

ผลการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประชาชนกลุ่มเสี่ยง

โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี

ปาริฉัตร จันทร์คำ, พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี
สุภาภรณ์ บุญยานาม, พย.ม., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลอุดรธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลกร ทรงศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาพยาบาลศาสตร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียุทธธานี, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก
นงลักษณ์ โลหะเวช, พย.บ., พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก, โรงพยาบาลอุดรธานี

บทคัดย่อ

วิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ (Quasi-experimental Research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการใช้ แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเครือข่ายมีส่วนร่วมหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี โดยอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพและหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลอุดรธานี มีกระบวนการนำแนวปฏิบัติใหม่ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ เพื่อพัฒนาให้เข้าถึงการส่งกล้องได้รวดเร็วขึ้น โดยลดขั้นตอนการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานี จาก 3 ขั้นตอนเป็น 2 ขั้นตอน โดยให้บริการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แทนการเดินทางมายังโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งช่วยเพิ่มความสะดวก ลดอุปสรรค โดยลดภาระการเดินทางมายังโรงพยาบาลอุดรธานี สามารถรับบริการใกล้บ้าน ลดระยะเวลาให้บริการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทำการศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงเปรียบเทียบบรรยากาศการคัดกรองด้วยวิธี FIT test และร้อยละการเข้ารับการส่งกล้องตรวจลำไส้ในกลุ่มที่มีผล FIT test เป็นบวก (positive) ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอุดรธานี 3 คนและในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ 31 คน 2) ประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปีจำนวน 470 คน ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหม่ม่น คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วน และใช้โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง n4studies คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดำเนินการวิจัยโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 - 1 ระยะเวลาการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม - กันยายน 2567 และใช้วิธี วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยอาศัยสถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ Chi-square test เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรและ independent T-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ

ผลการวิจัย: พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 470 คน ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ทุกคน (ร้อยละ100.0) ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีผล FIT test ผิดปกติ (positive) จำนวน 28 คน ได้รับการส่งกล้อง 14 คน (ร้อยละ 50.0) เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 18.64 ในปีงบประมาณ 2566 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) สะท้อนให้เห็นว่าแนวปฏิบัติใหม่นี้สามารถเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง และลดความล่าช้าในการเข้ารับการส่งกล้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีผล FIT test ผิดปกติ เข้าสู่กระบวนการส่งกล้องได้เพิ่มขึ้น จากแนวปฏิบัติเดิม (ปีงบประมาณ 2566) ร้อยละ 18.64 เป็นแนวปฏิบัติใหม่ (ปีงบประมาณ 2567) ร้อยละ 50.00 โดยเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิมีส่วนร่วมบริการเจาะเลือดให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ จึงทำให้ลดเหลือ 2 ขั้นตอนในการเดินทางมาโรงพยาบาลอุดรธานี

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของเครือข่าย, มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่, การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ, การเข้าถึงการส่งกล้อง

The Results of Implementing Colorectal Cancer Screening Access Guidelines for High-Risk Populations Through Participatory Networks at Udon Thani Hospital Primary Care Units

Parichat Jundum, B.N.S., Registered Nurse, Community Nursing Department, Udon Thani Hospital

Supaporn Boonyanam, M.N.S., Registered Nurse, Community Nursing Department, Udon Thani Hospital

Chonlakarn Songsri, PhD. Assistant Professor in Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Nongluk Lohawet, B.N.S., Registered Nurse, Senior Professional Level, Outpatient Nursing Department, Udon Thani Hospital

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of an accessibility enhancement protocol for colorectal cancer screening among at-risk populations through a community-based network approach at the primary healthcare unit of Udon Thani hospital. The study was conducted in collaboration with the local health network and primary healthcare services under systems theory and integrated with nursing process, implementing a newly developed protocol designed to improve timely access to colonoscopy. The protocol streamlined the hospital service processes, reducing the previous three-step hospital visit requirement to a two-step process by allowing blood sample collection at subdistrict health-promoting hospitals (SHPHs) instead of requiring travel to Udon Thani hospital. This modification increased convenience, reduced barriers; reducing the burden of traveling to Udon Thani hospital by allowing patients to receive services closer to home, which also shortens the service time and improved screening accessibility for at-risk populations. The study assessed the results of the protocol by comparing the colorectal cancer screening rate using the fecal immunochemical test (FIT test) and the colonoscopy uptake rate among individuals with positive FIT test results before and after implementation. The sample consisted of (1) 31 primary healthcare staffs and 3 hospital staffs and (2) 470 at-risk individuals aged 50–70 years old. Sample size estimation was conducted using the proportional comparison formula and calculations were performed using the n4studies application. Participants were selected through purposive sampling under responsibility of Moomon Subdistrict Health-Promoting Hospital. Data collection was performed using structured questionnaires with content validity was assessed by three expert reviewers, yielding (IOC) ranging from 0.67 to 1.00. The study was conducted on Thai fiscal year 2024 (October 2023 to September 2024). Quantitative data analysis using descriptive statistics, chi-square and independent T-test.

Results showed that among the 470 at-risk individuals, 100% underwent colorectal cancer screening using the fecal immunochemical test (FIT test). Among 28 persons those with positive FIT test results, the colonoscopy uptake rate were 50.00% increased from fiscal year 2023 (18.64%) with statistically significant difference ($p = 0.003$). These findings indicate that the newly implemented protocol effectively enhanced screening accessibility and significantly reduced waiting time in colonoscopy uptake among at-risk individuals.

Conclusion: the implementation of colorectal cancer screening access guidelines successfully increased the colonoscopy uptake rate among high-risk populations who had positive FIT test results from 18.64% to 50.00%. This improvement was achieved through the participation of primary care networks in providing blood collection services to high-risk individuals in their local areas, which effectively streamlined the process to two steps.

Keyword: network participation, colorectal cancer, colorectal cancer screening test, FIT test, colonoscopy uptake rate

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer; CRC) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก โดยมีอุบัติการณ์การเกิดโรคเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งเต้านม และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น¹ ข้อมูลจากสถิติโรคมะเร็งของประเทศไทยที่พบมาก 10 อันดับแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ พ.ศ. 2564 พบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย ร้อยละ 19.0 เป็นอันดับ 3 ในเพศหญิง ร้อยละ 10.1² อุตการณ์โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในจังหวัดอุดรธานีพบเป็นอันดับ 3 ทั้งเพศหญิงและเพศชาย² โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เชื่อว่าการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนตาม adenoma-carcinoma sequence โดยจากเนื้อเยื่อปกติเกิดเป็นติ่งเนื้อขนาดเล็กที่เรียกว่า โพลิป (polyp) ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด โดยทั่วไปใช้เวลา 5 – 10 ปี³ การตรวจพบติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่และตัดออกสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้ร้อยละ 88 – 90 เทียบกับกลุ่มที่มีติ่งเนื้อลำไส้ใหญ่แต่ไม่ได้ ตัดออกจะลดลงร้อยละ 67 – 76³ ดังนั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตั้งแต่ยังไม่มีอาการผิดปกติ จึงถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันโรค แต่หากปล่อยจนมีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองแล้วอัตราการรอดชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 60 และน้อยกว่าร้อยละ 10 ตามลำดับ³ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงกำหนดนโยบายตรวจคัดกรองในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (fecal immunochemical test; FIT test) โดยตั้งแต่ปีงบประมาณ 2561 กำหนดตัวชี้วัดร้อยละ 10 ของกลุ่มประชาชนเป้าหมายอายุ 50-70 ปี แต่ละคนควรตรวจทุก 2 ปี หากพบผลผิดปกติจะได้รับการตรวจยืนยันด้วยการส่องกล้อง (colonoscopy)⁴ ซึ่งเป็นมาตรฐานการวินิจฉัย จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการศึกษา รายได้ พฤติกรรมสุขภาพ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง⁵ รวมถึงปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมด้วย⁶

หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 31 แห่ง มีอัตราการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ข้อมูลปีงบประมาณ 2563 ประชาชนกลุ่มเสี่ยง 6,501 คน อัตราการคัดกรองร้อยละ 96.64 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในปีงบประมาณ 2565 แต่พบว่ากลุ่มที่มีผล FIT test positive เข้าถึงบริการส่องกล้อง (colonoscopy) ที่โรงพยาบาลอุดรธานีเพียงร้อยละ 43.59 อุตการณ์การป่วยและอัตราการเสียชีวิต มี

แนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยอุตการณ์การป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ของอำเภอเมืองอุดรธานี ในปีงบประมาณ 2563 พบ 41.54 ต่อแสนประชากรและเพิ่มเป็นร้อยละ 45.47 ในปีงบประมาณ 2565 อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 3.70 ในปีงบประมาณ 2563 เป็นร้อยละ 18.75 ในปีงบประมาณ 2565⁷

กระบวนการส่องกล้องตรวจลำไส้ (colonoscopy) แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน หลังจากผู้ป่วยรับทราบผลตรวจ FIT test positive จากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยลงทะเบียน โดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจผู้ที่มีผล FIT test เป็นบวก พยาบาลผู้ป่วยนอกศัลยกรรม ส่งตรวจเลือดตามแนวทาง 2) พบแพทย์ศัลยกรรม เพื่อตรวจร่างกายเบื้องต้น ฟังผลเลือดและส่งนัดหมายวันส่องกล้องโดยเป็นบริการแบบผ่าตัดวันเดียวกลับ (one day surgery) และพบวิสัญญีแพทย์ เพื่อรับคำแนะนำก่อนการส่องกล้องที่ห้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ 3) เข้ารับการส่องกล้องใน 3 ขั้นตอนดังกล่าว ใช้ระยะเวลารอคอยเฉลี่ย 156.73 วัน⁸ เนื่องจากโรงพยาบาลอุดรธานี มีผู้ป่วยจำนวนมาก แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม มีผู้ป่วยประมาณ 75 – 136 รายต่อวัน จากข้อมูลปีงบประมาณ 2565 พบว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยร้อยละ 43.59 ที่เหลือร้อยละ 56.41 ไม่เข้าสู่ระบบ การตรวจวินิจฉัย เนื่องจากขั้นตอนยุ่งยาก ซับซ้อน ระยะเวลาารอนาน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ข้อมจำกัดส่วนบุคคลและความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรองวินิจฉัย

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เริ่มเมื่อเดือนมกราคม - สิงหาคม 2567 โดยทบทวนความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ทำการปรับขั้นตอนการเจาะเลือด ที่โรงพยาบาลอุดรธานี ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเจาะเลือดที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ใกล้บ้าน จึงทำให้ลดขั้นตอนที่ดำเนิน การ ในโรงพยาบาลอุดรธานีเพียง 2 ขั้นตอน ทำให้ขั้นตอนการส่งต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ามารับบริการที่โรงพยาบาลอุดรธานีลดลง แต่ยังไม่มีการศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวอย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ:

1. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี

2. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ (colonoscopy) ในกลุ่มที่มีผล FIT test positive ก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี

3. เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลารอคอย นับจากผู้ป่วยทราบผล FIT test positive จนถึงการเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ (colonoscopy)

กรอบแนวคิด

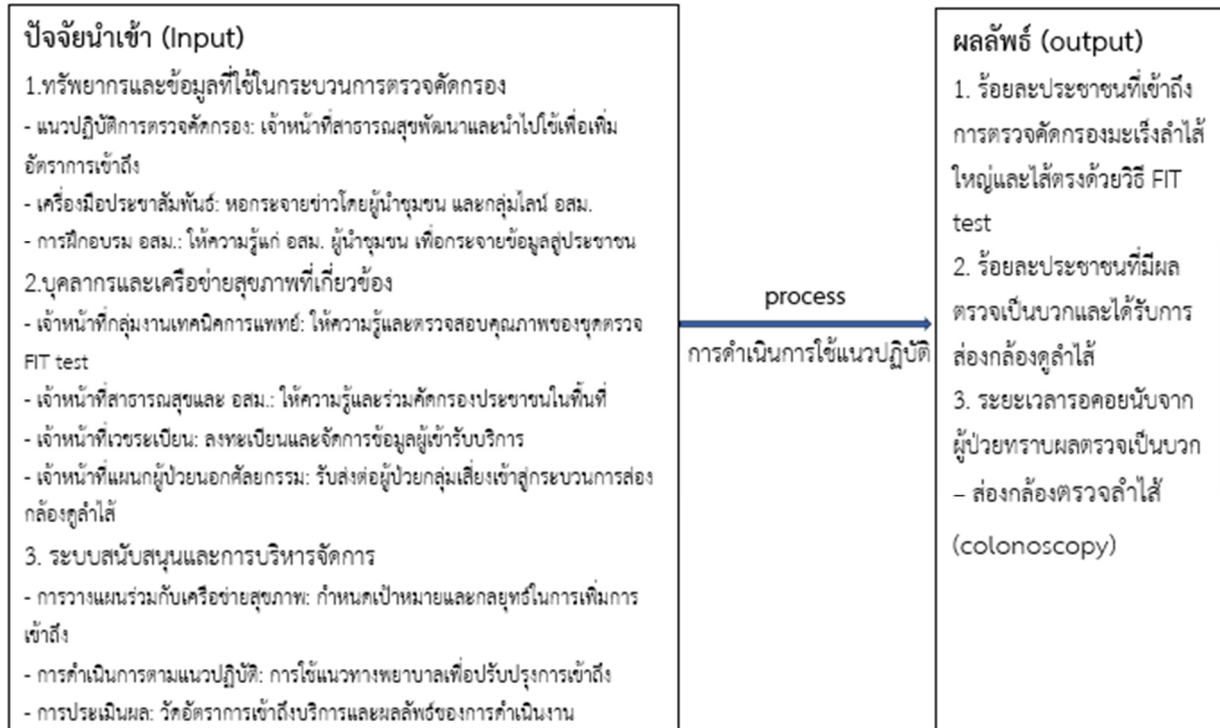
งานวิจัยนี้ดำเนินการภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (general system theory) ของ Karl Ludwig von Bertalanffy (อ้างโดย ลัมวี ปิยะบัณฑิตกุล)⁹ กล่าวว่าระบบหนึ่งๆประกอบด้วย ระบบย่อย การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับส่วนใด ส่วนหนึ่งของระบบย่อย ย่อมมีผลต่อเนื่องกัน ประกอบด้วย 1. ปัจจัยนำเข้า (input) ในงานวิจัยนี้ คือ ทีมให้บริการเจ้าหน้าที่ภายในและภายนอกโรงพยาบาล อสม. ผู้นำชุมชนและแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี 2. กระบวนการ (process) คือระบบบริการ 3. ผลลัพธ์ (output) คือ 3.1) ร้อยละประชาชนเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ) 3.2) ร้อยละประชาชน ที่มีผลตรวจเป็นบวก (positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (colonoscopy) ก่อน (ปีงบประมาณ 2566) – หลัง (ปีงบประมาณ 2567) ดำเนินโครงการ 3.3) ระยะเวลารอคอยนับจากผู้ป่วยทราบผลตรวจเป็นบวก – ส่องกล้องตรวจลำไส้ (ภาพที่ 1) โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ประเมินปัญหาและวินิจฉัย เพื่อให้ทราบถึงปัญหาหลักที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการตรวจคัดกรอง

2. วางแผนการพยาบาล จัดประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปรับกระบวนการให้บริการ เพิ่มการประชาสัมพันธ์

3. ปฏิบัติการพยาบาล เจ้าหน้าที่รพ.สต. หมุ่มน และอสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงอายุ 50 – 70 ปี โดยประชาสัมพันธ์ แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้ความรู้แก่อสม. ที่ผ่านการอบรม และอสม. สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระและรวบรวมส่งต่อไปยัง รพ.สต.

4. ประเมินผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติเปรียบเทียบ ก่อน - หลังดำเนินโครงการ ปีงบประมาณ 2567



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดตามทฤษฎีระบบ

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มอิสระต่อกัน เปรียบเทียบผลก่อน - หลังดำเนินการวิจัย

สถานที่ศึกษาวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหม่ม อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

ระยะเวลาการศึกษาทำการเก็บข้อมูล ประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยระหว่าง เดือนกรกฎาคม 2567 - กันยายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

1. เจ้าหน้าที่

- 1.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ 31 แห่ง
- 1.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี
- 1.3 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลอุดรธานี
- 1.4 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี ในพื้นที่อำเภอเมือง 83,300 คนกำหนดร้อยละ 10 ตามนโยบายของสปสข. คือ 8,330 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่

- 1.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิ จำนวน 31 แห่ง แต่ละ 1 คน รวม 31 คน
- 1.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 1 คน
- 1.3 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน โรงพยาบาลอุดรธานี 1 คน
- 1.4 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 1 คน

2. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี จำนวน 470 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้โปรแกรมคำนวณขนาดตัวอย่าง n4studies โดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วน กรณีประชากรกลุ่มเดียว¹⁰ อ้างอิงจากผลดำเนินการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยวิธี FIT test ในปี พ.ศ. 2565 มีผล FIT test positive ร้อยละ 43.59⁶ และประชาชนที่มีผลการตรวจ FIT test positive ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50.00 ดังนี้

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 p(1-p)}{\epsilon^2}$$

$$\epsilon = p - p_0$$

Reference value (p_0) = 0.5
 Proportion (p) = 0.4359
 * p_0 and p must be a range of 0 to 1.
 Alpha (α) = 0.05 Decimal = 2
 Beta (β) = 0.2
 Cluster sampling? No
 Calculate Clear

Output:
 $Z(0.975) = 1.96$, $Z(0.8) = 0.84$,
 $n = 469.18$
 Thus, sample size = 470

เกณฑ์คัดเข้า

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่

1.1 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่และอส. ในพื้นที่เครือข่ายบริการปฐมภูมิเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ในชุมชนที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโรงพยาบาลอุดรธานี และ ศูนย์บริการสาธารณสุข (ศบส.) เทศบาลตำบลหนองบัว มอบหมายให้เป็นตัวแทนเพื่อให้ข้อมูล จำนวน 31 คน

1.2 เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลอุดรธานี 3 คน จำแนกเป็นเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม จำนวน 1 คน เจ้าหน้าที่เวชระเบียนจำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติหน้าที่ในกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ จำนวน 1 คน

1.3 สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

2. กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยง

1. ประชาชนไทยที่มีที่อยู่และอาศัยอยู่จริงในพื้นที่ความรับผิดชอบของรพ.สต. หมู่มั่น ซึ่งคัดเลือกจากการที่เป็นเขตที่มีผู้เข้ารับบริการตรวจ FIT test เป็นบวก (positive) ที่เข้ารับการส่องกล้อง (colonoscopy) น้อยที่สุดของอำเภอเมืองอุดรธานี

2. อายุ 50- 70 ปี ทั้งชายและหญิง
3. ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่หรือไส้ตรง
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก

1. กลุ่มเจ้าหน้าที่ ไม่อยู่ในโรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเก็บข้อมูล

2. กลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้อยู่อาศัยในเขตที่อยู่จริง ช่วงดำเนินโครงการ หรือไม่สามารถเดินทางมารับบริการตรวจคัดกรองตามที่กำหนดได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.1 แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ได้จากการประชุมร่วมกับเครือข่าย 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ในวันที่ 29 มกราคม 2567 ผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 40 คน นำเสนอผ่านการอนุมัติให้ใช้ดำเนินการ โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ศปสอ.เมืองอุดรธานี ร่วมกับศัลยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี (Clinical practice guideline) ปี พ.ศ. 2567 โดยมีเนื้อหา ดังนี้ ความหมายการสืบค้นหาโรคเกณฑ์การพิจารณาปัจจัยความเสี่ยง (clinical risk score) การบันทึกข้อมูลวิธีการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระที่ถูกต้อง แบบฟอร์มใบนัดตรวจเป็นการสื่อสารเพิ่มช่องทางพิเศษให้กับกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาส่งกล้องที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี แบบคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี¹¹ และการประชุมครั้งที่ 2 โดยคณะกรรมการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ ศปสอ.เมืองอุดรธานี เพื่อปรับแนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลอุดรธานี โดยมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567

1.2 แผ่นพับวิธีการตรวจหาเลือดในอุจจาระที่ถูกต้อง เนื้อหาอ้างอิงตามสถาบันมะเร็งแห่งชาติ¹¹

1.3 ชุดการตรวจอุจจาระ โดยทำการเก็บอุจจาระเพื่อเป็นข้อมูลของปีงบประมาณ 2567 ในเดือนกรกฎาคม 2567 ภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. ส่วนผู้ให้บริการ 34 คน คำถามเกี่ยวกับตำแหน่งแหล่งที่ทำงาน ประสบการณ์ทำงาน การผ่านการฝึกอบรม

แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

2. ส่วนประชาชนกลุ่มเสี่ยง สอบถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ที่อยู่ ระดับการศึกษา โดยเก็บข้อมูลจาก “แบบคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (colorectal cancer) ในกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปี โดยการเก็บอุจจาระเพื่อการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT Test)” ผู้วิจัยได้ออกแบบคัดกรองและผ่านการตรวจสอบโดยคณะกรรมการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ คปสอ. เมืองอุดรธานีร่วมกับคัลยแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี (clinical practice guideline) จากการประชุมครั้งที่ 2 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2567

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ศัลยกรรมเชี่ยวชาญเรื่องการดูแลรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1 ท่าน พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชนเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ในชุมชน 1 ท่าน ค่าความตรงตามเนื้อหา IOC เท่ากับ 0.67 – 1

ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาแนวทางการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยประยุกต์ใช้กับกระบวนการพยาบาล มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินปัญหา เจ้าหน้าที่ภายในและภายนอกประเมินปัญหาโดยวิเคราะห์อัตราป่วยและเสียชีวิตจากเวรระเบียบ วินิจฉัยระบุปัญหาหลักที่ส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงการตรวจคัดกรองพบปัญหาว่าขั้นตอนยุ่งยาก ระยะเวลาารอนาน มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และข้อจำกัดส่วนบุคคลและความกลัวและความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจคัดกรองวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 วางแผนการพยาบาล โดยการประชุมตัวแทนเครือข่ายในพื้นที่ 31 คน และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล 3 คน รวม 34 คน ในวันที่ 29 มกราคม 2567 เพื่อทบทวนข้อมูล อัตราการป่วยและการเสียชีวิตจากเวรระเบียบ พบว่าในปีงบประมาณ 2566 พื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.หม่ม่น มีประชาชนเข้ารับการตรวจ FIT test จำนวน 440 คน ผลเป็นบวก 59 คน แต่มีผู้เข้ารับการตรวจ Colonoscopy เพียง 11 คน (ร้อยละ 18.64) ซึ่งเป็นอัตราต่ำสุดเมื่อเทียบกับ รพ.สต.ทั้งหมด 31 แห่ง ที่ประชุมร่วมกันกำหนดเป้าหมาย

วางแผนดำเนินงานคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร่วมกับ เจ้าหน้าที่รพ.สต.หม่ม่น อสม.และผู้นำชุมชนตำบลหม่ม่น ได้ข้อมูลการใช้แนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง แบบคัดกรอง แผ่นพับ วิธีการตรวจอุจจาระด้วยวิธี FIT test และวิธีการในการประชาสัมพันธ์ จากแนวปฏิบัติเดิมมี 3 ขั้นตอน แนวปฏิบัติใหม่เป็นแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม หน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี ทบทวนความร่วมมือของเครือข่ายทั้งภายในโรงพยาบาลโดยเพิ่มช่องทางพิเศษในการชักประวัติ โดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจสำหรับผู้ทำ FIT test มีผลบวก โครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเมืองอุดรธานี ส่วนภายนอกโรงพยาบาลเครือข่ายมีส่วนร่วม อสม.ติดตามนัดเจาะเลือดที่ รพ.สต. โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.เจาะเลือด และนำส่งห้องปฏิบัติการตรวจเลือด(ห้องlabชั้น 2) เพื่อลดขั้นตอนการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลอุดรธานี โดยให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเจาะเลือดที่รพ.สต. ใกล้บ้าน เหลือขั้นตอนในการเดินทางมาโรงพยาบาลอุดรธานี 2 ขั้นตอน ซึ่งคาดว่าจะทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง (ภาพที่ 2)

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการพยาบาล ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2567 โดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.หม่ม่น และ อสม.ใช้แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test เครือข่ายปฐมภูมิโรงพยาบาลอุดรธานี อสม.สำรวจและค้นหากลุ่มเสี่ยง อายุ 50 – 70 ปี ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว หรือเสียงตามสายในชุมชน/กลุ่มไลน์หมู่บ้าน เจ้าหน้าที่แจกชุดตรวจ FIT test แผ่นพับให้กับ อสม. ที่ผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ อสม. สอนวิธีการเก็บตัวอย่างอุจจาระให้กลุ่มเสี่ยงและรวบรวมชุดตรวจส่งต่อไปยัง รพ.สต.

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ โดยดูจากร้อยละประชาชนเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (การตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ) ร้อยละประชาชนที่มีผลตรวจเป็นบวก (positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (colonoscopy) รวมถึงระยะเวลารอคอย นับจากผู้ป่วยทราบผล FIT test เป็นบวกจนได้รับการส่องกล้อง ก่อน-หลังดำเนินโครงการ

แนวปฏิบัติเดิม	แนวปฏิบัติใหม่	
โรงพยาบาลอุดรธานี	โรงพยาบาลอุดรธานี	เครือข่ายมีส่วนร่วม
ครั้งที่ 1 วันที่..... ลงทะเบียนตรวจโครงการ FIT test (รหัส 020 ห้องตรวจ) - ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต รอพยาบาลซักประวัติ - พยาบาลส่งเจาะเลือด เอ็กซเรย์/ตรวจคลื่นหัวใจ (ตามprotocolแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรม) เสร็จแล้วกลับบ้านไม่ต้องรอผลตรวจ ↓ ครั้งที่ 2 วันที่..... -ลงทะเบียนตรวจโครงการ FIT test (รหัส 020 ห้องตรวจ) -พบแพทย์ศัลยกรรม ส่งปรึกษาวินิจฉัยแพทย์ -ส่งรับคิวนัดตรวจ ที่ห้องผ่าตัดตึกเชี่ยวชาญชั้น 4 -ได้รับคำแนะนำการเตรียมลำไส้ -ได้รับยาระบายกลับบ้าน ↓ ครั้งที่ 3 วันที่.....(นัดส่องกล้อง) ลงทะเบียนที่ตึกเชี่ยวชาญชั้น 4 ห้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่ค้างคืน ระยะเวลาเฉลี่ย 156.73±9.36 วัน	ครั้งที่ 1 วันที่..... ลงทะเบียนตรวจโครงการ FIT test (รหัส 020 ห้องตรวจ) - ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต รอพยาบาลซักประวัติ พบแพทย์ศัลยกรรมเอ็กซเรย์/ตรวจคลื่นหัวใจ - ส่งปรึกษาวินิจฉัยแพทย์ - ส่งรับคิวนัดตรวจ ที่ห้องผ่าตัดตึกเชี่ยวชาญชั้น 4 - ได้รับคำแนะนำการเตรียมลำไส้ - ได้รับยาระบายกลับบ้าน ↓ ครั้งที่ 2 วันที่.....(นัดส่องกล้อง) ไปที่ตึกเชี่ยวชาญชั้น 4 ห้องผ่าตัดแบบวันเดียวกลับไม่ค้างคืน ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง	-ลงทะเบียนรับการเจาะเลือดที่รพ.สต. ใกล้บ้าน CBC,BUN,Cr,Electrolyte วันศุกร์และจณท.รพ.สต.นำส่งห้อง lab ชั้น 2 ตึกอำนวยการ โรงพยาบาลอุดรธานี (Electrolyte ต้องส่งภายใน 2 ชม.หลังเจาะเลือด) -จณท.รพ.สต. นำสำเนาทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ลงทะเบียนที่ห้องบัตรชั้น 2 ส่งทุกวันศุกร์ - จณท.รพ.สต. นำสำเนาทะเบียนกลุ่มเสี่ยง นำส่งพร้อมเลือดที่ห้องปฏิบัติการตรวจเลือก (ห้อง Lab ชั้น 2)

ภาพที่ 2 แสดงแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ) และข้อมูลประชาชนที่มีผล FIT test positive ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (colonoscopy) ใช้สถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ

2. เปรียบเทียบก่อน-หลัง การใช้แนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Chi-square หาค่าความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างตัวแปรที่ศึกษา และ independent T-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรธานี UDH REC No.124/2567

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการประเมินผลการดำเนินการตามแนวปฏิบัติการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ข้อมูลทั่วไปพบว่า 1) ประชากรเครือข่าย 34 คน มีประสบการณ์ทำงานที่รับผิดชอบงานมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 51.60 เคยได้รับการฝึกอบรมแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 51.61 2) อาสาสมัครกลุ่มเสี่ยงจำนวน 470 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 มีอายุระหว่าง 50 - 60 ปี (ร้อยละ 59.57) อาศัยอยู่ในเขต อบต. ร้อยละ 61.49 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.96 อาสาสมัครเข้าร่วมการตรวจทุกคน (ร้อยละ 100) โดยพบว่า มีผู้มีผลตรวจเป็นบวก (FIT test positive) 28 คน (ร้อยละ 5.96) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง (N=470)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
1. ข้อมูลทั่วไป	
เพศ	
- ชาย	188 (40.00)
- หญิง	282 (60.00)
อายุ (ปี)	
- 50 - 60 ปี	280 (59.57)
- 61 - 70 ปี	190 (40.43)
ที่อยู่	
- ในเขตเทศบาล	181 (38.51)
- ในเขต อบต.	289 (61.49)
ระดับการศึกษา	
- ประถมศึกษา	263 (55.96)
- มัธยมศึกษาตอนต้นหรือตอนปลาย	116 (24.69)
- ปวช.	16 (3.40)
- ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	35 (7.44)
- ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	40 (8.51)
2. ข้อมูลการตรวจคัดกรอง	
เข้าร่วมตรวจ FIT test	470 (100.0)
ผลการตรวจ	
- ผลตรวจเป็นบวก	28 (5.96)
- ผลตรวจเป็นลบ	442 (94.04)

ประชาชนที่มีผลการตรวจ FIT test positive ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (colonoscopy) หลังปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ พบว่าจำนวนผู้ที่มีผล FIT test positive 28 คน ได้รับการส่องกล้อง 14 คน (ร้อยละ 50.00) เพิ่มขึ้นจากแนวปฏิบัติเดิม (ปีงบประมาณ 2566) ร้อยละ 18.64 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) หลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติใหม่ ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยลดลงจากเดิม 156.73 ± 9.36 วันเหลือ 107.64 ± 8.76 วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบร้อยละ การได้รับการส่องกล้อง (colonoscopy) ในกลุ่มที่ FIT test เป็นบวกและระยะเวลารอคอย ก่อนและหลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติ

ข้อมูลการคัดกรอง FIT test	แนวปฏิบัติเดิม ปีงบประมาณ 2566 (n=59)	หลังทำแนวปฏิบัติใหม่ ปีงบประมาณ 2567 (n=28)	p value
- ได้รับการตรวจ FIT test, n (%)	440 (100%)	470 (100%)	-
- ผู้มี FIT test ผลบวก ที่ได้รับการส่องกล้อง, n (%)	11 (18.64)	14 (50.00)	0.003
- ระยะเวลาเฉลี่ยนับจากแจ้งผลตรวจเป็นผลบวกถึง ส่องกล้อง, mean $\pm$ SD	156.73 ± 9.36	107.64 ± 8.76	< 0.001

อภิปรายผลการศึกษา

จากการประชุมสร้างแนวปฏิบัติใหม่เมื่อเดือนมกราคม 2567 ประกาศใช้เมื่อเดือนพฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยประเมินผลปฏิบัติในช่วงเดือนกรกฎาคม 2567 ผลการปฏิบัติพบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยง 470 คน เข้าถึงการตรวจ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ได้ร้อยละ 100 เช่นเดียวกับข้อมูลปีงบประมาณ 2566⁸ การศึกษานี้พบ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีผล FIT test positive จำนวน 28 คน (ร้อยละ 5.96) ในจำนวนนี้เข้าถึงการส่องกล้อง (colonoscopy) ร้อยละ 50.0 อธิบายว่าสัดส่วนการเข้ารับการส่องกล้องที่มากขึ้นเกิดจากการพัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองร่วมกับเครือข่ายมีส่วนร่วมโดยภายในโรงพยาบาลทำการนัดหมาย นัดตรวจส่องกล้อง เพิ่มช่องทางพิเศษในการซักประวัติ โดยใช้แบบฟอร์มใบนัดตรวจโครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อำเภอเมืองอุดรธานี ส่วนภายนอกโรงพยาบาลเครือข่ายมีส่วนร่วมเพิ่มการประชาสัมพันธ์ อสม.ติดตามนัดเจาะเลือดที่รพ.สต. เจ้าหน้าที่รพ.สต.เจาะเลือด และนำส่งห้องlab ชั้น 2 เป็นการตัดขั้นตอนการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลอุดรธานี ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเจาะเลือดที่รพ.สต. ใกล้บ้าน จึงทำให้ลดเหลือ 2 ขั้นตอนในการเดินทางมาโรงพยาบาลอุดรธานีสะดวกขึ้น ลดเวลา ลดภาระค่าใช้จ่ายและความยุ่งยากซับซ้อนการเข้าถึงบริการ จากแนวปฏิบัติเดิม ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 156.73±9.36 วัน ส่วนแนวปฏิบัติใหม่ระยะเวลาเฉลี่ยลดลงเหลือ 107.64±8.76วัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของน้ำลิน เทียมแก้ว ที่ศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการ และศึกษาปัญหา ข้อเสนอแนะของผู้ใช้บริการที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ 5 ด้าน ในผู้ใช้บริการสำนักวิทยบริการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม พบว่า ขั้นตอนกระบวนการให้บริการ ผู้ใช้บริการ มีความพึงพอใจต่อความสะดวกรวดเร็วในการติดต่อขอใช้บริการ และขั้นตอนการให้บริการ ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเข้าใจง่าย¹²

การวิจัยนี้อาสาสมัครเข้ารับการตรวจคัดกรอง FIT test ทุกคน พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 64.29 ซึ่งสอดคล้องกับกรรมพร กันยามา และคณะ ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีโอกาสเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาชั้นประถมศึกษา โดยมีโอกาสตรวจน้อยกว่าถึง 0.18 เท่า¹³ หลังดำเนินการตามแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พบว่าสัดส่วนการส่องกล้อง Colonos-

copy ในโรงพยาบาลอุดรธานี ของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มี FIT test ผลบวกเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50.00 ในปีงบประมาณ 2567 มากกว่าค่าเฉลี่ยของเขตสุขภาพที่ 8 (ร้อยละ 48.77) แต่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 63.55) หนองบัว ลำภู (ร้อยละ 73.24) และบึงกาฬ (ร้อยละ 70.57)¹⁴ ซึ่งผู้วิจัยและคณะทำงานจะต้องพัฒนาต่อไป

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่ายมีส่วนร่วม ทำให้อาสาสมัครเข้ารับการตรวจ FIT test ทุกคน การปรับแนวปฏิบัติในผู้ป่วย FIT test ผิดปกติ โดยจัดระบบบริการเจาะเลือดในชุมชน ลดขั้นตอนในส่วนของโรงพยาบาลเหลือ 2 ขั้นตอน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนได้รับประโยชน์จากการเข้าถึงบริการได้สะดวกขึ้นเนื่องจากมีจุดบริการใกล้บ้าน ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดเวลาในการเดินทางไปโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย นับจากทราบผล FIT test จนได้รับการส่องกล้องได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่และอสม.ในพื้นที่ การนำผลวิจัยไปใช้จะช่วยพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ทีมสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอเมือง และโรงพยาบาลอื่นๆ สามารถนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้เพื่อลดความแออัดของผู้รับบริการในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ผู้บริหารสาธารณสุขระดับจังหวัด สามารถนำแนวทางนี้ไปขยายผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ ในจังหวัด สามารถพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายโดยใช้เทคโนโลยี เพื่อเสริมสร้างการรับรู้และการเข้าถึงบริการ มุ่งเน้นที่การเพิ่มขีดความสามารถของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ นายแพทย์ศราวุธ ลอมศรี นายแพทย์ชำนาญการ นางจิราพร ศรีบุรพา พยาบาล วิชาชีพชำนาญการพิเศษ นางอุไรลักษณ์ หมดคง พยาบาล วิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอุดรธานี ทีมงานสำนักงาน สาธารณสุข อำเภอเมืองอุดรธานี เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน การพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลอุดรธานี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหม่มม่น เจ้าหน้าที่ และอสม.ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหม่มม่น ทุกท่าน ที่ช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณ กลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Colorectal cancer. [internet]. (date access 9 Nov 2024). Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. ทะเบียนมะเร็ง ระดับโรงพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/cancer_record/cancer_rec1.html
3. สุพจน์ พงศ์ประสพชัย, ทวีศักดิ์ แทนวันดี, สถาพร มานัสสถิตย์, บรรณาธิการ. Clinical Practice in Gastroenterology. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร; 2557.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. สปสช.ร่วมรณรงค์ 'วันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ' สิทธิประโยชน์บัตรทอง "คัดกรอง 4 โรคมะเร็ง" [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/3840>
5. อัญชลี สามงามมี, ถาวรรัฐ เรือนโรจน์รุ่ง, พชยา โพธิ์ทอง, รัชนิวรรณ จันทรสว่าง, วริศรา จับไหว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชนในจังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.lpch.go.th/km/uploads/20230530_111314113481.pdf

6. ปณณวัฒน์ ไม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรฐานยืนยัน มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145284>

7. โรงพยาบาลอุดรธานี. สรุปรายงานข้อมูลอัตราป่วย และเสียชีวิตจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงปี 2563 -2565. อุดรธานี: กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2565.

8. โรงพยาบาลอุดรธานี. สรุปรายงานข้อมูลผู้รับบริการ ผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม ปี 2563-2566. อุดรธานี: กลุ่มงาน ผู้ป่วยนอก ศัลยกรรม, ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ โรงพยาบาลอุดรธานี; 2566.

9. ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง General System Theory. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; [ปีที่พิมพ์ไม่ปรากฏ].

10. เชษฐา งามจรส. การคำนวณขนาดตัวอย่าง สำหรับงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.

11. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update_66

12. นวลิน เทียมแก้ว. การศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการสำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีการศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://library.msu.ac.th/msugreenlibrary/file/group-5/5.2-7%20รายงานการศึกษาความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ.pdf>

13. กรรณพร กันยามา, สุพจน์ คำสะอาด, วิลพงษ์ พรหมน้อย. ปัจจัยเสริมฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งระยะแรกจังหวัดอุบลราชธานี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/12755>

14. โรงพยาบาลสกลนคร เขตสุขภาพที่ 8. สรุปผลการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อขับเคลื่อนนโยบายมะเร็งครบวงจร(Cancer Warrior) มุ่งเน้น 5 โรค เขตสุขภาพที่ 8. วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2567. ห้องประชุม โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. 2567