การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกโดยระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานร่วมกับขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ดนัย สังข์ทรัพย์, พ.บ.*
สุนันทา ภักดีอำนาจ, ปพ.ส.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกโดยระบบ คัดกรองแบบเชื่อมประสานศึกษาร่วมกับขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก25 แห่ง **วัสดุและวิธีการ:** เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ:- 1) พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองในภาพรวม และกระบวนการรักษาแบบบูรณาการในโรงพยาบาล2) นำไปปฏิบัติในชุมชน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการและรูปแบบการตรวจ คัดกรองที่เหมาะสมแก่บริบทแต่ละที่ 3) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน 4) ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างชมรมสตรีต้านภัยมะเร็งกับขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มเป้าหมายคือสตรีผู้มีอายุ35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีสถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา **ผลการศึกษา:** จากการใช้กระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเชื่อมประสานร่วมกับขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเพิ่มอัตราร้อยละของกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้ก่อตั้งชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็งขึ้น13 ชมรม การตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 80.6 ในปี 2549 ร้อยละ 86.1 ในปี 2550 ร้อยละ 82.1 ในปี 2551 ร้อยละ 63.5 ในปี 2552 (ลดลงจากข้อผิดพลาดในการลงข้อมูล) ความชุกของเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ มะเร็งไม่ลุกลาม และมะเร็งลุกลามระยะแรกเป็น 0.17, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 100 **สรุป:** การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานร่วมกับขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ สามารถ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายได้เพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การบริการแบบเชื่อมประสาน, การแลกเปลี่ยนเรียนรู้, ศูนย์สุขภาพชุมชน

---

* โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จ.พิษณุโลก 65000

Abstract: The Coordinated Pap Smear Screening Program Worked with Knowledge Management
Danai Sungsub, M.D.*
Sunanta Pakdeeumnart, Dip. in Nursing and Midwife*
* Buddhachinnaraj Hospital Phitsanulok, Phitsanulok 6500
Nakhon Ratch Med Bull 2010; 34: 105-114.

Objective: To evaluated the outcome of the Coordinated Pap Smear Screening (CO-PAPS) Program worked with knowledge management carried out in 25 primary care units from Oct, 2005 to Sept, 2009. **Materials & Method:** An action research was divided into 4 main steps: 1) Formulating the CO-PAPS with knowledge management program 2) Implementing the program to the 25 PCUs by modifying the program to be appropriate for each PCU-Contact. 3) Empowering community participation and setting up anti-cancer club in community 4) Setting up the common goals between anti-cancer club and the knowledge exchange group movement. The progress of screening program was collected and examined periodically. Descriptive statistics were used. **Result:** After the implement action of CO-PAPS Program among the subjects who were 35, 40, 45, 50, 55, 60 years old and 13 active anti-cancer clubs were established, the screening coverage rates were up to 80.6% in 2006, 86.1% in 2007, 82.1% in 2008, and 63.5 % in 2009. The last figure was decreased due to error in PAP-register program. The prevalences of the precancerous lesion, the carcinoma in situ and the early invasive lesion were 0.17, 0.05 and 0.01 % respectively and 100 percent of them were successively referred and treated. **Conclusion:** CO-PAPS program with knowledge management increased the coverage rate of screening of cervical cancer in community.
Keywords: cervical cancer screening, coordinated program, knowledge management, primary care unit

ภูมิหลัง

มะเร็งถือเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประเทศไทยโดยพบอุบัติการณ์มะเร็ง (age-standardized incidence rate; ASR) ในผู้ชายสูงกว่าในผู้หญิงคือ 150 และ 125 รายต่อแสนในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ[1] ซึ่งอัตรานี้ค่อนข้างคงที่ในช่วง 13 ปี ที่ผ่านมา[2,3] สำหรับมะเร็งปากมดลูกนั้นถือเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรี รองลงมาเป็นมะเร็งเต้านม[3] มะเร็งปากมดลูกพบได้มากตามหัวเมือง ชุมชน และชนบท ถือเป็นปัญหาทั้งระดับชาติและระดับท้องถิ่นเพราะอุบัติการณ์ค่อนข้างสูง[1-4] นำมาซึ่งการสูญเสียค่าใช้จ่ายของภาครัฐทั้งเป็นภาระของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามต้องอาศัยแพทย์ผู้ชำนาญการผ่าตัดและการรักษาด้วยรังสีรักษา ซึ่งมักอยู่ตามหัวเมืองใหญ่และในกรุงเทพมหานคร ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับความสะดวก จากการศึกษาที่จังหวัดขอนแก่น พบผู้ป่วยขาดการติดตามรักษาสูงถึงร้อยละ 27.4[5]

การตรวจคัดกรองเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ลดอัตราตายและลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้แก่

ประชาชน ตรวจหาเซลล์ผิดปกติก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ[6] และพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ[6] แต่ความเป็นจริงอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งด้วยวิธี Pap smear ยังต่ำ เช่น การสำรวจในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 20 ปีเคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งร้อยละ 66.9 และร้อยละ 33.1 ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน[7]

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกซึ่งเปิดให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสัปดาห์ละ ครึ่งวันมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ต่อมาได้เข้าร่วมโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าและรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) นอกเขตเทศบาลนครพิษณุโลกทั้งหมด 25 แห่ง โดยกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว เป็นผู้รับผิดชอบในการจัดบริการ จากการสำรวจสภาพปัญหาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน ศสช. เครือข่ายโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกในปี 2546 มีอัตราความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพียงร้อยละ 11.0 เท่านั้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัญหาจากการขาดแคลนแพทย์เจ้าหน้าที่ในชุมชนที่สามารถตรวจได้มีจำนวนน้อย ไม่มีระบบการส่งอ่านผล การส่งต่อและการรักษาอย่างเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน โรงพยาบาลฯ จึงได้พัฒนาระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อบริบทพื้นที่ พัฒนาบุคลากร พัฒนาระบบเชื่อมประสานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน คือ โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเชื่อมประสาน [Coordinated Pap Smear Screening (CO-PAPS) Pro-gram] ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 45.0 และ 64.5 ในปี พ.ศ. 2547 และ 2548 ตามลำดับ[8] การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบเชื่อมประสานร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผู้ป่วยและวิธีการ

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) เพื่อพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ ครอบคลุม และสร้างเสริมความร่วมมือของภาคประชาชน มีขั้นตอนพัฒนาที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ได้แก่การพัฒนาระบบเชื่อมประสาน การให้ความรู้และแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนเพื่อพัฒนาสู่การก่อตั้งชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง การสร้างขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชมรม ประชากรกลุ่มศึกษา คือ เจ้าหน้าที่พยาบาลและสาธารณสุขและสตรีกลุ่มเป้าหมายในศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 25 แห่งในเครือข่าย ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552

ขั้นตอนที่ 1 ดำเนินการระบบเชื่อมประสาน การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (system development) โดยใช้ฐานชุมชนเป็นแหล่งให้บริการ เรียกระบบคัดกรองนี้ว่า "การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสาน[8] เพื่อตอบสนองต่อการจัดบริการทั้งเชิงรุก (ในชุมชน) และเชิงรับ (ในโรงพยาบาล) ใช้วิธีตรวจดั้งเดิม(Pap smear) ระบบ CO-PAPS ประกอบด้วยระบบในโรงพยาบาล ระบบเชื่อมประสานและส่งต่อ และระบบในชุมชน ซึ่งระบบในโรงพยาบาล ได้แก่พยาธิแพทย์และห้องปฏิบัติการย้อมสไลด์และอ่านผล สูติแพทย์และพยาบาลที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกและ ห้องส่องกล้องคอลโปสโคป, หอผู้ป่วยใน ระบบเชื่อมประสานและส่งต่อ ได้แก่แพทย์และพยาบาลเวชศาสตร์ครอบครัวที่ทำหน้าที่ประสานงาน สนับสนุนรูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาให้เหมาะสมต่อบริบทของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน

ขั้นตอนที่ 2 นำไปปฏิบัติในชุมชนโดยประยุกต์ใช้กระบวนการและรูปแบบการตรวจ คัดกรองที่เหมาะสมแก่บริบทแต่ละที่ การปรับรูปแบบการให้บริการให้

เหมาะสมต่อบริบทของชุมชน(tailored made Pap smear services) ได้พัฒนารูปแบบการให้บริการตามบริบท3 รูปแบบ ได้แก่ การรณรงค์ตรวจ, การสร้างแรงจูงใจและรูปแบบบริการเคลื่อนที่

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการให้ความรู้สร้างความตระหนักและส่งเสริมการก่อตั้งชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็งเพื่อช่วยให้การตรวจคัดกรองในชุมชนต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่4 ตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างชมรมสตรีต้านภัยมะเร็ง กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับการสร้างแรงจูงใจในการกำหนดอัตราความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การประเมินการมีส่วนร่วมของประชาชนประเมินจากจำนวนชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง นอกจากนี้ยังประเมินอัตราการครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผลการตรวจที่ผิดปกติ นำเสนอเป็นค่าความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา

สำหรับรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าเมื่อมีการจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็งของตำบลต่าง ๆ ก็เกิดการพัฒนาการดำเนินงาน และรูปแบบการคัดกรองที่ผสมผสานกัน ส่วนใหญ่จะเป็นรูปแบบการสร้างแรงจูงใจ โดยให้ของรางวัลหรือค่าตอบแทน เช่น ค่าเดินทาง หรือมีการแข่งขันกันระหว่างสมาชิกชมรมที่สามารถพากลุ่มเป้าหมายมาตรวจได้มากที่สุด หรือหมู่บ้านที่มีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจมากที่สุด เป็นรูปแบบที่ใช้มากที่สุด รองลงมาคือการให้บริการเคลื่อนที่และการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างชมรมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ ดังตารางที่ 1

ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป้าหมาย คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้นำชุมชน พบว่าเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2552 ได้ก่อตั้งชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง 13 แห่ง และกำลัง ดำเนินการก่อตั้งชมรมอีกหลายแห่ง

อัตราการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย (สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2549 ครอบคลุมร้อยละ 80.6 ปี พ.ศ. 2550 ครอบคลุมร้อยละ 86.1 ปี พ.ศ. 2551 ครอบคลุมร้อยละ 82.1 ปี พ.ศ. 2552 ครอบคลุมร้อยละ 63.5 ดังตารางที่ 2 ผลการตรวจเป็น cervical intraepithelium neoplasia (CIN), มะเร็งปากมดลูกชนิดไม่ลุกลาม (carcinoma in situ; CIS) และมะเร็งปากมดลูกระยะแรก(early invasive carcinoma; EIC) ทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2549, 2550, 2551 และ 2552 เป็น 18 ราย, 11 ราย, 16 ราย และ19 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราต่อ 1,000 รายเป็น 3.50, 1.86, 2.75 และ 1.59 ตามลำดับ พบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในปี 2549 จำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 0.38 ต่อ 1,000 ราย และ ในปี 2551 จำนวน 1 ราย คิดเป็น 0.17 ต่อ 1,000 ราย ดังตารางที่3 ความชุกของprecancerous lesion, CIS, EIC เป็นร้อยละ 0.17, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ในการให้การดูแลส่งต่อเพื่อตรวจเพิ่มเติมในรายที่พบว่ามีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกสามารถทำได้ ร้อยละ 100.0

ตารางที่ 1 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน ศูนย์สุขภาพชุมชน

รูปแบบการคัดกรอง	จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน (แห่ง)
รณรงค์ตรวจร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ	15
การให้บริการเคลื่อนที่(mobile)	2
การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับการสร้างแรงจูงใจ	2

ตารางที่ 2 อัตราความครอบคลุมของการตรวจPap smear ในชุมชนจากการให้บริการรูปแบบต่าง ๆ

ปี (พ.ศ.)	กลุ่มเป้าหมาย (ราย)	อัตราความครอบคลุม (ร้อยละ)
2549	5,133	80.6
2550	5,912	86.1
2551	5,816	82.1
2552	3,765	63.5

หมายเหตุ: สตรีกลุ่มเป้าหมาย ปี 2549-2551: สตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี ปี 2552: เปลี่ยนเป็นอายุ 30-60 ปี

และในรายที่พบว่ามีความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง(precancerous), CIS และ EIC ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 100.0 ดังตารางที่ 4

ในปีพ.ศ. 2552 พบว่าอัตราร้อยละของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงวิธีการลงทะเบียนข้อมูล (Program PAP-register) จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ(สปสช.) ทำให้เกิดการดำเนินงานผิดพลาด แต่อย่างไรก็ตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงผ่านเกณฑ์ คือได้ร้อยละ 63.5 ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นภารกิจที่สำคัญอย่างหนึ่งในการป้องกันโรคในชุมชนของศูนย์สุขภาพชุมชน[9] การพัฒนาขีดความสามารถทำได้โดยการสอนความรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน การทำให้เข้าถึงบริการง่ายขึ้นเพื่อให้ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจและมารับบริการเพิ่มขึ้นและเตรียมเครื่องมืออัดยเทคนิคปราศจากเชื้อ[10] ซึ่งการตรวจคัดกรองสามารถ ลดอัตราตาย จากมะเร็งปากมดลูกได้อย่างชัดเจน แต่ต้องใช้กำลังเจ้าหน้าที่และทรัพยากรจำนวนมาก รวมทั้งกระจายการบริการอย่างทั่วถึง[11] ระยะห่างของการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมจะช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่และค่าใช้จ่ายได้ การตรวจทุก 3 ปีสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 30.0 และ 63.0 ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปีและอายุ 40-54 ปีตามลำดับ ขณะที่การตรวจทุก 5 ปีสามารถลดความเสี่ยงได้ร้อยละ 41.0 และ 69.0 ตามลำดับ แต่การตรวจทุก 3 ปีเสียค่าใช้จ่ายสูงกว่า การตรวจทุก 5 ปี ถึงร้อยละ 60.0-66.0[12] สำหรับประเทศไทยสถาบันมะเร็งแห่งชาติแนะนำให้ตรวจคัดกรองทุก ๆ 5 ปี[13] ซึ่งโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและศูนย์

ตารางที่ 3 ผลการตรวจชิ้นเนื้อปีพ.ศ. 2549-2552

ปี พ.ศ.	จำนวนทั้งหมด (ราย)	CIN		CIS		EIC		ความผิดปกติทั้งหมด	
		จำนวน (ราย)	อัตราต่อ 1,000ราย	จำนวน (ราย)	อัตราต่อ 1,000ราย	จำนวน (ราย)	อัตราต่อ 1,000ราย	จำนวน (ราย)	อัตราต่อ 1,000ราย
2549	5,133	8	1.55	8	1.55	2	0.38	18	3.50
2550	5,912	10	1.69	1	0.16	0	0	11	1.86
2551	5,816	13	2.23	2	0.34	1	0.17	16	2.75
2552	3,765	6	1.59	0	0	0	0	6	1.59
รวม	20,626	37	1.79	11	0.53	3	0.14	51	2.47
อัตราผิดปกติ (ต่อ 100,000 ราย)		179.38		53.33		14.54		247.56	

หมายเหตุ: CIN: cervical intraepithelial neoplasia, CIS: Carcinoma in situ, EIC: Early invasive carcinoma

สุขภาพชุมชนในเครือข่ายได้นำมาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติแต่ปิดโอกาสให้ผู้มีความเสี่ยงสูงได้รับการตรวจถี่ขึ้น การค้นหาและให้การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกนั้นทำได้ค่อนข้างยาก เพราะส่วนใหญ่ไม่มีอาการทำให้สตรีขาดความตระหนักและไม่ยอมมาตรวจ ในปี พ.ศ. 2546 ก่อนการปรับระบบตรวจคัดกรองมีสตรีมารับการตรวจในชุมชนเพียงร้อยละ 11.0 หลังจากพัฒนาระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานซึ่งแก้ปัญหา ระยะเวลาการส่งอ่านผลสไลด์ การจัดเก็บรวบรวม ข้อมูลอย่างเป็นระบบการส่งต่อ และมีจุดเด่นคือเปลี่ยนสถานที่ตรวจจากในโรงพยาบาลออกไปยังศูนย์สุขภาพชุมชน ซึ่งแก้ปัญหาการเข้าถึงการบริการได้ระดับหนึ่งและเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์เพราะในแต่ละปีมีสตรี 6,500-7,000 คนที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมายซึ่งกระจายอยู่ในชุมชนต่าง ๆ การให้บริการตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่พยาบาลและสาธารณสุขได้รับความนิยมทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศกำลังพัฒนาเพราะมีประสิทธิภาพและคุณภาพ[14]

ช่วงแรกของการตรวจคัดกรอง ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนโดยการรณรงค์ตามปกติและให้บริการตรวจ ในสถานบริการเพียงอย่างเดียวมีสตรีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจน้อย อีกทั้งบางแห่งมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอ จึงได้ปรับกลยุทธ์โดยจัดบริการแบบเคลื่อนที่ (mobile Pap screening) โดยการระดมเจ้าหน้าที่จากศูนย์สุขภาพชุมชนที่ยังไม่ได้รณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือรอลำดับการรณรงค์อยู่ร่วมกันไปออกหน่วยเคลื่อนที่ ซึ่งเหมาะสำหรับชุมชนที่อยู่ห่างไกลหรือชุมชนขนาดใหญ่ซึ่งเข้าถึงบริการได้ยาก[15-16] กับการตรวจโดยการรวมพื้นที่และเจ้าหน้าที่ซึ่งเหมาะสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีเจ้าหน้าที่น้อย ทำให้อัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองได้ตามเป้าหมายของกระทรวง (ร้อยละ 50.0) นอกจากนี้การรณรงค์โดยการสร้างแรงจูงใจนั้นได้ผลดีแต่อาจไม่ยั่งยืน การให้ข้อมูลที่ครบถ้วนจะช่วยให้สตรีร่วมมือในการตรวจครั้งต่อไป[17] เพราะผู้รับบริการส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีและมีความกลัวหลายอย่าง เช่น กลัวเลือดออก กลัวเป็นมะเร็ง กลัวเจ็บ กลัวเจ้าหน้าที่[18, 19] ดังนั้นการศึกษาข้อมูลด้านทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จ[20] ถึงแม้อัตราการตรวจคัดกรองมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ยังไม่ถึงระดับที่น่าพอใจ คือ ขั้นต่ำร้อยละ 50.0 อาจเนื่องจากหลายสาเหตุ ได้แก่ ด้านบริการ (มีจำนวนเจ้าหน้าที่และความครอบคลุมยังไม่เพียงพอ) และด้านประชาชนเช่น ขาดความตระหนัก กลัว อาย ไม่มีเวลา เข้าไม่ถึงบริการ ดังนั้นต้องพัฒนาทั้งด้านบริการ ด้านการเข้าถึงบริการและการแสวงหาความร่วมมือจากประชาชนและขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งภารกิจหลังต้องใช้กระบวนการที่เฉพาะและเวลาเนื่องจากเกี่ยวข้องกับความเชื่อและบริบทของพื้นที่

ตารางที่ 4 ผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการส่งรักษาแบบครบวงจร ระหว่างปี 2549-2552

ปี (พ.ศ.)	พบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก		ผู้ป่วยที่พบความผิดปกติทั้ง 3 ระยะ	
	จำนวน (ราย)	การส่งต่อ (ราย) (ร้อยละ)	จำนวน (ราย)	การส่งต่อ (ราย) (ร้อยละ)
2549	18	18 (100.0)	18	18 (100.0)
2550	23	23 (100.0)	11	11 (100.0)
2551	16	16 (100.0)	16	16 (100.0)
2552	6	6 (100.0)	6	6 (100.0)

ปัจจัยที่มีผลต่อความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งคือนโยบายและแผนงานของหน่วยงานที่สนับสนุนด้านงบประมาณ ดังจะเห็นได้จากในปี 2552 อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงเหลือร้อยละ 63.5 จากการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปรับเรื่องการจ่ายค่าตอบแทนและเปลี่ยนแปลงการลงทะเบียนข้อมูล (Program PAP-register) ทำให้การดำเนินงานล่าช้าออกไปและได้อัตราการครอบคลุมน้อยกว่าปีที่ผ่านมา

วิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีหลายชนิด แต่การตรวจแบบ Pap smear ซึ่งใช้ในโครงการนี้เป็นการตรวจที่ได้รับความนิยมและใช้กันมานานแล้วในประเทศไทย แม้มีความไวค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 70.0) แต่มีความจำเพาะเจาะจงสูง (ร้อยละ 78.0)[21] ความถูกต้องของการอ่านผลอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ[22] ส่วนวิธีใช้แปรงหรืออุปกรณ์ที่คล้ายพู่กันป้ายปากมดลูกแล้วนำมาละลายในสารละลายที่เตรียมไว้ (liquid based cytology) มีความไวร้อยละ 80.0-90.0 แต่มีราคาแพงและยังไม่เพร่หลายนัก[23] สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาการตรวจปากมดลูกด้วย acetic acid ถือเป็นวิธีตรวจอย่างง่าย ถ้าพบความผิดปกติสามารถรักษาโดยการจี้เย็นได้ด้วย จากการศึกษาพบว่าได้ผลน่าพอใจเพราะสามารถตรวจ และรักษาได้ในครั้งเดียวกัน[24,25] มีข้อดีคือ ไม่ต้องอาศัยพยาธิแพทย์อ่านแผ่นสไลด์และสามารถตรวจได้โดยพยาบาล[26] สำหรับการตรวจส่องกล้องคอลโปสโคปและการตัดชิ้นเนื้อเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการวินิจฉัย precancerous และ cancerous lesion[27] ซึ่งโรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลกให้บริการอยู่แล้ว ทั้งนี้การตรวจ HPV-DNA ร่วมกับ การตรวจแบบดั้งเดิมช่วยทำนายโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ดียิ่งขึ้น[28]

การมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญต่อความสำเร็จของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการสื่อสารให้ประชาชนเข้าใจและตระหนักถึงสุขภาพของตนเองและอันตรายจากมะเร็งปากมดลูก ดังเช่นผ่านชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง ซึ่งชมรมฯ มีบทบาทสำคัญในการรณรงค์และค้นหาสตรีกลุ่มเป้าหมาย การจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยนำผู้ป่วยในชุมชนมาให้ความรู้และกระตุ้นให้สตรีในชุมชนตระหนักถึงปัญหา พบปะแลกเปลี่ยนทัศนะและประสบการณ์ระหว่างชมรมและช่วยก่อตั้งชมรมฯ ในศูนย์สุขภาพชุมชนอื่น ตลอดจนคิดค้นนวัตกรรมเพื่อกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจมากขึ้น ได้แก่การตรวจมะเร็งเคลื่อนที่เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึง การตรวจโดยเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นสตรีเพื่อลดความอาย การให้รางวัลเพื่อจูงใจในชุมชนที่มีความร่วมมือต่ำและยากจน การใช้มาตรการหลาย ๆ อย่างเช่น การให้ความรู้และจัดหน่วยเคลื่อนที่[29] โดยเฉพาะในชุมชนห่างไกล[30] ให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด[31] การค้นหาสตรีและพื้นที่เสี่ยงและจัดระบบการอ่านผลที่ดี[32] แต่การให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนและให้เฉพาะกลุ่มประชากรหรือพื้นที่ถือเป็นปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จมากที่สุด[33] สำหรับโครงการนี้ได้เน้นพัฒนาการให้บริการตามสภาพที่เป็นจริงและผสมผสานการจัดบริการหลาย ๆ อย่าง รวมถึงการจัดขบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรด้านสาธารณสุขและชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็งให้ได้มากที่สุด สำหรับภาพรวมของประเทศไทยการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพราะอัตราการเกิดโรคมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น[34] โดยการกำหนดนโยบายและให้การสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอและต่อเนื่องได้แก่ การกำหนดแนวทางการตรวจคัดกรองของประเทศ[13] มีระบบการอ่านและแปลผลที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน[13] มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเหมือนต่างประเทศ[35,36] การสนับสนุนงบประมาณและสร้างแรงจูงใจโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ[37] ส่วนระดับจังหวัดหรืออำเภอต้องพัฒนาระบบการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับศูนย์สุขภาพชุมชนหรือสถานีอนามัยหรือสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ เพื่อเชื่อมโยงกับบริการ

ข้อมูลและการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องที่สำคัญที่สุดคือ สถานบริการต้องปรับรูปแบบการตรวจคัดกรองในระดับชุมชนให้เข้ากับบริบทของพื้นที่และเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด ระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานที่โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกและพันธมิตรเครือข่ายได้ร่วมกันพัฒนาและนำไปใช้ในพื้นที่รับผิดชอบถือเป็นมาตรการหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเน้นการมีระบบสนับสนุน จัดบริการตามบริบทของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การศึกษาครั้งนี้พบว่าได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ซึ่งในอนาคตจำเป็นต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การป้องกันโรคนี้ประสบผลสำเร็จอย่างยั่งยืน

สรุป

การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วย ระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชนมีความครอบคลุมเพิ่มขึ้น พบความชุกของ precancerous lesion, carcinoma in situ, early invasive carcinoma เป็นร้อยละ 0.17, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อนุญาตให้ทำวิจัยครั้งนี้ นายแพทย์วิโรจน์ วรรณะภิระ นายแพทย์นิพัธ กิตติมานนท์ ที่สนับสนุนให้ศึกษาข้อมูลต่อเนื่อง ศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 25 แห่ง และชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็งทั้ง 13 ชมรม ที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. Deerasamee S, Martin N, Sontipong S, Sriamporn S, Vatanasapt V, Parkin DM, et al. Cancer in Thailand. Vol. II 1992-1994. Lyon: IARC Technical Report no. 34; 1998. p.134-5.
2. Vatanasapt V, Martin N, Sriplung H, Chindavijak K, Sontipong S, Sriamporn S, et al. Cancer in Thailand 1988-1991. Lyon: IARC; 1993. p.88-9.
3. Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootipux L, editors. Cancer in Thailand. Vol. III 1995-1997. Bangkok: National Cancer Institute; 2003. p.9-18.
4. Vatanasapt V, Sriamporn S, Vatanasapt P. Cancer control in Thailand. Jpn J Oncol 2002; 32 (suppl 1): S82-S91.
5. Sriamporn S, Swaminathan R, Parkin DM, Kamsa-ard S, Hakama M. Loss-adjusted survival of cervix cancer inKhon Kaen, northeast Thailand. Br J Cancer 2004; 91: 106-10.
6. Boonmongkon P, Nichter M, Pylypa J, Sanhajariya N, Saitong S. Women's health in northeast Thailand: working at the interface between the local and the global. Women Health 2002; 35: 59-80.
7. Kritpetcharat O, Suwanrungruang K, Sriamporn S, Kamsa-Ard S, Kritpetcharat P, Pengsaa P. The coverage of cervical cancer screening in Khon Kaen, northeast Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2003; 4: 103-5.
8. วิโรจน์ วรรณภิระ, สุนันทา ภักดีอำนาจ, นิพัธ กิตติมานนท์, ปฏิพิมพ์ อยู่คง, พัลลภ พงษ์สุทธิรักษ์, สุชาติ พรเจริญพงศ์, กิตติยา วิจิตรพฤกษ์. การควบคุมและควบคุมมะเร็งปากมดลูกโดยระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสาน พุทธชินราช เวชสาร 2549; 23: 164-75.
9. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. บริการสุขภาพ ใกล้ใจ-ใกล้บ้าน. นนทบุรี สำนักงาน โครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข 2545.
10. Raffle AE, Quinn PAM, Babb PJ, Brett MT. Outcome of screening to prevent cancer. Analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modeling of cases and death prevented. BMJ 2003; 326: 901.
11. Raffle AE. Cervical screening: Recent changes in policy regarding age and frequency are a poor use of resources. BMJ 2004; 328: 1272-3.
12. Mandelblatt J, Traxler M, Lakin P, Thomas L, Chauhan P, Matseoane S, et al. A nurse practitioner intervention to increase breast and cervical cancer screening for poor,

elderly black women. The Harlem Study Team. J Gen Intern Med 1993; 8: 173-8.

13. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. แผนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2543.
14. Thommasen H, Lenci P, Brake I, Anderson G. Cervical cancer screening performed by a nurse. Evaluation in family practice. Can Fam Physician 1996; 42: 2179-83.
15. Swaddiwudhipong W, Chaovakiratipong C, Nguntra P, Mahasakpan P, Tatip Y, Boonmak C. A mobile unit: an effective service for cervical cancer screening among rural Thai women. Int J Epidemiol 1999; 28: 35-9.
16. Bushley AW, Cassel K, Hernandez BY, Robinett H, Goodman MT. Tailored multi-media campaign to promote the human papillomavirus cohort study to young women. Prev Med 2005; 41: 98-101.
17. Brenna SM, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Knowledge, attitudes, and practices related to the Pap smear among women with cervical cancer. Cad Saude Publica 2001; 17: 909-14.
18. Lamadrid A S. Knowledge and fears among Chilean women with regard to the Papanicolaou test. Bull Pan Am Health Organ 1996; 30: 354-61.
19. Conway K. Attitudes to Papanicolaou smears. J Psychosom Obstet Gynaecol 1996; 17: 189-94.
20. Sriamporn S, Kritpetcharat O, Nieminen P, Suwanrungraung K, Kamsa-ard S, Parkin DM. Consistency of cytology diagnosis for cervical cancer between two laboratories. Asian Pac J Cancer Prev 2005; 6: 208-12.
21. จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูกภาย ในเยื่อบุ. ใน: จตุพล ศรีสมบูรณ์ บรรณาธิการ. มะเร็งวิทยานรีเวช. กรุงเทพฯ: พี.บี. ฟอเรนบุ๊คเซนเตอร์; 2540. หน้า 78-9.
22. Mayor S. NHS cervical screening programme to introduce liquid based cytology. BMJ 2003; 327: 948.
23. Bentz JS. Liquid-based cytology for cervical cancer screening. Expert Rev Mol Diagn 2005; 5: 857-71.
24. Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists (RTCOG) and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003; 361: 814-20.
25. Bomfim-Hyppolito S, Santana F E, Gomes de Matos M F R, Matos de Albuquerque C, Nunes GC. Cervicography as an adjunctive test to visual inspection with acetic acid in cervical cancer detection screening. Int J Gynaecol Obstet 2006; 92: 58-63.
26. Dresang LT. Colposcopy: an evidence-based update. J Am Board Fam Pract 2005; 18: 383-92.
27. Denny LA, Wright TC Jr. Human papillomavirus testing and screening. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2005; 19: 501-15.
28. Swaddiwudhipong W, Chaovakiratipong C, Nguntra P, Mahasakpan P, Lerdlukanavonge P, Koonchote S. Effect of a mobile unit on changes in knowledge and use of cervical cancer screening among rural Thai women. Int J Epidemiol 1995; 24: 493-8.
29. Vivilaki V, Romanidou A, Theodorakis P, Lionis C. Are health education meetings effective in recruiting women in cervical screening programmes? An innovative and inexpensive intervention from the island of Crete. Rural Remote Health 2005; 5: 376.
30. Agurto I, Arrossi S, White S, Coffey P, Dzuba I, Bingham A, et al. Involving the community in cervical cancer prevention programs. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89: S38-S45.
31. Suba EJ. Crossing the quality chasm: a requirement for successful cervical cancer prevention in developing countries. Clin Lab Med 2004; 24: 945-63.
32. Black ME, Yamada J, Mann V. A systematic literature eview of the effectiveness of community-based strategies to increase cervical cancer screening. Can J Public Health 2002; 93: 386-93.
33. Pannarunothai S. Cancer care in Thailand and future scenario for Naresuan university. Proceeding of the 11th International Charles Heidelberger Symposium on Cancer

Research; 2006 January 26-29; Naresuan University, Phitsanulok, Thailand.

34. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ. American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA Cancer J Clin 2003; 53: 27-43.

35. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for cervical cancer. [cited 2006 July 1]. Available from: URL: http://www.ahrq.gov/clinic/ uspstf/uspscerv.htm

36. ACOG. ACOG Practice Bulletin. Management of abnormal cervical cytology and histology. Obstet Gynecol 2005; 3: 645-55.