได้มีการพัฒนาในวงรอบที่ 2

### วงรอบที่ 2

**ระยะที่ 1** การวางแผน (Planning) วิเคราะห์ปัญหาที่พบในวงรอบที่ 1 ได้ดังต่อไปนี้ 1) ด้านการคัดกรอง พบว่า ขาดอัตรากำลังคนในการคัดกรอง 2) ด้านการวินิจฉัย พบว่า ผู้ป่วยยังปฏิเสธการส่องกล้องและไม่มาตรวจตามนัด 2) จัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Plan) จนได้กิจกรรมเพิ่มขึ้นมา คือ โควโรโนสโกปี



**ระยะที่ 2** การปฏิบัติตามแผน (Action) ได้ดำเนินกิจกรรมโคโรนัสัญจร ออกคัดกรองผู้ป่วยเชิงรุกในพื้นที่ ให้ครอบคลุม 100% โดยทีมสหวิชาชีพ มีการพัฒนาศักยภาพทีม สร้างความเข้าใจบทบาท สร้างความร่วมมือ สร้างเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเข้าถึงผู้ป่วย ผลการดำเนินกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 อีกทั้งสามารถลดความแออัดผู้ป่วยที่จะเข้ามาทำการรักษาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม

**ระยะที่ 3** การสังเกต (Observing) ติดตามประเมินผล พบว่า กลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือ ร่วมแสดงความคิดเห็น มีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม และกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม ดังนี้

1. บทบาทการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ก่อนการสร้างรูปแบบมีส่วนร่วม ระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.42, SD = 0.46$ ) หลังการสร้างรูปแบบมีส่วนร่วม ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.87, SD = 0.65$ ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่าง พบว่า หลังการสร้างรูปแบบมีส่วนร่วมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของบทบาทการมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการสร้างรูปแบบ (N=193)

บทบาทและ การมีส่วนร่วม	N	mean	SD	95% CI	t	P
ก่อนการสร้างรูปแบบ	193	3.42	0.46	0.35-0.67	-3.39	0.001*
หลังการสร้างรูปแบบ	193	3.87	0.65			

2. ความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ก่อนการสร้างรูปแบบมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการ ระดับน้อย ( $\bar{X} = 2.32, SD = 0.29$ ) หลังการสร้างรูปแบบมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการ ระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86, SD = 0.79$ ) เมื่อเปรียบเทียบระดับความแตกต่าง พบว่า หลังการสร้างรูปแบบมีความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการ สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในรูปแบบการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม ก่อนและหลังการสร้างรูปแบบ (N=193)

ความพึงพอใจ	N	mean	SD	95% CI	t	P
ก่อนการสร้างรูปแบบ	193	2.32	0.29	0.27-0.45	-8.42	<0.001*
หลังการสร้างรูปแบบ	193	3.86	0.79			

3. ผลการพัฒนาการจัดรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังจากการพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ไส้ตรง 1) ร้อยละของประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ จากร้อยละ 57.49 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 78.49 ในปี

2566 2) ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy) เพิ่มขึ้นร้อยละ จากร้อยละ 36.22 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 40.06 ในปี 2566 3) ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง(ไม่ได้แยกชนิดของมะเร็ง) สามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ภายใน 1 เดือน เพิ่มขึ้นร้อยละ จากร้อยละ 78 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 95 ในปี 2566 4) ในปี 2565 ไม่มีการจัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง แต่ในปี 2566 มีการจัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** แสดงตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มาตรการ หลังการพัฒนา รูปแบบ	ผลการดำเนินงานหลังพัฒนา	
			รูปแบบ 2565 (ก่อนพัฒนา)	2566 (หลังการพัฒนา)
- ร้อยละของประชากร เป้าหมายได้รับการคัดกรอง	50	- จัดกิจกรรม คัดกรอง เชิงรุก	57.49	78.49
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการส่งกล้อง Colonoscopy)	50	- จัดกิจกรรม Re-X-ray - จัดกิจกรรม โครโร สัญจร	36.22	40.06
- ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง สามารถเข้าสู่กระบวนการ รักษาได้ภายใน 1 เดือน	77	- จัดทำคู่มือป้องกันมะเร็ง	78	95
- จัดตั้งทีม Cancer Warrior ในโรคมะเร็ง			ไม่มี	มี

**ระยะที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สรุปได้ว่า บทเรียนจากการดำเนินงาน ทำให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม คือ 3P: P-P-P ประกอบด้วย P: Policy คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้นำในการประกาศนโยบายในการป้องกันมะเร็ง ดังเห็นได้จากกิจกรรม โครโรสัญจร ในการออกคัดกรองหาผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทีมตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว (Awareness) ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกร่วมกันทุกคนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กร ในการวางแผนขับเคลื่อนการทำงานหลังการพัฒนารูปแบบ P: Proactive คือ การทำงานเชิงรุก เช่น การออกคัดกรอง และค้นหาเชิงรุกโดยใช้กิจกรรมโครโรสัญจร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาต่อไป

### อภิปรายผล

ปัญหาการดำเนินงานจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า การคัดกรองล่าช้าเนื่องจากการจัดสรรงบประมาณจัดซื้อชุดตรวจ มีคัดกรองช้ากลุ่มเป้าหมายเดิม ขาดอัตรากำลังในการคัดกรองระดับพื้นที่ ขาดการนำข้อมูลผู้ป่วยมาใช้เพื่อการคัดกรอง ติดตามผลการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ การรายงานข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC สรุปไม่ได้แยกผลการดำเนินงานเป็นรายอำเภอทำให้การตรวจสอบ

ผลการดำเนินงานและติดตามนิเทศงานระดับอำเภอโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นไปได้อย่างยาก ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของคณยศ ชัยอาจ และคณะ (2561) ที่ศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอป่าพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีความล่าช้า ขาดการค้นหาเชิงรุก ขาดการให้ความรู้กับประชาชนในพื้นที่ เป็นต้น

กระบวนการสร้างรูปแบบการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงาน 7 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) วิเคราะห์สถานการณ์ กำหนดเป้าหมาย 2) ประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ 3) คัดกรองเชิงรุก โครโนสโคปี 4) เล่าสู่กันฟัง 5) แบบฟอร์มป้องกันมะเร็ง 6) การกำกับติดตาม และประเมินผล 7) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน หาปัจจัยสู่ความสำเร็จ โดยปัจจัยสู่ความสำเร็จในการสร้างรูปแบบการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม จากการศึกษาการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการจัดบริการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดมหาสารคาม คือ 3P: P-P-P ประกอบด้วย P: Policy คือ นโยบาย ซึ่งผู้นำเห็นความสำคัญและเป็นผู้นำในการประกาศนโยบายในการป้องกันมะเร็ง ดังเห็นได้จากกิจกรรม โครโนสโคปี ในการออกคัดกรองหาผู้ป่วยเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในการขับเคลื่อนสิ่งต่างๆ P: Participation คือ การมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ทีมตระหนักรู้ และมีการสร้างความตื่นตัว ดังเห็นได้จากการทำให้รู้สึกว่าคุณทุกคนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อองค์กร ในการวางแผนขับเคลื่อนการทำงาน และหลังการพัฒนาแบบ P: Proactive คือ การทำงานเชิงรุก เป็นการออกคัดกรอง และค้นหาเชิงรุก อีกทั้งการสร้าง ความเข้าใจให้กับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธิธิดา โภคาพันธ์ และคณะ (2555) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารความเสี่ยงด้านคลินิก คือ ภาวะผู้นำของผู้บริหาร และการกำหนดบทบาทให้กับทีมผู้พิทักษ์ความเสี่ยงการมอบอำนาจการตัดสินใจแก่หัวหน้าหน่วยงาน และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในทีมสุขภาพซึ่งแนวทางในการดำเนินการครั้งนี้ สามารถประยุกต์ใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพในประเด็นอื่นได้ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสพร จุมพลักษณ์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาการพัฒนาแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในชุมชน อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยและส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในการดูแลโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงและมีรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงสำหรับชุมชน ทำให้การมีส่วนร่วมและความพึงใจหลังการพัฒนาแบบสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชุมชนร่วมกันวางแผนร่วมคิด ร่วมสร้าง หาแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และบทบาทการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจในรูปแบบการจัดการมะเร็งลำไส้ใหญ่ ลำไส้ตรง หลังการสร้างรูปแบบ เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งพร ภู และคณะ (2563) พบว่า การสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิต และแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน จะส่งผลให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

ผลการพัฒนาการจัดรูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ในโรงพยาบาลแม่ข่าย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า หลังจากการพัฒนาแบบการจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มีค่าตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นทุกตัวชี้วัด ในปี พ.ศ.2566 ประกอบด้วย ร้อยละของประชากรเป้าหมายได้รับการคัดกรองเพิ่มขึ้นร้อยละ 78.49 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ ได้รับการส่งกล้อง (Colonoscopy) เพิ่มขึ้นร้อยละ 40.06 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ภายใน 1 เดือน ร้อยละ 95 อีกทั้งมีการจัดตั้งทีม Cancer Warrior ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริโสภา ภูสีน้ำ และคณะ (2567) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า การนำความรู้ที่ได้รับจากการพัฒนานี้ไปเป็นแนวทางปฏิบัติจนเกิดประสบการณ์และทักษะความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงไปถ่ายทอดให้บุคคลอื่น ซึ่งจะเป็นผลดีให้ประชาชนได้เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงเป็นประจำทุกปี ลดความรุนแรงและลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงลงได้

## ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การจัดการระบบบริการสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หน่วยงานสาธารณสุขต้องมีการส่งเสริมดำเนินงานคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง มีการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยซ้ำโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

2. การพัฒนาการจัดการระบบบริการสุขภาพเกิดจากความร่วมมือของทุกภาคส่วน โดยเริ่มจากผู้บริหารเห็นความสำคัญ นำไปสู่การประกาศเป็นนโยบาย เพื่อวางแผนในการดำเนินงานตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. รูปแบบการจัดการระบบสุขภาพโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงที่สร้างขึ้น บางกิจกรรมตามรูปแบบยังไม่มีคุณสมบัติเท่าที่ควร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงควรปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น เช่น การเพิ่มระยะเวลา และการประเมินผลของแต่ละกิจกรรม เป็นต้น

2. ควรมีการทดลองนำรูปแบบไปใช้พื้นที่เขตชนบท และมีการเปรียบเทียบว่าจะมีความเหมือนหรือแตกต่างกันหรือไม่

## เอกสารอ้างอิง

- คณยศ ชัยอาจ และคณะ. (2561). ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11(3), 37-44.
- ภัทรธิตา โภคาพันธ์ และคณะ. (2555). การพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยในของพยาบาลโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลทหารบก, 13(2), 38-48.
- ภัสพร จุมพลักษณ์ และคณะ. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในชุมชน อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(3), 64-75.
- รุ่งพร ภูสุวรรณ์, นฤมล จันทร์สุข, และศรัณญา ตันคุ้ม. (2563). การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 10(1), 133-145.
- ศิริโสภา ภูสีน้ำ และคณะ. (2567). การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระลับ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน, 9(2), 872-881.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2564). แผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2562 – 2565. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 26-74.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม .(2566). สถิติผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. มหาสารคาม:  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). The action research reader. Geelong. Victoria: Deakin  
University Pres.

World Health organization. (2020). Global cancer observatory world health organization  
Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/cancer>