



การพัฒนารูปแบบการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี

วศิน โภธิพฤษ์

ยุวดี อำพิน

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถรักษาได้หากมีการตรวจพบในระยะเริ่มแรก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่จะส่งผลต่อการลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก ศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชันจึงได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 - สิงหาคม 2550 กลุ่มเป้าหมายได้แก่สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่หมู่ 1, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 ตำบลตลิ่งชัน อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี การดำเนินงานวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC), ขั้นตอนการและขั้นตอนประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา และข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพประกอบไปด้วย การทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและชุมชน การจำแนกประเภทสตรีกลุ่มเป้าหมายตามระดับความยากง่ายของการตัดสินใจในการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบที่ดี (Good Role Model) การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการติดตามเยี่ยมบ้าน หลังสิ้นสุดการวิจัยพบว่าจากสตรีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 107 คน มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 106 คน คิดเป็นร้อยละ 99 (วารสารโรคมะเร็ง 2551;28:4-12.)

Abstract

The Development of Cervical Cancer Screening Model in Talukdoo Community Medical Unit, Uthaithani Provinceby **Wasin Potipruk, Yuwadee Umpin**

Talukdoo Community Medical Unit, Uthaithani Province, 61120

Cervical cancer is a curable disease which can be detected at an early stage. It is important to promote cervical cancer screening in high risk women, even though data of screening services in Talukdoo Community Medical Unit can not reach the goal to decrease the morbidity and mortality rate of cervical cancer. This action research was initiated in order to develop the cervical cancer screening model. It was set up for 9 months from December 2006 to August 2007. The target groups were high risk women aged 35, 40, 45, 50, 55, 60 years old and lived in village 1, 3, 4, 6, 7, 8 and 9 of Talukdoo, Thapthan District, Uthaithani. The process of this study consisted of 3 steps: 1) conducting group meeting to identify screening problems applying Appreciation Influence Control technique (AIC), 2) developing cervical cancer screening model, and 3) evaluation. Qualitative data were analyzed by using data description and quantitative data were analyzed with descriptive statistics.

The result suggested that the model of effective cervical cancer screening was composed of the cooperation of multidisciplinary health care providers, coordination of health team and community, classification of target group levels and utilizing different techniques to invite them for cervical cancer screening services, role model learning, facilitation of service accessibility and home visit. At the end of this study, there were 106 from 107 women (99%) participated in cervical cancer screening services. (*Thai Cancer J 2008;28:4-12.*)

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งในหญิงไทยมากเป็นอันดับหนึ่ง และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีโดยมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 6,300 ราย พบมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 45-50 ปี¹ จากรายงานของสำนักวิจัยมะเร็งนานาชาติ ปี 2544 พบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย คิดเป็นร้อยละ 51 ของผู้ป่วยรายใหม่ทั้งหมด² ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์ในระยะเซลล์มะเร็งลุกลาม ซึ่งโอกาสในการรักษาหายมีน้อยมาก ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 5 ปีหลังตรวจพบ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเป็นวิธีการหนึ่งที่สามารถช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้

กรมการแพทย์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงได้วางแผนงานในการลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นโดยการกำหนดให้หน่วย

บริการสาธารณสุขมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยอายุ 35 ปีถึง 60 ปี ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 80 ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี อย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี แต่พบว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังคงต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการสำรวจข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานีในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547-2549 พบว่ามีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้เพียงร้อยละ 44.8, 53.8 และ 64 ตามลำดับ (รายงาน Healthy Thailand ศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ ปีพ.ศ. 2547-2549) ซึ่งการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา มีลักษณะเป็นเชิงตั้งรับในสถานบริการ

จากปัญหาดังกล่าว ศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ในงานวิจัยต่าง ๆ³⁻⁵ ที่พบว่า การนำชุมชนเข้ามา มีบทบาทในงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะทำให้ทราบถึงข้อเท็จจริง สาเหตุของปัญหา และความต้องการของชุมชนซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดำเนินสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างได้แก่สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี จำนวน 107 คน ที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ได้แก่ หมู่ 1, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 ตำบลตลุกคู่ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานี ระยะเวลาในการศึกษา 9 เดือน ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 – เดือนสิงหาคม 2550 การศึกษาวิจัยประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอนได้แก่ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหา ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล โดยในแต่ละขั้นตอนมีการดำเนินกิจกรรมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ และสาเหตุของปัญหา ประกอบด้วย

1. รวบรวมหลักฐานของสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการสืบค้นข้อมูลจากทะเบียนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ย้อนหลัง 3 ปี และศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถิติการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกในภาพรวมของประเทศรวมทั้งนโยบายและทิศทางการดำเนินงานเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

3. ประเมินสาเหตุของปัญหาและรวบรวมข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

3.1 เข้าร่วมประชุมหมู่บ้านตามปฏิทินชุมชน โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วม

อย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC)⁷ ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนของสมาชิกในแต่ละครอบครัว เพื่อให้ชุมชนได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาและข้อเสนอแนะในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2 จัดประชุมทีมสุขภาพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ 1, 3, 4, 6, 7, 8 และ 9 ตำบลตลุกคู่ อำเภอทัพทัน จังหวัดอุทัยธานีโดยประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC)⁷ เพื่อหาแนวทางร่วมกันในการดำเนินการแก้ไขปัญหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินการ ประกอบด้วย

1. พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาจัดทำเป็นแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งจัดทำบัตรเชิญตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสื่อคอมพิวเตอร์ประกอบการสอนเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

2. จัดประชุมทีมสุขภาพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่เคยผ่านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้วซึ่งจะเป็นตัวแบบที่ดี (Good Role Model) เพื่อชี้แจงกลวิธีในดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตลอดจนบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงาน รวมทั้งประเมินสื่อการสอนโดยให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แสดงความคิดเห็นเพื่อนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสมต่อไป

3. ทดลองใช้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้มาจากผลสรุปร่วมกันแล้วนำมาประเมินผลและปรับปรุงเป็นระยะ ๆ จนบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นประเมินผล

1. จัดประชุมทีมสุขภาพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแบบที่ดี (Good Role Model) เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

2. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบ

สำรวจความต้องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบ บันทึกข้อมูลการประชุมหมู่บ้าน แบบบันทึกการประชุม ศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ แบบบันทึกการประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขทะเบียนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา และ ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา

จากการเข้าร่วมประชุมหมู่บ้านซึ่งผู้เข้าร่วมประชุม ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนของสมาชิกในแต่ละครอบครัว และการจัดประชุมเพื่อระดมความคิดเห็นในทีมสุขภาพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแทนของชาวบ้านซึ่งเป็นตัวแบบที่ดี (Good Role Model) ทำให้สามารถสรุปประเด็นของสาเหตุที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ดังนี้คือ ความอยากรขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรคมะเร็งปากมดลูก ทักคนคิดและความเชื่อที่มีต่อความเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องของเวรกรรม ความไม่สะดวกมารับบริการ ความวิตกกังวลกลัวว่าจะตรวจพบความผิดปกติที่ไม่สามารถรักษาได้ ข้อจำกัดของเวลาในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจากสถานบริการ

ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ การจำแนกกลุ่มของผู้รับบริการ และพัฒนาระบบบริการเพื่อสร้างความไว้วางใจและเอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ซึ่งการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพโดยมีการพัฒนาแก้ไขดังนี้

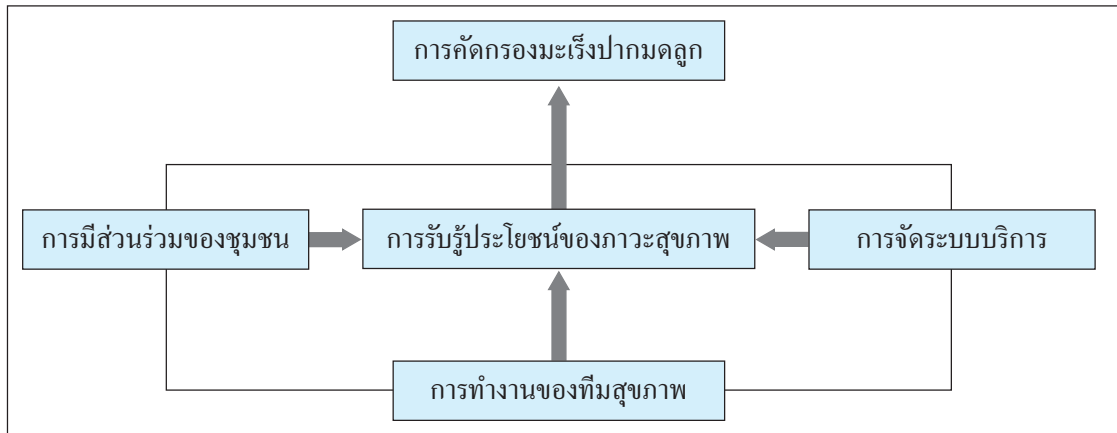
วงจรที่ 1 แจกบัตรเชิญให้สตรีกลุ่มเป้าหมายพร้อมทั้งแจ้งวันและเวลาในการให้บริการ โดยจัดให้มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกวันยกเว้นวันหยุดราชการตั้งแต่เวลา 08.30-16.30น. และในกรณีที่ไม่มีสะดวกมารับบริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนจะมีเจ้าหน้าที่

ไปให้บริการที่บ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการ ในด้านการรณรงค์ประชาสัมพันธ์มีการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ประกอบการสอนในการให้ความรู้แก่ประชาชน จากผลการดำเนินงาน มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 52.3

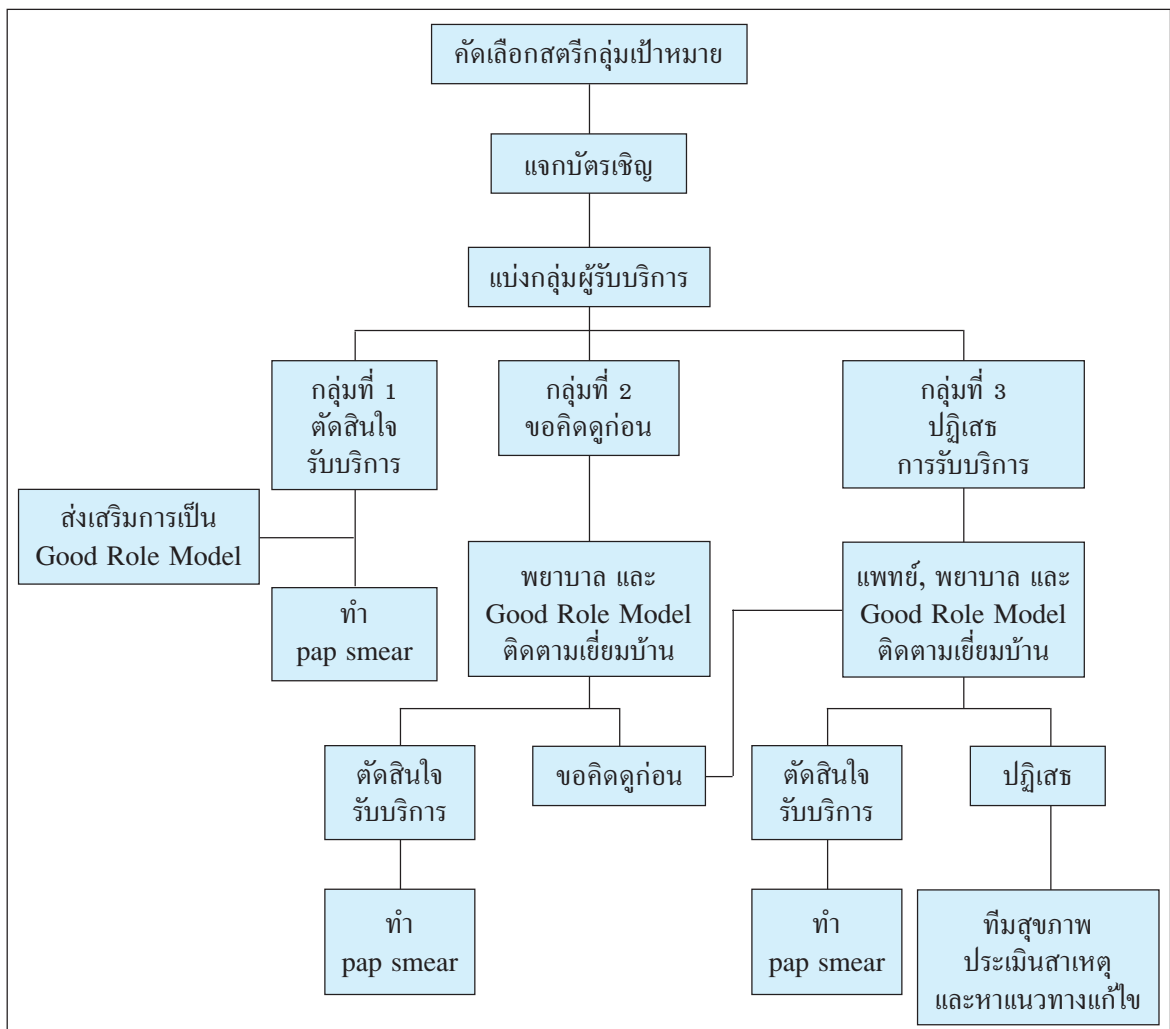
วงจรที่ 2 จากผลการดำเนินงานในวงจรที่ 1 ได้มีการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกโดยมีการจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามระดับความยากง่ายของการตัดสินใจมารับบริการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประเมินจากการติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุกคู่และอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากนี้ยังมีการจัดทำบัตรสถิติที่เพิ่มครอบครัว (Family Folder) เพื่อเป็นสัญลักษณ์สำหรับทีมสุขภาพได้แจ้งให้สตรีกลุ่มเป้าหมายรวมถึงสมาชิก ครอบครัวที่มารับบริการด้านสุขภาพที่ศูนย์แพทย์ชุมชนทราบถึงกิจกรรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากผลการดำเนินงานในระยະนี้ มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 18.7

วงจรที่ 3 มีการเพิ่มกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรอง โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และอาสาสมัครซึ่งเป็นตัวแบบที่ดี (Good Role Model) ร่วมกับการส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานระยะนี้มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 28

จากการศึกษาวิจัยทำให้ได้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังแสดงในรูปที่ 1 และมีขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในรูปที่ 2 โดยมีกระบวนการดำเนินงานแตกต่างจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรูปแบบเดิม ดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 106 คน จากจำนวนเป้าหมายทั้งหมด 107 คน คิดเป็นร้อยละ 99 ในจำนวนนี้พบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรก 1 รายและได้รับการ



รูปที่ 1 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



รูปที่ 2 ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่

กิจกรรม	การคัดกรองรูปแบบเดิม	การคัดกรองรูปแบบใหม่
การประชาสัมพันธ์และรณรงค์	- โดยการแจ้งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข - เน้นเฉพาะตัวบุคคลที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย	- ประชุมหมู่บ้าน - แจกบัตรเชิญโดยทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุข - ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม
การจำแนกประเภทของกลุ่มเป้าหมายตามระดับความยากง่ายของการตัดสินใจรับบริการ	ไม่มี	จำแนกประเภทกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ตัดสินใจมารับบริการ กลุ่มที่ 2 ขอบคิวดูก่อน กลุ่มที่ 3 ปฏิเสธการตรวจคัดกรอง
การให้ความรู้	ให้ความรู้รายกลุ่มที่สถานบริการโดยไม่ใช้สื่อ	- ให้ความรู้รายกลุ่มและรายเดี่ยว - ประเมินความรู้ทัศนคติและความเชื่อก่อนให้ความรู้ - ใช้สื่อคอมพิวเตอร์ประกอบการสอน - ให้ความรู้ทั้งในสถานบริการและที่บ้านตามประเภทของผู้รับบริการ
เวลาในการให้บริการ	กำหนดวันให้บริการเฉพาะในช่วงของการรณรงค์	ให้บริการทุกวันยกเว้นวันหยุดราชการ
สถานที่การตรวจคัดกรอง	ศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชัน	- ศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชันและที่บ้านของผู้รับบริการ
ผู้ให้บริการ	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชัน	ผู้รับบริการสามารถระบุเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตามความประสงค์
การติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มารับบริการ	ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ดำเนินการโดยทีมสุขภาพที่เป็นสหวิชาชีพ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แยกรายปี

ปี พ.ศ.	จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้รับบริการ	ร้อยละ
2547	107	48	44.8
2548	104	56	53.8
2549	100	64	64
2550*	107	106	99

*ปีพ.ศ.ที่ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น

ส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม เมื่อเปรียบเทียบผลที่ได้จากการคัดกรองในครั้งนี้กับผลที่ได้จากการคัดกรองรูปแบบเดิมในปี พ.ศ. 2547-2549 พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มจำนวนขึ้น ดังรายละเอียดที่แสดงไว้ในตารางที่ 2

การวิจัยครั้งนี้มีสตรีกลุ่มเป้าหมาย 1 ราย ที่ปฏิเสธการคัดกรอง ทีมสุขภาพไม่สามารถดำเนินงานตามกระบวนการที่กำหนดไว้เนื่องจากสตรีกลุ่มเป้าหมายรายนี้ไปทำงานต่างอำเภอซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานตามกระบวนการ

วิจารณ์

การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเริ่มต้นโดยการวิเคราะห์สถานการณ์และสาเหตุของปัญหาจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (Stakeholder) ได้แก่ ตัวแทนของสมาชิกในแต่ละครอบครัว ซึ่งบางคนเป็นผู้ที่เคยผ่านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว จึงทำให้ทราบถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาซึ่งสามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนและหากวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงาน ในขั้นตอนนี้พบว่าเทคนิคการประชมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control: AIC) ช่วยให้ขั้นตอนนี้ได้แนวคิดที่หลากหลายและได้รูปแบบของการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และวัฒนธรรมของชุมชน

ในขั้นตอนของการดำเนินงานได้มีการติดตามผลและสะท้อนข้อมูลกลับมายังผู้วิจัยซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน 3 วงจร และสามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายได้ 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ตัดสินใจรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทันทีที่ได้รับบัตรเชิญซึ่งกลุ่มนี้เป็นผู้ที่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว จึงทำให้ง่ายต่อการตัดสินใจมารับบริการ และทีมสุขภาพก็ไม่ต้องใช้กลวิธีอื่นใด นอกจากการประชาสัมพันธ์และการอำนวยความสะดวกในเรื่องของเวลาที่ให้บริการ

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจรับบริการ โดยขอคิดดูก่อนว่าจะไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หรือไม่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มนี้ยังไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งมีสาเหตุจากความอายขาดความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจ เช่น มีความเข้าใจว่าต้องใช้เวลาตรวจนาน กลัวเจ็บ และกลัวว่าถ้าตรวจพบความผิดปกติจะไม่สามารถรักษาได้ นอกจากนี้ บางคนไม่มีเวลาที่จะไปรับบริการ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การให้ความรู้ที่บ้านโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์เชิญให้ไปดูสถานการณ์จริงในวันที่มีผู้มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและเลือกสถานที่ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ในกลุ่มนี้ทีมสุขภาพใช้กลวิธีติดตามอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการใช้แรงจูงใจ

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มที่ปฏิเสธการตรวจคัดกรองจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามีความวิตกกังวล ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคล้ายกับกลุ่มที่ 2 และมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของเวรกรรมในกลุ่มนี้ได้ใช้กลวิธีการติดตามอย่างต่อเนื่องโดยมีทีมสุขภาพที่เป็นสหวิชาชีพได้แก่แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมได้แก่ตัวแบบที่ดี (Good Role Model) เพื่อนบ้านและสมาชิกครอบครัว ในขั้นตอนนี้แพทย์จะเป็นแกนหลักสำคัญในการให้ข้อมูลแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายและมีทีมงานเป็นผู้สนับสนุนและให้กำลังใจในการดำเนินงาน ขั้นตอนนี้พบว่าประเด็นหลักที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือการเกิดความไว้วางใจ (trust) ต่อทีมสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนจากสมาชิกครอบครัวและเพื่อนบ้าน

จากการดำเนินงานทั้ง 3 วงจร ทำให้ได้ข้อสรุปของการจำแนกสตรีกลุ่มเป้าหมายซึ่งแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม แต่ละกลุ่มมีกลวิธีการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ตัดสินใจมารับบริการ ใช้กลวิธีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน กลุ่มที่ 2 ขอคิดดูก่อน ใช้กลวิธีติดตามอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และการใช้แรงจูงใจ โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นแกนหลักในการดำเนินงาน กลุ่มที่ 3 ปฏิเสธการตรวจคัดกรองใช้กลวิธีติดตามอย่าง

ต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างศรัทธาและความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ การใช้แรงจูงใจ และแรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน โดยมีแพทย์เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน

ในขั้นตอนของการประเมินผลมีการประชุมทีมสุขภาพประจำศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ อาสาสมัครสาธารณสุขและตัวแบบที่ดี (Good Role Model) เพื่อสรุปผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลลัพธ์ของการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่ามีสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 99 ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2547-2549 สะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านการปรับเปลี่ยนและพัฒนาเป็นระยะ ๆ โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่ การให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้รับบริการ, แรงสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน, การใช้ตัวแบบที่ดี (Good Role Model), การจัดบริการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว, สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ, การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและชุมชนและประเด็นที่สำคัญคือความร่วมมือร่วมใจของทีมสุขภาพที่เป็นสหวิชาชีพ

ในด้านการทำงานร่วมกับชุมชน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้ชุมชนได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระโดยไม่ชี้นำหรือปิดกั้นความคิดเห็นซึ่งจะทำให้ค้นพบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ^๑

สรุป

การพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมระหว่างสหวิชาชีพ การนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนเพื่อให้ชุมชน

เกิดศรัทธาภาพและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ การพัฒนาในขั้นต่อไปคือการขยายผลเพื่อนำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรเกียรติ์ อาชานานู ภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทวัน สุวรรณรูป ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, อาจารย์ มณฑล ทองนิตย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ได้กรุณาให้คำปรึกษาการศึกษาวิจัยครั้งนี้ นายแพทย์ปรารถนา ประสงค์ดี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทัพทัน, นางจรินทร์โพธิพิฤกษ์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลทัพทัน, นายชาเวท วราหะ หัวหน้าศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่ ได้สนับสนุนการทํางานวิจัย, ทีมสุขภาพศูนย์แพทย์ชุมชนตลุดู่, ผู้นำชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุข, สมาชิกครอบครัวของผู้รับบริการ ตลอดจนผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานและอำนวยความสะดวก ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธีรวิภา คุหะเปรมะ. สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. ใน: ธีรวิภา คุหะเปรมะ, เทวินทร์ โกสิยะตระกูล, นวลพรรณ อนันต์วัฒนวงศ์ (บรรณาธิการ). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap Smear. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามออฟเซ็ท จำกัด; 2548. หน้า 4.
2. สำนักงานสารสนเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข [online]. 2007 [cited 2007 Dec 17]; Available from: URL: http://www.moph.go.th/ops/iprg/iprg_new/include/admin_hotnew/show_hotn.
3. พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสาธารณสุข กรณีศึกษาและบทเรียน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2541.

4. ฉัตรวิทย์ องค์กรสิงห์. การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอบรบือ จังหวัดนครราชสีมา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2549.
5. วรรณดี จันทร์ศิริ. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนภายใต้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า [serial online] 2545 [cited 2007 Dec 14]; Available from: URL: <http://race.nstru.ac.th/home/weblog/member/asisan/document>.
6. ศิริพร จิรวัดเนกุล. การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศรีทัศน์ ออฟเซ็ท; 2546. หน้า 134-37.
7. วีระ นิยมวัน. การประชุมปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์. [serial online] [cited 2007 Dec 14]; Available from: URL: http://advisor.anamai.moph.go.th/tamra_AIC_conference.html.
8. พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, พิทยา จารุพูนผล. เทคนิคการทำงานร่วมกับชุมชน. ใน: สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์ (บรรณาธิการ). เทคนิคการทำงานอนามัยครอบครัวในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปกจำกัด; 2547. หน้า 1-7.
9. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้. รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ.[online]. 2543 [cited 2007 Dec 14]; 14 (13); Available from: URL: <http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/text/part.html>.