

ระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพใน
โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

(The Effective Follow up System for Patients with Abnormal Cervical Cancer Screening at
Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province)

พิชณู รักสกุลกานต์ พ.บ. , ส.ม.

Phitsanu Ruksakulkarn, M.D., M. PH.

ชุตินา ชัยมณี พย.บ.

Chutima Chaimanee B.sc. (Nursing)

กานต์ธิดา เวฬุสาโรจน์ พ.บ. ว.ว. สตรีศาสตร์มหาวิทยาลัย

Kantida Verusarote M.D., Cert. Prof.(OB-GYN)

โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Sanpatong Hospital, Chiang Mai Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลขั้นตอนวิธีการและการจัดทำระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ โดยการเก็บข้อมูลจากคลินิกเอกชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอสันป่าตอง ในระหว่างเดือนมกราคม 2547 ถึง เดือนธันวาคม 2551 ประชากรคือ กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 568 คน การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา 2) การดำเนินการ และ 3) การประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา ผู้ที่ไม่กลับมาติดตามการรักษาได้รับการติดตามเพื่อสัมภาษณ์ทุกราย และจำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ I) กลุ่มที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติที่ไม่กลับมาพบแพทย์เพื่อรับการรักษา 67 คน (ร้อยละ 11.8) พบว่าเกิดจากสาเหตุ ดังนี้ 1) ไม่เคยได้รับการติดตาม ร้อยละ 37.3 2) เคยได้รับการติดตามแต่ไม่กลับมาพบแพทย์เพื่อรักษา เนื่องจากไม่เข้าใจข้อมูลของการติดตาม ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือ ยังไม่ว่าง, คิดว่าไม่เป็นอะไร และมีเหตุผลอื่นๆ ร้อยละ 28.6, 21.4 และ 16.7 ตามลำดับ สำหรับความผิดปกติที่พบในกลุ่มนี้สูงสุดคือ ให้ผลทางเซลล์วิทยาในกลุ่ม ASC-US, LSIL, HSIL, ASC-H และ AGUS ร้อยละ 58.2, 20.9, 13.4, 4.5 และ 3.0 ตามลำดับ ในกลุ่มนี้เมื่อติดตามผู้ป่วยมาตรวจ พบผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ร้อยละ 40.3 และมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 7.5 และ II) กลุ่มที่พบรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกหลังการรักษาแล้วไม่กลับมาติดตามผล 111 คน (ร้อยละ 19.5) จำแนกตามสาเหตุดังนี้ 1) กลับมาตรวจติดตามผลการรักษาไม่ครบตามคำแนะนำ ร้อยละ 8.1 2) ไม่เคยได้รับการนัด ร้อยละ 19.8 และ 3) เคยได้รับการนัดให้มาตรวจติดตามผลแต่ไม่มาตรวจตามนัด ร้อยละ 72.1 โดยมีเหตุผลดังนี้ คือ ไปรักษาที่อื่น ร้อยละ 48.8 รองลงมาคิดว่ารักษาหายแล้ว ยังไม่ว่าง และ เหตุผลอื่นๆ สำหรับกลุ่มนี้ เมื่อติดตามมาตรวจ พบผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรก ร้อยละ 21.6 และมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 1.8 อย่างไรก็ตามหลังการให้ความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วย ร่วมกับการพัฒนาระบบการติดตามให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เมื่อ สิ้นสุดการวิจัย พบว่า อัตราการกลับมา ติดตามการรักษาเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100

เสนอแนะ การพัฒนาระบบการติดตามและการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถลดอัตราการไม่กลับมาติดตามการรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพของระบบการติดตามมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This descriptive study and action research was to find the incidence and the reasons of loss follow up among abnormal cervical cancer screening cases and cervical cancer case treatment program. Methods: Reviewing medical records of 568 abnormal cervical cancer screening cases from private clinic, Health care center and Sanpatong Hospital during January 2004 - December 2008. The process of this study consisted of 3 steps: 1) conducting group meeting to identify problems. 2) developing cervical cancer screening model, and 3) Evaluation. Qualitative data was analyzed by using data description and quantitative data was analyzed with descriptive statistics.

Findings: Cases who didn't come back to follow up were interviewed and separated in 2 groups. **I.)** 67 cases (11.8 %) who had abnormal pap smear but didn't come back to get treatment. The reasons were 1) 37.3 % didn't get any contact. 2) 33.3 % got contact but didn't understand the information. 3) 28.6%, 21.4 % and 16.7 % didn't have time, feeling well and other reasons, respectively. These abnormal cell cytology were classified as ASC-US (58.2%), LSIL (20.9%), HSIL (13.4%), ASC-H (4.5%), and AGUS (3.0%), respectively. After repeating examination among these groups, 40.3 % were found to be early cervical cancer and 7.5% were found to be invasive cervical cancer. **II.)** 111 cases (19.5 %) who didn't come back to follow up after getting treatment, comprised of 1) 8.1 % of them didn't complete the treatment. 2) 19.8 % of them didn't get any appointment after treatment. 3) 72.1 % of them got the appointment but didn't come by reasons of, going to other clinics (48.7 %), feeling well, didn't have time and other reasons. Among these groups after repeating examination, 21.6 % of them were diagnosis as early cervical cancer while 1.8 % of them were invasive cervical cancer. After informing health care providers, patients together with improving the system, the follow up rate became to be 100 % at the end of the study. Recommendation: There should be the process that after cervical screening, all clients will get information of how important to comeback to get the result and treatment.

Keywords: Effective Follow up System, Cervical cancer, Screening cervical cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลกรองมาจากมะเร็งเต้านม¹ สำหรับ

ประเทศไทยพบอุบัติการณ์สูงสุดที่จังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 29.4 ต่อประชากรสตรี แสนคนต่อปี² การเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกปกติ จนกระทั่งเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ

ดูกลามเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ใช้เวลา 5-10 ปี ดังนั้นจะเห็นว่ามียุคอย่างมากในการวินิจฉัยให้ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก จะช่วยป้องกันไม่ให้สตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะดูกลาม³ ซึ่งรอยโรคก่อนกลายเป็นมะเร็งระยะดูกลามนั้นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มรอยโรคขั้นต่ำ (Low-grade SIL) และกลุ่มรอยโรคขั้นสูง (high-grade SIL)⁴ ทางเลือกสำหรับการรักษาผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็ง คือ 1) การเฝ้าติดตามสังเกตเป็นระยะเนื่องจากพยาธิสภาพอาจหายไปเอง หรือหายจากการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ และ 2) การรักษาด้วยวิธีจี้ด้วยความเย็น ซึ่งช่วยลดระยะเวลาการรักษา⁵ ประสิทธิภาพของการรักษาขึ้นอยู่กับผู้ที่มีความคิดปกคิให้ความสนใจกลับมารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา⁶ เนื่องจาก Pap smear เป็นเพียงการตรวจคัดกรอง แต่การวินิจฉัยขั้นสุดท้ายต้องตรวจพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ และการติดตามหลังการรักษามีความสำคัญ เพราะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำหรือการรักษาล้มเหลวได้ โดยติดตามผลการรักษาในปีแรกทุก 3-6 เดือน และติดตามต่อไปทุก 6 เดือนโดยเฉพาะใน 2 ปีแรก⁷ ที่สำคัญก็คือผู้ที่มีความคิดปกคิจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 1 ใน 3 ไม่กลับมารับการตรวจติดตามผลหลังการรักษา⁸

ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ได้มีการประเมินผลการดำเนินงานตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา พบว่า สตรีจำนวนหนึ่งหลังตรวจคัดกรองพบความผิดปกติ ไม่กลับมา รับคำแนะนำเพื่อส่งต่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา และพบว่า สตรีจำนวนหนึ่งหลังรักษาไม่กลับมาตรวจติดตามผลของการรักษาหรือกลับมาตรวจซ้ำไม่สม่ำเสมอตามแนวทางการรักษา แต่เนื่องจากยังไม่เคยมีการศึกษาอย่างเป็นระบบ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษา วัตถุประสงค์เพื่อ เก็บรวบรวมข้อมูล ขั้นตอน และการจัดทำระบบการติดตามผู้ที่มีความคิดปกคิจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ

โรงพยาบาลสันป่าตอง และนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ สำหรับกำหนดกลวิธี การติดตามดูแลผู้ที่มีความคิดปกคิจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลสันป่าตองอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีความคิดปกคิจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากคลินิกเอกซน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลสันป่าตอง อำเภอ สันป่าตอง จำนวน 568 คน มีระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2547 ถึงเดือนธันวาคม 2551 การศึกษาวิจัยประกอบไปด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 2) การดำเนินการ และ 3) การติดตามประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เก็บรวบรวมแบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ จากคลินิกเอกซน สถานีอนามัย และโรงพยาบาลสันป่าตอง นำรายชื่อสืบค้นประวัติการมารักษาจากเวชระเบียน โรงพยาบาล สันป่าตอง แยกรายชื่อผู้ที่ไม่มาติดตามการรักษา สืบค้นข้อมูล ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์จากเวชระเบียน ติดตามสตรีกลุ่มดังกล่าวด้วยวิธีโทรศัพท์ติดตาม ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบ่งคำถามออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) สอบถามสาเหตุที่ไม่กลับมารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษาภายในระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไปหลังจากมารับการตรวจ และ 3) สอบถามสาเหตุที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลของการรักษา ภายในระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปหลังจากได้รับการรักษา

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ

1. ผู้ที่มีความคิดปกคิที่ได้รับการติดตามทุกรายได้รับการให้การปรึกษาเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการรักษา และข้อดี

ข้อเสียของการรักษา ก่อนส่งพบแพทย์ เพื่อพิจารณาส่งต่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา โดยมีการดำเนินการดังนี้

1.1 ตรวจ Pap smear ซ้ำในผู้ที่ไม่มาตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา ในกลุ่มที่มีผลเป็น ASC-US และผู้ที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษาที่อยู่ในกลุ่ม ASC-US, AGUS, LSIL, HSIL, Invasive CA, R/OCA และ VIA Positive

1.2 ติดตามผลทางเซลล์วิทยา พบผู้มีผลผิดปกติได้รับการส่งต่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา

2. การพัฒนาระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาจัดทำเป็นแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในงาน

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล

1. ติดตามผลการตรวจทางพยาธิวิทยาทุกรายบันทึกลงโปรแกรมการติดตาม เพื่อประเมินผลระยะยาว

2. สรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการติดตามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น บัตรทะเบียนประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนโรงพยาบาลสันป่าตอง และ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลพื้นฐาน และสาเหตุที่ไม่มาติดตามการรักษา นำข้อมูล

ตารางที่ 1 สาเหตุที่ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่กลับมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง ปี พ.ศ. 2547-2551

สาเหตุที่ไม่กลับมาติดตามการรักษา	ไม่มาตรวจวินิจฉัย		ไม่มาตรวจติดตามผล	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ไม่มาตรวจวินิจฉัยเพิ่มหลังตรวจพบความผิดปกติ	67			
1. ไม่เคยได้รับการติดตามจากสถานอนามัย / โรงพยาบาล	25	37.3	-	-
2. ได้รับการติดตามแต่ไม่มาตามนัด เนื่องจาก	42	62.7	-	-

ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการพรรณนา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติร้อยละ

ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

ข้อมูลผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่กลับมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2547 ถึง 31 ธันวาคม 2551 พบผู้ที่มีความผิดปกติทั้งหมด 568 คน ไม่กลับมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา 67 คน (ร้อยละ 11.8) และไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษา 111 คน (ร้อยละ 19.5) พบว่า มีอายุระหว่าง 21-75 ปี ช่วงอายุที่พบสูงสุดที่สุดคือ 41-50 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 104 คน (ร้อยละ 58.4) รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา 38 คน (ร้อยละ 21.3) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป 141 คน (ร้อยละ 79.2) รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร 19 คน (ร้อยละ 10.7) สิทธิคำรักษาโดยใช้สิทธิบัตรทอง 166 คน (ร้อยละ 93.3) รองลงมาคือ เบิกได้ 9 คน (ร้อยละ 10.1) สาเหตุที่ไม่มาติดตามการรักษา จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1) ผู้ที่ไม่กลับมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา และกลุ่มที่ 2) ผู้ที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สาเหตุที่ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่กลับมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาล
สิ้นปีตอ ปี พ.ศ. 2547-2551(ต่อ)

สาเหตุที่ไม่กลับมาติดตามการรักษา	ไม่มาตรวจวินิจฉัย		ไม่มาตรวจติดตามผล	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
2.2 ยังไม่ว่างเพราะต้องทำงาน	12	28.6	-	-
2.3 คิดว่าไม่เป็นอะไร เพราะไม่มีอาการผิดปกติ	9	21.4	-	-
2.4 สาเหตุอื่นๆ / ไปรักษาที่อื่น	7	16.7	-	-
ไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษา จำแนกเป็น			111	
1. หลังรักษาไม่เคยได้รับการนัดตรวจติดตามผล	-	-	22	19.8
2. ได้รับการนัดแต่กลับมามาตรวจตามนัด ไม่ครบตาม คำแนะนำ	-	-	9	8.1
3. เคยได้รับการนัดตรวจติดตามผลแต่ไม่มาตามนัด เนื่องจาก			80	72.1
3.1 ไปรักษาที่อื่น			39	48.8
3.2 คิดว่ารักษาหายแล้ว เพราะไม่มีอาการผิดปกติ	-	-	24	30.0
3.3 ยังไม่ว่างเพราะต้องทำงาน	-	-	9	11.2
3.4 สาเหตุอื่นๆ	-	-	8	10.0

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ

1. การสรุปสาเหตุของปัญหา ที่พบจากขั้นตอนที่ 1 สำหรับปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมของโรงพยาบาล สิ้นปีตอ และสถานีอนามัยสรุปได้ ดังนี้ 1) ขาดการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน 2) การกำหนดรายละเอียดของระบบบริการ ไม่ชัดเจน / ขาดการกำหนดระหว่างหน่วยบริการ 3) ผู้ให้บริการขาดทักษะ / ไม่เคยผ่านการอบรม 4) ผู้รับบริการได้รับข้อมูลรายละเอียดของการรักษา

ไม่ครบถ้วน และไม่ได้รับการติดตามกรณีไม่มาฟังผลการรักษา 5) ขาดการติดตามการตรวจสอบข้อมูลในสมุดลงทะเบียน และโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และ 6) ไม่มีระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

2. การพัฒนาระบบการติดตามผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา โดยใช้กระบวนการแบบมีส่วนร่วมด้วยการกำหนด 6 กิจกรรมหลัก และ มีการปรับเปลี่ยนกลวิธีเป็นระยะเพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิภาพ (ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การพัฒนาระบบการติดตามดูแลผู้มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลสันป่าตอง ปี พ.ศ. 2548-2551

กิจกรรม	ปี พ.ศ.		การประเมินผล
	2548 - 2549	2550 - 2551	
1) การวางแผนการดำเนินงาน	- มีการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องแต่ขาดการติดตามผล	- มีการกำหนดเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ชัดเจน ระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการติดตามผลต่อเนื่อง	- วัตถุประสงค์ชัดเจนและถูกต้องตามเป้าหมายที่กำหนด
2) ระบบบริการ	- ผู้เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามรายละเอียดของกิจกรรมไม่ครบถ้วน และขาดผู้รับผิดชอบติดตามงาน	- มีการกำหนดรายละเอียดแต่ละกิจกรรมในหน่วยบริการ และมีการปฏิบัติได้ครบถ้วน - มีผู้รับผิดชอบติดตามงาน	- ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่ไม่มาตามนัดและติดตามได้ครบทุกคน
3) ผู้ให้บริการ	- ผ่านการอบรมทางด้านวิชาการแต่ยังไม่ผ่านการอบรมด้านทักษะ - ขาดผู้ประสานงานระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้อง	- อบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่ - มีผู้รับผิดชอบประสานงานระหว่าง หน่วยบริการและ สูติแพทย์ใน รพ.	- เจ้าหน้าที่ มีความรู้และทักษะในการอธิบายผล ที่ถูกต้องแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้เกิด ความเข้าใจก่อนส่งมา รพ. เพื่อพบแพทย์
4) ผู้รับบริการ	- ได้รับการอธิบายรายละเอียด เงื่อนไข และวิธีการรักษาก่อนตรวจไม่ครบทุกราย	- ได้รับการอธิบายรายละเอียด วิธีการรักษา ผลกระทบที่เกิดขึ้นก่อน ตรวจทุกราย	- ผู้มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองกลับมาติดตามการรักษาทุกราย
5) ระบบข้อมูล	- ขาดผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวม/ บันทึกข้อมูล/ การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ	- มีโปรแกรมบันทึกข้อมูล - มีผู้รับผิดชอบ บันทึกข้อมูลภาพรวมของอำเภอและ มีการเชื่อมโยง / ส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ	- บันทึกผลทางพยาธิวิทยา ได้ถูกต้อง ครบถ้วน และตรวจสอบได้ / ผู้ปฏิบัติ นำข้อมูล ไปใช้ ประโยชน์ได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ
6) การประเมินผล	- ขาดผู้รับผิดชอบนำข้อมูลผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ - มีการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่การสรุปผลการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน	- มีผู้รับผิดชอบหลักนำข้อมูลจากผลการดำเนินงานมาวิเคราะห์ และประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสรุปผลการดำเนินงาน ทุก 6 เดือน	- ทราบปัญหา นำไปสู่การแก้ไขพบผลการดำเนินงาน ดีขึ้นอย่างต่อเนื่องตามลำดับ - ประเมินผลการดำเนินงาน ได้ ถูกต้อง ชัดเจน ตรวจสอบได้

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามประเมินผล

1. กลุ่มที่ไม่กลับมารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา ในกลุ่ม ASC-US ตรวจ Pap smear ซ้ำ พบว่า ให้ผลปกติ 30 คน และ ผิดปกติ 9 คน ส่วนในกลุ่มที่มีผลทางเซลล์วิทยาเป็น ASC-H, AGUS, LSIL และ HSIL ไม่ได้รับการตรวจ Pap smear ซ้ำ ผู้มีผลผิดปกติทั้งหมด 37 คน

ตารางที่ 3 ผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในกลุ่มผู้ที่พบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่กลับมาตรวจวินิจฉัยเพิ่มในโรงพยาบาลสันป่าตอง ปี พ.ศ. 2547-2551

ผลผิดปกติทางเซลล์วิทยา	ตรวจ Pap smear ซ้ำ	ผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา				รวม คน/%
		neg	LSIL	HSIL	Invasive CA	
ASC-US	ปกติ * (30)					30 (44.8)
	ผิดปกติ (9)	0	2	6	1	9 (13.4)
ASC-H		0	0	2	1	13 (4.5)
AGUS		2	0	0	0	2 (3.0)
LSIL		3	8	3	0	14 (20.9)
HSIL		0	0	6	3	9 (13.4)
รวม	ส่งต่อ 37 คน	5 (7.5)	10 (14.8)	17 (25.4)	5 (7.5)	67 (100)

2. กลุ่มที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษา จำแนกเป็น 7 กลุ่ม ทั้งหมดเมื่อติดตามตรวจ Pap smear ซ้ำ พบผล ปกติ 84 คน และ ผิดปกติ 26 คน

กลุ่มที่มีผลผิดปกติ 26 คน ได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่ม พบว่า ผลทางพยาธิวิทยายังคงมีพยาธิสภาพเดิมหรือกลับเป็นซ้ำ 26 คน โดยพบ มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 2 คน และมะเร็งปากมดลูกระยะ

ได้รับการส่งต่อและติดตามผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 5 คน และ มะเร็งระยะเริ่มแรก 27 คน จำแนกเป็น กลุ่มรอยโรคขั้นต่ำ (LSIL) 10 คน และกลุ่มรอยโรคขั้นสูง (HSIL) 17 คน (ตารางที่ 3)

เริ่มแรก 24 คน จำแนกเป็น 1) กลุ่มรอยโรคขั้นต่ำ (LSIL) 7 คน และ 2) กลุ่มรอยโรคขั้นสูง (HSIL) 17 คน และพบผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 1 คน ซึ่งปฏิเสธการรักษาเพราะต้องการรักษาด้วยสมุนไพร หลังมีการติดตามเยี่ยมบ้านและให้การรักษา จึงยินยอมมารับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาในกลุ่มที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลของการรักษา โรงพยาบาลสันป่าตอง ปี พ.ศ. 2547-2551

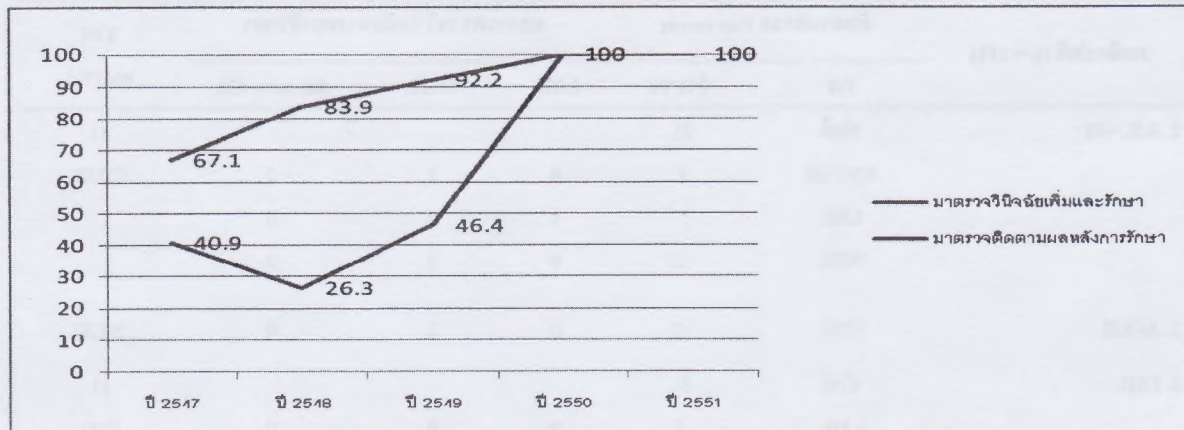
ผลผิดปกติ (n = 111)	ติดตามตรวจ Pap smear		ผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา			รวม คน (%)
	ผล	จำนวน	LSIL	HSIL	Invasive CA	
1. ASC-US	ปกติ	25				31
	ASC-US	3	0	1	2	(27.9)
	LSIL	1	1	0	0	
	HSIL	2	0	2	0	
2. AGUS	HSIL	2	0	2	0	2(1.8)
3. LSIL	ปกติ	9				11
	LSIL	2	2	0	0	(9.9)
4. HSIL	ปกติ	19				22
	HSIL	3	0	3	0	(19.8)
5. Invasive CA	ปกติ	18	0	0	0	19
	Invasive CA *	1	0	0	0	(17.1)
6. R/O CA	ปกติ	4				9
	LSIL	1	0	1	0	(8.1)
	HSIL	4	0	4	0	
7. VIA Positive	ปกติ	9				17
	ASC-US	2	1	1	0	(15.4)
	AGUS	1	0	1	0	
	LSIL	3	3	0	0	
	HSIL	2	0	2	0	
รวม	ปกติ 84 คน	111	7	17	2	111 (100)

Invasive CA * 1 ราย (ร้อยละ 0.9) ปฏิเสธการรักษา

2. การประเมินผล การกลับมาติดตามการรักษาของผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังมีการพัฒนาระบบการดำเนินงาน พบว่า อัตราการมาฟังผลเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.1 ใน ปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 83.9, 92.2, 100 และ 100 ในปี พ.ศ.2548, 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ

ผู้ที่มีผลการวินิจฉัยพบรอยโรคภายในในเยื่อปากมดลูก กลับมารับการตรวจติดตามผลของการรักษา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.9 ในปี พ.ศ.2547 มาเป็นร้อยละ 26.3, 46.4, 100 และ 100 ในปี พ.ศ.2548, 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ (ภาพที่ 1)

ภาพที่ 1 อัตราการกลับมาติดตามการรักษาของผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาล สันป่าตอง จำแนกเป็นรายปี ปี พ.ศ. 2547-2551



อภิปรายผล

การศึกษากระบวนการติดตามดูแลผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลสันป่าตอง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การดำเนินการ และการประเมินผล ได้ผลดังนี้ คือ

1. ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่กลับมารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มและรักษา 67 คน ได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ และพบว่า 1.1) สาเหตุที่ผู้รับบริการเคยได้รับการติดตามแต่ไม่กลับมาตรวจวินิจฉัยเพิ่ม เพราะขาดความเข้าใจในข้อมูลที่ติดตามเป็นเหตุผลสูงสุด รองลงมาคือ ยังไม่ว่างเพราะต้องทำงาน และคิดว่าไม่เป็นอะไรเพราะไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน พบว่า อยู่ในกลุ่มอายุ 41-50 ปี สูงที่สุด ซึ่งอยู่ในวัยทำงานและส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ทำให้ไม่สามารถหาเวลาว่างมารับการรักษา นอกจากนี้การพบว่าส่วนใหญ่ขาดการศึกษาหรือได้รับการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา ทำให้ขาดความเข้าใจข้อมูลและความสำคัญของการติดตาม 1.2) ส่วนสาเหตุที่ไม่ได้รับการติดตามจากโรงพยาบาล และสถานีนอนามัย จากการ

สัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งมีการย้ายไปรับจ้างทำงานในต่างถิ่น ทำให้ไม่ได้รับจดหมายเมื่อส่งไปถึงบ้าน

เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษานี้ กับผลการศึกษาอื่น พบว่า การศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร้อยละ 41.1 มีปัญหาจากผู้รับบริการและระบบการติดตาม ในขณะที่การศึกษาของบัณฑิต ชุมวรฐยี่ และ คณะ⁹ พบปัญหาจากเหตุผลดังกล่าวร้อยละ 34.8 ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบบริการ จากนั้นจึงได้มีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการติดตามงาน และเน้นกระบวนการให้การปรึกษาก่อนตรวจ ทำให้ผลการดำเนินงานมีอัตราการกลับมาติดตามการรักษาเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 ในปี 2551 สอดคล้องกับ สมยศ นาวิกกร¹⁰ ที่ให้ความเห็นว่า การพัฒนาเป็นกระบวนการร่วมมือร่วมใจของสมาชิกในทีม ให้มีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหา และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานใหม่ขึ้น เพื่อแก้ไขปัญหาที่พบในหน่วยงาน สอดคล้องกับการศึกษาของทัศนีย์ สันติพงศ์ศุภกร และ มาลีณี ไพบุญ¹¹ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า การพัฒนาระบบบริการ ตลอดจนการให้ความรู้ ช่วยให้ผู้ที่ไม่มาติดตามการรักษามีอัตราลดลง

ในกลุ่มนี้เมื่อติดตามมาตรวจ พบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ร้อยละ 40.3 และ มะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 7.5 โดยพบว่า ผู้ที่มีผลทางเซลล์วิทยาเป็น ASC-US ได้รับการตรวจยืนยันทางพยาธิวิทยา พบเป็น HSIL ร้อยละ 9.0 และเป็น Invasive Carcinoma ร้อยละ 1.5 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาของ วิรัช วุฒิภูมิ¹² ที่ศึกษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบ Invasive Carcinoma ในกลุ่ม ASC-US สูงถึงร้อยละ 4.6 ประการสำคัญคือ แม้จะพบรอยโรคขั้นสูงซ่อนเร้นอยู่ในกลุ่ม ASC-US แล้ว ได้รับการรักษาล่าช้า แต่ไม่ได้ทำให้ผลการรักษาเลวลง¹³ แต่ถ้ามีมะเร็งระยะลุกลามซ่อนเร้นอยู่ และให้การรักษาล่าช้าจะมีผลต่อการพยากรณ์โรค⁴ แม้ว่าระยะของรอยโรคระยะก่อนเป็นมะเร็ง จนกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามใช้เวลานานหลายปี แต่พบว่า บางรายใช้เวลาสั้นกว่าปกติ⁴ ดังนั้น ถ้าหากผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามทุกราย อาจส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายพลาดโอกาสของการรักษาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งการติดตามจึงมีความสำคัญมาก¹³

2. ผู้ที่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษา 111 คน ได้รับการสัมภาษณ์ เพื่อ วิเคราะห์หาสาเหตุ และ จำแนกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ 2.1) สาเหตุที่ผู้รับบริการ หลังการรักษาเคยได้รับการนัดตรวจติดตามผลแต่ไม่กลับมาตรวจติดตามผลตามนัด โดยให้เหตุผลว่า ไปตรวจที่อื่น แต่ไม่สามารถสรุปได้ว่าเหตุผลดังกล่าวเป็นความจริงหรือไม่ รองลงมาคือ คิดว่ารักษาหายแล้ว และ ยังไม่ว่าง 2.2) สาเหตุที่ระบบบริการ หลังการรักษาไม่เคยได้รับการนัดตรวจติดตามผล

การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นลินี เดียววัฒนวิวัฒน์¹⁴ ที่พบร้อยละ 21.8 ทั้งนี้เนื่องจากระยะเวลาของการนัดตรวจติดตามผลหลังการรักษา ทุก 6 เดือนนาน 2 ปี ซึ่งมีระยะเวลาที่นัดที่ห่างกันค่อนข้างนาน ทำให้ผู้มีความผิดปกติกลุ่มนี้ลืมหรือขาดความตระหนักใน

การกลับมาตรวจติดตามผลการรักษาตามนัด ซึ่งทางโรงพยาบาลสันป่าตองได้พัฒนากลวิธีต่างๆ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ให้บริการ เพื่อให้เกิดทักษะของการให้การปรึกษา และสามารถอธิบายขั้นตอนการตรวจรักษา และ ความสำคัญของการกลับมาตรวจติดตามผลหลังการรักษาแก่ผู้รับบริการได้ถูกต้อง ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ต้องอาศัยทักษะการสื่อสารเพื่อถ่ายทอดให้ผู้รับบริการเข้าใจอย่างชัดเจน¹⁵ และให้คำแนะนำหลายๆ ครั้ง ทุกขั้นตอน เพราะผู้รับบริการแต่ละรายมีความแตกต่างกัน¹⁶ ผลการดำเนินงาน พบว่า หลังการรักษาผู้มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลับมาตรวจติดตามการรักษาทุกราย สอดคล้องกับ การศึกษาของ ทศนีย์ สันติพงศ์สุภกร และ มาสินี ไพบูลย์¹¹ ที่พบว่า เมื่อได้พัฒนาระบบการนัดแล้วพบผู้ป่วยมาตรวจตามนัดเพิ่มขึ้นจากเดิม

ในกลุ่มนี้เมื่อติดตามมาตรวจ พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ร้อยละ 1.8 และมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ร้อยละ 21.6 สอดคล้องกับทฤษฎีที่ว่า สตรีที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีรอยโรคภายในเยื่อ ปากมดลูกถึงแม้จะได้รับการรักษาแล้ว ก็ยังมีโอกาสที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าสตรีทั่วไป² ดังนั้น สตรีกลุ่มนี้ควรได้รับคำแนะนำ เพื่อกลับมารับการตรวจติดตามผลหลังการรักษาให้ครบทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง

สรุปผล การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม นอกจากการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายแล้ว สิ่งสำคัญก็คือ การติดตามดูแลรักษาผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ ถ้าหากไม่ให้ความสนใจในการติดตามดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สตรีกลุ่มนี้พลาดโอกาสที่จะได้รับการรักษาโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น

ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรให้ความสนใจเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพของการบริการควบคู่ไปกับการเพิ่มความปลอดภัยของการให้บริการ โดยมีการประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ และหาแนวทางในการแก้ไขจุดบกพร่องที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมชาติ โดรักษา อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ สำหรับงานวิจัย นายแพทย์ นพพร พันธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ ที่กรุณาตรวจแก้ไขวิธีการเขียนงานวิจัยให้ถูกต้องยิ่งขึ้น และขอขอบคุณ คุณราชศักดิ์ ตรีสินธุ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล และ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสันป่าตองทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพล ศรีสมบุญ. An Update on HPV Epidemiology, Testing & Vaccine. ใน จตุพล ศรี สมบุญ และประภาพร สุประเสริฐ, บรรณาธิการ. Cervical Cancer Prevention and Treatment. เชียงใหม่: จรัสธุรกิจการพิมพ์, 2551: 1-4.
2. ชำนาญ เกียรติพิรุฑ. การรักษารอยโรคภายในเยื่อปากลมดลูก. ใน จตุพล ศรีสมบุญ และ ประภาพร สุประเสริฐ, บรรณาธิการ. Cervical Cancer Prevention and Treatment. เชียงใหม่: จรัสธุรกิจการพิมพ์, 2551:55-67.
3. สัญชัย บัลลังก์โพธิ์ และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. การตรวจมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกระยะ แรกเริ่ม.

ในสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ. มะเร็งวิทยานรีเวชรามาศิบัติ. กรุงเทพฯ: อาดิที, 2531: 37-65.

4. จตุพล ศรีสมบุญ. มะเร็งปากมดลูกการวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรน บুক เซนเตอร์; 2547.
5. เกรียงศักดิ์ สาลีผล. ผลการรักษาผู้ป่วย Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion ของปากมดลูกโดยการจี้ด้วยความเย็นเป็นระยะ. พุทธชินราชเวชสาร. 2549; 23 (3): 291-297.
6. สุวิทย์ จิตภักคิบดีนทร์. รายงานการวิจัยประสิทธิภาพของระบบการติดตามผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีเซลล์วิทยาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์. ขอนแก่น : ภาควิชาสูติศาสตร์ และ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2540.
7. ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ และ อภิชาติ โอฬารรัตนชัย. มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม. ใน ธีระทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ และ อภิชาติ โอฬารรัตนชัย, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พีบี. ฟอเรน บุกเซนเตอร์, 2539: 295-308.
8. จตุพล ศรีสมบุญ. มะเร็งวิทยานรีเวช. กรุงเทพฯ: พี. บี. ฟอเรน บุก เซนเตอร์; 2540.
9. บัณฑิต ชุมวรช้อย, วันเพ็ญ อิงพิณิจพงศ์, สงวนโชค ล้วนรัตนกร, พิสมัย ยืนยาว และ พิไลวรรณ กลีบแก้ว. ความสำคัญทาคลินิกของ Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance จากการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2545; 17(3): 191-198.
10. สมยศ นาวิการ. การพัฒนาองค์กร: การบริหารสู่ความเป็นเลิศ. กรุงเทพฯ: บรรณาธิการพิมพ์. 2536.
11. ทศนีย์ สันติพงศ์สุภกร และ มาลีนิ ไพบูลย์. ประสิทธิภาพของระบบการนัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ

- ทาง เซลล์วิทยาห้องตรวจนรีเวชกรรม โรงพยาบาล
ศรีนครินทร์. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2552; 24(2): 112-116.
12. วิรัช วุฒิมณี, สายบัว ชี้อริญ และรักชาย นุหงาชาติ.
การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า และ กล้อง คอลโปส
โคป. สงขลานครินทร์เวชสาร. 2542; 17(2): 133-138.
13. ผ่องใส สิงห์พิพ. ความไว ความจำเพาะ และความ
แม่นยำ ในการตรวจวินิจฉัยภาวะก่อนเป็นมะเร็ง หรือ
14. นลินี เดียววัฒนวิวัฒน์. ความผิดปกติของเซลล์เยื่อ
ปากมดลูกในโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช.วารสาร
วิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2551; 17(3): 433-441.
15. สายบัว ชี้อริญ. ภาวะระยะก่อนลุกลามของมะเร็งปาก
มดลูก. ในห้เทญ ถิ่นธารา, ฐิติมา สุนทรสัง,
บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยา. สงขลา: ลิบบราเคอร์การ
พิมพ์, 2546: 46-166.