

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

The Development of the Cervical Cancer Screening System with Participation of the Health Network Association at Thayang Hospital, Phetchaburi

สาธิต ทิมขำ พ.บ.,

อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว

โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี

Satit Thimkam M.D.,

Certified Board of Family Medicine

Thayang Hospital, Phetchaburi.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อประเมินผลสำเร็จของการพัฒนาระบบงานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี 2) เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความพึงพอใจของทีมสุขภาพต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการพัฒนา

วิธีการศึกษา: คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเป็นบุคลากรกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผ่านการอบรม 12 ชุมชน ๆ ละ 4 คน จำนวน 48 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 61 คน ระยะเวลาในการพัฒนา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือนธันวาคม 2553 เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2554 เครื่องมือที่ใช้ 1) แบบสอบถาม 2) ทะเบียนผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2552-2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีและทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา: พบว่าภายหลังการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ผลการปฏิบัติงาน และความพึงพอใจของทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ การสร้างการมีส่วนร่วมและวงจรคุณภาพ PDCA ในการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดี โดยด้านปัจจัยนำเข้าทีมสุขภาพพร้อมกันวางแผนดำเนินงาน สร้างความร่วมมือกับคลินิกเอกชนร่วมให้บริการและห้างร้านค้าในชุมชนให้การสนับสนุนของที่ระลึกให้กับผู้รับบริการ ด้านกระบวนการมีการพัฒนาโดยเพิ่มทางเลือกในการรับบริการให้กับกลุ่มเป้าหมายสามารถรับบริการได้ที่คลินิกเอกชนที่ร่วมโครงการ รับบริการที่บ้านหรือรับบริการได้ที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและ

ชุมชน โรงพยาบาลท่ายาง รวมถึงเน้นการประชาสัมพันธ์ให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยวิธีเคาะประตูบ้านและสร้างแรงจูงใจ
กลุ่มเป้าหมายและทีมสุขภาพ ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ทีมสุขภาพร่วมกันติดตามประเมินผลทุกเดือน

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การทดสอบแปป, การมีส่วนร่วม

ABSTRACT

Objectives: 1) To evaluate the success of the development of cervical cancer screening system with the participation of the Health Network Association at Thayang hospital, Phetchaburi province and 2) compare the performance of the services and the satisfaction of the health team toward the cervical cancer screening service system before and after the development.

Method: From the total sample of 61 personnel, 13 were selected from the family and community practice division and 48 were health volunteers, four from each of 12 communities, who were trained to be responsible for screening cervical cancer. The period of the training was from January to December 2010, and the data were collected in February 2011. The used tools were 1) questionnaire 2) registration records of clients receiving cervical cancer screening between January 2009 to December 2010. The data were analyzed by descriptive statistics by using, t-test and chi-square test.

Results: After the development of cervical cancer screening system with the participation by the Health Network Association, the performance and the satisfaction of the health team towards the cervical cancer screening service system were higher than before the development at statistically significant level. Creating participatory system and PDCA quality cycle in the development made a difference in a good way. On the input side, health team helped establishing operating plan together, collaborated with private clinics to jointly provide the services and worked with the department stores in the community in supporting the gifts to clients. On the process side, the system was developed to provide the alternatives in getting the services to the target groups. The service could be performed at private clinics participating in the program, at home or at the family and community health practice office at Thayang hospital. The public relations were also emphasized to reach the target groups by door knocking and motivating the target groups and health team. On the evaluation and result side, the health team made evaluation and followed up every month.

Keywords: cervical cancer, Pap smear, participation

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยเป็นมะเร็งในเพศหญิงที่พบมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด มะเร็งชนิดนี้พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยรุ่นจนถึงวัยชรา พบมากในช่วงอายุ 30-50 ปี¹ เฉลี่ยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละ 7 คน เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างภาคต่างๆ

มะเร็งปากมดลูกพบมากที่สุดใภาคเหนือของประเทศไทย² สาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมาหรือเอชพีวี (Human Papilloma Virus: HPV) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้นได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย หรือตั้งครรรภ์เมื่ออายุน้อย เป็นต้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ และสามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้แต่เนิ่น ๆ

ทำให้การรักษาได้ผลดีโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะก่อน
ลุกลาม การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear ถูกค้นพบ
โดย Dr. George Papanicolaou ตั้งแต่ปี 2486 จากรายงาน
การศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี 2535 พบว่าการ
ตรวจ Pap smear เมื่อคำนึงถึงอายุ ความถี่และความครอบคลุม
คลุมของการตรวจคัดกรองในประชากรหญิงอายุ 35-60 ปี
โดยทำการตรวจทุก 5 ปี สามารถลดอัตราตายจากมะเร็ง
ปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ³ วิธีนี้สามารถทำได้ตั้งแต่
ระดับสถานีอนามัย แต่กลับพบว่าอัตราการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยยังคงค่อนข้างต่ำ สตรีกลุ่มเป้า
หมายยังเข้าไม่ถึงบริการตรวจคัดกรอง⁴ ในปี 2553 ได้มี
การปรับเปลี่ยนเป้าหมายเป็นสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี จะ
ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 20 โดย
มีเป้าหมายที่จะตรวจให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด
ภายในระยะเวลา 5 ปี

โรงพยาบาลท่ายางมีพื้นที่รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน
คือ หมู่ที่ 1-5 ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี
ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีประชากรอาศัย
อยู่หนาแน่นโดยเฉพาะในพื้นที่หมู่ที่ 1 มีลักษณะเป็นชุมชน
เมือง ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ในปี 2552 พบว่า
อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่ม
เป้าหมายมีเพียงร้อยละ 12.7 ซึ่งเป็นอัตราที่ต่ำ และในปี
2553 มีสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก 2,755 คน ทีมสุขภาพโรงพยาบาลท่ายาง
จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกเชิงรุก โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
ซึ่งประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของจอห์น เอ็ม โคเฮน
และนอร์แมน ที อัปฮอฟฟ์ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วม
ในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การ
มีส่วนร่วมในผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมิน
ผล⁵ และวงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) โดยได้มีการ
พัฒนาระบบตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 ระยะ
คือ ระยะที่ 1 ดำเนินการตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือน
มีนาคม 2553 ระยะที่ 2 ดำเนินการตั้งแต่เดือนเมษายน

ถึงเดือนธันวาคม 2553 เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้แก่สตรี
อายุ 30-60 ปี ในพื้นที่หมู่ 1-5 ตำบลท่ายาง อำเภอท่ายาง
จังหวัดเพชรบุรี รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ที่เหมาะสมและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรใน
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลท่ายาง
อาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่หมู่ 1-5 ตำบลท่ายาง
อำเภอท่ายาง จังหวัดเพชรบุรี มีความพึงพอใจต่อระบบ
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลสำเร็จของการพัฒนาระบบงาน
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โรงพยาบาลท่ายาง จังหวัด
เพชรบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานบริการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความพึงพอใจของภาคี
เครือข่ายทีมสุขภาพต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก ก่อนและหลังการพัฒนาระบบงานบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วมของ
ภาคีเครือข่ายสุขภาพ

วิธีการศึกษา

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นบุคลากร
กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน จำนวน 13 คน
อาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกและผ่านการอบรม 12 ชุมชนๆ ละ
4 คน จำนวน 48 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 61 คน
ระยะเวลาในการพัฒนา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง เดือน
ธันวาคม 2553 เก็บข้อมูลในเดือนกุมภาพันธ์ 2554 เครื่อง
มือที่ใช้ 1) แบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย ข้อมูล
ทั่วไป ผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก ความพึงพอใจต่อระบบบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก และปัญหาอุปสรรค 2) อัตราการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมาย เก็บจาก

ทะเบียนผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าทีและทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 61 คน ประมาณสองในสาม มีอายุระหว่าง 40-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ร้อยละ 60 มีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษา ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี และมีตำแหน่งเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุข มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ยประมาณ 12 ปี

ระดับผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของทีมสุขภาพ ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีผลการปฏิบัติงานอยู่ในระดับดี ด้านปัจจัยนำเข้าผลการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 78.7) หลังการพัฒนามีผลการปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 83.6) ด้านกระบวนการผลการปฏิบัติงานก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 61)				
ปัจจัย	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัจจัยนำเข้า				
ระดับควรปรับปรุง	48	78.7		
ระดับปานกลาง	10	16.4	10	16.4
ระดับดี	3	4.9	51	83.6
ด้านกระบวนการ				
ระดับควรปรับปรุง	54	86.5	0	0.0
ระดับปานกลาง	7	11.5	8	13.1
ระดับดี	0	00.0	53	86.9
ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์				
ระดับควรปรับปรุง	57	93.4	0	0.0
ระดับปานกลาง	4	6.6	10	16.4
ระดับดี	0	0.0	51	83.6
ผลการปฏิบัติงานโดยรวม				
ระดับควรปรับปรุง	54	88.5	0	0.0
ระดับปานกลาง	7	11.5	6	9.8
ระดับดี	0	0.0	55	90.2

ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 86.5) หลังการพัฒนามีผล การปฏิบัติงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 86.9) ด้าน การประเมินผลและผลลัพธ์ผลการปฏิบัติงานก่อนการ พัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง (ร้อยละ 93.4) หลังการพัฒนามีผลการปฏิบัติ งานส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ดี (ร้อยละ 83.6) ดังแสดงในตารางที่ 1

ระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าระดับความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานก่อนการพัฒนา

ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับควรปรับปรุงร้อยละ 78.7 ภายหลังการพัฒนามีคะแนนความพึงพอใจระดับดีร้อยละ 91.8 ดังแสดงในตารางที่ 2

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการ ปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความพึงพอใจต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของทีมีสุขภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก โดยรวมก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับควร

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลัง การพัฒนาในภาพรวม

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรปรับปรุง	48	78.7	1	1.6
ปานกลาง	9	14.7	4	6.6
ดี	4	6.6	56	91.8

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลการปฏิบัติงานระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ ความพึงพอใจต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของทีมีสุขภาพ

	ผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจ						t	p
	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา				
	Mean	S.D.	ระดับ	Mean	S.D.	ระดับ		
ด้านปัจจัยนำเข้า	29.30	8.36	ควรปรับปรุง	51.90	4.58	ดี	-26.71	< 0.001*
ด้านกระบวนการ	36.25	7.66	ควรปรับปรุง	70.00	5.39	ดี	-32.61	< 0.001*
ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์	18.36	3.85	ควรปรับปรุง	34.02	2.72	ดี	-33.70	< 0.001*
ผลการปฏิบัติงานโดยรวม	83.90	17.77	ควรปรับปรุง	155.92	10.78	ดี	-38.72	< 0.001*
ความพึงพอใจต่อระบบ บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	28.18	7.11	ควรปรับปรุง	49.77	5.21	ดี	-20.05	< 0.001*

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบอัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ ระหว่าง
ปีก่อนการพัฒนา (ปี 2552) กับปีที่มีการพัฒนา (ปี 2553)

ปี	ได้รับการตรวจ		ไม่ได้รับการตรวจ		χ^2	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
2552	394	12.7	2,391	87.2	320.34	1	< 0.001 *
2553	884	33.2	1,781	66.8			

ปรับปรุงและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ย ผลการปฏิบัติงานภายหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งด้านปัจจัยนำเข้าด้าน กระบวนการ ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ และมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายหลังการพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

อัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ในปี 2553 อัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 33.2 มากกว่าปี 2552 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีสถานภาพสมรสคู่ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเพศหญิง ดังนั้นการมีทีมสุขภาพที่เป็นเพศหญิง จึงสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดี ภายหลังจากพัฒนาระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจต่อระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านปัจจัยนำเข้า ก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยส่วน ใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าความรู้และทักษะทีมสุขภาพ ในการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด เนื่องจากกลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข รongลงมาได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคเอกชนและชุมชน ในการสนับสนุนทรัพยากร เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านภาระ งานของบุคลากร จึงได้มีการพัฒนาโดยสร้างการมีส่วน ร่วมของชุมชน ตั้งแต่การวางแผนดำเนินงาน ร่วมเป็นที่ม ดำเนินงานการสนับสนุนทรัพยากรซึ่งสอดคล้องกับเอกราช บุญอาจ นิชกุล บุญอาจ และธัญลักษณ์ สุริยะ⁶ ซึ่งได้ ศึกษาจุดอ่อนของระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมด ลูกรูปแบบเดิม พบว่ามีข้อจำกัดของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ ดังนั้นการพัฒนา จึงได้มีการสร้างความร่วมมือกับชุมชน โดยทำความเข้าใจถึงประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และพัฒนา ความรู้และทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขที่ร่วมเป็นที่มงาน ด้านกระบวนการก่อนการพัฒนามีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่ อยู่ในระดับต่ำ พบว่าการจัดบริการเชิงรุกในชุมชนที่สามารถ เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด รongลงมาได้แก่ การสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภาค เอกชน จึงได้พัฒนาโดยสร้างการมีส่วนกับชุมชนตั้งแต่การ วางแผนดำเนินงาน ร่วมเป็นที่มดำเนินงาน การสนับสนุน ทรัพยากร รวมทั้งการพัฒนาสื่อและวิธีการประชาสัมพันธ์

ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การติดตามกลุ่มเป้าหมาย การอำนวยความสะดวก การสร้างแรงจูงใจกลุ่มเป้าหมายและทีมดำเนินงาน รวมทั้งให้บริการเชิงรุกในชุมชนประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โคมยงค์ จิตส์ตย์⁷ ที่ได้พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัยบ้านหนองเกียบ ตำบลสะแกโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ อสม. และกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับคัดเลือกใช้ภาวะผู้นำและจิตอาสาเป็นตัวกระตุ้นในการแสดงบทบาทการให้บริการ การศึกษาของวาสนา ยงทวี และคณะ⁸ ได้พัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลพลับพลายชัย ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลายชัย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการสำรวจกลุ่มเป้าหมายทำหนังสือแจ้งให้มารับการตรวจ จัดทำสัญลักษณ์ติดที่บัตรผู้ป่วยนอก ให้รางวัลแก่ อสม. จัดเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกในชุมชนโดยใช้รถเป็นหน่วยบริการเคลื่อนที่ และการศึกษาของ เกรียงศักดิ์ ธัญญศิริพันธ์ และสวาท เครือองพา⁹ ได้พัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัยศรีทายาท ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ โดยพัฒนาระบบการติดตามกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการ

ด้านการประเมินผลและผลลัพธ์ ก่อนการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ของการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูลมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด รองลงมาได้แก่ ความทันเวลาของการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูล จึงได้มีการปรับปรุงโดยจัดพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล และตรวจสอบโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบงาน จากการพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมายในปี 2553 เป็นร้อยละ 33.2 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดและมากกว่าปี 2552 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การพัฒนาระบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคีสุขภาพ หลัง

จากการประเมินการดำเนินงานในรอบที่ 1 ได้มีการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงานในรอบที่ 2 โดยตั้งคลินิกเอกชนมาร่วมให้บริการ ให้บริการเชิงรุกถึงบ้านเพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกให้กับกลุ่มเป้าหมายและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งเป็นทีมงาน โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผ่านการอบรมแล้ว ชุมชนละ 4 คน ซึ่งจะทำให้มีความเฉพาะเจาะจงไม่ใหญ่จนเกินไป มีการใช้ศักยภาพของชุมชนโดยให้ห้างร้านค้าในชุมชนมีส่วนร่วมในการมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการ และการประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยวิธีการเคาะประตูบ้าน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี เป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุจิตรา ก่อกิจไพศาล และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขศึกษาให้มีคุณภาพมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษา พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข มีความสำคัญมากในการพัฒนางานสุขศึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด จากงานวิจัยของ ทวี ชวีธูมา¹¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้หวัดนก โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C และการจัดการแบบ POSDC Model อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง โรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก 4 ด้าน คือ การค้นหาสาเหตุของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินงานแก้ไขปัญหา และการประเมินผล พบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ เศรษฐพงษ์ อาลีมินทร์¹² ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ A-I-C และ

วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน หมู่บ้านจัดการสุขภาพ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายวัฒนา โภจนวิจิตรกุล นายแพทย์ สาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี นายวิทยา เพชรดาชัย แพทย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ ให้คำแนะนำที่ดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อังสนา บุญธรรม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนธนา คงศีล ที่กรุณา ให้คำปรึกษาแนะนำช่วยเหลือทางวิชาการ ตรวจสอบและ แก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. จตุพล ศรีสมบุญ. มะเร็งปากมดลูกและการติดเชื้อ เอชพีวี. ใน: ชิษณุ พันเจริญ, จตุพล ศรีสมบุญ, อูษา ทิสยากร, สมศักดิ์ โล่ห์เลขา. คู่มือเรื่อง มะเร็งปากมดลูกและการป้องกันด้วยวัคซีนเอชพีวี. กรุงเทพฯ: ซี แอนด์ เอส พรินติ้ง; 2549. หน้า 65-73.
2. ชีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, ชีระพร วุฒยวนิช, และคนอื่นๆ. บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาฉบับสอบ บอร์ด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุ๊กส์ เซนเตอร์; 2551.
3. Eddy DM. Secondary protection of cancer: an overview. Bull World Health Organ. 1986;64: 421-8.
4. เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ธีรวิมล คุหะเปรมะ, สมยศ ดิรัศมี, บรรณาธิการ. แผนการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2547.

5. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation. New York: Cornell University; 1981.
6. เอกราช บุญอาจ, นิชกุล บุญอาจ, ธีรลักษณ์ สุริยะ. การพัฒนารูปแบบการค้นหาและตรวจมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายเชิงรุก ศูนย์สุขภาพ ชุมชนเมืองแก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. ใน: ระวีวรรณ เตมศิริกุล และคณะ, บรรณาธิการ. รวม ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยปี 2550-2551. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2552. หน้า 37-50.
7. โฉมยงค์ จิตส์ตย์. การพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีจิตอาสาและภาวะผู้นำ. ใน: ระวีวรรณ เตมศิริกุล และคณะ, บรรณาธิการ. รวมผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยปี 2550-2551. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2552. หน้า 51-59.
8. วาสนา ยงทวี และคณะ. การพัฒนารูปแบบการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่ม เป้าหมายแบบ เชิงรุก ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลพลับ พลาชัย ตำบลสะเดา อำเภอพลับพลาชัย จังหวัด บุรีรัมย์. ใน: ระวีวรรณ เตมศิริกุล และคณะ, บรรณาธิการ. รวมผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย ปี 2550-2551. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์; 2552. หน้า 60-72.
9. เกียรติศักดิ์ ธีรบุญศิริพันธ์, สวาท เครื่องพาที. การพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน สถานีนอมา้ยที่ไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้หญิง สถานีนอมา้ย ศรีทวายท ตำบลหนองแวง อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ปีงบประมาณ 2550-2551. ใน: ระวีวรรณ เตมศิริกุล และคณะ, บรรณาธิการ. รวม ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัยปี 2550-2551. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์; 2552.

- หน้า 82-86.
10. สุจิตรา ก่อกิจไพศาล และคณะ. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดำเนินงานสุขศึกษาให้มีคุณภาพมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 15-17. 2549;20(1): 35-51.
 11. ทวี ชวัลฎมา. การจัดการแบบมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดนกอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2550.
 12. เศรษฐพงศ์ อาลีมินทร์. การมีส่วนร่วมขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอป่าโมก จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.