การประเมินผลโครงการการให้บริการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

*นพ.ปิยพงศ์ รัตนอาภา**

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ภายหลังดำเนินงานมา 5 ปี และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินงาน โดยทบทวนผลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีวีไอเอ จำแนกรายตำบล จากแบบบันทึกข้อมูลในฐานข้อมูลของโปรแกรม CPIS ระหว่าง พ.ศ. 2545-2549 และการสัมภาษณ์ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ตลอดจนผู้บริหารงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโครงการ ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 30-45 ปี จำนวนทั้งหมด 15,812 คน ได้รับบริการจากโครงการนี้จำนวน 8,145 คน คิดเป็นร้อยละ 51.51 โดยพบผู้มีความผิดปกติของปากมดลูกจำนวนร้อยละ 4.1 ของผู้มารับบริการทั้งหมด ซึ่งกลุ่มที่พบความผิดปกตินี้ได้รับบริการจี้เย็นคิดเป็นจำนวนร้อยละ 85.4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านชุมชน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบได้แก่ ปัญหาของผู้ให้บริการ ปัญหาด้านผู้รับบริการ และปัญหาด้านการบริหารจัดการ ในภาพรวมแล้วการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก วิธีวีไอเอ การจี้เย็น

*โรงพยาบาลสุวรรณภูมิ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

การประเมินผลโครงการการให้บริการคิดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็น อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรี พบได้ในสตรีตั้งแต่วัยสาวจนถึงวัยชรา[1-4] พบมากในช่วงอายุ 40-50 ปี สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) ที่บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ การมีคู่นอนหลายคน หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย เป็นต้น ในแต่ละปีสตรีทั่วโลกป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นปีละ 466,000 คน เสียชีวิตปีละ 231,000 คน ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่ง และมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดคือมะเร็งปากมดลูก จากรายงานของสำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติพบว่า ในปี พ.ศ.2544 ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 ถ้าคิดคำนวณแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิต จากมะเร็งปากมดลูกวันละ 9 ราย ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าเสียดาย เนื่องจากมะเร็งปาก มดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ สามารถตรวจคัดกรองหาความผิดปกติได้ก่อน และการรักษาได้ผลดีถ้าพบในระยะเริ่มแรก ซึ่งข้อมูลจาก IARC 1986 พบว่าการตรวจคัดกรองผู้หญิงทุก 5 ปี และทำการรักษาผู้ที่มีอาการผิดปกติที่ปากมดลูก สามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ประมาณร้อยละ 84

มาตรการการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอดีตที่ผ่านมาได้ใช้วิธีการคัดกรองวิธีเดียว คือ Pap smear เป็นหลัก ซึ่งปัจจุบันก็ยังเป็นวิธีมาตรฐานอยู่ แต่มีข้อด้อยหลายประการที่ทำให้การขยาย ความครอบคลุมเป็นไปอย่างช้าๆ และไม่ทันกับการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีการศึกษาเพื่อหาวิธีการอื่นๆ เข้ามาร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจโดยการใช้น้ำส้มสายชูชโลมปากมดลูกและดูการเปลี่ยนแปลงด้วยตาเปล่า ซึ่งเรียกว่าวิธีวีไอเอ (VIA, Visual inspection using acetic acid) เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ได้รับการศึกษา และเป็นที่ยอมรับกันว่าเหมาะสม สำหรับการนำมาใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด[5-22] ซึ่งประเทศไทยได้มีการนำเข้ามาศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นแห่งแรก ในลักษณะของงานวิจัยโดยเริ่มดำเนินการเมื่อปี พ.ศ. 2543 มีอำเภอที่เข้าร่วมศึกษา 4 อำเภอด้วยกัน ซึ่งการศึกษาเบื้องต้นพบว่าวิธีนี้มีความปลอดภัย เป็นที่ยอมรับ และมีความเป็นไปได้สูงในการใช้เป็นมาตรการ เสริมเพื่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงได้มีการขยายงานให้ครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดร้อยเอ็ด และขยายสู่จังหวัดต่างๆ อีกหลายจังหวัดในปัจจุบัน

อำเภอสุวรรณภูมิเข้าร่วมโครงการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ในปี พ.ศ. 2545 เป็นอำเภอสุดท้าย

ของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยดำเนินการด้วยระบบงบประมาณปกติ นับเป็นเวลาห้าปีแล้ว ในการดำเนินงานคัดกรองด้วยวิธีดังกล่าว ดังนั้น จึงได้ทำการประเมินผลการดำเนินงานเพื่อประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอและการจี้เย็นของอำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ดระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ.2545-2549 ในประเด็นความครอบคลุมของการคัดกรองภายหลังการนำวิธีการดังกล่าวมาให้บริการ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการแก้ไขเพื่อเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ ในสตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี ที่อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ระหว่างเดือนเมษายนพ.ศ. 2545 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2549 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอจากโปรแกรม CPIS (Cervix Pre-cancerous Information System) รุ่น 3.7 ซึ่งเป็นโปรแกรมเฉพาะสำหรับการบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ โดยมีการบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการตรวจภายใน ข้อมูลผลการตรวจปากมดลูก ข้อมูลการรักษาและข้อมูลการส่งต่อ และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จรวมทั้งปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน โดยการสัมภาษณ์ผู้บริหารพยาบาลผู้ให้บริการ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองและการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานรายตำบล เพื่อวิเคราะห์ เปรียบเทียบและนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิเพื่อใช้ในการบริหารจัดการต่อไป

โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ให้บริการที่สถานีอนามัยทุกแห่งในแต่ละตำบลของอำเภอ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย (target women) เป็นสตรีที่มีอายุ 30-45 ปี ที่ปรากฏข้อมูลในฐานข้อมูลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของอำเภอ ให้บริการทั้งในวันราชการและวันหยุดราชการ ซึ่งในวันราชการนั้นให้บริการสัปดาห์ละ 3 วัน ผู้ให้บริการเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรม ตามมาตรฐานการบริการแล้ว ทั้งนี้ ผู้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอนั้น หากพบความความผิดปกติคือมีฝ้าขาว (acetowhite lesion) ที่บริเวณปากมดลูก และไม่มีข้อห้ามใดจะได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็น ซึ่งสามารถทำได้ทั้งจี้เย็นทันทีหรือนัดมาจี้เย็นในครั้งต่อไป ถ้าผลการตรวจปกติจะนัดอีก 5 ปี เพื่อตรวจซ้ำ ในส่วนรายงานผลการตรวจคัดกรองนั้น จะรายงานผลเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) ผลการตรวจสงสัยมะเร็ง (suspect cancer) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าสงสัยมะเร็ง โดยอาจไม่มีผลการตรวจทางพยาธิวิทยาร่วม 2) ผลการตรวจผิดปกติ (positive VIA result) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าหลังชโลม

ปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูแล้ว พบมีความผิดปกติชนิดฝ้าขาวเกิดขึ้น 3) ผลการตรวจเป็นปกติ (negative VIA result) หมายถึง ผลการตรวจด้วยตาเปล่าหลังชโลมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูแล้วไม่พบความผิดปกติ โดยมีตัวชี้วัดการดำเนินงาน คือ การบริการตรวจคัดกรองครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 80 และกลุ่มเป้าหมายที่ผ่านบริการการคัดกรองแล้ว พบความผิดปกติได้รับการรักษาอย่างน้อยร้อยละ 80

ผลการศึกษา

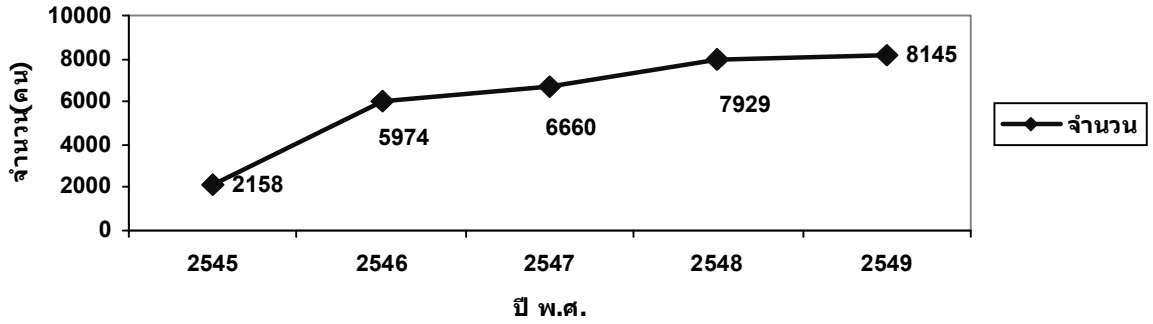
อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยพื้นที่ 15 ตำบล ข้อมูลประชากรของอำเภอสุวรรณภูมิในช่วงระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2550 มีจำนวนประมาณมากกว่า 100,000 คน มีจำนวนสตรีในกลุ่มอายุ 30-45 ปี คิดเป็นประมาณ ร้อยละ 11.9-ร้อยละ 13.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรของอำเภอสุวรรณภูมิ ตั้งแต่ พ.ศ.2545- พ.ศ. 2549

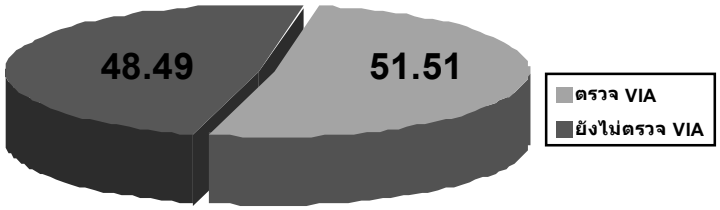
ข้อมูลประชากร	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2546	พ.ศ. 2547	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549
ประชากรทั้งหมด (คน)	118,200	118,365	118,258	116,703	116,996
สตรีอายุ 30-45 ปี (คน)	14,020	15,623	16,236	15,075	15,812
ร้อยละ	11.9	13.2	13.7	12.9	13.5

การบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ได้เริ่มการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งเมื่อสิ้นปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 15,812 คน และมีจำนวนผู้มารับการตรวจคัดกรองรายใหม่สะสมระหว่างปี พ.ศ.2545-2549 เป็นจำนวน 8,145 คน คิดเป็นร้อยละ 51.51 โดยสามารถให้บริการได้มากที่สุดในปี 2546 จำนวน 3,816 คน (แผนภูมิที่ 1-3) ปริมาณผู้รับบริการโดยเฉลี่ยในวันธรรมดา 20 คนต่อครั้ง และในวันหยุดราชการ 61 คนต่อครั้ง รวมทั้งได้ให้บริการสตรีนอกกลุ่มเป้าหมาย (อายุน้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 45 ปี) ซึ่งสามารถให้บริการได้เป็นจำนวนร้อยละ 5.7 ของกลุ่มสตรีทั้งหมด

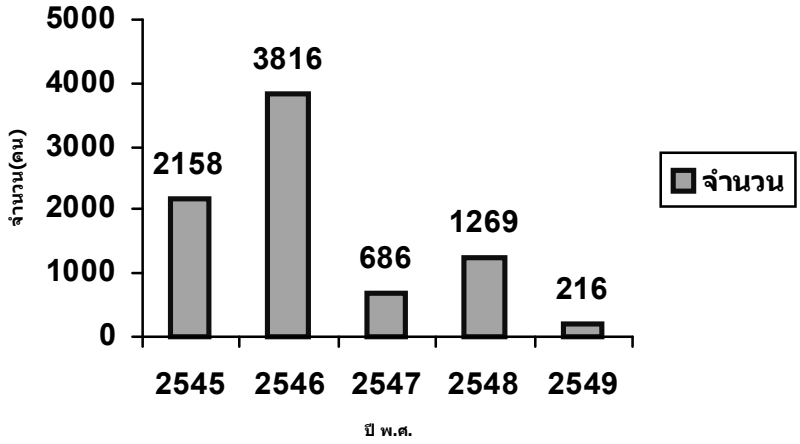
แผนภูมิที่ 1 จำนวนการตรวจคัดกรองสะสม ระหว่างปี พ.ศ.2545-2549



แผนภูมิที่ 2 ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง



แผนภูมิที่ 3 จำนวนการตรวจคัดกรองจำแนกรายปี



เมื่อจำแนกตามพื้นที่ของอำเภอสุวรรณภูมิ ซึ่งมีทั้งหมด 15 ตำบล พบว่ามี 10 ตำบล ที่สามารถตรวจคัดกรองได้มากกว่าร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ทุ่งกุลา ทุ่งศรีเมือง ทุ่งหลวง นาใหญ่ น้ำคำ บ่อพันขัน เปลือย เมืองทุ่ง ห้วยหินลาด และหินกอง ส่วนอีก 5 ตำบล มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองไม่ถึงร้อยละ 50 คือ จำปาขัน ช้างเผือก ดอกไม้ สระคู และหัวโทน

ผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอพบมีความผิดปกติของปากมดลูกจำนวน 335 คน หรือร้อยละ 4.1 และพบรายที่สงสัยว่าเป็นมะเร็ง 1 ราย หรือร้อยละ 0.01 (ตารางที่ 2) สำหรับผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติของปากมดลูกหรือมีฝ้าขาวเกิดขึ้นและสามรถที่จะให้การจี้เย็น ได้รับการจี้เย็นทันที 92 คน และมีการเลื่อนการจี้เย็นจำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 ของผู้ที่พบความผิดปกติ (ตารางที่ 3) เนื่องจากเป็นการออกไปให้บริการเชิงรุก ณ สถานีอนามัย ซึ่งมีผู้มารับบริการมากและสถานที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินการ

ตารางที่ 2 แสดงผลการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ

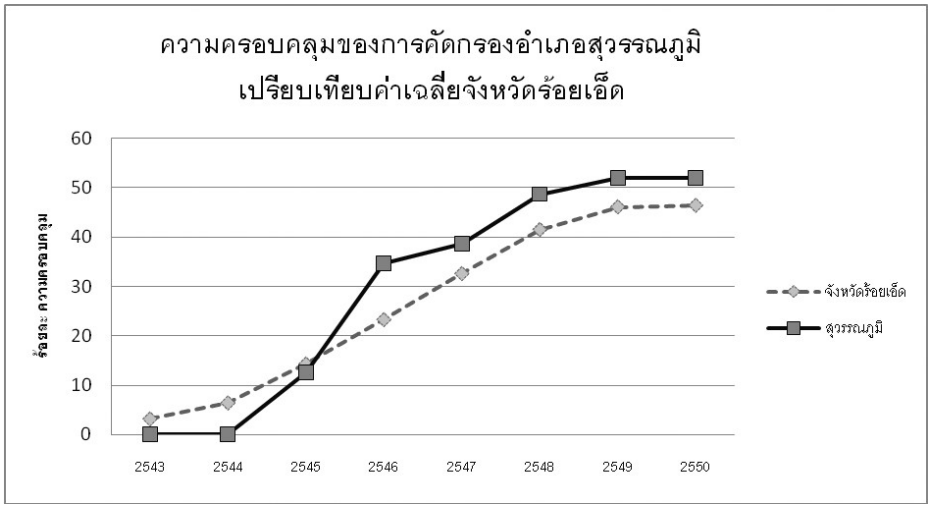
ผลการตรวจ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สงสัยมะเร็ง (suspect cancer)	1	0.01
เห็น SCJ ไม่ครบ	4	0.05
ผิดปกติ (positive)	335	4.1
ปกติ (negative)	7,805	95.8
รวม	8,145	100.0

ตารางที่ 3 แสดงผลจำนวนผู้ได้รับการจี้เย็น (cryotherapy)

การจี้เย็น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ได้รับการจี้เย็น	286	85.4
1 จี้เย็นทันที	*92*	*32.2*
2 เลื่อนนัดจี้เย็น	*194*	*67.8*
ไม่เหมาะสมที่จะจี้เย็น	49	14.6
รวม	335	100.0

เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในอำเภอสุวรรณภูมิกับค่าเฉลี่ยของจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าอำเภอสุวรรณภูมิ มีผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอได้ครอบคลุมมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดร้อยเอ็ดภายในปีที่ 2 ที่เข้าร่วมโครงการ (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่4 เปรียบเทียบความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง อ.สุวรรณภูมิกับค่าเฉลี่ย จ.ร้อยเอ็ด



สำหรับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ ได้แก่

1. ทิศทางขององค์กร ซึ่งเกิดจากการร่วมมือกันระหว่างผู้อำนวยการโรง พยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอในการเปลี่ยนมุมมองใหม่ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าเป็นสิทธิของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในอำเภอสุวรรณภูมิที่จะต้องได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับเนื้อหาในมาตรา6 ของพระราชบัญญัติสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นอย่างดี โดยพบว่าหากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ มีความเห็นที่สอดคล้องกัน สำหรับนโยบายการให้บริการดังกล่าวจะส่งผลให้การบริการในพื้นที่นั้นประสบความสำเร็จอย่างสูง

2. การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการที่เหมาะสมและมีจำนวนเพียงพอสำหรับการดำเนินงาน พยาบาลที่มีความกระตือรือร้นและวางแผนการดำเนินงานได้ดี เป็นบุคลากรที่จำเป็นในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินงาน และเมื่อปริมาณงานมากขึ้นจำเป็นต้องเพิ่มพยาบาลผู้ให้บริการมากเพียงพอที่จะสามารถให้บริการได้อย่างต่อเนื่อง โดยอำเภอสุวรรณภูมิมีพยาบาลผู้ให้บริการในระยะแรกเพียง 2 คน และได้เพิ่มเป็น 5 คน ในปัจจุบัน

3. การเตรียมชุมชน เพื่อเตรียมกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้รับผิดชอบในระดับหมู่บ้านจะต้องมีข้อมูล

พร้อม มีรายชื่อของสตรีกลุ่มเป้าหมายและทราบที่อยู่ที่สามารถติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ นอกจากนี้ พบว่าบางพื้นได้นำกลยุทธ์ประชาสัมพันธ์ด้านต่างๆ เช่น มีบริการเพิ่มเติม หรือสนับสนุนของรางวัลในการชักชวนกลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ซึ่งทำให้พื้นที่นั้นได้รับความสนใจในการมารับบริการจากกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ส่วนข้อมูลปัญหาอุปสรรคแนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะนั้น พบว่า

1. กลุ่มเป้าหมายมักเป็นแรงงานที่เคลื่อนย้ายไปอยู่ในต่างจังหวัด การให้ความสนใจสุขภาพยังค่อนข้างต่ำ ประกอบกับความเข้าใจในการบริการมีน้อย จึงทำให้ไม่มารับบริการ ซึ่งปัญหาดังกล่าวยังส่งผลให้เกิดปัญหาด้านข้อมูลจำนวนประชากรจริง เนื่องจาก มีจำนวนประชากรในพื้นที่จริงน้อยกว่าข้อมูลสำมะโนประชากร นอกจากนี้ ยังพบว่าเทคนิคที่ในการจัดทำสถิติข้อมูล การบันทึกติดตาม รูปแบบและวิธีการดำเนินการ ในระดับภูมิภาคยังค่อนข้างมีปัญหา

2. ด้านบุคลากร ปัญหาที่พบ คือ พยาบาลผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมีน้อย โดยในช่วงแรกแต่ละโรงพยาบาลจะส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรม 2 คน โดยหนึ่งในนั้นจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าฝ่าย ส่งเสริมสุขภาพซึ่งมีงานในความรับผิดชอบค่อนข้างมาก เมื่อบุคลากรน้อยทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และเกิดความเครียดในการปฏิบัติงานมาก ตามมาด้วยการโยกย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน ส่งผลให้ยิ่งเกิดภาวะขาดบุคลากร แนวทางแก้ไขคือ ควรส่งพยาบาลวิชาชีพเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการให้มีอย่างน้อย 3 คน จัดระบบการหมุนเวียนออกปฏิบัติงานร่วมกับกลุ่มการพยาบาล และควรจัดให้มีพยาบาลที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ด้านอุปกรณ์การแพทย์ ปัญหาที่พบคือ เมื่อต้องให้บริการมากขึ้นทั้งในและนอกสถานที่ทำให้อุปกรณ์การแพทย์ที่ใช้บ่อยมีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องมือตรวจช่องคลอด (vaginal speculum) โคมไฟส่องตรวจภายใน ชุดจี้เย็น ในกรณีเร่งด่วนอาจยืมจากโรงพยาบาลข้างเคียงใช้ชั่วคราว จากนั้นควรพิจารณาความจำเป็นโดยการจัดหาซื้อเพิ่มเติม หรือจัดระบบการหมุนเวียน การฆ่าเชื้อ (sterilization) ให้ทันเวลาต่อการใช้งาน โดยอาจจัดเจ้าหน้าที่หน่วยจ่ายกลางขึ้นทำการฆ่าเชื้อเครื่องมือนอกเวลา นอกจากนั้นการใช้หัวจี้เย็นถูกเทคนิคจะทำให้หัวจี้เย็นใช้ได้นานและไม่เสียบ่อย

4. ด้านยานพาหนะ ปัญหาที่พบคือ การออกปฏิบัติงานนอกสถานที่ล่าช้า เนื่องจากขาดยานพาหนะ ขาดพนักงานขับรถ มีการใช้รถออกปฏิบัติภารกิจบ่อยครั้ง ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการการใช้รถที่ดี มีการวางแผนการใช้รถร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาล และการจัดทำแผนออกปฏิบัติงานล่วงหน้า

5. ด้านค่าตอบแทน ปัญหาค่าตอบแทนเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ออกปฏิบัติงานมีขวัญกำลังใจดีขึ้น การจ่ายค่าตอบแทนที่ต่ำเกินไปจะไม่เกิดแรงจูงใจให้ออกปฏิบัติงานโดยปกติพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจะได้รับค่าตอบแทน 500 บาทต่อเวร เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิได้จ่ายค่าตอบแทนให้พยาบาลผู้ให้บริการตรวจคัดกรองที่ออกปฏิบัติงานในชุมชนวันราชการในลักษณะค่าตอบแทนสำหรับการออกปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน ครั้งละ 120 บาทต่อคนต่อวัน สำหรับวันหยุดราชการได้พิจารณาจ่ายค่าตอบแทนในลักษณะตามภาระงาน (workload) โดยมีเกณฑ์ในการคำนวณ คือ ถ้ามีผู้มารับบริการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 45 คน ให้คิดค่าตอบแทนพยาบาลผู้ให้บริการคัดกรองคนละ 3 ชั่วโมงๆ ละ 80 บาท ถ้าตั้งแต่ 45 คนขึ้นไปให้คิดค่าตอบแทนให้คนละ 6 ชั่วโมง ซึ่งจะใกล้เคียงกับการขึ้นทำงานนอกเวลาราชการในโรงพยาบาล ทั้งนี้ การออกบริการนอกสถานที่ในวันหยุดราชการสามารถเพิ่มปริมาณผู้รับบริการได้จำนวนมาก

6. ด้านการเตรียมชุมชน เนื่องจากการเตรียมชุมชนและการเตรียมกลุ่มเป้าหมายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ปัญหาที่พบในการให้บริการ คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบแต่ละหมู่บ้านขาดการเตรียมชุมชน ทำให้ไม่มีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจ (กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 30-45 ปี) หรือมาตรวจน้อย และบางครั้งมีกลุ่มสตรีนอกเป้าหมายมาขอรับบริการด้วย ซึ่งแนวทางแก้ไขคือ จัดให้มีการเตรียมชุมชนก่อนวันตรวจคัดกรอง มีการสำรวจรายชื่อกลุ่มเป้าหมายโดยใช้โปรแกรม HCIS การออกจดหมายนัดชี้แจงและนัดวันตรวจ มีการตรวจรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ตกหล่นและกระตุ้นติดตาม มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านก่อนดำเนินการ และกระตุ้นเตือนในวันนัดตรวจ มีการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งปากมดลูก และความสำคัญของการตรวจคัดกรอง รวมทั้งระยะเวลาและความถี่ห่างของการตรวจคัดกรอง นอกจากนั้นยังมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ 1) สำหรับกลุ่มสตรีซึ่งพบรอยโรคผิดปกติ (acetowhite lesion) จากการชโลมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูและไม่สามารถรักษาด้วยการจี้เย็นในทันที ควรส่งตัวเข้ารับบริการการรักษาต่อที่โรงพยาบาลโดยมีระบบการติดตามตรวจสอบไม่ให้ตกหล่น

8. ด้านนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเบื้องต้น โดยวิธีวีไอเอซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่ำ มีความไวในการคัดกรองสูง ถึงแม้จะมีความจำเพาะต่ำกว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear นั้นก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการตรวจคัดกรองในที่ที่มีทรัพยากรจำกัด อย่างไรก็ตามในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ดำเนินการ 2 วิธีในกลุ่มเป้าหมายที่ทับซ้อนกัน คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-34, 36-39 และ 41-44

ปีให้ดำเนินการโดยวิธีวีไอเอ และสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ให้ดำเนินการด้วยวิธี pap smear ซึ่งสร้างความสับสนแก่ผู้ปฏิบัติงานเป็นอันมาก ทั้งนี้ นโยบายที่สับสนและการสนับสนุนงบประมาณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีผลกระทบต่อการดำเนินการเป็นอย่างมาก เนื่องจากนโยบายและการสนับสนุนด้านงบประมาณนั้น เน้นที่การตรวจคัดกรองด้วยวิธี pap smear ที่บุคลากรทางสาธารณสุขมีความคุ้นเคยมากกว่า จึงเลือกใช้วิธีการนี้ และทำให้ต้องรอการแปลผลการอ่านสไลด์ที่ส่งตรวจยืนยัน อีกทั้งยังไม่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ในทันที ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้สถานบริการเลือกวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกเบื้องต้นตามศักยภาพของสถานบริการ ในกลุ่มสตรีวัย 30-45 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเกิดความเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณ squamocolumnar junction มากที่สุด

วิจารณ์

จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจังหวัดแรกของประเทศไทยที่ได้มีการนำน้ำส้มสายชู 3-5% มาป้ายปากมดลูก เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ปากมดลูก โดยเริ่มต้นจัดเป็นโครงการวิจัยใน 4 อำเภอ คือ อำเภอพนมไพร อำเภอปทุมรัตต์ อำเภอเกษตรวิสัย อำเภอจตุรพักตรพิมาน ตั้งแต่ปี 2543 จากนั้นได้ขยายไปยังอำเภอต่างๆ ทั้งหมดของจังหวัดร้อยเอ็ด โดยอำเภอสุวรรณภูมิเข้าร่วมโครงการวีไอเอเมื่อ พ.ศ. 2545 เป็นอำเภอสุดท้ายของจังหวัด เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวของจังหวัดที่มีเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยาสามารถอ่านผล pap smear ได้ และให้บริการตรวจ pap smear เป็นอันดับ 2 ของจังหวัด (ประมาณปีละ 1000 ราย) รองจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ทั้งนี้สาเหตุที่อำเภอสุวรรณภูมิได้เข้าร่วมโครงการวีไอเอเนื่องจากในปี พ.ศ. 2545 ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ตั้งเป้าหมายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ที่ร้อยละ 80 ของประชากรสตรีวัย 30-45 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน ด้วยวิธีเดิมที่ผ่านมาแล้วจะไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ระบุได้ อีกทั้งทางคณะกรรมการบริหาร CUP ได้มีการสนับสนุนนโยบายสร้างสุขภาพ และทีมสุขภาพของอำเภอสุวรรณภูมิ มีความเห็นตรงกันว่าค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมีความคุ้มค่ามากกว่าค่ารักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งแล้ว นอกจากนั้นโครงการวีไอเอมีกระบวนการที่เป็นระบบและมีกลุ่มเป้าหมายชัดเจน คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-45 ปี ถ้าผลการตรวจปกติจะนัดอีก 5 ปี แต่ถ้าผิดปกติและอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถ รับการรักษาได้จะได้รับการรักษา โดยการจี้เย็นทันทีจากพยาบาลผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรมตามมาตรฐาน ส่วนรายที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ก็มีระบบการส่งต่อที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้พบสูตินรีแพทย์ต่อไป โครงการวีไอเอยังมีระบบฐานข้อมูลและวิธีการบันทึกที่ชัดเจน ไม่ซ้ำซ้อน สามารถตรวจสอบว่า

เป็นผู้มารับบริการใหม่หรือเคยรับบริการแล้ว ซึ่งหากโรงพยาบาลชุมชนทำการคัดกรองได้ครอบคลุมและติดตามในระยะ 5 ปี จะเหลือเป้าหมายสำหรับตรวจไม่มาก นอกจากนี้วิธีการตรวจวีไอเอยังเป็นการตรวจที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย เนื่องจากวัสดุที่ใช้หาได้ง่ายในพื้นที่ คือ น้ำส้มสายชู และบุคลากรที่ดำเนินงานก็ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์

ผลการดำเนินงานของอำเภอสุวรรณภูมิตั้งแต่เริ่มโครงการจนถึงปี พ.ศ. 2547 มีความครอบคลุมสูง และได้รับรางวัลอำเภอดีเด่นในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากโครงการ CERVICARE THAILAND เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 โดยมีจุดแข็ง คือ การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง และ การจับมือระหว่างผู้บริหารสาธารณสุขระดับอำเภอทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ สาธารณสุขอำเภอเพื่อกำหนดทิศทางองค์กร ประกาศเป็นนโยบายของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสุวรรณภูมิที่จะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีวีไอเอ และให้การสนับสนุนทุกรูปแบบ เพื่อบรรลุเป้าหมายของการตรวจคัดกรอง ส่วนประเด็นที่ยังเป็นข้อด้อยของอำเภอสุวรรณภูมิ คือ การเตรียมชุมชน นอกจากนั้นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 30 ได้ออกไปประกอบอาชีพนอกภูมิลำเนา ในประเด็นนี้อำเภอสุวรรณภูมิได้เตรียมการแก้ปัญหาโดยการรณรงค์ให้บริการตรวจคัดกรองในช่วงเทศกาลเช่น ปีใหม่ สงกรานต์ บุญบั้งไฟ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่กลุ่มเป้าหมายมักจะกลับมา เยี่ยมบ้าน รวมทั้งการติดตามกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การแนะนำและนัดหมายสตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี ที่มารับบริการอย่างอื่นที่สถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชนให้เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับในปีพ.ศ. 2549 จำนวนการตรวจคัดกรองโดยวิธีวีไอเอลดลง เนื่องจากปริมาณกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ไม่ได้เพิ่มขึ้น จึงเป็นการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่เหลือตกค้างมาจากปีก่อนหน้านี้ที่เหลือน้อยอยู่แล้ว จึงทำให้ดูเหมือนว่าปี พ.ศ.2549 ให้บริการได้น้อยลง

อย่างไรก็ตาม ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยร้อยละ 80 ได้ โดยสามารถทำได้เพียงร้อยละ 51.51 ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่

1. ปัญหาด้านจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นจริง กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดขึ้นนั้นได้มาจากข้อมูลสำมะโนประชากร แต่เมื่อทำการสำรวจและให้บริการพบว่ามีจำนวนกลุ่มเป้าหมายอยู่ในพื้นที่จริงน้อยกว่าเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวออกไปประกอบอาชีพนอกภูมิลำเนา

2. ปัญหาด้านการเตรียมชุมชน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนขาดความเข้าใจอย่างถูกต้องและมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อบริการการตรวจคัดกรอง รวมทั้งขาดการประชาสัมพันธ์อย่างเหมาะสมทำให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการคัดกรองน้อย

3. เนื่องจากปัญหาด้านนโยบายที่สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear ทำให้โครงการนี้ขาดการสนับสนุนหลายด้าน เช่น การสนับสนุนด้านประชาสัมพันธ์ การสนับสนุนด้านค่าตอบแทนในการออกปฏิบัติงานในพื้นที่ การจัดอบรมเพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถให้บริการได้ครบตามเป้าหมาย

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่จะประสบผลสำเร็จ ว่าจะต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญ ได้แก่ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ 2) การค้นหาโรคแต่เนิ่นๆ ซึ่งรวมถึงการสร้างกระแสความตระหนัก และการจัดโครงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ 3) การวินิจฉัยและการรักษาโดยพบว่าการควบคุมมะเร็งปากมดลูกจะได้ผลจะต้องสามารถรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบได้ด้วย และ 4) การดูแลเพื่อบรรเทาอาการสำหรับผู้ป่วยระยะลุกลามมากแล้ว[22] โครงการนี้มุ่งไปที่องค์ประกอบที่ 3 คือ การวินิจฉัยและการรักษาความผิดปกติที่ตรวจพบ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายสตรีที่มีผลการคัดกรองผิดปกติได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นสูงถึงร้อยละ 85.4 โดยมีทั้งการจี้เย็นทันทีและการนัดเพื่อมารับจี้เย็นโดยพยาบาลผู้ทำการตรวจเป็นผู้ให้การรักษาเอง ซึ่งการให้การรักษาเช่นนี้เป็นสิ่งที่แตกต่างจากการคัดกรองโดยวิธี pap smear ที่พยาบาลผู้คัดกรองไม่สามารถให้การรักษาแก่ผู้รับบริการได้ด้วยตัวเอง

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการประกอบด้วย ทิศทางองค์กร การคัดเลือกพยาบาลผู้ให้บริการและการเตรียมชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของกลุ่มพันธมิตรเพื่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก[5] ส่วนปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขที่พบจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่เกิดจากความขาดแคลนทรัพยากรและงบประมาณสอดคล้องคำแนะนำที่องค์การอนามัยโลกกล่าวไว้[22] ซึ่งสามารถจัดได้เป็น 4 กลุ่ม คือ ปัญหาอุปสรรคเชิงการเมือง ปัญหาอุปสรรคเชิงชุมชนและปัจเจกชน ปัญหาอุปสรรคเชิงเศรษฐกิจหรือความขาดแคลนทรัพยากร และปัญหาอุปสรรคเชิงเทคนิคและการบริหารจัดการขององค์กร

สรุป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานได้แก่ ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ และปัจจัยด้านชุมชน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่พบบ่อย ได้แก่ปัญหาของผู้ให้บริการ ปัญหาด้านผู้รับบริการ และปัญหาด้านการบริหารจัดการ การตรวจด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีที่มีประสิทธิผล ในการเพิ่มความครอบคลุมและการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และคุ้มค่าเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่าย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้มีรายนามต่อไปนี้ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษาฉบับนี้ ได้แก่ ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงคุณหญิง กอบจิตต์ ลิมปพยอม นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ดแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง และที่สำคัญคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกรายที่มารับบริการตรวจคัดกรอง

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์, วิชัยเดิมรุ่งเรืองเลิศ. เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก. ใน: กิจประมุข ตันตยาภรณ์, สมภพ จลิ้ม พงศานุรักษ์, เยื้อน ตันนิรันดร, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง ตรีสุโกศล. นรีเวช วิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พริ้นติ้งเฮ้าส์; 2544.

2. ไพรัช เทพมงคล. โรคมะเร็งสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์; 2528.

3. วสันต์ ลีนะสมิต, สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ. ตำรามะเร็งนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโฮลิสติกพับบลิชชิ่ง จำกัด; 2542.

4. Cervicare Thailand Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention: results from a demonstration project in rural Thailand – Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2003.

5. Alliance for Cervical Cancer Prevention. 10 Key findings and recommendations for effective cervical cancer screening and treatment programs. Aril 2007. Available at http://alliance-cxca.org/files/ACCP_recs_2007_factsheet_final.pdf Access on 4th August 2007.

6. Alliance for Cervical Cancer Prevention. ACCP strategies for supporting women with cervical cancer. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.

7. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy: a systematic literature review. Seattle: ACCP c/o PATH; 2003.

8. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Improving screening coverage rates of cervical cancer prevention programs: a focus on communities. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.

9. Alliance for Cervical Cancer Prevention. The case of investing in cervical cancer prevention. Seattle: ACCP c/o PATH; 2004.

10. Belinson JL, Pretorius RG, Zhang WH, Wu LY, Qiao YL, Elson P. Cervial cancer screening by simple visual inspection after acetic acid.

Obstet Gynecol 2001; 98:441-4.

11. Blumenthal P, Eamratsameekool W, Gaffikin L, Lewis R, Limpaphayom KK, Lumbiganon P, Srisupundit S, Tawatwichien N, Warakamin S. Evaluation of supply and demand factors affecting cervical cancer prevention services in Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2004.

12. Blumenthal P, Eamratsameekool W, Gaffikin L, Lewis R, Limpaphayom KK, Lumbiganon P, Ratana-arpha P, Srisupundit S, Tawatwichien N, Warakamin S. Suwannaphum district case study: high coverage in a large population, Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2004.

13. Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention – guidelines for low-resource settings. Baltimore: JHPIEGO; 2005.

14. Cardenas-Turanzas M, Follen M, Benedet JL, Cantor SB. See-and-treat strategy for diagnosis and management of cervical squamous intraepithelial lesions. Lancet Oncol 2005;6:43-50.

15. DiSaia PJ, Creasman WT. Clinical gynecologic oncology. 5th edition. St. Loius: Mosby Year Book; 1997:51-106.

16. Ferenczy A, Franco E. Cervical-cancer screening beyond the year 2000. Lancet Oncol 2001; 2:27-32.

17. Kleine AN, Gaffikin L, Blumenthal PD, editors; Implementing the single visit approach to cervical cancer prevention in low-resource setting: lessons from the field. Baltimore: JHPIEGO; 2005.

18. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists, JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003; 361:814-820.

19. Sankaranarayanan R, Esmy PO, Rajkumar R, Muwonge R, Swanimathan R, Shanthakumari S, Fayette JM, Cherian J. Effect of visual screening on cervical cancer incidence and mortality in Tamil Nadu, India: a cluster-randomised trial. Lancet 2007; 370:398-406.

20. Thailand/JHPIEGO Cervical Cancer Prevention Group. A qualitative evaluation of the acceptability and feasibility of a single visit approach to cervical cancer prevention – Roi Et Province, Thailand. Baltimore: JHPIEGO; 2003.

21. University of Zimbabwe, JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical-cancer screening: test qualities in a primary-care setting. Lancet 1999; 353:869-73.

22. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control – a guide to essential practice. Geneva: WHO Press; 2006.

The Evaluation of Visual Inspection Using Acetic Acid (VIA) Screening Program for Cervical Cancer and Cryotherapy at Suwannaphum District, Roi Et Province

Piyapong Ratana-aphr *

Abstract

The aims of this study were to evaluate the program of visual inspection using acetic acid (VIA) screening for cervical cancer and treating by cryotherapy, and to explore factors of success and obstacles of implementation. The study was performed by reviewing data of VIA screening results from cervix precancerous information system (CPIS) sorting out by Tambons or sub- districts, and by interviewing the participants, the practitioners and the administrators. It was found that of the overall 15,812 target women (30-45 years old), there were 8,145 women joined this program (51.51%). The abnormality was found to be 4.1%, of which 85.1% of them underwent cryotherapy. The factors of success associated with the leadership status, the practitioners- providers concern, and community issue. The obstacles related with clients, practitioners- providers, and management. The VIA screening was effective to increase coverage and accessibility for cervical cancer at District of Suwannaphum, Roiet.

Key words: cervical cancer, cancer screening, VIA, cryotherapy