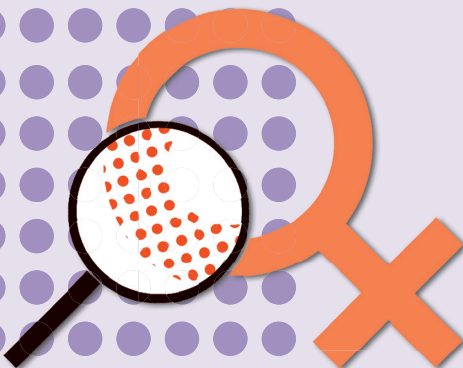


รายงานวิจัย

การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ
โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)
และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย

The Evaluation of Outcomes and Determinants of Cervical Cancer
Screening Programme Using Pap Smear and Visual Inspection
with Acetic Acid in Thailand



รายงานวิจัย

การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ
โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)
และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย

The Evaluation of Outcomes and Determinants of Cervical Cancer Screening
Programme Using Pap Smear and Visual Inspection with Acetic Acid in Thailand

งานวิจัยโดย

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

รายงานวิจัย

การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย

The Evaluation of Outcomes and Determinants of Cervical Cancer Screening Programme Using Pap Smear and Visual Inspection with Acetic Acid in Thailand

คณะผู้วิจัย

นายธีระ	ศิริสมุด ¹
น.ส.รักมณี	บุตรชน ¹
น.ส.เชิญขวัญ	ภุชฌงค์ ¹
รศ. นพ. หัซซา	ศรีปลั่ง ²
ดร. ภกญ. นัยนา	ประดิษฐ์สิทธิกร ¹
ผศ. ดร. ลีลี	อิงศรีสว่าง ^{1, 3}
รศ. ดร. ภก. เหนติ	สุขสมบูรณ์ ^{1, 4}
ดร. ภกญ. ศรีเพ็ญ	ตันติเวสส ¹
ดร. นพ. ยศ	ศิริวัฒนานนท์ ¹

¹ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP)

ชั้น 6 อาคาร 6 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

² หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

เลขที่ 15 ถนนกาญจนาภิเษย์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110

³ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

เลขที่ 50 ถนนพหลโยธิน เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900

⁴ ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 447 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รายชื่อทีมเก็บข้อมูล

- | | |
|-------------------|--------------|
| 1. นางสาวสุพัฒน | พุ่มกุล |
| 2. นางสาวธีรนันท์ | บัวบาน |
| 3. นางสาวอุญชนา | บุษหมั่น |
| 4. นางสาวพรอุมา | สินธุ์ประจิม |
| 5. นางสาวอัชฌา | บัวบาน |

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลและการประสานงานกับผู้รับผิดชอบในจังหวัด ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติในความอนุเคราะห์กำหนดกลุ่มตัวอย่าง และระบุพื้นที่เป้าหมาย และขอบคุณเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบันที่เอื้อเพื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการนำเข้าและจัดการข้อมูลงานวิจัย รวมถึงขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ประสานงานระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ทั้ง 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ พิชญ์โลก นครพนม ร้อยเอ็ด นครราชสีมา นครปฐม เพชรบุรี สระแก้ว ชุมพร นครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา ที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยในครั้งนี้

คณะผู้วิจัย

พ.ศ. 2553

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ ทั้งที่มีการสนับสนุนการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาความผิดปกติของเซลล์ระยะเริ่มต้นก่อนที่จะลุกลามจนกลายเป็นมะเร็งมามากกว่า 40 ปีแล้ว แต่จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2548 พบอัตราการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายยังต่ำมาก จึงเป็นที่มาของการดำเนินโครงการสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการสำรวจกลุ่มตัวอย่างหญิงไทย รวมทั้งปัจจัยด้านผู้บริหารและผู้ให้บริการ

การศึกษาดำเนินการใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 โดยศึกษาเชิงสำรวจครัวเรือนในหญิงตัวอย่างอายุ 30-60 ปี ที่มีการสุ่มอย่างเป็นระบบและเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์จำนวน 4,600 คน และส่งแบบสอบถามตอบกลับไปยังผู้ให้บริการและผู้บริหารระดับจังหวัดที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3,600 คน เก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งสิ้น 4,512 คน ในกลุ่มหญิงตัวอย่าง และ 1,943 คนในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้บริหารระดับจังหวัด การวิเคราะห์ข้อมูลมีทั้งสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการพิจารณาปรับปรุงกลยุทธ์และวิธีการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกต่อไป

ผลการศึกษาพบว่า

- กลุ่มตัวอย่างหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ระบุว่าตนเองเคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาคิดเป็นร้อยละ 68 โดยไม่พบความแตกต่างของอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 12 จังหวัดที่ทำการศึกษา ซึ่งหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองในรอบ 1-2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551 และ พ.ศ. 2552)
- ไม่มีอาการผิดปกติที่บ่งว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่สะดวกหรือไม่มีเวลาไปตรวจคัดกรอง รวมทั้งอายุเจ้าหน้าที่ เป็นเหตุผลที่พบค่อนข้างมากในหญิงตัวอย่างกลุ่มที่ไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- การที่หญิงประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีอายุในช่วง 40-50 ปี หญิงเคยตั้งครรภ์ การกระตุ่นจากสามีหรือสมาชิกในครอบครัว เคยรับข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่หญิงเขตเมือง หญิงมุสลิม หญิงสุบบูห์รี หญิงที่เข้าใจผิดว่าหลังตรวจไม่พบความผิดปกติแล้วไม่ต้องมาตรวจซ้ำอีกเลย และการเข้าใจผิดว่าบริการตรวจคัดกรองมีเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้นเป็นปัจจัยขัดขวาง
- ผู้บริหารและผู้ให้บริการเห็นความสำคัญต่อปัญหามะเร็งปากมดลูกและเห็นว่าการตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่จะช่วยลดปัญหานั้นได้ รวมทั้งส่วนใหญ่เห็นว่าโครงการตรวจคัดกรองที่ผ่านมาไม่ได้ถือว่าเป็นการเพิ่มภาระมากนัก หากเพียงทิศทางการนโยบายมีความชัดเจน ผู้ปฏิบัติงานพื้นที่ก็พร้อมดำเนินงาน

- โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 ประสบความสำเร็จในระดับที่น่าพอใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะเวลา 1-2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2552) เนื่องจากสถานพยาบาลมีความพร้อมในด้านอุปกรณ์ มีการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารจากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสื่อสาธารณะ

นอกจากนี้พบว่าการศึกษาที่มีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองในระดับสูง โดยเฉพาะช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา อาจมีสาเหตุมาจากความตระหนักและการตื่นตัวของประชาชนต่อปัญหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งสืบเนื่องมาจากการเพิ่มรูปแบบและวิธีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์จากหลากหลายช่องทางทั้งหน่วยงานรัฐและเอกชน นอกจากนี้อาจเกิดจากการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่บุคลากรในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งขณะที่ทำการศึกษามีอัตราค่าตอบแทนการให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ครั้งละ 50-70 บาท และการให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอครั้งละ 30-55 บาท

จากการศึกษาครั้งนี้พบทั้งปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางต่อการเข้ารับบริการของหญิงกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนจำเป็นต้องทำความเข้าใจปัจจัยต่างๆ เพื่อวิเคราะห์หามาตรการที่ตรงกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละบริบท การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะเพื่อเพิ่มความครอบคลุมและเพิ่มการยอมรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการตรวจคัดกรอง ดังนี้

ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหาร

- 1) ส่งเสริมความรู้และทัศนคติ โดยเพิ่มการสื่อสารและดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้จำเพาะต่อลักษณะของหญิงกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป ได้แก่
 - เขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อชุมชนหรือสื่อชาวบ้าน เช่น เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล อสม. การประชุมประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการกระตุ้นผ่านสื่ออื่นๆ
 - เขตเมือง เพิ่มการประชาสัมพันธ์ เน้นสื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เคเบิ้ล และติดประกาศสื่อประเภทโปสเตอร์ตามสถานที่ทำงาน สถานที่ราชการ ป้ายรถประจำทาง สถานีรถไฟ
 - หญิงที่สูบบุหรี่ เน้นสื่อสาธารณะและรณรงค์ร่วมกับองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร เช่น มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศจย. มูลนิธิเพื่อนหญิง
- 2) จัดบริการเชิงรุกในกลุ่มที่มีความครอบคลุมต่ำ ได้แก่
 - หญิงมุสลิม จัดบริการตรวจคัดกรองช่วงถือศีลอด สร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติที่ดีกับหัวหน้าครอบครัว ผู้นำทางศาสนา
 - หญิงเขตเมือง จัดบริการให้เข้าถึงสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัย เช่น บริษัทเอกชน โรงงาน ชุมชน แอ๊ด
 - พื้นที่ห่างไกล จัดบริการให้เข้าถึงและอาจเสริมแรงกระตุ้นด้วยการสร้างแรงจูงใจ เช่น ของตอบแทน จัปสลากส่งของขวัญ ตรวจคัดกรองร่วมกับการตรวจหรือการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ

- 3) จัดอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการกำกับ ติดตามคุณภาพการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
 - อบรมแปปสเมียร์และวีไอเออย่างน้อยปีละ 1 ครั้งโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้ให้บริการทุกคนมีความเข้าใจ การตรวจคัดกรองอย่างถูกต้อง
 - กำกับติดตาม ควบคุมคุณภาพหลังการอบรมการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง
- 4) พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกและรายงานข้อมูล รวมทั้งมีการอบรมและกำกับการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่
 - พัฒนาโปรแกรมเพื่อเชื่อมระบบการคัดกรองกับการติดตาม รักษา
 - ฝ้าติดตามปัญหาและตอบสนองต่อปัญหาอย่างทันที่
 - แลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดอบรมบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
- 5) ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความต่อเนื่อง ได้แก่
 - ส่งเสริมผู้ให้บริการที่รับผิดชอบมีความก้าวหน้าและรับผิดชอบงานนี้ในระยะยาว
 - ในระดับชาติจะต้องมีความชัดเจนในวิธีการตรวจคัดกรอง การบริหารจัดการ และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้บริหารสถานพยาบาลมีความชัดเจนในการทำงาน (หากไม่ชัดเจนในวิธีการตรวจให้ทำวิจัยเพิ่มเติม) ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานต่อไป
 - ประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้และทัศนคติอย่างต่อเนื่อง
 - กำหนดเป้าหมายระดับชาติเพื่อลดปัญหาจากมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว เช่น ลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกให้เหลือ <1,000 คน ในปี 2559 และลดเหลือ <500 คนในอีก 10 ปีข้างหน้า (จากสถิติ มีผู้ป่วยใหม่กว่า 7,000 คนต่อปี มีจำนวนการตายกว่า 2,000 คนต่อปี)

Executive Summary

The Evaluation of Outcomes and Determinants of Cervical Cancer Screening Programme Using Pap Smear and Visual Inspection with Acetic Acid in Thailand

Cervical cancer is the major health problem among Thai women over a decade. There were an attempt to establish cervical cancer screening in Thailand for 40 years in order to reduce its incidence and mortality. Prior to the year 2005, the low coverage rate of the screening was observed. As a result, the cervical cancer screening programme in Thailand was initiated and implemented in the national level since the 2005. The purpose of this study is to assess the Pap smear and VIA screening programme in terms of services coverage, efficiency and barriers to the service utilization from women's and health care providers' perspective.

A cross-sectional household survey was conducted between September 2009 and May 2010 in 12 provinces in Thailand. Face-to face structured interview was conducted among women aged 30-60 years old, the target population of the Department of Health. Sets of questionnaires were mailed to every public health staff and health administrators who involved in the cervical screening programme. A total of 4,600 women were randomly selected by stratified four-stage sampling whereas a total of 3,600 samples of health care providers were purposively selected. Of these samples, 4,512 women and 1,943 health care providers consented to involve this study. Descriptive statistics and logistic regression were employed.

The important aspects derived from this study are;

- within 5 years, 68% of Thai women undertook cervical cancer screening at least once. The coverage of the screening programme has increased significantly during the past 2 years. There was no significant difference between the uptake rates from the 12 study sites.

- the survey also showed that the most common reasons that barred respondents to undertake the cervical cancer screening included the absence of indications or symptoms, lack of time and feeling shy.

- a multivariate logistic regression analysis indicated that the supporting factors contributed to the service seeking behavior were 40-50 years of age, worked in agriculture, experience child-bearing, had at least one family member with cervical cancer diagnosis, received information regarding cervical cancer and the screening, and resided in urban areas. Meanwhile, respondents, who were less likely to obtain the screening tests (impeding factors), were cigarette smokers, misunderstood that the effectiveness of the cervical cancer screening will be life-long, perceived that the screening tests were provided only in hospital settings.

- most of health care providers ranked cervical cancer as a high important public health problem. The majority of health care providers reported good understanding on the policy and the objectives of the two screening techniques. Most of them did not believe that providing national cervical cancer screening would increase their workload.

- the results from the national cervical cancer screening programme demonstrated that screening programme was very well-established during 2009 and 2010. The reasons behind this successful programme are 1) sufficient materials allocated to health facilities and 2) availability of information regarding to the disease and its screenings, advocated by village health volunteers and public media.

Furthermore, the coverage of cervical cancer screening programme rose especially during 1-2 years ago because of the combination of strong public campaign, national policy and increased budget from the Ministry of Public Health plus increased budget incentive.

There were several factors associating with the service seeking behavior among women in this study. In order to increase the service utilization, relevant agencies needed to carefully address all associated factors. The findings of this study suggested that the service coverage can be significantly improved by enhancing better communication strategy regarding knowledge and perception of the cervical screening, tailoring the interventions to suit sub-group of population where cultural difference existed, organizing trainings to allow public health staff to perform the screening test and creating effective monitoring and evaluation of the cervical cancer screening programme.

It is recommended that;

1. Enhance correct knowledge and positive attitudes towards cervical cancer screening to fit specific characteristics of subgroups

- Rural and remote areas conducting health communication through local media and network such as health volunteers, health professionals and community meetings
- Urban areas increase mass media promotion, for instance, television, radio, cable TV including posters in public places
- Smoking women emphasize public media and campaigns with non-profit organizations such as the Action on Smoking and Health Foundation Thailand, the Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, and the Friends of Women Organization

2. Adjust patterns of service provision to suite the context of the low coverage settings

- Muslim female waive a cervical cancer screening service during the Fasting period, create understanding and positive attitudes for heads of families and religious leaders
- Female stay in urban areas deliver a cervical cancer screening to workplaces, companies, factories, accommodations

- Outreach areas increase accessibility and incentive such as presents, lucky draw and combined cervical cancer screening with other health promotion and promotion programmes

3. Training health professionals and set up an effective monitoring and evaluation system

- Annual training for health professional to ensure that every staff can perform a standard Pap smear and VIA
- Set up a regular and effective monitoring and evaluation system

4. Improve software for data registration

- Improve software that allows good flow of screening, follow up and treatment processes
- Support surveillance system
- Experience sharing and brush up training for staff at least once a year

5. Provide cervical cancer screening programme continuously

- Create incentive and maintain health care providers in the health care system
- Clear national policy on cervical cancer screening including administration that can boost the effectiveness of the programme
- Continuously promote correct knowledge and positive attitudes towards cervical cancer and screening
- National long term plan to tackle with cervical cancer such as decrease morbidity from 2,000 cases to <1,000 cases in 5 years from now and <500 cases in 10 years ahead

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	iv
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	v
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 หลักการและเหตุผล	1
1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย	2
1.3 นิยามศัพท์	3
1.4 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	3
1.5 ขอบเขตการวิจัย	7
1.6 กรอบแนวคิด	7
1.7 ประโยชน์จากงานวิจัย	10
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัย	11
2.1 รูปแบบการศึกษาประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	11
วิธีวิจัยที่ 1 ประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี	11
วิธีวิจัยที่ 2 ศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหาร ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	14
วิธีวิจัยที่ 3 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยจากทุกฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	15
วิธีวิจัยที่ 4 ประเมินอัตราการได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา	17
วิธีวิจัยที่ 5 ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552	19
2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล	20
2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล	20
2.4 การดำเนินงานวิจัย	22
2.5 การควบคุมคุณภาพ	27
2.6 อัตราการให้ความร่วมมือ	30
บทที่ 3 ผลการศึกษาประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศึกษาปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	31
3.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตัวอย่างที่สำรวจ	31
3.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ	38
3.3 การรับรู้ข้อมูลและช่องทาง/แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	41
3.4 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.5 ทศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	44
3.6 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	47
3.7 ข้อเสนอแนะของหญิงตัวอย่างต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง	58
3.8 การประมาณอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	61
3.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี	63
บทที่ 4 ผลการศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	69
4.1 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ	69
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปและการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	69
4.1.2 กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาล	74
4.1.3 ความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการและวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	76
4.1.4 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	83
4.1.5 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	86
4.1.6 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	87
4.1.7 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	89
4.2 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด	91
4.2.1 ข้อมูลทั่วไป	91
4.2.2 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นในพื้นที่	92
4.2.3 ความคิดเห็นต่อนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา	93
4.2.4 การรับรู้ นโยบาย และความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอกวกับวิธีแปปสเมียร์	100
4.2.5 ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดจากนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอกวกับวิธีแปปสเมียร์	102
4.2.6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้บริหาร	103
บทที่ 5 ผลการศึกษาการประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	104
ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย (ตรวจ/ไม่ตรวจ)	104
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อสัดส่วนของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยสุ่มพื้นฐาน (Primary Sampling Unit: PSU)	107

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6 ผลการศึกษาประเมินอัตราการได้รับการรักษาต่อเนืองในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ และ วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อเนือง	109
ตอนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ	109
6.1 ข้อมูลทั่วไป	109
6.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก	111
6.3 ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก	113
6.4 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	116
6.5 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจยืนยันและรักษาต่อ	119
6.6 ความคิดเห็นต่อระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	121
6.7 ศักยภาพของสถานบริการในด้านการส่งต่อและติดตามการรักษา	121
ตอนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)	125
6.8 กลุ่มหญิงมุสลิม	125
6.9 กลุ่มหญิงเขตเมือง	132
6.10 กลุ่มหญิงชาวเขา	137
บทที่ 7 ผลการศึกษาการประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552	141
7.1 การประเมินบริบท (Context)	143
7.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input)	144
7.3 การประเมินกระบวนการ/กิจกรรม (Process/Activity)	149
7.4 การประเมินผลผลิต (Product)	153
บทที่ 8 บทสรุปและอภิปรายผล	159
8.1 สรุปผลการศึกษา	159
8.2 อภิปรายผล	162
8.3 ข้อเสนอแนะ	171
เอกสารอ้างอิง	173
ภาคผนวก	177
ภาคผนวก 1 พื้นที่ตัวอย่างในการศึกษาทั่วประเทศ	177
ภาคผนวก 2 พื้นที่หน่วยตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง	177
ภาคผนวก 3 พื้นที่หน่วยตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายจังหวัดตัวอย่าง	178
ภาคผนวก 4 แบบสัมภาษณ์หญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี	181
ภาคผนวก 5 แบบสอบถามผู้ให้บริการและข้อมูลสถานพยาบาล	186
ภาคผนวก 6 แบบสอบถามข้อมูลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแต่ละ สถานพยาบาล	192
ภาคผนวก 7 แบบสอบถามผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด	193
ภาคผนวก 8 แบบสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ	196

สารบัญญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก 9 แบบตรวจสอบศักยภาพของสถานบริการ	201
ภาคผนวก 10 ประมาณค่าอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศ	204
ภาคผนวก 11 วิธีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ	204
ภาคผนวก 12 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ (จำแนกตามปีที่ตรวจ)	204
ภาคผนวก 13 สถานที่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ	205
ภาคผนวก 14 แสดงปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการวิเคราะห์พหุปัจจัยโลจิสติก	206
ภาคผนวก 15 ความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปสเมียร์	210
ภาคผนวก 16 ความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ	212
ภาคผนวก 17 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ	214
ภาคผนวก 18 ความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง (แยกตามรายภาค)	217
ภาคผนวก 19 ภาพการปฏิบัติงานในพื้นที่	222

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1-1	9
ภาพที่ 1-2	10
ภาพที่ 2-1	15
ภาพที่ 2-2	29
ภาพที่ 3-1	33
ภาพที่ 3-2	41
ภาพที่ 3-3	42
ภาพที่ 3-4	42
ภาพที่ 3-5	47
ภาพที่ 3-6	47
ภาพที่ 3-7	50
ภาพที่ 3-8	52
ภาพที่ 3-9	54
ภาพที่ 4-1	77
ภาพที่ 4-2	82
ภาพที่ 4-3	88
ภาพที่ 4-4	88
ภาพที่ 4-5	93
ภาพที่ 4-6	98
ภาพที่ 4-7	100
ภาพที่ 4-8	101
ภาพที่ 5-1	106
ภาพที่ 5-2	108
ภาพที่ 7-1	141

สารบัญญัตินำ

	หน้า	
ตารางที่ 2-1	วิธีการสุ่มตัวอย่างหญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปีในพื้นที่เป้าหมาย	13
ตารางที่ 2-2	โครงสร้างข้อมูลผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร	16
ตารางที่ 2-3	โครงสร้างข้อมูลผู้ให้บริการและผู้บริหารต่อสัดส่วนการตรวจคัดกรองฯ	17
ตารางที่ 2-4	จำนวนประชากรตัวอย่างที่สำรวจ และจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละจังหวัดเป้าหมาย	18
ตารางที่ 2-5	โครงสร้างแบบสัมภาษณ์	23
ตารางที่ 2-6	อัตราการให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์และอัตราการตอบกลับ	30
ตารางที่ 3-1	ข้อมูลทั่วไปของหญิงตัวอย่าง	34
ตารางที่ 3-2	พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตัวอย่าง	39
ตารางที่ 3-3	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	45
ตารางที่ 3-4	ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	46
ตารางที่ 3-5	เหตุผลของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49
ตารางที่ 3-6	เหตุผลของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49
ตารางที่ 3-7	การให้คำแนะนำหรือคำอธิบายของเจ้าหน้าที่	55
ตารางที่ 3-8	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป	57
ตารางที่ 3-9	แบ่งกลุ่มอายุเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในครั้งต่อไป	58
ตารางที่ 3-10	การประเมินอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	61
ตารางที่ 3-11	การทดสอบสมการถดถอยโลจิสติกและความผันแปรของการตรวจคัดกรอง	63
ตารางที่ 3-12	ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	66
ตารางที่ 3-13	ปัจจัยด้านลบหรือขัดขวางการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	67
ตารางที่ 4-1	ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการจำแนกรายภาค	71
ตารางที่ 4-2	ประวัติการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	73
ตารางที่ 4-3	ข้อมูลระบบบริการในสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์	75
ตารางที่ 4-4	ข้อมูลระบบบริการในสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ	76
ตารางที่ 4-5	ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	85
ตารางที่ 4-6	ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	86
ตารางที่ 4-7	ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย	87
ตารางที่ 4-8	แสดงค่าเฉลี่ยอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	90
ตารางที่ 4-9	แสดงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการวิเคราะห์พหุปัจจัย	90
ตารางที่ 4-10	แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร	91

สารบัญญัตราจ (ต่อ)

	หน้า
ตารางที่ 6-1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	109
ตารางที่ 6-2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และการสูบบุหรี่	111
ตารางที่ 6-3 ระดับความรู้ ความเชื่อ และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับการตรวจยืนยันและรักษา	115
ตารางที่ 6-4 ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	116
ตารางที่ 6-5 การตรวจยืนยันและรักษาต่อ	120
ตารางที่ 6-6 ความคิดเห็นต่อระบบบริการเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	121
ตารางที่ 6-7 ศักยภาพของสถานบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากจำนวนสถานบริการ 90 แห่ง	122
ตารางที่ 6-8 ศักยภาพของสถานบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากจำนวนสถานบริการ 90 แห่ง	123

บทที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญของผู้หญิงทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีพบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในผู้หญิงทั่วโลกกว่าห้าแสนราย และประมาณร้อยละ 80 พบในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนา สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทุกชนิดในเพศหญิง อุบัติการณ์ปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 24.7 ต่อแสนประชากรหญิง ในปีเดียวกันพบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 6,954 ราย (1) และจากการคาดคะเนพบว่าในปี พ.ศ. 2551 จะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 9,747 ราย (2)

มะเร็งปากมดลูกสามารถค้นหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (precancerous lesion) และรักษาให้หายขาดได้เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ (3) ในประเทศที่พัฒนาแล้วอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก (Age Standardized Incidence Rate: ASR world) ค่อนข้างต่ำ อยู่ระหว่าง 4-11 คนต่อแสนประชากรหญิง ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาอัตราอุบัติการณ์ค่อนข้างสูงคือประมาณ 20-55 คนต่อแสนประชากรหญิง (4) เนื่องจากประเทศที่พัฒนาแล้วมีการค้นหาและรักษาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับชาติ (national cervical cancer screening programme) อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกลงได้ แต่ประเทศกำลังพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่มีประสิทธิภาพ และยังไม่ครอบคลุมผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย (5)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปป smear (Pap smear or cytology) เป็นวิธีที่ดำเนินการอย่างแพร่หลายในประเทศที่พัฒนาแล้วมานานกว่า 50 ปี ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราอุบัติการณ์การเกิดและการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ (6-12) และองค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าเป็นวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งในปัจจุบัน (13) กล่าวคือ หากดำเนินการตรวจคัดกรองได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 80 จะสามารถลดอุบัติการณ์ลงได้ครึ่งหนึ่งในระยะเวลา 10 ปี (14) อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีนี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ สามารถเกิดผลตรวจเป็นลบลง (false negative) ได้จากทั้งกระบวนการป้ายเซลล์จากปากมดลูก หรือการอ่านผลทางเซลล์วิทยา (15)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชู (Visual Inspection with Acetic Acid: VIA) เริ่มมีผลการศึกษาวิจัยในปี พ.ศ. 2525 (16) ต่อมามีการศึกษาอย่างกว้างขวางขึ้น เช่นในประเทศแอฟริกาใต้ (17) อินเดีย (18) ซิมบับเว (19) และในประเทศไทย (20) ผลการวิจัยสรุปว่าวีไอเอเป็นวิธีที่สามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ในสภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด สามารถตรวจพบระยะก่อนเป็นมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย บอกรายละเอียดทันทีว่าผู้หญิงคนใดควรได้รับการรักษาและส่งต่อ แต่วิธีนี้มีข้อจำกัดบางประการคือ ในหญิงที่อายุ 45 ปีขึ้นไปปากมดลูกจะม้วนเข้าไปด้านใน (squamo-columna junction) ทำให้ไม่สามารถตรวจด้วยวิธีนี้ได้ และขณะนี้อยู่ระหว่างการศึกษาค้นคว้าผลกระทบ (impact) ต่อการลดอุบัติการณ์เกิดและการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งยังไม่มีผลการศึกษาที่พิสูจน์ว่าสามารถทำให้ลดอุบัติการณ์ดังกล่าวได้ (5) องค์การอนามัยโลกได้แนะนำว่าวิธีวีไอเอควรใช้ในพื้นที่ที่มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดเท่านั้น (21)

ในประเทศไทย การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติเริ่มในปี พ.ศ. 2548 โดยกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อนุมัติให้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัดทั่วประเทศในผู้หญิงไทยอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี โดยให้ตรวจฟรีทุกระยะ 5 ปีด้วยวิธีแปปสเมียร์ และให้ดำเนินการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์ใน 15 จังหวัด ได้แก่ ร้อยเอ็ด หนองคาย ยโสธร อำนาจเจริญ มุกดาหาร น่าน ตาก เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ เพชรบูรณ์ สระแก้ว ลพบุรี นครศรีธรรมราช สุราษฎร์ธานี และกระบี่ โดยแบ่งกลุ่มอายุในการตรวจคัดกรองดังนี้ ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 30-44 ปี คัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ยกเว้นหญิงอายุ 35 และ 40 ปีให้คัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ และผู้ที่มีอายุ 45, 50, 55, 60 ปี (ลงท้ายด้วยเลข 0 และ 5) ให้คัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ ทั้งนี้ให้แบ่งความรับผิดชอบให้กรมการแพทย์ดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนวิธีแปปสเมียร์ และกรมอนามัยดำเนินงานส่งเสริมและสนับสนุนวิธีวีไอเอ และครอบคลุมทั้งด้านวิชาการ การดำเนินงาน และระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยเริ่มดำเนินงานตามโครงการตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2548 มีกำหนดระยะเวลา 5 ปี (22)

จากรายงานผลดำเนินการด้วยวิธีแปปสเมียร์ในช่วงแรก (พ.ศ. 2548-2550) กรมการแพทย์รายงานอัตราการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายประมาณร้อยละ 50 เมื่อคำนวณจากเป้าหมายความสำเร็จของโครงการ (8) อย่างไรก็ตามจากฐานข้อมูลทะเบียนคัดกรอง Pap Registry และ CPIStm databases โดยคำนวณจากฐานประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ พบว่าอัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์เท่ากับร้อยละ 8.8 และวิธีวีไอเอเท่ากับร้อยละ 18.8 (23) ทำให้ทราบว่าอัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองยังค่อนข้างต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงระบบการรายงานผลการตรวจคัดกรอง และปัจจัยเกี่ยวกับระบบบริการบางประการที่อาจเป็นอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางในระหว่างดำเนินการ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพจึงได้จัดประชุมหารือกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการคัดกรองความเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก และนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเป้าหมายทั่วประเทศปีพ.ศ. 2552 กำหนดให้อัตราครอบคลุมบริการในหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ภายในระยะเวลา 5 ปี และผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติต้องได้รับการรักษาและดูแลต่อเนื่องทุกราย ทั้งนี้คาดว่าผลจากการดำเนินงานจะสามารถลดอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกลงได้ครึ่งหนึ่งในระยะเวลา 10 ปี

ดังนั้นการประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอจึงมีความสำคัญต่อการพิจารณาปรับปรุงกลยุทธ์และวิถีการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมายของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินผลลัพธ์ (outcomes) และปัจจัยที่มีผล (determinants) ต่อความสำเร็จของโครงการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทยอายุระหว่าง 30-60 ปี ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์และวิธีวีไอเอของหญิงไทยที่มี

อายุระหว่าง 30-60 ปี

- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี
- 3) เพื่อศึกษาปัจจัยของบุคลากรและสถานบริการที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 4) เพื่อประเมินอัตราการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติ
- 5) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อในผู้ที่มีผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติ
- 6) เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวีไอเอในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552

1.3 นิยามศัพท์

สถานพยาบาล คือ สถานที่ให้บริการในการตรวจคัดกรองหรือวางแผนส่งเสริม สนับสนุนการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาลที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน และสถานีอนามัย

ผู้บริหาร คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลนั้นๆ เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการในโรงพยาบาล

หัวหน้ากลุ่มงาน คือ ผู้ที่เป็นหัวหน้าแผนกสูติรีเวช หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หรือหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้ให้บริการ คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง เช่น เจ้าหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น

ผู้รับบริการ คือ หญิงไทยกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อายุ 30-60 ปี

1.4 การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

หน่วยงานที่ทำการศึกษาวิจัยมะเร็งระหว่างประเทศ (International Agency for Research on Cancer: IARC) (14) ได้ระบุว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการดำเนินการที่เป็นระบบ มีขั้นตอนกระบวนการ ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) ปัจจัยนำเข้า (inputs) เช่น แผนดำเนินการ (resources or planning) ประกอบด้วย การระบุกลุ่มเป้าหมายที่จะคัดกรอง การมีแผนการเป็นลายลักษณ์อักษร มีคู่มือหรือแนวทางการดำเนินงาน ระบุบุคลากรที่รับผิดชอบ การมีเครื่องมืออุปกรณ์ การหึงค์ความรู้ และจัดงบประมาณสำหรับดำเนินการ ขั้นตอน ที่ 2) กระบวนการ หรือ การดำเนินการตามแผน (process) ได้แก่ การจัดการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามแผน (organize resources) เช่น วิธีการประชาสัมพันธ์หรือสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจ การจัดรูปแบบการให้บริการ การบริหารเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้บริการ การฝึกฝนและอบรมความรู้ และวิธีการปรับเปลี่ยนการทำงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่บุคลากรผู้ให้บริการ ขั้นตอนที่ 3) ผลผลิต (outputs) หรือผลที่ได้รับจากการปฏิบัติโดยตรง (direct products) ได้แก่ จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจ จำนวนวิธีการปรึกษาปรับเปลี่ยนและแก้ปัญหาของทีมทำงาน จำนวนวิธีการทำงานแบบต่างๆ จำนวนและระยะเวลาที่

ผู้ปฏิบัติงานผ่านการฝึกฝนและอบรมความรู้ และขั้นตอนที่ 4) ผลลัพธ์ (outcomes) หรือผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องจากการปฏิบัติ เช่น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามโครงการ ได้แก่ การมีความรู้เพิ่มขึ้น ทักษะที่ดีต่อการตรวจคัดกรอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการตรวจคัดกรองที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นของทั้งผู้หญิงกลุ่มเป้าหมายและบุคลากรที่ปฏิบัติงาน การลดลงของอัตราอุบัติการณ์เกิดและอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูก และการเพิ่มขึ้นของอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

การศึกษาที่ผ่านมาหลาย ๆ ประเทศได้ดำเนินโครงการป้องกันควบคุมมะเร็งปากมดลูก บางประเทศก็ประสบผลสำเร็จคือ อุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่บางประเทศก็ไม่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้สรุปว่าอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวาง (barriers) ที่สำคัญที่ทำให้ล้มเหลว ได้แก่ 1) นโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ คู่มือหรือแนวทางการดำเนินงานไม่เหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่ 2) ผู้หญิงหรือกลุ่มเป้าหมายขาดความตระหนักว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญ ขาดความรู้ เข้าใจไม่ถูกต้อง (misconcept) หรือเข้าใจผิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3) บุคลากรผู้ให้บริการอาจขาดความรู้ที่ชัดเจนเกี่ยวกับธรรมชาติหรือกระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูก (natural history of cervical cancer) ระบบการให้บริการตรวจคัดกรอง การส่งต่อ การรักษาที่ไม่เหมาะสมหรือมีปัญหา และเครื่องมืออุปกรณ์ไม่เพียงพอ สิ่งเหล่านี้สามารถเป็นสิ่งกีดขวางความสำเร็จของการตรวจคัดกรองและทำให้การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกล้มเหลวได้ (13)

ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ หรือ health belief model (24) ได้กล่าวโดยสรุปว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัติตัวนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่ควรมียุโรปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วย และความอาย ซึ่งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ได้ถูกปรับปรุงและพัฒนาเพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและพฤติกรรมอื่น ๆ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนนี้ได้มีการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้อง พอสรุปได้ดังนี้ การศึกษาของ Schulmeister L. และคณะ (25) พบว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้หญิงเวียตนามในสหรัฐอเมริกา ไม่ทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าตรวจเพื่ออะไร เช่นเดียวกับการศึกษาของ Deschamps M. และคณะ (26) ที่กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่รู้ว่าการตรวจคัดกรองสำคัญอย่างไร การศึกษาของ Lazcano-Ponce EC. และคณะ (27) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสไปรับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบถึง 46 เท่า (OR = 46.1, 95%CI = 33.1-64.1) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Carter J. และคณะ (28) จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงชาวอเมริกันเชื้อสายแอฟริกันพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองน้อยมีโอกาสที่จะไม่ไปตรวจมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้มาก (OR = 2.71, 95%CI = 2.02-3.63) นอกจากนี้ Schulmeister L. และคณะ (25) ยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยที่ตระหนักถึงภัยของมะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่เชื่อว่าพวกเขามีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Seow A. และคณะ (29) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงชาวสิงคโปร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59) มีความเชื่อว่าพวกเขาเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำ และเกือบครึ่ง (ร้อยละ 49) มีความเข้าใจผิดว่ามะเร็งไม่สามารถป้องกันได้ การศึกษาของ

Schulmeister L. และคณะ (25) ยังระบุอีกว่าน้อยกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างบอกว่าเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Holroyd EA. (30) ที่พบว่าร้อยละ 53 ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแม่บ้านชาวฮ่องกงไม่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านอื่นๆ เช่น กลัวเจ็บ อายุ กลัวผลการตรวจที่จะพบว่าเป็นมะเร็ง (27-31) การไม่สุขสบายและรู้สึกเหมือนถูกคุกคามจากการตรวจที่ใส่เครื่องมือผ่านทางช่องคลอด (32) รวมถึงปัจจัยด้านต่างๆ เช่น ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การได้รับข่าวสารหรือสิ่งชักนำให้ไปตรวจ ระดับการศึกษา รายได้ เขตที่อยู่อาศัย ล้วนมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (27), (32-37)

ด้านของระบบบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือเป็นอุปสรรคพบได้ทั้งจากตัวบุคลากรเองหรือจากระบบบริการ ตัวอย่างเช่น Udigwe GO. (38) ศึกษาในกลุ่มพยาบาลพบว่าร้อยละ 9 ขาดความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และมีเพียงร้อยละ 6 ที่เคยไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ Mutyaba T. (39) ในกลุ่มนักศึกษาแพทย์และพยาบาลพบว่าร้อยละ 60 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้นไม่ทราบว่าต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และร้อยละ 81 ไม่เคยไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเลย ส่วนปัจจัยจากระบบบริการ เช่น การรอผลการตรวจ (วิธีแปปสเมียร์) เป็นระยะเวลานาน การไม่ได้รับผลการตรวจ ที่ตั้งของสถานบริการอยู่ไกลหรือเข้าถึงยาก ใช้เวลาในการเดินทางนาน เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาก ความไม่พร้อมของบุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองและรักษาด้วยเช่นกัน (40)

นอกจากปัจจัยหลักที่มีผลต่อความสำเร็จของการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกคือ การที่ผู้หญิงที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มเป้าหมายมีความสมัครหรือตั้งใจ (willingness) ที่จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองแล้ว หากปัจจัยอื่นๆ ไม่เหมาะสมหรือไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ เช่น อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองต่ำ (coverage rate) ปัจจัยด้านการให้บริการตรวจคัดกรอง (screening) การรักษาผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ (treatment) และการมารักษาต่อเนื่อง (follow up) ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด จะทำให้ผลลัพธ์ของการตรวจคัดกรองต้อยลงหรือไม่บรรลุเป้าหมายได้ (38-41)

อัตราพบผลเซลล์ผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ดังนี้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 25-65 ปีที่ไม่เคยตรวจมาก่อน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าจะพบ Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) ประมาณร้อยละ 3-10 พบการเกิด High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) ประมาณร้อยละ 1-5 และพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (invasive cervical cancer) ประมาณร้อยละ 0.2-0.5 (21) การศึกษาในผู้หญิงอายุระหว่าง 20-65 ปีในประเทศฝรั่งเศสพบผลเซลล์ผิดปกติ (squamous intraepithelial lesion or carcinoma) ร้อยละ 3 (42) ในประเทศไทย การศึกษาที่จังหวัดนครพนมในผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 35-54 ปี จำนวน 32,632 คน ได้อัตราครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 51 ในจำนวนนี้พบผลเซลล์ผิดปกติ (epithelial cell abnormality; ASCUS, SIL, LSIL, HSIL และ carcinoma) จำนวน 405 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.24 (43) สอดคล้องกับการศึกษาที่จังหวัดอุดรธานีในผู้หญิงอายุระหว่าง 35-54 ปีเช่นเดียวกัน จำนวน 60,604 คน ได้อัตราครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 40 พบผลเซลล์ผิดปกติจำนวน 910 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 (44) ส่วนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ อัตราที่ผลเซลล์ผิดปกติ (test positive rate) พบประมาณร้อยละ 10-35 (18) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่จังหวัดร้อยเอ็ดในผู้หญิงอายุระหว่าง 30-45 ปี จำนวน 5,999 คน ได้อัตราความ

ครอบครัวตรวจคัดกรองร้อยละ 60 พบผู้ที่คัดกรองด้วยวิธีวีไอเอให้ผลบวกจำนวน 756 ราย คิดเป็นร้อยละ 13 (20)

ผู้ที่เซลล์ผิดปกติระดับ LSIL ลงมาส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 60) จะกลับมาเป็นปกติได้เอง มีเพียงร้อยละ 10 ที่จะพัฒนาเป็น moderate หรือ severe dysplasia ภายในระยะเวลา 2-4 ปี (21) ส่วนผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติตั้งแต่ระดับ HSIL หรือ cervical intraepithelial neoplasia (CIN2) หรือ moderate dysplasia ขึ้นไป หากไม่ได้รับการรักษาพบว่าสามารถพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ถึง 1 ใน 3 ภายในระยะเวลา 10 ปี (45) ซึ่งการพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ด้วย ดังเช่นการศึกษาของ Ho GY. (46) พบว่าในผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติระยะ CIN2 และมีการติดเชื้อ HPV ร่วมด้วย มีโอกาสพัฒนาเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงมากกว่าผู้ที่ผลเซลล์เป็น CIN2 อย่างเดียวถึง 4 เท่า

การศึกษาจาก Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP) (47) และ International Agency for Research on Cancer (IARC) (14) ระบุว่าการศึกษาอย่างต่อเนื่องของผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติเป็นปกติที่สำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอัตราการรับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติยังมีปัญหา (48) ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Leyden WA. (49) พบว่าผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 13 มารักษาไม่ต่อเนื่อง (failure to follow up) สอดคล้องกับ Kreuger FA. (50) ที่พบว่ามารักษาไม่ต่อเนื่องร้อยละ 12 และการศึกษาของ Monnet E. (42) พบว่าร้อยละ 17 ของผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติมารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ Monsoonego J. (51) รายงานว่าร้อยละ 5 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีประวัติตรวจพบเซลล์ผิดปกติมาก่อนแต่ขาดการรักษาต่อเนื่อง การศึกษาของ Lindeque BG. (52) กล่าวว่า ถึงแม้ให้การรักษาผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติอย่างมีประสิทธิภาพ ก็ยังพบว่าร้อยละ 15 ของผู้ที่ได้รับการรักษาสามารถพัฒนาต่อไปเป็นมะเร็งหรือกลับมาพบเซลล์ผิดปกติได้อีก ดังนั้นการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ให้การรักษาต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่ช่วยเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติให้ได้รับการรักษาทันเวลาก่อนมีโอกาสมุขมพัฒนาไปเป็นมะเร็งปากมดลูก (14, 51, 53)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงที่มีผลเซลล์ผิดปกติไม่มารักษาหรือมารักษาไม่ต่อเนื่องมีหลายประการ เช่น ร้อยละ 30-38 กลัวถูกวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง นอกจากนั้นยังพบปัจจัยอื่นๆ เช่น กลัวการรักษา กลัวจะมีลูกไม่ได้ เป็นต้น รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น วันที่นัดรักษาแต่ไม่สะดวก ปัญหาการเดินทาง การต้องลางาน การเลี้ยงลูก เป็นต้น (54) ในการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกองค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ว่าต้องมีแผนทั้งด้านกลยุทธ์ แผนการดำเนินงาน และแผนการประเมินผล (55) และการประเมินผลจากผู้หญิงกลุ่มเป้าหมายและผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งที่ยังมองข้ามไม่ได้ เพราะปัจจัยที่เป็นสิ่งกีดขวางจากกลุ่มเหล่านี้ต้องนำมาจัดการทำให้ลดลงหรือกำจัดให้หมดไป จึงจะทำให้การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกประสบความสำเร็จ (9, 56)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ (outcomes) และวิเคราะห์ปัจจัยของบุคลากรและระบบบริการที่มีผล (determinants) ต่อการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูกทั้งวิธีแปปสเมียร์และวิธีวีไอเอในประเทศไทย โดยอาศัยกรอบแนวคิดของ IARC (14) และวิเคราะห์ปัจจัยของผู้หญิงกลุ่มเป้าหมายที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองและรักษาโดยอิงตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพหรือ Health Belief Model (24)

1.5 ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552 โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่เกิดจากผู้รับบริการที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาลภาครัฐ ในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย กลุ่มจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ร้อยเอ็ด สระแก้ว และนครศรีธรรมราช ส่วนจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์เพียงวิธีเดียว ได้แก่ จังหวัดแพร่ พิษณุโลก นครพนม นครราชสีมา นครปฐม เพชรบุรี ชุมพร และจังหวัดสงขลา รวมทั้งสิ้น 12 จังหวัด

1.6 กรอบแนวคิด การศึกษาดังกล่าวแบ่งเป็น 2 กรอบ ดังนี้

1. *กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก* ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแยกเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและนโยบาย (ภาพที่ 1-1) ดังนี้

- ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงบริการ
- ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและนโยบาย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ระบบบริการและกิจกรรมการตรวจคัดกรอง ทัศนคติที่มีต่อผู้รับบริการในชุมชน

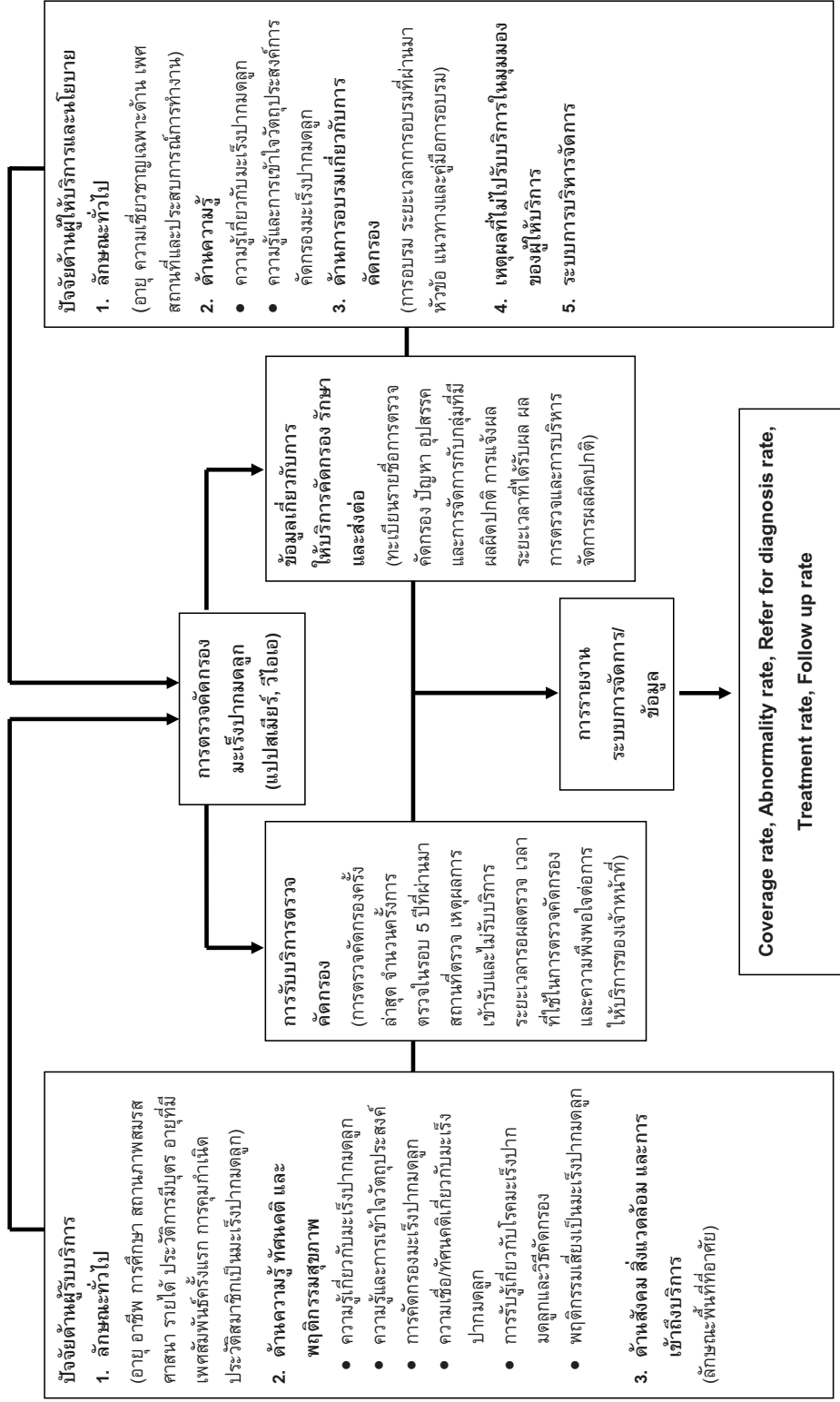
2. *กรอบการประเมินผลดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก* ประเมินผลโดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด CIPP Model (57, 58) โดยพิจารณาผลสำเร็จของโครงการในกระบวนการต่างๆ ดังนี้ (ภาพที่ 1-2)

- ประเมินบริบทและปัจจัยนำเข้าของโครงการ (Context and Input evaluation) เป็นการประเมินความพร้อมและความเป็นไปได้ของโครงการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน ในเชิงนโยบายและผู้เกี่ยวข้องจากส่วนกลาง ความพร้อมด้านหน่วยงาน ผู้ให้บริการ ด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ วิธีการจัดการ โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกและรายงานข้อมูล เป็นต้น
- ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามแผน (Process evaluation) ประเมินการดำเนินกิจกรรมตามแผนของโครงการ ได้แก่ การตรวจคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ การอบรมบุคลากร การพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กิจกรรมการนิเทศติดตามและควบคุมคุณภาพการดำเนินงาน เพื่อปรับกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป็นไปตามกำหนดเวลา รวมทั้งประเมินความก้าวหน้าของโครงการในช่วงเวลาต่างๆ และการดำเนินงานที่ครอบคลุมการให้บริการ
- ประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของโครงการ (Products evaluation) ประกอบไปด้วย
 - ระดับผลผลิต (outputs) คือ การประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินโครงการ เช่น บุคลากรในระบบและความเข้าใจมะเร็งปากมดลูก/การตรวจคัดกรอง รูปแบบ/จำนวน/แนวทางและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการประชาสัมพันธ์ ระบบข้อมูลสารสนเทศและความคิดเห็น ระบบการส่งต่อและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้อง
 - ระดับผลลัพธ์ (outcomes) คือ การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากโครงการตามเป้าหมายที่ต้องการ

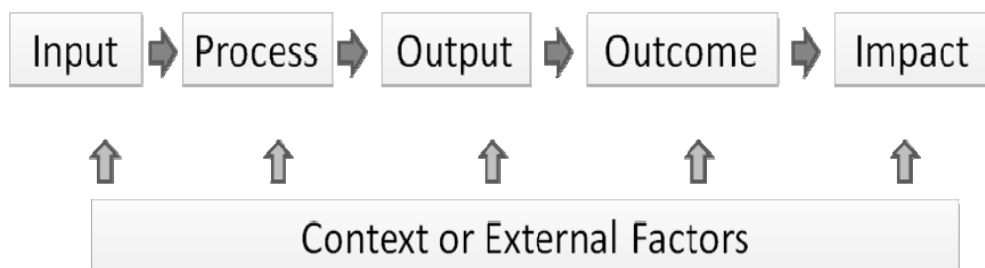
ได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย ทัศนคติกับการตรวจคัดกรอง การยอมเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และการวัดผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ การวัดอัตราตรวจคัดกรองปี 2552 และปี 2553 และอัตราการเข้ารับบริการรักษาต่อเนื่องของหญิงที่มีเซลล์ผิดปกติ

- ผลกระทบ (impacts) เป็นการประเมินผลกระทบของโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อผลกระทบต่อภาระงานของผู้ให้บริการ การบริหารจัดการ ผลกระทบต่อความครอบคลุมการให้บริการที่เกิดขึ้นในภาพรวมของการตรวจคัดกรอง ผลกระทบต่อหญิงกลุ่มเป้าหมายหรือกลุ่มที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับกิจกรรมตรวจคัดกรอง

ภาพที่ 1-1 กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



ภาพที่ 1-2 กรอบการประเมินผลดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประยุกต์ใช้ CIPP Model ในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของโครงการ



1.7 ประโยชน์จากงานวิจัย

1. ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยในปัจจุบัน
2. นำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจกำหนดนโยบาย หรือปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ด้านการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก
3. นำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุง หรือเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติงานให้ตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย
4. ได้ฐานข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการสำหรับใช้เพื่อการศึกษาวิจัยสุขภาพในด้านอื่นๆ
5. ได้ข้อมูลสำหรับเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ ในระยะต่างๆ ของโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน หรือโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีอื่นๆ ที่จะมีในอนาคต

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยสอบถามข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในหญิงไทยอายุ 30-60 ปีในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2548-2552) รวมทั้งข้อมูลเข้ารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องของหญิงที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ นอกจากนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1 รูปแบบการศึกษาประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้การศึกษารอบคลุมตามวัตถุประสงค์ สามารถแบ่งวิธีวิจัยเป็น 5 วิธี ดังนี้

- วิธีวิจัยที่ 1 ประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี
- วิธีวิจัยที่ 2 ศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย
- วิธีวิจัยที่ 3 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยจากทุกฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- วิธีวิจัยที่ 4 ประเมินอัตราการได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา
- วิธีวิจัยที่ 5 ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ.2548-2552

วิธีวิจัยที่ 1 ประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิด health belief model (24) มีรายละเอียดการศึกษาดังนี้

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวาง (cross-sectional household survey)

ประชากรเป้าหมาย หญิงไทยอายุระหว่าง 30-60 ปี

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มหญิงไทยอายุระหว่าง 30-60 ปีในจังหวัดตัวอย่าง ซึ่งเป็นตัวแทนในการศึกษาทั้ง 12 จังหวัด ดังนี้

ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ พิษณุโลก

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ นครพนม ร้อยเอ็ด นครราชสีมา

ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงใต้ ได้แก่ นครปฐม สระแก้ว เพชรบุรี

ภาคใต้ ได้แก่ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา

การกำหนดขนาดตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเป็นตัวแทนประชากรได้ทั้งในระดับประเทศ ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด ผู้วิจัยจึงดำเนินการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณขนาดใหญ่

ระดับ โดยใช้สมการในการคำนวณขนาด ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N \sigma^2}{Z_{\alpha/2}^2 \sigma^2 + N \epsilon^2}$$

โดยที่	$Z_{\alpha/2}^2$	= 1.96 (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)
	N	= (การวิเคราะห์ผลการศึกษาระดับภาค) หมายถึง จำนวนประชากรผู้หญิง เป้าหมายอายุ 30-60 ปีในภาคนั้นๆ (59) = (การวิเคราะห์ผลการศึกษาระดับประเทศ) N หมายถึง จำนวนประชากรผู้หญิง เป้าหมายอายุ 30-60 ปีทั่วประเทศ
	σ	= ค่าความแปรปรวนของการประมาณค่าประชากร ซึ่งที่ผ่านมาไม่มีการศึกษาที่สามารถระบุได้ว่าจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปีในระดับภาคหรือประเทศนั้นมีความแปรปรวนมากน้อยเพียงใด การศึกษาครั้งนี้จึงกำหนดให้เท่ากับ 1
	ϵ	= ความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ในงานวิจัย เท่ากับ ร้อยละ 4

หมายเหตุ งานวิจัยนี้กำหนดอัตราการไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ (non response rate) เท่ากับร้อยละ 20

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประเทศไทย จึงต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสภาพภูมิศาสตร์ และความแตกต่างระหว่างเขตเมืองกับเขตชนบทของพื้นที่ศึกษา โดยขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างมี 4 ขั้นตอน (stratified four-stage sampling) ดังภาพที่ 2-1 ดังนี้

ขั้นที่ 1 เลือกจังหวัดแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling: SRS) โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 4 ภาค (stratum) ได้แก่ 1) ภาคเหนือ 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ภาคกลาง รวมภาคตะวันออกและภาคตะวันตก 4) ภาคใต้ ในแต่ละภาคจะแยกออกเป็น 3 ส่วนคือ ตอนบน ตอนกลาง และตอนล่าง โดยเลือกจังหวัดที่ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ร่วมกับวีไอเอในภาคนั้นๆ มา 1 จังหวัด และเลือกจังหวัดที่ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์เพียงวิธีเดียวในภาคนั้นๆ มา 2 จังหวัด โดยในแต่ละภาคจะพิจารณาให้มีจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดใหญ่ กลาง และขนาดเล็กคละกัน (ภาคผนวก 1)

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอในแต่ละจังหวัดด้วยวิธีแบ่งเป็นชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยขั้นแรกแบ่งอำเภอในจังหวัดที่เลือกเป็น 3 กลุ่ม (stratum) ตามระยะทางห่างจากอำเภอเมือง (ความห่างของระยะทางได้จากการนำค่าเฉลี่ยมาคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) คือ อำเภอที่อยู่ใกล้อำเภอเมือง ห่างปานกลาง และไกลจากอำเภอเมือง จากนั้นสุ่มเลือกอำเภอในแต่ละจังหวัดโดยใช้จำนวนอำเภอเป็นเกณฑ์คือ จังหวัดที่มีมากกว่า 20 อำเภอสุ่มมา 6 อำเภอ และจังหวัดที่มีน้อยกว่า 20 อำเภอสุ่มมา 4 อำเภอ (ภาคผนวก 2)

ขั้นที่ 3 หลังจากได้รายชื่ออำเภอตัวอย่างแล้วก็จะทำการสุ่มอย่างเป็นระบบ (SRS) โดยเลือกชุมชนอาคารชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง ตามสัดส่วนจำนวนชุมชน/หมู่บ้านในอำเภอตัวอย่างนั้นๆ (Probability Proportional to Size: PPS) กรอบแผนที่ชุมชนอาคารในเขตเทศบาล และบัญชีรายชื่อหมู่บ้านนอกเขตเทศบาลของอำเภอตัวอย่างได้รับความร่วมมือจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ การสุ่มได้จำนวนทั้งหมด 232 พื้นที่ตัวอย่าง

¹ กลุ่มระเบียบวิธีสถิติ สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

(ภาคผนวก 3)

ขั้นที่ 4 สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างอายุ 30-60 ปีในพื้นที่ตัวอย่างแห่งละ 20 คนโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ การที่จะต้องสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างเท่ากันทุกพื้นที่ตัวอย่างเป็นเพราะ 1) การสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้ลักษณะทางภูมิศาสตร์เป็นสิ่งกำหนด โดยเห็นว่าลักษณะประชากรในแต่ละภูมิศาสตร์เมื่อแยกออกมาเป็นเขตเมืองและเขตชนบทแล้วในแต่ละชุมชน/หมู่บ้านของเขตเหล่านั้นมีลักษณะวิถีการดำเนินชีวิต ลักษณะทางเศรษฐกิจ-สังคม รวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการหรือให้บริการมีความคล้ายคลึงกัน 2) การเลือกจำนวนแห่งละ 20 คน ถือว่ามีความเหมาะสมต่อการเก็บรวบรวมข้อมูล เพราะถ้าลดจำนวนกลุ่มตัวอย่างลงจะต้องเพิ่มจำนวนชุมชน/หมู่บ้านให้มากขึ้น ทำให้การจัดการเก็บข้อมูลยากขึ้น เสียเวลา งบประมาณ ทั้งที่ลักษณะต่างๆ ตามข้อ 1 คล้ายคลึงกัน แต่ถ้าเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะต้องลดจำนวนชุมชน/หมู่บ้านให้น้อยลง ซึ่งอาจจะมีผลต่อการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่างได้ จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (SRS) โดยแบ่งการสุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ นอกเขตเมือง (เทศบาล) และในเขตเมือง ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 วิธีการสุ่มตัวอย่างหญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปีในพื้นที่เป้าหมาย

พื้นที่เป้าหมาย	วิธีการสุ่มตัวอย่าง
นอกเขตเทศบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. ขอรายชื่อหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปีทั้งหมดจากทะเบียนรายชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตัวอย่างจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. ตรวจสอบความถูกต้องและเป็นปัจจุบันของรายชื่อกลุ่มเป้าหมายกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือไม่อยู่ในพื้นที่จริง หรือเสียชีวิตไปแล้ว 3. กำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อที่มีการปรับปรุงล่าสุด 4. คำนวณช่วงของการสุ่ม N/n (N = จำนวนผู้หญิงเป้าหมายในหมู่บ้านที่สุ่มได้, n = จำนวนผู้หญิงตัวอย่างที่ต้องการ) 5. สุ่มหา random start คือ สุ่มเลือกผู้หญิงเป้าหมายจากกลุ่มแรกมา 1 คน 6. นับไปอีกตามช่วงที่คำนวณได้ (random interval)
ในเขตเทศบาล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สุ่มเลือกพื้นที่โดยใช้เขตพื้นที่ (block) จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) 2. นำเขตพื้นที่ (block) ที่สุ่มได้เทียบกับพื้นที่จริงเพื่อระบุชุมชนหรือเขตการเก็บข้อมูลที่แน่นอน 3. หลังจากทราบพื้นที่แน่ชัด กำหนดบ้านหลังแรกที่จะเข้าไปสอบถามข้อมูล 4. จากนั้นนับบ้านที่จะเก็บข้อมูลจากบ้านหลังแรกไป 3-5 หลัง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

- ผู้หญิงอายุ 30-60 ปี
- มีสัญชาติไทย และมีรายชื่อในทะเบียนกลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองของสถานบริการนั้นๆ
- ยินดีเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการ

- มีความพิการทางสมองไม่สามารถสื่อสารได้
- เป็นผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้เก็บข้อมูล

วิธีวิจัยที่ 2 ศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study)

ประชากรเป้าหมาย ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล และสถานอนามัย

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ให้บริการในจังหวัดที่ได้รับการสุ่มเป็นตัวแทนในการศึกษาทั้งหมด 12 จังหวัด ประกอบด้วย

ภาคเหนือ ได้แก่ เชียงใหม่ แพร่ พะเยา

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ นครพนม ร้อยเอ็ด นครราชสีมา

ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก ได้แก่ นครปฐม สระแก้ว เพชรบุรี

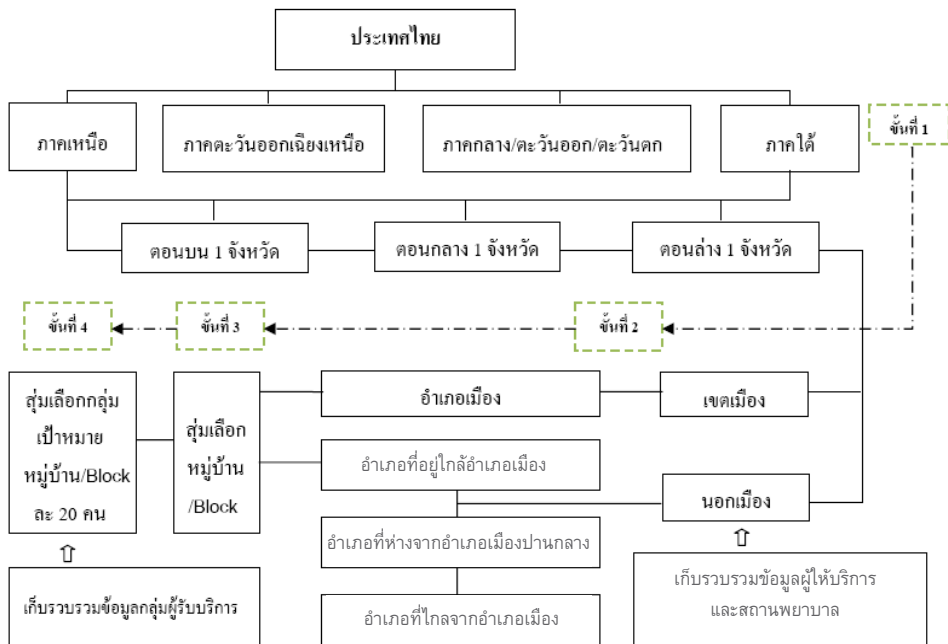
ภาคใต้ ได้แก่ ชุมพร นครศรีธรรมราช สงขลา

การกำหนดขนาดตัวอย่าง ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ และสถานอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยงานหรือสถานพยาบาลในการวางแผนกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกของประชาชนส่วนใหญ่

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

- ผู้บริหาร เป็นผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลนั้นๆ เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการในโรงพยาบาล
- หัวหน้ากลุ่มงานคือ ผู้ที่เป็นหัวหน้าแผนกสูติรีเวช หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หรือหัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ผู้ให้บริการคือ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง เช่น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเวชกรรมสังคมหรือฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
- เป็นหน่วยงานด้านการบริการสาธารณสุขภาครัฐ
- ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ภาพที่ 2-1 แผนภูมิการสุ่มเลือกหน่วยพื้นที่และหญิงตัวอย่าง



วิธีวิจัยที่ 3 การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยจากทุกฝ่าย ทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาในบทนี้ใช้วิธีวิเคราะห์ Generalized Estimating Equations (GEEs) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อ 1) การตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย (ตรวจ/ไม่ตรวจ) และ 2) สัดส่วนการมาตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานอนามัย มีรายละเอียดดังนี้

1. อิทธิพลของปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย (ตรวจ/ไม่ตรวจ)

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งนำเอาปัจจัยด้านความแตกต่างของจังหวัดเข้ามาพิจารณาร่วมด้วย เช่น นโยบายการบริหารงาน การสนับสนุนกำลังคนด้านการตรวจคัดกรอง โดยพิจารณาถึงอิทธิพลของ cluster design ที่เนื่องมาจาก 1) ความแตกต่างของหญิงตัวอย่างภายในจังหวัด และ 2) ความแตกต่างระหว่างจังหวัด ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ถูกจัดเป็นกลุ่ม (clustered data) ต้องนำโครงสร้างความสัมพันธ์ของสมาชิกภายใน cluster เข้ามาพิจารณาในแบบการถดถอยด้วย การศึกษานี้ได้พิจารณาปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้รับบริการ ด้านผู้ให้บริการ และด้านผู้บริหาร และมีการจัดทำกลุ่มข้อมูลหญิงตัวอย่างภายในจังหวัด (cluster) ที่สุ่มได้ โดยมีโครงสร้างข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 2-2 โครงสร้างข้อมูลผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหาร

จังหวัด (cluster)	สอ. (PSU)	ผู้รับบริการ		ผู้ให้บริการ	ผู้บริหาร
		คนที่	ตรวจ/ไม่ตรวจ		
แพร่	1	1	Yes	B ₂₁	C ₂
แพร่	:	:	:	:	:
แพร่	1	20	No	B ₂₁	C ₂
แพร่	2	1	Yes	B ₂₂	C ₂
แพร่	:	:	:	:	:
แพร่	2	20	No	B ₂₂	C ₂
แพร่	:	:	:	:	:
แพร่	:	:	:	:	:
แพร่	20	20	Yes	B ₂₂₀	C ₂
:	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	1	1	No	B ₁₁₁	C ₁₁
นครศรีธรรมราช	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	1	20	Yes	B ₁₁₁	C ₁₁
นครศรีธรรมราช	2	1	Yes	B ₁₁₂	C ₁₁
นครศรีธรรมราช	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	2	20	No	B ₁₁₂	C ₁₁
นครศรีธรรมราช	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	40	20	No	B ₁₁₄₀	C ₁₁

ข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นตัวแปรแบบเชิงกลุ่มที่มีค่าที่เป็นไปได้ 2 ค่า เรียกว่าตัวแปรแบบทวิ (dichotomous) คือตรวจหรือไม่ตรวจ ซึ่งข้อมูลที่อยู่ภายใต้จังหวัดเดียวกันจะถูกสมมติว่ามีความสัมพันธ์กัน ในที่นี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ Generalized Estimating Equations (GEEs) ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้พิจารณาในภาพรวมของค่าเฉลี่ยประชากร (population averaged method) โดยนำโครงสร้างความสัมพันธ์ของข้อมูลที่อยู่ภายใต้จังหวัดหรือ cluster เดียวกันเข้ามาพิจารณาในการประมาณค่าพารามิเตอร์ ซึ่งเรียกโครงสร้างความสัมพันธ์ดังกล่าวว่า within-cluster “working” correlate matrix โดยนักวิจัยได้ระบุรูปแบบโครงสร้างความสัมพันธ์สำหรับการทำงานในลักษณะแต่ละคู่สมาชิกของ cluster ว่ามีความสัมพันธ์เหมือนกัน และเป็นลักษณะเดียวกันในทุกๆ cluster เราเรียกโครงสร้างความสัมพันธ์นี้ว่าเป็น exchangeable correlation structure มีรูปแบบโครงสร้างดังนี้

$$R(\rho) = \begin{bmatrix} 1 & \rho & \dots & \rho \\ \rho & 1 & \dots & \rho \\ \vdots & \vdots & \ddots & \vdots \\ \rho & \rho & \dots & 1 \end{bmatrix}$$

วิธีการของ GEEs จะให้ค่าประมาณของ β ที่มีการแจกแจงแบบปกติ การสร้างตัวแบบการตรวจคัดกรองด้วยวิธี GEEs จะพิจารณาทั้งตัวแปรระดับบุคคลและตัวแปรระดับจังหวัด ที่มีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ศาสนา อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ การสูบบุหรี่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การให้ความสำคัญของมะเร็งปากมดลูกของผู้ให้บริการและผู้บริหาร เป็นต้น

2. อิทธิพลของปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลสัดส่วนของการมาตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานีนอมนาย

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละสถานีนอมนายซึ่งเป็นหน่วยสุ่มพื้นฐาน (Primary Sampling Unit: PSU) ซึ่งพิจารณาจากจำนวนหญิงกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี (r/n) ของแต่ละ PSU และมีการจัดทำกลุ่มข้อมูลภายใต้จังหวัดหรือ cluster ที่สุ่มได้ โดยมีลักษณะโครงสร้างข้อมูลดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 โครงสร้างข้อมูลผู้ให้บริการและผู้บริหารต่อสัดส่วนการตรวจคัดกรองฯ

จังหวัด (cluster)	สอ. (PSU)	ผู้ให้บริการ		ผู้ให้บริการ	ผู้บริหาร
		จำนวนตรวจ (r)	จำนวนทั้งหมด (n)		
แพร่	1	r_{21}	n_{21}	B_{21}	C_2
แพร่	:	:	:	:	:
แพร่	20	r_{220}	n_{220}	B_{220}	C_2
:	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	1	r_{111}	n_{111}	B_{111}	C_{11}
นครศรีธรรมราช	:	:	:	:	:
นครศรีธรรมราช	40	R_{1140}	N_{1140}	B_{1140}	C_{11}

วิธีวิจัยที่ 4 ประเมินอัตราการได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษา

แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

รูปแบบการศึกษา สืบค้นทะเบียนผู้ป่วยย้อนหลังและศึกษาภาคตัดขวาง (retrospective chart review and cross-sectional analytic study)

ประชากรเป้าหมาย ผู้หญิงไทยที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่าง พ.ศ. 2548-2552

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มประชากรจาก 8 จังหวัดใน 4 ภาค ได้แก่ เชียงใหม่ พิษณุโลก นครพนม ร้อยเอ็ด นครปฐม เพชรบุรี นครศรีธรรมราช สงขลา จากฐานข้อมูลผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สุ่มเลือกจำนวนที่ต้องการ 202 คน แบ่งเป็นภาคเหนือ 60 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 47 คน ภาคกลาง 32 คน และภาคใต้ 63 คน

การกำหนดขนาดตัวอย่าง จากการศึกษาสำรวจในจังหวัดเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช คาดว่าจะมีผู้ไม่ไปรักษาไม่เกินร้อยละ 5 (ให้จำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างสูงสุด) ที่ความคลาดเคลื่อน 0.04 จะได้จำนวน 115 คน เนื่องจากมีความเหมือนกันในการได้รับการคัดกรองและปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการหาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการรักษาและหน่วยบริการ จึงกำหนด design effect ไว้ที่ 1.5 จะได้จำนวนผู้ที่มีผลคัดกรองผิดปกติในการศึกษา 172 คน และอัตราการหาผู้ป่วยพบคาดไว้ที่ร้อยละ 50 ดังนั้นจำนวนรวมของผู้ป่วยที่นำมาศึกษาจะเป็น $172/0.5 = 343$ คน นั่นคือจะต้องสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเป็นสามเท่าของจำนวนที่คาดไว้แต่ต้น จึงคำนวณประชากรผู้ป่วยที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติที่ต้องสัมภาษณ์ไว้ที่ 400 คน โดยหวังว่าจะได้ผลจากการสัมภาษณ์จากประชากร 202 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง สุ่มผู้หญิงที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจาก 8 จังหวัดอย่างเป็นระบบ (SRS) ตามสัดส่วนจำนวนผู้หญิงที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ (Probability Proportional to Size: PPS) ในอำเภอตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มศึกษาในการศึกษาย่อยที่ 1 เนื่องจากผู้หญิงที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในหมู่บ้านตัวอย่างของการศึกษาที่ 1 มีจำนวนไม่เพียงพอต่อการศึกษาในส่วนนี้ จึงสุ่มเลือกตามสัดส่วนของจำนวนผู้หญิงที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในหมู่บ้านอื่นๆ ในตำบลนั้นทุกหมู่บ้าน

ตารางที่ 2-4 จำนวนประชากรตัวอย่างที่สำรวจ และจำนวนตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละจังหวัดเป้าหมาย

จังหวัด	วิธีคัดกรองฯ ที่มีให้บริการในพื้นที่	จำนวนประชากรเป้าหมาย(คน)	จำนวนประชากรตัวอย่างที่คำนวณได้(คน)	จำนวนประชากรตัวอย่างที่ต้องการ(คน)
เชียงใหม่	แปปสเมียร์และวีไอเอ	328,932	79	39
พิษณุโลก	แปปสเมียร์	171,647	41	21
ร้อยเอ็ด	แปปสเมียร์และวีไอเอ	255,378	61	31
นครพนม	แปปสเมียร์	131,904	32	16
นครปฐม	แปปสเมียร์	171,599	41	21
เพชรบุรี	แปปสเมียร์	91,704	22	11
นครศรีธรรมราช	แปปสเมียร์และวีไอเอ	280,198	67	34
สงขลา	แปปสเมียร์	239,399	57	29
รวม		2,484,886	400	202

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่ได้รับการตรวจคัดกรองและพบเซลล์ผิดปกติ ฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระหว่าง พ.ศ. 2548-2551 เป็นผู้ที่มีรายชื่อและเป้าหมายการตรวจคัดกรองหรือการติดตามผลของสถานพยาบาลที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ อีกทั้งยินดีเข้าร่วมโครงการ

ตอนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

รูปแบบการศึกษา การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

ประชากรเป้าหมาย ผู้หญิงไทยที่เข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ยาก และผู้ให้บริการทางสาธารณสุขที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่าง เลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก แบ่งเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มชนมุสลิม กลุ่มชนบนดอย และกลุ่มคนเมือง (มีสัดส่วนการคัดกรองต่ำเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป) และสนทนาแยกกันเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มหญิงที่มีผลตรวจคัดกรองผิดปกติและอสม.หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาล

- 1) **กลุ่มหญิงมุสลิม** เลือกหญิงตัวอย่างตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเลือกจากรายชื่อหญิงที่เคยตรวจคัดกรองแล้วมีผลผิดปกติ (หมู่ 6 และหมู่ 9) ทั้งหมด 9 คน และเลือก อสม. รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบจำนวน 8 คน โดยสนทนาแยกกันเป็นสองกลุ่ม
- 2) **กลุ่มหญิงเขตเมือง** เลือกหญิงตัวอย่างในชุมชนตัวอำเภอสันป่าตอง (เนื่องจากพื้นที่ในเมืองจริงๆ จะเชิญหญิงกลุ่มเป้าหมายมาร่วมสนทนาได้ยาก) โดยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลสันป่าตองช่วยเลือกให้จากหญิงที่เคยตรวจคัดกรองและได้ผลผิดปกติ และ อสม.ที่รับผิดชอบในเขตเดียวกัน โดยแยกเป็นสองกลุ่มคือ หญิงกลุ่มเป้าหมายจำนวน 6 คน และกลุ่มผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อสม.) จำนวน 6 คน
- 3) **กลุ่มหญิงชาวดอย** เลือกพื้นที่ตำบลร่องธาร อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากการเดินทางในพื้นที่นี้เป็นเรื่องที่ยากลำบาก และเป็นชนชาวดอยซึ่งมีความเข้าใจภาษาไทยในระดับจำกัด จึงได้สนทนา focus group discussion โดยมีหญิงชาวดอย 4 คน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ อสม. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลศรีดงเย็นอีก 3 คน

วิธีวิจัยที่ 5 ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2548-2552

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP Model (57, 58) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ของการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับวิธีวิจัยที่ 1 และ 2 โดยอธิบายแยกตามประเด็นบริบท (context) ปัจจัยนำเข้า (inputs) กระบวนการ (processes) และผลผลิต (products) ของโครงการ

2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (structured questionnaires) พัฒนาแบบสัมภาษณ์โดยทีมผู้วิจัย ซึ่งอาศัยการทบทวนทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่ผ่านมา (แนวทางพัฒนาและควบคุมคุณภาพแบบสัมภาษณ์ ดังจะกล่าวโดยละเอียดในหัวข้อที่ 2.5) แบ่งออกเป็น 4 ชุด ได้แก่

- 1) แบบสัมภาษณ์ชุด A สำหรับเก็บข้อมูลจากหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สื่อและการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง (ภาคผนวก 4)
- 2) แบบสัมภาษณ์ชุด B สำหรับเก็บข้อมูลผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสถานพยาบาลและการให้บริการ ความคิดเห็น (ภาคผนวก 5-6)
- 3) แบบสัมภาษณ์ชุด C สำหรับเก็บข้อมูลผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง (ภาคผนวก 7)
- 4) แบบสัมภาษณ์ชุด D สำหรับเก็บข้อมูลผู้หญิงอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ หลังจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และการสูบบุหรี่ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุด นอกจากนี้ได้เก็บข้อมูลพื้นฐานการให้บริการของหน่วยพยาบาลปฐมภูมิ และแบบบันทึกทะเบียนผู้มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (ภาคผนวก 8-9)

การศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้เน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร รวมทั้งผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ นอกจากนั้นยังมีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติที่เข้าถึงบริการได้ยากอีกด้วย

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาเชิงสำรวจครั้งนี้มีทั้งสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงวิเคราะห์ นอกจากนั้นยังมีการวิเคราะห์สถิติเพื่อคำนวณการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของประชากรตัวอย่างที่ได้จากการสำรวจจะคำนวณเป็นอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับประเทศอีกด้วย รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

2.3.1 การอธิบายข้อมูลและหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงวิเคราะห์

- **สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)** ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของข้อมูลของหญิงตัวอย่าง การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองและรักษาต่อเนื่อง ในการศึกษาเชิงคุณภาพส่วนที่ 3 ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ร่วมด้วย
- **สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics)** เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการหรือให้บริการ โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้
 - เปรียบเทียบสัดส่วน โดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test
 - เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีลักษณะช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา (interval and ratio scale) โดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

- วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการและการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะใช้การวิเคราะห์สถิติความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) เพื่อได้ adjusted odd ratio (OR_{adj}) และ 95% Confidence Interval โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($p\text{-value} \leq 0.05$)
- สถิติ Generalized Estimating Equations (GEEs) เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยต่างๆ จากผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย และที่มีผลต่อสัดส่วนการมาตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานีนอามัย

2.3.2 การประมาณค่ายอดรวมประชากรที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การคำนวณค่าประมาณการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงตัวอย่างเป็นหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ มีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

- การคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) คำนวณจากแผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้ โดยค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นจะมีค่าเท่ากับผลคูณส่วนกลับของความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างจะถูกเลือกมาเป็นตัวแทนในแต่ละชั้น ในการสำรวจนี้แผนการสุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ stratified four-stage sampling ดังนั้นความน่าจะเป็นที่หน่วยตัวอย่างในแต่ละชั้นจะถูกเลือกเป็นตัวแทนสามารถคำนวณได้ดังนี้

ขั้นที่ 1) การเลือกหน่วยจังหวัดตัวอย่าง ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ systematic sampling ด้วยความน่าจะเป็น

$$= \frac{a_h}{A_h}$$

โดยที่ a_h คือ จำนวนจังหวัดตัวอย่าง สตราตัม h

A_h คือ จำนวนจังหวัดทั้งสิ้น สตราตัม h

ขั้นที่ 2) การเลือกหน่วยอำเภอตัวอย่าง ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ systematic sampling ด้วยความน่าจะเป็น

$$= \frac{b_{hc}}{B_{hc}}$$

โดยที่ b_{hc} คือ จำนวนอำเภอตัวอย่าง ของจังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

B_{hc} คือ จำนวนอำเภอทั้งสิ้น ของจังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

ขั้นที่ 3) การเลือกหน่วยชุมชนอาคาร ชุมชนอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ PPS-systematic sampling ด้วยความน่าจะเป็น

$$= \alpha_{hcd} \frac{M_{hcde}}{M_{hcd}}$$

โดยที่ M_{hcde} คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นของชุมชนอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

M_{hcd} คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นของอำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม

h

α_{hcd} คือ จำนวนชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่างของอำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

ขั้นที่ 4) การเลือกผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่าง ถูกเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ systematic sampling ด้วยความน่าจะเป็น

$$= \frac{n_{hcde}}{N_{hcde}}$$

โดยที่ n_{hcde} คือ จำนวนผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่างของชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง e อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

N_{hcde} คือ จำนวนผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่างของชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง e อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้นสำหรับผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่าง f ชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง e อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h คือ

$$BW_{hcdfe} = \frac{A_h}{a_h} \times \frac{B_{hc}}{b_{hc}} \times \frac{M_{hcd}}{\alpha_{hcd} M_{hcde}} \times \frac{N_{hcde}}{n_{hcde}}$$

- การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการไม่ตอบ (non-response adjustment) คำนวณจากสูตร

$$Adj_{NR_{hcdfe}} = \frac{n_{hcde}}{n'_{hcde}}$$

โดยที่ n_{hcde} คือ จำนวนผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่างของชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง e อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

n'_{hcde} คือ จำนวนผู้หญิงอายุ 30-60 ปีตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือของชุมรุมอาคาร ชุมชน/หมู่บ้านตัวอย่าง e อำเภอตัวอย่าง d จังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h

- การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ (post stratification calibration adjustment)

การปรับค่าถ่วงน้ำหนักด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิใช้ค่าคาดประมาณประชากรในการปรับ โดยเป็นค่าคาดประมาณประชากรของหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปีของจังหวัดตัวอย่าง c สตราตัม h ณ วันที่ 1 มกราคม 2553 ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักสุดท้าย (final weights) ที่กำหนดให้แต่ละหน่วยตัวอย่างชั้นสุดท้ายได้ คำนวณจากผลคูณของค่าถ่วงน้ำหนักเริ่มต้น (base weights) การปรับการไม่ตอบ (non-response adjustment) และการปรับด้วยการแบ่งข้อมูลออกเป็นชั้นภูมิ โดยค่าถ่วงน้ำหนักนี้จะใช้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมาณค่าประชากร

2.4 การดำเนินงานวิจัย

เพื่อให้ผลการศึกษาจากงานวิจัยครั้งนี้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ตามความ

คาดหวัง การเก็บรวบรวมข้อมูลและการควบคุมคุณภาพจึงถือว่าเป็นส่วนสำคัญ ในส่วนนี้จะอธิบายขั้นตอนการควบคุมคุณภาพและกระบวนการเก็บข้อมูล โดยแสดงเป็นแผนผังในภาพที่ 2-2 และมีรายละเอียดดังนี้

2.4.1 ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือและกระบวนการเก็บข้อมูล

1) **แบบสัมภาษณ์** พัฒนาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งด้านระบาดวิทยาของโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง และปัจจัยการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำให้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นกิจกรรมหรือมาตรการที่สามารถลดอัตราอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก รายละเอียดของแบบสัมภาษณ์ชุดต่างๆ แสดงในตารางที่ 2-5 ดังนี้

ตารางที่ 2-5 โครงสร้างแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์	จำนวน (ข้อ)
แบบสัมภาษณ์ชุด A (ผู้รับบริการ)	
1. ข้อมูลทั่วไป	13
2. การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	1
3. ประวัติการรับบริการตรวจคัดกรอง	13
4. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	6
5. การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	6
6. ข้อเสนอแนะ	
แบบสัมภาษณ์ชุด B (ผู้ปฏิบัติงาน)	
1. ข้อมูลทั่วไป	7
2. ประวัติการเข้ารับอบรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2
3. ข้อมูลการตรวจคัดกรองของสถานบริการ	5
4. ความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรอง	10
5. ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่	17
6. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	7
7. ความคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย	4
8. ข้อเสนอแนะ	
ชุด B1 แบบตรวจสอบศักยภาพสถานบริการ	
1. ข้อมูลเบื้องต้นของสถานบริการ	3
2. ความสามารถและแรงจูงใจ	8
3. การแปลผลตรวจคัดกรอง	3
4. ระบบเก็บข้อมูล	2
5. ระบบการติดตาม	3
แบบสัมภาษณ์ชุด C (ผู้บริหาร)	
1. ข้อมูลทั่วไป	4
2. ความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง	13
3. ปัญหา อุปสรรคของการตรวจคัดกรอง	1
4. ความคิดเห็นต่อนโยบายตรวจคัดกรอง	4

แบบสัมภาษณ์	จำนวน (ข้อ)
แบบสัมภาษณ์ชุด C (ผู้บริหาร-ต่อ)	
5. ข้อเสนอแนะ	
แบบสัมภาษณ์ชุด D (ผลเซลล์ผิดปกติ: แปปสเมียร์, วีไอเอ)	
1. ข้อมูลทั่วไป	6
2. พฤติกรรมเพศสัมพันธ์	3
3. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	15
4. ความเชื่อและเจตคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกและการรักษา	20
5. ประวัติการรักษาเซลล์ผิดปกติ	8
6. ความคิดเห็นต่อระบบการรักษาผู้ที่ผลเซลล์ผิดปกติ	4
มีประเด็นเพิ่มเติมในการสนทนากลุ่มคือ	
<ul style="list-style-type: none"> • ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก • ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก • ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก • ปัญหาและอุปสรรคในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง • ปัจจัยที่ทำให้หญิงกลุ่มต่างๆ ดังกล่าวไม่มาเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง • วิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มนั้นๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล 	

แบบสัมภาษณ์แต่ละชุดมีการตรวจสอบและทดสอบตามขั้นตอนดังนี้

แบบสัมภาษณ์ชุด A

- การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องการวัดจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) และผู้เชี่ยวชาญจากกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- การทดสอบแบบสัมภาษณ์ โดยทดสอบแบบสัมภาษณ์ชุด A กับหญิงอายุ 30-60 ปีจำนวน 60 คน ในจังหวัดลพบุรี
- การวิเคราะห์อำนาจจำแนก (discriminant) โดยคัดเลือกข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกมากกว่า 1.75 ขึ้นไป ส่วนข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกต่ำกว่านี้ ได้ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาโครงการวิจัยเพื่อปรับปรุง ปรับเปลี่ยน หรือยกเลิกข้อคำถามนั้น
- การทดสอบความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (60) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ชุด A เท่ากับ 0.82
- แก้ไขเพิ่มเติมแบบสอบถาม โดยนำข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูล ประชุมปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษาโครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมในข้อคำถาม

แบบสัมภาษณ์ชุด B, C และ D

- การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยพิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาหรือประเด็นที่ต้องการวัดจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญจากโครงการประเมินเทคโนโลยี (HITAP) และผู้เชี่ยวชาญจากกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- การทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนามัยในจังหวัดเชียงราย จำนวน 20 คน ในพื้นที่ที่ไม่เป็นหน่วยพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของคำถามแต่ละข้อและปรับแบบสอบถามให้สอดคล้องต่อการตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง
- แก้ไขเพิ่มเติมแบบสอบถาม โดยนำข้อสังเกตและข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูล ประชุมปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษาโครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อปรับปรุงเปลี่ยนแปลง หรือเพิ่มเติมในข้อคำถาม

2) **คู่มือปฏิบัติการภาคสนาม** คู่มือปฏิบัติงานภาคสนามจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการควบคุมคุณภาพสำหรับพนักงานเก็บข้อมูล ผู้นิเทศติดตาม ผู้ควบคุมงานภาคสนาม ผู้ประสานงาน ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้ง 12 จังหวัด โดยประกอบไปด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

- **รายละเอียดการปฏิบัติงานในพื้นที่** มีทั้งหมด 6 ส่วนย่อย ประกอบด้วย 1) รายละเอียดโครงการวิจัย 2) ขั้นตอนและวิธีการควบคุมคุณภาพข้อมูล 3) การติดตามนิเทศงาน 4) บทบาทหน้าที่และข้อปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม ได้แก่ ผู้ควบคุมงานภาคสนาม ผู้ประสานงานในพื้นที่ พนักงานสัมภาษณ์ รวมทั้งเทคนิคการสัมภาษณ์ 5) ข้อพึงระวังและพึงระลึกถึงจริยธรรมในงานวิจัยและ 6) คำถามหรือประเด็นข้อสงสัยที่อาจเกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์
- **รายละเอียดแบบสัมภาษณ์และการบันทึกข้อมูล** รายละเอียดแบบสอบถามมีเนื้อหาเกี่ยวกับรายละเอียดแบบสอบถามและแนวทางการถามคำถาม รวมทั้งวิธีการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ อธิบายแยกตามรายชื่อโดยละเอียด
- **รายละเอียดการนำเข้าและตรวจสอบข้อมูล** โดยอธิบายวิธีการนำเข้าข้อมูลโดยการใช้โปรแกรม OMERET โดยละเอียด

3) **การอบรมพนักงานภาคสนาม** พนักงานเก็บข้อมูลภาคสนามทุกคนต้องเข้ารับการอบรมกระบวนการเก็บรวบรวมและการจัดการข้อมูลทุกขั้นตอน ได้แก่ การอบรมเชิงปฏิบัติการแนะนำโครงการกระบวนการวิจัยและแบบสัมภาษณ์ การอบรมและฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องสแกนเนอร์ การนำเข้า-ตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรม OMERET การทดลองใช้แบบสัมภาษณ์ในพื้นที่ทดลอง (จังหวัดลพบุรี)

2.4.2 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) **เตรียมการก่อนลงเก็บข้อมูล** ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นที่ 1 ส่งจดหมายชี้แจงรายละเอียดโครงการไปยังผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เพื่อให้ดำเนินการประสานงานในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัย (สอ.) จากนั้นคัดเลือกผู้ประสานงานระดับจังหวัดให้เป็นผู้คัดเลือกผู้ประสานงานระดับอำเภอในหน่วยงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่อไป

ขั้นที่ 2 ดำเนินการขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายหญิงอายุระหว่าง 30-60 ปีในฐานประชากรจังหวัด

- ตัวอย่าง เพื่อตรวจสอบรายชื่อและสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนระเบียบวิธีวิจัย
- ขั้นที่ 3** ขอรายชื่อสถานบริการสาธารณสุขที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับผิดชอบ (สสจ. สสอ. รพ. สอ.) จากนั้นส่งรายชื่อหญิงกลุ่มเป้าหมายที่สุ่มเรียบร้อยแล้ว และส่งเอกสารแบบแบบสัมภาษณ์ชุด B, C (ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร) กลับไปที่ผู้ประสานงานจังหวัดเพื่อดำเนินการต่อไป
- ขั้นที่ 4** วางแผนการลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับผู้ประสานงานในระดับจังหวัด และผู้ประสานงานในระดับพื้นที่เพื่อเตรียมพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล หรือหมู่บ้านที่เป็นหน่วยตัวอย่างเก็บข้อมูล

2) เก็บข้อมูลในพื้นที่จังหวัดตัวอย่าง วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่มี 2 วิธีคือ การสัมภาษณ์โดยตรงระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์และพนักงานสัมภาษณ์ (face-to-face interview) และการส่งแบบสัมภาษณ์ให้ตอบข้อมูลด้วยตนเอง (self administered questionnaire) ดังนี้

แบบสัมภาษณ์ชุด A ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยตรงระหว่างผู้ถูกสัมภาษณ์และพนักงานสัมภาษณ์ (กลุ่มตัวอย่างอายุ 30-60 ปี) โดยมีขั้นตอนดังนี้

- ตรวจสอบรายชื่อผู้ที่มาให้ข้อมูลกับรายชื่อที่สุ่มได้
- ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการโดยย่อ รวมทั้งอธิบายเอกสารยินยอมให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจพร้อมกับเซ็นชื่อกำกับในใบยินยอมให้ข้อมูล
- ดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 15-30 นาทีต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ 1 คน หลังจากสัมภาษณ์เรียบร้อยแล้ว ให้พนักงานสัมภาษณ์แนะนำเอกสารความรู้เกี่ยวกับમેร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง พร้อมตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยอื่นๆ
- ผู้วิจัยหรือผู้ควบคุมงานภาคสนามจะเป็นผู้ควบคุมดูแลความเรียบร้อยเพื่อให้ดำเนินไปตามกระบวนการและประสานกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ประสานงานพื้นที่ในการเก็บข้อมูลด้านอื่นๆ

แบบสัมภาษณ์ชุด B และ C ใช้วิธีการส่งแบบสอบถามให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ (ผู้ให้บริการ ผู้บริหาร) เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- จัดทำทะเบียนบัญชีและเตรียมแบบสัมภาษณ์พร้อมจดหมายขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสัมภาษณ์ลงในซองเอกสารส่งไปยังผู้ประสานงานจังหวัดเพื่อกระจายแบบสอบถามไปยังพื้นที่ตัวอย่าง หลังจากการจัดส่งแบบสัมภาษณ์ประมาณ 2 สัปดาห์ ทีมปฏิบัติงานภาคสนามจะติดตามความก้าวหน้าของการจัดส่งเอกสารกลับมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นระยะๆ
- ผู้ประสานงานจังหวัดติดตามและตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ มอบของตอบแทนให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมส่งกลับมาที่สำนักงานโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ

2.4.3 การนำเข้าข้อมูลและการตรวจสอบข้อมูล

โครงการวิจัยใช้โปรแกรม OMERET ในการนำเข้าและตรวจสอบข้อมูล เพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดจากการบันทึกข้อมูลโดยมนุษย์ โดยได้รับความร่วมมือทั้งทางด้านวิชาการ บุคลากร โปรแกรม และเครื่องมือจากเครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน² โดยทุกขั้นตอนที่มิวิจัยและพนักงานสัมภาษณ์จะได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติ

² เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network: CRCN) 126/146 อาคารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีย์ ชั้น 4
ซอยบาราศณราศูร ถนนติวานนท์ 14 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

จนสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงาน และการนำเสนอผลการวิจัย

หลังจากตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ทีมวิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมกันและเขียนรายงานเบื้องต้น รวมทั้งจัดประชุมทีมวิจัยเพื่อนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นและหาแนวทางหรือประเด็นในการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป

2.5 การควบคุมคุณภาพ

มีแนวทางการควบคุมคุณภาพข้อมูล 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.5.1 การควบคุมคุณภาพในการพัฒนาแบบสัมภาษณ์

ขั้นตอนการพัฒนาแบบสัมภาษณ์และการควบคุมคุณภาพ ได้แก่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) การทดสอบเครื่องมือแบบวิเคราะห์อำนาจจำแนกของข้อคำถามในเครื่องมือ (discriminant) ทดสอบความเที่ยงหรือความน่าเชื่อถือ (reliability) รวมทั้งจัดทำคู่มือแบบสัมภาษณ์สำหรับพนักงานสัมภาษณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2.5.2 การควบคุมคุณภาพในการคัดเลือกพนักงานสัมภาษณ์และการฝึกอบรม

การเลือกพนักงานสัมภาษณ์จะคัดเลือกโดยพิจารณาคุณสมบัติที่ทางทีมวิจัยกำหนด และผู้ที่ได้รับการคัดเลือกต้องเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ 1 วัน เพื่อทดลองการเก็บข้อมูลพื้นที่ตัวอย่าง และอบรมเพิ่มเติมหากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยเห็นว่าพนักงานสัมภาษณ์ยังไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ นอกจากนั้นพนักงานสัมภาษณ์ทุกคนต้องได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติจริงในการจัดการข้อมูลด้วยเครื่องสแกนและการตรวจสอบตามโปรแกรม OMERET ให้มีความชำนาญก่อนลงพื้นที่ในการปฏิบัติงานภาคสนามจริง

2.5.3 การควบคุมคุณภาพในการเก็บข้อมูลภาคสนาม แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

1) การควบคุมคุณภาพงานภาคสนามโดยนักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัย จะเป็นผู้ควบคุมและประเมินการเก็บข้อมูลของพนักงานสัมภาษณ์ทุกวัน โดยวิธีการสังเกต การสุ่มตรวจแบบสัมภาษณ์ และการสุ่มสัมภาษณ์ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยคนละ 10 ชุดในแต่ละจังหวัด หากภายหลังพบว่าพนักงานสัมภาษณ์มีแนวโน้มที่จะไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ นักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะพิจารณาปรับเปลี่ยนหรืออบรมใหม่จนกว่าจะปฏิบัติงานได้จริง

2) การควบคุมคุณภาพงานภาคสนามโดยนักวิจัยอาวุโสจากโครงการประเมินเทคโนโลยี หรือที่ปรึกษาโครงการ ซึ่งจะลงพื้นที่เป็นระยะโดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- นิเทศและติดตามความก้าวหน้าของโครงการ รวมทั้งประเมินผลการดำเนินงานโดยทั่วไป
- รับฟังและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ ในกรณีที่นักวิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยที่เป็นผู้ควบคุมงานภาคสนามไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้
- สังเกตการสัมภาษณ์ และสุ่มตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสัมภาษณ์

- อบรมเพิ่มเติมหากประเมินพบว่าพนักงานสัมภาษณ์ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างมีคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะแรกจะมีการติดตามจากทั้ง 2 ส่วนอย่างใกล้ชิด ทั้งนี้อาจมีการเปลี่ยนแปลงการเก็บรวบรวมข้อมูลตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันตามระยะเวลาที่กำหนด

2.5.4 การควบคุมคุณภาพในการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูล

การควบคุมคุณภาพแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนดังนี้

1) การตรวจสอบข้อมูล พนักงานสัมภาษณ์และผู้ควบคุมงานภาคสนามมีหน้าที่ในการตรวจสอบข้อมูล โดยจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ในทุกวันที่มีการเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยพิจารณาข้อมูล ดังนี้

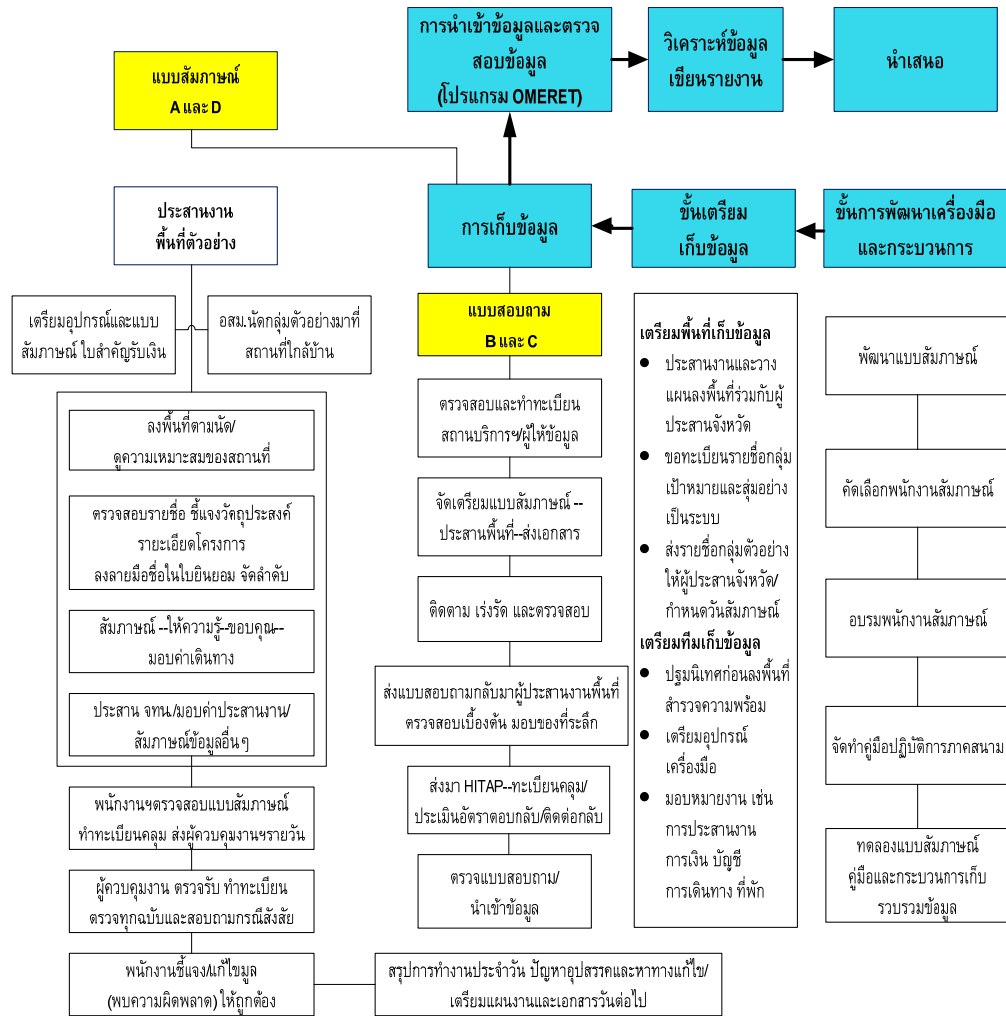
- ความครบถ้วนสมบูรณ์ (completeness) การตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลเป็นการตรวจสอบการบันทึกข้อมูลของพนักงานสัมภาษณ์ให้ครบถ้วนทุกข้อคำถามตามโครงสร้างของแบบสัมภาษณ์
- ความสอดคล้องของคำตอบ (consistency) การตรวจสอบความสอดคล้องของคำตอบ จะพิจารณาจากความต่อเนื่องของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งอาจจะมีข้อบกพร่องเกิดขึ้น เช่น คำตอบบกพร่องไม่สมบูรณ์ ลงคำตอบผิดที่ เขียนคำตอบไม่ชัดเจน หรือไม่เข้าใจเทคนิคของการลงข้อมูลในการวิเคราะห์โดยผ่านเครื่องสแกน เป็นต้น
- ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (characteristics of sample) ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นการพิจารณาวัตถุประสงค์ของแต่ละข้อคำถาม เช่น เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการอายุต่ำกว่า 30 ปี ซึ่งไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลหรือการเก็บข้อมูลรายได้เป็นปีแต่ในแบบสัมภาษณ์เป็นรายเดือน เป็นต้น

2) การบันทึกข้อมูลและการวิเคราะห์ผล กระบวนการนำเข้าข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม OMERET จะมีนักวิจัยจากโครงการประเมินเทคโนโลยี ร่วมเรียนรู้และดำเนินการด้วยทุกขั้นตอน

2.5.5 การควบคุมคุณภาพในการรายงานผลการวิจัย

ทีมวิจัยจะจัดประชุมผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเสนอผลการวิจัยอย่างน้อย 2 ครั้ง เพื่อนำเสนอปัญหาที่เกิดขึ้นในการศึกษา และขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ที่เกี่ยวข้องในการนำไปปรับใช้ เพื่อให้การศึกษามีคุณภาพมากขึ้น

ภาพที่ 2-2 แผนขั้นตอนการดำเนินงานและการควบคุมคุณภาพ



2.6 อัตราการให้ความร่วมมือ

ผลการดำเนินงานวิจัยในระหว่างเดือนกันยายน 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 มีอัตราการให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์และอัตราการตอบกลับ ดังนี้ (ตารางที่ 2-6)

ตารางที่ 2-6 อัตราการให้ความร่วมมือตอบแบบสัมภาษณ์และอัตราการตอบกลับ

จังหวัด	ผู้รับบริการ		ผู้ให้บริการ				ผู้ที่มีผลเซลล์ ผิดปกติ	
			ผู้ปฏิบัติงาน		ผู้บริหาร			
	ทั้งหมด	ความร่วมมือ (%)	ทั้งหมด	ตอบกลับ (%)	ทั้งหมด	ตอบกลับ (%)	ทั้งหมด	ความร่วมมือ (%)
ทั้งหมด	4,640	97.3	2,827	57.0	699	59.8	186	93.0
ภาคเหนือ	1,320	98.0	687	68.9	174	74.1	68	112.7
1. เชียงใหม่	800	99.6	324	62.8	103	67.6	62	158.9
2. แพร่	200	95.5	173	90.6	33	91.2	-	-
3. พิชญ์โลก	320	95.3	190	65.8	38	71.1	6	28.6
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1,000	97.2	1,034	36.7	246	44.3	42	87.5
4. นครพนม	220	99.1	210	73.3	48	70.8	13	81.3
5. ร้อยเอ็ด	340	95.9	321	32.1	74	55.4	29	93.5
6. นครราชสีมา	440	97.3	503	29.6	124	28.3	-	-
ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก	1,000	96.7	440	73.9	102	74.5	30	93.7
7. สระแก้ว	320	94.7	135	88.1	34	88.2	-	-
8. นครปฐม	460	97.0	161	85.7	34	82.4	25	119.0
9. เพชรบุรี	220	99.1	144	47.2	34	52.9	5	45.5
ภาคใต้	1,320	97.1	666	52.6	177	58.8	46	73.0
10. ชุมพร	220	98.6	125	52.8	31	61.3	-	-
11. สงขลา	300	95.0	227	44.5	68	55.9	8	27.6
12. นครศรีธรรมราช	800	97.5	314	58.0	78	60.3	38	111.7

การให้ความร่วมมือและตอบกลับ เห็นได้ว่ากลุ่มผู้รับบริการ (สัมภาษณ์โดยตรง) มีอัตราการให้ความร่วมมือทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 97 แต่ละภาคและจังหวัดมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 95-98 กลุ่มผู้ให้บริการ (ส่งแบบสอบถามทางจดหมาย) พบว่าอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามชุดผู้ปฏิบัติงานทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 57 จังหวัดที่มีอัตราตอบกลับน้อย เช่น จังหวัดนครราชสีมา ร้อยเอ็ด สงขลา (ร้อยละ 30 32 และ 45 ตามลำดับ) กลุ่มผู้บริหาร (ส่งแบบสอบถามทางจดหมาย) พบว่าอัตราการตอบกลับทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 60 จังหวัดที่มีอัตราตอบกลับน้อย เช่น จังหวัดนครราชสีมา เพชรบุรี (ร้อยละ 28 และ 53 ตามลำดับ) เป็นต้น ความร่วมมือของผู้พบเซลล์ผิดปกติ ภาคใต้ต่ำกว่าเป้าหมาย (ร้อยละ 73) ภาคเหนือได้เกินเป้าหมาย ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ต่ำกว่าเป้าหมายเล็กน้อย โดยรวมทั้งประเทศได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การเก็บข้อมูลได้จำนวนตัวอย่างตามภาคดังแสดงในตารางที่ 2-6

บทที่ 3 ผลการศึกษา

ประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศึกษาปัจจัยของผู้รับบริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิง กลุ่มเป้าหมาย

บทนี้เป็นการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่ 1 เพื่อประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์และวิธีไอเอของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี และวัตถุประสงค์เฉพาะที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาประกอบด้วย

- 3.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตัวอย่างที่สำรวจ
- 3.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ
- 3.3 การรับรู้ข้อมูลและช่องทาง/แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
- 3.4 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
- 3.5 ทศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
- 3.6 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 3.7 ข้อเสนอแนะของหญิงตัวอย่างต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
- 3.8 การประเมินอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 3.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี

3.1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตัวอย่างที่สำรวจ

3.1.1 อายุและสถานภาพ

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 45.7 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 40) รองลงมาอายุมากกว่า 51 ปี และอายุ 30-40 ปี (ร้อยละ 32 และ 29 ตามลำดับ) เมื่อแยกกรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และใต้ มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 46.9, 45.4, 45.9 และ 44.8 ปี ตามลำดับ (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.8, 8.2, 7.8 และ 8.1 ตามลำดับ) โดยอายุหญิงตัวอย่างทุกภาคส่วนใหญ่จะอยู่ระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาอายุมากกว่า 51 ปี และอายุ 30-40 ปี ซึ่งจะสอดคล้องในระดับประเทศ ยกเว้นภาคใต้ที่ส่วนใหญ่จะมีอายุ 41-50 ปี รองลงมาคืออายุ 30-40 ปี และอายุมากกว่า 51 ปี ตามลำดับ สถานภาพของหญิงตัวอย่างทั่วประเทศพบว่าส่วนใหญ่มีคู่และอยู่ด้วยกัน รองลงมาคือ หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย (ร้อยละ 80 และ 16) และมีประมาณร้อยละ 4 ที่มีสถานภาพโสด ซึ่งผลการสำรวจในระดับภาคก็พบข้อมูลที่สอดคล้องกับระดับประเทศ (ตารางที่ 3-1)

3.1.2 ศาสนาและการศึกษา

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95) มีประมาณร้อยละ 5 นับถือศาสนาอิสลาม และประมาณร้อยละ 1 นับถือศาสนาคริสต์ โดยภาคใต้มีสัดส่วนของหญิงตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามมากกว่าภาคอื่นคือ ประมาณร้อยละ 13 รองลงมาคือ ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก (ร้อยละ 4) ส่วนภาคเหนือมีสัดส่วนนับถือศาสนาคริสต์มากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 1.8) ระดับการศึกษาของหญิงตัวอย่างทั่วประเทศพบว่า

ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 72) สัดส่วนของผู้ที่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 9.5 และ 8.0 ในการสำรวจครั้งนี้มีผู้ที่ไม่ได้เรียนประมาณร้อยละ 4 เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าลักษณะการศึกษาของหญิงตัวอย่างคล้ายคลึงกันคือ ทุกภาคส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ภาคเหนือพบสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้เรียนมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 10) (ตารางที่ 3-1)

3.1.3 อาชีพ รายได้ และความเพียงพอของรายได้

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 41) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และแม่บ้าน เป็นต้น (ร้อยละ 23, 18 และ 11 ตามลำดับ) มีประมาณร้อยละ 6 ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน โดยหญิงตัวอย่างรายภาคส่วนใหญ่ประกอบอาชีพคล้ายกัน ยกเว้นภาคเหนือที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 34) รองลงมาได้แก่ อาชีพเกษตรกร ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และแม่บ้าน เป็นต้น (ร้อยละ 30 19 และ 14 ตามลำดับ) ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกพบสัดส่วนของผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงานมากกว่าภาคอื่นๆ รายได้ต่อเดือนของหญิงตัวอย่างทั่วประเทศมีค่ากลางหรือค่ามัธยฐานที่ 7,350 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 71) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของหญิงตัวอย่างคิดว่ารายได้ของครัวเรือนเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือน (ร้อยละ 54) มีประมาณร้อยละ 37 ที่เห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย และประมาณร้อยละ 9 ที่รายได้เหลือเก็บออมในแต่ละเดือน เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และใต้ มีค่ากลางหรือค่ามัธยฐานของรายได้ที่ 6,000 6,000 8,000 และ 10,000 บาท ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท หญิงตัวอย่างในแต่ละภาคส่วนใหญ่คิดว่ารายได้ของครัวเรือนเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในแต่ละเดือน ภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่เห็นว่ารายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายมากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 46) และภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีสัดส่วนของผู้มีรายได้เหลือเก็บออมในแต่ละเดือนมากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 12) (ตารางที่ 3-1)

3.1.4 การตั้งครรภ์

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93) ซึ่งส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป (ร้อยละ 53) มีประมาณร้อยละ 30 เคยแท้งบุตร ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตัวอย่างที่เคยตั้งครรภ์จะมีประวัติการแท้งบุตรจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 22) เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีประวัติการตั้งครรภ์มาก่อน ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป และมีประมาณ 1 ใน 3 ของผู้เคยตั้งครรภ์ในแต่ละภาคที่เคยแท้งบุตร ซึ่งส่วนใหญ่จะแท้งบุตรจำนวน 1 ครั้ง (ตารางที่ 3-1)

3.1.5 มีสมาชิกหญิงอายุ 30-60 ปีคนอื่นๆ ในครอบครัว และมีบุคคลในครอบครัว/คนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก

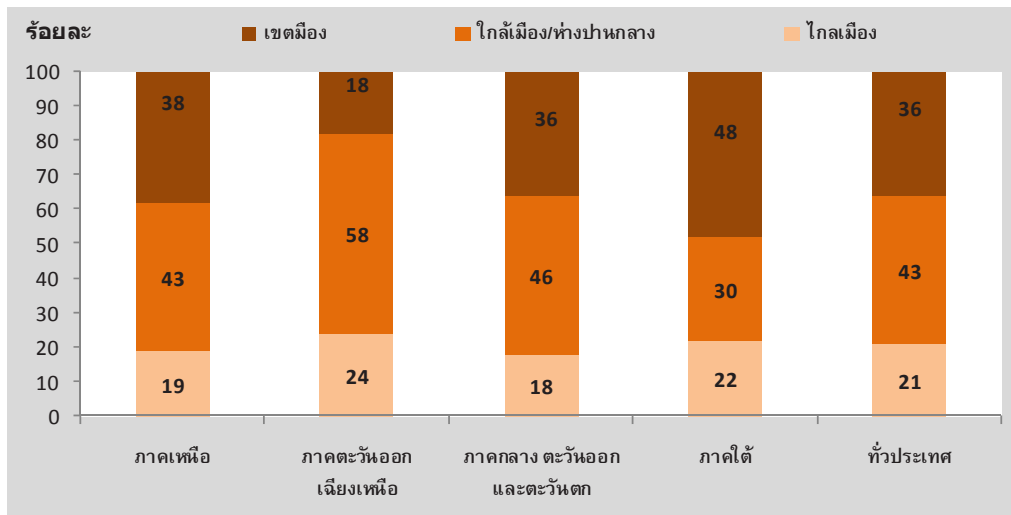
หญิงตัวอย่างทั่วประเทศส่วนใหญ่อาศัยในบ้านเพียงลำพัง มีประมาณร้อยละ 26 ที่มีสมาชิกหญิงกลุ่มอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในครอบครัวร่วมด้วย ซึ่งกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52) เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วทุกคน เมื่อแยกในแต่ละภาคพบว่าร้อยละ 50-57 ไปตรวจคัดกรองทุกคน มีประมาณร้อยละ 32-38 ที่ไม่ไปตรวจคัดกรองเลย โดยภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกจะพบสัดส่วนที่ทุกคนไม่ไปตรวจคัดกรองเลยมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 38)

นอกจากนี้จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศ หญิงตัวอย่างประมาณ 1 ใน 4 เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 24) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันหรือใกล้เคียง (ร้อยละ 55) รองลงมาได้แก่ ญาติแต่ไม่ได้พักอาศัยในครอบครัวเดียวกัน เพื่อนหรือคนรู้จักที่สนิทคุ้นเคย (ร้อยละ 24 และ 16) เป็นต้น มีประมาณร้อยละ 6 ที่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละภาคก็มีลักษณะสอดคล้องกับทั่วประเทศ โดยภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก มีสัดส่วนของผู้ที่เคยมีคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 27) ซึ่งแต่ละภาคของคนที่มีบุคคลในครอบครัวหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันหรือใกล้เคียง รองลงมาได้แก่ ญาติแต่ไม่ได้พักอาศัยในครอบครัวเดียวกัน เพื่อนหรือคนรู้จักที่สนิทคุ้นเคย เป็นต้น (ตารางที่ 3-1)

3.1.6 ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยในพื้นที่ใกล้หรือห่างจากเขตเมืองปานกลาง (ร้อยละ 43) รองลงมาพักอาศัยในเขตเมือง และไกลจากเขตเมือง (ร้อยละ 36 และ 21 ตามลำดับ) เมื่อแยกรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยในพื้นที่ใกล้หรือห่างจากเขตเมืองปานกลาง ยกเว้นภาคใต้ ที่ส่วนใหญ่พักอาศัยในพื้นที่เขตเมือง (ร้อยละ 48) โดยจังหวัดนครศรีธรรมราชจะถือให้มีเขตเมือง 2 พื้นที่คือ อำเภอเมืองและอำเภอรุ้งสูง เนื่องจากอำเภอรุ้งสูงมีลักษณะทางสังคมและเศรษฐกิจเทียบเท่าอำเภอเมือง ผู้วิจัยจึงพิจารณาให้อำเภอรุ้งสูงมีลักษณะเป็นเขตเมืองเช่นเดียวกับอำเภอเมือง (ภาพที่ 3-1)

ภาพที่ 3-1 ลักษณะพื้นที่แบ่งตามระยะห่างระหว่างอำเภอที่พักอาศัยกับอำเภอเมืองของหญิงตัวอย่าง



ตารางที่ 3-1 ข้อมูลทั่วไปของหญิงตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	1,292		971		967		1,282		4,512	
30-40 ปี	304	23.5	302	31.1	257	26.6	428	33.4	1,291	28.6
41-50 ปี	519	40.2	371	38.2	395	40.8	500	39.0	1,785	39.6
มากกว่า 51 ปี	469	36.3	298	30.7	315	32.6	354	27.6	1,436	31.8
Mean (SD) / Median	46.9 (7.8) / 47		45.4 (8.2) / 45		45.9 (7.8) / 46		44.8 (8.1) / 44		45.7 (8.0) / 46	
สถานภาพ	1,284		972		967		1,282		4,505	
โสด	62	4.8	28	2.9	68	7.0	29	2.3	187	4.2
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	991	77.2	801	82.4	731	75.6	1,086	84.7	3,609	80.1
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	231	18.0	143	14.7	168	17.4	167	13.0	709	15.7
ศาสนา	1,292		972		967		1,282		4,513	
พุทธ	1,267	98.0	966	99.4	926	95.8	1,114	86.9	4,273	94.7
คริสต์	23	1.8	6	0.6	3	0.3	1	0.1	33	0.7
อิสลาม	2	0.2	0	0	38	3.9	167	13.0	207	4.6
การศึกษา	1,292		972		967		1,282		4,513	
ไม่ได้ศึกษา	124	9.6	22	2.2	36	3.7	17	1.3	199	4.4
ประถมศึกษา	863	66.8	797	82.0	738	76.3	860	67.0	3,258	72.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	135	10.4	56	5.8	84	8.7	154	12.0	429	9.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	85	6.6	68	7.0	60	6.2	146	11.4	359	8.0

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อนุภูมิภาค/ปวส.	35	2.7	9	0.9	20	2.1	48	3.7	112	2.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	50	3.9	20	2.1	29	3.0	57	4.4	156	3.5
อาชีพ	1,292		972		967		1,282		4,513	
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17	1.3	68	7.0	92	9.5	72	5.6	249	5.5
แม่บ้าน	178	13.8	64	6.6	91	9.5	150	11.7	483	10.7
เกษตรกรรม	381	29.5	603	62.1	302	31.2	556	43.4	1,842	40.8
รับจ้าง	442	34.2	116	11.9	266	27.5	220	17.1	1,044	23.1
รับราชการ	20	1.5	11	1.1	11	1.1	18	1.4	60	1.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.1	1	0.1	1	0.1	0	0	3	0.1
พนักงานเอกชน	12	0.9	0	0	2	0.2	11	0.9	25	0.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	241	18.7	109	11.2	202	20.9	255	19.9	807	17.9
รายได้ต่อเดือน	1,293		972		967		1,282		4,514	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	567	43.9	449	46.2	294	30.4	298	23.2	1,608	35.6
5,000 - 10,000 บาท	436	33.7	330	34.0	356	36.8	473	36.9	1,595	35.3
10,001 - 15,000 บาท	120	9.3	85	8.7	113	11.7	219	17.1	537	11.9
มากกว่า 15,000 บาท	170	13.1	108	11.1	204	21.1	292	22.8	774	17.2
Range / Median / Mean (SD)	250-100,000 / 6,000 / 9,209 (10,332)		500-150,000 / 6,000 / 9,029 (11,304)		500-900,000 / 8,000 / 13,684 (32,428)		400-700,000 / 10,000 / 13,672 (23,273)		250-900,000 / 7,350 / 11,393 (21,027)	

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้	1,283		972		967		1,281		4,503	
ไม่เพียงพอ	590	46.0	366	37.7	280	29.0	444	34.7	1,680	37.3
เพียงพอ	618	48.2	524	53.9	571	59.0	701	54.7	2,414	53.6
มีเหลือเก็บออม	75	5.8	82	8.4	116	12.0	136	10.6	409	9.1
การตั้งครุภัณฑ์	1,293		972		967		1,282		4,514	
ไม่เคย	99	7.7	55	5.7	99	10.2	55	4.3	308	6.8
เคย	1,194	92.3	917	94.3	868	89.8	1,227	95.7	4,206	93.2
การตั้งครุภัณฑ์	1,194		917		868		1,227		4,206	
1 ครั้ง	248	20.8	64	7.0	99	11.4	99	8.1	510	12.1
2 ครั้ง	464	38.8	362	39.5	295	34.0	334	27.2	1,455	34.6
3 ครั้งและมากกว่า	482	40.4	491	53.5	474	54.6	794	64.7	2,241	53.3
การแต่ง	1,182		917		868		1,227		4,194	
ไม่เคยแต่ง	791	66.9	687	74.9	648	74.7	814	66.3	2,940	70.1
เคยแต่ง 1 ครั้ง	278	23.5	181	19.7	175	20.2	293	23.9	927	22.1
เคยแต่ง 2 ครั้ง	83	7.0	40	4.4	38	4.4	93	7.6	254	6.1
เคยแต่ง 3 ครั้งและมากกว่า	30	2.5	9	1.0	7	0.8	27	2.2	73	1.7
มีบุคลากรหรือบริวารหรือคนรู้จักเป็นหมะเร็งปากมดลูก	1,292		972		967		1,282		4,513	
ไม่เคยมี/ไม่รู้จัก	996	77.1	750	77.2	703	72.7	980	76.4	3,429	76.0

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยมี/เคยรู้จัก	296	22.9	222	22.8	264	27.3	302	23.6	1,084	24.0
ญาติที่เคยหรือปัจจุบันอยู่ด้วยกัน	23	7.8	13	5.9	11	4.2	17	5.6	64	5.9
ญาติแต่ไม่ได้พักอาศัยอยู่ด้วยกัน	83	28.0	41	18.5	63	23.9	67	22.3	254	23.5
เพื่อนหรือคนรู้จักที่สนิทคุ้นเคย	51	17.2	19	8.6	43	16.3	56	18.6	169	15.6
คนในชุมชนหรือใกล้เคียง	139	47.0	149	67.1	147	55.7	161	53.5	596	55.0
สมาชิกหญิงกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว	944		704		633		877		3,158	
ไม่มี	958	74.6	751	77.3	659	68.1	990	77.3	3,358	74.5
มี	327	25.4	221	22.7	308	31.9	291	22.7	1,147	25.5
ทุกคนไม่ไปตรวจคัดกรอง	83	32.5	52	31.9	91	38.1	85	36.6	311	35.0
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบางคน	26	10.2	22	13.5	34	14.2	30	12.9	112	12.6
ทุกคนไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	146	57.3	89	54.6	114	49.8	117	50.4	466	52.4

3.2 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

การสำรวจหญิงตัวอย่างครั้งนี้ ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการคุมกำเนิดของหญิงและคู่ครอง และการสูบบุหรี่ มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 การมีเพศสัมพันธ์

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างร้อยละ 96 เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออยู่ในช่วงอายุ 17-25 ปี (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ อายุน้อยกว่า 17 ปี และอายุมากกว่า 25 ปี (ร้อยละ 19 และ 13) เมื่อแยกภูมิภาคพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ของหญิงตัวอย่างมีลักษณะเดียวกับทั่วประเทศคือ เกือบทั้งหมดเคยมีเพศสัมพันธ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 17-25 ปี ภาคเหนือมีสัดส่วนของหญิงตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงอายุน้อยกว่า 17 ปี มากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 25) (ตารางที่ 3-2)

3.2.2 การคุมกำเนิด

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศส่วนใหญ่เคยคุมกำเนิด (ร้อยละ 87) โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งคุมกำเนิดอยู่ในปัจจุบัน (ร้อยละ 58) ซึ่งในผู้ที่เคยคุมกำเนิดส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยา (ร้อยละ 40) รองลงมาได้แก่ ทำหมันถาวรและใช้ยาฉีด (ร้อยละ 37 และ 17) เป็นต้น เมื่อแยกภูมิภาคพบว่าการคุมกำเนิดของหญิงตัวอย่างทุกภาคส่วนใหญ่เคยคุมกำเนิด โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนเคยคุมกำเนิดสูงกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 90) รวมทั้งสัดส่วนคุมกำเนิดในปัจจุบัน (ร้อยละ 66) วิธีการคุมกำเนิดเมื่อแยกภูมิภาคพบว่าภาคเหนือส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยา (ร้อยละ 47) รองลงมาได้แก่ ทำหมันถาวร ใช้ยาฉีด (ร้อยละ 31 และ 18) เป็นต้น ส่วนภาคอื่นพบว่าส่วนใหญ่ทำหมันถาวร รองลงมาได้แก่ ใช้ยาฉีดรับประทาน ใช้ยาฉีด เป็นต้น โดยสัดส่วนการทำหมันถาวรของหญิงตัวอย่างภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากถึงร้อยละ 40

ส่วนการคุมกำเนิดของคู่ครองพบว่าคู่ครองของหญิงตัวอย่างทั่วประเทศเกือบทั้งหมดไม่เคยคุมกำเนิด (ร้อยละ 94) มีร้อยละ 5 ที่คุมกำเนิดใน 1 ปีที่ผ่านมา โดยในผู้ที่คุมกำเนิดร้อยละ 64 ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำ และร้อยละ 37 ทำหมันถาวร ในแต่ละภาค คู่ครองหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด ในคู่ครองที่คุมกำเนิดพบว่าเกือบทุกภาคมีสัดส่วนการคุมกำเนิดใน 1 ปีที่ผ่านมาใกล้เคียงกัน ยกเว้นภาคใต้ที่มีสัดส่วนมากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 7) แต่ละภาค คู่ครองหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่คุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่วนใหญ่คู่ครองจะทำหมันถาวร (ร้อยละ 52) (ตารางที่ 3-2)

3.2.3 ประวัติการสูบบุหรี่

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 94) มีเพียงร้อยละ 4 มีประวัติสูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมา นอกนั้นเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในอดีตใน 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 2) เมื่อแยกภูมิภาคพบว่าการสูบบุหรี่ของหญิงตัวอย่างทุกภาคส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และสัดส่วนของหญิงตัวอย่างที่สูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมาใกล้เคียงกัน ยกเว้นภาคเหนือที่มีสัดส่วนการสูบบุหรี่ใน 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 7) (ตารางที่ 3-2)

ตารางที่ 3-2 พฤติกรรมสุขภาพของหญิงตัวอย่าง

พฤติกรรมสุขภาพ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	1,293		972		967		1,282		4,514	
ไม่เคย	58	4.5	27	2.8	61	6.3	24	1.9	170	3.8
เคย	1,235	95.5	945	97.2	906	93.7	1,258	98.1	4,344	96.2
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	1,229		943		906		1,257		4,335	
น้อยกว่า 17 ปี	306	24.9	166	17.6	143	15.8	219	17.5	834	19.2
17-25 ปี	800	65.1	664	70.4	615	67.9	854	67.9	2,933	67.7
มากกว่า 25 ปี	123	10.0	113	12.0	148	16.3	184	14.6	568	13.1
การคุมกำเนิด (หญิง)	1,233		945		904		1,256		4,338	
ไม่เคย	134	10.8	97	10.3	106	11.7	242	19.3	579	13.3
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้คุม	441	35.8	228	24.1	244	27.0	344	27.4	1,257	29.0
เคยและปัจจุบันคุม	658	53.4	620	65.6	554	61.3	670	53.3	2,502	57.7
วิธีการคุมกำเนิด	1,110		845		800		1,012		3,767	
ยาเม็ด	525	47.3	294	34.8	297	37.1	385	38.0	1,501	39.8
ยาฉีด	200	18.0	141	16.7	167	20.9	146	14.5	654	17.4
ใส่ห่วง	28	2.5	65	7.7	21	2.6	70	6.9	184	4.9
ฝังฮอร์โมน	10	0.9	5	0.6	5	0.6	20	2.0	40	1.1
ทำหมันถาวร	347	31.3	340	40.2	310	38.8	391	38.6	1,388	36.8

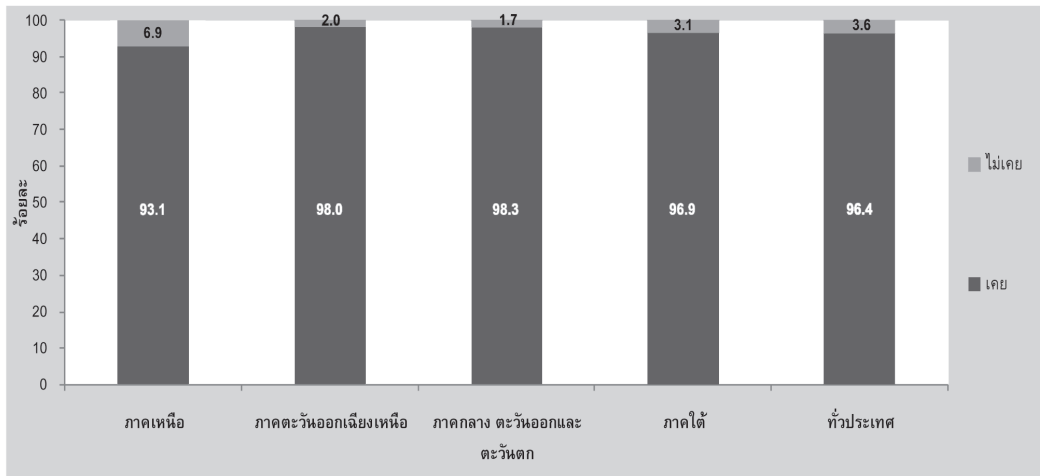
พฤติกรรมสุขภาพ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิด (คู่ครอง)	1,236		944		906		1,258		4,344	
ไม่เคย	1,169	94.6	901	95.4	860	94.9	1,137	90.4	4,067	93.6
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้คุม	21	1.7	7	0.8	11	1.2	30	2.4	69	1.6
เคยและปัจจุบันคุม	46	3.7	36	3.8	35	3.9	91	7.2	208	4.8
วิธีการคุมกำเนิด	63		44		46		121		274	
ถุงยางอนามัย	42	66.7	21	47.7	25	54.3	86	71.1	174	63.5
ทำหมันถาวร	21	33.3	23	52.3	21	45.7	35	28.9	100	36.5
ประวัติการสูบบุหรี่	1,292		972		967		1,282		4,513	
ไม่เคย	1,158	89.6	941	96.8	912	94.3	1,247	97.3	4,258	94.4
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบ	41	3.2	10	1.0	19	2.0	8	0.6	78	1.7
เคยและปัจจุบันสูบ	93	7.2	21	2.2	36	3.7	27	2.1	177	3.9

3.3 การรับรู้ข้อมูลและช่องทาง/แหล่งที่มาของข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

3.3.1 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง มีประมาณร้อยละ 4 ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าเกือบทุกภาคมีสัดส่วนของผู้ที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่าร้อยละ 96 ยกเว้นภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ได้รับข้อมูลข่าวสารน้อยกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 93) (ภาพที่ 3-2)

ภาพที่ 3-2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง



3.3.2 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางการได้รับข้อมูลมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

จากข้อมูลการสำรวจทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง โดยแหล่งข้อมูลหรือช่องทางที่หญิงตัวอย่างได้รับ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทดังนี้

1) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางจากบุคคล เจ้าหน้าที่ หรือสื่อบุคคลอื่นๆ

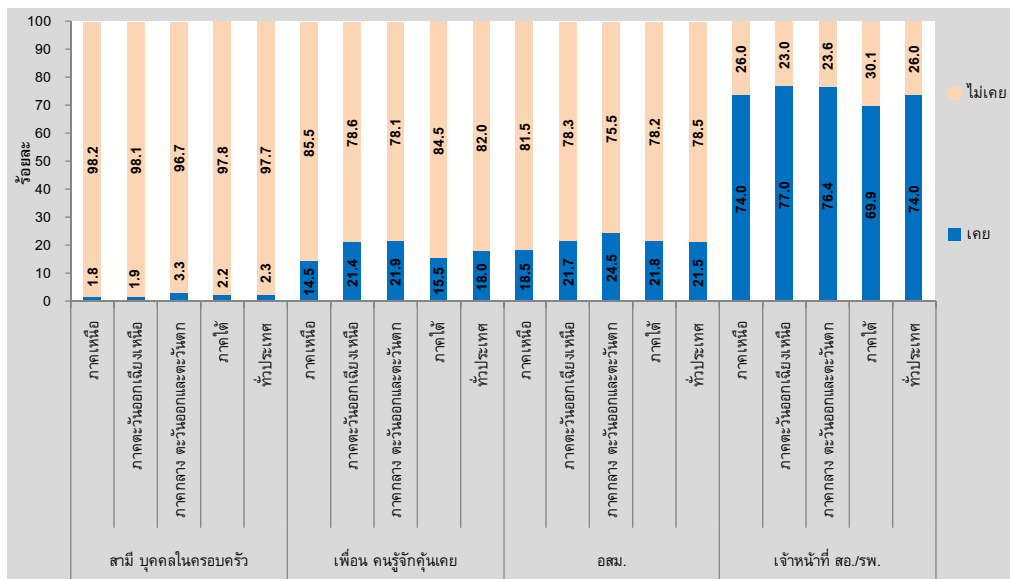
หญิงตัวอย่างทั่วประเทศร้อยละ 74 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากเจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล ร้อยละ 22 จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 18 จากเพื่อนสนิทและคนคุ้นเคย มีเพียงส่วนน้อยที่รับรู้ข้อมูลจากสามี คู่ครอง หรือบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 2) โดยในแต่ละภาค ลักษณะการรับรู้ข้อมูลจากสื่อหรือบุคคลเหล่านี้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะรับรู้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาลประมาณร้อยละ 70-77 (ภาพที่ 3-3)

2) แหล่งข้อมูลหรือช่องทางจากโทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ และช่องทางอื่นๆ

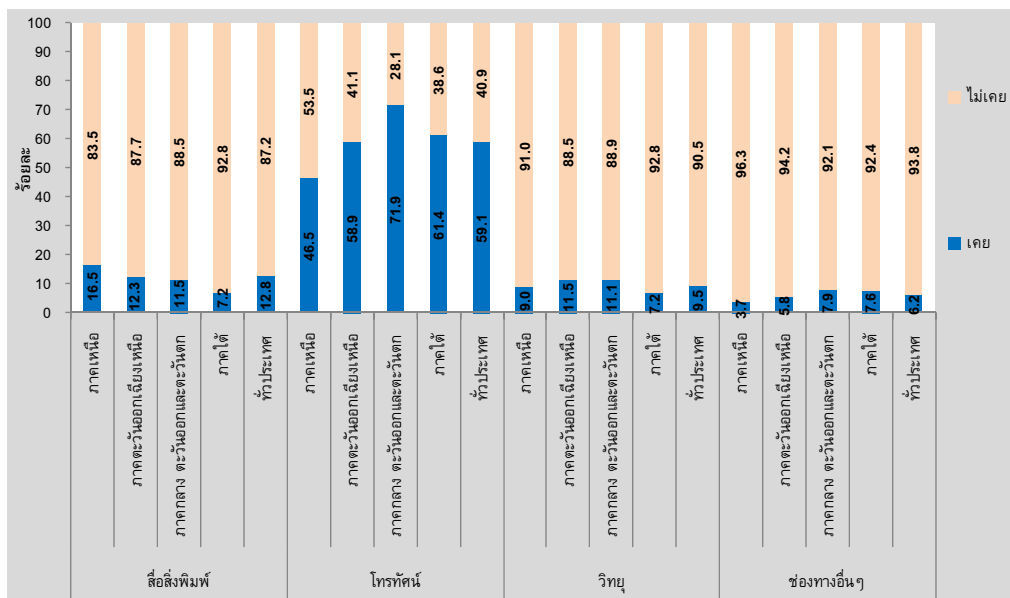
หญิงตัวอย่างทั่วประเทศร้อยละ 59 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากโทรทัศน์ ร้อยละ 13 รับรู้จากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โบปลิว เอกสาร เป็นต้น ร้อยละ 10 รับรู้จากสื่อวิทยุกระจายเสียง นอกจากนั้นยังมีประมาณร้อยละ 6 ที่รับรู้จากช่องทางอื่นๆ เช่น หนังสือ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต เป็นต้น เมื่อแยกรายภาคพบว่าภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกมีสัดส่วนของหญิงตัวอย่างที่รับรู้ข้อมูลมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากโทรทัศน์มากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 72) ภาคเหนือมีสัดส่วนของหญิงตัวอย่างที่

รับรู้ข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โบปลิว แผ่นพับ เอกสาร เป็นต้น มากกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 17) สำหรับผู้รับข้อมูลจากวิทยุและช่องทางอื่นๆ เช่น หนังสือ นิตยสาร อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ภาพที่ 3-4)

ภาพที่ 3-3 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางจากบุคคล เจ้าหน้าที่ หรือสื่อบุคคลอื่นๆ



ภาพที่ 3-4 แหล่งข้อมูลหรือช่องทางจากโทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ และช่องทางอื่นๆ



3.4 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

จากการสำรวจข้อมูลทั่วประเทศพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรอง ได้แก่ 1) ร้อยละ 89 เข้าใจถูกต้องว่าหากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติยังจำเป็นต้องมาตรวจอีกตามนัดหมาย 2) ร้อยละ 89 เข้าใจถูกต้องว่าหากตรวจคัดกรองแล้วพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้ 3) ร้อยละ 85 เข้าใจถูกต้องว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่จำเป็นต้องตรวจเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น 4) ร้อยละ 78 เข้าใจถูกต้องว่าการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และ 5) ร้อยละ 64 เข้าใจถูกต้องว่าการมีเลือดออกกะปริดกะปรอย มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวเป็นเลือด เป็นอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาที่ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองพบความเข้าใจผิดในประเด็นสำคัญคือ ร้อยละ 59 เข้าใจผิดว่ามะเร็งปากมดลูกไม่สามารถตรวจพบได้หากยังไม่มีอาการแสดงของโรค

เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างมีความรู้สอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศ นั่นคือส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องในประเด็นต่างๆ ในลักษณะเช่นเดียวกัน และหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าใจผิดว่ามะเร็งปากมดลูกไม่สามารถตรวจพบได้หากไม่มีอาการของโรคซึ่งสอดคล้องกันในทุกภาค ส่วนประเด็นที่หญิงตัวอย่างบางส่วนในแต่ละภาคมีความรู้หรือความเข้าใจผิด มีรายละเอียดดังนี้

- ไม่ทราบว่าการมีเลือดออกกะปริดกะปรอย มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวเป็นเลือด เป็นอาการผิดปกติอย่างหนึ่งของมะเร็งปากมดลูก พบว่า แต่ละภาคมีสัดส่วนความเข้าใจผิดใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 31-39 โดยภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีสัดส่วนความเข้าใจผิดในประเด็นนี้สูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 39)
- ไม่ทราบว่าการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือกับภาคใต้มีสัดส่วนความเข้าใจผิดใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19 และ 17 ตามลำดับ) ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกเข้าใจผิดร้อยละ 25 และภาคเหนือซึ่งพบว่าเป็นภาคที่มีสัดส่วนความเข้าใจผิดสูงกว่าภาคอื่นคือ ร้อยละ 29
- เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น พบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนความเข้าใจผิดสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 27) ส่วนภาคอื่นๆ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 9-12
- เข้าใจผิดว่าหากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองอีกเลยตลอดชีวิต พบว่า ภาคเหนือมีสัดส่วนความเข้าใจผิดสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 16) ส่วนภาคอื่นๆ มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 8-10
- เข้าใจผิดว่าหากตรวจคัดกรองแล้วพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ พบว่า ทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 9-13

3.5 ทศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศมีทัศนคติเชิงบวกหรือส่งเสริมต่อการไปตรวจคัดกรองในประเด็นดังนี้

- ร้อยละ 93 คิดว่าวิธีที่ใช้ตรวจคัดกรองไม่เป็นอันตรายหรือเป็นอันตรายน้อยมากต่อร่างกาย
- ร้อยละ 81 คิดว่าการไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ปลอดภัยมากกว่ามะเร็งปากมดลูก
- ร้อยละ 72 ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีผลในระดับมากที่จะตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง
- ร้อยละ 58 คิดว่าคำแนะนำของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีผลในระดับมากต่อการตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง

หญิงตัวอย่างทั่วประเทศมีทัศนคติที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจคัดกรอง ซึ่งจากการสำรวจมี 2 ประเด็นดังนี้

- ร้อยละ 54 คิดว่าปัจจุบันตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีโอกาสน้อยมากต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก
- ร้อยละ 53 คิดว่าหากไปตรวจคัดกรองแล้วพบว่ามีคามผิดปกติ หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก จะทำให้เกิดความวิตกกังวลในระดับมาก จึงไม่ไปตรวจคัดกรอง

เมื่อแยกรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างมีทั้งทัศนคติเชิงบวกหรือส่งเสริม และทัศนคติที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศ ซึ่งแต่ละภาคมีรายละเอียดดังนี้

ทัศนคติเชิงบวกหรือส่งเสริมต่อการไปตรวจคัดกรองเมื่อวิเคราะห์ในรายภาค มีรายละเอียดดังนี้

- คิดว่าวิธีที่ใช้ตรวจคัดกรองไม่เป็นอันตรายหรือเป็นอันตรายน้อยมากต่อร่างกาย พบว่า แต่ละภาคมีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 90-95
- คิดว่าการไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ปลอดภัยมากกว่ามะเร็งปากมดลูก พบว่า แต่ละภาคมีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 77-83 โดยภาคเหนือจะมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 77)
- ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีผลในระดับมากที่จะตัดสินใจไปตรวจคัดกรองคือ ประมาณร้อยละ 66-76
- คำแนะนำของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดมีผลในระดับมากต่อการตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง พบว่า ภาคใต้และภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 64 และ 62 ตามลำดับ ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก มีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้ใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 52 และ 49 ตามลำดับ

ทัศนคติที่ขัดขวางหรือเป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจคัดกรองเมื่อวิเคราะห์ในรายภาค มีรายละเอียดดังนี้

- คิดว่าปัจจุบันตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีโอกาสน้อยมากต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า แต่ละภาคมีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 50-56 โดยภาคเหนือมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 50)
- คิดว่าหากไปตรวจคัดกรองแล้วพบว่ามีคามผิดปกติ หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลในระดับมาก พบว่า นอกจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนสูงกว่าแล้ว (ร้อยละ 58) ภาคอื่นๆ มีสัดส่วนของผู้ให้ความคิดเห็นในประเด็นนี้ใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 50-54

ตารางที่ 3-3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

ความรู้	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1.อาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก เช่น มีเลือดออกกะปริดกะปรอย มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวเป็นเลือด เป็นต้น	ทราบ	801	62.0	613	63.1	594	61.5	882	68.8	2,890	64.1
	ไม่ทราบ	491	38.0	359	36.9	372	38.5	400	31.2	1,622	35.9
2.การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	ทราบ	925	71.5	792	81.5	725	75.0	1,062	82.8	3,504	77.6
	ไม่ทราบ	368	28.5	180	18.5	242	25.0	220	17.2	1,010	22.4
3.มะเร็งปากมดลูกไม่สามารถตรวจพบได้จนกว่าจะมีอาการแสดงของโรค	เข้าใจถูก	448	34.6	424	43.6	436	45.1	523	40.8	1,831	40.6
	เข้าใจผิด	845	65.4	548	56.4	531	54.9	759	59.2	2,683	59.4
4.หากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ยังจำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองอีกตามนัดหมาย	เข้าใจถูก	1,089	84.2	876	90.1	878	90.8	1,179	92.0	4,022	89.1
	เข้าใจผิด	204	15.8	96	9.9	89	9.2	103	8.0	492	10.9
5.หากตรวจคัดกรองแล้วพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้	เข้าใจถูก	1,143	88.5	847	87.1	847	87.6	1,167	91.0	4,004	88.7
	เข้าใจผิด	149	11.5	125	12.9	120	12.4	115	9.0	509	11.3
6.การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองเฉพาะที่โรงพยาบาลเท่านั้น	เข้าใจถูก	946	73.2	874	89.9	879	90.9	1,128	88.0	3,827	84.8
	เข้าใจผิด	347	26.8	98	10.1	88	9.1	154	12.0	687	15.2

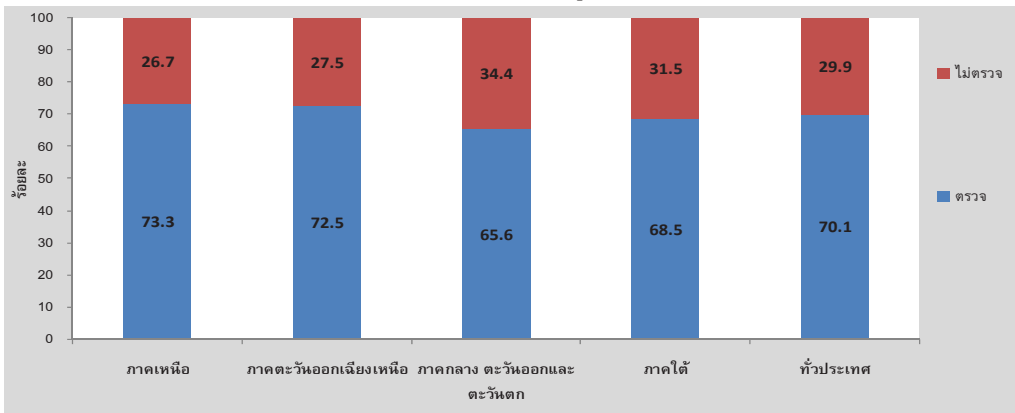
ตารางที่ 3-4 ทศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

ทัศนคติ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
1. ปัจจุบันท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	น้อย	447	49.9	439	56.4	419	55.5	533	55.2	1,838	54.2
	ปานกลาง	269	30.1	253	32.5	258	34.2	320	33.2	1,100	32.4
	มาก	179	20.0	86	11.1	78	10.3	112	11.6	455	13.4
2. การไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ท่านปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก	น้อย	55	4.5	21	2.2	21	2.3	40	3.2	137	3.2
	ปานกลาง	220	18.2	152	16.1	168	18.1	166	13.4	706	16.3
	มาก	934	77.3	771	81.7	739	79.6	1,034	83.4	3,478	80.5
3. วิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่อันตราย	น้อย	1,064	89.6	878	94.8	854	93.9	1,154	94.7	3,950	93.1
	ปานกลาง	71	6.0	34	3.7	43	4.7	45	3.7	193	4.6
	มาก	53	4.4	14	1.5	12	1.4	19	1.6	98	2.3
4. ท่านวิตกกังวลเพียงใด หากผลการตรวจคัดกรองพบว่าท่านเป็นมะเร็งปากมดลูก	น้อย	357	28.4	209	21.8	264	27.7	330	26.3	1,160	26.3
	ปานกลาง	266	21.2	190	19.9	206	21.6	251	20.0	913	20.7
	มาก	632	50.4	558	58.3	483	50.7	673	53.7	2,346	53.0
5. ข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูกจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ทำให้ตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง	น้อย	100	8.0	78	8.0	133	13.8	100	7.9	411	9.2
	ปานกลาง	224	17.8	195	20.2	198	20.5	206	16.2	823	18.5
	มาก	934	74.2	694	71.8	634	65.7	964	75.9	3,226	72.3
6. คำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ทำให้ตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง	น้อย	185	14.5	210	21.7	218	22.6	210	16.5	823	18.4
	ปานกลาง	298	23.5	255	26.3	271	28.0	252	19.7	1,076	24.0
	มาก	789	62.0	503	52.0	477	49.4	814	63.8	2,583	57.6

3.6 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

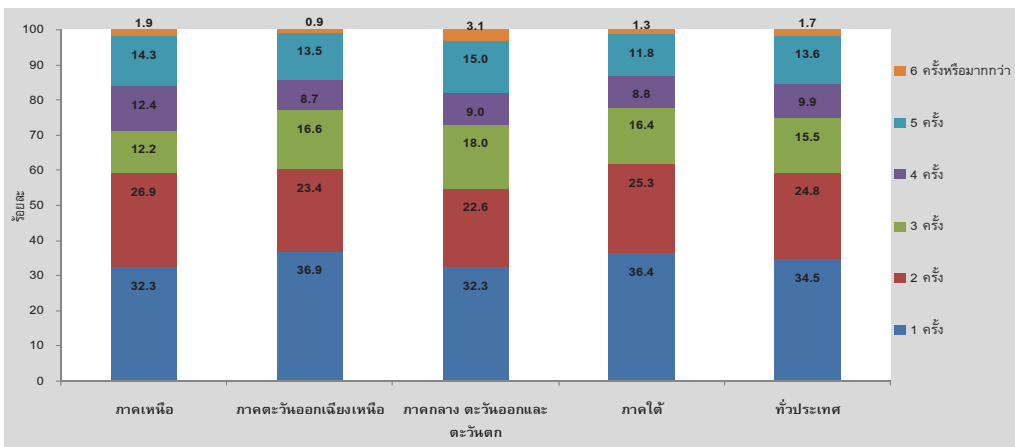
จากการสำรวจข้อมูลทั่วประเทศจากกลุ่มตัวอย่างพบว่าอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองใน 5 ปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 70 อัตราของผู้ที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองใน 5 ปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 30 ซึ่งทุกภาคมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองค่อนข้างสูง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 73 ภาคใต้มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเท่ากับร้อยละ 69 และภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกมีอัตราต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 66) (ภาพที่ 3-5)

ภาพที่ 3-5 อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมา



หญิงตัวอย่างที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมาพบว่าทั่วประเทศส่วนใหญ่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 35) รองลงมาคือ จำนวน 2, 3, 5 และ 4 ครั้ง ตามลำดับ (ร้อยละ 25, 16, 14 และ 10) นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณร้อยละ 2 ไปตรวจคัดกรองมากกว่า 5 ครั้ง เมื่อแยกรายภาคพบว่าทุกภาคมีจำนวนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในลักษณะเหมือนกันคือ ส่วนใหญ่เข้ารับบริการตรวจจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 32-37) ทุกภาคมีผู้ที่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 5 ครั้งใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 12-15 (ภาพที่ 3-6)

ภาพที่ 3-6 จำนวนครั้งที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



3.6.1 เหตุผลของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการสำรวจเหตุผลที่หญิงตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาล แนะนำให้ไปตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 50) ประมาณร้อยละ 38 ให้เหตุผลว่าต้องการตรวจสุขภาพของตนเอง เพราะมีความตระหนักและสนใจตรวจ ประมาณ 1 ใน 10 ไปตรวจคัดกรองโดยให้เหตุผลว่ามีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ เป็นต้น มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ให้เหตุผลว่าไปตรวจคัดกรองเพราะสามีหรือบุคคลใกล้ชิดแนะนำให้

เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าให้เหตุผลเช่นเดียวกันในทุกภาคซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลระดับประเทศคือ ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า อสม. เจ้าหน้าที่อนามัย/โรงพยาบาลแนะนำให้ไปตรวจคัดกรอง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 55 และ 54) ภาคใต้มีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 44) เหตุผลรองลงมาคือ ต้องการตรวจสุขภาพของตนเอง เพราะตระหนักและสนใจตรวจ โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือไปตรวจคัดกรองด้วยเหตุผลนี้ในสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 33) นอกจากนั้นเหตุผลที่ไปตรวจคัดกรองเป็นเพราะมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ เป็นต้น ทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ตารางที่ 3-5)

3.6.2 เหตุผลของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการสำรวจข้อมูลหญิงตัวอย่างทั่วประเทศพบว่า มีประมาณร้อยละ 30 ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยเหตุผลที่หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ไปตรวจคัดกรองเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 37) รองลงมาคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 23) ไม่มีเวลาที่จะไปตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 18) อายุที่จะตรวจ (ร้อยละ 17) นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นๆ เช่น ไม่ทราบสถานที่ตรวจ คาดว่าเสียค่าใช้จ่ายสูง การเดินทางไม่สะดวก เป็นต้น

เมื่อแยกเป็นรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างในทุกภาคให้เหตุผลสอดคล้องกับเหตุผลระดับประเทศคือ ส่วนใหญ่ไม่ไปตรวจคัดกรองเนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก ภาคเหนือมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 33) เหตุผลรองลงมาได้แก่ คิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่ละภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 21-22 ยกเว้นภาคเหนือที่มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 28) เหตุผลต่อมาคือไม่มีเวลาตรวจ พบว่า แต่ละภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 19-20 ยกเว้นภาคใต้ที่มีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 15) เหตุผลอายุที่จะไปตรวจ พบว่า ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14 และ 13) ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกและภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 19 และ 20) ส่วนเหตุผลอื่นๆ ทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ยกเว้นเหตุผลไม่ทราบสถานที่ตรวจที่พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 6) (ตารางที่ 3-6)

ตารางที่ 3-5 เหตุผลของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เหตุผล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เจ้าหน้าที่ อสม. เจ้าหน้าที่อนามัย/ โรงพยาบาลแนะนำให้ตรวจ	48.2	54.9	54.1	44.4	49.8
ต้องการตรวจสอบสุขภาพ เนื่องจากมีความ ตระหนัก และสนใจตรวจ	38.0	33.3	36.6	41.7	37.7
มีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มี เลือดออกทางช่องคลอด	10.2	10.8	8.4	12.6	10.6
สามีหรือบุคคลใกล้ชิดแนะนำให้ตรวจ	1.0	1.0	0.8	1.0	1.0

ตารางที่ 3-6 เหตุผลของการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

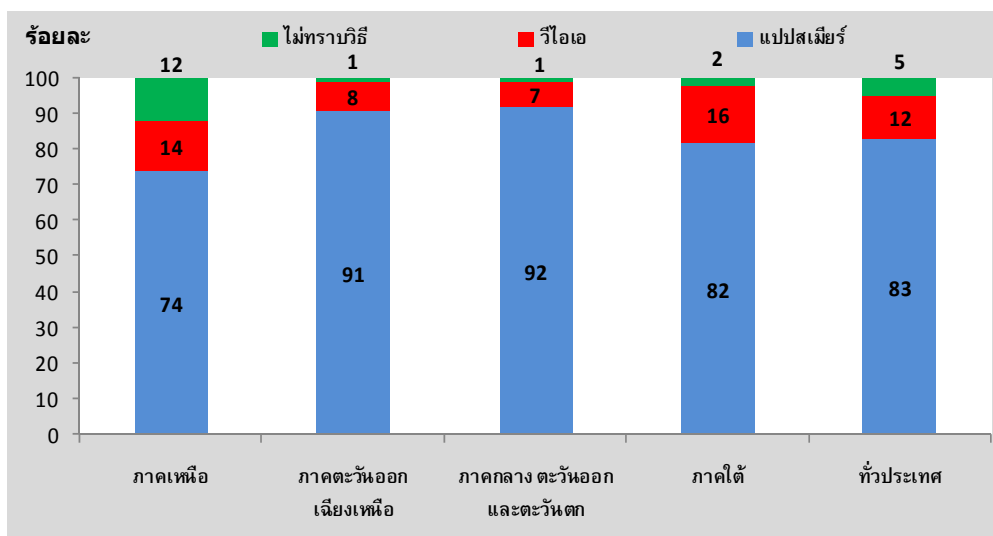
เหตุผล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไม่มีอาการผิดปกติ	32.8	37.5	37.2	39.9	36.9
คิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปาก มดลูก	27.5	21.3	20.7	21.5	22.8
ไม่มีเวลาไปตรวจคัดกรอง	19.4	19.9	19.2	14.9	18.1
อายุที่จะตรวจ	13.6	13.1	18.6	19.6	16.5
ไม่ทราบสถานที่ตรวจ	2.3	6.0	1.5	1.5	2.6
คาดว่าเสียค่าใช้จ่ายสูง	0.3	0	0.3	1.2	0.4
การเดินทางไม่สะดวก	0.3	1.9	0.9	0.7	1.0
ไม่ทราบอันตรายของมะเร็งปากมดลูก	2.6	0.4	0	0.2	0.8
สามีหรือบุคคลในครอบครัวไม่ยอมให้ ตรวจ	0	0	0	0.2	0.1
ขั้นตอนการตรวจมีความยุ่งยาก	0	0.7	0	0.2	0.1

3.6.3 รายละเอียดการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ

จากการสำรวจหญิงตัวอย่างที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศพบว่าร้อยละ 83 รับรู้ และสามารถอธิบายได้ว่าตนเองตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ ร้อยละ 12 รับรู้และสามารถอธิบายได้ว่าตนเองตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ มีประมาณร้อยละ 5 ที่ไม่ทราบหรือไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของการตรวจคัดกรองได้เลย เมื่อแยกรายภาคพบว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

และภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 91-92) ภาคใต้มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 82 และในภาคเหนือจะมีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 74) การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอในภาคเหนือและภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 14-16) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 7-9) และในภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ทราบวิธีหรือไม่สามารถอธิบายรายละเอียดของการตรวจคัดกรองได้เลยสูงกว่าภาคอื่นคือ ร้อยละ 12 (ภาพที่ 3-7)

ภาพที่ 3-7 วิธีที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



3.6.3.1 การตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์

จากการสำรวจหญิงตัวอย่างทั่วประเทศที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในครั้งล่าสุด พบข้อมูลตามรายละเอียดดังนี้ (ภาพที่ 3-8)

- **อายุที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุเป้าหมายคือ 30-60 ปี (ร้อยละ 98.6) มีเพียงบางส่วนที่ตรวจคัดกรองในอายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 1.4)

- **สถานที่รับบริการตรวจคัดกรอง** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศมากกว่าครึ่งหนึ่งรับบริการตรวจคัดกรองที่สถานีอนามัย (ร้อยละ 56) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ทั่วไป และชุมชน (ร้อยละ 23) และมีประมาณร้อยละ 14 ที่หญิงตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่คลินิกและโรงพยาบาลเอกชน เมื่อแยกรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่รับบริการตรวจคัดกรองที่สถานีอนามัย ภาคเหนือมีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 61) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ภาคใต้มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 58 และ 56) และภาคใต้มีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 49) สถานที่รับบริการตรวจคัดกรองรองลงมาคือ โรงพยาบาลรัฐ โดยพบว่าทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 20-23 ยกเว้นภาคใต้ที่มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 27) ส่วนคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนจากข้อมูลการสำรวจ

แต่ละภาคจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 11-14) โดยภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 17)

- **ระยะเวลาการตรวจ** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลารอเพื่อตรวจคัดกรองน้อยกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 80) โดยแต่ละภาคจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 78-81

- **ระยะเวลารอผลตรวจ** ภายหลังจากเข้ารับบริการตรวจคัดกรองพบว่าผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศส่วนใหญ่ได้รับการชี้แจงจากเจ้าหน้าที่ว่า “จะแจ้งผลหากมีความผิดปกติเท่านั้น ถ้าไม่มีการแจ้งผลโดยตรงภายใน 1 เดือนถือว่า “ปกติ” ถึงร้อยละ 31 รองลงมาคือ จะแจ้งผลภายใน 1-2 สัปดาห์ และ 3-4 สัปดาห์ ตามลำดับ (ร้อยละ 22 และ 18) มีประมาณ 1 ใน 10 ที่มีระยะเวลาการรอผลตรวจมากกว่า 4 สัปดาห์

- **วิธีการได้รับผลตรวจ** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศมีวิธีได้รับผลการตรวจ 3 วิธีในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ได้แก่ เจ้าหน้าที่อธิบายเงื่อนไขการแจ้งผลตรวจในวันที่ตรวจคัดกรอง โดยมีเงื่อนไขว่า “เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลตรวจในกรณีที่ผลตรวจผิดปกติเท่านั้น” เจ้าหน้าที่แจ้งให้ไปรับผลตรวจยังสถานพยาบาลที่เคยตรวจคัดกรองด้วยตนเอง และแจ้งผลทางจดหมาย นอกจากนี้ยังมีช่องทางแจ้งผลวิธีอื่นๆ เช่น แจ้งผลตรวจทางโทรศัพท์ แจ้งผลตรวจผ่านทาง อสม. เป็นต้น และยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 6 ที่ยังไม่ทราบผลตรวจของตนเอง เมื่อพิจารณารายภาคพบว่าทุกภาคมีวิธีการได้รับผลตรวจ 3 วิธีหลักในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 31-36)

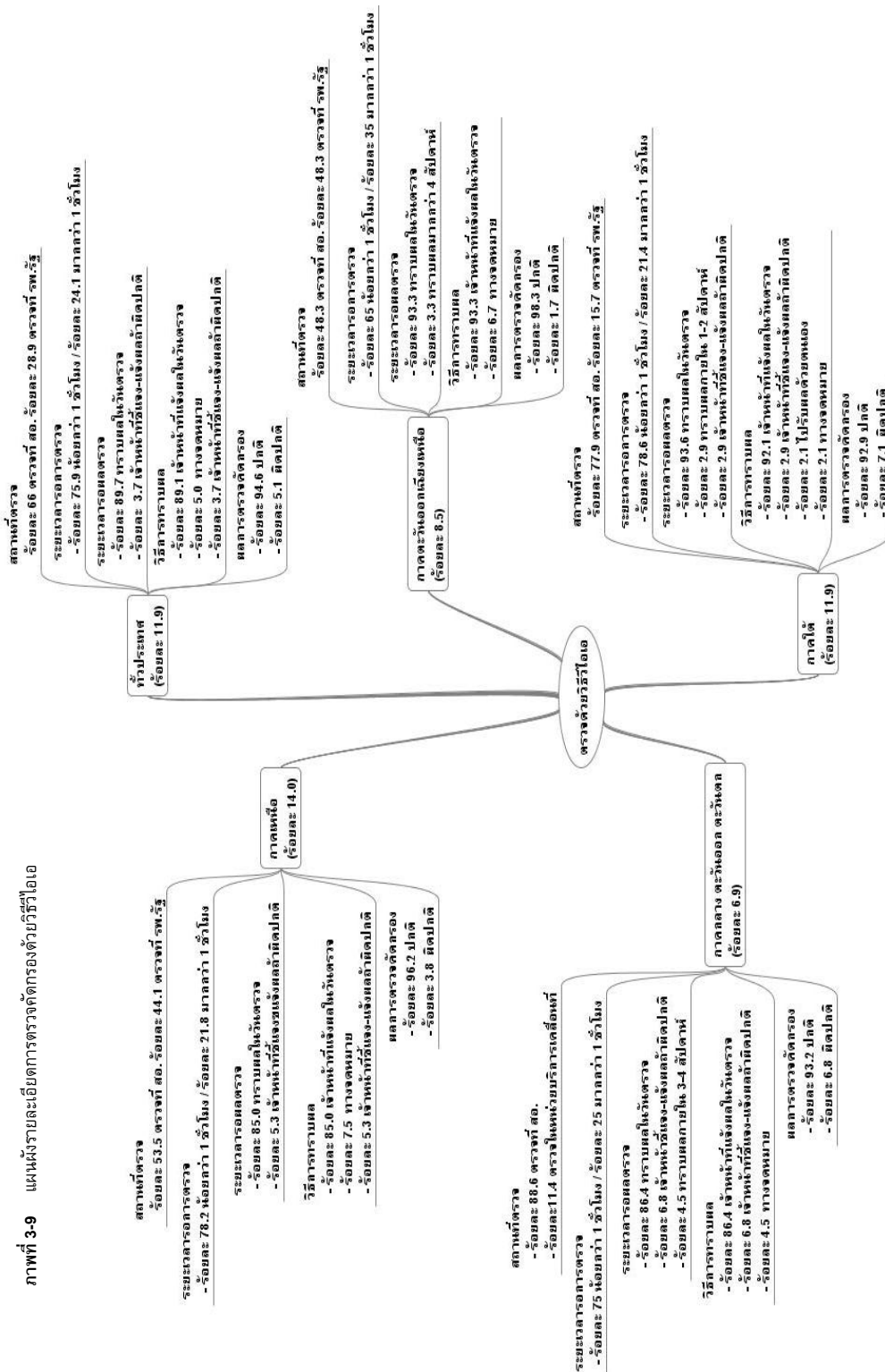
- **ผลการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุด** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ทั่วประเทศมีผลตรวจปกติร้อยละ 92 ผิดปกติร้อยละ 1.4 และยังไม่ทราบผลร้อยละ 6 โดยแต่ละภาคจะพบผลตรวจผิดปกติประมาณร้อยละ 1.0-3.0 โดยภาคเหนือพบผลตรวจผิดปกติสูงกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 3.0)

3.6.3.2 การตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอ

จากการสำรวจหญิงตัวอย่างทั่วประเทศที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอในครั้งล่าสุด พบข้อมูลตามรายละเอียดดังนี้ (ภาพที่ 3-9)

- **อายุที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอ** ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศส่วนใหญ่มีอายุในวันที่ตรวจครั้งล่าสุดระหว่าง 30-45 ปี (ร้อยละ 82) รองลงมาคืออายุระหว่าง 46-50 ปี (ร้อยละ 17) และมีบางส่วนตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอโดยที่อายุน้อยกว่า 30 ปี (ร้อยละ 1)
- **สถานที่รับบริการตรวจคัดกรอง** ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศส่วนใหญ่ตรวจคัดกรองที่สถานีนามัย (ร้อยละ 66) รองลงมาเป็นโรงพยาบาลของรัฐ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ ทั่วไป และชุมชน (ร้อยละ 29) นอกจากนี้ยังมีการให้บริการนอกสถานที่ เช่น การออกหน่วย รถบริการเคลื่อนที่ เป็นต้น
- **ระยะเวลารอการตรวจ** ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาเพื่อตรวจคัดกรองน้อยกว่า 1 ชั่วโมง (ร้อยละ 76) โดยเกือบทุกภาคจะมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 75-79 ยกเว้นภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีสัดส่วนต่ำกว่าภาคอื่น (ร้อยละ 65)
- **ระยะเวลารอผลตรวจ** ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศประมาณร้อยละ 90 ทราบผลการตรวจภายในวันตรวจเลย
- **วิธีการได้รับหรือทราบผลตรวจ** ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศเกือบทั้งหมดทราบผลการตรวจของตนในวันตรวจ (ร้อยละ 90) โดยร้อยละ 5 ทราบผลตรวจทางจดหมาย และร้อยละ 4 เจ้าหน้าที่ชี้แจงเงื่อนไขว่าถ้าไม่มีการแจ้งผลภายใน 1 เดือนถือว่าปกติ
- **ผลการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุด** ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไอเอทั่วประเทศ มีผลตรวจปกติ ร้อยละ 95 ผลผิดปกติร้อยละ 5 และมีบางส่วนที่ยังไม่ทราบผล โดยแต่ละภาคจะพบผลตรวจผิดปกติประมาณร้อยละ 2-7

ภาพที่ 3-9 แผนผังรายละเอียดการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอ



3.6.4 การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่

คำแนะนำหรือการอธิบายของเจ้าหน้าที่ก่อนหรือระหว่างการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปป smear และวีไอเอ

การสำรวจหญิงตัวอย่างที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองทั่วประเทศพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งเจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ห่างไกลจากมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 48) นอกจากนั้นร้อยละ 17 เจ้าหน้าที่ได้ให้คำแนะนำหรืออธิบายวิธีการแจ้งผลตรวจ และประมาณร้อยละ 14 เจ้าหน้าที่แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจในครั้งต่อไป มีประมาณ 1 ใน 3 ที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายใดๆ จากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 34) เมื่อแยกรายภาคพบว่าหญิงตัวอย่างได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ห่างไกลจากมะเร็งปากมดลูกมีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 45-52 หญิงตัวอย่างที่ไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายใดๆ จากเจ้าหน้าที่ในภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 28 และ 30) ภาคใต้และภาคเหนือมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 36 และ 38) นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจในครั้งต่อไปในทุกภาคมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 3-7)

คำแนะนำหรือการอธิบายของเจ้าหน้าที่หลังการตรวจคัดกรอง

- กรณีผลตรวจปกติ หญิงตัวอย่างทั่วประเทศหลังจากทราบผลตรวจส่วนใหญ่ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง การรักษา หรือการส่งต่อจากเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 72) รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามนัดหมาย (ร้อยละ 21) และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 7) เมื่อแยกรายภาค หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ในทุกภาคไม่ได้รับคำแนะนำหรือคำอธิบายใดๆ ส่วนผู้ที่ได้รับคำแนะนำคำอธิบายพบว่าภาคใต้มีสัดส่วนสูงกว่าภาคอื่นๆ (ตารางที่ 3-7)
- กรณีผลตรวจผิดปกติ หญิงตัวอย่างที่มีผลตรวจผิดปกติ ภายหลังจากทราบผลการตรวจแล้วส่วนใหญ่ได้รับการส่งต่อให้พบแพทย์หรือสูติแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป นอกจากนั้นยังได้รับคำแนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมาย มีบางส่วนที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้ให้คำแนะนำใดๆ (ร้อยละ 4-14) (ตารางที่ 3-7)

ตารางที่ 3-7 การให้คำแนะนำหรือคำอธิบายของเจ้าหน้าที่

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
การให้คำแนะนำหรือคำอธิบายของเจ้าหน้าที่ก่อนการตรวจคัดกรอง					
1. ไม่ได้แนะนำอะไรเลย	37.6	29.6	28.1	36.4	33.6
2. แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก	48.9	52.1	46.5	45.3	48.2
3. แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจคัดกรองครั้งต่อไป	19.1	11.8	10.1	14.5	14.4
4. อธิบายวิธีการแจ้งผลการตรวจ	8.3	16.3	34.2	15.6	17.3
5. แนะนำในเรื่องอื่นๆ เช่น การดูแลสุขภาพ	1.6	1.3	4.3	2.4	2.3

คำแนะนำของเจ้าหน้าที่	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก /ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
การให้คำแนะนำหรือคำอธิบายของเจ้าหน้าที่หลังการตรวจคัดกรอง					
ผลปกติ					
1. ไม่ได้แนะนำอะไรเลย	72.4	76.2	72.3	66.9	71.7
2. แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก	8.3	5.8	4.7	8.7	7.1
3. แนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมาย	15.7	18.2	23.5	25.3	20.5
4. อื่นๆ	1.2	0.3	1	0.4	0.7
ผลผิดปกติ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)					
1. ไม่ได้แนะนำอะไรเลย	3.6	14.3	0	0	3.4
2. แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก	3.6	0	14.3	5.9	5.1
3. แนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมาย	7.1	28.6	0	5.9	8.5
4. แนะนำให้ตรวจใหม่ทันที	14.3	0	28.6	17.6	15.3
5. เจ้าหน้าที่รักษาทันที	17.9	28.6	0	47.1	25.4
6. เจ้าหน้าที่ส่งต่อให้พบแพทย์หรือสูตินรีแพทย์	50.0	42.9	71.4	70.6	57.6
7. อื่นๆ	3.6	0	0	0	1.7
อยู่ในช่วงรอผล	4.3	4.1	0.6	3.3	3.3

3.6.5 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป

จากการสำรวจข้อมูลผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่คิดว่าจะกลับมาตรวจคัดกรองอีกครั้ง (ร้อยละ 98) โดยสถานพยาบาลที่หญิงตัวอย่างคิดว่าจะกลับมาตรวจคัดกรองคือสถานพยาบาลเดิมคิดเป็นร้อยละ 82 สถานพยาบาลใหม่คิดเป็นร้อยละ 16 โดยเหตุผลของการกลับมาตรวจและไม่ตรวจคัดกรองของหญิงตัวอย่าง (ตารางที่ 3-8) มีดังนี้

- กรณีกลับมาตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลเดิม หญิงตัวอย่างทั่วประเทศมากกว่าครึ่งคิดว่าจะกลับมาตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลเดิมเนื่องจากสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 54) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่แจ้งให้มาตรวจยังสถานพยาบาลเดิม ใช้สิทธิ์ตรวจคัดกรองฟรีในสถานพยาบาลนั้น นอกจากนั้นระบุว่าพอใจการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ และวิธีการที่ใช้ในการตรวจนำเชื้อถือและรวดเร็ว (ร้อยละ 25, 6, 4 และ 4 ตามลำดับ)
- กรณีกลับมาตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลแห่งใหม่ หญิงตัวอย่างทั่วประเทศที่คิดว่าจะไปตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลใหม่ เกือบครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่า เนื่องจากสถานพยาบาลแห่งใหม่นั้นสะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 47) รองลงมาคือ เจ้าหน้าที่แจ้งให้มาตรวจยังสถานพยาบาลใหม่ สถานพยาบาลแห่งใหม่มี

ความน่าเชื่อถือ รวดเร็วกว่าที่เดิม ใช้สิทธิ์ตรวจคัดกรองฟรีในสถานพยาบาลใหม่ สถานพยาบาลแห่งใหม่ ใช้เวลาน้อยในการรอรับบริการตรวจ และสถานพยาบาลแห่งใหม่มีการบริการที่ดีกว่าที่เดิม (ร้อยละ 14, 10, 9, 5 และ 5 ตามลำดับ)

- กรณีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองต่อไป หญิงตัวอย่างที่คิดว่าจะไม่รับการตรวจคัดกรองอีกเลย ส่วนใหญ่คิดว่าหลังจากตรวจครั้งนี้แล้วไม่พบความผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 89)

ตารางที่ 3-8 การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป

การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในครั้งต่อไป	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
กลับมาตรวจที่เดิม	86.5	81	79.6	78.6	81.7
สะดวกในการเดินทาง	54.8	49.1	55.6	56.6	54.0
เจ้าหน้าที่แจ้งให้มาตรวจ	25.8	34.6	24.0	16.0	24.8
การใช้สิทธิ์ตรวจฟรีตามสถานพยาบาล	8.9	3.7	5.4	6.5	6.4
ใช้เวลาไม่นานในการรอตรวจ	1.2	3.0	4.0	4.9	3.1
ใช้เวลาไม่นานในการรอผลตรวจ	0.0	0.2	0.2	0.0	0.1
วิธีการแจ้งผลรวดเร็ว น่าเชื่อถือ	0.1	0.2	0.0	0.4	0.2
เจ้าหน้าที่ให้บริการดี สุภาพ	3.5	3.0	5.8	5.4	4.3
วิธีที่ใช้ตรวจมีความน่าเชื่อถือ รวดเร็ว	2.4	4.7	1.4	5.7	3.6
อื่นๆ	1.1	1.6	5.2	4.4	2.9
กลับมาตรวจที่ใหม่	11.2	16.8	16.9	20.0	16.0
สะดวกในการเดินทาง ใกล้บ้านมากกว่าที่เดิม	50.9	48.3	43.0	46.3	47.0
เจ้าหน้าที่แจ้งให้มาตรวจที่ใหม่	12.3	20.3	20.6	8.0	14.4
การใช้สิทธิ์ตรวจฟรีตามสถานพยาบาลใหม่	15.1	5.1	8.4	7.4	8.7
ใช้เวลาไม่นานในการรอตรวจ	3.8	3.4	6.5	6.3	5.1
ใช้เวลาไม่นานในการรอผลตรวจ	0.9	0.8	0.9	0.6	0.8
วิธีการแจ้งผลรวดเร็ว น่าเชื่อถือ	0.9	0.0	0.9	0.0	0.4
เจ้าหน้าที่ให้บริการดี สุภาพ	4.7	6.8	2.8	6.3	5.3
วิธีที่ใช้ตรวจมีความน่าเชื่อถือ รวดเร็ว	5.7	12.7	8.4	10.9	9.7
อื่นๆ	5.7	2.5	8.4	14.3	8.5
ไม่เข้ารับการตรวจอีกเลย	2.2	2.3	3.5	1.5	2.3
เจ้าหน้าที่บริการไม่ดี	0.0	0.0	4.5	0.0	1.4
วิธีที่ใช้ตรวจไม่น่าเชื่อถือ ใช้เวลาตรวจนาน	14.3	6.3	9.1	7.7	9.7
ตรวจไม่พบความผิดปกติจึงไม่คิดว่าเสี่ยง	85.7	93.8	86.4	92.3	88.9

เมื่อแยกวิเคราะห์ 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 พิจารณาเฉพาะหญิงตัวอย่างอายุ 30-55 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะกลับมารับบริการตรวจคัดกรองครั้งต่อไป และกลุ่มที่ 2 คือหญิงตัวอย่างอายุ 56-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุอยู่นอกเกณฑ์เป้าหมายที่จะตรวจคัดกรองครั้งต่อไป (ตารางที่ 3-9) พบว่า

- หญิงอายุ 30-55 ปี เกือบทั้งหมดคิดว่าจะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งต่อไป (ร้อยละ 98) นอกนั้นคิดว่าจะไม่มาตรวจคัดกรองอีกเลย ซึ่งส่วนใหญ่ที่ไม่มาตรวจคัดกรองอีกเลยเป็นเพราะตรวจคัดกรองครั้งนี้แล้วไม่มีความผิดปกติ จึงไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีบางส่วนให้เหตุผลว่าไม่พอใจกับการให้บริการ วิธีการตรวจ และอายุ

- หญิงอายุ 56-60 ปี ร้อยละ 94 คิดว่าจะมาตรวจคัดกรองอีกครั้ง มีประมาณร้อยละ 6 ที่คิดว่าจะไม่มาตรวจคัดกรองอีกเลย ซึ่งเหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่มาตรวจคัดกรองอีกเลยเป็นเพราะตรวจคัดกรองครั้งนี้แล้วไม่พบความผิดปกติ จึงไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยบางคนให้เหตุผลเพิ่มเติมว่าตนเองมีอายุมากแล้ว ไม่น่าเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 3-9 แบ่งกลุ่มอายุเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในครั้งต่อไป

กลุ่มอายุ	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
อายุ 30-55 ปี					
กลับมารับบริการที่เดิม	87.0	80.4	79.5	78.2	81.5
กลับมารับบริการที่ใหม่	11.5	18.1	17.9	20.7	16.9
ไม่เข้ารับบริการตรวจอีกเลย	1.5	1.5	2.6	1.1	1.6
อายุ 56-60 ปี					
กลับมารับบริการที่เดิม	84.7	83.8	80.4	80.8	82.7
กลับมารับบริการที่ใหม่	10.0	9.9	11.8	15.0	11.5
ไม่เข้ารับบริการตรวจอีกเลย	5.3	6.3	7.8	4.2	5.8

3.7 ข้อเสนอแนะของหญิงตัวอย่างต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง

จากการรวบรวมข้อเสนอแนะและความคิดเห็นของหญิงตัวอย่างทั่วประเทศที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หญิงตัวอย่างมีข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม โดยแยกประเด็นและรายละเอียดดังนี้

ด้านบุคลากร

สถานพยาบาลควรจัดเจ้าหน้าที่หญิงที่เป็นคนนอกพื้นที่สำหรับการตรวจคัดกรอง เพื่อแก้ไขปัญหาด้านความอาย รวมถึงควรให้โอกาสผู้รับบริการสามารถเลือกเจ้าหน้าที่เพื่อตรวจคัดกรองตนได้ นอกจากนั้นต้องการให้เจ้าหน้าที่ชี้แจงรายละเอียดก่อนการตรวจคัดกรอง รวมทั้งตอบข้อสงสัยต่างๆ อย่างสุภาพ อีกทั้งในการนัดหมายเพื่อตรวจคัดกรองในแต่ละครั้งไม่ควรกำหนดให้ตรงกับวันให้บริการด้านอื่นๆ เช่น คลินิกความดัน เบาหวาน เป็นต้น และควรคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อของหญิงหรือชุมชนเหล่านั้นด้วย

ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ และสถานที่

สถานพยาบาลควรจัดให้มีสถานที่ตรวจที่เพียงพอ มีติด เป็นสัดส่วน โดยแยกเฉพาะสถานที่ตรวจคัดกรองจากการให้บริการด้านอื่นๆ และควรสร้างบรรยากาศภายในห้องตรวจให้ผู้รับบริการรู้สึกต้องการตรวจ เช่น ไม่ทึบ ไม่อับชื้นหรือมีกลิ่น ไม่เล็กหรือแคบจนเกินไป นอกจากนี้ อุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้สำหรับการตรวจคัดกรองควรจัดหาให้เพียงพอต่อจำนวนหญิงที่จะมาตรวจแต่ละครั้ง รวมทั้งต้องทำความสะอาดเพื่อความปลอดภัยอยู่เสมอ และการใช้อุปกรณ์สำหรับการตรวจควรคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้มารับบริการแต่ละราย เช่น ไม่ควรใช้เครื่องตรวจขนาดเดียวกันกับทุกคนเพราะอาจไม่ปลอดภัยหรือทำให้เจ็บได้

ด้านการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

สถานพยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองเพื่อให้เกิดความตระหนักต่อมะเร็งปากมดลูก และสนใจใส่ใจต่อสุขภาพของตนเองเพิ่มมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดความต้องการตรวจคัดกรอง รวมทั้งแนะนำบุคคลอื่นให้ไปตรวจคัดกรอง การให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกนี้ควรประชาสัมพันธ์หรือรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง เน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายก่อนแล้วค่อยขยายไปสู่กลุ่มบุคคลอื่น วิธีการที่หญิงตัวอย่างแนะนำ ได้แก่

- ควรประชาสัมพันธ์ รณรงค์ด้วยวิธีที่หลากหลาย ไม่ควรทำอย่างใดอย่างหนึ่งซ้ำๆ กัน และควรเน้นไปที่ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้การประชาสัมพันธ์ก่อนที่จะมีการตรวจ เจ้าหน้าที่ควรลงพื้นที่เพื่อแนะนำหรือชี้แจงรายละเอียดการตรวจคัดกรอง วิธีที่ใช้ตรวจ ความสำคัญและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้หญิงในชุมชนเกิดความเข้าใจ และถ้าหากชาวบ้านเกิดความสงสัยควรตอบข้อสงสัยนั้นด้วยความสุภาพ

- การประชาสัมพันธ์ควรประสานงานกับ อสม. หรือผู้นำชุมชน โดยให้บุคคลเหล่านี้รวมตัวกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่และเป็นคนที่ชักชวนหรือพาหญิงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยอาจจะมีแรงจูงใจทั้งที่เป็นค่าตอบแทนหรือแรงจูงใจอื่นๆ

- ชุมชนหรือหมู่บ้านน่าจะมีแหล่งกระจายข้อมูลหรือแหล่งรวบรวมเอกสารหลายๆ ทาง เช่น หอกระจายข่าว ศาลากลางบ้าน เป็นต้น หากเป็นเอกสารความรู้ หนังสือ หรือนิตยสารที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกหรือการตรวจคัดกรองควรนำมาไว้ที่แห่งนี้ด้วย

- อยากให้ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุ ให้มากขึ้น

- เจ้าหน้าที่ควรมาจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกๆ ปี กับสตรีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายโดยตรง รวมทั้งควรให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนหญิงร่วมด้วย เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กรับรู้อันตรายและสนใจสุขภาพของตนเอง รวมถึงเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองเมื่ออายุครบเกณฑ์การตรวจ

- ให้ผู้ที่เคยตรวจคัดกรองทั้งที่พบความผิดปกติและไม่พบความผิดปกติมาเล่าประสบการณ์การตรวจคัดกรองของตนเองรวมถึงแนวทางการรักษาหรือดูแลตนเองให้แก่ผู้อื่น หรืออาจจะให้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่ยินดีให้ความรู้มาเล่าประสบการณ์ของตนเองด้วย ซึ่งจะสามารถเพิ่มความตระหนักได้มากขึ้น

ด้านการบริการตรวจคัดกรองและการแจ้งผล

ควรจัดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี โดยไม่ควรจำกัดการตรวจ 5 ปีต่อครั้ง ซึ่ง

น้อยเกินไป และอาจไม่ทันต่อการรักษาหากเกิดโรคในระหว่าง 5 ปีที่ไม่ได้รับการตรวจ นอกจากนี้ไม่ควรจำกัดอายุในการตรวจคัดกรอง รวมทั้งควรลดเกณฑ์อายุให้สามารถตรวจได้ก่อนอายุ 30 ปี

การให้บริการตรวจคัดกรองควรบริหารจัดการให้รวดเร็ว จะได้ไม่เสียเวลาในการรอตรวจ รวมทั้งควรตรวจคัดกรองให้แก่ผู้ที่ไปรับบริการตรวจทุกครั้ง โดยใช้มาตรฐานเดียวกันในทุกสถานบริการ ทั้งสถานืออนามัย โรงพยาบาลศูนย์ ชุมชน ทัวไปหรือแม้แต่สถาบันมะเร็ง เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการมากขึ้น นอกจากนี้ควรจัดให้มีหน่วยบริการเคลื่อนที่เพิ่มขึ้น เพื่อสามารถเข้าถึงหมู่บ้านที่ห่างไกลสถานพยาบาล หรือสถานที่ทำงานของผู้รับบริการได้ โดยให้มีมาตรฐานเหมือนกับที่อยู่ในสถานพยาบาล ทั้งอุปกรณ์ เครื่องมือ เจ้าหน้าที่ เป็นต้น

ด้านการแจ้งผลการตรวจ เจ้าหน้าที่ควรแจ้งผลการตรวจแก่ผู้มารับบริการให้ทราบในทุกกรณีและควรมีระยะเวลาในการแจ้งผลเร็วกว่าเดิม เพื่อลดความกังวลใจของผู้รับบริการหากได้รับผลซ้ำหรือไม่ได้รับผลเลย ซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่ดีต่อการมารับบริการในครั้งต่อไป และควรระบุเวลาที่แน่นอนในการทราบผลการตรวจ รวมทั้งการแจ้งผลตรวจต้องมีความชัดเจนไม่คลุมเครือ และควรแนะนำความรู้ การปฏิบัติตัว และการนัดหมายให้มาตรวจในครั้งต่อไปด้วย นอกจากนี้ควรระมัดระวังไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการแจ้งผลตรวจผิดคน

3.8 การประมาณอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างทั่วประเทศ สามารถทำการคำนวณค่าประมาณการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิงเป้าหมายระดับประเทศใน 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งในช่วงการสำรวจพบว่ามีประชากรหญิงเป้าหมายทั้งประเทศ 13,520,291 คน ได้แก่ภาคเหนือมีจำนวน 2,850,125 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวน 4,911,977 คน ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียง/ตะวันตกมีจำนวน 3,845,207 คน และภาคใต้มีจำนวน 1,912,982 คน

ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีประชากรหญิงเป้าหมายทั้งประเทศมีอัตราเข้ารับบริการตรวจคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 68 เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าทุกภาคอัตราการตรวจคัดกรองค่อนข้างสูง โดยอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของประชากรเป้าหมายในภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 70 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 69 ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียง/ตะวันตกคิดเป็นร้อยละ 65 และภาคใต้คิดเป็นร้อยละ 67 (ตารางที่ 3-10 และภาคผนวกที่ 10)

ประชากรหญิงเป้าหมายที่ตรวจคัดกรองร้อยละ 88 เข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และจำนวนร้อยละ 7 เข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ มีร้อยละ 5 ไม่ทราบวิธีตรวจ เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าหญิงประชากรเป้าหมายในทุกภาคส่วนใหญ่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ โดยหญิงกลุ่มเป้าหมายภาคกลาง ตะวันออก และตะวันตกเข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์สูงสุด (ร้อยละ 94) ส่วนหญิงกลุ่มเป้าหมายในภาคเหนือเข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอสูงที่สุด (ร้อยละ 9) (ภาคผนวก 11) นอกจากนี้หญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าครึ่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2552 (ร้อยละ 58) และส่วนใหญ่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองในหน่วยงานภาครัฐ (ร้อยละ 85) มีร้อยละ 15 ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่คลินิกเอกชนและโรงพยาบาลเอกชน โดยแต่ละภาคมีสัดส่วนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่คลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 14-17 (ภาคผนวก 12-13)

ตารางที่ 3-10 การประมาณอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

	การตรวจคัดกรอง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมาย	สัดส่วนในการรับบริการตรวจประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมาย	ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (SE)	ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI)		coefficient of variation
						lower	upper	
ทั่วประเทศ	ตรวจ	3,165	9,137,381	0.68	0.012	0.65	0.70	0.02
	ไม่ตรวจ	1,349	4,382,910	0.32	0.012	0.30	0.35	0.04
	รวม	4,514	13,520,291	1.00				
ภาคเหนือ	ตรวจ	948	1,983,416	0.70	0.027	0.64	0.75	0.04
	ไม่ตรวจ	345	866,709	0.30	0.027	0.25	0.36	0.09
	รวม	1,293	2,850,125	1.00				

	การตรวจคัดกรอง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนประชากรหญิง กลุ่มเป้าหมาย	สัดส่วนในการให้บริการ ตรวจประชากรหญิง กลุ่มเป้าหมาย	ความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (SE)	ช่วงความ เชื่อมั่น (95%CI)		coefficient of variation
						lower	upper	
ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	ตรวจ	705	3,377,522	0.69	0.021	0.64	0.73	0.03
	ไม่ตรวจ	267	1,534,455	0.31	0.021	0.27	0.36	0.07
	รวม	972	4,911,977	1.00				
ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก	ตรวจ	634	2,500,554	0.65	0.028	0.59	0.71	0.04
	ไม่ตรวจ	333	1,344,653	0.35	0.028	0.29	0.41	0.08
	รวม	967	3,845,207	1.00				
ภาคใต้	ตรวจ	878	1,275,889	0.67	0.022	0.62	0.71	0.03
	ไม่ตรวจ	404	637,093	0.33	0.022	0.29	0.38	0.07
	รวม	1,282	1,912,982	1.00				

3.9 ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการของหญิงอายุระหว่าง 30-60 ปี พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ดังนี้

1. ด้านบุคคล สังคม-เศรษฐกิจ และครอบครัว ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ การตั้งครุภรรยา การมีสมาชิกหญิงในครอบครัวอายุ 30-60 ปี และการมีบุคคลในครอบครัว/คนใกล้ชิดเป็นมะเร็งปากมดลูก
2. ด้านลักษณะพื้นที่ ได้แก่ เขตพื้นที่อาศัยและระยะห่างของอำเภอที่พำนักอาศัยกับอำเภอเมือง
3. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการคุมกำเนิด และประวัติการสูบบุหรี่
4. ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
5. ความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

เมื่อวิเคราะห์ความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ (multiple logistic regression) โดยควบคุมตัวแปรอื่นพบว่าสมการถดถอย โลจิสติกในระดับประเทศ และแต่ละภาคมีความเหมาะสม (ทดสอบด้วย Hosmer and Lemeshow Test) และสามารถอธิบายความผันแปรของการตรวจคัดกรองได้จากค่าความผันแปรของ Cox & Snell และ Nagelkerke โดยในระดับประเทศมีความผันแปรการตรวจคัดกรองเท่ากับร้อยละ 12-17 ที่สามารถอธิบายได้โดยสมการถดถอยโลจิสติกนี้ (ตารางที่ 3-11)

ตารางที่ 3-11 การทดสอบสมการถดถอยโลจิสติกและความผันแปรของการตรวจคัดกรอง

ความเหมาะสมและความผันแปร	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
การทดสอบความเหมาะสม (กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05)	0.87	0.33	0.72	0.18	0.85
ค่าความผันแปรของการตรวจคัดกรอง (Cox & Snell / Nagelkerke)	0.17 / 0.26	0.14 / 0.21	0.23 / 0.32	0.10 / 0.14	0.12 / 0.17

ปัจจัยและคุณลักษณะของผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยด้านลบหรือปัจจัยขัดขวางการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการสำรวจข้อมูลและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทั่วประเทศ พบว่า

3.9.1 ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

ปัจจัยด้านบุคคล สังคม-เศรษฐกิจ ครอบครัว และลักษณะพื้นที่อาศัย

- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง (อายุ 30-60 ปี) และได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองแล้วทุกคนมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 2 เท่าของหญิงที่ไม่มีสมาชิกกลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ ในบ้าน (OR = 2.12, 95%CI = 1.57-2.84)
- หญิงที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.9 เท่าของหญิงที่ไม่ได้ทำงาน/เป็นแม่บ้าน (OR = 1.87, 95%CI = 1.29-2.71)
- หญิงอายุ 41-50 ปีมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.5 เท่าของหญิงอายุ 30-40 ปี (OR = 1.48, 95%CI = 1.22-1.79)
- หญิงที่อาศัยในพื้นที่ใกล้เมือง/ห่างปานกลางมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.5 เท่า (OR = 1.48, 95%CI = 1.21-1.75) และหญิงที่อาศัยไกลจากเมืองมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.2 เท่าของหญิงที่อาศัยในเขตเมือง (OR = 1.24, 95%CI = 1.00-1.55)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพและการรับข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูก

- หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2.5 เท่าของหญิงที่ไม่ได้รับ (OR = 2.47, 95%CI = 1.60-3.79)
- หญิงที่เคยมีบุตรหรือเคยตั้งครรภ์มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.6 เท่าของหญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์ (OR = 1.62, 95%CI = 1.05-2.47)

ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

- หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูกจากสื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรอง และมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2.9 เท่าของหญิงที่เห็นว่าสื่อเหล่านี้มีผลน้อย (OR = 2.87, 95%CI = 2.17-3.81)
- หญิงที่คิดว่าการไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ปลอดภัยปานกลางจากมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.7 เท่าของหญิงที่คิดว่าปลอดภัยน้อย (OR = 1.68, 95%CI = 1.04-2.69)
- หญิงที่เห็นว่าคำแนะนำของคนในครอบครัว คนใกล้ชิด มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรองจะมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.3 เท่าของหญิงที่เห็นว่าไม่มีผลน้อย (OR = 1.25, 95%CI = 1.01-1.56)

3.9.2 ปัจจัยด้านลบหรือขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยบุคคล สังคม-เศรษฐกิจ ครอบครัว และลักษณะพื้นที่อาศัย

- หญิงที่นับถือศาสนาอื่นๆ (คริสต์หรืออิสลาม) จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 40 (OR = 0.63, 95%CI = 0.46-0.88)
- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง (อายุ 30-60 ปี) และมีเพียงบางคนที่ไม่ไปตรวจคัดกรอง จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกกลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ ในบ้านถึงร้อยละ 38

- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง (อายุ 30-60 ปี) และทุกคนไม่ไปตรวจคัดกรอง จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกกลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ ในบ้านถึงร้อยละ 34

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

- หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 40 (OR = 0.60, 95%CI = 0.43-0.83)

ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

- หญิงที่คิดว่าวิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่อันตรายในระดับมาก จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่คิดว่าไม่มีอันตรายหรือมีอันตรายเล็กน้อยร้อยละ 58 (OR = 0.42, 95%CI = 0.25-0.73)
- หญิงที่มีความรู้สึกรวิตกกังวลมาก หากตรวจแล้วพบว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่วิตกกังวลหรือวิตกบ้างร้อยละ 29 (OR = 0.71, 95%CI = 0.59-0.86)
- หญิงที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 22 (OR = 0.78, 95%CI = 0.67-0.92)
- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติไม่ต้องมาตรวจอีกเลย จึงมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 50 (OR = 0.50, 95%CI = 0.38-0.66)
- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 28 (OR = 0.72, 95%CI = 0.57-0.91)

เมื่อแยกรายภาคจะพบว่าทุกภาคมีทั้งปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริม และปัจจัยด้านลบหรือขัดขวางต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแต่ละภาคมีปัจจัยทั้งที่เหมือนกันและแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 3-12, 3-13 และภาคผนวก 14

ตารางที่ 3-12 ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้
<p>ด้านบุคคล สังคม-เศรษฐกิจ ครอบครัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - หญิงอายุ 41-50 ปีขึ้นไปมี โอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2 และ 1.8 เท่า ของหญิงอายุ 30-40 ปี - หญิงที่เคยตั้งครรภ์ที่มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 3.5 เท่าของหญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์ - หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองและได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองแล้วทุกคน มีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 2.4 เท่าของหญิงที่ไม่มี - หญิงอาศัยในพื้นที่ใกล้เคียงเมือง/ห่างปานกลาง และไกลเมือง มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 3.1 และ 1.9 เท่าของหญิงที่อาศัยในเขตเมือง 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงอายุ 41-50 ปีมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2.6 เท่าของหญิงอายุ 30-40 ปี - หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองและได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองแล้วทุกคน มีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 3.2 เท่าของหญิงที่ไม่มี 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่สถานภาพคู่อยู่ด้วยกัน และหญิงที่ปัจจุบันมีสถานะหย่า/แยกกันอยู่/หม้าย มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 4.2 และ 3.1 เท่าของหญิงโสด - หญิงอายุ 41-50 ปีมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.9 เท่าของหญิงอายุ 30-40 ปี 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.9 เท่าของหญิงที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน - หญิงที่มีบุคคลในบ้าน/คนรู้จักเป็นมะเร็งเร็งปากมดลูก มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.7 เท่าของที่ไม่มี - หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่นๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายการคัดกรองและได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองแล้วทุกคน มีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 2.3 เท่าของหญิงที่ไม่มี
<p>ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2.6 เท่าของหญิงที่ไม่ได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร และการตรวจคัดกรองมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 3.0 เท่าของหญิงที่ไม่ได้รับ - หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูก จากโทรทัศน์ วิทยุ 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร และการตรวจคัดกรองมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 11 เท่าของหญิงที่ไม่ได้รับ - หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูก จากโทรทัศน์ วิทยุ 	<ul style="list-style-type: none"> - หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่ต้องมาตรวจอีกเลย มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกต้องละ 60 - หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้

ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้
- หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูกจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรอง มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 3.0 เท่าของหญิงที่เห็นว่าไม่มีผลน้อย	หนังสือพิมพ์ มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรอง มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 3.1 เท่าของหญิงที่เห็นว่าไม่มีผลน้อย	หนังสือพิมพ์ มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรอง มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2 เท่าของหญิงที่เห็นว่าไม่มีผลน้อย - หญิงที่เห็นว่าคำแนะนำของครอบครัว/คนใกล้ชิด มีผลมากต่อการไปตรวจคัดกรอง มีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 2.1 เท่าของหญิงที่เห็นว่าไม่มีผลน้อย	ในโรงพยาบาลเท่านั้นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าเจริญระยะ 50

ตารางที่ 3-13 ปัจจัยด้านลบหรือข้อขัดขวางการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้
ด้านบุคคล สังคม-เศรษฐกิจ ครอบครัว	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้
- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง และมีบางคนไปตรวจ จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 46	- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง และทุกคนไม่ไปตรวจ จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 46	- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง และทุกคนไม่ไปตรวจ จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 50	- หญิงที่ในครอบครัวมีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง และทุกคนไม่ไปตรวจ จะมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีสมาชิกคนอื่น ๆ เป็นกลุ่มเป้าหมายถึงร้อยละ 50
ด้านพฤติกรรมการสุขภาพ			
- หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 42	- หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 60	- หญิงที่สูบบุหรี่มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 77	

ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง ตะวันออก ตะวันตก	ภาคใต้
ด้านความรับรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง			
<p>- หญิงที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 30</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่ต้องการตรวจอีกเลย 53</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อย 50</p> <p>- หญิงที่คิดว่าวิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่อันตรายในระดับมากมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 64</p>	<p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่ต้องการตรวจคัดกรองน้อย 56</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 53</p> <p>- หญิงที่คิดว่าวิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่อันตรายในระดับมากมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 83</p>	<p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่ามะเร็งปากมดลูกไม่สามารถตรวจได้ถ้าไม่มีอาการแสดงของโรคมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 42</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่ต้องการตรวจอีกเลยมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 52</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 65</p>	<p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่ต้องการตรวจอีกเลยมีโอกาสดูแลตัวเองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 60</p> <p>- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจผิดแล้วไม่พบความผิดปกติ 50</p>

บทที่ 4 ผลการศึกษา

ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิง กลุ่มเป้าหมาย

บทนี้เป็นการอธิบายผลการศึกษาวิจัยตามวัตถุประสงค์เฉพาะที่ 3 เพื่อศึกษาปัจจัยของบุคลากรและสถานบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลได้จากการตอบกลับแบบสอบถาม ซึ่งข้อมูลและความคิดเห็นนี้ถือเป็นสิ่งบ่งบอกถึงสถานการณ์และความสำเร็จของโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ การอธิบายครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละข้อคำถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รวมถึงวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย ผลการศึกษาประกอบด้วย

- 4.1 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ
 - 4.1.1 ข้อมูลทั่วไปและการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 4.1.2 กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาล
 - 4.1.3 ความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการและวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 4.1.4 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
 - 4.1.5 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย
 - 4.1.6 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
 - 4.1.7 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 4.2 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด
 - 4.2.1 ข้อมูลทั่วไป
 - 4.2.2 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นในพื้นที่
 - 4.2.3 ความคิดเห็นต่อนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา
 - 4.2.4 การรับรู้ต่อนโยบายและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์
 - 4.2.5 ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดจากนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์
 - 4.2.6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้บริหาร

4.1 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้ให้บริการ

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปและการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เพศและอายุ

ผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1,525 คนพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 92 และ 8 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.1) โดยจำนวนเกือบครึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 43) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ

35) เมื่อจำแนกรายภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคใต้ พบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการทั้ง 4 ภาคเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 89, 93, 95 และ 94 ตามลำดับ) มีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 39, 39, 40 และ 40 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.2, 8.1, 8.7 และ 7.3 ตามลำดับ) จำนวนเกือบครึ่งของผู้ให้บริการทั้ง 4 ภาคมีอายุอยู่ระหว่าง 40-49 ปี (ร้อยละ 43, 40, 42 และ 48 ตามลำดับ) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 30-39 ปี (ร้อยละ 35, 37, 31 และ 37 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4-1)

ศาสนา

จากการสำรวจข้อมูลทั่วประเทศพบว่าผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) ที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์และอิสลามร้อยละ 1.5 เท่ากัน เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าส่วนใหญ่ในทุกภาคนับถือศาสนาพุทธ (มากกว่าร้อยละ 94) ซึ่งร้อยละ 6 ของกลุ่มตัวอย่างในภาคใต้นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนภาคที่เหลือนับถือศาสนาคริสต์ (ประมาณร้อยละ 1-3) (ตารางที่ 4-1)

ตำแหน่งหรือสายงาน

ตำแหน่งผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งเป็นเจ้าของพนักงานหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ พยาบาล (ร้อยละ 48) ส่วนที่เหลือระบุอื่นๆ เช่น แพทย์ประจำบ้าน แพทย์เฉพาะทางอื่นๆ สูติแพทย์ (ร้อยละ 1.3) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งของผู้ให้บริการในภาคเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกเป็นเจ้าพนักงานหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 52 และ 63 ตามลำดับ) ในขณะที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวนมากกว่าครึ่งเป็นพยาบาลมากกว่าเจ้าพนักงานหรือนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 57 และ 42 ตามลำดับ) (ตารางที่ 4-1)

ความรับผิดชอบหลัก ระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่และประสบการณ์

ความรับผิดชอบหลัก พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบ 2 บทบาทควบคู่กัน ทั้งบทบาทการวางแผน ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และบทบาทการปฏิบัติงานตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 79) รองลงมาทำเพียงบทบาทเดียว ได้แก่ การวางแผน ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 15) และปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 6.5) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการทุกภาคส่วนใหญ่มีหน้าที่รับผิดชอบ 2 บทบาท โดยภาคใต้และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงคือ ประมาณร้อยละ 81 และ 80 ตามลำดับ (ตารางที่ 4-1)

ระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่และประสบการณ์ พบว่า ผู้ให้บริการจำนวนมากว่าครึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 58) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการตรวจคัดกรองมาแล้ว (ร้อยละ 91) โดยร้อยละ 73 มีประสบการณ์ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป รองลงมาคือ 4-5 ปี (ร้อยละ 8) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่า 3 ใน 5 ของผู้ให้บริการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคใต้ปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 5 ปีในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 61) ส่วนผู้ให้บริการในภาคเหนือประมาณครึ่งหนึ่งปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 52) ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการตรวจคัดกรองมาแล้ว (ร้อยละ 90-92) โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการให้บริการตรวจคัดกรองตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไปสอดคล้องกันทั้ง 4 ภาค (ตารางที่ 4-1)

ตารางที่ 4-1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้บริการจำหน่ายรายภาค

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	473		378		325		349		1,525	
ชาย	53	11.2	27	7.1	18	5.5	21	6.0	119	7.8
หญิง	420	88.8	351	92.9	307	94.5	328	94.0	1,406	92.2
อายุ	471		377		325		349		1,522	
น้อยกว่า 30 ปี	70	14.9	49	13.0	39	12.0	24	6.8	182	12.0
30-39 ปี	164	34.8	138	36.6	102	31.4	129	37.0	533	35.0
40-49 ปี	203	43.1	152	40.3	135	41.5	166	47.6	656	43.1
ตั้งแต่ 50 ปี	34	7.2	38	10.1	49	15.1	30	8.6	151	9.9
Mean (SD.) / Median	38.87 (8.2) / 40 ปี		39.17 (8.1) / 40 ปี		40.37 (8.7) / 42 ปี		40.43 (7.3) / 42 ปี		39.62 (8.1) / 40 ปี	
ศาสนา	471		372		323		342		1,508	
พุทธ	455	96.6	370	99.5	316	97.8	321	93.9	1,462	97.0
คริสต์	15	3.2	2	0.5	5	1.6	1	0.3	23	1.5
อิสลาม	1	0.2	0	0	2	0.6	20	5.8	23	1.5
ตำแหน่ง	473		378		324		349		1,524	
เจ้าพนักงาน/นักวิชาการสาธารณสุข	247	52.2	158	41.8	203	62.7	171	49.0	779	51.1
พยาบาล	220	46.5	216	57.1	118	36.4	171	49.0	725	47.6
อื่นๆ (สูติแพทย์/แพทย์ประจำบ้าน)	6	1.3	4	1.1	3	0.9	7	2.0	20	1.3

ข้อมูลทั่วไป	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พื้นที่	469		377		324		348		1,518	
วางแผนส่งเสริมประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้	84	17.9	46	12.2	56	17.3	42	12.1	228	15.0
ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรอง	31	6.6	29	7.7	15	4.6	24	6.9	99	6.5
ทั้ง 1 และ 2	354	75.5	302	80.1	253	78.1	282	81.0	1,191	78.5
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่	459		363		319		338		1,479	
น้อยกว่า 1 ปี	40	8.7	29	8.0	27	8.5	22	6.5	118	8.1
1-2 ปี	49	10.7	32	8.8	24	7.5	27	8.0	132	8.9
2-3 ปี	46	10.0	38	10.5	28	8.8	29	8.6	141	9.5
3-4 ปี	36	7.8	22	6.0	22	6.9	28	8.3	108	7.3
4-5 ปี	51	11.2	20	5.5	24	7.5	25	7.4	120	8.1
5 ปีและมากกว่า	237	51.6	222	61.2	194	60.8	207	61.2	860	58.1
ประสบการณ์เกี่ยวกับการให้บริการตรวจคัดกรอง	467		371		319		347		1,504	
มี	429	91.9	342	92.2	291	91.2	313	90.2	1,375	91.4
ระยะเวลา	413		334		281		302		1,330	
น้อยกว่า 2 ปี	26	6.3	15	4.5	13	4.6	24	8.0	78	5.9
2-3 ปี	22	5.3	26	7.8	14	5.0	20	6.6	82	6.2
3-4 ปี	40	9.7	10	3.0	18	6.4	20	6.6	88	6.6
4-5 ปี	41	9.9	15	4.5	32	11.4	23	7.6	111	8.3
5 ปีและมากกว่า	284	68.8	268	80.2	204	72.6	215	71.2	971	73.0

ประวัติการอบรมการตรวจคัดกรองและหน่วยงานที่จัดอบรม จำแนกตามวิธีการตรวจดังนี้
 (ตารางที่ 4-2)

- **วิธีแปปสเมียร์** ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เคยเข้ารับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ (ร้อยละ 80) โดยผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมส่วนใหญ่ได้รับการอบรมครั้งล่าสุดในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2552) (ร้อยละ 80) รองลงมาคือ เคยได้รับการอบรมครั้งล่าสุดเมื่อ 10 ปีก่อน (ก่อน พ.ศ. 2542) และช่วง 5 ปีหลัง (พ.ศ. 2542-2547) (ประมาณร้อยละ 10) โดยได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่ให้การอบรม เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 29) หน่วยงานส่วนกลางของกรมอนามัย (ร้อยละ 28) และโรงพยาบาล (ร้อยละ 19) เป็นต้น เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกและภาคใต้เคยผ่านการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์มากกว่าภาคอื่นๆ (ประมาณร้อยละ 83) ส่วนหน่วยงานที่ให้การอบรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้มากที่สุดคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 29, 39 และ 35 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม ยกเว้นผู้ให้บริการจากภาคเหนือซึ่งได้รับการอบรมจากหน่วยงานส่วนกลางของกรมอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 32)
- **วิธีวีไอเอ** ผู้ให้บริการร้อยละ 85 ไม่เคยเข้ารับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ มีเพียงร้อยละ 15 ที่ได้รับการอบรมด้วยวิธีนี้ โดยในจำนวนผู้ที่เคยเข้ารับการอบรมได้รับการอบรมครั้งล่าสุดในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2550-2552) (ร้อยละ 67) ส่วนที่เหลือได้รับการอบรมครั้งล่าสุดก่อน พ.ศ. 2550 (ร้อยละ 33) โดยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 71) และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 10) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการภาคเหนือมีส่วนของการเคยผ่านการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 18) หน่วยงานที่ให้การอบรมกับผู้ให้บริการทุกภาคมากที่สุดคือ กรมอนามัย (ร้อยละ 71, 67, 55 และ 83 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4-2 ประวัติการอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
วิธีแปปสเมียร์	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไม่เคย	22.6	21.2	17.2	17.5	19.9
เคย (ปี พ.ศ. ล่าสุดที่เคยอบรม)	77.4	78.8	82.8	82.5	80.1
2548-2552	79.1	70.0	82.6	90.5	80.4
2542-2547	11.3	13.3	7.8	5.7	9.7
ก่อน พ.ศ. 2542	9.6	16.7	9.6	3.8	9.9
หน่วยงานที่อบรม	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	17.9	28.6	38.8	34.7	29.1
กรมอนามัย	32.1	24.6	24.7	28.5	27.8
โรงพยาบาล	23.7	23.2	16.5	10.9	19.0
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	7.8	8.7	7.5	12.0	8.9

การอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
กรมการแพทย์	8.1	8.0	5.5	10.5	8.0
สถาบันมะเร็ง	3.8	3.6	3.1	1.9	3.2
อื่นๆ	6.6	3.3	3.9	1.5	4.0
วิธีวีไอเอ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ไม่เคย	81.8	89.4	88.6	83.1	85.5
เคย (ปี พ.ศ. ล่าสุดที่เคยอบรม)	18.2	10.6	11.4	16.9	14.5
2550-2552	62.7	56.8	88.6	64.8	66.7
ก่อน พ.ศ. 2550	37.3	43.2	11.4	35.2	33.3
หน่วยงานที่อบรม	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
กรมอนามัย	70.7	66.7	55.2	83.2	71.1
กรมการแพทย์	2.6	5.6	0	1.8	2.6
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	6.7	5.6	13.8	5.6	7.2
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	10.7	5.6	24.1	5.6	10.3
โรงพยาบาล	6.7	8.3	6.9	1.9	5.7
อื่นๆ	2.6	8.2	0	1.9	3.1

4.1.2 กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาล

สถานพยาบาลร้อยละ 70 ให้บริการตรวจคัดกรองฯ เฉพาะวิธีแปปสเมียร์เท่านั้นและประมาณ 1 ใน 3 ให้บริการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ (ร้อยละ 30) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสถานพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปปสเมียร์ (ร้อยละ 61-83) โดยสถานพยาบาลในภาคใต้และภาคเหนือให้บริการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอมากกว่าสถานพยาบาลในภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 39, 35, 28 และ 17 ตามลำดับ) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) กรณีตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ (ตารางที่ 4-3)

- **ระยะเวลาการแจ้งผลตรวจ** ส่วนใหญ่สถานพยาบาลมีระยะเวลาการแจ้งผลมากกว่า 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 62) รองลงมา คือ แจ้งผลภายใน 3-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 28) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าจำนวน 2 ใน 3 ของสถานพยาบาลในภาคเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคใต้มีระยะเวลาการแจ้งผลมากกว่า 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 67, 62 และ 65 ตามลำดับ) รองลงมาคือ แจ้งผลภายใน 3-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 24, 26 และ 27 ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม ในขณะที่ประมาณครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีระยะเวลาการแจ้งผลน้อยกว่า 4 สัปดาห์

- **วิธีการแจ้งผลตรวจ** เกือบครึ่งหนึ่งของสถานพยาบาลทั้งหมดแจ้งผลตรวจให้แก่หญิงกลุ่มเป้าหมายผ่าน อสม. (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ แจ้งผลผ่านทางจดหมาย (ร้อยละ 40) ไม่แจ้งผลกลับกรณีปกติ (ร้อยละ 37) นอกจากนี้เป็นการแจ้งผลผ่านทางโทรศัพท์ และแจ้งให้มารับผลด้วยตนเองที่สถานพยาบาล (ร้อยละ 32 และ

31 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสถานพยาบาลเกือบทุกภาคแจ้งผลตรวจให้หญิงกลุ่มเป้าหมายผ่าน อสม. มากที่สุด (ประมาณร้อยละ 47-53) ยกเว้นสถานพยาบาลในภาคเหนือใช้วิธีแจ้งผลผ่านทางจดหมายมากที่สุด (ร้อยละ 54)

2) กรณีตรวจด้วยวิธีไอเอ (ตารางที่ 4-4)

- **ระยะเวลาการแจ้งผลตรวจ** ส่วนใหญ่แจ้งผลให้ทราบในวันตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 94) มีเพียงส่วนน้อยที่ไม่ได้แจ้งผลในวันตรวจ ได้แก่ แจ้งผลตรวจมากกว่า 4 สัปดาห์ แจ้งผลภายใน 3-4 สัปดาห์ (ร้อยละ 4 และ 2) เป็นต้น เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ส่วนใหญ่สถานพยาบาลในทั้ง 4 ภาคแจ้งผลให้ทราบในวันตรวจคัดกรอง (ประมาณร้อยละ 92-96)

- **วิธีการแจ้งผลตรวจ** ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่แจ้งผลด้วยตนเองในวันตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 91) นอกจากนี้พบว่ามีส่วนที่แจ้งให้กลุ่มเป้าหมายมารับผลตรวจด้วยตนเอง แจ้งผลผ่าน อสม. และแจ้งทางจดหมาย (ร้อยละ 9, 5 และ 4 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าทุกภาคส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลด้วยตนเองในวันตรวจคือ ประมาณร้อยละ 85-97 นอกจากนี้ยังระบุว่าแจ้งให้กลุ่มเป้าหมายมารับผลตรวจด้วยตนเองคือ ประมาณร้อยละ 5-13 โดยภาคเหนือมีสัดส่วนมากกว่าภาคอื่นๆ (ร้อยละ 13)

ตารางที่ 4-3 ข้อมูลระบบบริการในสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์

ข้อมูล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
ระยะเวลาการแจ้งผลตรวจ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
มากกว่า 4 สัปดาห์	67.4	50.6	61.6	64.6	61.7
3-4 สัปดาห์	24.4	33.4	26.1	26.5	27.6
2-3 สัปดาห์	2.8	9.6	4.6	4.6	4.9
1-2 สัปดาห์	5.4	6.4	7.7	4.3	5.8
วิธีการแจ้งผลตรวจ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ผ่านทาง อสม.	49.1	48.4	52.6	47.3	49.3
ทางจดหมาย	53.8	47.6	25.9	26.8	40.1
ไม่แจ้งผลในกรณีปกติ	32.9	40.2	42.4	35.4	37.3
ทางโทรศัพท์	27.1	24.5	48.6	33.1	32.4
แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง	23.3	27.7	42.7	33.1	30.8

ตารางที่ 4-4 ข้อมูลระบบบริการในสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ

ข้อมูล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออกเฉียง/ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
ระยะเวลาการแจ้งผลตรวจ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
แจ้งผลในวันตรวจ	91.7	92	94.4	95.7	93.6
มากกว่า 4 สัปดาห์	5.1	4.8	4.4	2.6	3.7
3-4 สัปดาห์	1.4	3.2	0	1.7	1.5
1-2 สัปดาห์	1.8	0	1.2	0	1.2
วิธีการแจ้งผลตรวจ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
จนท.แจ้งผลในวันตรวจ	84.8	93.8	96.7	94.0	91.2
แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง	12.7	9.4	7.8	5.2	9.1
ผ่านทาง อสม.	7.9	1.6	7.8	0.7	4.9
ทางจดหมาย	6.7	1.6	2.2	3.0	4.0
ทางโทรศัพท์	3.6	1.6	4.4	3.0	3.3

4.1.3 ความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการและวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.1.3.1 ความคิดเห็นต่อวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1) *วิธีแปลสมียร์* ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปลสมียร์ในเชิงบวก โดยส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นต่อวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางเกือบทุกประเด็น ได้แก่ ความรู้ความชำนาญของบุคลากรในการตรวจ การรายงานข้อมูลเป็นระบบ ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นปัจจุบัน ความน่าเชื่อถือของวิธีการตรวจคัดกรอง การยอมรับของกลุ่มเป้าหมายต่อวิธีการตรวจคัดกรอง ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง ความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษาการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการติดตามและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และความเพียงพอของบุคลากร ส่วนประเด็นที่ผู้ให้บริการจำนวนมากว่าทำให้ความคิดเห็นระดับมาก ได้แก่ การประสานงานในพื้นที่กับ อสม. ชุมชน ประชาชน สถานีอนามัยใกล้เคียง และผู้บริหารสนับสนุนกิจกรรมตรวจคัดกรองในพื้นที่ (ร้อยละ 55 และ 54 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจำนวน 1 ใน 3 ระบุว่าบุคลากรไม่เพียงพอ (ร้อยละ 36) (ภาพที่ 4-1)

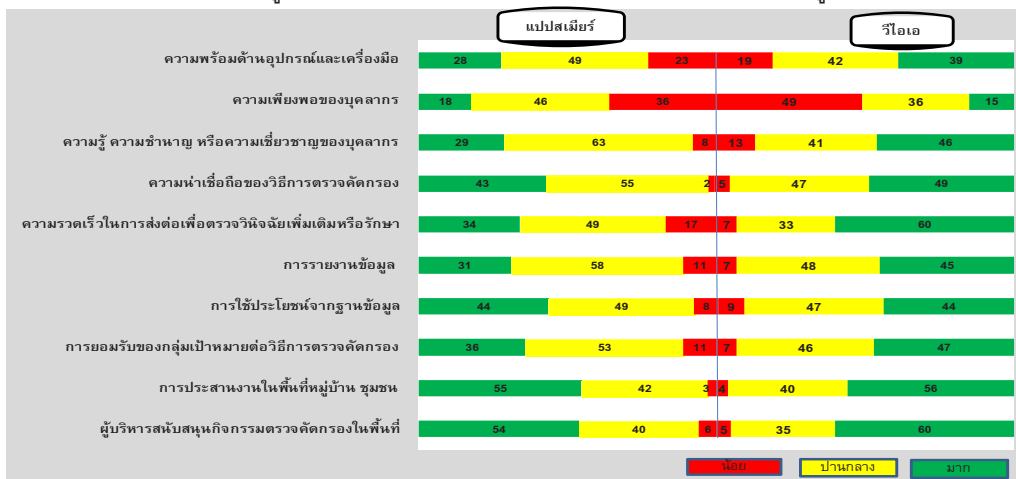
เมื่อจำแนกรายภาค ส่วนใหญ่สอดคล้องกับผลการศึกษาทั่วประเทศ มีไม่สอดคล้องเพียงบางประเด็นเท่านั้น กล่าวคือ เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการในสถานบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความคิดเห็นต่อการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการติดตามและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในระดับมาก (ร้อยละ 49) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ให้บริการในสถานพยาบาลภาคกลาง/ตะวันออกเฉียง/ตะวันตกมีความคิดเห็นต่อความน่าเชื่อถือของวิธีการตรวจคัดกรองระดับมาก (ร้อยละ 51) (ภาคผนวก 15)

2) วิธีวีไอเอ ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอในเชิงบวกเช่นกัน โดยประเด็นที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ความคิดเห็นในระดับมาก ได้แก่ ผู้บริหารให้ความสำคัญและเห็นด้วยต่อวิธีตรวจ ความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษา การประสานงานในพื้นที่กับ อสม. ชุมชน ประชาชน สถานีอนามัยใกล้เคียง ความน่าเชื่อถือของวิธีการตรวจ ส่วนประเด็นที่ผู้ให้บริการให้ความคิดเห็นระดับปานกลางมากที่สุด ได้แก่ การรายงานข้อมูลเป็นระบบ ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นปัจจุบัน การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการติดตามและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง ส่วนประเด็นด้านความเพียงพอของบุคลากรเป็นเพียงประเด็นเดียวที่ผู้ให้บริการจำนวนเกือบครึ่งเห็นว่ามีไม่เพียงพอ (ร้อยละ 49) (ภาพที่ 4-1)

เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการในสถานบริการภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้มีความคิดเห็นสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวมทั่วประเทศ ส่วนผู้ให้บริการในสถานบริการภาคเหนือมีความคิดเห็นระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ มีเพียง 2 ประเด็นที่ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นระดับมากคือ ความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษา และผู้บริหารสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองในพื้นที่ (ร้อยละ 54 และ 57 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวน 2 ใน 5 เห็นว่าบุคลากรในการตรวจคัดกรองมีไม่เพียงพอหรือเพียงพอระดับน้อย (ร้อยละ 40) ส่วนผู้ให้บริการในสถานบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีไม่สอดคล้องเพียงบางประเด็นกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นในระดับมาก ได้แก่ ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจคัดกรอง และการรายงานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นปัจจุบัน (ร้อยละ 73 และ 55 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าครึ่งในสถานพยาบาลภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้เห็นว่าบุคลากรในการตรวจคัดกรองมีไม่เพียงพอหรือเพียงพอในระดับน้อย (ร้อยละ 64 และ 50 ตามลำดับ) (ภาคผนวก 16)

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวิธีการตรวจทั้ง 2 วิธีพบว่าผู้ให้บริการมีความพึงพอใจระดับมากต่อวิธีการตรวจด้วยวิธีวีไอเอมากกว่าวิธีแปปสเมียร์ โดยเฉพาะประเด็นความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษา (วิธีแปปสเมียร์ ร้อยละ 34 และวิธีวีไอเอ ร้อยละ 60) และคิดเห็นว่าผู้บริหารสนับสนุนต่อกิจกรรมตรวจคัดกรองในพื้นที่ (วิธีแปปสเมียร์ ร้อยละ 54 และ วิธีวีไอเอ ร้อยละ 60 ตามลำดับ)

ภาพที่ 4-1 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการทั่วประเทศต่อวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



4.1.3.2 ความคิดเห็นต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม

โดยภาพรวมแล้วผู้ให้บริการมีความเห็นหรือมีทัศนคติเชิงบวกต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ของตน มีรายละเอียดแยกตามประเด็นต่างๆ ดังนี้ (ภาพที่ 4-2 และภาคผนวก 17)

การดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองที่ผ่านมา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง ได้แก่ ความเพียงพอของงบประมาณ ภาระในการดำเนินกิจกรรม ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่จะถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมาย ความสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง ความหลากหลายของการให้บริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ การเพิ่มวันตรวจ และความร่วมมือของ อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในการลงชุมชน นอกจากนี้พบว่าผู้ให้บริการ 2 ใน 5 มีความเห็นต่อความเพียงพอของงบประมาณระดับน้อย (ร้อยละ 40) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่ามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการมีความคิดเห็นต่อการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองที่ผ่านมาในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้เห็นว่าความเพียงพอของงบประมาณอยู่ในระดับน้อยสอดคล้องกันทั้ง 3 ภาค (ร้อยละ 45, 44 และ 40 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมด้านกิจกรรมการตรวจคัดกรอง

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการแต่ละสถานพยาบาลเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองที่ผ่านมา มีรายละเอียดแยกตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ด้านงบประมาณ

สถานีอนามัย ได้แก่ ควรเพิ่มการสนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริม ป้องกัน และการตรวจคัดกรองในพื้นที่ให้มากขึ้น โดยกระจายไปสู่สถานีอนามัยโดยตรง เพื่อให้ง่ายต่อการบริหารจัดการและความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน และควรจัดสรรงบประมาณตามผลการดำเนินงานที่ชัดเจนทันเวลา และแยกเป็นหมวดๆ ให้อย่างชัดเจน เช่น ค่าประชาสัมพันธ์ ค่าตอบแทน ค่าอาหารว่าง ค่าวัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน ค่าบันทึกข้อมูลงบประมาณในการติดตามผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเสนอให้มีหน่วยงานขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินโครงการเพื่อสนับสนุนงบประมาณ

โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ควรสนับสนุนงบประมาณในการตรวจคัดกรองให้เพียงพอ เพื่อเพิ่มความคล่องตัวในการทำงานส่งเสริมและป้องกัน โดยการบูรณาการตรวจคัดกรองทั้งมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกพร้อมๆ กัน รวมทั้งควรมีงบประมาณสนับสนุนเพื่อเป็นแรงจูงใจให้กับผู้มารับบริการแก่ อสม. หรือผู้นำชุมชนที่แนะนำให้ชาวบ้านมารับบริการตรวจคัดกรอง

โรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน งบประมาณควรจัดสรรลงมาถึงผู้ปฏิบัติงานโดยตรง รวมทั้งควรจ่ายค่าตอบแทนแก่พยาบาลที่ประจำ รพ.ชุมชนทุกแห่งที่ต้องรับผิดชอบงานการรักษาจีเอ็นและรับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกทั้งอำเภอเป็นรายเดือน เช่นเดียวกับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับกำลังคนด้านสาธารณสุข (พตส.)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ งบประมาณในการรณรงค์และตรวจคัดกรองไม่เพียงพอ ควรจัดสรรงบประมาณหน่วยบริการที่จัดกิจกรรมโครงการให้มากขึ้น โดยควรระบุชัดเจนในรายละเอียดค่าตอบแทนของผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ เพิ่มงบประมาณสนับสนุนการจัดบริการเชิงรุกนอกเวลาราชการกับพื้นที่

ด้านบุคลากร

สถานีนอนามัย เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีไม่เพียงพอต่อปริมาณงานและจำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จึงควรเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่ให้มากขึ้น โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอในระดับตำบล นอกจากนี้ควรจัดให้มีการฝึกอบรมด้านวิชาการและการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นการทบทวนการปฏิบัติงาน โดยรูปแบบการอบรมควรมีลักษณะเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการมากกว่าการให้ความรู้เชิงทฤษฎี รวมทั้งควรอบรมการใช้โปรแกรมบันทึกจัดเก็บและรายงานผล โดยเน้นการอบรมแก่เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยโดยตรง

โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ หรือควรอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกปี โดยเฉพาะวิธีวีไอเอ รวมทั้งควรกระจายองค์ความรู้สู่องค์กรของรัฐ หน่วยบริการด้านสาธารณสุขให้มากขึ้น รวมทั้งควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการหรือเทคนิคต่างๆ ในการตรวจหรือการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง โดยรูปแบบการอบรมควรเน้นทั้งความรู้และการปฏิบัติ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ควรจัดอบรมให้ความรู้และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความชำนาญในการตรวจคัดกรอง รวมทั้งเพิ่มอัตราบุคลากรผู้รับผิดชอบ โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่เพื่งสำเร็จการศึกษา รวมทั้งสร้างขวัญและกำลังใจแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการโดยการประกาศเกียรติคุณผู้ที่ทำงานบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์

ด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ สถานที่

สถานีนอนามัย ได้แก่ สนับสนุนอุปกรณ์การตรวจคัดกรองทั้งภายในห้องตรวจและนอกสถานที่ให้มากขึ้น เช่น เตียงสำหรับการตรวจคัดกรอง เครื่องมือในการอ่านสไลด์ ไม้ป้าย speculum โคมไฟ เป็นต้น นอกจากนี้สนับสนุนให้มีรถบริการเคลื่อนที่ที่มีอุปกรณ์และเครื่องมือที่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ จัดให้มีห้องตรวจเซลล์มะเร็งในโรงพยาบาลจังหวัดเพื่อให้ทราบผลตรวจได้รวดเร็ว รวมทั้งในสถานีนอนามัยควรมีয়ারักษาเฉพาะ เช่น ยาเหน็บช่องคลอดเพื่อรักษากรณีพบอาการผิดปกติ ควรมีเตียงแบบพกพาเพื่อนำไปตรวจในชุมชน

โรงพยาบาลทั่วไป/ชุมชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ สนับสนุนรถเคลื่อนที่ที่ได้มาตรฐานสำหรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่มากขึ้น รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์การตรวจเคลื่อนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ รวมทั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ที่ทันสมัยที่มีวิธีการแปลผลให้รวดเร็วกว่าปัจจุบัน นอกจากนี้เห็นว่าหน่วยอ่านผลในห้องปฏิบัติการมีไม่เพียงพอ ทำให้ต้องใช้เวลาในการรอผลตรวจนาน

การประชาสัมพันธ์ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อการประชาสัมพันธ์ในระดับปานกลาง ได้แก่ ปริมาณความถี่ของการประชาสัมพันธ์ ความหลากหลายของสื่อ และความเหมาะสมของการใช้สื่อกับพื้นที่ สังคม วัฒนธรรม นอกจากนี้พบว่าผู้ให้บริการ 1 ใน 4 เห็นว่าสื่อประชาสัมพันธ์ไม่ค่อยมีความหลากหลายมากนัก (ร้อยละ 24) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการทุกภาคมีความเห็นต่อกิจกรรมประชาสัมพันธ์ระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการ 1 ใน 4 ในภาคเหนือและภาคใต้เห็นว่าสื่อประชาสัมพันธ์มีความหลากหลายในระดับน้อย (ร้อยละ 25 และ 28 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมด้านการประชาสัมพันธ์

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการแต่ละสถานพยาบาลเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์ที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

สถานีอนามัย ได้แก่ ควรจัดให้มีสื่อประชาสัมพันธ์ที่ทันสมัย หลากหลาย ง่ายต่อการนำไปใช้นอกพื้นที่ รวมทั้งควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด และควรสื่อสารในวันที่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีการที่น่าสนใจ เช่น การให้คนไข้มะเร็งปากมดลูกในพื้นที่มาเล่าประสบการณ์ให้กลุ่มเป้าหมายฟัง การฉายวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หรือแสดงให้เห็นรูปภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งผลกระทบที่มีต่อครอบครัวเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักต่อโรค นอกจากนี้หลังจากทำสื่อต่างๆ ดังกล่าวแล้ว ต้องจัดสรรลงไปให้สถานีอนามัยและสถานพยาบาลให้ครบและครอบคลุม และควรมีการประชาสัมพันธ์ในสื่อต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ แผ่นป้ายให้มากขึ้น

โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ควรให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ให้มากกว่านี้ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูก สื่อควรมีความหลากหลาย เช่น หุ่นจำลอง วิดีโอ โปสเตอร์ และแผ่นพับ เป็นต้น รวมทั้งควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อโทรทัศน์ วิทยุให้มากขึ้น

ระบบการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาการให้บริการตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนมีความหลากหลายในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับน้อย (ร้อยละ 50 และ 34 ตามลำดับ) และเมื่อเกิดปัญหา ผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าครึ่งเห็นว่ามีการแก้ไขปัญหาได้ดีและรวดเร็วในระดับปานกลาง รองลงมาคือ สามารถแก้ไขปัญหาได้ในระดับมาก (ร้อยละ 65 และ 21 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการทุกภาคมีความเห็นต่อระบบการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาการให้บริการตรวจคัดกรองระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจำนวนมากกว่า 1 ใน 4 คนเห็นว่าช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนทุกข้อมีความหลากหลายในระดับน้อย (ร้อยละ 39, 28, 29 และ 40 ตามลำดับ)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมด้านการร้องเรียนและการแก้ไขปัญหา

จากการรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการในแต่ละสถานพยาบาลเกี่ยวกับการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา มีรายละเอียดดังนี้

สถานีอนามัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่บางคนไม่มีความเชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์น้อย จึงทำให้ไม่แน่ใจในเรื่องความแม่นยำหรือความแน่นอนในการตรวจหรือวินิจฉัย บางครั้งไม่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องร้องเรียนหรือต้องใช้เวลาศึกษาค้นคว้ามากขึ้น

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ควรมีหน่วยให้คำปรึกษาหลังตรวจพบผลผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้ สร้างความเข้าใจที่ดีต่อผู้ป่วยและคนใกล้ชิด ซึ่งจะช่วยป้องกันการร้องเรียน ร้องทุกข์ได้อีกทางหนึ่ง

การนิเทศ ติดตาม และประเมินผล ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง ทั้งประเด็น ความเพียงพอของการนิเทศ และติดตามจากส่วนกลาง ความสม่ำเสมอของการประเมินผลจากส่วนกลาง รวมทั้งความเพียงพอของการนิเทศและติดตามผลภายในพื้นที่ และความสม่ำเสมอของการประเมินผลภายในพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจำนวน 2 ใน 5 เห็นว่าการนิเทศ และติดตามจากส่วนกลาง และความ สม่ำเสมอของการประเมินผลจากส่วนกลางยังมีน้อย (ร้อยละ 40) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่ามีความสอดคล้อง กับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการทุกภาคมีความคิดเห็นต่อการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลระดับ ปานกลาง ภาคเหนือและภาคใต้คิดเห็นว่าการนิเทศและติดตาม และความสม่ำเสมอของการ ประเมินผลจากส่วนกลางยังมีน้อยคือ ประมาณร้อยละ 46 และ 45 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมด้านการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล

ผู้ให้บริการมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนิเทศ ติดตาม และประเมินผลคือ ควรมีการนิเทศ ติดตามงานอย่าง สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และครบวงจร เพื่อให้สามารถนำปัญหาอุปสรรคไปแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง เป็นการสร้างขวัญกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

ผลจากการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าครึ่งมีความเห็นว่าประชาชน ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมและการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมายมีความครอบคลุมระดับปานกลาง (ร้อยละ 56 และ 61 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าครึ่งในภาคเหนือ ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในระดับปานกลาง โดยผู้ให้บริการ จากภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ในระดับมาก คิดเป็นจำนวนร้อยละสูงสุด (ร้อยละ 23) ในขณะที่ผู้ให้บริการจากภาคกลาง/ตะวันออกเฉียง/ตะวันตกเห็นว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ ประชาชนในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ ระดับน้อย (ร้อยละ 49 และ 30 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยัง พบว่าจำนวน 1 ใน 4 เห็นว่าความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 27)

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในภาพรวม

การรวบรวมข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้บริการแต่ละสถานพยาบาล มีรายละเอียดแยกตามประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

ด้านนโยบายจากส่วนกลาง

สถานีอนามัย ได้แก่ หน่วยงานที่กำหนดนโยบายไม่ควรกำหนดกลุ่มอายุในการตรวจคัดกรองเช่นในปัจจุบัน เนื่องจาก กลุ่มเป้าหมายที่ตรงตามกลุ่มอายุบางรายไม่สามารถมาตรวจคัดกรองในปีนั้นได้ ควรให้โอกาสหญิง ทุกคนสามารถตรวจคัดกรองได้แม้จะยังไม่ถึงกำหนดเวลานัดหมาย นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอว่าการกำหนดช่วง อายุของกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจนจะทำให้

การกำหนดวิธีการและกลยุทธ์ในการดำเนินการมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ ควรกำหนดกลุ่มอายุการตรวจคัดกรองแต่ละวิธีให้ชัดเจน รวมทั้งการประเมินความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองไม่ควรแยกกลุ่มอายุ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายบางคนที่ ต้องตรวจด้วยวิธีไอโอแต่ไม่สามารถตรวจด้วยวิธีนี้ได้ นอกจากนี้ปัจจุบันการตั้งเป้าหมายตรวจคัดกรองไม่ สามารถดำเนินการให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ เนื่องจากมีการกำหนดให้แต่ละปีจะต้องเป็นกลุ่มเป้าหมาย

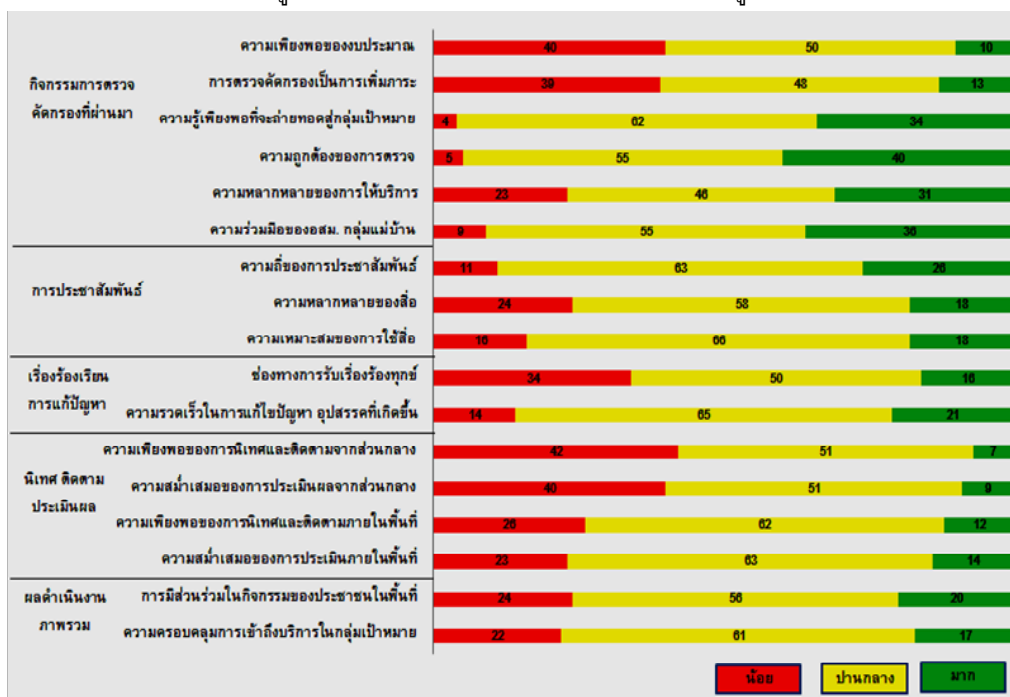
ที่ไม่ซ้ำกันเดิม นอกจากนั้นแนวทางและมาตรฐานการส่งต่อควรเป็นระบบเดียวกันในสถานพยาบาลทุกระดับ เพราะจะสามารถป้องกันการสับสนและเบื่อบริการส่งต่อของประชาชน โดยเสนอแนะให้หาแนวทางร่วมกัน และแจ้งให้กับสถานพยาบาลทุกระดับทราบอย่างชัดเจน

ด้านการให้บริการ

สถานีอนามัย ได้แก่ เพิ่มบริการตรวจคัดกรองมากกว่าปีละครั้งเพื่อให้ครอบคลุมหญิงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น มีวิธีการตรวจที่ทันสมัยกว่าเดิมโดยไม่ต้องให้ผู้รับบริการตรวจใช้เตียงขาหยั่ง และนำวิวัฒนาการอื่นๆ มาใช้เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแนะนำให้เพิ่มหน่วยงานสำหรับตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 อำเภอต่อ 1 จุด ที่สามารถให้บริการตรวจและแจ้งผลให้ทราบในจุดจุดเดียว เช่นเดียวกับศูนย์มะเร็ง

โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ได้แก่ จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกฟรีทุกสถานพยาบาล เนื่องจากบางคนอายุไม่ยอมตรวจที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเพราะรู้จักเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลนั้น นอกจากนั้นผู้กำหนดนโยบายควรพิจารณาวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เช่น Thin prep หรือ HPV DNA testing เป็นต้น เพื่อเป็นทางเลือกในการควบคุมและป้องกันปัญหาในอนาคด สำหรับการตรวจคัดกรองที่มีในปัจจุบัน 2 วิธีคือ วิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัยและกรมการแพทย์ควรทำงานแบบบูรณาการกันมากกว่านี้

ภาพที่ 4-2 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ



4.1.4 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองของผู้ให้บริการพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองในเกือบทุกประเด็น ได้แก่ 1) ร้อยละ 94 เข้าใจถูกต้องว่าหญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก 2) ร้อยละ 91 เข้าใจถูกต้องว่าหากตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์แล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (CIN1 หรือ LSIL) ไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ต้องนัดให้มาตรวจคัดกรองเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด 3) ร้อยละ 86 เข้าใจถูกต้องว่าหญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับหญิงทั่วไป 4) ร้อยละ 73 เข้าใจถูกต้องว่าหลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนไม่สามารถตรวจคัดกรองได้ทันที 5) ร้อยละ 64 เข้าใจถูกต้องว่าหากตรวจคัดกรองครั้งแรกแล้วไม่พบความผิดปกติต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี 6) ร้อยละ 62 เข้าใจถูกต้องว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเหมาะกับหญิงกลุ่มอายุ 30-45 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการบางส่วนมีความรู้และความเข้าใจผิดในประเด็นสำคัญดังนี้ (ตารางที่ 4-5)

- ร้อยละ 51 เข้าใจผิดเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและการติดตามผลภายหลังพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งของการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ
- ร้อยละ 27 เข้าใจผิดว่าหลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนสามารถมาตรวจคัดกรองได้ทันที
- ร้อยละ 14 เข้าใจผิดว่าหญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ไม่จำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองของการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์
- ร้อยละ 38 ไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มอายุที่เหมาะสมสำหรับการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ
- ร้อยละ 36 ไม่ทราบว่าหากตรวจคัดกรองครั้งแรกไม่พบความผิดปกติจำเป็นต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี

เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสอดคล้องกับผลการศึกษาโดยรวม กล่าวคือ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ที่ถูกต้องในเกือบทุกประเด็นสอดคล้องกันทุกภาค โดยประเด็นที่ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เข้าใจถูกต้องมากที่สุดสอดคล้องกันทุกภาคคือ หญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการจำนวนมากกว่าครึ่งจากภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกเข้าใจผิดเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษา และการติดตามผลภายหลังพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งของการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ (ร้อยละ 52 53 และ 56 ตามลำดับ)

เมื่อจำแนกความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองของผู้ให้บริการตามการอบรมการตรวจคัดกรองพบว่าผู้ให้บริการที่เคยผ่านการอบรมด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอส่วนใหญ่ มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมากกว่าคนที่ไม่เคยผ่านการอบรมในเกือบทุกประเด็น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการที่เคยผ่านการอบรมด้วยวิธีแปปสเมียร์บางส่วนมีความรู้และความเข้าใจผิดดังนี้

- ร้อยละ 25 เข้าใจผิดว่าหลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนสามารถมาตรวจคัดกรองได้ทันที
- ร้อยละ 12 เข้าใจผิดว่าหญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ไม่จำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองของการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์
- ร้อยละ 8 เข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษาและการติดตามผู้ป่วยที่พบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (CIN 1 หรือ LSIL)

- ร้อยละ 37 ไม่ทราบว่าหากตรวจคัดกรองครั้งแรกไม่พบความผิดปกติจำเป็นต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี

ขณะที่ผู้ให้บริการที่เคยผ่านการอบรมด้วยวิธีวีไอเอบางส่วนมีความรู้และความเข้าใจผิดดังนี้

- ร้อยละ 40 เข้าใจผิดเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและการติดตามผลภายหลังพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งของการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ
- ร้อยละ 43 เข้าใจผิดว่าหลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนสามารถมาตรวจคัดกรองได้ทันที
- ร้อยละ 20 ไม่ทราบว่าหากตรวจคัดกรองครั้งแรกไม่พบความผิดปกติจำเป็นต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี
- ร้อยละ 11 ไม่ทราบเกี่ยวกับกลุ่มอายุที่เหมาะสมสำหรับการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ

ตารางที่ 4-5 ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

ความรู้	จำนวน	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีเอเอแล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (CIN1 หรือ LSIL) ไม่จำเป็นต้องรักษาแต่ต้องนัดให้มาตรวจคัดกรองเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด	เข้าใจถูก	421	89.6	349	92.8	294	91.6	314	90.5	1,378	91.0
	เข้าใจผิด	49	10.4	27	7.2	27	8.4	33	9.5	136	9.0
2. หญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ไม่ควรตรวจคัดกรอง	เข้าใจถูก	395	84.2	326	87.2	273	84.8	306	89.2	1,300	86.2
	เข้าใจผิด	74	15.8	48	12.8	49	15.2	37	10.8	208	13.8
3. หลังจากกวนสุดท้ายของการมีประจำเดือนไม่สามารถตรวจคัดกรองได้ทันที	เข้าใจถูก	388	82.7	269	72.1	208	66.0	227	66.0	1,092	72.8
	เข้าใจผิด	81	17.3	104	27.9	107	34.0	117	34.0	409	27.2
4. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีเอเอแล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยยาเคมี (cryotherapy) ทันที และต้องมีการติดตามผลและตรวจซ้ำ	เข้าใจถูก	215	47.6	163	47.0	135	44.4	185	56.4	698	48.8
	เข้าใจผิด	237	52.4	184	53.0	169	55.6	143	43.6	733	51.2
5. การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีเอเอเหมาะกับหญิงกลุ่มอายุ 30-45 ปี	ทราบ	274	60.9	196	57.1	183	60.6	232	71.4	885	62.3
	ไม่ทราบ	176	39.1	147	42.9	119	39.4	93	28.6	535	37.7
6. หากตรวจคัดกรองครั้งแรกแล้วไม่พบความผิดปกติต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี	ทราบ	344	73.8	237	63.5	151	47.5	224	64.7	956	63.6
	ไม่ทราบ	122	26.2	136	36.5	167	52.5	122	35.3	547	36.4
7. หญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก	ทราบ	435	92.8	354	94.7	307	95.0	321	93.6	1,417	93.9
	ไม่ทราบ	34	7.2	20	5.3	16	5.0	22	6.4	92	6.1

4.1.5 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

• กรณีที่กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการ 2 ใน 3 คนคิดว่ามีสาเหตุมาจากหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุที่จะตรวจ (ร้อยละ 68) รองลงมาคือ เห็นว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 27) ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 12) ไม่มีเวลาตรวจ (ร้อยละ 5) ไม่ทราบถึงอันตรายและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 5) เป็นต้น เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าทุกภาคให้เหตุผล 3 อันดับแรกเหมือนกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลโดยรวมทั่วประเทศ โดยผู้ให้บริการในสถานบริการภาคใต้จำนวน 3 ใน 4 ระบุว่าเหตุผลที่กลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการคือ อายุที่จะตรวจ (ร้อยละ 75) (ตารางที่ 4-6)

• กรณีที่กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการประมาณ 1 ใน 3 คิดว่ามีสาเหตุมาจากได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ให้มาตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 34) รองลงมาคือ พบว่าตนเองมีอาการผิดปกติทางช่องคลอด (ร้อยละ 28) ทราบถึงอันตรายและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 26) รู้ว่าการตรวจคัดกรองไม่เสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 10) สถานที่ตรวจใกล้บ้าน (ร้อยละ 8) หญิงกลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 7) และทราบข่าวการประชาสัมพันธ์ (ร้อยละ 7) เป็นต้น เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการทุกภาคระบุว่าเหตุผลที่หญิงกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจเนื่องจากได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ให้มาตรวจคัดกรองมากที่สุด (ตารางที่ 4-7)

ตารางที่ 4-6 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

เหตุผล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
อายุที่จะตรวจ	66.2	61.3	70.4	74.8	67.5
ไม่มีอาการผิดปกติ	30.7	29.0	26.7	21.8	27.3
ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรค	12.0	12.3	7.9	13.8	11.5
ไม่มีเวลาตรวจ	3.4	7.2	2.9	5.2	4.9
ไม่ทราบถึงอันตรายของโรค	5.4	6.1	2.6	4.0	4.7
การเดินทางไม่สะดวก	0.9	3.2	1.9	0.6	1.8
การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง	1.7	2.1	1.6	1.5	1.8
สามี/บุคคลในครอบครัวไม่ให้ตรวจ	1.4	0.6	2.4	0.6	1.2
ขั้นตอนการตรวจมีความยุ่งยาก	1.7	1.1	0.8	0.3	1.0
ไม่ทราบสถานที่ตรวจ	0.6	0.6	1.1	0.6	0.7
คาดว่าเสียค่าใช้จ่ายสูง	0.3	0.8	1.1		0.6
อื่นๆ	2.6	0.4	0.8	0.3	1.0

ตารางที่ 4-7 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิง
กลุ่มเป้าหมาย

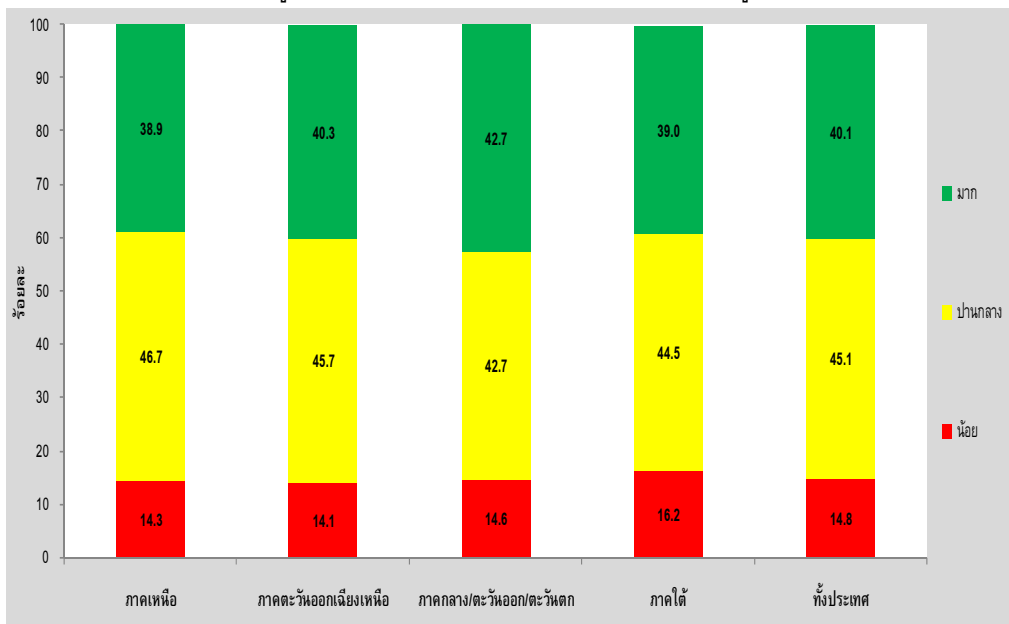
เหตุผล	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก	ภาคใต้	ทั่วประเทศ
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่	34.7	33.1	32.6	35.2	34.0
มีอาการผิดปกติ	26.6	32.5	24.6	29.8	28.4
ทราบถึงอันตรายของโรค	25.4	23.0	26.2	29.2	25.8
มีบริการตรวจคัดกรองฟรี	12.1	5.6	9.2	11.2	9.6
สถานที่ตรวจใกล้บ้าน	8.2	4.2	7.7	12.3	8.1
คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นโรค	9.9	5.3	6.2	7.2	7.3
ทราบข่าวการประชาสัมพันธ์	7.0	4.2	7.1	8.0	6.6
โรงพยาบาลหรือสถานเฝ้าระวังจัดให้มีการตรวจคัดกรองนอกเวลาราชการหรือเพิ่มจำนวนวันตรวจคัดกรอง	6.3	4.0	4.6	3.7	4.8
สามี/บุคคลใกล้ชิดแนะนำให้ตรวจ	2.5	4.2	3.1	0.6	2.6
อื่นๆ	0.6	0.8	1.2	1.4	1.0

4.1.6 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

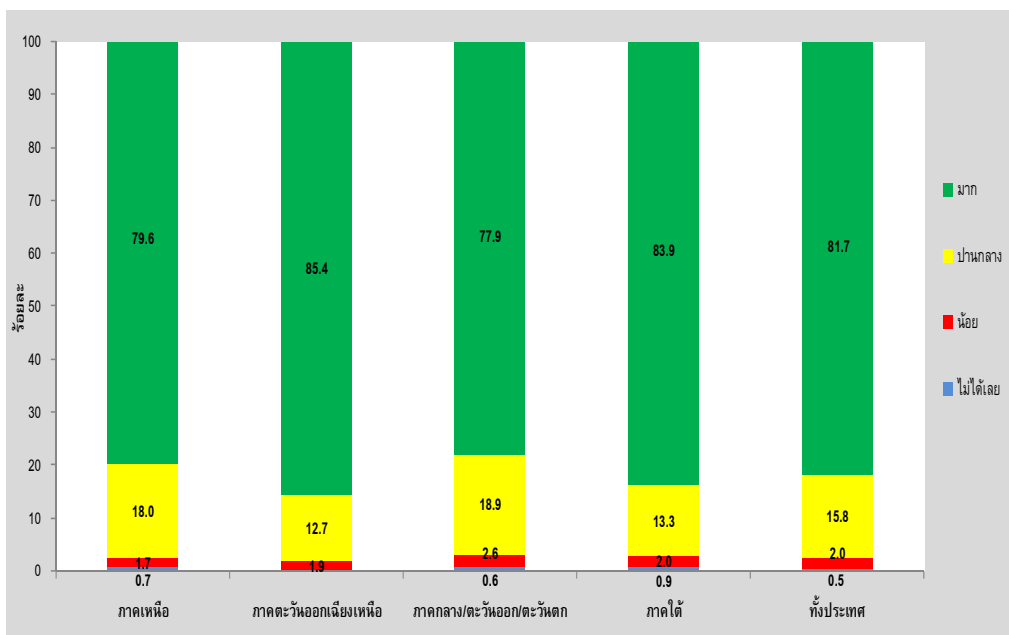
- **ความคิดเห็นต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่น** ผู้ให้บริการจำนวนเกือบครึ่งคิดว่าเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นในพื้นที่ มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขในระดับปานกลาง (ร้อยละ 45) รองลงมาเห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับมากที่สุดที่ควรได้รับการแก้ไข (ร้อยละ 40) และประมาณร้อยละ 15 เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญในระดับน้อย เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการทุกภาคคิดว่าปัญหาหามะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญระดับปานกลางเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นที่ใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 43-47 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ให้บริการในภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกให้ความสำคัญระดับมากกับระดับปานกลางเท่ากัน (ร้อยละ 43) (ภาพที่ 4-3)

- **ความคิดเห็นต่อการช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรอง** ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความเห็นว่า การตรวจคัดกรองจะสามารถลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก (ร้อยละ 82) รองลงมาเห็นว่า การตรวจคัดกรองจะช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ปานกลาง (ร้อยละ 16) และร้อยละ 2 เห็นว่าการตรวจคัดกรองจะช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้น้อย เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้ให้บริการทุกภาคเห็นว่าการตรวจคัดกรองสามารถลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก รองลงมาคือ ระดับปานกลาง และระดับน้อย (ดังภาพที่ 4-4)

ภาพที่ 4-3 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อความสำคัญของปัญหาหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง



ภาพที่ 4-4 ความคิดเห็นต่อการช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรอง



4.1.7 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาโดยสอบถามข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองจากสถานพยาบาลในโครงการทั้ง 12 จังหวัด พบว่า ข้อมูลในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2550 ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลปี พ.ศ. 2551 มาคำนวณหาอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานพยาบาล พบว่า สถานพยาบาลมีอัตราเฉลี่ยการตรวจคัดกรองร้อยละ 46 เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าสถานพยาบาลภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการตรวจคัดกรองเฉลี่ยสูงที่สุด (ร้อยละ 56) รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4-8

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาล ที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานพยาบาลที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมาก เปรียบเทียบกับสถานพยาบาลที่มีอัตราการตรวจคัดกรองน้อย โดยกำหนดตัวแปรอิสระที่ต้องการวัดคือ ระดับของอัตราการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาลจากการสำรวจข้อมูลในปี พ.ศ. 2551 โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่ สถานพยาบาลที่มีอัตราการตรวจคัดกรองต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ($Y=0$) และสถานพยาบาลที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมากกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย ($Y=1$) พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ดังนี้

1. ด้านบุคคล ได้แก่ อายุ ตำแหน่งหรือสายงาน บทบาทความรับผิดชอบ ระยะเวลาที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรอง เคยได้รับการอบรมการตรวจด้วยวิธีแปป smear หรือวีไอเอ
2. ด้านสถานพยาบาล ได้แก่ วิธีที่ใช้ในการตรวจ ความสำคัญของปัญหาหามะเร็งปากมดลูก
3. ด้านความรู้ ความเข้าใจ และความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการตรวจคัดกรอง

ผลการวิเคราะห์พหุโลจิสติก (multiple logistic regression) โดยควบคุมตัวแปรอื่นพบว่าสมการถดถอยโลจิสติกมีความเหมาะสม (ทดสอบด้วย Hosmer and Lemeshow Test มีค่า p -value = 0.935 (p -value > 0.05)) และสามารถอธิบายความผันแปรได้ประมาณร้อยละ 16.9-22.5 (Cox & Snell R^2 = 0.169 และ Nagelkerke R^2 = 0.225) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ วิธีการตรวจคัดกรอง และความคิดเห็นต่อความร่วมมือของ อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชน กล่าวคือ สถานพยาบาลที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปป smear อย่างเดียวมีอัตราการตรวจคัดกรองมากเป็น 11.7 เท่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรอง 2 วิธี และสถานพยาบาลที่เจ้าหน้าที่คิดเห็นว่า อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชนให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ระดับมากและปานกลางเป็น 1.8 และ 1.7 เท่าของเจ้าหน้าที่ที่คิดเห็นว่า อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชนให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ระดับน้อย (ดังตารางที่ 4-9)

ตารางที่ 4-8 แสดงค่าเฉลี่ยอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ขนาดตัวอย่าง	199		288		258		248		993	
อัตราเฉลี่ย (SD.)	0.40 (0.27)		0.56 (0.24)		0.41 (0.24)		0.44 (0.27)		0.46 (0.26)	
ระดับอัตรา	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย	110	55.3	97	33.7	151	58.5	127	51.2	485	48.8
สูงกว่าหรือ เท่ากับค่าเฉลี่ย	89	44.7	191	66.3	107	41.5	121	48.8	508	51.2

ตารางที่ 4-9 แสดงปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการวิเคราะห์พหุปัจจัย

ตัวแปร	B	SE	P-value	Exp(B)	95%CI	
					Lower	Upper
วิธีการตรวจ						
ทั้งแปปสเมียร์และวีไอเอ	1.00					
เฉพาะแปปสเมียร์	2.461	0.238	0.000	11.720	7.349	18.689
ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ของ อสม./กลุ่มแม่บ้านในชุมชน						
ระดับน้อย	1.00					
ระดับปานกลาง	0.509	0.253	0.045	1.663	1.012	2.732
ระดับมาก	0.610	0.269	0.023	1.840	1.087	3.115
Constant	-2.166	0.377	0.000	0.115		

4.2 ข้อมูลและความคิดเห็นของบุคลากรผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด

4.2.1 ข้อมูลทั่วไป

จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 401 คน พบว่าส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 54 รองลงมาปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ร้อยละ 43 และ 3 ตามลำดับ) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่า กลุ่มตัวอย่างในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 54, 57 และ 55 ตามลำดับ) ส่วนภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลในจำนวนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 47 และ 46)

เมื่อจำแนกตามเพศพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53) และเมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ในภาคเหนือและภาคใต้เป็นเพศหญิงเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 55 และ 61 ตามลำดับ) ซึ่งแตกต่างจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตกที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51 และ 57 ตามลำดับ)

สำหรับตำแหน่งหรือสายงานพบว่าส่วนใหญ่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 49) รองลงมาได้แก่ พยาบาล (ร้อยละ 24) แพทย์ (ร้อยละ 21) โดยทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคใต้ส่วนใหญ่มีตำแหน่งหรือสายงานเป็นนักวิชาการสาธารณสุขเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 41, 49, 62 และ 51 ตามลำดับ)

สำหรับระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่พบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 53) รองลงมาคือ 1-5 ปี (ร้อยละ 24) และ 5-10 ปี (ร้อยละ 17) ตามลำดับ ซึ่งเมื่อจำแนกรายภาคก็พบลักษณะเช่นเดียวกันทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออกเฉียงเหนือ/ตะวันตก และภาคใต้คือ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 50, 62, 44 และ 56 ตามลำดับ) ตารางที่ 4-10

ตารางที่ 4-10 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร

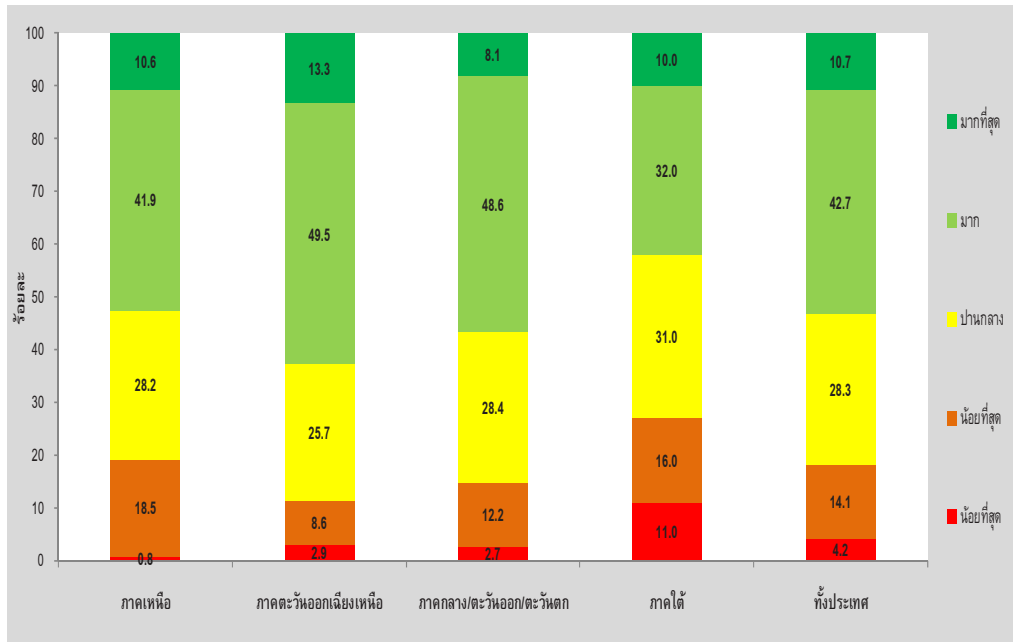
ข้อมูล	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออกเฉียง/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน/สถานที่										
สสจ.	1	0.9	2	1.8	5	6.6	4	3.9	12	3.0
สสอ.	51	45.1	45	41.3	36	47.4	42	40.8	174	43.4
รพ.	61	54.0	62	56.9	35	46.1	57	55.3	215	53.6
รวม	113	100	109	100	76	100	103	100	401	100
เพศ										
ชาย	58	45.0	56	51.4	43	56.6	41	39.4	198	47.4
หญิง	71	55.0	53	48.6	33	43.4	63	60.6	220	52.6

ข้อมูล	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
รวม	129	100	109	100	76	100	104	100	418	100
ตำแหน่ง/สายงาน										
นวช.	53	41.1	53	48.6	47	61.8	53	51.0	206	49.3
พยาบาล	44	34.1	25	22.9	8	10.6	25	24.0	102	24.4
สูติแพทย์	3	2.3	4	3.7	3	3.9	2	1.9	12	2.8
แพทย์	26	20.2	27	24.8	15	19.8	21	20.2	89	21.3
อื่นๆ	3	2.3	0	0	3	3.9	3	2.9	9	2.2
รวม	129	100	109	100	76	100	104	100	418	100
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่ปัจจุบัน										
<1 ปี	7	5.7	4	4.0	5	6.9	8	8.2	24	6.1
1 - 5 ปี	29	23.6	18	18.2	21	29.3	25	25.8	93	23.8
5 - 10 ปี	26	21.1	16	16.2	14	19.4	10	10.3	66	16.9
>10 ปี	61	49.6	61	61.6	32	44.4	54	55.7	208	53.2
รวม	123	100	99	100	72	100	97	100	391	100

4.2.2 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นในพื้นที่

จากการสำรวจข้อมูลพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก (ร้อยละ 43) รองลงมาให้ความสำคัญในระดับปานกลาง (ร้อยละ 28) และให้ความสำคัญในระดับน้อย (ร้อยละ 14) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้บริหารในทุกภาคทั้งภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกในระดับมาก (ร้อยละ 42, 50, 49 และ 32 ตามลำดับ) (ภาพที่ 4-5)

ภาพที่ 4-5 การให้ความสำคัญต่อปัญหาหมะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับปัญหาอื่นในพื้นที่



4.2.3 ความคิดเห็นต่อนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา

เมื่อพิจารณาความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความเข้าใจในนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรองที่ดำเนินงานผ่านมาในประเด็นการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด คุณภาพของระบบข้อมูล บุคลากร และกิจกรรมการตรวจคัดกรอง พบว่าส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อนโยบายและกิจกรรมต่างๆ ในระดับปานกลางถึงระดับมาก (ภาพที่ 4-6) มีรายละเอียดดังนี้

ก) ความเข้าใจต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง

- ผู้บริหารส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองในระดับมาก (ร้อยละ 82) มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดว่าตนเองเข้าใจในนโยบายการตรวจคัดกรองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 17)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านความเข้าใจต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ การเปลี่ยนกลุ่มอายุสำหรับตรวจคัดกรองมาเป็นอายุ 30-60 ปี ทำให้เกิดความยากลำบากในการบริหารจัดการกำลังคน รวมทั้งการจัดการงบประมาณที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การกำหนดกลุ่มเป้าหมายในระดับจังหวัดและเครือข่ายมีความไม่ชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงการกำหนดอายุกลุ่มเป้าหมายบ่อยครั้ง ทำให้เกิดความผิดพลาดของการรายงานผลในพื้นที่

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ ตัวชี้วัดระหว่างกลุ่มเป้าหมายของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอและแปป smear ไม่แน่นอน ทำให้การประเมินผลขาดความต่อเนื่องและไม่ชัดเจนสำหรับผู้ปฏิบัติงาน รวมทั้งการเพิ่มอายุในการตรวจคัดกรองเป็น 30-60 ปี ซึ่งกว้างมากทำให้เป็นการเพิ่มภาระงานของเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้มีความ

ขัดแย้งในนโยบายระดับสูงระหว่างกรมควบคุมโรคและกรมอนามัย

โรงพยาบาล ได้แก่ การกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับกรมฯ ไม่ชัดเจนทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน นอกจากนี้การรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดำเนินการอยู่ทำให้ประชาชนมีความต้องการตรวจคัดกรองมากขึ้น โดยที่อุปกรณ์รวมถึงสถานที่สำหรับการตรวจคัดกรองไม่สามารถรองรับผู้มารับบริการที่เพิ่มขึ้นจากการรณรงค์ได้

ข) การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง

- งบประมาณ ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าได้รับการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางสำหรับการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ที่มีความเพียงพอในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55) และมีจำนวน 1 ใน 3 ที่คิดว่ามีความเพียงพอในระดับน้อย (ร้อยละ 32) นอกจากนี้พบผู้บริหารจำนวนหนึ่งคิดว่างบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนมีความเพียงพอในระดับมาก (ร้อยละ 13)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ขาดงบประมาณในกิจกรรมการตรวจคัดกรอง เช่น งบประมาณสำหรับการส่งตรวจเซลล์สไลด์ การจัดสรรงบประมาณมายัง CUP (Contacting Unit of Primary) ไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ นอกจากนี้วิธีการบริหารจัดการงบประมาณที่กำหนดให้จัดสรรงบประมาณมาที่ CUP โดยให้แผนงานโครงการหรือแผนปฏิบัติงานของ สปสช. เป็นผู้รับผิดชอบบริหารทำให้ขาดความคล่องตัวและไม่ต่อเนื่อง นอกจากนี้ปัญหาด้านงบประมาณแล้ว ยังพบปัญหาขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการตรวจคัดกรองในพื้นที่ เช่น speculum สำหรับการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ เตียงตรวจ โคมไฟ และสถานที่รับตรวจและอ่านผลตรวจ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ งบประมาณสนับสนุนไม่เพียงพอต่อกิจกรรมในพื้นที่ ค่าตอบแทนการตรวจคัดกรองไม่ทั่วถึงทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรอง

โรงพยาบาล ได้แก่ ขาดการสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ที่จำเป็นสำหรับการตรวจคัดกรอง เช่น ห้องตรวจคัดแบบไม่เป็นส่วนตัว เตียงตรวจไม่เพียงพอ เป็นต้น

- วิชาการ ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานส่วนกลาง เช่น การจัดอบรมการตรวจคัดกรอง มีความเพียงพอในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56) และมีจำนวนหนึ่งคิดว่ามีความเพียงพอในระดับมากและน้อย (ร้อยละ 22 เท่ากัน)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านวิชาการ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในระดับสถานีอนามัยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรมการตรวจคัดกรอง รวมทั้งขาดการอบรมฟื้นฟูในผู้ที่เคยผ่านการอบรมมาแล้ว ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ขาดความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ส่วนหนึ่งต้องเรียนรู้เทคนิคและวิธีการตรวจคัดกรองจากการทำงานในพื้นที่โดยไม่มีการอบรมอย่างเป็นระบบ

ค) การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด

- การประสานงานเพื่อวางแผนปฏิบัติงาน ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าการประสานงานเพื่อวางแผนของหน่วยงานภายในจังหวัดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59) และ 1 ใน 3 คิดว่ามีการ

ประสานงานในระดับมาก (ร้อยละ 34) นอกจากนั้นก็มีบางรายที่คิดว่ามีการประสานงานในระดับน้อย (ร้อยละ 8)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านการปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ ขาดการประสานงานระหว่างเครือข่าย CUP กับ PCU โดย CUP ไม่กระจายกิจกรรมให้ PCU หรือ สอ. เพราะคิดว่า สอ. ไม่มีศักยภาพในการดำเนินงานพอ นอกจากนั้น ผู้รับผิดชอบในระดับจังหวัดไม่ชี้แจงยุทธศาสตร์หรือแผนระยะยาวให้แก่ผู้บริหารในระดับอำเภอทราบ บอกเพียงผู้ให้บริการในระดับอำเภอเท่านั้น ทำให้ขาดการพัฒนางานในพื้นที่

- ความพร้อมในระบบส่งต่อ ส่งตรวจ รักษา ผู้บริหารจำนวนประมาณครึ่งหนึ่งคิดว่าการปฏิบัติงานของหน่วยงานในระดับจังหวัดมีความพร้อมในระบบส่งต่อ ส่งตรวจ รักษาในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.6) และจำนวนเกือบครึ่งคิดว่ามีความพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 46.4)
 - ความร่วมมือของหน่วยงานภายในจังหวัด ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าหน่วยงานภายในจังหวัดให้ความร่วมมือในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57) และจำนวน 1 ใน 3 คิดว่าให้ความร่วมมือในระดับมาก (ร้อยละ 35) นอกจากนั้นพบผู้บริหารบางรายคิดว่าหน่วยงานภายในจังหวัดให้ความร่วมมือในระดับน้อย (ร้อยละ 8)
- ง) คุณภาพของระบบข้อมูล
- การจัดการระบบข้อมูล ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าการจัดการระบบข้อมูล เช่น การบันทึก การใช้โปรแกรม มีคุณภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59) และจำนวน 1 ใน 3 คิดว่ามีคุณภาพในระดับมาก (ร้อยละ 30) นอกจากนั้นพบผู้บริหารส่วนหนึ่งที่คิดว่าการจัดการระบบข้อมูลมีคุณภาพในระดับน้อย (ร้อยละ 11)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านคุณภาพระบบข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ การบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นงานที่ซ้ำซ้อนกับกิจกรรมเดิมในพื้นที่ ควรวิธีหารดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมที่ผู้ให้บริการใช้อยู่เพื่อช่วยลดความซ้ำซ้อนของงาน นอกจากนั้นพบปัญหาโปรแกรมที่ไม่สมบูรณ์ เช่น ไม่สามารถใช้งานโปรแกรม รวมถึงไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ในบางเวลา นอกจากนี้เจ้าหน้าที่บางรายไม่ทราบวิธีหรือขั้นตอนการบันทึกข้อมูลที่ชัดเจนและถูกต้อง เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีการอบรมที่เป็นระบบ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ โปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้งทำให้การบันทึกข้อมูลไม่ต่อเนื่อง และการบันทึกข้อมูลโดยใช้โปรแกรมของ สปสช. มีขั้นตอนที่ยุ่งยาก นอกจากนั้นบางครั้งพยาบาลผู้ตรวจเป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง ทำให้เกิดความผิดพลาดเนื่องจากไม่มีความชำนาญในการลงโปรแกรมข้อมูล

- คุณภาพของการรายงานผลข้อมูล ผู้บริหารจำนวน 2 ใน 3 รายคิดว่าการรายงานผลข้อมูลมีคุณภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66) และมีส่วนน้อยที่คิดว่ามีคุณภาพในระดับมาก (ร้อยละ 23) นอกจากนั้นพบผู้บริหารจำนวนหนึ่งที่คิดว่ามีคุณภาพในระดับน้อย (ร้อยละ 11)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านการรายงานผลข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ การอ่านผลข้อมูลและแจ้งผลกลับหน่วยปายในการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ็มมีความล่าช้า เนื่องจาก รพ. ในพื้นที่ไม่สามารถอ่านผลสไลด์ได้เอง ต้องส่งให้เอกชนเป็นผู้อ่านผลข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ การส่งตรวจ Specimen ในการตรวจด้วยวิธีแปสเมียร์ตามระบบของทางราชการมีความล่าช้า สถานพยาบาลที่ตรวจคัดกรองจึงแก้ไขปัญหานี้ด้วยการส่งตรวจแผ่นสไลด์ไปหน่วยยังห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของเอกชน ซึ่งทราบผลตรวจเร็วกว่า แต่จะมีค่าใช้จ่ายในการตรวจสูงมาก

จ) บุคลากร

- ความเพียงพอของบุคลากรในพื้นที่ ผู้บริหารจำนวนครึ่งหนึ่งคิดว่าบุคลากรที่ดำเนินงานในพื้นที่มีความเพียงพอในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50) และจำนวน 1 ใน 3 คิดว่ามีความเพียงพอในระดับน้อย (ร้อยละ 38) นอกจากนี้มีผู้บริหารบางส่วนคิดว่าบุคลากรมีความเพียงพอในระดับมาก (ร้อยละ 12)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านบุคลากร

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ จำนวนบุคลากรมีไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถให้บริการตรวจคัดกรองได้ทุกวัน สามารถตรวจได้เฉพาะในช่วงที่มีการรณรงค์เท่านั้น นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในสถานเอนามัยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายทำให้ผู้รับบริการไม่กล้ามาตรวจคัดกรอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ บุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อยครั้ง ทำให้ขาดความรู้ ทักษะ และการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีไม่เพียงพอ แต่มีภาระงานอื่นมากต้องปฏิบัติหน้าที่หลายด้านทำให้บุคลากรทำงานได้ไม่เต็มที่ นอกจากนี้การรายงานผลการตรวจคัดกรองโดยเฉพาะวิธีแปสเมียร์มีความล่าช้าเนื่องจากบุคลากรที่ทำการตรวจ รวมถึงผู้อ่านสไลด์มีไม่เพียงพอ

โรงพยาบาล ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่มุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานอย่างเสียสละ รวมทั้งผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิขาดประสบการณ์ นอกจากนี้บุคลากรในระดับปฏิบัติมีไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาระงานมาก

- การอบรมการตรวจคัดกรอง ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่าบุคลากรได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56) และมีส่วนน้อยที่คิดว่าได้รับการอบรมอย่างสม่ำเสมอในระดับน้อย (ร้อยละ 27) นอกจากนี้มีจำนวน 1 ใน 3 ที่คิดว่าบุคลากรได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองในระดับมาก (ร้อยละ 17)

ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านการอบรมการตรวจคัดกรอง

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานเอนามัยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการอบรม ทำให้ขาดแคลนบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการให้บริการตรวจคัดกรอง

ฉ) กิจกรรมการตรวจคัดกรอง

- การเพิ่มภาระให้กับหน่วยงาน ผู้บริหารจำนวนมากกว่าครึ่งคิดว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดำเนินงานผ่านมาเป็นภาระเพิ่มภาระให้กับบุคลากรในหน่วยงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58)

และมีบางส่วนที่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับหน่วยงานตนเองในระดับน้อยและระดับมาก (ร้อยละ 21 เท่ากัน)

- ความจำเป็นของกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ผู้บริหารจำนวน 2 ใน 3 คิดว่าการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองมีความจำเป็นมากในพื้นที่ (ร้อยละ 69) และมีส่วนน้อยที่คิดว่ามีความจำเป็นในระดับปานกลาง (ร้อยละ 29) นอกจากนี้ยังพบผู้บริหารบางรายที่คิดว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองมีความจำเป็นน้อย (ร้อยละ 2)
- ความหลากหลายของกิจกรรมในพื้นที่ ผู้บริหารจำนวนเกือบครึ่งคิดว่าความหลากหลายของกิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในพื้นที่ (การออกหน่วยเคลื่อนที่ การเพิ่มวันตรวจที่สถานพยาบาลมากขึ้น) มีความหลากหลายในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46) ซึ่งใกล้เคียงกับผู้บริหารที่คิดว่ามีความหลากหลายในระดับมาก (ร้อยละ 42)

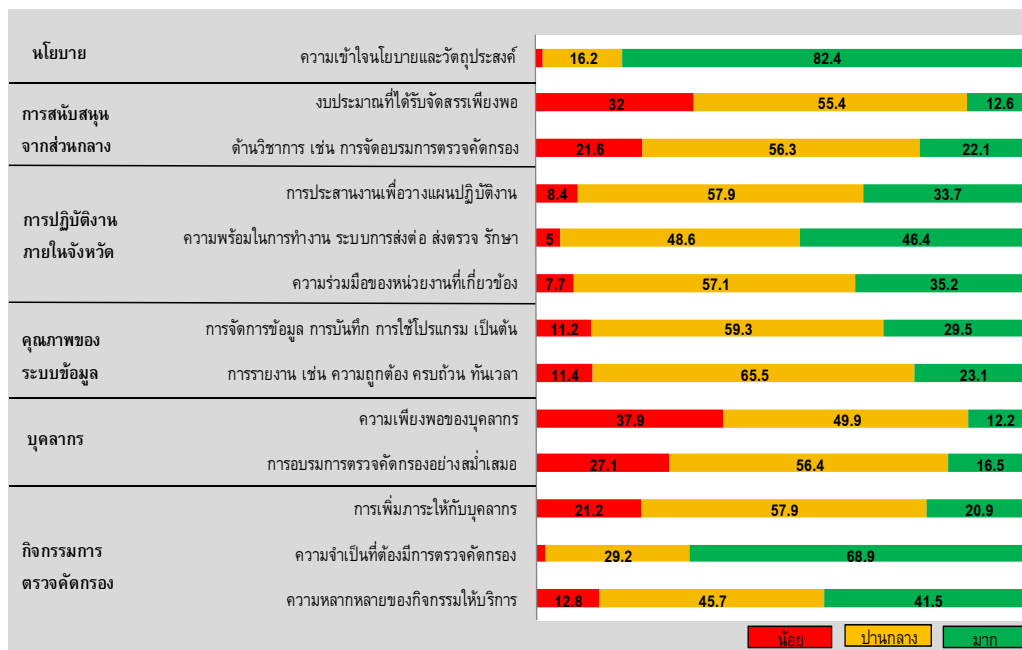
ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมด้านกิจกรรมการตรวจคัดกรองในภาพรวม

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ ขาดการประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะเรื่องสถานที่ตรวจคัดกรอง ทำให้ประชาชนไม่ทราบว่าจะสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ นอกจากนี้การสร้างกระแสการตรวจคัดกรองในชุมชนยังไม่เข้มข้นพอ การประชาสัมพันธ์รวมทั้งการให้ความรู้และการสร้างความตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็งมีน้อย

นอกจากปัญหาดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังมีผู้บริหารจำนวนหนึ่งมีความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัญหาด้านประชาชนในพื้นที่ ดังนี้

1. ผู้รับบริการในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและคิดว่ายังไม่มีการผิดปกติจึงไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง และผู้รับบริการส่วนหนึ่งอายุเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจคัดกรอง
2. ผู้รับบริการมีวิถีชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เช่น ภาระงานมาก การเดินทางมาตรวจคัดกรองยากลำบาก ประกอบอาชีพนอกพื้นที่ เศรษฐฐานะไม่เอื้ออำนวย เป็นต้น ทำให้ไม่สามารถคัดกรองได้ตรงตามวัตถุประสงค์
3. ผู้รับบริการไม่อยู่ในพื้นที่ตามทะเบียนบ้าน มีการย้ายถิ่นไปประกอบอาชีพยังพื้นที่อื่น ทำให้ไม่สามารถติดตามมาตรวจคัดกรองได้

ภาพที่ 4-6 ความคิดเห็นผู้บริหารต่อนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศ กล่าวคือ ส่วนใหญ่คิดว่าตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองในระดับมาก นอกจากนี้ความคิดเห็นที่มีต่อการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด คุณภาพของระบบข้อมูล บุคลากร ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง สำหรับความคิดเห็นที่มีต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรองนั้นพบว่าส่วนใหญ่คิดว่าเป็นการเพิ่มภาระให้กับหน่วยงานตนเองในระดับปานกลาง และคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นในพื้นที่ในระดับมาก โดยพิจารณาแยกแต่ละประเด็นดังนี้ (ภาคผนวก 18)

ก) ความเข้าใจต่อนโยบายการตรวจคัดกรอง

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 78-87 คิดว่าตนเองมีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองในระดับมาก

ข) การได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 54-59 คิดว่าได้รับการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางสำหรับการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่เพียงพอในระดับปานกลาง
- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 50-61 คิดว่าการได้รับการสนับสนุนด้านวิชาการจากหน่วยงานส่วนกลาง เช่น การจัดอบรมการตรวจคัดกรอง มีความเพียงพอในระดับปานกลาง

ค) การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 56-62 คิดว่าการประสานงานเพื่อวางแผนของหน่วยงานภายในจังหวัดอยู่ในระดับปานกลาง
- ผู้บริหารส่วนใหญ่เกือบทุกภาคประมาณร้อยละ 46-52 คิดว่าการทำงานของหน่วยงานภายในจังหวัดมีความพร้อมในระดับปานกลาง ยกเว้นผู้บริหารในภาคเหนือที่คิดว่าการทำงานของหน่วยงานภายในจังหวัดมีความพร้อมในระดับมาก (ร้อยละ 50)
- ผู้บริหารในภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เห็นว่าหน่วยงานภายในจังหวัดให้ความร่วมมือในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65, 57, 51 และ 58 ตามลำดับ)

ง) คุณภาพของระบบข้อมูล

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 52-67 คิดว่าการจัดการระบบข้อมูล เช่น การบันทึกการใช้โปรแกรม มีคุณภาพในระดับปานกลาง
- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 62-75 คิดว่าการรายงานผลข้อมูลมีคุณภาพในระดับปานกลาง

จ) บุคลากร

- ผู้บริหารส่วนใหญ่เกือบทุกภาคประมาณร้อยละ 46-60 คิดว่าบุคลากรที่ดำเนินงานในพื้นที่มีความเพียงพอในระดับปานกลาง ยกเว้นผู้บริหารในภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกที่ส่วนใหญ่คิดว่ามีความเพียงพอในระดับน้อย (ร้อยละ 47)
- ผู้บริหารมากกว่าครึ่งในทุกภาคคิดว่าบุคลากรได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอในระดับปานกลาง (ประมาณร้อยละ 52-57)

ฉ) กิจกรรมการตรวจคัดกรอง

- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 46-56 คิดว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดำเนินงานผ่านมาเป็นการเพิ่มภาระให้กับบุคลากรในหน่วยงานในระดับปานกลาง
- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในทุกภาคประมาณร้อยละ 65-72 คิดว่าการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองมีความจำเป็นมากในพื้นที่
- ผู้บริหารส่วนใหญ่ในภาคเหนือและภาคใต้คิดว่าความหลากหลายของกิจกรรมเพิ่มการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในพื้นที่ (การออกหน่วยเคลื่อนที่ การเพิ่มวันตรวจที่สถานพยาบาลมากขึ้น) มีความหลากหลายในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52 และ 46) ส่วนผู้บริหารในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกส่วนใหญ่ เช่นกันที่คิดว่ามีความหลากหลายในระดับมาก (ร้อยละ 49 และ 53)

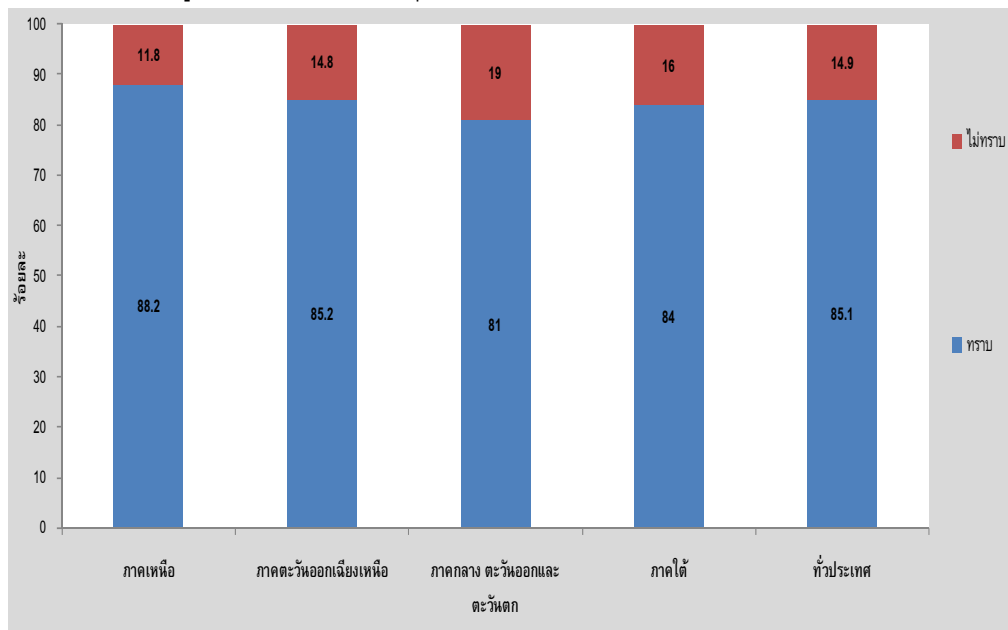
4.2.4 การรับรู้นโยบายและความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์

1) การรับรู้และความคิดเห็นที่มีต่อนโยบายการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวิธีวีไอเอ

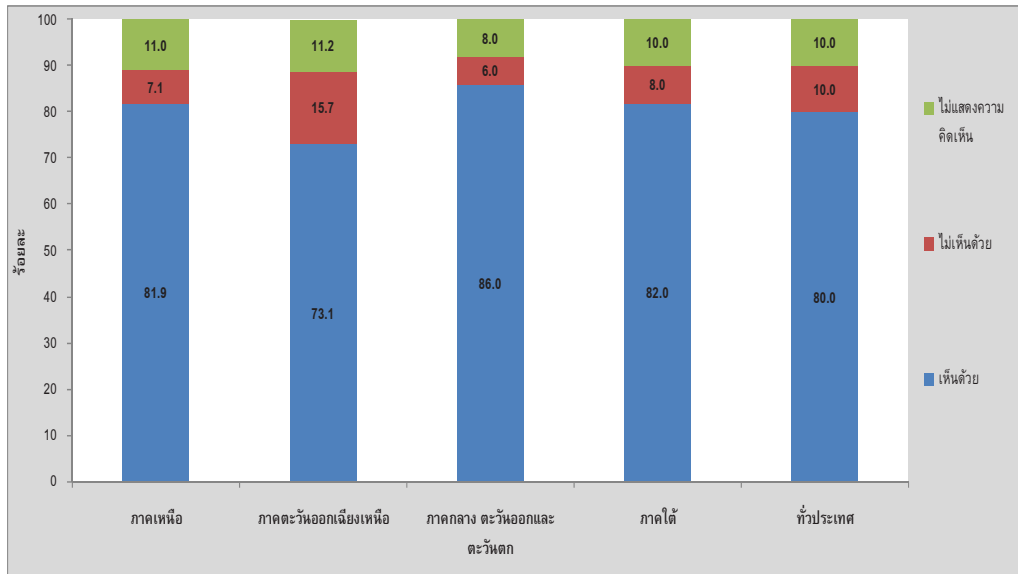
ผู้บริหารส่วนใหญ่ทราบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ 5 ปีด้วยวิธีป้ายน้ำส้มสายชู (วิธีวีไอเอ) สำหรับหญิงอายุระหว่าง 30-45 ปี และวิธีแปปสเมียร์สำหรับหญิงที่อายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 85) โดยผู้บริหารในภาคเหนือมีจำนวนผู้รับทราบนโยบายมากที่สุด (ร้อยละ 88) รองลงมาได้แก่ ผู้บริหารในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ และภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก (ร้อยละ 85, 84 และ 81 ตามลำดับ) ดังภาพที่ 4-7

สำหรับความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายการตรวจคัดกรองด้วยวิธีผสมผสานพบว่ากลุ่มผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายนี้ (ร้อยละ 80) มีเพียงจำนวนเล็กน้อยที่ไม่เห็นด้วยและไม่แสดงความคิดเห็น (ประมาณร้อยละ 10 เท่ากัน) เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าผู้บริหารในทุกภาคเห็นด้วยกับนโยบายในจำนวนเท่า ๆ กัน โดยผู้บริหารในภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีจำนวนผู้เห็นด้วยกับนโยบายมากที่สุด (ร้อยละ 86) รองลงมาได้แก่ ภาคเหนือและภาคใต้ในอัตราที่เท่า ๆ กัน (ร้อยละ 82) โดยภาคที่มีจำนวนผู้บริหารที่ไม่เห็นด้วยกับนโยบายมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งมีจำนวนร้อยละ 16 ดังภาพที่ 4-8

ภาพที่ 4-7 การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายสนับสนุนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวิธีวีไอเอ



ภาพที่ 4-8 ความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวิธีไอเอ



2) เหตุผลที่สนับสนุนนโยบาย ผู้บริหารให้เหตุผลในการสนับสนุนนโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสานดังต่อไปนี้

- การตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอสามารถลดข้อจำกัดบางประการของวิธีแปปสเมียร์ได้ เช่น ประชาชนไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับผลการตรวจ เพราะสามารถทราบผลตรวจและสามารถรักษาด้วยการจี้เย็นภายหลังพบผลตรวจผิดปกติได้ทันที ลดปัญหาความล่าช้าที่เกิดจากการส่งสไลด์ไปตรวจยังห้องปฏิบัติการ เป็นวิธีการตรวจที่ไม่เป็นภาระหนักสำหรับเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรอง สามารถทำได้ในทุกพื้นที่และเคลื่อนย้ายอุปกรณ์ได้โดยสะดวก

- ปัจจุบันถือได้ว่าการตรวจคัดกรองแบบผสมผสานใน 2 วิธีเป็นวิธีที่มีการวิจัยยืนยันว่ามีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ซึ่งเป็นผลดีต่อประชาชนและประเทศชาติ

- หญิงกลุ่มเป้าหมายพอใจกับวิธีการตรวจด้วยวิธีไอเอ เนื่องจากสะดวก รวดเร็ว สามารถทราบผลตรวจและรักษาได้ทันทีหากพบความผิดปกติ ทำให้กลุ่มเป้าหมายยินดีที่จะมารับบริการตรวจในครั้งต่อไป

- นโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสานมีการกำหนดกลุ่มอายุในการตรวจคัดกรองที่ชัดเจน คือ อายุ 30-45 ปีตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอ และอายุ 46-60 ปีตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในระดับปฏิบัติจึงสามารถดำเนินการได้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งระบบ ทำให้เกิดความคล่องตัวในการดำเนินการและลดความซ้ำซ้อนในการปฏิบัติงาน

อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารบางรายเห็นด้วยกับนโยบายการตรวจคัดกรองด้วยวิธีผสมผสาน โดยมีเงื่อนไขที่ว่าต้องพิสูจน์ว่าวิธีไอเอมีประสิทธิภาพและเป็นวิธีที่คุ้มค่าจริง รวมทั้งต้องมีเครื่องมือและมีผู้มีความชำนาญในการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ผู้บริหารบางรายเห็นด้วยกับนโยบายนี้เนื่องจากเข้าใจว่าผู้รับบริการสามารถเลือกวิธีการตรวจได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการมีวิธีไอเอจึงถือว่าเป็นทางเลือกให้กับผู้รับบริการ

3) **เหตุผลที่ไม่สนับสนุนนโยบาย** ผู้บริหารให้เหตุผลในการไม่สนับสนุนนโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน ดังต่อไปนี้

- การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอจะต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการอบรมเท่านั้น ทำให้บางพื้นที่ที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพหรือมีจำนวนน้อยไม่สามารถให้บริการตรวจได้เพียงพอกับจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมาย
- การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอจะต้องอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ทั้งหมดทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งต่างจากวิธีแปปสเมียร์ที่บุคลากรในพื้นที่สามารถตรวจคัดกรองได้โดยไม่ต้องอบรมเพิ่มเติม
- การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอจะต้องอาศัยความชำนาญในการตรวจ ในขณะที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ยังไม่มีความชำนาญในการตรวจด้วยเพราะเป็นวิธีใหม่จึงอาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาดได้
- ผู้รับบริการบางรายยังไม่มั่นใจในคุณภาพของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ รวมทั้งขาดข้อมูลที่สนับสนุนประสิทธิผลและความปลอดภัยของวิธีดังกล่าว จึงอาจก่อให้เกิดข้อเปรียบเทียบการตรวจ 2 วิธี
- ผู้ให้บริการยังไม่มั่นใจในประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ด้วยเหตุผลดังนี้
 - การตรวจด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีที่ sensitivity แต่ไม่ specificity ไม่ได้ระบุถึงความรุนแรง
 - การตรวจด้วยวีไอเอ “เป็นวิธีที่ไม่เห็น Cytology จริง ดังนั้นการตรวจอาจจะทำลายเนื้อเยื่อในผู้ที่ไม่ได้เป็น Histo จริง ซึ่งจะตามมาด้วยการอักเสบ อาจทำให้ปิดบังการตรวจครั้งต่อไป”
 - ไม่มีข้อมูลด้านวิชาการที่ชัดเจน และการตรวจด้วยวิธีวีไอเอนี้ใช้เฉพาะบางพื้นที่เท่านั้น ดังนั้นควรใช้วิธีแปปสเมียร์ ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับให้เป็นรูปแบบเดียวกัน
 - การให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมีความยากลำบาก ดังนั้นควรเลือกวิธีการตรวจที่ดีที่สุดและรู้ผลได้ชัดเจนถูกต้องมากกว่าวิธีที่ไม่มีการยืนยันถึงประสิทธิผลที่แน่นอน
- สถานบริการบางแห่งมีความพร้อมในการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์มากกว่า

4.2.5 ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดจากนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์

- ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการตรวจด้วยวิธีวีไอเอต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพเท่านั้น ดังนั้นสถานบริการที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพหรือมีจำนวนน้อยจะต้องรอทีมตรวจจากที่อื่นทำให้การทำงานล่าช้าขึ้น
- ปัญหามูลค่าขาดความชำนาญ เนื่องจากการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเป็นวิธีใหม่และมีขั้นตอนซับซ้อนกว่าวิธีแปปสเมียร์ รวมทั้งใช้เวลาในการตรวจที่มากกว่า บุคลากรจึงอาจขาดความชำนาญในการตรวจคัดกรองและการอ่านผลด้วยตาเปล่า
- ปัญหาความผิดพลาดของผลการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ เช่น เมื่อตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอที่สถานบริการหนึ่งแล้วส่งต่อไปจีเอ็นทีเครือข่ายมักพบปัญหาผลการตรวจไม่ตรงกัน ซึ่งสร้างปัญหาต่อปฏิบัติงานอย่างมาก
- ปัญหาโปรแกรมการบันทึกข้อมูล ระบบการบันทึกข้อมูลด้วยการออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ตสร้างปัญหาแก่สถานบริการที่อยู่ห่างไกลที่ระบบอินเทอร์เน็ตไม่ดีทำให้ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ รวมทั้งมีความล่าช้าหากหลายหน่วยงานใช้พร้อมกัน
- ปัญหาด้านนโยบาย การขยายกลุ่มอายุผู้ตรวจคัดกรองเป็นการเพิ่มภาระแก่สถานบริการที่ส่วนใหญ่ยังขาดความพร้อมในการตรวจคัดกรอง

- ปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือของบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากเกรงปัญหาการฟ้องร้องกรณีเกิดความผิดพลาดในการตรวจคัดกรองและการอ่านผลการตรวจจากวิธีวีไอเอ
- อาจเกิดความสับสนในกลุ่มผู้รับบริการเกี่ยวกับวิธีการตรวจที่แตกต่างกัน

4.2.6 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้บริหาร

- ควรสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจคัดกรองวิธีวีไอเอและงานระบบข้อมูลระดับอำเภอมีแรงจูงใจและกำลังใจที่ดีในการทำงานเพื่อประโยชน์สูงสุดกับกลุ่มเป้าหมาย
- ควรเปิดโอกาสให้บุคลากรสาธารณสุขที่สนใจสามารถเข้าอบรมได้โดยไม่ต้องกำหนดเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคแก่คนเหล่านั้น ซึ่งจะสามารถลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรได้
- การตรวจมะเร็งปากมดลูกสำหรับสตรีอายุระหว่าง 30-45 ปี ไม่ควรระบุว่าต้องตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเพียงวิธีเดียว ควรให้สามารถตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ด้วย
- การขยายการตรวจคัดกรองทุกกลุ่มอายุเป็นการเปลี่ยนแปลงงบประมาณ ซึ่งภาระงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่มีจำนวนมากอยู่แล้ว จึงควรใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยสมัครใจ
- ควรยกเลิกตัวชี้วัดการตั้งเป้าอัตราการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากสร้างความลำบากแก่ผู้ปฏิบัติงาน และตัวชี้วัดไม่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
- ควรปรับเปลี่ยนทัศนคติในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ รวมทั้งนโยบายของภาครัฐไม่ควรนำระบบการจ่ายเงินค่าตอบแทนมาเป็นเครื่องจูงใจในการปฏิบัติงาน และการให้โอกาสตรวจทุก 5 ปี อาจพลาดให้ทำพบผู้ป่วยรายใหม่ในการเกิดมะเร็งในระยะเริ่มต้น ดังนั้นจึงควรรณรงค์ให้ตรวจคัดกรองทุก 2 ปี
- ควรเริ่มที่ Primary prevention โดยการใช้ Vaccine HPV ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง โดยรัฐบาลควรสนับสนุนในราคาที่ถูกลงเพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- การตรวจคัดกรองด้วยวิธีผสมผสานระหว่างวีไอเอและแปปสเมียร์อาจเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ ดังนั้นควรตรวจด้วยวิธีเดียวที่ได้ผลดีที่สุดหรือตามดุลยพินิจของผู้ตรวจคัดกรอง ไม่ควรกำหนดวิธีการตรวจตามกลุ่มอายุ
- ควรจัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยอ่านผลทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์โดยตรงจากส่วนกลาง ไม่ควรให้จังหวัดหรืออำเภอเป็นผู้เสียค่าใช้จ่าย เนื่องจากจะเกิดการคัดง้างจ่ายหรือไม่จ่าย
- ควรจัดอบรมฟื้นฟูการใช้โปรแกรมให้ได้มีการฝึกปฏิบัติจริง เนื่องจากปัจจุบันระบบการบันทึกข้อมูลมีความยุ่งยากเจ้าหน้าที่ไม่เชี่ยวชาญ รวมทั้งเปลี่ยนแปลงบ่อย ทำให้เพิ่มภาระแก่บุคลากร

บทที่ 5 ผลการศึกษา

การประมาณค่าอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ในบทนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองของหญิง
กลุ่มเป้าหมาย (ตรวจ/ไม่ตรวจ)

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อสัดส่วนของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิง
กลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานีนามัย ซึ่งเป็นหน่วยสุ่มพื้นฐาน (Primary Sampling Unit: PSU)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ ผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองของหญิง กลุ่มเป้าหมาย (ตรวจ/ไม่ตรวจ)

จากผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงอายุระหว่าง
30-60 ปีในบทที่ 3 ซึ่งเป็นการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมของข้อมูลทั้งหมดที่พิจารณาเฉพาะปัจจัยด้าน
ผู้รับบริการเพียงด้านเดียว โดยมีข้อสมมติว่าข้อมูลผู้รับบริการแต่ละคนเป็นอิสระต่อกัน จะเห็นว่าการศึกษาวิเคราะห์
ดังกล่าวไม่ได้พิจารณาปัจจัยทางด้านความแตกต่างของจังหวัดเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น นโยบายการบริหารงาน
การสนับสนุนกำลังคนด้านการตรวจคัดกรอง ในบทนี้จึงทำการวิเคราะห์อีกรูปแบบหนึ่งคือ จากการที่มีการสุ่ม
เลือกจังหวัดเป็นลำดับแรกได้ 12 จังหวัดคิดเป็น 12 clusters และในแต่ละจังหวัด (cluster) มีการสุ่มเลือกหญิง
กลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับบริการ ดังนั้นค่าสังเกตที่ได้จากผู้รับบริการภายในจังหวัดหรือ cluster เดียวกันมี
แนวโน้มจะมีความสัมพันธ์กัน

ทำการสร้างตัวแบบด้วยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียว (univariate analysis) คือวิเคราะห์ทีละหนึ่งตัวแปร
เลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.20 จากตัวทดสอบสถิติ Chi-Square ปรากฏว่าได้ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองดังนี้

1. ผู้รับบริการ ได้แก่ ศาสนา อาชีพ ประวัติการคุมกำเนิด ประวัติการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็งปาก
มดลูกและการตรวจคัดกรอง ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
2. ผู้ให้บริการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ ความเห็นต่อการตรวจคัดกรองสามารถลดอัตราการเป็นมะเร็ง
ปากมดลูก
3. ผู้บริหาร ได้แก่ ความสำคัญของปัญหามะเร็งปากมดลูกเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นในพื้นที่ กิจกรรม
การตรวจคัดกรอง ความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน

นำตัวแปรที่ได้จากทั้ง 3 ด้านข้างต้นไปวิเคราะห์ Generalized Estimating Equations (GEEs) ในตัวแบบ
หลายตัวแปรและทำการคัดเลือกตัวแปรด้วยวิธีขั้นตอนก้าวหน้า (Forward Stepwise Method) โดยการกำหนด
Probability of stepwise entry (PE) = 0.15 และ Probability of stepwise removal (PR) = 0.20 (Hosmer
and Lemeshow, 2000) โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำตัวแปรอิสระที่ผ่านการวิเคราะห์ทีละตัวแปรมาพิจารณาคัดเลือกด้วยการสร้างตัวแบบของแต่ละตัว
แปรอิสระ โดยพิจารณาค่า Generalized Score Statistics ที่ให้ค่ามากที่สุด หรือมีค่า p-value น้อยที่สุด และมี

ค่าน้อยกว่าค่า PE ที่กำหนด

2. เพิ่มตัวแปรอิสระที่ยังไม่ได้เข้าตัวแบบที่ละตัว แล้วพิจารณาตัวแปรที่จะได้รับคัดเลือกให้เข้าตัวแบบเป็นตัวถัดไป และเมื่อได้รับคัดเลือกเข้ามาแล้วจะต้องตรวจสอบว่าตัวแปรอิสระที่ถูกเลือกเข้ามาก่อนหน้านี้ทั้งหมดนั้นยังคงมีความสำคัญหรือไม่ โดยพิจารณาจากค่า Generalized Score Statistics ที่ให้ค่าน้อยที่สุด หรือมีค่า p-value มากที่สุด และมีค่ามากกว่าค่า PR ที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้ามากกว่าจะถือว่าตัวแปรอิสระตัวนั้นไม่มีความสำคัญและควรตัดตัวแปรอิสระนั้นออกจากตัวแบบ แต่ถ้าค่า Generalized Score Statistics มีค่าน้อยที่สุด หรือมีค่า p-value มากที่สุด แต่มีค่าน้อยกว่าค่า PR ที่กำหนดไว้ ตัวแปรอิสระนั้นจะยังคงอยู่ในตัวแบบ ทำซ้ำในลักษณะเดิมจนกระทั่งไม่มีตัวแปรอิสระใดเลยที่สามารถถูกคัดเลือกเข้ามาในตัวแบบได้อีก และไม่มีตัวแปรใดถูกนำออกจากตัวแบบได้อีก

พบว่าตัวแบบสุดท้ายที่อธิบายปัจจัยและคุณลักษณะของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และผู้บริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำแนกเป็น 2 ลักษณะคือ ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยด้านลบหรือปัจจัยขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถเขียนสมการของตัวแบบ GEEs ที่เหมาะสมได้ดังนี้ (ภาพที่ 5-1)

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{1-P_{ij}}\right) = -0.64(\text{Religion}_{oi}) + 0.48(\text{Agriculturist}) + 1.51(\text{Information}) - 0.87(\text{diagnose}) - 0.80(\text{Place}) + 0.97(\text{Attitude information}) + 0.40(\text{Importance}_{ch})$$

เมื่อ $i = 2, 3, \dots, 12$ จังหวัด

$j = 1, 2, \dots, 400$ หญิงเป้าหมายที่สุ่มได้ในแต่ละ PSU ของจังหวัดที่ i

Religion_{oi} คือ ศาสนาอื่น ๆ (ref = ศาสนาพุทธ)

Agriculturist คือ อาชีพเกษตรกร (ref = ไม่ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน)

Information คือ เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก (ref = ไม่เคย)

Diagnose คือ เข้าใจผิด ถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติไม่ต้องมาตรวจอีกเลย (ref = เข้าใจถูก)

Place คือ เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น (ref = เข้าใจถูก)

Attitude information คือ ทศนคติต่อผลของข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากโทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์ต่อการไปตรวจคัดกรอง (ref=ระดับน้อย)

Importance_{ch} คือ ความสำคัญของปัญหา มะเร็งปากมดลูกในทัศนคติของผู้บริหาร (ref = ระดับน้อย)

จากการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแบบพบว่าค่าสถิติ Mean Deviance = 1.16 และ Pearson Chi-Square/DF = 1.01 คือมีค่าใกล้ 1 แสดงว่าตัวแบบที่ได้มีความเหมาะสม จากตัวแบบสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านบวกหรือส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

- หญิงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากเป็น 1.62 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือแม่บ้าน (OR = 1.62, 95%CI: 1.01-2.60)

- หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 4.55 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่เคยได้รับข้อมูล (OR = 4.55, 95%CI: 1.93-10.74)
- หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูกจากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์มีผลต่อการไปตรวจคัดกรอง มีโอกาสตรวจคัดกรองมากเป็น 2.65 เท่าของหญิงที่เห็นว่ามีผลน้อย (OR = 2.65, 95%CI: 1.62-4.33)

ปัจจัยด้านผู้บริหาร

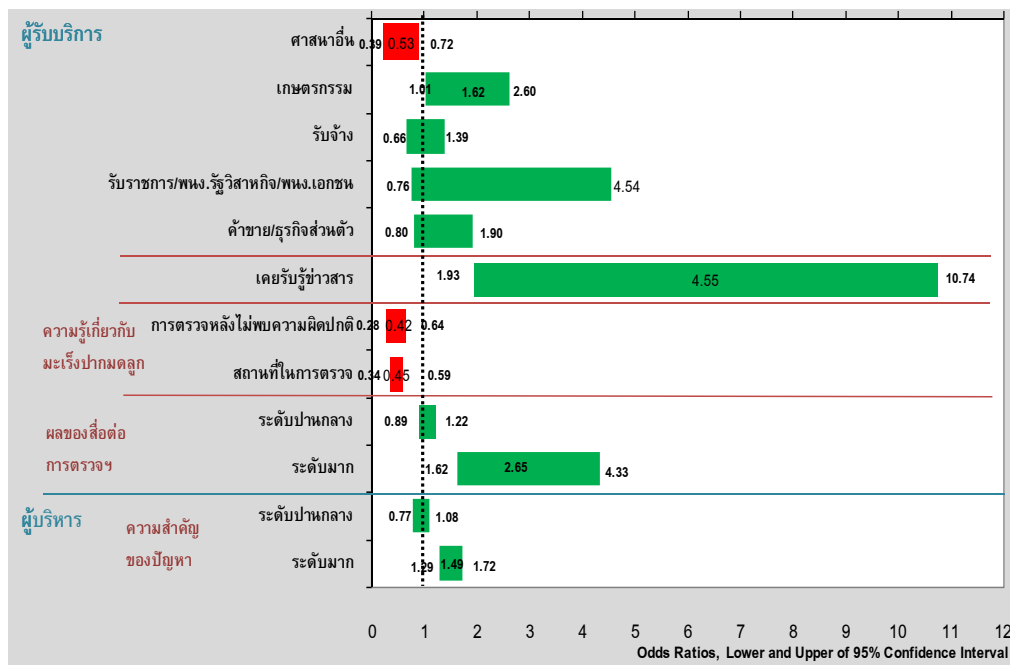
- หญิงที่อาศัยในพื้นที่ที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหามะเร็งปากมดลูกในระดับมาก มีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 1.49 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญในระดับน้อย (OR = 1.49, 95%CI: 1.29-1.72)

2. ปัจจัยด้านลบหรือขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

- หญิงที่นับถือศาสนาอื่นมีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 47 (OR = 0.53, 95%CI: 0.39-0.72)
- หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติไม่ต้องมาตรวจอีกเลย มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 58 (OR = 0.42, 95%CI: 0.28-0.64)
- หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 55 (OR = 0.45, 95%CI: 0.34-0.59)

ภาพที่ 5-1 แสดงค่า Odds Ratio และ Lower and Upper of 95% Confidence Interval เมื่อตัวแปรตามเป็นแบบทวิ



ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีผลต่อสัดส่วนของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานีอนามัย ซึ่งเป็นหน่วยสุ่มพื้นฐาน (Primary Sampling Unit: PSU)

ทำการสร้างตัวแบบด้วยวิธี GEEs โดยกำหนดจังหวัดเป็น Cluster และ PSU เป็นสมาชิกในจังหวัดซึ่งมีความสัมพันธ์เหมือนกันและเป็นลักษณะเดียวกันในทุกๆ cluster มีความสัมพันธ์แบบ exchangeable จากการสร้างตัวแบบด้วยวิธี GEEs พบว่าตัวแบบสุดท้ายที่อธิบายปัจจัยผู้ให้บริการและผู้บริหารที่มีความสัมพันธ์ต่อสัดส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถเขียนสมการที่เหมาะสมได้ดังนี้ (ภาพที่ 5-2)

$$\log\left(\frac{P_{ij}}{1-P_{ij}}\right) = 0.36(\text{Activity}_{H})_{ij} + 0.29(\text{Activity}_{M})_{ij} + 0.29(\text{Importance}_{CH})_i + 0.43(\text{Operate}_{CH})_i +$$

0.49(Operate_{CM})_i

เมื่อ $i = 2, 3, \dots, 12$ จังหวัด

$j = 1, 2, \dots, 20$ PSU

Activity คือ การดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรอง (ref = ระดับน้อย)

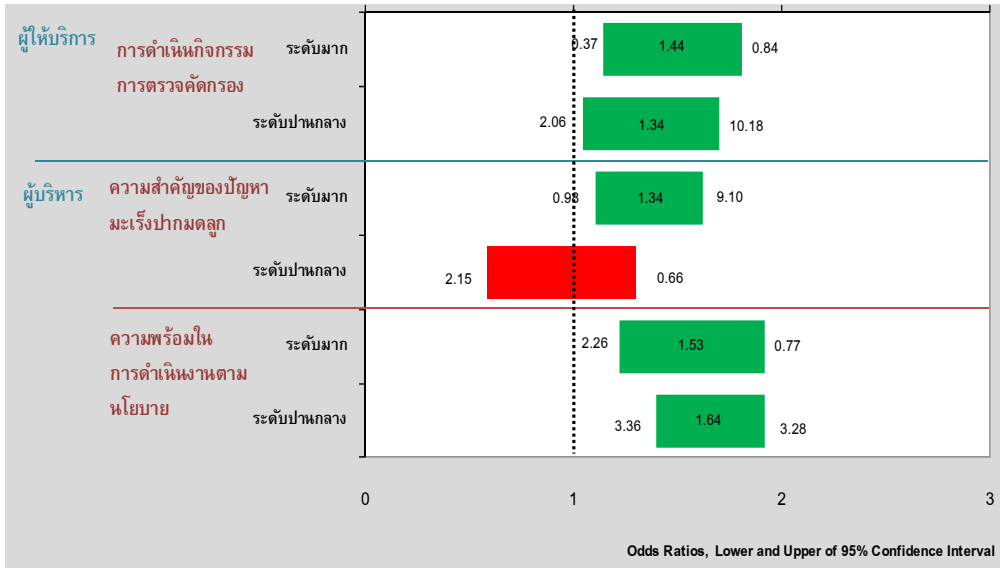
Importance_{CH} คือ ความสำคัญของปัญหาเรื่องมะเร็งปากมดลูกในทัศนคติของผู้บริหาร (ref = ระดับน้อย)

Operate คือ ระดับความคิดเห็นของผู้บริหารต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบาย (ref = เข้าใจถูก)

จากการตรวจสอบความเหมาะสมของตัวแบบพบว่าค่าสถิติ Mean Deviance = 2.45 และ Pearson Chi-Square/DF = 2.26 จากตัวแบบสามารถอธิบายได้ดังนี้

1. หญิงที่อาศัยในจังหวัดที่ผู้ให้บริการมีการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองระดับดีและปานกลางทำให้มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น (OR = 1.44, 95%CI: 1.14-1.81 และ OR = 1.34, 95%CI: 1.05-1.70)
2. หญิงที่อาศัยในจังหวัดที่ผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหาเรื่องมะเร็งปากมดลูกในระดับมากและปานกลางทำให้มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น (OR = 1.34, 95%CI: 1.11-1.63)
3. หญิงที่อาศัยในจังหวัดที่ผู้บริหารเห็นว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายระดับมากและระดับปานกลางทำให้มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น (OR = 1.53, 95%CI: 1.22-1.92 และ OR = 1.64, 95%CI: 1.40-1.92)

ภาพที่ 5-2 แสดงค่า Odds Ratio และ Lower and Upper of 95% Confidence Interval เมื่อตัวแปรตามเป็นแบบสัดส่วน



บทที่ 6 ผลการศึกษา

ประเมินอัตราการได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง

ในบทนี้มีการวิเคราะห์และอธิบายตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 4 เพื่อประเมินการได้รับการรักษาต่อเนื่องในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ และวัตถุประสงค์ข้อที่ 5 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง นอกจากนี้มีการวิเคราะห์เนื้อหาและอธิบายข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประกอบการพิจารณาผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ เฉพาะในบางกลุ่ม อธิบายผลการศึกษาตามหัวข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

- 6.1 ข้อมูลทั่วไป
- 6.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก
- 6.3 ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก
- 6.4 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 6.5 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจยืนยันและรักษาต่อ
- 6.6 ความคิดเห็นต่อระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 6.7 ศักยภาพของสถานบริการในด้านการส่งต่อและติดตามการรักษา

ตอนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

- 6.8 กลุ่มหญิงมุสลิม
- 6.9 กลุ่มหญิงเขตเมือง
- 6.10 กลุ่มหญิงชาวเขา

ตอนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

6.1 ข้อมูลทั่วไป

จากจำนวนรวมของผู้ที่สัมภาษณ์ได้ 186 ราย แบ่งเป็นผู้ที่ได้รับการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ 22 ราย และวิธีแปปสเมียร์ 164 ราย ดังตารางที่ 6-1 ในรายการข้อมูลอายุ เนื่องจากอาจมีการนับอายุคลาดเคลื่อนได้จากการ บัดเศษเดือนขึ้นหรือลง จึงยอมให้นับอายุตั้งแต่ 34-61 ปี

ตารางที่ 6-1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ

ข้อมูลทั่วไป	วิธีวีไอเอ (22 คน)		วิธีแปปสเมียร์ (164 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่ผลตรวจผิดปกติ	22	100.0	164	100.0
จังหวัดเชียงใหม่	0	0.0	61	36.3
จังหวัดพิษณุโลก	0	0.0	5	3.5

ข้อมูลทั่วไป	วิธีวีไอเอ (22 คน)		วิธีแปปสเมียร์ (164 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จังหวัดร้อยเอ็ด	0	0.0	27	17.0
จังหวัดนครพนม	0	0.0	13	7.6
จังหวัดนครปฐม	0	0.0	23	14.6
จังหวัดเพชรบุรี	0	0.0	5	2.8
จังหวัดนครศรีธรรมราช	22	100.0	22	13.5
จังหวัดสงขลา	0	0.0	8	4.7
อายุเฉลี่ย (ปี)	39.6		48.9	
อายุต่ำสุด, อายุสูงสุด (ปี)	34, 47		34, 61	
ศาสนา	p = 0.316			
พุทธ	21	95.5	162	98.8
อิสลาม	1	4.5	2	1.2
สถานภาพสมรส	p = 0.059			
สมรส	22	100.0	132	80.5
หม้าย/หย่า	0	0.0	28	17.1
โสด	0	0.0	4	2.4
การศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้ศึกษา	0	0.0	4	2.4
ประถมศึกษา	15	68.2	127	77.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	27.3	11	6.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.5	16	9.8
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0.0	5	3.1
สูงกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	0	0.0	1	0.6
อาชีพหลัก				
เกษตรกร	10	45.5	65	39.6
ธุรกิจส่วนตัว	4	18.2	19	11.6

ข้อมูลทั่วไป	วิธีไอเอ (22 คน)		วิธีแปปสเมียร์ (164 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แม่บ้าน	4	18.2	21	12.8
รับจ้าง	1	4.5	6	3.7
รับราชการ	0	0.0	6	3.6
อื่นๆ	3	13.6	47	28.7
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว				
น้อยกว่า 5000 บาท	8	36.4	71	43.3
5,000-10,000 บาท	11	50.0	54	32.9
10,001-15,000 บาท	1	4.5	20	12.2
มากกว่า 15,000 บาท	2	9.1	19	11.6

6.2 พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก

เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มวิธีไอเอมีน้อยเกินกว่าที่จะพบความแตกต่างจากกลุ่มแปปสเมียร์ ข้อมูลผลการศึกษาต่อไปนี้จึงรวมผลจากในกลุ่มวิธีไอเอและแปปสเมียร์เข้าด้วยกัน และจำแนกตามภาคทางภูมิศาสตร์สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างภาคที่ทำการศึกษจะใช้ภาคกลางเป็นภาคอ้างอิง

ด้านพฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และการสูบบุหรี่ของผู้ให้ข้อมูล อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในแต่ละภาคจะใกล้เคียงกันคือประมาณ 20 ปี จำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยหญิงในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีมากกว่าหญิงในภาคกลางและภาคใต้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนการตั้งครรถ์เฉลี่ยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้จะสูงกว่าภาคกลางและภาคเหนือ และหญิงในภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่หรือเคยสูบบุหรี่มากกว่าภาคอื่นๆ ดังตารางที่ 6-2

ตารางที่ 6-2 พฤติกรรมเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์และการสูบบุหรี่

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)				
ภาคเหนือ	68	19.4	18.3 – 20.5	0.751
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	20.0	18.7 – 21.3	0.926
ภาคกลาง	30	19.9	17.0 – 22.8	อ้างอิง
ภาคใต้	46	20.8	19.8 – 21.8	0.554

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
ชายที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย (จน. คน)				
ภาคเหนือ	68	1.4	1.2 – 1.5	0.007
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	1.3	1.2 – 1.5	0.020
ภาคกลาง	30	1.0	0.9 – 1.2	อ้างอิง
ภาคใต้	46	1.3	1.1 – 1.4	0.060
จำนวนการตั้งครรภ์ (คน)				
ภาคเหนือ	68	1.9	1.6 – 2.1	0.469
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	3.3	2.6 – 4.0	0.001
ภาคกลาง	30	2.0	1.7 – 2.4	อ้างอิง
ภาคใต้	46	2.8	2.4 – 3.2	0.008
การสูบบุหรี่				
ภาคเหนือ	68			0.040
ไม่เคยสูบ	52	78.2	68.5 – 87.9	
เคยสูบ แต่หยุดแล้ว	11	15.0	6.7 – 23.3	
สูบเป็นครั้งคราว	5	6.8	1.0 – 12.6	
สูบเป็นประจำ	0	0.0	-	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42			0.183
ไม่เคยสูบ	38	87.4	75.7 – 99.2	
เคยสูบ แต่หยุดแล้ว	1	1.9	0.0 – 5.5	
สูบเป็นครั้งคราว	3	10.7	0.0 – 22.1	
สูบเป็นประจำ	0	0.0	-	
ภาคกลาง	30			อ้างอิง
ไม่เคยสูบ	29	97.1	91.4 – 100.0	
เคยสูบ แต่หยุดแล้ว	0	0.0	-	
สูบเป็นครั้งคราว	0	0.0	-	

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย/ ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
สูบเป็นประจำ	1	2.9	0.0 – 8.65	
ภาคใต้	46			0.466
ไม่เคยสูบ	43	93.3	86.0 – 100.0	
เคยสูบ แต่หยุดแล้ว	2	4.6	0.0 – 10.8	
สูบเป็นครั้งคราว	0	0.0	-	
สูบเป็นประจำ	1	2.1	0.0 – 6.3	

6.3 ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก

ด้านความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การรักษา และผลการรักษาของมะเร็งปากมดลูก ผู้ให้ข้อมูลประมาณครึ่งหนึ่งตอบว่าไม่ทราบเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง เนื่องจากกลุ่มผู้ที่ตรวจโดยวีไอเอมีจำนวนน้อย ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มแปปสเมียร์ได้ ในที่นี้จึงแสดงเป็นสถิติรวมกัน โดยทั้งหมดตอบว่าทราบร้อยละ 52 (95%CI: 43.15–60.81)

สำหรับการวัดระดับความรู้จะใช้วิธีถามคำถามมากกว่า 1 ข้อ แล้วนำคะแนนที่ตอบถูกมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ยดังนี้ โดยที่ผู้ที่ตอบว่าไม่รู้จะได้คะแนนเป็น 0

ด้านปัจจัยเสี่ยง คำนวณมาจากคำถามต่อไปนี้

1. การติดเชื้อ HPV
2. การมีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน
3. การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี
4. การสูบบุหรี่

คำตอบ

- ถูก
ถูก
ถูก
ถูก

ด้านวิธีการรักษา คำนวณมาจากคำถามต่อไปนี้

1. การผ่าตัด
2. เคมีบำบัด
3. รังสีรักษา

- ถูก
ถูก
ถูก

ด้านผลของการรักษา คำนวณมาจากคำถามต่อไปนี้

1. สามารถรักษาหายได้หากพบระยะเริ่มแรก
2. หากพบระยะลุกลามสามารถรักษาได้ด้วยเคมีบำบัดและ/หรือรังสี

- ถูก
ถูก

สำหรับผู้ที่ตอบในแต่ละคำถาม หากตอบถูก จะได้คะแนนในข้อนั้นๆ 1 คะแนน เมื่อรวมคะแนนในด้านต่างๆ แล้ว จะปรับให้มีคะแนนเต็มเป็น 5 เท่ากันหมด เพื่อจะได้เทียบกันได้ในแต่ละด้าน และเทียบกับคะแนนระดับความเชื่อและเจตคติได้ด้วย

สำหรับการวัดระดับความเชื่อและเจตคติจะใช้วิธีถามคำถามมากกว่า 1 ข้อ แต่ละข้ออาจตอบได้ 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ด้านปัจจัยเสี่ยง คำนวณมาจากคำถามต่อไปนี้ มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการ

1. หญิงทุกคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก
2. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก
3. เป็นไปได้ที่จะรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดก่อนที่จะโรคละลุกลาม

ด้านความรุนแรงของโรค

1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง เพราะเมื่อเป็นแล้วจะต้องตายถ้าไม่รักษา
2. มีโอกาสที่จะรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายได้
3. การเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นอันตรายต่อตัวฉัน

ด้านประโยชน์ของการรักษา

1. การรักษาโรคร้ายอย่างถูกต้องช่วยฉันให้หายจากโรคได้
2. ไม่ว่าจะรักษาหรือไม่ก็ตาม ไม่ทำให้ฉันหายจากมะเร็งปากมดลูกได้
3. การตรวจพบโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งในระยะแรกทำให้การรักษาได้ผลดี

ด้านอุปสรรคต่อการรักษา

1. ฉันไม่รู้ว่าจะไปรักษาที่ไหน
2. ฉันไม่มีอาการใดๆ ที่บอกว่าจะ เป็นมะเร็งปากมดลูกเลย
3. ฉันกลัวการรักษา
4. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะไปรักษามะเร็งปากมดลูก
5. การรักษาอาจทำให้เจ็บปวดหรือมีอาการข้างเคียง
6. ฉันรู้สึกอายหากไปรักษา

ด้านประสิทธิภาพของการรักษา

1. ฉันสามารถเลือกด้วยตัวเองว่าจะไปรับการรักษาที่ไหน
2. ถ้าฉันตัดสินใจที่จะไปรักษาแล้ว ฉันจะได้รับการรักษาอย่างแน่นอน
3. ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถไปรับการรักษาได้หรือไม่
4. การตัดสินใจรับการรักษาขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง

ด้านสิ่งที่นำไปสู่การกระทำ (cue to action)

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ของฉันสนับสนุนให้ผู้หญิงที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการรักษา
2. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสำหรับผู้ที่มีการตรวจผิดปกติจากโทรทัศน์
3. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสำหรับผู้ที่มีการตรวจผิดปกติจากสื่ออื่นๆ (เช่น หนังสือพิมพ์หรือวิทยุ)
4. สามี่ของฉันสนับสนุนให้ฉันไปรับการรักษา (ถ้ามีสามี่)

ตารางที่ 6-3 ระดับความรู้ ความเชื่อ และเจตคติที่เกี่ยวข้องกับการตรวจยืนยันและรักษา (เต็ม 5 คะแนน)

ความรู้	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ค่ามัธย ฐาน	คะแนน เฉลี่ย	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
ความรู้					
ปัจจัยเสี่ยง	186	2.3	2.1	1.7 – 2.5	
ภาคเหนือ	68	0.0	1.6	1.2 – 2.1	0.049
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	0.9	2.0	1.3 – 2.6	0.266
ภาคกลาง	30	3.5	2.5	1.8 – 3.3	อ้างอิง
ภาคใต้	46	3.3	2.6	1.3 – 2.8	0.947
วิธีการรักษา	186	3.3	3.1	2.7 – 3.4	NS*
ผลของการรักษา	186	5.0	3.9	3.6 – 4.1	
ภาคเหนือ	68	5.0	3.4	2.9 – 3.9	0.022
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	5.0	3.9	3.4 – 4.4	0.381
ภาคกลาง	30	5.0	4.2	3.7 – 4.7	อ้างอิง
ภาคใต้	21	5.0	3.9	3.3 – 4.4	0.346
ความเชื่อและเจตคติ					
ความเสี่ยงต่อโรค	171	2.7	2.9	2.8 – 3.0	NS*
ความรุนแรงของโรค	171	4.0	4.0	3.9 – 4.0	NS*
ประโยชน์ของการรักษา	171	4.0	3.9	3.8 – 3.9	
ภาคเหนือ	68	4.0	3.8	3.6 – 3.9	0.495
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	4.0	4.0	3.9 – 4.1	0.029
ภาคกลาง	30	4.0	3.8	3.7 – 4.0	อ้างอิง
ภาคใต้	46	3.7	3.6	3.4 – 3.7	0.026
อุปสรรคต่อการรักษา	186	2.7	2.9	2.8 – 2.9	NS*
ประสิทธิภาพของการรักษา	186	4.0	3.8	3.8 – 3.9	NS*
สิ่งที่น่าสนใจ	186	4.0	3.8	3.7 – 3.9	NS*

* regression p-value, NS = not significant

จากตารางที่ 6-3 จะเห็นได้ว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีความรู้ในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการรักษามากนัก แต่มีความรู้ดีในเรื่องผลของการรักษา ภาคเหนือมีความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยงและผลการรักษาน้อยกว่าภาคอื่นๆ

ส่วนใหญ่มีความเชื่อและเจตคติด้านความเสี่ยงต่อโรคของตนเองและอุปสรรคต่อการรักษาพอประมาณ โดยอยู่ในระดับ 3 ใน 5 ขณะที่รู้สึกถึงความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา และสิ่งนำไปสู่การรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี ประมาณระดับ 4 ใน 5 เมื่อผู้ที่ทราบผลว่าผิดปกติย่อมจะมีอาการกังวลและสับสนเกี่ยวกับการเป็นโรคและการรักษา ส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรง เชื่อว่าการรักษาได้ประโยชน์ และมีประสิทธิภาพดี และสิ่งที่ทำให้ผู้ตอบไปสู่อำนาจที่ดี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีส่วนเป็นหลักในการติดตามให้ไปรักษา และครอบครัวก็สนับสนุนให้รักษา

6.4 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากตารางที่ 6-4 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับการตรวจคัดกรองในปี 2549 หรือ 2551 แต่ในภาคใต้มีการตรวจน้อยกว่าภาคอื่นในปี 2549 ซึ่งเป็นปีแรกของโครงการ ยังมีผู้ให้ข้อมูลอีกจำนวนหนึ่งได้ตรวจในปี 2552 หรือก่อนปี 2549 ซึ่งที่จริงไม่ควรนำมารวมด้วย แต่เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการตรวจยืนยันหรือรักษาในช่วงปี พ.ศ. 2549 ถึงปี พ.ศ. 2552 ซึ่งเป็นช่วงที่โครงการกำลังดำเนินงานจึงนำมารวมไว้ด้วย

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับผลตรวจในระยะเวลามากกว่า 4 สัปดาห์ รองลงมาได้ผลตรวจภายใน 2 และ 1 สัปดาห์ตามลำดับ โดยจะได้รับในรูปของจดหมาย รองลงไปได้แก่การกลับไปสถานที่ตรวจหรือผ่าน อสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกรณีในพื้นที่ชุมชนชนบท ซึ่งสถานื่อนามัยมีความใกล้ชิดกับชุมชน

ทั้งหมดทราบว่าผลการตรวจผิดปกติ แต่ผลในข้อนี้ไม่สามารถนำไปสรุปได้ เพราะในการคัดเลือกผู้เข้าการศึกษาใช้วิธีค้นหาจากฐานข้อมูลของ สปสช. ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ แต่จากที่แสดงข้างต้นว่ามีจำนวนหนึ่งที่ผลการตรวจที่แจ้งไปที่ สปสช. เป็นผลผิดปกติ แต่เมื่อถามจากผู้ให้ข้อมูลและถามยืนยันจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ผลการตรวจคัดกรองเป็นปกติ ซึ่งคนเหล่านี้ไม่ได้ถูกนำมาคำนวณในขั้นสุดท้ายนี้ เนื่องจากวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ต้องการความเห็นจากผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเท่านั้น

ตารางที่ 6-4 ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ร้อยละ	ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95	p-value
ตรวจคัดกรองครั้งล่าสุด	186			0.026*
2549	56	35.1	26.8 – 43.4	
2550	46	22.8	15.7 – 30.0	
2551	58	28.3	20.8 – 35.9	
อื่นๆ (ก่อนหรือในปี 2552)	26	13.8	7.9 – 19.7	
ภาคเหนือ	68			0.548**

ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
2549	23	35.0	23.1 – 46.9	
2550	16	23.1	12.8 – 33.3	
2551	25	36.5	24.7 – 48.3	
อื่นๆ (ก่อนหรือในปี 2552)	4	5.4	0.2 – 10.7	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42			0.255**
2549	14	32.8	27.3 – 44.5	
2550	9	21.8	14.8 – 29.5	
2551	11	28.9	20.1 – 35.7	
อื่นๆ (ก่อนหรือในปี 2552)	8	16.5	8.0 – 20.2	
ภาคกลาง	30			อ้างอิง
2549	14	48.5	29.4 – 67.3	
2550	6	20.0	4.9 – 35.1	
2551	6	17.3	4.2 – 30.7	
อื่นๆ (ก่อนหรือในปี 2552)	4	14.2	0.6 – 27.8	
ภาคใต้	46			0.007**
2549	5	10.9	1.7 – 20.1	
2550	15	32.7	19.6 – 45.9	
2551	16	34.9	21.0 – 48.7	
อื่นๆ (ก่อนหรือในปี 2552)	10	21.5	9.7 – 33.3	
ระยะเวลาารผลการตรวจ	186			<0.001*
ไม่ได้รับ	3	1.9	0.0 – 4.1	
ทราบทันที	22	5.6	3.5 – 7.7	
1 สัปดาห์	27	14.8	8.9 – 20.8	
2 สัปดาห์	37	24.5	16.4 – 32.6	
3 สัปดาห์	14	6.2	2.7 – 9.7	

ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
4 สัปดาห์ขึ้นไป	81	46.5	38.0 – 54.9	
กำลังรอผล	2	0.5	0.0 – 1.1	
หากไม่ได้แจ้งผลทันที มีวิธีแจ้งผลการตรวจ	163			<0.001*
จดหมาย	98	61.6	53.4 – 70.0	
โทรศัพท์	12	8.4	4.0 – 12.8	
อีเมล	1	0.3	0.2 – 0.7	
อสม.	24	13.8	7.7 – 19.9	
กลับไปที่ตรวจ	28	15.9	9.4 – 22.4	
ภาคเหนือ	68			
จดหมาย	42	62.1	50.22 74.04	
โทรศัพท์	2	2.7	0.0 – 6.5	
อีเมล	0	0	–	
อสม.	7	10.8	2.9 – 18.6	
กลับไปที่ตรวจ	17	24.4	14.0 – 34.8	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42			
จดหมาย	33	76.5	62.4 – 90.6	
โทรศัพท์	0	0	–	
อีเมล	0	0	–	
อสม.	5	12.7	1.7 – 23.7	
กลับไปที่ตรวจ	4	10.8	0.3 – 21.4	
ภาคกลาง	30			
จดหมาย	11	42.2	23.0 – 61.3	
โทรศัพท์	9	26.2	10.6 – 41.8	
อีเมล	0	0	–	

ข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
อสม.	5	14.6	2.3 – 26.8	
กลับไปที่ตรวจ	5	17.0	2.7 – 31.5	
ภาคใต้	23			
จดหมาย	12	53.5	32.7 – 74.2	
โทรศัพท์	1	4.1	0.0 – 12.1	
อีเมล	1	4.1	0.0 – 12.1	
อสม.	7	30.1	11.1 – 49.2	
กลับไปที่ตรวจ	2	8.2	0.0 – 19.3	
ผลการตรวจคัดกรอง	186			
ผิดปกติ	186	100.0	–	
ปกติ	0	0	–	
ไม่ทราบ	0	0	–	

* chi-square p-value, ** regression p-value, NS = not significant

6.5 ผลสำรวจขั้นตอนการตรวจยืนยันและรักษาต่อ

ตารางที่ 6-5 แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติส่วนใหญ่ไปรับการวินิจฉัยหรือรักษาต่อ คิดเป็นร้อยละ 98.7 รายที่ไม่ได้ไปรักษาต่อเนื่องจากตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอและได้จี้เยินแล้วไม่ได้นัดรักษาต่อ มี 1 ราย ที่ตรวจพบด้วยวิธีแปปสเมียร์ตอบว่ารักษากับหมอบ้าน สถานพยาบาลที่ไปตรวจ หรือรักษาต่อส่วนใหญ่ที่โรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด และมีบางรายไปรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกในการเดินทางและความรู้จักคุ้นเคยกับโรงพยาบาลนั้นๆ (ถ้ามะระหว่างการสัมภาษณ์ไม่มีในแบบสอบถาม) ในส่วนนี้แม้จะมีความแตกต่างกันระหว่างภาค แต่น่าจะเป็นเพราะจังหวัดที่สุ่มได้บางจังหวัดมีหรืออยู่ใกล้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของจังหวัดอื่นๆ ที่อยู่ไกลกว่า จึงไม่ได้จำแนกความแตกต่างรายภาคในตาราง

ผู้ที่ตรวจคัดกรองด้วยวีไอเอและผลออกมาผิดปกติมีทั้งหมด 7 ราย พบว่ามี 4 รายได้รับการจี้เยิน และอีก 2 รายได้รับการตรวจชิ้นเนื้อ โดยรวมแล้วผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติจะได้รับการส่งกล้องตรวจซ้ำ ตัดชิ้นเนื้อหรือผ่าตัด สำหรับผู้ที่บอกว่าผ่าตัดนั้น ส่วนน้อยเป็นการผ่าตัดรักษา ส่วนใหญ่เป็นการตัดชิ้นเนื้อตรวจนำสนใจที่บางราย (ร้อยละ 5.2) ไม่ได้ตรวจทางชิ้นเนื้อต่อ บอกว่าได้รับยาเพียงอย่างเดียว ส่วนใหญ่ได้รับการนัดซ้ำอีก 6 หรือ 3 เดือน แต่มีถึงร้อยละ 21 ไม่ได้รับการนัดอีก ร้อยละ 98.7 ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

ตารางที่ 6-5 การตรวจยืนยันและรักษาต่อ

การตรวจ/รักษาต่อ	ผู้ให้ข้อมูล (คน)	ร้อยละ	ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value
การตรวจหรือรักษาต่อ	186			NS**
ตรวจ/รักษาต่อ	183	98.7	97.0 – 100.0	
ไม่ได้ตรวจ/รักษาต่อ	3	1.3	0.0 – 2.9	
สถานที่ตรวจหรือรักษาต่อ	184			<0.001*
โรงพยาบาลอำเภอ	57	18.3	14.0 – 22.6	
โรงพยาบาลจังหวัด	114	77.4	72.9 – 82.0	
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย	13	4.3	1.9 – 6.7	
การตรวจวินิจฉัยหรือรักษา	184			<0.001*
กินยา	9	4.2	1.2 – 7.2	
ตัดชิ้นเนื้อตรวจ	63	35.4	27.2 – 43.6	
จีเอ็น	18	4.3	2.7 – 5.8	
ตรวจภายในหรือส่องกล้อง	37	18.8	12.5 – 25.2	
ผ่าตัด	53	33.3	24.7 – 41.9	
ฉายแสง/เคมีบำบัด	4	4.0	0.0 – 8.2	
คำแนะนำที่ได้รับหลังการตรวจ/รักษา	183			<0.001*
นัด 15 วันครั้ง	17	5.6	2.8 – 8.5	
นัด 1 เดือนครั้ง	9	5.2	1.0 – 9.4	
นัด 2 เดือนครั้ง	3	1.2	0.0 – 2.1	
นัด 3 เดือนครั้ง	36	23.3	15.7 – 30.8	
นัด 4 เดือนครั้ง	2	1.3	0.0 – 3.0	
นัด 6 เดือนครั้ง	69	38.5	30.0 – 46.9	
รอฟังผลตรวจที่สถานที่ตรวจ	4	1.7	0.0 – 3.5	
ไม่ต้องนัด	34	21.1	14.1 – 28.2	
นัดปีละครั้ง	9	2.1	0.9 – 3.4	
ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ	184			NS**
ปฏิบัติตามคำแนะนำ	181	98.7	97.1 – 100.0	
ไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ	3	1.3	0.0 – 3.0	

* chi-square p-value, ** regression p-value, NS = not significant

6.6 ความคิดเห็นต่อระบบบริการเกี่ยวกับการดูแลหลังการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติและได้ไปตรวจรักษาในสถานพยาบาลรู้สึกว่ามีจำนวนแพทย์และเครื่องมือมีความเพียงพอ และความพอใจในการให้บริการอยู่ในเกณฑ์ดีมาก และภาคเหนือรู้สึกว่ามีปัญหาน้อยที่สุด รองลงมาได้แก่ภาคใต้ ดังตารางที่ 6-6 ปัญหาที่เกิดในการตรวจรักษาคือ รอคิวนานในการตรวจหรือรักษา และอยากให้แพทย์ที่ตรวจเป็นผู้หญิง เนื่องจากอายุที่จะตรวจกับแพทย์ที่เป็นชาย

ตารางที่ 6-6 ความคิดเห็นต่อระบบบริการเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ความคิดเห็นต่อระบบบริการ	จำนวน	ร้อยละ	ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95	p-value*
ความเพียงพอของแพทย์	184			0.372
เพียงพอ	179	96.6	93.2 – 100.0	
ความเพียงพอของเครื่องมือ	184			0.333
เพียงพอ	181	99.2	98.3 – 100.0	
ปัญหาหรืออุปสรรค	184			0.006
ทั้งหมด (ไม่มีอุปสรรค)	171/184	90.2	84.7 – 95.7	
ภาคเหนือ (ไม่มี)	67/68	98.6	96.0 – 100.0	0.020**
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(ไม่มี)	38/42	89.2	78.6 – 99.7	0.417**
ภาคกลาง (ไม่มี)	23/29	82.0	68.4 – 95.6	0.000
ภาคใต้ (ไม่มี)	43/45	95.3	88.9 – 100.0	0.085**

* chi-square p-value, ** regression p-value

6.7 ศักยภาพของสถานบริการในด้านการส่งต่อและติดตามการรักษา

ตารางที่ 6-7 สถานบริการส่วนใหญ่ที่สำรวจเป็นสถานีอนามัย ยกเว้น 1 แห่งที่เป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีบุคลากรเฉลี่ย 4.6 คน อยู่ใกล้โรงพยาบาลไม่เกิน 20 กิโลเมตร โดยเฉลี่ยประมาณ 7.1 กิโลเมตร ภาคกลางมีระยะเฉลี่ยใกล้มากที่สุด ส่วนภาคใต้มีระยะเฉลี่ยห่างมากที่สุด สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผู้รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะบุคลากรที่ได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปป smear เฉลี่ย 1.4 คนต่อแห่ง แต่มีไม่กี่แห่งที่ได้รับการอบรมการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ บุคลากรรู้สึกว่าการมีประโยชน์มาก โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้ว่าจะมีปัญหาและอุปสรรคพอสมควรก็ตาม โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ บุคลากรรู้สึกว่ามีปัญหาและอุปสรรคมากที่สุด และต้องใช้ความพยายามในการแก้ปัญหามากกว่าภาคอื่นๆ ด้วยเช่นกัน บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มั่นใจในการแปลผลการตรวจคัดกรองที่ได้รับกลับมา เมื่อได้รับผลการตรวจผิดปกติก็ส่งต่อไปโรงพยาบาล

ตารางที่ 6-8 สถานบริการประมาณร้อยละ 53 ได้รับคำตอบแทนในการคัดกรอง และบุคลากรส่วนใหญ่ที่ได้รับคำตอบแทนในการทำงานมีความพอใจ ร้อยละ 59 มีคู่มือในการแปลผลด้วยวิธีแปลสเมียร์ แต่เฉพาะบางแห่งที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอถึงจะมีคู่มือในการแปลผล ทุกแห่งมีระบบเก็บเอกสารข้อมูลผู้มีผลการตรวจผิดปกติ ร้อยละ 73.6 มีระบบที่สามารถแยกผู้ที่เป็นมะเร็งออกจากผู้ที่เป็นระยะก่อนเป็นมะเร็งได้

เกือบทั้งหมดมีระบบเก็บเอกสารในการติดตามผู้ที่มีผลผิดปกติ และร้อยละ 91 มีระบบเก็บเอกสารการส่งตัวไปตรวจยืนยันหรือรักษาต่อ โดยทำได้ดีในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 91 มีระบบเอกสารการติดตามการรักษา โดยที่ภาคเหนือและภาคใต้มีระบบติดตามการรักษาเฉพาะโรคมะเร็ง (ทุกชนิด) ในสัดส่วนมากกว่าภาคอื่น

ตารางที่ 6-7 ศักยภาพของสถานบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากจำนวนสถานบริการ 90 แห่ง

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value**
จำนวนบุคลากร (คน)	4.6	3.7 – 5.6	NS
ระยะห่างจากโรงพยาบาล (กม.)	7.1	5.0 – 6.9	
ภาคเหนือ	5.6	3.8 – 7.3	0.078
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7.1	5.0 – 9.3	0.006
ภาคกลาง	3.7	2.8 – 4.7	อ้างอิง
ภาคใต้	10.2	7.6 – 12.8	<0.001
บุคลากรที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรอง	98.1	95.1 – 100.0	0.457*
ความสามารถและแรงจูงใจ			
จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมวิธีแปลสเมียร์	1.4	1.2 – 1.6	NS
จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมวิธีวีไอเอ	0.3	0.2 – 0.5	NS
รู้สึกว่ามีประโยชน์	4.7	4.6 – 4.8	
ภาคเหนือ	4.6	4.4 – 4.9	0.572
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4.8	4.7 – 5.0	0.034
ภาคกลาง	4.5	4.3 – 4.8	อ้างอิง
ภาคใต้	4.7	4.5 – 4.9	0.359
มีปัญหาและอุปสรรค	3.5	3.3 – 3.7	
ภาคเหนือ	3.2	2.8 – 3.5	0.630
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	3.9	3.6 – 4.2	0.027

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value**
ภาคกลาง	3.3	2.9 – 3.7	อ้างอิง
ภาคใต้	3.7	3.4 – 4.0	0.153
ต้องใช้ความพยายามในการแก้ปัญหา	3.9	3.7 – 4.0	
ภาคเหนือ	3.8	3.5 – 4.0	0.572
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4.2	4.0 – 4.4	0.008
ภาคกลาง	3.7	3.3 – 4.0	อ้างอิง
ภาคใต้	3.7	3.4 – 4.0	0.717
มีความมั่นใจในการแปลผล	0.8	0.5 – 1.1	NS

* chi-square p-value, ** regression p-value, NS = not significant

ตารางที่ 6-8 ศักยภาพของสถานบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากจำนวนสถานบริการ 90 แห่ง

ข้อมูล	จำนวน (90 แห่ง)	ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value**
ความสามารถและแรงจูงใจ				
บุคลากรได้รับค่าตอบแทนในการคัดกรอง	48	52.9	40.7 – 65.1	NS
บุคลากรพอใจในค่าตอบแทน (จากจำนวน 48 คน)	36	73.8	60.2 – 87.3	NS
การแปลผลการตรวจคัดกรอง				
มีคู่มือการแปลผลวิธีแปปสเมียร์	54	59.4	47.4 – 71.3	NS
มีคู่มือการแปลผลวิธีไอเอ (เฉพาะสถานพยาบาลที่ตรวจไอเอ)	18	18.3	9.4 – 27.2	NS
ระบบเก็บข้อมูลผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ				
มีระบบเก็บข้อมูลผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ โดยเฉพาะ	90	100.0	–	
มีระบบเก็บข้อมูลแยกผู้ที่เป็นมะเร็งและก่อนที่จะเป็น มะเร็งได้	67	73.6	62.4 – 85.0	NS
ระบบการติดตามผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ				
มีระบบ (เอกสาร) การติดตามผู้ที่มีผลการตรวจ	87	97.7	94.5 – 100.0	NS

ข้อมูล	จำนวน (90 แห่ง)	ร้อยละ	ช่วงความ เชื่อมั่น ร้อยละ 95	p-value**
ผิดปกติ				
มีระบบ (เอกสาร) การส่งตัวไปรักษาต่อ	82	91.4	84.6 – 98.3	
ภาคเหนือ	28/29	95.1	85.6 – 100.0	0.262
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	21/21	100	–	<0.001
ภาคกลาง	15/18	82.7	63.5 – 100.0	อ้างอิง
ภาคใต้	17/21	82.4	66.3 – 98.5	0.980
มีระบบ (เอกสาร) การติดตามผลการรักษา				
รวมทุกโรค	70	91.4	79.7 – 92.1	
เฉพาะโรคมะเร็ง	15	3.5	4.8 – 13.5	
ภาคเหนือ				0.005
รวมทุกโรค	18/29	64.8	46.5 – 83.1	
เฉพาะโรคมะเร็ง	9/29	27.7	10.9 – 44.6	
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ				0.034
รวมทุกโรค	20/21	96.1	88.4 – 100.0	
เฉพาะโรคมะเร็ง	0/21	0.0	–	
ภาคกลาง				อ้างอิง
รวมทุกโรค	17/18	95.5	86.6 – 100.0	
เฉพาะโรคมะเร็ง	0/18	0.0	–	
ภาคใต้				0.056
รวมทุกโรค	15/22	69.1	49.5 – 88.8	
เฉพาะโรคมะเร็ง	6/22	26.5	7.8 – 45.1	

** regression p-value, NS = not significant

ตอนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ การสนทนากลุ่ม (focus group discussion)

6.8 กลุ่มหญิงมุสลิม

ชุมชนมุสลิมตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร จังหวัดนครศรีธรรมราช

1. สภาพพื้นที่และประชากร

ชุมชนมุสลิมตำบลเกาะเพชร อำเภอหัวไทร เป็นชุมชนชายทะเล ทางฝั่งตะวันออกของถนนขนานกับชายทะเล ชาวบ้านมีอาชีพประมงและรับจ้าง ชาวบ้านเหล่านี้อพยพมาจากทางตอนใต้ ตั้งแต่ระโนดถึงปัตตานีหลายสิบปีแล้ว ทุกคนพูดภาษาไทยภาคใต้ ความเชื่อและวัฒนธรรมต่างไปจากประชาชนในสามจังหวัดชายแดนใต้ แต่บางคนก็ดูมีหน้าตาคล้ายไปทางคนเชื้อสายมาเลย์อยู่บ้าง ซึ่งจะต่างจากมุสลิมที่อยู่ในพื้นที่ทำสวนยางไกลจากทะเล เดิมมีที่ดินทางฝั่งตะวันตกของถนนไว้ทำนาปลูกข้าว และอื่นๆ ต่อมาเมื่อการเลี้ยงกุ้งกำลังตื่นตัว ชาวบ้านได้ขายที่ดินให้กับนายทุนเพื่อทำนากุ้ง หลังจากนั้นชาวบ้านจึงทำแต่อาชีพประมง ซึ่งรายได้ไม่แน่นอนและไม่พอใช้ เมื่อเงินหมดลง จึงต้องรับจ้างจับกุ้ง ทั้งในพื้นที่และต่างจังหวัด ตั้งแต่จังหวัดกระบี่ สุราษฎร์ธานี จนถึงอำเภอระโนด จังหวัดสงขลา โดยฝ่ายชายทำหน้าที่ลงจับกุ้งในนากุ้ง ฝ่ายหญิงทำหน้าที่คัดขนาดกุ้งบรรจุในตู้ คอนเทนเนอร์ ซึ่งใช้แรงงานน้อยกว่า จึงมีรายได้ต่ำกว่าชาย โดยในแต่ละครั้งมีรถบรรทุกมารับไปเป็นหมื่นคัน หากไปต่างพื้นที่ไกลๆ ก็จะไปครั้งละหลายวัน และไม่สามารถกำหนดได้แน่นอนว่าเมื่อไหร่จะมีงาน สภาพการทำงานเช่นนี้ทำให้การนัดหญิงกลุ่มเป้าหมายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำได้ยาก เพราะชาวบ้านอาจอยู่หรือไม่อยู่ในช่วงที่นัดก็ได้ หลายครั้งต้องนัดซ้ำอีกหลายครั้ง และการไปทำงานในสถานที่ที่ไม่มีห้องน้ำเป็นสัดส่วน ทำให้หญิงที่ทำงานเช่นนี้มีปัญหาเรื่องการรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ มีปัญหาเรื่องการติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศบ่อย

การปลูกบ้านสร้างคอกข้างชิดกัน แต่เว้นช่องทางลมระหว่างบ้าน ทำให้มีลมพัดผ่านได้ ชายหาดบางส่วนใช้เป็นที่พักเรือ มีทางและรอกเพื่อลากเรือขึ้นบนหาดได้ เรือประมงเป็นเรือขนาดเล็ก สำหรับทำประมงชายฝั่ง สภาพบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียว ส่วนใหญ่มีได้สูงประมาณ 1 เมตร ปลูกสร้างบนทรายชายหาด ส่วนใหญ่ปลูกบ้านใกล้เคียงกันเป็นชุมชน มีไฟฟ้าใช้ แต่ไม่มีระบบประปา ในช่วงเวลาที่เข้าพื้นที่ ชาวบ้านส่วนหนึ่งไปทำงานจับกุ้ง เหลือผู้ที่อยู่เฝ้าบ้านจำนวนหนึ่ง เป็นผู้สูงอายุ เด็ก และผู้หญิงที่ไม่สามารถไปทำงานได้ งานที่ทำในช่วงนี้จึงเกี่ยวข้องกับการประมงชายฝั่ง ปลาที่จับได้เป็นปลาน้ำจืดกลางถึงเล็ก ขายสดบ้าง ทำปลาตากแห้งบ้าง หรือทำกะปิปลาบ้าง ซึ่งงานเหล่านี้เป็นงานของฝ่ายหญิง ในหมู่บ้านจึงมีกลิ่นคาวปลาอยู่เป็นบางแห่ง และนอกจากนี้ยังมีกิจกรรมอื่นๆ เกี่ยวกับการประมง เช่น การซ่อมเรือและอวนจับปลา ซึ่งเป็นงานของฝ่ายชาย

แต่ละกลุ่มบ้านมีมัสยิดประจำกลุ่มบ้าน เป็นที่รวมของคนในกลุ่มบ้านนั้น จากคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ผู้นำศาสนาสนับสนุนให้ผู้หญิงตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรักษาความสะอาด ประชาชนมีความเคร่งครัดในศาสนา แต่เนื่องจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องของผู้หญิง ผู้นำศาสนาจึงไม่ได้มีอิทธิพลมากนักในการสื่อสาร และเนื่องจากในการละหมาดประจำวัน หรือละหมาดวันศุกร์ ผู้หญิงมักจะละหมาดอยู่ที่บ้าน ไม่ได้ไปรวมที่มัสยิด การสื่อสารในเรื่องนี้จึงทำผ่าน อสม. และผู้นำชุมชนที่เป็นผู้หญิง เนื่องจากบ้านอยู่ใกล้กันจึงมีการสนทนาแลกเปลี่ยนข้อมูลกันได้ง่าย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ อสม. จึงเข้าถึงได้ง่าย

อำเภอหัวไทรไม่มีแหล่งบันเทิง มีร้านค้าอาโอะเกะ 1 แห่งในเมือง ร้านอาหารที่ขายกลางคืนมีน้อยแห่ง

กลางคืนหลังสามทุ่มจะเจียบทั้งเมือง แต่ตอนเช้ามีร้านน้ำชาขนาดเล็กข้างทางจำนวนมาก เป็นที่ที่ชาวบ้านมาพบปะพูดคุยกัน อำเภอหัวไทรจึงเป็นเมืองที่ค่อนข้างสงบ

2. การสนทนากับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหัวไทรและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกาะเพชร

ในการพูดคุยเบื้องต้นกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหัวไทรและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกาะเพชรที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ได้ทราบว่าหญิงไทยมุสลิมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าหญิงไทยพุทธ โดยในช่วงเริ่มต้นของการตรวจคัดกรองมีตรวจประมาณร้อยละ 10 เท่านั้น แต่ระยะหลังดีขึ้นตามลำดับ และผู้ที่ผลการตรวจผิดปกติทั้งหมดจะไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นประเด็นของการไปตรวจรักษาต่อจึงไม่ใช่ปัญหา แต่ปัญหาอยู่ที่การตรวจคัดกรองน้อยตั้งแต่แรก หากสามารถทำให้การตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นได้ การตรวจรักษาที่จะตามมาภายหลังก็จะดีขึ้นไปด้วย

ในการแก้ปัญหาดังกล่าว เจ้าหน้าที่ได้ใช้วิธีการต่างๆ เช่น แจกผ้าถุง แจกหางบัตรชิงโชค เพื่อล่อใจให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจ แต่ปัญหาอยู่ที่หญิงที่ไปทำงานนอกพื้นที่ในวันนัดตรวจ ซึ่งเจ้าหน้าที่ก็พยายามนัดหลายครั้ง จัดรถรับส่ง ให้เจ้าหน้าที่ อสม. ติดตามถึงบ้านบ้าง และวิธีการอื่นๆ เพื่อให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจได้มากขึ้น แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่ยังไม่มาตรวจ เนื่องจากเหตุผลต่างๆ ซึ่งจะได้กล่าวในหัวข้อการสนทนากับหญิงกลุ่มเป้าหมาย พบว่าหญิงมุสลิมมาตรวจมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งน่าจะมากกว่าร้อยละ 30 แล้ว และน่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ปัญหาที่พบในด้านตัวหญิงกลุ่มเป้าหมายคือ ส่วนใหญ่ต้องปรึกษาให้สามีเห็นด้วยก่อนจึงจะมาตรวจ บางครั้งสามีไม่เข้าใจถึงความรุนแรงของโรค เมื่อเจ้าหน้าที่ลงตรวจในพื้นที่จึงถูกต่อต้าน และกลุ่มเป้าหมายมักกลัวว่าตรวจแล้วอาจพบว่าผิดปกติ และหากรู้ว่าเป็นโรคจะทำให้ไม่สบายใจ จึงอยากอยู่สบายๆ ซึ่งก็อาจเหมือนกัน บางคนมาถึงสถานีอนามัยแล้วกลับไม่ยอมขึ้นเตียงตรวจ กลุ่มเป้าหมายกลัวว่าตรวจแล้วจะพบความผิดปกติ กลุ่มเป้าหมายบางคนก็อาจไม่กล้ามาตรวจ กลุ่มเป้าหมายวัยแรงงานประกอบอาชีพไม่มีเวลามาตรวจ และบางคนยังมีค่านิยมเดิมๆ เห็นคนแก่ไม่เคยตรวจคัดกรองแต่ก็ยังอยู่ได้นานโดยไม่เป็นโรค แต่หากมีการชักจูงอย่างจริงจังจากญาติหรือเพื่อนบ้าน หญิงกลุ่มเป้าหมายก็จะมาตรวจมากขึ้น

เจ้าหน้าที่ได้พยายามแก้ปัญหาโดยให้อาสาสมัครชุมชนณรงค์และให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคและวิธีการรักษามะเร็งปากมดลูก เพิ่มความรู้ให้กับสามีของกลุ่มเป้าหมาย ให้ อสม. ตามไปตรวจหลายๆ ครั้ง ส่งหนังสือเชิญหลายๆ ครั้ง บางคนบอกว่ารำคาญก็เลยมาตรวจให้หายรำคาญ เจ้าหน้าที่ลงหมู่บ้านไปตรวจให้ในพื้นที่ ถ้ากลุ่มเป้าหมายได้เห็นผู้ที่ตรวจแล้วผลผิดปกติ แล้วรักษาหายเป็นตัวอย่าง ก็จะทำให้มาตรวจมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายที่มีอายุมากจะมาตรวจน้อยกว่ากลุ่มเป้าหมายรุ่นใหม่ อนาคตมีแนวโน้มว่าจะมีคนมาตรวจมากขึ้น

ปัญหาในการจัดการเรื่องการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ที่พบคือ ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งส่งผลช้ากว่าที่ควร คือนานถึง 3 เดือนจึงได้ผล ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ทราบว่าคุณที่ได้รับการตรวจมีผลผิดปกติหรือไม่ ซึ่งเจ้าหน้าที่ก็ไม่ทราบเหตุผลว่าเหตุใดจึงอ่านผลได้ช้า และผลที่อ่านก็ไม่มีความน่าเชื่อถือว่าจะให้ทำอะไรต่อ ส่วนการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเออนั้น เนื่องจากมีกรณีผู้ที่ได้รับการตรวจด้วยวีไอเออบางรายตรวจพบว่าผลผิดปกติ แต่ตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ได้ผลเซลล์ปกติ ซึ่งมีความไม่สอดคล้องกัน นอกจากนี้การ

ตรวจวิธีไอโอจะเวียนมาตรวจในพื้นที่ 5 ปีต่อครั้ง ทำให้ต้องทำแปป smear ด้วยทุกครั้งเพราะกลัวจะตรวจผิดพลาด และในกรณีที่มีอัตราตรวจน้อยจำเป็นต้องทำแปป smear เพราะสามารถเข้าไปตรวจในพื้นที่หรือเรียกกลุ่มเป้าหมายมาตรวจได้บ่อยๆ ตามความสะดวกของกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้หญิงมุสลิมนิยมใช้น้ำยาล้างช่องคลอด ส่วนหนึ่งเกิดจากไปทำงานคัดขนาดกุง ไม่มีส้วมที่สะอาด จึงจำเป็นต้องล้างช่องคลอด และมีความเชื่อทางศาสนาที่จะต้องล้างอวัยวะให้สะอาด ซึ่งการล้างมากเกินไปทำให้สมดุลของช่องคลอดเสียไป จึงมีการติดเชื้อในช่องคลอดบ่อย และรบกวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ตรวจได้ยากขึ้นอีกด้วย

ในส่วนของหญิงที่ยินดีหรือยินยอมมาตรวจคัดกรองแล้ว เมื่อเจ้าหน้าที่ติดตามเพื่อให้ไปรักษาต่อ เจ้าหน้าที่พบว่าทั้งหมดไปรักษาต่อตามคำแนะนำ บางครั้งถ้าไม่สะดวก เจ้าหน้าที่ยังจัดรถหรือบริการการเดินทางไปตรวจยังโรงพยาบาลในเมืองให้ด้วย โดยให้ไปพร้อมกับเจ้าหน้าที่ที่ต้องไปประชุมในเมืองอยู่แล้ว อาจมีบางคนที่ขาดการติดต่อเนื่องจากออกจากพื้นที่ไปบ้าง แต่ก็มีปัญหานี้เพียงเล็กน้อย แต่เมื่อไปพบแพทย์แล้วแพทย์บอกว่าปกติ กลุ่มเป้าหมายก็คิดว่าตัวเองปกติแล้ว ทำให้ไม่ไปตรวจหรือรักษาอีก ซึ่งเป็นความเข้าใจผิดระหว่างแพทย์กับหญิงกลุ่มเป้าหมาย โดยที่แพทย์ไม่ได้อธิบายให้ชัดเจนว่าพยาธิสภาพยังไม่ถึงขั้นเป็นมะเร็ง แต่ก็ต้องตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหัวไทรและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเกาะเพชรให้ความเห็นว่า ปัญหาในกลุ่มประชากรหญิงมุสลิมที่ตำบลเกาะเพชร เกิดจากการล่มสลายของสังคมเนื่องจากการขายที่นาให้นายทุนทำนาถุ้ง ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจตามมามากมาย โดยไม่ได้เกิดจากข้อห้ามหรือความรังเกียจทางศาสนาต่อการตรวจคัดกรองหรือรักษาโรค เจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองควรเป็นผู้หญิง จะนับถือศาสนาอะไรก็ไม่ส่งผลต่อความรู้สึกหรือทัศนคติของหญิงกลุ่มเป้าหมาย แต่การสื่อสารผ่านผู้นำศาสนาอาจเป็นเรื่องยาก เนื่องจากเป็นเรื่องของสตรีเพศ จึงเป็นเรื่องลำบากที่ผู้นำศาสนาซึ่งเป็นชายจะพูดเรื่องเกี่ยวกับเพศกับหญิง เจ้าหน้าที่อาสาสมัคร อสม. และผู้นำสตรีในพื้นที่จะทำงานนี้ได้ดีกว่า

3. การสนทนากับหญิงกลุ่มเป้าหมาย

สนทนากลุ่มในวันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2553 โดยดำเนินการตามประเด็นที่ตั้งไว้ในหัวข้อวิธีการศึกษา โดยมีประเด็นดังนี้ ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ปัจจัยที่ทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจคัดกรองน้อย และวิธีการที่จะทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล

การสนทนาจัดที่อาคารเอนกประสงค์ข้างสถานีอนามัยเกาะเพชร เป็นที่โล่งโปร่ง แต่ไม่มีคนรบกวน ผู้ร่วมสนทนาเป็นหญิงกลุ่มเป้าหมาย 6 คน 3 คนเคยตรวจแล้วผลผิดปกติ อีก 3 คนไม่เคยตรวจคัดกรอง ในกลุ่มนี้มี อสม. ร่วมสนทนาด้วยอีก 3 คน หลังจากเริ่มการแนะนำตัวผู้วิจัยและคณะ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแล้ว ใช้เวลาในการทำความรู้จักและทำความคุ้นเคยประมาณ 10 นาที จากนั้นจึงเริ่มถามประเด็นต่างๆ ตามบริบทของการสนทนา ไม่ได้เรียงตามประเด็นที่ตั้งไว้ทั้งหมด และมีการพูดคุยเรื่องอื่นๆ บ้างเพื่อให้อารมณ์ผ่อนคลาย ส่วนใหญ่พูดสำเนียงใต้ แต่ผู้วิจัยฟังออกอยู่แล้วจึงไม่ต้องอาศัยล่ามแปล เมื่อสนทนาไปสักพักหนึ่ง กลุ่มมีความผ่อนคลาย และสนุกสนานกับการสนทนา

ในด้านปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก เช่น การมีลูกมาก มีลูกตั้งแต่อายุยังน้อย มีรายหนึ่งพูดว่าแม่มีลูกหลายคนไม่เห็นเป็นมะเร็ง คนอื่นตอบว่าโอกาสเสี่ยงไม่ได้หมายความว่าคนที่มียูกหลายคนต้องเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกคน เพียงแต่ความเสี่ยงที่จะเป็นมีมากกว่าคนทั่วไป แต่ในการสนทนาไม่ได้ลงถึงเรื่องการติดเชื้อ HPV เนื่องจากเสี่ยงต่อความขัดแย้งระหว่างสามีภรรยา

เกี่ยวกับความรู้สึกถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูก บางคนยังมีความกลัวที่จะรู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็งหรือไม่ ทำใจยอมรับไม่ได้ โดยกล่าวว่า “ถึงรู้ว่า เป็นมะเร็งก็ตาย ไม่รู้ก็ตาย ปล่อยให้ตายไป (โดยไม่รู้) ดีกว่า” คือว่ามะเร็งรักษาไม่หายอยู่แล้ว ปล่อยให้ตายดีกว่า นอกจากนี้หลายคนมีความเห็นว่าคุณสมุสลิ้มเชื่อในอัลลอฮ์ โดยคิดว่า “ทุกคนเกิดมาจากพระเจ้า และหากเป็นความประสงค์ของพระเจ้าแล้ว ก็ไม่ควรฝืน กลับไปหาอัลลอฮ์ เหมือนเดิม” ซึ่งเห็นได้ว่าความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อความคิดในการรักษาจากหมอย่อยก่อนข้างมาก

การรักษามีการกินยา ฉายแสงที่ มอ. (โรงพยาบาลสงขลานครินทร์) จากประสบการณ์ที่บางคนเคยรู้จัก คนที่เคยเห็นว่าเป็นมะเร็ง บางคนมีความเชื่อว่าจะถ้าผ่าตัดออก ต่อมาโรคจะลุกลาม ต่อคำถามว่าหากเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกจะรักษาหายหรือไม่ ทั้งหมดคิดว่ารักษาหายได้ แต่ไม่ทราบว่าจะใช้วิธีใดจึงหาย ขึ้นอยู่กับแพทย์จะตัดสินใจ มีคนหนึ่งที่เคยมีประสบการณ์การรักษาบอกว่าแพทย์ส่องกล้องตรวจแล้วตัดชิ้นเนื้อ แพทย์นัดรักษาต่อ ก็จะไปตามนัด เพราะต้องการรักษาให้หาย อีกคนหนึ่งเคยได้รับการจีเอ็นโดยแพทย์แล้ว หมอนัดดูมดลูกอีก แต่ไม่ทราบว่าเป็นอะไร เพราะไม่ได้ถามหมอ

ต่อคำถามว่าคนที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง เจ้าหน้าที่ได้ตามหรือไม่ ตอบว่าตามบ่อย แต่ไม่มีเวลาว่าง ต้องทำงาน ดูแลหลาน ซึ่ก็เลยไปตรวจ ตามเท่าไรก็ไม่ตรวจ ประจำเดือนมาในวันนัด คนอื่นๆ ในหมู่บ้านก็ไปจับกั้งบ้าง ทำใจไม่ได้หากรู้ว่าเป็น ถึงรู้ก็ตาย พระเจ้าให้เป็นโรคก็เป็น ไม่ต้องรู้ ไม่ต้องรักษา กลัวจะรู้ว่าเป็นมะเร็งแล้วคิดมาก กลุ้มใจ ตายเพราะความกลุ้มใจ ไม่ได้ตายจากมะเร็ง หรือการรักษาต้องเสียเงินมาก ไม่มีจ่าย บางคนว่าไม่มีอาการอะไร ไม่ต้องไปตรวจก็ได้ และบางคนยังรู้สึก “บ๊อดสีหมอ” (อายแพทย์) เมื่อถามว่าหากเป็นคนอื่นที่ไม่รู้จักเป็นคนตรวจจะอายหรือไม่ ตอบว่าไม่อาย เพราะหากเป็นคนรู้จักกลัวว่าจะเอาไปพูด (ว่าเป็นหรือไม่เป็นโรค) แต่เจ้าหน้าที่บอกว่าไม่เคยบอกว่าใครเป็นเลย แต่คนอื่นเอาไปพูดเอง ทั้งที่ไม่รู้จักจริง เป็นข่าวลือในหมู่บ้าน เพียงแค่เจ้าหน้าที่ตามไปตรวจต่อที่โรงพยาบาลมหาราชก็ลือกันไปแล้วว่าเป็นมะเร็ง ทั้งๆ ที่ผลตรวจไม่ได้เป็น

เมื่อทุกคนยอมรับว่าหากตรวจพบในระยะแรกจะรักษาหายได้ ต่อคำถามว่าจะทำอย่างไรให้รู้ว่าเป็นในระยะแรก ตอบว่าก็ต้องตรวจตามที่เจ้าหน้าที่นัด ป้องกันไว้ก่อน ก่อนที่จะเป็นมาก คนที่เคยตรวจประจำบอกว่าตรวจแล้วสบายใจ ไม่อายหมอ อยากตรวจกับคนรู้จัก จะได้ถามได้เลยว่าเป็นอะไรหรือไม่ ต่อคำถามที่ว่าวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอะไรบ้าง หลายคนไม่ทราบ แต่บางคนรู้ว่าการตรวจโดยใช้น้ำส้ม ตรวจธรรมดา (วิธีแปปสเมียร์) บางคนไม่รู้ว่าจะตรวจวิธีใด เพราะขึ้นขาหยั่งแล้วไม่เห็นว่ามีอะไรทำอะไรมันบ้าง บางคนที่เคยไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลมหาราชก็มีการตรวจหลายอย่าง ทั้งหัวใจ เจาะเลือด และอื่นๆ และได้รับคำแนะนำต่างๆ คนที่อายเจ้าหน้าที่อนามัยที่รู้จักกันก็อาจไปตรวจที่โรงพยาบาลหรือคลินิก ต่อคำถามว่าสามีมีอิทธิพลอย่างไรบ้าง มีคนบอกว่าสามีส่งเสริมให้ไปตรวจ หากเป็นอะไรจะได้รักษา มีบางคนพูดเล่นว่าสามีไม่ยอมให้ตรวจ จะได้ตายเร็วๆ จะได้หาเมียใหม่ ต่อคำถามว่าศาสนามีข้อห้ามหรือไม่ ตอบตรงกันว่าไม่ห้าม และส่งเสริมให้รักษาสุขภาพไม่ให้เป็นโรคด้วย แต่คนไม่ไปตรวจเอง ตอนสวดขอพรพระเจ้าก็ขอไม่ให้เป็นโรค แต่บางคนก็

ละเลยหรือกลัว พระเจ้ามีประสงค์ให้รักษาโรคให้หาย ไม่ใช่ให้เป็นโรค

ต่อคำถามว่าจะมีวิธีใดบ้างที่จะให้คนที่ยังไม่เคยตรวจได้มาตรวจ ตอบว่าให้ไปตรวจที่หมู่บ้านโดยไม่บอกล่วงหน้า บางคนบอกว่าถ้าบอกล่วงหน้าคนก็จะหนี ไม่อยู่บ้าน แต่การตรวจต้องนัดล่วงหน้า จะได้เตรียมตัวในการตรวจได้ถูกต้อง จึงทำอย่างนี้ไม่ได้ การให้สุขศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ก็มีหลายคนไม่สนใจ หรือไม่เข้าใจ หรือลืม ต่อคำถามว่ามีปัญหาในการตรวจคัดกรองหรือไม่ บางคนบอกว่าได้ผลการตรวจซ้ำ

4. การสนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการ

สนทนากลุ่มในวันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2553 โดยดำเนินการตามประเด็นที่ตั้งไว้ในหัวข้อวิธีการศึกษา โดยมีประเด็นดังนี้ ความรู้/ความเชื่อของหญิงกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ปัจจัยที่ทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจคัดกรองน้อย และวิธีการที่จะทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล

ผู้เข้าร่วมสนทนาประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยอีก 3 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหัวไทร เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลหัวไทร เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 2 คน และ อสม. ตำบลเกาะเพชร 3 คน หลังจากแนะนำตัวซึ่งกันและกัน และผ่านระยะผ่อนคลายแล้ว จึงได้เริ่มสนทนาตามประเด็นข้างต้น

ในประเด็นเรื่องความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง การประกอบอาชีพกับทำให้หญิงมุสลิมไม่สามารถรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศได้ดีเท่าที่ควร น่าจะมีปัญหาเรื่องการติดเชื่อ การอึกเสบของปากมดลูกได้ง่าย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหัวไทรกล่าวว่า หญิงมุสลิมมีความเชื่อเกี่ยวกับการทำความสะอาดอวัยวะเพศ และเชื่อว่าทำความสะอาดอวัยวะเพศได้ดีกว่าคนพุทธ จึงมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกน้อย คนที่ไม่มาตรวจอาจคิดเช่นนั้นก็ได้ ไม่แน่ใจว่าการตรวจภายในจะต้องให้สามีอนุญาตหรือไม่ เพราะจากประสบการณ์ มีบางคนขึ้นเตียงตรวจแล้วแต่ไม่ยอมตรวจ บอกว่าต้องกลับไปถามบังคับก่อน เมื่อถามเรื่องความเสี่ยงจากการติดเชื่อ HPV ในชายนามาสู่หญิง เป็นไปได้ที่จะมีการติดเชื่อเพิ่มขึ้นในชายรุ่นใหม่ แต่คงไม่ค่อยมีปัญหาในคนที่อายุมากแล้ว ต่อคำถามที่ว่าหญิงมุสลิมประเมินว่าตัวเองมีความเสี่ยงน้อย แต่จริงๆ แล้วน่าจะมีความเสี่ยงมากกว่าที่เขาคิดหรือไม่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหัวไทรคิดว่าหญิงมุสลิมประเมินความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกของตนต่ำเกินไป แต่จากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก็ยังพบความผิดปกติอยู่ในระดับที่สูงคือ 3 คน จาก 20 คน จึงคิดว่าความคิดว่ามีความเสี่ยงต่ำทำให้ชะล่าใจไม่มาตรวจคัดกรอง

เกี่ยวกับอันตรายของมะเร็งปากมดลูก ชาวบ้านรู้ว่าถ้าเป็นมะเร็งแล้วตาย ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงนำไปสู่ความคิดที่ว่าไม่ตรวจดีกว่า เพราะถ้ารู้ว่าเป็นแล้วก็ต้องตาย ไม่รู้เสียดีกว่า จึงไม่ยอมตรวจคัดกรอง เพราะกลัวจะรู้ว่าเป็นมะเร็ง คำถามว่าถ้าตรวจพบในระยะแรกรักษาหายได้ ชาวบ้านทราบข้อมูลนี้หรือไม่ คำตอบคือมีความเข้าใจมากขึ้นเรื่อยๆ จากคนที่เคยไปตรวจคัดกรองมาแล้วพบความผิดปกติ และรักษาหายแล้ว แต่ในการคัดกรอง บางครั้งเกิดความเข้าใจผิดกันระหว่างแพทย์หรือเจ้าหน้าที่กับชาวบ้าน คำว่าปกติของหมอกับคนไข้ไม่เหมือนกัน หมอบอกว่าปกติ คือยังไม่ถึงขั้นเป็นมะเร็ง เพื่อจะทำให้คนไข้รู้สึกสบายใจ แต่คำว่าปกติของชาวบ้านคือ ตนเองไม่เป็นอะไรและไม่ต้องมาตรวจคัดกรองอีก ทั้งที่จริงต้องมาตรวจอย่างต่อเนื่อง

ด้านปัญหาในการตรวจ การออกผลซ้ำ หรือผลการตรวจในแต่ละแห่งไม่ตรงกัน ก็เป็นปัญหากับเจ้าหน้าที่ในการพูดกับคนไข้ กว่าจะพูดให้มาตรวจก็ยากแล้ว ผลปฏิบัติการทางการแพทย์ก็ไม่มั่นใจอีก ถ้าเป็นไปได้

อยากให้พัฒนาให้ทุกโรงพยาบาลอ่านผล lab ได้ การส่งไปอ่านที่อื่นไกลๆ สไลด์อาจมีแตกบ้าง แม้ว่าจะเป็นปัญหาในตัวผู้ปฏิบัติ แต่ก็ส่งผลต่อกลุ่มเป้าหมายเหมือนกัน

ในการตรวจคัดกรอง ทางสถานีอนามัยจะให้ความรู้ก่อนตรวจ แต่มีปัญหว่าเขาจะรับรู้ตามที่สอนมากน้อยแค่ไหนไม่มั่นใจ แต่คนที่ตั้งใจมาตรวจแล้ว ถ้าผลปกติก็จะสบายใจว่าได้มาตรวจแล้ว ส่วนจะรู้เรื่องสุขศึกษามากน้อยแค่ไหนคงประเมินได้ยาก นั่นคือชาวบ้านไว้วางใจเจ้าหน้าที่ คนที่มาตรวจแสดงว่าไว้วางใจแล้ว จะให้ทำอะไรก็ไม่มีปัญหา แต่คนที่ไม่มาตรวจคงยังยากอยู่ การตรวจด้วยวิธีวีไอเอ เมื่อบอกว่าผลปกติแล้ว ชาวบ้านก็จะสบายใจว่าอีก 5 ปีจะไม่เป็นมะเร็ง เหมือนได้ฉีดวัคซีนป้องกันโรค การแจ้งผลด้วยวิธีแปลสมีย์ร อยากให้เร็ว เพื่อให้คนไข้จะไม่ต้องรอผลนาน

การพูดปากต่อปากระหว่างคนที่เคยตรวจมาแล้ว ซึ่งคนที่ตรวจมาแล้วจะติดใจตรวจอย่างสม่ำเสมอ ได้ถามว่าถ้าจะให้มีการพูดคุยในเรื่องนี้ในที่ชุมชนจะเป็นไปได้ง่ายหรือไม่ ตอบว่าน่าจะเป็นไปได้ ดีกว่าการที่เจ้าหน้าที่ไปบอก จึงน่าจะส่งเสริมให้มีการพูดคุยกันเองในหมู่บ้าน ไม่กล้าตรวจเพราะอาย ก็แก้โดยให้เจ้าหน้าที่จากที่อื่นไปตรวจ คนที่ตรวจก็ตรวจประจำ แต่คนที่ไม่มาตรวจก็ไม่มาเหมือนเดิม

ต่อคำถามว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้หญิงมาตรวจน้อย ตอบว่าอายหมอ ความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการคัดกรอง ไม่มีเวลา ต้องทำงาน เหตุผลส่วนตัวบางอย่าง เช่น สามีรับไม่ได้หากรู้ว่าผลผิดปกติ ก็อาจเป็นปัจจัยที่ทำให้หญิงมุสลิมจำนวนหนึ่งไม่อยากมาตรวจ บางคนบอกว่าตรวจแล้วที่โรงพยาบาลหรือที่คลินิก แต่จริงๆ แล้วไม่ได้ตรวจก็มี

สำหรับคำถามว่าถ้ารู้ว่าหากตรวจพบในระยะแรกๆ แล้วรักษาหายได้ จะมาตรวจมากขึ้นหรือไม่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลเกาะเพชรกล่าวว่า จะมีการตระหนักกันมากขึ้น แต่จะตระหนักเพียงบางกลุ่มบางบ้านเท่านั้น บางบ้านที่ตรวจก็ตรวจ บางบ้านที่ไม่ตรวจก็ไม่ตรวจ ไม่สนใจ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอคิดว่าต้องสร้างแกนนำครอบครัว เพราะมุสลิมส่วนใหญ่จะแต่งงานในเครือญาติเป็นครอบครัวใหญ่ ถ้ามีแกนนำครอบครัวที่เห็นความสำคัญก็จะให้เครือญาติมาตรวจได้ การพูดกันแบบปากต่อปากในชุมชนก็น่าจะใช้ได้เช่นกัน ที่หัวไทรตำบลเกาะเพชรและตำบลหน้าสวน ส่วนใหญ่หญิงกลุ่มเป้าหมายทำงานในโรงงานที่อำเภอระโนดจึงต้องลางาน หากมีการออกหนังสือลางานให้ก็น่าจะทำให้อัตราการตรวจเพิ่มขึ้น คนที่มาตรวจค่าก็จะพูดคุยกับเพื่อนที่ทำงานด้วยกัน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้เค้ามาตรวจ นอกจากนี้อาจทำงานเชิงรุก เคา่ประตูบ้าน ตรวจตามบ้าน มีรถเคลื่อนที่มีเครื่องมือพร้อมก็น่าจะดี

นอกจากนี้อาจให้เงินเป็นแรงจูงใจ แจกผ้าถุง และให้สามีเป็นตัวกระตุ้น เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านหน้าสวนกล่าวว่า กลุ่มหมู่บ้านมุสลิมในพื้นที่จะมีหลายกลุ่ม มีกลุ่มทำงานโรงงานซีพี กลุ่มแม่บ้านที่อยู่กับบ้านจริงๆ และกลุ่มรับจ้างจับกุ้ง แต่ละกลุ่มระยะทางไม่เหมือนกัน มีเวลาไม่เหมือนกัน กลุ่มทำงานโรงงานซีพี ถ้าใช้รถ mobile อาจจะมีหมตสิทธิ์ บางครั้งมาอนามัยยังไม่มา บอกว่าตรวจที่คลินิกแล้ว แรงจูงใจมีรายได้เป็นตัวหลักจริงๆ ถ้ามีแรงจูงใจ ค่าเสียเวลาเช่นสัก 100 ให้ค่าน้ำมัน แนวน้ำมันน่าจะมาได้มากขึ้น และในกลุ่มแม่บ้านให้เข้าทางกลุ่มผู้ชายโดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ฉายสไลด์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แล้วให้สามีเป็นตัวกระตุ้นอีกทางหนึ่ง

ต่อคำถามว่าถ้าจะลดเป้าหมายลงเพื่อให้เจ้าหน้าที่ทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นในปีหลังๆ จะดีหรือไม่ ตอบว่าไม่ต้องลด เนื่องจากการทำให้ได้เป้าหมายจะเป็นผลดีต่อชาวบ้านโดยตรง เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขอำเภอหัวไทรกล่าวว่าโดยภาพรวมการทำงานดีขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปคงดีขึ้นเรื่อยๆ ปัญหาในการแก้ไขปัญหานี้ที่สำคัญคือ ชาวบ้านต้องคิดเรื่องปากท้องก่อนเรื่องสุขภาพ หลังจากขายที่นาเป็นบ่อกุ้งแล้ว ชาวบ้านก็กลายมาเป็นแรงงาน แต่ไม่มีที่ดินของตัวเอง ปัญหาปากท้อง ปัญหาสังคมและอื่นๆ ก็ตามมา และมีปัญหาสุขภาพอีกด้วย

5. สรุปเจตคติและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการสนทนากับกลุ่มต่างๆ ข้างต้น พอสรุปตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับโรค	ข้อสรุปกลุ่มหญิงมุสลิม
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง	- มีความรู้อยู่บ้าง - แต่อาจประเมินความเสี่ยงของตัวเองต่ำเกินไป
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตราย	- รู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอันตรายถึงตายหากไม่รักษา - บางคนยังมีความเชื่อว่าเป็นไปตามพระเจ้า
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา	- ส่วนใหญ่รู้ว่ามะเร็งในระยะแรกรักษาหายได้
ความรู้วิธีตรวจคัดกรอง	- ไว้วางใจว่าแพทย์/เจ้าหน้าที่เลือกวิธีที่เหมาะสม
ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง	- การทำมาหากินเป็นเรื่องหลักของชีวิต - กลัวรู้ว่าเป็นโรคแล้วทำใจไม่ได้ - กลัวสังคม ชุมชนรังเกียจ - บางคนกลัวว่าสามีจะรังเกียจหากผลผิดปกติ - คนที่ยังไม่เคยตรวจอาจอายในการตรวจ
วิธีการที่จะทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจคัดกรองฯ เพิ่มขึ้นอย่างได้ผล	- มีตัวอย่างคนที่ตรวจแล้วพบระยะต้นและรักษาหายได้มาพูดคุยให้ฟัง - ให้ความรู้แก่ผู้นำครอบครัว สามี เพื่อเป็นแรงผลักดันให้หญิงมุสลิมมาตรวจ - เสริมแรงจูงใจ เช่น ให้ค่าตอบแทน สิ่งของ ให้เพียงพอกับรายได้ที่เสียไปในการมาตรวจ - ให้บริการตรวจถึงที่ เช่น ที่หมู่บ้าน ที่ทำงาน

ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รู้ปัญหาที่ทำให้หญิงมุสลิมมาตรวจน้อยดี แต่ปัญหาเหล่านั้นแก้ได้ยาก เนื่องจากเป็นปัญหาเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปัญหาความยากจน ต้องทำมาหากิน ความกลัวว่าเป็นมะเร็งแล้วทำใจไม่ได้ กลัวคนในชุมชนรังเกียจ เนื่องจากชุมชนอิสลามใกล้ชิดกันมาก ใครไปทำอะไรจึงมักจะรู้กันหมด และยังเกิดข่าวลือผิดๆ บ่อยๆ อีกด้วย

การแก้ปัญหาดังกล่าว ด้านเศรษฐกิจ อาจให้ค่าตอบแทนในการมาตรวจเท่าๆ กับรายได้ที่สูญเสียไปใน 1 วัน ตรวจถึงที่ที่หญิงมุสลิมอยู่ เช่น ที่หมู่บ้านหรือที่ทำงาน สำหรับปัญหาในสังคม ต้องสร้างทัศนคติถูกต้องให้กับประชาชนผ่านผู้นำชุมชน ครอบครัว และสามี และน่าจะมีตัวอย่างของคนที่ตรวจพบระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นระยะแรกแล้วรักษาหายได้ ไม่เป็นมะเร็งมาพูดคุยให้ฟัง

6.9 กลุ่มหญิงเขตเมือง

ชุมชนเมืองในอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

1. สภาพพื้นที่และประชากร

ตำบลยุหว่าซึ่งเป็นบริเวณรับผิดชอบของโรงพยาบาลมี 15 หมู่บ้าน มีหมู่บ้านที่จัดเป็นเขตเมืองอยู่ 5 หมู่ และที่เป็นชนบทอยู่ 10 หมู่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสันป่าตองได้พาไปดูหมู่บ้านในเขตเมืองตำบลยุหว่า ซึ่งเป็นพื้นที่อยู่อาศัย และในบริเวณใกล้ถนนใหญ่เป็นตึกแถวและร้านค้า ชาวบ้านในหมู่บ้านไม่ค่อยอยู่บ้านในวันที่ไปดูพื้นที่ เนื่องจากเป็นวันทำงานตามปกติไม่ใช้วันหยุด ประชาชนบริเวณนั้นทำงานในเมือง เช่น รับราชการ ธุรกิจเอกชน หรือเปิดร้านค้าขายในพื้นที่ มีบางส่วนทำงานรับจ้างในโรงงานไม่ไกลจากอำเภอสันป่าตอง บางคนไปทำงานโดยพักที่อื่น และกลับบ้านในช่วงวันหยุด สภาพสังคมไม่รวมกลุ่มกันเป็นชุมชนเหมือนในชนบท ต่างคนต่างอยู่เสียเป็นส่วนใหญ่ อาจมีกิจกรรมชุมชนเป็นครั้งคราว

เนื่องจากพื้นที่เป็นเขตเมือง อยู่ใกล้โรงพยาบาลอำเภอสันป่าตอง จึงอยู่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาล ซึ่งจัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบเรื่องการตรวจคัดกรอง การติดตามผู้มีผลผิดปกติมาตรวจรักษาต่ออย่างเป็นระบบ ผู้ดูแลเรื่องนี้มีความตั้งใจสูง ได้นำเสนอการศึกษาเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่ประชุมต่างๆ และได้รับรางวัล ผู้วิจัยจึงได้เลือกพื้นที่นี้ในการศึกษา เพื่อความสะดวกในการหาข้อมูลและติดต่อ กับหญิงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้รับความร่วมมือดีมากจากเจ้าหน้าที่

2. การสนทนากับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

ได้สนทนากับพยาบาลที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลสันป่าตองในวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2553 เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ ได้ความว่าประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบประกอบอาชีพรับราชการ ซึ่งบางคนทำงานในอำเภอสันป่าตองเอง ในตัวเมืองเชียงใหม่ หรือต่างอำเภอ หรือต่างจังหวัด หลายคนปฏิเสธการตรวจเนื่องจากเป็นโสด ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการแต่งงานช้า หรือไม่แต่งงานเป็นสิ่งที่พบได้บ่อยของคนในเขตเมืองที่มีความรู้ดี บางคนไม่ต้องการตรวจที่โรงพยาบาลสันป่าตองเนื่องจากมีขั้นตอนและรอคิวนาน ซึ่งทางเจ้าหน้าที่ได้แก้ไขโดยการไม่ต้องมาเข้าคิวยื่นบัตรร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป นอกจากนี้ประชาชนมีการย้ายที่อยู่บ่อย ทำให้การติดตามทำได้ยากขึ้น แต่หากผลการตรวจผิดปกติ เจ้าหน้าที่จะพยายามติดต่อผ่านญาติจนกว่าจะได้รับการรักษาต่อ มีส่วนหนึ่งที่บอกว่าไปตรวจคัดกรองแล้วที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิก แต่หลังจากการสอบถามนี้แล้ว เจ้าหน้าที่ได้ลงสำรวจอย่างจริงจังพบว่าส่วนใหญ่ที่บอกว่าไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนหรือคลินิกไม่สามารถตอบได้ว่ามีขั้นตอนในการตรวจอย่างไร จึงคิดว่าไม่ได้ไปตรวจจริง นอกจากนี้หญิงในพื้นที่นี้มีอัตราการติดเชื้อ HIV สูง ซึ่งคนเหล่านี้ไม่เปิดเผยตัว ติดต่อดีๆ แต่เจ้าหน้าที่ได้ประสานกับคลินิกเอดส์เพื่อตรวจหญิงกลุ่มนี้ให้ได้มากที่สุด เนื่องจากมีโอกาสติดเชื้อ HPV สูง และเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

อุปสรรคในการตามมาตรวจซ้ำหรือรับการรักษาต่อก็มี เช่น เป็นโรคประจำตัวอย่างอื่นอยู่ จึงคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สำคัญเท่าโรคที่เป็นอยู่แล้ว มีการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนชื่อ ทำให้ตามตัวไม่ได้ และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือต้องทำงาน ไม่สามารถมาตรวจได้ในเวลาที่นัด บางคนก็มีฐานะยากจนแม้จะอยู่ในเขตเมือง ไม่มีคาร์ต และเสียรายได้หากไปตรวจ

ในการตรวจวิธีแปป smear นั้น โรงพยาบาลสันป่าตองจะส่งไปตรวจรักษาต่อที่โรงพยาบาลนครพิงค์ เมื่อผลกลับมาแล้วก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยทราบ ในการตรวจที่ตื่นันต้องสร้างจิตสำนึกให้กับเจ้าหน้าที่ว่างานที่ทำเป็นประโยชน์กับผู้ที่เรารู้ดูแล ต้องมีฐานข้อมูลพื้นฐานที่สามารถดูย้อนหลังได้ การตรวจต้องคำนึงถึงผู้ป่วยแต่ละรายด้วย การทำไปตามทฤษฎีก็ถูกต้อง แต่ขณะตรวจหากเห็นอะไรผิดปกติ แม้ผลเซลล์จะไม่ได้ออกว่าผิดปกติ ก็ต้องติดตาม และต้องจัดการให้เหมาะกับสภาพพื้นที่ที่ดูเลย เช่น ที่สันป่าตองมีคนไข้ HIV มาก ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องตรวจทุก 1 ปี คนเหล่านี้ก็ไม่ควรนัดทุก 5 ปีตามนโยบายการตรวจคัดกรองของประเทศ เท่าที่สังเกตพบว่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา พบระยะที่เป็นมะเร็งแล้วลดลง แต่พบระยะเริ่มแรกมากขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นความสำเร็จของการทำงาน นอกจากนี้ในด้านเทคนิคการทำ การตรวจคัดกรองก็สำคัญ เช่น การ fix slide ระบบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ทราบความเป็นไปได้ทันเหตุการณ์ และต้องบันทึกข้อมูลที่เป็นต้องใช้ในการติดตามของหญิงที่มารับการตรวจ เช่น เบอร์โทรศัพท์ เพื่อให้ติดตามได้ง่าย หากผลผิดปกติ นั่นคือ ผู้ให้บริการต้องมีความรู้และจิตสำนึก มีระบบการบันทึกข้อมูลที่ดี และคิดถึงผู้รับบริการเป็นหลัก

นอกจากนี้ยังพบว่าหากผู้ป่วยสไลด์ทำไม่ได้แล้ว ผลการอ่านสไลด์ก็ผิดพลาดได้ การทำวีไอเอที่โรงพยาบาลสันป่าตองจะทำเฉพาะกลุ่ม เนื่องจากหากไม่มีความชำนาญในการดู lesion ด้วยวิธีวีไอเอแล้ว ทำไปก็จะมีความเสี่ยง ปัญหาอีกประการหนึ่งคือ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไม่สามารถแปลผลวิธีแปป smear ได้ ทำให้การตัดสินใจในการส่งต่อการรักษาอาจไม่ถูกต้อง ควรมีการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ทั้งด้านทฤษฎีและปฏิบัติ เพื่อให้เข้าใจทั้งกระบวนการเกิดโรค วิธีและขั้นตอนการตรวจคัดกรอง และการติดตามเพื่อรักษาต่อ

3. การสนทนากับหญิงกลุ่มเป้าหมาย

สนทนากลุ่มในวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยดำเนินการตามประเด็นที่ตั้งไว้ในหัวข้อวิธีการศึกษา โดยมีประเด็นดังนี้ ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ปัจจัยที่ทำให้หญิงในเขตเมืองมาตรวจคัดกรองน้อย และวิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มนั้นๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล

การสนทนาจัดที่ห้องประชุมในโรงพยาบาลอำเภอสันป่าตอง ไม่มีคนรบกวน ผู้ร่วมสนทนาเป็นหญิงกลุ่มเป้าหมาย 6 คน กลุ่มหญิงที่มาสันทนาเป็นผู้ที่เคยตรวจคัดกรองแล้ว มีผลการตรวจผิดปกติ 6 คน โดยให้ผู้สนทนาแม้ว่าจะไม่ได้อยู่ในสภาพความเป็นเมืองจริงๆ แต่ขอให้นึกถึงสภาพความเป็นอยู่ของคนในเขตเมือง เช่น ที่อยู่ในเมืองเชียงใหม่ และชุมชนในเขตเมืองอำเภอสันป่าตอง หลังจากเริ่มการแนะนำตัวผู้วิจัยและคณะ และวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยแล้ว ใช้เวลาในการทำความรู้จักและทำความคุ้นเคยประมาณ 10 นาที จากนั้นจึงเริ่มถามประเด็นต่างๆ ตามบริบทของการสนทนา ไม่ได้เรียงตามประเด็นที่ตั้งไว้ทั้งหมด และมีการพูดคุยเรื่องอื่นๆ บ้างเพื่อให้กลุ่มผ่อนคลาย ทุกคนพูดสำเนียงเหนือ แต่ผู้วิจัยฟังออกจึงไม่ต้องอาศัยล่ามแปลเมื่อสนทนาไปสักพักหนึ่ง กลุ่มมีความผ่อนคลาย และสนทนากับการสนทนา

เมื่อให้เล่าถึงสภาพทั่วไปในเขตเมืองในอำเภอสันป่าตอง ผู้ร่วมสนทนาบอกว่ามีตลาด พิเศษ คาเฟ่ บางคนที่อยู่อาศัยคล้ายชุมชนชนบทมากกว่าเมือง ในเมืองมีการทำงานหลากหลายอาชีพ มีคนมาจากหลากหลายจังหวัด ในสันป่าตองก็มีคนมาจากอีสานด้วย เช่น เป็นพนักงานกลางวันบ้าง กลางคืนบ้าง โรงแรม

คาราโอเกะ บาร์ หรือสถานบริการบ้าง ทำงานตามห้างร้านธุรกิจ ในสันป่าตองมีหลายคนทำงานรับจ้างโรงงาน อาหารสำเร็จรูป ข้าวโพดหวานกระป๋อง และผักต่างๆ ส่งต่างประเทศ ทำนา รับจ้างเกี่ยวข้าว เก็บลำไย ได้ค่าจ้างขั้นต่ำวันละ 150 บาท โรงงานก็ประมาณ 170 บาทขึ้นไป ผู้ร่วมสนทนบบางคนเคยไปทำงานในเมืองเชียงใหม่ พอเห็นสภาพในเมืองอยู่บ้าง

ในด้านความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดว่าบางคนก็รู้จักภัยเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่ค่อยได้สนใจ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์บ่อย ฝ่ายชายไปเที่ยวก็อาจมีส่วนนำโรคมารักษาให้ฝ่ายหญิง ไม่ค่อยรักษาความสะอาด มีคู่นอนหลายคน

ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก คนสันป่าตองสนใจตรวจมากกว่าคนในเขตเมืองจริง ๆ และรู้ว่าถ้ารักษาตั้งแต่ระยะแรกจะหายได้ คิดว่าคนในเมืองครึ่งหนึ่งอาจไม่รู้ถ้าตรวจพบในระยะแรกจะรักษาหายได้

วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีวิธีผ่าตัด ฉายแสง ผังแร่ ให้อาติโม คนที่เป็นระยะเริ่มต้นหรือก่อนเป็นมะเร็ง หมอจะหว่านล้อมแนะนำให้รักษา ผ่าตัดมดลูกออกให้หมด แล้วจะไม่มีโอกาสเป็นโรคอีก แต่ก็ยังกังวลว่ารักษาแล้วจะหายขาดหรือไม่ ก็ไปรักษาตามที่แพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

คำถามว่าทราบหรือไม่ว่ามีวิธีตรวจคัดกรองอะไรบ้าง ตอบว่ามีตรวจภายใน แต่ใช้อะไรไม่รู้เนื่องจากขึ้นเตียงตรวจแล้วไม่เห็น เคยได้ยินเรื่องการตรวจด้วยน้ำส้ม ซึ่งจะใช้กับคนที่มีอายุน้อย เจ้าหน้าที่ไม่ได้แนะนำอะไร รู้แต่ถ้าผลผิดปกติจะตามมาตรวจยืนยันอีก เคยได้ยินการรณรงค์ทางโทรทัศน์เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แต่ไม่เห็นมีเรื่องมะเร็งปากมดลูก เจ้าหน้าที่แจ้งผลทางจดหมาย หรือผ่านทาง อสม. โดยถ้าไม่มีการแจ้งผลอะไรคือผิดปกติ

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ในกลุ่มหญิงที่มาสนทนาเคยตรวจคัดกรองมาทั้งหมดแล้ว ไม่อยากไปว่าหมอมจะเป็นหญิงหรือชาย เพราะกลัวตายมากกว่า แต่บางคนอาจอายถ้าตรวจกับหมอผู้ชาย นอกจากนั้นก็ต้องสนใจทำมาหากินมากกว่า คนในเมืองถ้าไม่มีใครมากระตุ้นก็จะไม่ได้สนใจไปตรวจ คนทำงานกลางคืนก็จะสนใจตรวจน้อย เพราะกลางวันนอน หรือไปทำธุระหรือเที่ยว คนสันป่าตองสนใจมากกว่า เพราะโรงพยาบาลให้ความรู้ไปตามหมู่บ้าน จึงสนใจตรวจมะเร็งปากมดลูกดี ในเมืองจะมีการรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ ส่วนจะไปหรือไม่ไปมากน้อยแค่ไหนไม่ทราบ กลัวว่าเป็นแล้วทำใจไม่ได้ คิดว่ามีมากที่เดียวที่คิดเช่นนั้น สามิไม่ได้สนใจเรื่องนี้ การตรวจเป็นเรื่องการตัดสินใจของตัวเอง

ปัจจัยที่ทำให้หญิงในเขตเมืองมาตรวจคัดกรองน้อย และวิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มนั้นๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล คนที่เป็นข้าราชการหรือทำงานบริษัทก็จะได้รับการตรวจคัดกรองจากการตรวจสุขภาพประจำปีอยู่แล้ว ต่อคำถามว่าถ้ารู้ว่าถ้าเป็นระยะแรกรักษาได้ จะไปหรือไม่ ตอบว่าหลายคนไม่รู้ ถ้ารู้แล้วก็น่าจะตรวจ การตรวจในกลุ่มหญิงที่ทำงานโรงงานน่าจะไปตรวจที่โรงงานเลย การรณรงค์ในวันสำคัญในเมืองก็น่าจะได้ผล

4. การสนทนากับกลุ่มผู้ให้บริการ

สนทนากลุ่มในวันที่ 19 ตุลาคม พ.ศ. 2553 โดยดำเนินการตามประเด็นที่ตั้งไว้ในหัวข้อวิธีการศึกษา โดยมีประเด็นดังนี้ ความรู้/ความเชื่อของหญิงกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/

ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ปัจจัยที่ทำให้หญิงกลุ่มดังกล่าวมาตรวจคัดกรองน้อย และวิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มนั้นๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล

ผู้เข้าร่วมสนทนาประกอบด้วยผู้วิจัยและผู้ช่วยอีก 3 คน อสม. ในหมู่ต่างๆ ของตำบลยี่หว้าจำนวน 6 คน ในจำนวนนั้นเป็นชาย 1 คน บางคนพูดภาษากลาง บางคนพูดภาษาเหนือ หลังจากแนะนำตัวซึ่งกันและกัน และผ่านระยะผ่อนคลายแล้ว จึงได้เริ่มสนทนาตามประเด็นข้างต้น

ในประเด็นความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก หลายคนรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง โดยได้รับความรู้จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เสียงตามสาย ในชนบทไม่ค่อยรู้มากนัก แต่เชื่อฟังเจ้าหน้าที่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรองดีกว่า ในชุมชนเมืองมีความเสี่ยงด้านเพศสัมพันธ์มาก วัยรุ่นได้รับสื่อต่างๆ มาก ทั้งอินเทอร์เน็ต คลิปวิดีโอมือถือ เด็กบางกลุ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยจึงคิดว่ามีความเสี่ยงอยู่มาก ทั้งเรื่องเอดส์ และโรคติดเชื้ออื่นๆ รวมทั้ง HPV ด้วย วัยรุ่นมีปัญหามากแต่วัยที่มีอายุมากขึ้นก็จะมีปัญหา ปัจจุบันคนที่ติดเชื้อเอดส์ไม่ออกแล้ว เพราะมียารักษา ทำให้ไม่มีอาการ มักจะเป็นคนสวย ผิวพรรณดี หากยังคงมีเพศสัมพันธ์ไปเรื่อยๆ ก็จะไปแพร่เชื้อไปได้เรื่อยๆ แต่ก่อนจะมีอาการชัดเจน มีผิวหนังแห้ง คล้ำ เป็นตุ่มแผล เชื้องูซิมี

ในด้านความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ชาวบ้านมีความรู้ว่าถ้าตรวจพบในระยะแรกรักษาหายได้

วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลายคนยังสับสนเกี่ยวกับระยะเวลาในการตรวจว่าควรตรวจกี่ปีต่อครั้ง หรือว่าตรวจตั้งแต่อายุเท่าใด หรือถึงอายุเท่าใด มีวิธีการตรวจ 2 วิธีคือ แบบใช้น้ำส้มสายชู (วีไอเอ) และแบบใช้ไม้สอด (แปปสเมียร์) คนมีอายุแล้วใช้วิธีวีไอเอไม่ได้ ในโรงพยาบาลใช้วิธีป้ายสไลด์ ถ้าผลผิดปกติจะมีจดหมายตามมาตรวจซ้ำหรือรักษาต่อ

ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่อยู่ในเขตเมืองคือ มีชื่อในทะเบียนบ้าน แต่ตัวไม่อยู่ หรือเป็นคนนอกพื้นที่มาอยู่แต่ไม่มีชื่อในทะเบียน เหล่านี้ก็จะตามมาตรวจได้ยาก คนที่อยู่ก็ไปตรวจที่โรงพยาบาล โดยเฉพาะพวกข้าราชการ หรือทำงานที่มีสวัสดิการตรวจร่างกาย เวลาตามมาตรวจบางคนก็บอกตรวจแล้ว แต่จริงๆ อาจไม่ได้ตรวจ ในการติดตามให้มาตรวจ ในคนที่เคยมาตรวจแล้วผลผิดปกติ การตามมาตรวจรักษาต่อไม่มีปัญหา บางคนก็มีที่บอกว่าระยะเว้นการตรวจ 5 ปีก็ไม่อยากตรวจ (อยากตรวจทุกปี) ความอายก็ยังมีบ้างแต่เป็นส่วนน้อยแล้ว แต่บางคนกลัวว่าจะรู้ว่าเป็นมะเร็ง ทำใจไม่ได้ เพราะคิดว่าต้องเสียชีวิต อสม. ที่สนทนา 1 คนก็ยังไม่ตรวจ เพราะทั้งพ่อและแม่ก็เป็นมะเร็ง เลยกลัวจะรู้ว่าเป็นมะเร็ง บางคนก็รักษาตัวดี ได้ผ่าตัดให้คีโมแล้วก็มีชีวิตอยู่ได้ บางที อสม. ก็มีปัญหากับชาวบ้านที่มีความรู้สูงกว่า เพราะคิดว่า อสม. มีความรู้น้อยกว่า สำหรับคนที่มีความรู้ระดับเดียวกันไม่มีปัญหา บางคนกลับมาบ้านมาตรวจในวันหยุด แต่ผลมาหลังจากกลับไปทำงานที่อื่นแล้ว ต้องติดต่อญาติให้บอกผลทางโทรศัพท์ สามิไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อการตรวจ บางคนยังสนับสนุนให้ตรวจด้วย

วิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มนั้นๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล มีการให้ความรู้โดยผ่านพับ เสียงตามสาย ประชุมหมู่บ้าน การให้ อสม. ให้ความรู้โดยตรงไม่ค่อยได้ผล คนที่มีความรู้ไม่ค่อยเชื่อหรือพบกันตัวต่อตัวได้ยาก ข้าราชการตรวจร่างกายประจำปีมีการตรวจแน่นอน แต่คนกลุ่มอื่นไม่แน่ใจ ขณะนี้

มีอัตราการตรวจมากขึ้นแล้ว คนที่ทำงานที่มีสิทธิประกันสังคม ให้ใช้การตรวจตามประกันสังคม ในกลุ่มแรงงานในเมือง ถ้ามีการรณรงค์ในวันหยุดก็จะมีคนมา หรือถ้ามีใบแจ้งให้มาตรวจล่วงหน้า ก็จะทำให้แรงงานมาตรวจได้มากขึ้น

5. สรุปเจตคติและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการสนทนากับกลุ่มต่างๆ ข้างต้น พอสรุปตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับโรค	ข้อสรุปกลุ่มหญิงเขตเมือง
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง	- คนในเขตเมืองมีความรู้อยู่แล้วจากสื่อต่างๆ
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตราย	- รู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอันตรายถึงตายหากไม่รักษา
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา	- ส่วนใหญ่รู้ว่ามะเร็งในระยะแรกรักษาหายได้
ความรู้วิธีการตรวจคัดกรอง	- ไม่ค่อยรู้ ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่หรือแพทย์จะตรวจ
ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง	- การทำมาหากินเป็นเรื่องหลักของชีวิต - กลัวรู้ว่าเป็นโรคแล้วทำใจไม่ได้ - คนในเขตเมืองไม่ค่อยได้สนใจตรวจคัดกรอง - บางคนที่ยังไม่เคยตรวจอาจอายในการตรวจ แต่มีน้อย - บางคนไปทำงานที่อื่นจึงติดตามมาตรวจได้ยาก - บางคนมาตรวจในการรณรงค์ในวันหยุด แต่ผลกลับมาตอนกลับไปที่ทำงานที่อื่นแล้ว
วิธีการที่จะทำให้หญิงเขตเมืองมาตรวจคัดกรอง เพิ่มขึ้นอย่างได้ผล	- ในเขตเมือง ให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับ เสียงตามสาย ประชุมหมู่บ้าน - มีการตรวจถึงสถานที่ เช่น ที่โรงงาน - ให้สถานที่ทำงานมีการตรวจตามสิทธิประกันสังคม - ในกลุ่มแรงงานในเมือง ให้ใช้การรณรงค์ในวันหยุดหรือนัดล่วงหน้า

ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รู้ปัญหาที่ทำให้หญิงในเขตเมืองมาตรวจน้อยดี แต่ปัญหาเหล่านั้นแก้ได้ยาก เนื่องจากเป็นปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาความยากจน ต้องทำมาหากิน ความเชื่อ ความรู้สึกส่วนตัว เช่น ความกลัวว่าเป็นมะเร็งแล้วทำใจไม่ได้ และการทำงานต่างพื้นที่ ทำให้ติดตามตรวจหรือรักษาต่อได้ยาก

การแก้ปัญหาดังกล่าว ด้านเศรษฐกิจ อาจตรวจถึงที่ทำงาน รณรงค์ตรวจในวันหยุดเทศกาลหรือวันสำคัญ ซึ่งทำให้คนทำงานมาตรวจได้ สำหรับปัญหาด้านการทำงานต่างพื้นที่และความเชื่อส่วนตัว เช่น ความกลัวที่จะรู้ว่าเป็นโรค เป็นเรื่องที่ยังจัดการยาก

6.10 กลุ่มหญิงชาวเขา

ชุมชนชาวเขาในอำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

1. สภาพพื้นที่และประชากร

ตำบลศรีดงเย็น อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่ เป็นพื้นที่ป่าเขา มีชาวเขาอาศัยอยู่มากมายหลายเผ่า เช่น ล่าหู่ (มุเซอ) ปกาเกอญอ (กะเหรี่ยง) และเผ่าอื่นๆ ส่วนใหญ่ตั้งรกรากถาวรแล้ว แต่มีบางกลุ่มยังเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างพื้นที่ใกล้เคียงกับอำเภออื่น ในวันที่ 21 ตุลาคม ได้เข้าดูพื้นที่หมู่บ้านชาวล่าหู่ที่นับถือพุทธและผี โดยการนำของผู้ใหญ่บ้านบ้านแดนดิน ตำบลศรีดงเย็น และหัวหน้า อสม. ซึ่งเป็นชาวพื้นราบที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ใกล้เคียง ในวันที่ 22 ตุลาคม ได้เข้าดูพื้นที่หมู่บ้านชาวล่าหู่ที่นับถือคริสต์ศาสนา ซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบของหัวหน้า อสม. ที่ปลูกบ้านอยู่ใกล้หมู่บ้านนั่นเอง

สภาพหมู่บ้านของชุมชนชาวล่าหู่ที่มาร่วมสนทนากลุ่มเป็นหมู่บ้านที่ปลูกบ้านอยู่ใกล้กัน พื้นที่ทำกินอยู่อีกฟากหนึ่งของถนน การเดินทางไม่ลำบากนัก เนื่องจากอยู่ติดถนนราดยาง ต่างจากหมู่บ้านที่ไปเยี่ยมในวันที่ 21 ซึ่งอยู่ลึกเข้าไปในป่าเขามาก หมู่บ้านชาวเขาทั้งหลายอยู่ห่างไกลจากเมืองมากจึงไม่มีแหล่งบันเทิงใดๆ สภาพบ้านเป็นบ้านไม้ได้ถุนสูง ปลูกอยู่ตามเนิน ปูพื้นด้วยฟากไม้ไผ่ หลังคามุงจาก บางบ้านแบ่งเป็นสองส่วนคือส่วนที่นอนกับส่วนครัว บางบ้านก็เป็นพื้นที่เดียวกัน มีครัวอยู่ข้างหนึ่ง ที่นอนอยู่อีกข้างหนึ่ง เต้าไฟจะติดไฟไว้เกือบตลอดเวลาจึงมีควันอบอยู่ ด้านบนเต้าไฟเป็นที่ตากอาหารแห้งซึ่งถูกรมด้วยควันกันแมลงและทำให้แห้ง ไม่มีไฟฟ้า ใช้น้ำประปาภูเขา มีโบสถ์คริสต์เล็กๆ อยู่ 1 หลัง มีผู้สอนศาสนามาอยู่เป็นบางครั้ง ชาวบ้านไม่ได้ใส่ชุดประจำเผ่าในชีวิตประจำวัน แต่จะแต่งเฉพาะในงานสำคัญ เป็นชุดสีดำ ปักด้ายสีแดงและอื่นๆ สวยงาม

2. การสนทนากับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรื่องธาร อำเภอไชยปราการ จังหวัดเชียงใหม่

ได้สนทนากับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัยตำบลร่องธารในวันที่ 21 ตุลาคม พ.ศ. 2553 เพื่อเก็บข้อมูลพื้นฐานของพื้นที่ ได้ความว่าประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบในส่วนที่เป็นชาวเขาอยู่ในตำบลศรีดงเย็น ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกล การเดินทางลำบาก มีหลายเผ่า เช่น ล่าหู่ (มุเซอ) ลีซอ ปกาเกอญอ (กะเหรี่ยง) แต่ละเผ่ามีวัฒนธรรมประเพณีต่างกัน แม้เผ่าเดียวกันก็ยิ่งแตกต่างกัน บางหมู่บ้านถือพุทธปนผี บางหมู่บ้านถือคริสต์ศาสนา เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ห่างไกล และไม่ใช้แหล่งท่องเที่ยวจึงไม่ค่อยมีปัญหาด้านการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งก็ทำให้อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกต่ำด้วยเช่นกัน

ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าวโพด ข้าว และอื่นๆ โดยจะปลูกประจำที่ แต่มีการโยกย้ายบ้างแล้วค่อยกลับมาทำที่เดิมในปีหลังๆ โดยจะตัดไม้ใหญ่เป็นพื้นที่กว้างเพื่อทำการปลูกพืชไร่

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำในช่วงหน้าหนาว ในช่วงที่ชาวเขาทำงานจะว่างไว้ไม่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในการลงพื้นที่จะตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ ซึ่งจะทำปีละ 2 ครั้ง ถ้าพบผลผิดปกติจะแจ้งให้ อสม. ทราบ แล้วนัดมาที่สถานีอนามัย หลังจากนั้นสถานีอนามัยจะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งรายได้รับผลผิดปกติจะมารักษาต่อทุกราย

ปัญหาในการรักษาพยาบาลและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือการสื่อสาร เนื่องจากจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุจะเข้าใจภาษาไทยบ้าง แต่สื่อสารลำบาก ต้องมีล่าม ซึ่งก็ไม่แน่ใจว่าจะแปลได้ถูกต้องหรือไม่ หญิงอายุน้อยยังคงมีความอายในการตรวจคัดกรอง ถึงแม้จะให้เจ้าหน้าที่จากที่อื่นมาตรวจก็ตาม ใน

การลงให้บริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ห่างไกลจะใช้วิธีแปลสมิเยร์ เนื่องจากสามารถนำอุปกรณ์ไปบนเขาได้ง่าย และมีการดัดแปลงทำนวัตกรรมเตียงตรวจภายในเคลื่อนที่ขนาดเล็กและพับเก็บได้ เพื่อให้สะดวกในการขนย้าย ไปตรวจตามหมู่บ้านด้วย การขนเครื่องมือในการตรวจด้วยวิธีวีไอเอและจีเอ็นไปให้บริการบนเขาทำไม่ได้ เพราะไม่มีไฟฟ้าใช้ ส่วนการตรวจด้วยวิธีแปลสมิเยร์ใช้คอมพิวเตอร์พกพาที่ตรวจได้แล้ว

ปัญหาเรื่องกลุ่มเป้าหมายคือจำนวนมากไม่ใช่คนที่อยู่จริง เช่น ส่งรายชื่อมา 1,000 คน แต่ที่อยู่ในพื้นที่จริง ๆ มี 500 คน เจ้าหน้าที่ต้องการให้ตรวจสอบจากพื้นที่จริงว่ามีคนที่อยู่จริงเท่าใด ซึ่งเชื่อว่าทำได้ตามเป้าหมาย แต่หากใช้รายชื่อที่ส่งมาจากส่วนกลางจะไม่สามารถทำให้ถึงเป้าหมายได้ เพราะจำนวนถึงครึ่งหนึ่งไม่ได้้อยู่จริงในพื้นที่

3. การสนทนากับหญิงกลุ่มเป้าหมายและผู้ให้บริการ

ได้นัดหญิงกลุ่มเป้าหมาย 4 คนจากหย่อมบ้านแดนดิน เป็นหญิงชาวลาหู่คำซึ่งพูดภาษาไทยไม่ชัด แต่ฟังพอรู้เรื่อง ได้อาศัยสามช่วยแปลคำถามและคำตอบให้ด้วย ส่วนเจ้าหน้าที่ อสม. มีชาวเผ่าปกากะญอ 1 คน อยู่หย่อมบ้านหัวฝาย หัวหน้า อสม. ซึ่งเป็นชาวพื้นราบแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 1 คน และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยรณรงค์ซึ่งรับผิดชอบพื้นที่นั้นอีก 1 คน การสนทนาทำในวันที่ 22 ตุลาคม ที่หน้าบ้านผู้ใหญ่บ้าน พื้นที่โล่งสบาย ไม่มีคนอื่นรบกวน

เนื่องจากผู้วิจัยไม่คุ้นเคยกับกลุ่มชาวเขา จึงได้ถามสภาพทั่วไปก่อน เพื่อเป็นการผ่อนคลายในการสนทนาตามประเด็นที่ตั้งไว้ต่อไป ได้ข้อมูลดังนี้ ชาวเขาเผ่าลาหู่คำ (มุเซอ) ทำไร่ ปลูกข้าวไร่ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ขิง และถั่วลิสง ทำสวนบ้างนิดหน่อย ส่วนชาวเขาเผ่าปกากะญอทำนาข้าว ทำไร่ ปลูกมันฝรั่งและข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ข้าวโพดหวาน และถั่วลิสง นอกจากนั้นทำสวนลิ้นจี่ ลำไย มีรายได้ประมาณ 10,000 บาท/ปี/ครอบครัว ซึ่งไม่มากแต่อยู่ได้ เพราะส่วนใหญ่ปลูกผักกินเองและหาของป่า ไม่ทำอาชีพรับจ้าง วัฒนธรรมประเพณีชาวเผ่าลาหู่ (มุเซอ) มีประเพณีกินวอ (ขึ้นปีใหม่ต้นเดือนมกราคม) ใช้เวลาประมาณ 6-7 วัน กินข้าวใหม่ และคริสต์มาส ส่วนชาวเขาเผ่าปกากะญอ ในเดือนตุลาคมจะมีการสวดสยประคำ คริสต์มาส และมีประเพณีกอบนุญข้าว เป็นกองทุนข้าวของหลายหมู่บ้านร่วมกัน ซึ่งเปลี่ยนการจัดไปตามหมู่บ้านต่างๆ ไปเรื่อยๆ

ในด้านสุขภาพนั้นส่วนใหญ่เป็นไข้หวัด เผ่าลาหู่คำมักเป็นโรคกระเพาะ ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อย และเป็นถุงลมโป่งพอง แต่ไม่ค่อยเป็นเบาหวานหรือมะเร็ง ที่พบก็มีมะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะลำไส้ เท่าที่รู้ไม่พบการป่วยด้วยโรคเอดส์ ชาวเขาไม่ค่อยกินอาหารดิบจึงไม่มีโรคเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับ แต่ผู้ชายก็มีกินของดิบบ้าง ไม่เห็นมีผู้ใดเป็นมะเร็งปอด

ในด้านความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก ชาวเผ่าปกากะญอกล่าวว่าไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ชาวบ้านทั่วไปก็ไม่ทราบเหมือนกัน ไม่เคยเห็นคนเป็นมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน

ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตรายของการเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดว่ามีอันตรายถึงตาย แต่ตายช้า ไม่ตายเร็ว นอกจากนี้เชื่อว่าถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้

ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก เชื่อว่าถ้าเป็นแล้ว ไปรักษากับแพทย์ก็จะรักษาหาย เชื่อความสามารถของแพทย์ ไม่ทราบวิธีรักษา ขึ้นอยู่กับแพทย์ แต่เนื่องจากการเดินทางลำบาก ดังนั้นหากเป็น

โรคเล็กน้อยก็มักจะรักษาตนเอง ไม่ค่อยไปพบแพทย์จนกว่าจะมีอาการหนัก

วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทางสถานีอนามัยจะนัดไป ให้รายชื่อ อสม. ประสานในพื้นที่ ทางสถานีอนามัยจะมีการทำแผน ทำ 3 รอบ ถ้ารอบที่นัดมีประจำเดือนก็จะเลื่อนไปในรอบถัดไปได้

ปัจจัยที่ทำให้หญิงชาวเขามาตรวจคัดกรองและติดตามการรักษาบ่อย ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง ติดปัญหาการเดินทาง เนื่องจากอยู่ไกล ชาวเขาไปตรวจมากกว่าคนเมือง เพราะทำงานอิสระ จัดเวลาในการมาตรวจตามที่สถานีอนามัยนัดได้ง่าย แต่หากไปตรวจที่โรงพยาบาลในเมืองคงไม่ไป แต่ก็มีบางคน ละเลยบ้าง ติดปัญหาเรื่องเวลาทำกินบ้าง ซึ่งมักจะพบในการติดตามให้ไปรักษาต่อมากกว่า เพราะเวลานัดมักจะไม่สอดคล้องกับเวลาการทำไร่ ซึ่งชาวบ้านจะคิดถึงการทำมาหากินก่อน เพราะเดินทางไปรักษาในเมือง จะใช้เงินและเสียเวลามาก เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยบ้านร่องธารกล่าวว่า เรื่องการเดินทางก็เป็นปัญหา ถ้าฝนตกจะลำบากก็ไปตรวจไม่ได้ ไม่มีรถ ไม่มีคนไปส่ง หากชาวบ้านติดงานไปไม่ได้ตามนัด ก็จะมีการตามซ้ำ แต่ก็เก็บไม่ได้หมดทุกคน บางคนไปตรวจรอบใหม่แล้วรอบเดิมยังไม่ได้ไปรักษาก็มี

วิธีการที่จะทำให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยกล่าวว่า มีแผนในการทำงานแล้ว ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็อยู่ในแผนที่จะทำงานในพื้นที่ด้วย นอกจากนี้จะมีการนัดให้มาตรวจที่สถานีอนามัยแล้ว ได้จัดการไปตรวจให้ถึงหมู่บ้านด้วย โดยไปร่วมกับโรงพยาบาลไปที่เดียว ทำหลายเรื่อง ทั้งตรวจฟัน และอื่นๆ รวมทั้งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไปกลับในวันเดียวกัน ไม่ได้ค้าง

4. สรุปเจตคติและปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการสนทนากับกลุ่มต่างๆ ข้างต้น พอสรุปตามประเด็นคำถามที่ตั้งไว้ได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นคำถามเกี่ยวกับโรค	ข้อสรุปกลุ่มหญิงชาวเขา
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง	- คนชาวเขาไม่ค่อยมีความรู้เรื่องความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตราย	- รู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอันตรายถึงตายหากไม่รักษา หากรักษาถูกต้องก็จะหายได้
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา	- ส่วนใหญ่รู้ว่ามะเร็งในระยะแรกรักษาหายได้
ความรู้วิธีการตรวจคัดกรอง	- ไม่รู้ ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยจะจัดทำแผน
ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง	- การทำมาหากินเป็นเรื่องหลักของชีวิต - บางคนไม่ค่อยได้สนใจตรวจคัดกรอง - ไม่มีความรู้ ทำให้ไม่ได้สนใจ - ไม่มีรถ ไม่มีคนไปส่ง
วิธีการที่จะทำให้หญิงชาวเขามาตรวจคัดกรอง เพิ่มขึ้นอย่างได้ผล	- สถานีอนามัยจัดทำแผนการตรวจคัดกรองให้เหมาะสมกับการทำมาหากินของชาวเขา - ออกหน่วยตรวจคัดกรองในที่ห่างไกล

ส่วนใหญ่แล้วเจ้าหน้าที่ในพื้นที่รู้ปัญหาที่ทำให้หญิงชาวเขามาตรวจคัดกรองน้อยคือ เรื่องการเดินทาง การ

ทำมาหากิน และความรู้ที่น้อย ทำให้ขาดความตระหนักและให้ความสำคัญในการมาตรวจคัดกรองน้อย

การแก้ปัญหาดังกล่าว สถานีอนามัยที่รับผิดชอบทำแผนการตรวจคัดกรองให้สอดคล้องกับวิถีการทำมาหากินของชาวเขา และมีการออกหน่วยตรวจคัดกรองในพื้นที่ห่างไกล

<p>การนิเทศ ติดตามจากหน่วยงานส่วนกลาง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความคิดเห็นต่อความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการนิเทศ ติดตาม • การวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของโครงการในภาพรวม 	<ul style="list-style-type: none"> • การประเมินความรู้ของผู้ให้บริการที่จะถ่ายทอดสู่หญิงกลุ่มเป้าหมาย • ความเข้าใจนโยบายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรอง • การให้ความสำคัญต่อปัญหาเร่งรัดปากลูกในพื้นที่ • ความคิดเห็นต่อประโยชน์และความจำเป็นที่ต้องมีกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ • ประสพการณ์ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรอง • ความสามารถในการตรวจคัดกรองอย่างถูกต้อง <p>2. อุปกรณ์ เครื่องมือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความพร้อมและความเพียงพอของอุปกรณ์ <p>3. งบประมาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> • งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้บริหาร <p>4. การบริหารจัดการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • การเพิ่มบุคลากรและพัฒนาทักษะทางวิชาการ เช่น การฝึกอบรมหรืออบรมฟื้นฟู เป็นต้น • ความพร้อมของระบบในการบริหารจัดการ 	<ul style="list-style-type: none"> • การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง • การให้ความร่วมมือของ อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชน • การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตรวจคัดกรองของประชาชนในพื้นที่ <p>การประชาสัมพันธ์</p> <ul style="list-style-type: none"> • การประสานงานระหว่าง • สถานพยาบาลกับ อสม. ประชาชนในชุมชนเพื่อการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ • ความคิดเห็นต่อปริมาณหรือความถี่ของการณรงค์ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ • ความคิดเห็นต่อความหลากหลายของสื่อประชาสัมพันธ์ • ความคิดเห็นต่อความเหมาะสมสอดคล้องของการใช้สื่อกับบริบทแวดล้อม <p>ระบบข้อมูลและการรายงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความคิดเห็นต่อระบบการจัดการข้อมูล การรายงานในภาพรวม • ความถูกต้องและครอบคลุมของระบบการรายงาน • การใช้ประโยชน์เพื่อวางแผนปฏิบัติงานจากฐานข้อมูล <p>การนิเทศ ติดตาม</p> <ul style="list-style-type: none"> • ความคิดเห็นต่อปริมาณและความเพียงพอของการนิเทศ ติดตามจากพื้นที่ภายในจังหวัด • ความคิดเห็นต่อความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการนิเทศ ติดตามจากพื้นที่ภายในจังหวัด <p>รับเรื่องร้องเรียนและแก้ไข</p> <ul style="list-style-type: none"> • ช่องทางการรับเรื่องร้องทุกข์ • ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา 	<p>ปากมดลูกและการตรวจคัดกรองในหญิงกลุ่มเป้าหมาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ทักษะคิดและความตระหนักต่อปัญหาเร่งรัดปากมดลูกในหญิงกลุ่มเป้าหมาย • การยอมรับและไปตรวจคัดกรอง ทั้งความคิดเห็นจากหญิงกลุ่มเป้าหมายและมุมมองผู้ให้บริการ • ความคิดเห็นและความพึงพอใจต่อระบบการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย • เหตุผลในการเข้ารับบริการและไม่รับบริการทั้งในความคิดเห็นของหญิงกลุ่มเป้าหมายและมุมมองผู้ให้บริการ • สัดส่วนของสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวีไอเอควบคู่แปด สเมียร์และตรวจแปด สเมียร์เพียงวิธีเดียว • การประเมินความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในพื้นที่ของผู้ให้บริการ 	<p>ตัวอย่างเป็นอีตราการตรวจคัดกรองของประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ</p> <ul style="list-style-type: none"> • รายงานการสำรวจสำมะโนประชากร สถานการณ์การเจริญพันธุ์ และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข <p>การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p> <ul style="list-style-type: none"> • ภาวะที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก • ความคิดเห็นต่อประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก • การรับรู้และความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน • ความพร้อมของหน่วยงานที่ดำเนินตามนโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน • ปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน
---	---	---	--	---

7.1 การประเมินบริบท (Context)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการตายจากมะเร็ง โดยเป็นการค้นหาผู้ที่มีเซลล์ผิดปกติในระยะเริ่มต้นเพื่อให้เข้ารับการรักษาได้อย่างทันเวลาที่ ซึ่งทำให้ง่ายและมีประสิทธิภาพดีกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาหลังจากตรวจวินิจฉัยแล้วพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก

ประเทศไทยมีความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูก ทั้งอัตราการป่วย การตาย และภาวะค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะจากรัฐบาล ตัวผู้ป่วย รวมถึงผู้ใกล้ชิด เนื่องจากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ปัญหามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข และเป็นปัญหาสุขภาพ 10 ลำดับแรกของหญิงไทย ในปี พ.ศ. 2542 พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของมะเร็งทุกชนิดในเพศหญิง มีอุบัติการณ์เท่ากับ 24.7 ต่อประชากรหญิงหนึ่งแสนคน ในปีเดียวกันนี้พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เกือบ 7,000 ราย (1) ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยจึงเป็นวิธีในการป้องกันและควบคุมปัญหาที่มีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากมะเร็งปากมดลูก

การดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยเริ่มดำเนินการนานกว่า 40 ปี โดยในระยะแรกการดำเนินงานจะอยู่ในส่วนความรับผิดชอบของงานอนามัยแม่และเด็กหรือการวางแผนครอบครัว (20) จากนั้น พ.ศ. 2540 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีโครงการนำร่องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ในจังหวัดนครพนม ต่อมา พ.ศ. 2541-2545 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้เปิดศูนย์มะเร็งจังหวัด 5 ศูนย์ และได้นำแนวคิด กลวิธีในการดำเนินงานตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์มาใช้ในจังหวัดต่างๆ เหล่านั้น (43)

สำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอ เริ่มนำมาทดลองใช้เป็นครั้งแรกที่จังหวัดร้อยเอ็ด (20) เมื่อ พ.ศ. 2543 โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และขยายการให้บริการในจังหวัดที่มีความต้องการและความพร้อมในการให้บริการตรวจด้วยวิธีนี้ และในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวน 17 จังหวัดที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ (19)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ (national cervical cancer screening) ในประเทศไทยเริ่มในปี พ.ศ. 2548 โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และได้ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัดทั่วประเทศ ในผู้หญิงไทยอายุ 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปีให้ตรวจฟรีทุกระยะ 5 ปีด้วยวิธีแปปสเมียร์ และให้ดำเนินการคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์ใน 28 จังหวัด มีการแบ่งกลุ่มอายุในการคัดกรองดังนี้ ในกลุ่มผู้หญิงอายุ 30-45 ปีคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ยกเว้นอายุ 35 และ 40 ปีให้ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ และกลุ่มหญิงอายุ 45, 50, 55, 60 ให้ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ โดยมีกรมการแพทย์รับผิดชอบการดำเนินงานด้วยวิธีแปปสเมียร์ และกรมอนามัยรับผิดชอบการดำเนินงานด้วยวิธีวีไอเอ ครอบคลุมทั้งด้านวิชาการ การดำเนินงาน และระบบข้อมูลสารสนเทศ เริ่มดำเนินการตามโครงการตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2548 และต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน (22)

จากผลสำรวจความคิดเห็นในกลุ่มผู้ให้บริการเมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2553 จำนวน 12 จังหวัด ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของปัญหามะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ที่ตนปฏิบัติงานในระดับปานกลางถึงระดับมาก มีเพียงร้อยละ 14 ของผู้ให้บริการที่เห็นว่าปัญหามะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญน้อยกว่าปัญหาสุขภาพด้านอื่นๆ และผู้ให้บริการมีความคิดเห็นเกี่ยวกับการสนับสนุนวิชาการด้านการนิเทศ

ติดตาม โดยประมาณร้อยละ 80 เห็นว่าส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข) กำหนดช่วงเวลาเพื่อניתดติดตามได้เพียงพอเหมาะสมในระดับดี และเห็นว่าความสม่ำเสมอของการประเมินเหมาะสมในระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 60) แต่ยังมีประมาณร้อยละ 40 ที่เห็นว่าการניתดติดตามไม่สม่ำเสมอ

ส่วนความคิดเห็นของผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดพบว่าผู้บริหารมากถึงร้อยละ 82 มีความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายและวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองในระดับมาก โดยผู้บริหารของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) บางส่วนให้ข้อคิดเพิ่มเติมเป็นไปในทิศทางเดียวกันเกี่ยวกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้มีความชัดเจนทั้งการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปสเมียร์และวิธีวีไอเอ และหากนโยบายของประเทศต้องการให้มีการตรวจคัดกรองเพื่อให้ความครอบคลุมมากขึ้น ส่วนประกอบในด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ กำลังคน เครื่องมือหรืออุปกรณ์ งบประมาณ การบริหารจัดการ จะต้องมีการเพิ่มหรือขยายตามไปด้วย

นอกจากนั้นผู้บริหารโครงการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญของปัญหาหมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง โดยร้อยละ 28 เห็นว่าปัญหาหมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญในระดับปานกลาง ร้อยละ 53 มีความเห็นในระดับมากเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพด้านอื่น นอกจากนี้จะให้ความสำคัญต่อปัญหาหมะเร็งแล้ว ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ 70 ยังเห็นตรงกันว่า การตรวจคัดกรองมีความจำเป็นมากในการที่จะนำมาแก้ไขปัญหาหมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่

7.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input)

จากการสำรวจข้อมูลและความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยนำเข้าในกระบวนการหรือกิจกรรมการตรวจคัดกรองหมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้เกิดการยอมรับและตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย อภิปรายผลแยกตามปัจจัยนำเข้าด้านต่างๆ ดังนี้

ปัจจัยนำเข้าทางด้านบุคลากร

- บุคลากรผู้บริหารโครงการในระดับจังหวัดที่ได้จากการสำรวจครั้งนี้ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน บุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและวางแผนการดำเนินงานตามโครงการในระดับจังหวัดหรือพื้นที่ของตน ดังนั้นจะต้องเข้าใจสถานการณ์ในภาพรวมที่เกี่ยวกับขนาดของปัญหาหมะเร็งปากมดลูกและความครอบคลุมการตรวจคัดกรองในพื้นที่หรือจังหวัดตน ซึ่งนอกจากจะได้รับข้อมูลต่างๆ ของสถานการณ์หมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากรายงานต่างๆ ที่ได้บันทึกแล้วนั้น สิ่งสำคัญประการหนึ่งคือ ประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องในพื้นที่นั้น จากการสำรวจข้อมูล ประมาณร้อยละ 75 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานในพื้นที่มากกว่า 5 ปี มีประมาณร้อยละ 25 ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่ 1-5 ปี การมีประสบการณ์ทำงานในพื้นที่มานานและต่อเนื่องจะทำให้มีความเข้าใจบริบทสังคม วัฒนธรรม วิธีการดำเนินชีวิต การเมืองท้องถิ่น ซึ่งเป็นประโยชน์ในการประกอบการพิจารณาวางแผนการปฏิบัติงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ เข้าถึง และพร้อมจะนำไปพัฒนาให้ตรงกับความต้องการหรือสิ่งที่พื้นที่เหล่านั้นดำรงอยู่ให้มากที่สุด มีผู้บริหารหลายคนให้ความเห็นไปในทางเดียวกันว่า หากบุคลากรที่เป็นผู้วางแผนโครงการมีการเปลี่ยนแปลงโยกย้ายบ่อยครั้ง จะทำให้ขาดความรู้ ทักษะ และการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยถ้าหากรู้ว่าตนเองจะถูกโยกย้ายก็มักจะขาดความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติงานอย่างเสียสละ และในช่วงเวลานั้นมักจะเกิดช่องว่างของการดำเนินงานกิจกรรมในโครงการเป็นต้น

- บุคลากรผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานที่ได้จากการสำรวจเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 93) นั้น อาจจะเป็นจุดแข็งประการหนึ่งที่จะช่วยให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ให้บริการที่เป็นผู้ชาย ซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ให้บริการหญิงทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายไม่อาจที่จะตรวจหรือมีความเข้าใจในความเป็นเพศเดียวกัน

- ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพนักงานหรือนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลวิชาชีพในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ประมาณร้อยละ 48-51) นอกจากนั้นพบว่าผู้ให้บริการมีบทบาทหน้าที่ทั้งการวางแผน ส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ และให้บริการตรวจคัดกรองควบคู่กัน มีเพียงส่วนน้อยที่มีบทบาทหน้าที่เพียงด้านใดด้านหนึ่ง (ประมาณ 1 ใน 20 ของผู้ให้บริการมีบทบาทหน้าที่ตรวจคัดกรองเป็นการเฉพาะ) ซึ่งการที่ผู้ให้บริการมีภาระหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน ประกอบกับการมีทรัพยากรบุคคลในพื้นที่อย่างจำกัด หากมีการบริหารจัดการไม่ดีพอก็อาจส่งผลกระทบต่อทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของกิจกรรมการตรวจคัดกรองได้

- ความเพียงพอของบุคลากร มุมมองของผู้บริหารโครงการเกี่ยวกับการวางแผนด้านกำลังคนสอดคล้องกับความเห็นของผู้ให้บริการ โดยผู้บริหารร้อยละ 50 เห็นว่าจำนวนบุคลากรมีความเพียงพอหรือเหมาะสมในระดับปานกลาง และนอกจากนั้นก็มีประมาณร้อยละ 36-40 ที่ผู้บริหารและผู้ให้บริการเห็นตรงกันว่าบุคลากรยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่

การสำรวจความเห็นของผู้ให้บริการครั้งนี้พบว่าในจังหวัดที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์เพียงอย่างเดียว ผู้ให้บริการร้อยละ 46 เห็นว่าในพื้นที่ที่มีจำนวนบุคลากรที่เพียงพอต่อการทำงานในระดับปานกลาง มีประมาณร้อยละ 36 ที่เห็นว่ายังไม่เพียงพอ ส่วนจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอโอควบคู่ไปด้วย ผู้ให้บริการร้อยละ 49 เห็นว่าจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการทำงานในพื้นที่ มีประมาณร้อยละ 36 และร้อยละ 15 เห็นว่ามีความเพียงพอในระดับปานกลางและระดับมาก ตามลำดับ

เห็นได้ชัดเจนว่าจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอโอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์ยังขาดแคลนบุคลากรจังหวัดดังกล่าว บุคลากรผู้ให้บริการส่วนใหญ่ที่ตรวจคัดกรองวิธีแปปสเมียร์และวิธีไอโอแม้จะเป็นบุคคลคนเดียวกัน ซึ่งนั่นก็จะส่งผลกระทบต่อภาระที่เพิ่มขึ้นของบุคลากรที่มี ข้อจำกัดสำคัญของการเพิ่มบุคลากรวิธีไอโอได้แก่ ผู้ที่สามารถเข้ารับการอบรมได้ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีความสนใจส่วนตัวเป็นพิเศษเพราะต้องรับการอบรมตามระยะเวลาและมาตรฐานที่กรมอนามัยกำหนด อีกทั้งต้องอบรมกับหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากกรมอนามัยซึ่งมีค่อนข้างจำกัด ด้วยข้อจำกัดหรือเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้การขยายจำนวนบุคลากรวิธีไอโอในช่วงที่ผ่านมาไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

ผู้บริหารให้ความเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเพียงพอของบุคลากรว่า บุคลากรมักจะเพียงพอต่อการให้บริการในช่วงเวลาปกติที่มีแผนตรวจคัดกรอง แต่สามารถบริหารจัดการได้ดีในช่วงที่มีการรณรงค์ไม่ว่าจากนโยบายของพื้นที่หรือส่วนกลางก็ตาม ดังนั้นหลายพื้นที่จึงมีการปรับแนวทางเพื่อแก้ปัญหาความไม่เพียงพอของบุคลากรโดยมีกลยุทธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุก เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมายให้มากขึ้น กล่าวคือ หลายพื้นที่จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองเป็นประจำ เช่น ทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดี ควบคู่กับหาโอกาสหรือเทศกาลสำคัญในแต่ละบริบทสังคม ระดมบุคลากรในสถานพยาบาลและใกล้เคียงเพื่อประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจหรือออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ เป็นต้น

ผู้บริหารหลายคนให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ถึงแม้จะขาดแคลนบุคลากรอยู่พอสมควรก็ตาม แต่หากมีการบริหารจัดการที่ดี หรือมีความมุ่งมั่น ตั้งใจจริงที่จะแก้ไขปัญหามะเร็งปากมดลูกแล้ว อาจจะมีการค้นพบแนวทางใหม่และดี ที่จะสามารถลดปัญหาที่เกิดจากการขาดแคลนบุคลากรลงได้

- ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง จากการสำรวจครั้งนี้พบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเกือบทุกประเด็นที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ความเข้าใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ การติดตามหญิงกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจพบความผิดปกติด้วยวิธีแปปสเมียร์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง รวมถึงมีความเข้าใจข้อกำหนดหรือข้อควรพิจารณาอื่นๆ ของการตรวจคัดกรอง เช่น การตรวจคัดกรองในหญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส หรือการตรวจคัดกรองกับหญิงที่หมดประจำเดือนวันสุดท้าย เป็นต้น และมีความเข้าใจเกี่ยวกับระยะห่างของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในครั้งต่อไปตามคู่มือคือ หากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี นอกจากนี้ส่วนใหญ่มองยังมีความเข้าใจในช่วงอายุที่เหมาะสมกับการตรวจคัดกรองด้วยวีไอเอ

แต่ก็พบว่าผู้ให้บริการไม่เข้าใจหรือไม่ทราบในบางประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง เช่น ผู้ให้บริการยังไม่เข้าใจขั้นตอนการรักษาและการติดตามผลการตรวจด้วยวิธีวีไอเอหากพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 52) ไม่ทราบช่วงอายุที่เหมาะสมกับการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ (ร้อยละ 38) อีกทั้งยังมีความสับสนเกี่ยวกับระยะห่างของการเข้ารับบริการตรวจในครั้งต่อไป (ร้อยละ 36) เป็นต้น

- การถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมาย จากการสำรวจความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองดังกล่าว ผู้ให้บริการประเมินการถ่ายทอดความรู้ของตนสู่กลุ่มเป้าหมาย พบว่า ร้อยละ 63 ประเมินว่าตนเองสามารถถ่ายทอดความรู้สู่กลุ่มเป้าหมายได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34 สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ในระดับมาก และมีบางส่วนที่ยังคิดว่าตนเองไม่สามารถถ่ายทอดความรู้เรื่องดังกล่าวสู่หญิงกลุ่มเป้าหมายได้ดีเท่าที่ควร

จากการสำรวจความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง รวมทั้งให้ประเมินตนเองในการถ่ายทอดความรู้แก่หญิงกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ยังมีผู้ให้บริการที่เข้าใจผิดหรือไม่ทราบเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองในบางประเด็น โดยเฉพาะการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ ซึ่งผู้ที่ไม่เข้าใจหรือไม่ทราบส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการด้วยวิธีแปปสเมียร์ หากพิจารณาตามนโยบายการตรวจคัดกรองระดับชาติที่กำหนดให้ประเทศไทยมีการตรวจคัดกรองได้ทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ (จังหวัดที่สมัครใจและมีความพร้อม) ดังนั้นไม่ว่าพื้นที่ที่ให้บริการด้วยวิธีแปปสเมียร์เพียงอย่างเดียวหรือพื้นที่ที่ให้บริการวีไอเอควบคู่ ผู้ให้บริการควรมีความเข้าใจทั้ง 2 วิธีนี้อย่างถูกต้อง เพื่อสามารถอธิบายหรือถ่ายทอดความรู้แก่หญิงกลุ่มเป้าหมายได้ (หากมีข้อสงสัยของหญิงกลุ่มเป้าหมายกรณีได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีวีไอเอจากพื้นที่หรือจากการประชาสัมพันธ์อื่นๆ)

ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สู่หญิงกลุ่มเป้าหมายเป็นบทบาทสำคัญของผู้ให้บริการ ซึ่งทุกคนควรถ่ายทอดได้ในระดับมาก แต่จากการสำรวจโดยให้ประเมินตนเองมีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่มั่นใจว่าตนเองสามารถถ่ายทอดความรู้ได้ในระดับมาก และที่สำคัญมีประมาณร้อยละ 4 ไม่คิดว่าตนเองจะถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมายได้ดี

ดังนั้นหากต้องการเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความมั่นใจในการถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมาย ควรมีการอบรมหรืออบรมฟื้นฟูผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ และที่สำคัญไม่ว่าจะอบรมโดยเน้นหนักการตรวจคัดกรองด้วยวิธีใดก็ตาม ควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีแปปสเมียร์และวิธีไอเอให้ถูกต้องไปพร้อมกัน

- ความรู้ ความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับวิธีไอเอ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ร้อยละ 52 เห็นว่าบุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในระดับมาก รองลงมาร้อยละ 45 เห็นว่ามีในระดับปานกลาง มีเพียงประมาณร้อยละ 3 ที่ยังเห็นว่าบุคลากรวิธีไอเอไม่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเท่าที่ควร ในขณะที่วิธีแปปสเมียร์ มีผู้ให้บริการร้อยละ 28 เห็นว่าบุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในระดับมาก ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 62 เห็นว่ามีในระดับปานกลาง และมีเกือบร้อยละ 10 ที่เห็นว่าบุคลากรแปปสเมียร์ไม่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ

จากข้อมูลข้างต้นนี้ มีความแตกต่างในความคิดเห็นของผู้ให้บริการ 2 วิธี (วิธีไอเอมีผู้เห็นว่าบุคลากรมีความรู้ ความเชี่ยวชาญมากกว่า) ซึ่งอาจเกิดจากการอบรมหรือการอบรมฟื้นฟู จากการสำรวจประวัติเข้ารับการอบรมของผู้ให้บริการ ส่วนใหญ่วิธีแปปสเมียร์จะได้รับการอบรมครั้งล่าสุดก่อนปี พ.ศ. 2550 (ร้อยละ 80) และวิธีไอเอจะได้รับการอบรมครั้งล่าสุดระหว่างปี พ.ศ. 2550-2552 (ร้อยละ 68) อาจจะได้ระยะเวลาของการอบรมครั้งล่าสุดมีผลต่อความรู้สึกของผู้ให้บริการในด้านความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญได้ ดังนั้นเพื่อเพิ่มความมั่นใจอาจจะต้องมีการอบรมเพื่อฟื้นฟูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือบ่อยกว่าเดิมมากขึ้น

- ความสามารถในการตรวจคัดกรองได้ถูกต้อง แม่นยำ ผู้ให้บริการร้อยละ 55 ประเมินความสามารถในการตรวจคัดกรองได้อย่างถูกต้องอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 40 ประเมินความสามารถอยู่ในระดับมาก การตรวจคัดกรองที่ถูกต้อง แม่นยำเป็นสิ่งสำคัญ เพราะมีผลต่อการคัดกรองหรือแยกแยะผู้ที่มีเซลล์ผิดปกติเพื่อรับการรักษา จากการประเมินความสามารถตนเองของผู้ให้บริการส่วนใหญ่ก่อนข้างมีความมั่นใจในความถูกต้อง

ปัจจัยนำเข้าทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือ

- ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจคัดกรอง จากการสำรวจข้อมูลผู้ให้บริการเห็นว่า การตรวจคัดกรองไม่ว่าจะด้วยวิธีใดก็ตาม สถานพยาบาลมีความพร้อมทางด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในระดับปานกลาง (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 49 และวิธีไอเอร้อยละ 42) จนถึงมาก (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 28 และวิธีไอเอร้อยละ 39) มีความเห็นว่าอุปกรณ์หรือเครื่องมือยังไม่เพียงพอหรือยังมีน้อยทั้ง 2 วิธีใกล้เคียงกันนั้น (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 23 และวิธีไอเอร้อยละ 19) อาจจะสรุปได้ว่า ปัจจุบันไม่ว่าจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปปสเมียร์หรือตรวจด้วยวิธีไอเอควบคู่ ต่างก็มีความพร้อมในด้านอุปกรณ์และเครื่องมือพอสมควร แต่หากจะทำให้ครอบคลุมมากขึ้นอาจจะต้องสำรวจความต้องการและเพิ่มในพื้นที่ที่ยังขาดแคลน

ปัจจัยนำเข้าทางด้านงบประมาณ

- งบประมาณที่ได้รับจัดสรร ในภาพรวมผู้ให้บริการมากกว่าครึ่งหนึ่งเห็นว่าได้รับจัดสรรเพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองในระดับปานกลางจนถึงมาก มีประมาณร้อยละ 40 ที่เห็นว่างบประมาณที่ได้รับยังไม่เพียงพอ สำหรับผู้บริหารคิดเห็นประเด็นดังกล่าวสอดคล้องกับผู้ให้บริการคือ ร้อยละ 55 เห็นว่าการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนมีความเพียงพอในระดับปานกลาง และมีประมาณจำนวน 1 ใน 10 เห็นว่ามีในระดับมาก การตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ ผู้ให้บริการเห็นว่างบประมาณที่ได้รับยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรม โดยหลายคนมองว่าถึงแม้ปัจจุบันวิธีดังกล่าวมีความพร้อมของอุปกรณ์และเครื่องมือพอสมควรแล้ว

แต่เนื่องจากมีหลายขั้นตอนกว่าที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับทราบผลของตนเอง ดังนั้นงบประมาณต่างๆ ก็ต้องถูกจัดสรรไปตามขั้นตอนเหล่านั้น อีกทั้งวัตถุประสงค์นโยบายของการตรวจเพื่อให้ครอบคลุมการให้บริการร้อยละ 80 หรือมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เฉพาะกิจ ยิ่งทำให้ต้องมีค่าใช้จ่ายกำลังคน รวมทั้งทรัพยากรอื่นๆ มากขึ้น ส่วนนี้จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้งบประมาณที่ได้รับจัดสรรที่ผ่านมายังไม่เพียงพอ

สำหรับผู้บริหารโครงการให้ความเห็นว่า การจ่ายค่าชดเชยการให้บริการตรวจคัดกรองตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. ดังอัตราปัจจุบันที่อาศัยการคำนวณบนพื้นฐานที่ว่าอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ในแต่ละพื้นที่มีความพร้อมหรือสามารถบริหารจัดการได้ ดังนั้นบางพื้นที่ที่ยังขาดอุปกรณ์ เครื่องมือ หรือต้องการปรับปรุงสถานที่ในการตรวจคัดกรองเพิ่มเติม จะต้องจัดสรรงบประมาณที่ได้รับชดเชยตามจำนวนที่ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง บางพื้นที่จึงต้องจัดสรรงบประมาณลดหลั่นตามสัดส่วนกิจกรรม จากการสำรวจมีผู้บริหารประมาณร้อยละ 33 ที่เห็นว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรยังไม่เพียงพอต่อการจัดสรรเพื่อดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญงบประมาณที่ได้รับจัดสรรนี้ บางพื้นที่ให้ค่าตอบแทนที่ลดหลั่นลงไป เป็นผลให้ผู้ปฏิบัติงานไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยนำเข้าทางด้านการบริหารจัดการ

- ความพร้อมในการปฏิบัติงานและการบริหารจัดการของหน่วยงานภายในพื้นที่ จากการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้บริหารเห็นว่าการปฏิบัติงานของหน่วยงานในระดับจังหวัดมีความพร้อมในระดับปานกลางและระดับมากใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 48 และร้อยละ 46 ทั้งเรื่องกำลังคน เครื่องมือ อุปกรณ์ งบประมาณ รวมทั้งงานด้านวิชาการ เช่น การอบรม การติดตาม เป็นต้น มีประมาณร้อยละ 5 ที่คิดว่าพื้นที่ตนยังไม่มีความพร้อมในเรื่องต่างๆ เหล่านี้มากนัก
- ด้านวิชาการ ผู้บริหารร้อยละ 56 เห็นว่าการสนับสนุนด้านวิชาการจากส่วนกลาง ได้แก่ การอบรม การตรวจคัดกรอง ทั้งบุคลากรรายใหม่หรือการอบรมฟื้นฟูในพื้นที่ ได้รับการสนับสนุนเพียงพอในระดับปานกลาง มีประมาณร้อยละ 22 คิดว่าเพียงพอในระดับมาก แต่ยังมีประมาณร้อยละ 22 คิดว่าการสนับสนุนด้านวิชาการยังไม่เพียงพอเท่าที่ควร

มุมมองผู้ให้บริการที่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความต้องการให้ผู้บริหารระดับจังหวัดหรือส่วนกลางให้ความสำคัญต่อการอบรมฟื้นฟูบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสถานีอนามัยจะเป็นฐานสำคัญสำหรับกิจกรรมการตรวจคัดกรอง เนื่องจากเป็นสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ดังนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ควรมีความถูกต้องและชัดเจนที่สุด

7.3 การประเมินกระบวนการ/กิจกรรม (Process/Activity)

จากการสำรวจและเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลการดำเนินกิจกรรมหรือกระบวนการในกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย แบ่งเป็นรายการกิจกรรมหรือกระบวนการ มีรายละเอียดดังนี้

ภาพรวมทุกกิจกรรมหรือกระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้บริหารและผู้ให้บริการมีความเห็นในเชิงบวกเกือบทุกประเด็น และเมื่อพิจารณาแยกการตรวจเป็น 2 วิธี ต่างก็มีความเห็นต่อกิจกรรมหรือกระบวนการในเชิงบวกเหมือนกันทั้งวิธีแปป smear หรือวิธีไอเอ แต่จะมีบางประเด็นที่แตกต่างกัน เช่น ความชำนาญในการตรวจคัดกรอง การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา เป็นต้น

กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- กิจกรรมการอบรมหรือการอบรมฟื้นฟูในภาพรวมของผู้บริหารที่วางแผนดำเนินโครงการระดับพื้นที่ร้อยละ 56 เห็นว่าการอบรมฟื้นฟูบุคลากรมีความสม่ำเสมอในระดับดี แต่ก็มีผู้บริหารประมาณร้อยละ 30 ที่ยังเห็นว่าการอบรมที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตนไม่สม่ำเสมอ หากได้รับการอบรมฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้นจะส่งผลต่อความรู้ที่จะถ่ายทอดสู่หญิงกลุ่มเป้าหมายและทำให้ผลการตรวจคัดกรองมีความถูกต้องแม่นยำเพิ่มมากขึ้น และที่สำคัญอาจจะต้องเน้นไปที่กลุ่มเจ้าหน้าที่อนามัยที่รับผิดชอบและใกล้ชิดหญิงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด

- การยอมรับและความน่าเชื่อถือของวิธีตรวจคัดกรอง จากการสำรวจพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าการตรวจคัดกรองใน 2 วิธีมีความน่าเชื่อถือในระดับปานกลาง (วิธีแปป smear ร้อยละ 55 และวิธีไอเอร้อยละ 47) จนถึงน่าเชื่อถือมาก (วิธีแปป smear ร้อยละ 43 และวิธีไอเอร้อยละ 49) ซึ่งจากข้อมูลความคิดเห็นดังกล่าวนี้สามารถสรุปได้ว่าไม่ว่าจะเป็นวิธีแปป smear หรือวิธีไอเอที่ใช้ในประเทศไทย ผู้ให้บริการยอมรับและให้ความน่าเชื่อถือในระดับดีต่อการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่

- ระยะเวลาการตรวจ จากการสำรวจในหญิงกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปป smear และวิธีไอเอ หญิงกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่าใช้เวลาไม่นานมากนัก จะอยู่ที่ภายใน 1 ชั่วโมง แต่ทั้ง 2 วิธีมีหญิงกลุ่มเป้าหมายประมาณร้อยละ 20-25 เห็นว่ารอนานกว่า 1 ชั่วโมง

- วิธีการแจ้งผลและระยะเวลาการแจ้งผล สถานพยาบาลที่ตรวจด้วยวิธีแปป smear ผู้ให้บริการให้ข้อมูลว่าส่วนมากจะแจ้งผลให้หญิงที่มาตรวจคัดกรองทราบนานกว่า 4 สัปดาห์ (ร้อยละ 61) สถานพยาบาลที่ตรวจด้วยวิธีไอเอเกือบทั้งหมดแจ้งผลทันทีในวันที่ตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 93)

ตามหลักเกณฑ์ของการตรวจคัดกรองแล้ว หญิงที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกคนจะต้องได้รับผลตรวจของตนทุกคน ที่ผ่านมาการแจ้งผลตรวจคัดกรองในแต่ละสถานพยาบาลใช้หลายวิธีควบคู่กัน แต่วิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การแจ้งผ่าน อสม. (ร้อยละ 47) สำหรับการแจ้งผลผ่านทางโทรศัพท์ หลายพื้นที่ได้นำมาเป็นทางเลือกมากขึ้น สำหรับเงื่อนไขการแจ้งผลให้ทราบหากผิดปกติ มีสถานพยาบาลร้อยละ 36 ใช้วิธีการนอริบายในวันตรวจคัดกรองแก่หญิงกลุ่มเป้าหมาย จากการสำรวจผู้รับบริการที่เป็นหญิงกลุ่มเป้าหมาย การอธิบายเงื่อนไขในวันตรวจคัดกรองว่าจะแจ้งผลให้ทราบหากพบความผิดปกติ เป็นวิธีที่หญิงกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะได้รับผลจากการตรวจด้วยวิธีแปป smear ซึ่งเงื่อนไขนี้จะใช้เวลา 1-2 เดือน

การแจ้งผลด้วยการอธิบายเงื่อนไขดังที่ได้กล่าวมาข้างต้นยังไม่แน่ใจว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายจะได้ทราบผลของตนเองจริงหรือไม่ ซึ่งหญิงกลุ่มเป้าหมายหลายคนอยากให้มีการแจ้งผลให้ทราบเป็นเอกสาร หลักฐาน หรือแจ้ง

ผ่านทางใดทางหนึ่ง เช่น ผ่าน อสม. จดหมาย โทรศัพท์ เป็นต้น โดยมีเหตุผลว่าช่วงที่อยู่ในระยะเวลาตามเงื่อนไข พวกเขาจะรอดอยผลตรวจอย่างใจจดใจจ่อ และหากครบกำหนดระยะเวลาตามเงื่อนไข ก็ไม่แน่ใจในผลตรวจของตนเอง ยิ่งกลัวว่าผลตรวจนั้นอาจผิดพลาด หรือไม่เอกสารหรือการแจ้งผลจะตกหล่นไป และที่สำคัญมีประมาณร้อยละ 6 ไม่ได้รับทราบผลตรวจเลย ส่วนวิธีวีไอเอเกือบทั้งหมดทราบผลทันทีในวันตรวจ ยกเว้นบางรายที่ต้องวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยส่วนใหญ่จะได้ผลตรวจวิธีวีไอเอด้วยการแจ้งกลับจากเจ้าหน้าที่ไม่เกิน 2-3 สัปดาห์

- การส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษา ผู้ให้บริการมีมุมมองการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือรักษาของ 2 วิธีนี้แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะวิธีวีไอเอหลังตรวจพบความผิดปกติจะรักษาด้วยการจีเอ็นทันที ผู้ให้บริการสูงถึงร้อยละ 60 จึงเห็นว่าวิธีนี้มีความรวดเร็วต่อการรักษาในระดับมาก แต่วิธีแปลสมียร์มีหลายขั้นตอนกว่าจะรู้ว่ามีปัญหาผู้ป่วยมีความผิดปกติของเซลล์ และหลังจากทราบผลจะต้องมีการส่งผลกลับแก่หญิงกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 3-4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของวิธีการและก็เป็นเหตุผลที่หลายพื้นที่นำวิธีวีไอเอมาใช้ในกิจกรรมการตรวจคัดกรอง ถึงแม้ว่าการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปลสมียร์จะมีหลายขั้นตอนแต่กลับพบว่าความล่าช้าของการส่งต่อวินิจฉัยหรือรักษาไม่ได้เป็นปัญหาสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมมากนัก จากผลการสำรวจของผู้ให้บริการร้อยละ 49 เห็นว่าวิธีแปลสมียร์มีความรวดเร็วต่อการวินิจฉัยหรือรักษาในระดับปานกลาง ร้อยละ 34 เห็นว่ามีความรวดเร็วระดับมาก และมีประมาณ 1 ใน 5 ที่เห็นว่าแปลสมียร์มีความล่าช้า เนื่องจากการทราบผลตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ล่าช้า ทำให้การส่งตรวจวินิจฉัยหรือรักษาล่าช้าตามไปด้วย

- ความร่วมมือและการประสานงาน การให้ความร่วมมือและเกิดการประสานงานที่ดีส่วนหนึ่งเกิดจากการชี้แจงแผนยุทธศาสตร์จังหวัดของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สสจ. สสอ. รพ. และผู้ให้บริการในพื้นที่อย่างชัดเจน ในการวางแผนการดำเนินงานร่วมกันทั้งจังหวัดที่ผ่านมา ผู้บริหารประเมินว่าการวางแผนและการประสานงานระหว่างหน่วยงานหรือขั้นตอนต่างๆ ในพื้นที่ทำได้ระดับดีจนถึงดีมาก มีประมาณร้อยละ 7-8 ที่เห็นว่ายังดำเนินการได้ไม่ดีนัก

- ความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองในชุมชน เช่น อสม. กลุ่มแม่บ้าน ผู้นำชุมชน ถือว่า การให้ความร่วมมือจากบุคคลเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้กิจกรรมตรวจคัดกรองเกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ประเมินการให้ความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องข้างต้นในเกณฑ์ที่ดีหรือดีมาก แต่ประมาณ 1 ใน 10 ที่เห็นว่าความร่วมมือจากบุคคลต่างๆ ดังกล่าวยังมีน้อย ดังนั้นอาจต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงกลวิธีเพื่อสร้างการยอมรับและให้ความร่วมมือจากคนกลุ่มนี้ แต่หากการให้ความร่วมมืออยู่ในเกณฑ์ดีควรที่จะต้องส่งเสริม สนับสนุนให้คงอยู่และดีมากขึ้น

- การมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่ต่อกิจกรรมตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการโดยรวมประเมินการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเห็นว่าทั้งก่อนตรวจ ช่วงการตรวจ หรือหลังตรวจคัดกรองมีระดับความร่วมมืออยู่ในเกณฑ์ที่ดีหรือดีมาก แต่มีประมาณร้อยละ 25 ที่ยังเห็นว่าการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนยังมีน้อย

- ความหลากหลายของแนวทางการให้บริการตรวจคัดกรอง ความครอบคลุมของการเข้าถึงบริการในหญิงกลุ่มเป้าหมาย นอกจากจะเป็นการทำงานเชิงรับแล้ว จำเป็นต้องมีการพัฒนาแนวทางหรือกลวิธีเชิงรุกอื่นๆ ให้มีความหลากหลายและจำเพาะในหญิงบางกลุ่มที่ไม่มาตรวจคัดกรอง หรือจำเพาะในบางพื้นที่ที่การ

บริการเข้าไปไม่ถึงด้วย จากข้อมูลการสำรวจ ผู้บริหารและผู้ให้บริการเห็นในทิศทางเดียวกันว่า พื้นที่ที่มีความหลากหลายของแนวทางหรือกลวิธีการให้บริการในระดับปานกลาง (ประมาณร้อยละ 45-46) ร้อยละ 30-40 เห็นว่ามีอยู่ในระดับมาก มีผู้ให้บริการประมาณ 1 ใน 5 และผู้บริหารประมาณ 1 ใน 10 ยังเห็นว่าพื้นที่ที่มีความหลากหลายในระดับน้อย ซึ่งจำเป็นต้องคิดกลวิธีที่จะทำให้เข้าถึงการบริการได้มากกว่าที่เป็นอยู่ จากการสำรวจพบว่าแนวทางหรือกลวิธีการให้บริการที่ดำเนินงานมีทั้งเชิงรุกและรับ เช่น การออกหน่วยเคลื่อนที่ การเพิ่มวันตรวจที่สถานพยาบาล การรณรงค์ตามเทศกาลสำคัญ เป็นต้น ความหลากหลายของการตรวจคัดกรองจะมาพร้อมกับการประชาสัมพันธ์ ดังนั้นหากต้องการให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมากขึ้นจะต้องมีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย เพื่อสร้างการยอมรับและส่งเสริมให้ทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรอง รวมทั้งสร้างความตระหนักต่อปัญหาที่เกิดขึ้นของการเป็นมะเร็งไปพร้อมกัน

กิจกรรมการประชาสัมพันธ์

- ภาพรวมของการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ที่ผ่านมา ผู้ให้บริการเห็นว่าอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ทั้งความหลากหลายของวิธีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ความถี่ และความเหมาะสมกับบริบทสังคม วัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ แต่หากได้รับการปรับปรุงแก้ไขมากขึ้น โดยเฉพาะเพิ่มความหลากหลายของวิธีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์จะทำให้การตรวจคัดกรองได้รับการยอมรับและมีหญิงกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น
- จำนวนครั้งหรือความถี่การประชาสัมพันธ์ ผู้ให้บริการร้อยละ 63 เห็นว่าเหมาะสมดีปานกลาง ร้อยละ 26 เห็นว่าเหมาะสมดีมาก และประมาณร้อยละ 11 ของผู้ให้บริการที่เห็นว่าจำนวนครั้งหรือความถี่ในการประชาสัมพันธ์ยังไม่มีความเหมาะสมมากนัก
- ผู้ให้บริการประมาณร้อยละ 24 เห็นว่าวิธีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ในพื้นที่รับผิดชอบยังไม่มี ความหลากหลาย โดยมีความเห็นเพิ่มเติมเน้นหนักไปที่การขาดงบประมาณและยังมิได้รับการสนับสนุนทางวิชาการ แต่หากพิจารณาเพิ่มเติมแล้ววิธีการรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ในพื้นที่รับผิดชอบจะมีความหลากหลายได้ ผู้รับผิดชอบในพื้นที่จำเป็นต้องมีการวางแผนรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เป็นการเฉพาะ ซึ่งต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการประชาสัมพันธ์จากส่วนกลางจะเป็นส่วนช่วยกระตุ้นแผนกิจกรรมตามนโยบาย จากการสำรวจ ผู้ให้บริการร้อยละ 66 เห็นว่ากิจกรรมการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมในระดับดี ร้อยละ 18 เห็นว่าเหมาะสมระดับดีมาก และประมาณร้อยละ 16 ของผู้ให้บริการเห็นว่ายังไม่มี ความเหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมมากนัก ดังนั้นหากจะเพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มีความหลากหลายและมีความเหมาะสม ต้องเริ่มจากผู้ให้บริการในพื้นที่เป็นคนวางแผนโดยพิจารณาถึงบริบทแวดล้อมเป็นสำคัญ
- การดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรอง ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าการประสานงานในระดับดีมาก เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ไม่ว่าจะตรวจด้วยวิธีแปป smear (ร้อยละ 55) หรือวีไอเอ (ร้อยละ 56) การประสานงานเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมเป็นส่วนสำคัญต่อกิจกรรมการตรวจคัดกรอง ทั้งการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล การเชิญชวนให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรอง โดยผู้ให้บริการบางพื้นที่พยายามนำกลุ่มที่เกี่ยวข้องในชุมชนที่มีบทบาทต่างๆ กันเข้าร่วมมากขึ้น เช่น ผู้นำชุมชน เด็ก เยาวชน ผู้ชายหรือสามี กลุ่มแม่บ้าน รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น อบต. โรงเรียน เป็นต้น

ระบบข้อมูลและการรายงาน

- ทั้งวิธีแปลสเมียร์และวีไอเอ ผู้บริหารมีความมั่นใจในข้อมูลที่นำมาใช้ในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์การควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในจังหวัด โดยเห็นว่าระบบข้อมูลและการรายงานกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นปัจจุบันในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66) จนถึงระดับดีมาก (ร้อยละ 23) สอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ให้บริการแต่ละพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่เห็นว่าการรายงานข้อมูลที่ผ่านมาเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกต้อง รวดเร็ว และเป็นปัจจุบันในระดับปานกลาง (วิธีแปลสเมียร์ร้อยละ 58 และวิธีวีไอเอร้อยละ 48) มีประมาณร้อยละ 15 ที่เห็นว่าวิธีวีไอเอมีระบบของการรายงานที่ถูกต้องมากกว่าวิธีแปลสเมียร์ อีกทั้งประมาณร้อยละ 11 ของผู้ให้บริการตรวจด้วยวิธีแปลสเมียร์ และร้อยละ 7 ของผู้ให้บริการตรวจด้วยวิธีวีไอเอเห็นว่าการรายงานไม่เป็นระบบ ล่าช้า ไม่ถูกต้องนัก

- ผู้บริหารเห็นว่าการนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้เพื่อบันทึก มีความถูกต้อง สามารถดึงข้อมูลมาใช้งานวางแผนการดำเนินการในอนาคตได้ ซึ่งโดยรวมแล้วเห็นว่าระบบข้อมูลมีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 59) ถึงดีมาก (ร้อยละ 30) แต่อย่างไรก็ตาม วิธีการบันทึก ความถูกต้อง และการดึงข้อมูลเพื่อมาใช้วางแผนการดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ต้องเรียนรู้และเข้าใจในโปรแกรม รวมทั้งต้องสะสมประสบการณ์การใช้งานโปรแกรมอยู่เสมอ ดังนั้นผู้บริหารจึงเห็นว่าจำเป็นต้องมีการอบรมการใช้โปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ และไม่ควรเปลี่ยนแปลงโปรแกรมบ่อยมากนักเพราะอาจเกิดความสับสน ทุกครั้งที่มีการปรับเปลี่ยนเหมือนกับต้องเริ่มต้นใหม่

การประเมินข้อมูลที่เก็บรวบรวมในพื้นที่ในด้านผู้ให้บริการมีความเห็นสอดคล้องกับผู้บริหารโครงการ โดยเห็นว่าระบบข้อมูลในการตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธีมีประโยชน์ในการวางแผน ปรับปรุงงานในระดับปานกลาง จนถึงในระดับมาก มีประมาณร้อยละ 8 ของผู้ให้บริการตรวจด้วยวิธีแปลสเมียร์ และร้อยละ 10 ของผู้ให้บริการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ เห็นว่าฐานข้อมูลน่าจะต้องได้รับการปรับปรุง ดังนั้นอาจแสดงได้ว่าฐานข้อมูลในปัจจุบันมีความน่าเชื่อถือ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์เพื่อการวางแผน ปรับปรุงกลวิธีการดำเนินงานในพื้นที่ได้ดีพอสมควร

กิจกรรมการนิเทศ ติดตาม

- ผู้ให้บริการร้อยละ 60 เห็นว่าการนิเทศ ติดตามของผู้รับผิดชอบภายในจังหวัดมีความเหมาะสมและเพียงพอในระดับปานกลาง มีประมาณร้อยละ 10 ที่เห็นว่ามีความเหมาะสมและเพียงพอในระดับมาก แต่ยังมีประมาณร้อยละ 30 เห็นว่าผู้รับผิดชอบภายในจังหวัดควรต้องมีการนิเทศ ติดตามมากกว่าที่เป็นอยู่ ในด้านความสม่ำเสมอของการนิเทศ ติดตาม ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความสม่ำเสมอเหมาะสมในระดับปานกลางและมาก แต่มีประมาณร้อยละ 20 ที่เห็นว่าการนิเทศ ติดตามของผู้รับผิดชอบภายในพื้นที่จังหวัดไม่มีความสม่ำเสมอ ดังนั้นหากจะแก้ไขในช่วงแรก ส่วนกลางจากกระทรวงสาธารณสุขควรมีการลงพื้นที่เพื่อนิเทศ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ และผู้รับผิดชอบในระดับพื้นที่เองก็ต้องเพิ่มจำนวนการนิเทศ ติดตามให้เหมาะสมกับเวลา การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ด้วย

การรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไข

- จัดได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ให้บริการประมาณร้อยละ 34 เห็นไปในทางเดียวกันว่า ช่องทางหรือแนวทางเพื่อรับทราบปัญหาที่เกิดจากกิจกรรมหรือการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย ซึ่งปัญหาต่างๆ ควรได้รับเสียงสะท้อนหรือร้องเรียนกลับโดยตรงจากหญิงกลุ่มเป้าหมาย หากมีการเพิ่มวิธีการหรือช่องทาง เช่น การออกเยี่ยมบ้าน การสนทนากลุ่ม การประชุมหมู่บ้าน หรือรับทราบผ่านทางผู้เกี่ยวข้องในชุมชน จะเป็นช่องทางหนึ่งที่จะได้รับเสียงสะท้อนนั้นๆ

- หากได้รับเสียงสะท้อนจากหญิงกลุ่มเป้าหมายหรือในชุมชน ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เห็นไปในทิศทางเดียวกันว่า ปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ เหล่านี้ ร้อยละ 65 จะได้รับการแก้ไขในระดับปานกลาง ร้อยละ 21 จะได้รับการแก้ไขในระดับดีมาก และมีประมาณร้อยละ 14 ที่ยังเห็นว่าปัญหาต่างๆ ไม่ได้ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงทีเท่าที่ควร ซึ่งหมายความว่าหากได้รับการสะท้อนปัญหามากเท่าใด ก็จะมีโอกาสที่จะได้รับการแก้ไขมากขึ้นเท่านั้น

7.4 การประเมินผลผลิต (Product)

การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ของกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา แยกอภิปรายการประเมินได้เป็น 3 ลักษณะคือ 1) การประเมินผลผลิตการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการสำรวจ การถ่วงน้ำหนักเพื่อประมาณค่าอัตราการตรวจคัดกรองระดับประเทศ รวมทั้งอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการสำรวจอื่นที่เกี่ยวข้อง และ 3) การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีรายละเอียดดังนี้

การประเมินผลผลิตการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

การดำเนินโครงการตรวจคัดกรองที่ผ่านมา หญิงกลุ่มเป้าหมายเกือบทั้งหมดเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ช่องทางสำคัญที่ทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องนี้ ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล และสื่อสาธารณะอื่นๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เป็นต้น และจากการสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับอิทธิพลของสื่อสาธารณะต่อการเข้ารับบริการตรวจของหญิงกลุ่มเป้าหมายของการศึกษานี้ พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติว่า หญิงที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากสื่อสาธารณะมีแนวโน้มเข้ารับบริการตรวจมากกว่าหญิงที่ไม่ได้รับเกือบ 3 เท่า

ดังนั้นการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้ผ่าน อสม. เป็นวิธีการสื่อสารที่ค่อนข้างมีอิทธิพลต่อหญิงกลุ่มเป้าหมายในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้โทรทัศน์ วิทยุก็เป็นสื่อที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองที่สำคัญอีกทางหนึ่งด้วยเช่นกัน

ความรู้ ความเข้าใจมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

- หญิงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากมีความรู้ ความเข้าใจถูกต้องเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ความจำเป็นที่ต้องตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ สถานที่ตรวจ ปัจจัยเสี่ยง และอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้จะมีความรู้ที่ดีเป็นส่วนใหญ่ แต่ก็พบสัดส่วนความเข้าใจผิดค่อนข้างสูงในบางประเด็นที่ควรต้อง

แก้ไข เช่น เข้าใจว่าตรวจคัดกรองได้เฉพาะหลังจากที่โรคมะเร็งแสดงออกมาเท่านั้น (ร้อยละ 59) ไม่ทราบหรือไม่มั่นใจว่าอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูกมีอะไรบ้างบอกได้บ้าง (ร้อยละ 36) รวมทั้งยังไม่ทราบสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เป็นตัวการทำให้มีการติดเชื้อโรคและนำไปสู่การเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 22) เป็นต้น

ซึ่งความเข้าใจผิดเหล่านี้มีผลต่อความไม่ตระหนักถึงปัญหา และทำให้ไม่เห็นความสำคัญหรือความจำเป็นที่จะไปตรวจคัดกรอง ดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในประเด็นเข้าใจผิดข้างต้น

ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- หญิงกลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ส่งเสริมต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองทั้งเกี่ยวกับวิธีที่ใช้ตรวจความปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูกตรวจเป็นประจำ ทัศนคติด้านข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะรวมทั้งบุคคลใกล้ชิดในครอบครัว แต่ในบางทัศนคติ ได้แก่ คิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงน้อยหรือไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย มีความวิตกมากถ้าไปตรวจแล้วพบผลตรวจผิดปกติไม่ว่าจะเป็นระยะเริ่มต้นหรือระยะเป็นมะเร็ง ซึ่งทัศนคตินี้อาจมีผลมาจากความรู้ ความเข้าใจที่ผิด ซึ่งจะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการยอมรับและเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ดังนั้นหากส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติได้

การยอมรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- อสม. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/โรงพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่สนับสนุนให้เกิดการยอมรับและมาตรวจคัดกรอง โดยการสำรวจครั้งนี้พบว่าเหตุผลที่หญิงกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มาตรวจคัดกรอง เกิดจากบุคคลกลุ่มนี้ชี้แจงและแนะนำให้มาตรวจถึงร้อยละ 50

- เหตุผลที่ว่าการต้องการตรวจสุขภาพตนเองเนื่องมาจากมีความสนใจ ตระหนักต่อสุขภาพ กลัวการเป็นมะเร็ง มีมากกว่า 1 ใน 3 ของเหตุผลทั้งหมดที่หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรอง (ร้อยละ 37) ทั้งนี้อาจเป็นผลสืบเนื่องจากการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์เพื่อเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนนำไปสู่การมีทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพและเกิดการยอมรับในที่สุด

- หญิงกลุ่มเป้าหมายประมาณร้อยละ 11 มาตรวจคัดกรองเพราะมีอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวมาก เป็นต้น เหตุผลนี้อาจจะตรงกับความเข้าใจที่ว่า การตรวจคัดกรองทำได้เฉพาะหลังจากที่โรคมะเร็งแสดงออกมาเท่านั้น ซึ่งผิดวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและป้องกันการลุกลาม แม้ว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายเกือบทั้งหมดจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดี แต่ยังไม่พบประเด็นเหตุผลที่ปรากฏนี้ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรู้ในประเด็นนี้ให้ถูกต้อง

- เหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเพราะอายุเจ้าหน้าที่หรือไม่มีเวลาไม่ใช่เหตุผลหลักในปัจจุบัน ซึ่งอาจเป็นเพราะปัญหานี้ได้รับการแก้ไขไปในทางที่ดีแล้ว แต่การสำรวจนี้กลับพบว่าเหตุผลสำคัญที่หญิงกลุ่มเป้าหมายไม่ตรวจคัดกรองเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติและคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งหญิงที่ให้เหตุผล 2 ข้อนี้อาจเป็นกลุ่มที่มีลักษณะความคิดคล้ายกันและ/หรือเป็นกลุ่มเดียวกับผู้ให้เหตุผลว่าไปตรวจคัดกรองเพราะมีอาการผิดปกติทางร่างกายก็เป็นได้ (ข้อมูลจากการสำรวจ) ดังนั้นอาจจะต้องจำแนกคนกลุ่มนี้เพื่อหาทวิวิธีจำเพาะในการประชาสัมพันธ์

- อย่างไรก็ตามเหตุผลที่หญิงกลุ่มตัวอย่างไม่ไปตรวจคัดกรอง เพราะอายุเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 17) หรือไม่มีเวลา (ร้อยละ 18) ก็ไม่ควรลดหย่อนการปรับปรุงหรือแก้ไข แนวทางหรือวิธีการโดยการให้เจ้าหน้าที่หญิงเป็นคนตรวจหรือให้เจ้าหน้าที่หญิงจากสถานพยาบาลอื่นมาตรวจให้ หรือถามความสมัครใจก่อนตรวจ รวมถึงกลวิธีให้หญิงกลุ่มเป้าหมายที่เคยตรวจหรือ อสม.เล่าประสบการณ์ในการตรวจ เพื่อใช้แก้ปัญหาความอาย หรือเพิ่มจำนวนวันชั่วโมงตรวจมากขึ้น นำรถหน่วยบริการเคลื่อนที่ถึงกลุ่มหรือพื้นที่เป้าหมาย วิธีการเหล่านี้ยังคงมีความจำเป็นและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง แต่หากมีวิธีใหม่ๆ เพื่อแก้ไขปรับปรุงเหตุผลเหล่านี้ก็ถือว่าเป็นเรื่องที่ดี

- ในมุมมองของผู้ให้บริการ เหตุผลแรกๆ ที่คิดว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง คือ การได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ (ทั้งจาก รพ. สอ. อสม.) การมีอาการผิดปกติทางช่องคลอด การทราบและเข้าใจถึงอันตรายจากมะเร็งปากมดลูก สำหรับเหตุผลอายุเจ้าหน้าที่ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก คือเหตุผลแรกๆ ที่ผู้ให้บริการคิดว่าทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง

จากมุมมองของผู้ให้บริการดังกล่าว เห็นได้ว่าเหตุผลการเข้ารับบริการของหญิงกลุ่มเป้าหมายตรงกับในมุมมองของผู้ให้บริการ แต่เหตุผลของการไม่เข้ารับบริการจะมีความแตกต่างกัน (หญิงกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่เข้ารับบริการเป็นเพราะตนเองไม่มีอาการผิดปกติ ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยง ไม่มีเวลา ส่วนเหตุผลอายุเจ้าหน้าที่เป็นเหตุผลลำดับต่อมา) ดังนั้นความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน อาจจะมีผลต่อการเสนอแนวทางหรือวิธีการให้บริการไม่ตรงกับสภาพปัญหาหรือความต้องการของหญิงกลุ่มเป้าหมายได้

การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- จากข้อมูลการสำรวจ มีสถานพยาบาลประมาณร้อยละ 30 ที่ให้บริการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ นอกนั้นเป็นสถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยแปปสเมียร์เพียงอย่างเดียว ปัจจุบันจากข้อมูลของกรมอนามัยพบว่ามี 27 จังหวัดที่ตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ แต่บางจังหวัดให้บริการด้วยวิธีวีไอเอแต่ยังไม่ครอบคลุมทั้งหมด

- สถานพยาบาลภาครัฐเป็นสถานที่ที่หญิงกลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะสถานีอนามัย (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 56 และวิธีวีไอเอร้อยละ 66) มีประมาณร้อยละ 14 ของหญิงกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในคลินิกหรือสถานพยาบาลเอกชน

- มีการตรวจคัดกรองหญิงกลุ่มเป้าหมาย ประมาณร้อยละ 50 ระบุว่าตนเองได้คำแนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวให้ห่างจากโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ รองลงมาเป็นการอธิบายวิธีทราบผลตรวจ แนะนำ และนัดหมายครั้งต่อไป แต่มีประมาณ 1 ใน 3 ที่ไม่แน่ใจหรือรับรู้ได้ว่าตนเองไม่ได้รับการอธิบายใดๆ เลย ซึ่งช่วงเวลากการตรวจคัดกรองนี้เป็นโอกาสที่ควรประชาสัมพันธ์ความรู้ สร้างทัศนคติที่ดี และอาจจะร่วมวิเคราะห์วิธีการหรือแนวทางเพื่อชักชวนหญิงกลุ่มเป้าหมายคนอื่นๆ ให้มาตรวจคัดกรอง

- หากผลการตรวจปกติ น้อยรายที่จะได้รับคำแนะนำทั้งการปฏิบัติตัวและการนัดหมายในการตรวจครั้งต่อไป โดยส่วนใหญ่จะได้รับการพบเพียงแค่ผลตรวจ (ร้อยละ 67) แต่หากมีผลผิดปกติ ทุกรายก็จะได้รับคำแนะนำหรือวิธีการทางการแพทย์ที่เหมาะสมต่อไป

- ประมาณร้อยละ 80 ของผู้ที่มาตรวจคัดกรองครั้งนี้จะมาตรวจที่เดิมในครั้งต่อไป เพราะเหตุผลหลักคือสะดวกในการเดินทาง เจ้าหน้าที่แจ้งให้มา เป็นต้น ประมาณร้อยละ 16 จะไปตรวจที่สถานพยาบาลใหม่ เป็นเพราะความสะดวกในการเดินทาง ใกล้กว่าที่เดิม เจ้าหน้าที่แจ้งหรือแนะนำ เป็นต้น และประมาณร้อยละ 4 ที่จะไม่มาตรวจเลย ด้วยเหตุผลที่ว่า ตรวจครั้งนี้ไม่มีความผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยง มีบางส่วนที่ไม่มาอีกเลย เพราะการบริการของเจ้าหน้าที่ เวลาในการรอตรวจนาน (ร้อยละ 2)

- ผู้ให้บริการประเมินในภาพรวมว่า หญิงกลุ่มเป้าหมายส่วนมากยอมรับและเชื่อถือวิธีตรวจคัดกรองในระดับปานกลาง (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 54 และวีไอเอร้อยละ 46) จนถึงระดับมาก (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 42 และวีไอเอร้อยละ 49) แต่ก็มีผู้ให้บริการบางส่วนที่เห็นว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตนไม่ค่อยยอมรับและเชื่อถือวิธีตรวจคัดกรองที่สถานพยาบาลของตนดำเนินการอยู่นัก (วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 4 และวิธีวีไอเอร้อยละ 5) ซึ่งการยอมรับและเชื่อถือวิธีตรวจถือเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการในครั้งต่อไปของหญิงกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการประเมินว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายไม่ค่อยยอมรับและไม่เชื่อถือในการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์มากกว่าวิธีวีไอเอ จากการสอบถามเพิ่มเติมกับหญิงกลุ่มเป้าหมาย หลายคนมีความเห็นว่าคนที่ไม่ค่อยยอมรับวิธีหรือไม่เชื่อถือวิธีแปปสเมียร์เป็นเพราะหลังจากตรวจแล้วไม่ได้ทราบผลแน่นอน (มีเพียงอธิบายเงื่อนไขว่าจะแจ้งผลกลับให้ทราบในกรณีผิดปกติ) ทำให้ไม่แน่ใจว่าผลตรวจของตนเองนั้นได้ดำเนินการตามขั้นตอนจริงหรือไม่ ส่วนวิธีวีไอเอ หญิงกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจด้วยวิธีนี้หลายคนเห็นว่าการตรวจมีความรวดเร็วมาก ตรวจและรู้ผลทันที จนทำให้เกิดความสงสัยว่าผลที่ออกมา กับสิ่งที่เจ้าหน้าที่ตรวจให้ นั้นมีความถูกต้องแม่นยำเพียงใด

- ภาพรวมของการดำเนินการกิจกรรม ผู้ให้บริการร้อยละ 61 และร้อยละ 17 เห็นว่าการให้บริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ตนมีความครอบคลุมในระดับปานกลางและระดับมาก ตามลำดับ แต่ยังมีประมาณร้อยละ 22 ที่เห็นว่าการให้บริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ตนไม่ครอบคลุมหญิงกลุ่มเป้าหมายนัก

การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2548-2552

อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการสำรวจทั่วประเทศ

พบว่า อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองใน 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2552) เท่ากับร้อยละ 70 ซึ่งทุกภาคมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองค่อนข้างสูง โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือมีอัตราใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 72 และ 73 ตามลำดับ ภาคใต้มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเท่ากับร้อยละ 69 และภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกมีอัตราต่ำกว่าภาคอื่นคือ ร้อยละ 66

การประมาณอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งประเทศ

ข้อมูลจากการสำรวจนำมาวิเคราะห์เพื่อประมาณค่ายอดรวมการเข้ารับบริการของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ใน 5 ปีที่ผ่านมา มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 68 เมื่อจำแนกรายภาคพบว่าอัตราการตรวจคัดกรองในทุกภาคมีค่อนข้างสูง โดยอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในภาคเหนือคิดเป็นร้อยละ 69 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือคิดเป็นร้อยละ 68 ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตกคิดเป็นร้อยละ 65 และภาคใต้คิดเป็นร้อยละ 67

การประเมินผลกระทบจากการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ผลการดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา ผู้บริหารร้อยละ 58 เห็นว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ของตนในระดับปานกลาง และมีประมาณร้อยละ 21 เห็นว่าเป็นการเพิ่มภาระในระดับมาก ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับความคิดเห็นว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองไม่ได้เป็นการสร้างภาระมากนัก

โดยผู้บริหารมีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาระที่เพิ่มขึ้นนี้ว่า ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้รับบริการหรือหญิงกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มยังไม่มีความรู้ความตระหนักถึงปัญหา ขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง การมีวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เอื้อต่อการมารับการตรวจ เช่น พื้นที่พักอาศัยไกลสถานพยาบาล มีภาระงาน เศรษฐฐานะไม่ดี รวมทั้งกลุ่มที่ไปทำงานต่างจังหวัดหรือย้ายถิ่น ปัญหาเหล่านี้ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องคิดหาวิธีการเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มการเข้าถึงและเพิ่มการยอมรับ หลายครั้งที่ต้องมีการระดมสรรพกำลังต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาเหล่านี้

ผู้ให้บริการมีความเห็นสอดคล้องกับผู้บริหาร โดยร้อยละ 48 เห็นว่ากิจกรรมการตรวจคัดกรองเป็นการเพิ่มภาระให้กับตนเองหรือหน่วยงานระดับปานกลาง มีประมาณร้อยละ 40 ที่เห็นว่าการตรวจคัดกรองไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระเลย และมีประมาณร้อยละ 12 เห็นว่าการตรวจคัดกรองดังกล่าวทำให้ตนเองและหน่วยงานต้องมีภาระเพิ่มมากขึ้น (ความเห็นดังกล่าวนี้มีสัดส่วนน้อยกว่าความคิดเห็นของผู้บริหาร) มีผู้ให้บริการในพื้นที่หลายคนอธิบายเพิ่มเติมในส่วนนี้ โดยให้เหตุผลว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญและคิดว่าการตรวจคัดกรองเป็นแนวทางที่จะช่วยลดปัญหานั้นได้ จึงคิดว่าความรับผิดชอบที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปปสเมียร์หรือตรวจด้วยวิธีวีไอเอควบคู่ ไม่ได้ส่งผลต่อภาระงานนัก จากเหตุผลดังกล่าวจึงอาจกล่าวได้ว่า การกระตุ้นส่งเสริมเพื่อให้ผู้ให้บริการมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหามะเร็งปากมดลูก โดยมุ่งให้ประชาชนหรือหญิงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ห่างไกลจากโรคมะเร็งปากมดลูก จะส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ให้บริการว่ากิจกรรมต่างๆ ไม่ได้เป็นภาระที่จำยอมต้องทำ แต่เป็นภาระที่ต้องรับผิดชอบเพื่อสังคมและชุมชน

- การควบคุมและป้องกันปัญหามะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะการตรวจคัดกรองที่ผ่านมา ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดค่อนข้างเห็นประโยชน์ที่จะช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ของตนลงได้ มีเพียงประมาณร้อยละ 3 ที่ยังเห็นว่าการตรวจคัดกรองไม่ช่วยอะไรมากนัก ผู้ให้บริการหลายคนมีความเห็นเพิ่มเติมว่า การดำเนินกิจกรรมเพื่อลดปัญหามะเร็งปากมดลูกต้องให้ความสำคัญควบคู่กันระหว่างกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมจะทำให้ผลดีที่สุด

- ผู้บริหารโครงการของจังหวัดที่มีบริการตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปปสเมียร์หรือจังหวัดที่มีบริการตรวจด้วยวิธีวีไอเอควบคู่ ร้อยละ 85 トラบว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปีด้วยวิธีวีไอเอในหญิงกลุ่มอายุ 30-45 ปี (จังหวัดที่สมัครใจและมีความพร้อม) และตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในหญิงอายุ 30-60 ปี แต่มีผู้บริหารของจังหวัดที่มีบริการตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปปสเมียร์ถึงร้อยละ 15 ไม่ทราบนโยบายดังกล่าวนี้มาก่อนเลย

นโยบายการตรวจคัดกรองแบบผสมผสาน (ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปีด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์) มีผู้บริหารร้อยละ 80 เห็นด้วยกับนโยบายนี้ และมีร้อยละ 10 ที่ยังไม่เห็นด้วยกับการนำวีไอเอ

มาใช้ในประเทศไทย นอกนั้นไม่ขอแสดงความคิดเห็น โดยกลุ่มที่เห็นด้วยกับนโยบายให้เหตุผลสำคัญหลักๆ คือ วิีวีไอเอจะช่วยลดข้อจำกัดเรื่องเวลา การเข้าถึงพื้นที่ห่างไกล การเพิ่มทางเลือกให้กับหน่วยงานเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการ วิีไอเอเป็นวิธีที่สะดวก รวดเร็ว หญิงกลุ่มเป้าหมายพึงพอใจ นอกจากนี้ผู้บริหารบางรายเข้าใจว่าวิีวีไอเอเป็นการเพิ่มทางเลือกให้ผู้รับบริการ แต่กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยหรือไม่สนับสนุนนโยบายได้ให้เหตุผลว่า เป็นเพราะข้อจำกัดของวิีวีไอเอที่จะต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรกรมอนามัยซึ่งบางพื้นที่ขาดแคลนพยาบาล เกิดภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเนื่องจากการสร้างบุคลากรใหม่เข้าสู่ระบบหรือกระบวนการ ความชำนาญหรือประสบการณ์ยังไม่มากพอ ผู้บริหารบางรายไม่มั่นใจในประสิทธิผลของวิีวีไอเอ เป็นต้น

บทที่ 8

บทสรุปและอภิปรายผล

8.1 สรุปผลการศึกษา

ผู้รับบริการ (หญิงกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 30-60 ปี)

การสำรวจครัวเรือนภาคตัดขวางหญิงตัวอย่างอายุ 30-60 ปีใน 12 จังหวัดทั่วประเทศ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 จำนวน 4,515 คน พบว่าหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและโรงพยาบาล อสม. หรือผู้นำชุมชน รองลงมาคือ จากโทรทัศน์ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ เช่น โบปลิว แผ่นพับ เป็นต้น ตามลำดับ

จากการสำรวจความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองพบว่าหญิงตัวอย่างเข้าใจผิดหรือไม่ทราบในบางประเด็น เช่น ร้อยละ 15 เข้าใจผิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 22 เข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการผิดปกติ ร้อยละ 36 เข้าใจผิดเกี่ยวกับสถานที่ในการตรวจคัดกรอง เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตัวอย่างมีทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรอง เช่น ร้อยละ 54 คิดว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกจึงไม่คิดไปตรวจ ร้อยละ 58 มีความวิตกกังวลหรือกลัวว่าจะตรวจพบความผิดปกติ เป็นต้น

อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมาของหญิงตัวอย่างมีในระดับสูง จากการสำรวจ 12 จังหวัด คิดเป็นร้อยละ 70 ซึ่งหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจคัดกรองครั้งล่าสุดด้วยวิธีแปปสเมียร์ สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าหญิงตัวอย่างทั่วประเทศส่วนใหญ่ตรวจคัดกรองที่สถานีนอนามัย รองลงมาคือ โรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน/คลินิกเอกชน ตามลำดับ การตรวจคัดกรอง 2 วิธี หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่รู้และสามารถอธิบายวิธีการตรวจได้ โดยส่วนหนึ่งอาจจะเกิดจากการแนะนำก่อนการตรวจของเจ้าหน้าที่

หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้เวลาในการรอตรวจน้อยกว่า 1 ชั่วโมง การตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบผลด้วยการอธิบายจากเจ้าหน้าที่คือ จะแจ้งผลถ้าผิดปกติ ส่วนวิธีวีไอเอ หญิงตัวอย่างส่วนใหญ่จะทราบผลในวันตรวจ ผลตรวจคัดกรองที่ผิดปกติร้อยละ 1.4 จากการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์เกือบทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยและรักษาเพิ่มเติม และร้อยละ 5 จากการตรวจด้วยวิธีวีไอเอทั้งหมดได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาด้วยการจีเอ็น

หญิงที่มาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่ามาเพราะเจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลแนะนำ รองลงมาคือ ต้องการตรวจสุขภาพตนเองเพราะมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกช่องคลอด ส่วนผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ รองลงมาคือ คิดว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่มีเวลา อายุ ซึ่งหญิงที่มารับบริการตรวจคัดกรองในครั้งล่าสุดส่วนใหญ่จะกลับมาตรวจในครั้งต่อไป

เมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติพหุโลจิสติกพบว่าปัจจัยที่สนับสนุนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงตัวอย่าง ได้แก่ หญิงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีอายุ 41-50 ปี มีสมาชิกที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองในบ้านและทุกคนไปรับการตรวจ หญิงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นอกอำเภอเมือง ผู้ที่มีประวัติเคยตั้งครรภ์ ผู้ที่เคยได้รับ

ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง หญิงที่คิดว่าการไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก หญิงที่คิดว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสาธารณะมีผลต่อการไปตรวจคัดกรอง และหญิงที่คิดว่าการได้รับคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัวและคนใกล้ชิดมีผลต่อการไปตรวจคัดกรอง ส่วนปัจจัยที่ขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ หญิงที่ไม่ได้นับถือพุทธ หญิงที่มีสมาชิกกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองในบ้านแต่ไม่ไปรับการตรวจทุกคน ผู้ที่มีประวัติสูบบุหรี่ หญิงที่เข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก หญิงที่เข้าใจผิดว่าหากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติไม่จำเป็นต้องมาตรวจในครั้งต่อไป หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น หญิงที่คิดว่าวิธีตรวจคัดกรองอาจทำให้เกิดอันตราย และหญิงที่คิดว่าตนเองจะวิตกกังวลมากหากผลตรวจผิดปกติ

ผู้ให้บริการ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีประสบการณ์ตรวจคัดกรองมากกว่า 5 ปี มากกว่าร้อยละ 80 และร้อยละ 15 เคยเข้ารับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ ตามลำดับ ผู้ที่เคยอบรมวิธีแปปสเมียร์ส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เคยอบรมในช่วงปี พ.ศ. 2548-2552 และวิธีวีไอเอส่วนใหญ่ร้อยละ 67 อบรมในช่วงปี พ.ศ. 2550-2552 มีผู้ให้บริการจำนวนหนึ่งมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง เช่น เข้าใจผิดว่าหากตรวจครั้งแรกแล้วไม่พบความผิดปกติไม่ต้องมาตรวจซ้ำทุก 5 ปี เข้าใจผิดเกี่ยวกับขั้นตอนการรักษาและการติดตามผลภายหลังตรวจพบความผิดปกติด้วยวิธีวีไอเอ เป็นต้น ซึ่งในแต่ละภาคจะมีประเด็นความเข้าใจผิดในเรื่องดังกล่าวในลักษณะเดียวกัน

สำหรับความคิดเห็นต่อการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอพบว่าผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีความคิดเห็นต่อ 2 วิธีนี้ในระดับปานกลางถึงระดับมาก เช่น ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร มีการประสานงานกับคนในพื้นที่ วิธีตรวจมีความน่าเชื่อถือ วิธีตรวจได้รับการยอมรับจากกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่า การตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธียังมีบุคลากรไม่เพียงพอโดยเฉพาะวิธีวีไอเอ สำหรับความคิดเห็นต่อกิจกรรมและนโยบายการตรวจคัดกรองในภาพรวม ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่าประเด็นที่ควรได้รับการแก้ไข ได้แก่ การจัดสรรงบประมาณ การนิเทศ ติดตาม การเพิ่มช่องทางการรับเรื่องร้องเรียนและแก้ไขปัญหา การประชาสัมพันธ์ เป็นต้น เมื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุที่ผู้รับบริการมาตรวจคัดกรอง พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่คิดว่าหญิงที่มาตรวจคัดกรองเป็นเพราะได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ตนเองมีอาการผิดปกติ ตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ และคิดว่าหญิงที่ไม่มาตรวจคัดกรองเป็นเพราะความอาย ไม่มีอาการผิดปกติ คิดว่าตนเองไม่เสี่ยง ตามลำดับ

ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัญหา มะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่เห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ในระดับมาก สำหรับสถานพยาบาลที่มีการตรวจด้วยวิธีเดียวพบว่า การให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีของชาวบ้าน เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่ออัตราการครอบคลุมการตรวจคัดกรองในระดับสูง

ผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด

ผู้บริหารส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับปัญหา มะเร็งปากมดลูกในระดับมาก โดยที่ผ่านมามีความเข้าใจในนโยบายและวัตถุประสงค์ต่อนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรอง รวมทั้งคิดว่ามีความจำเป็นที่ต้องมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับประเด็นที่คิดว่าควรได้รับการแก้ไข ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากร

การจัดสรรงบประมาณ การปรับปรุงด้านวิชาการ ความชำนาญของบุคลากร เป็นต้น

สำหรับความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีผสมผสานระหว่างวีไอเอและแปป smear นั้น ส่วนใหญ่เคยรับทราบนโยบายและเห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าว แต่คิดว่าอาจจะมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร ความน่าเชื่อถือของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ประสิทธิภาพของการบันทึกและรายงานผลข้อมูล และภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยพิจารณาถึงอิทธิพลของความแตกต่างภายในแต่ละจังหวัด (cluster) พบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ หญิงที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม หญิงที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หญิงที่เห็นว่าข้อมูลข่าวสารของมะเร็งปากมดลูกจากโทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์มีผลต่อการไปตรวจคัดกรอง หญิงที่อาศัยในพื้นที่ที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญของปัญหา มะเร็งปากมดลูกในระดับมาก และปัจจัยที่ขัดขวางต่อการไปตรวจคัดกรอง ได้แก่ หญิงที่นับถือศาสนาอื่น หญิงที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติไม่ต้องมาตรวจอีก หญิงที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น

ผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ

เกือบทั้งหมดจะไปตรวจหรือรักษาต่อตามคำแนะนำ (คิดเป็นร้อยละ 98.8) โดยส่วนใหญ่ไปที่โรงพยาบาลจังหวัดหรือโรงพยาบาลอำเภอใกล้บ้าน ผู้ที่มีผลวีไอเอผิดปกติส่วนใหญ่ได้รับการเจ็ยีน บางรายที่เป็นโรคระยะลุกลามแล้วก็ได้ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ส่วนใหญ่แพทย์นัดตรวจอีกตั้งแต่ 15 วันถึง 6 เดือน มีบางราย (ร้อยละ 21.1) แพทย์ไม่ได้นัดอีก เกือบทุกคนปฏิบัติตามที่ได้รับคำแนะนำ ผู้ที่มีผลแปป smear ผิดปกติส่วนใหญ่ได้ถูกตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจและผ่าตัด อีกส่วนหนึ่งบอกว่าถูกส่งกล้อง จำนวนหนึ่งบอกว่าได้ยามากิน ซึ่งอาจเป็นการตรวจซ้ำหรือแพทย์คิดว่าผลการตรวจคิดว่าน่าจะเป็นการอีกเสบ

ความรู้ ความเชื่อ และเจตคติต่อการรักษามะเร็งปากมดลูกนั้นอยู่ในระดับค่อนข้างดี ความเชื่อในด้านความเสี่ยงนั้น หญิงไทยรู้สึกว่าตัวเองมีความเสี่ยงพอสมควร แต่ด้านความรุนแรงของโรคเชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกมีอันตรายมาก และเชื่อว่าหากรักษาจะได้ประโยชน์มาก และเชื่อว่ามีอุปสรรคต่อการรักษาบ้าง หญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการรักษามีประสิทธิภาพดีและมีการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขให้หญิงที่มีผลผิดปกติไปรักษาดี

ด้านศักยภาพของสถานบริการในการส่งต่อและติดตามการรักษา นั้น สถานบริการส่วนใหญ่ที่สำรวจเป็นสถานีอนามัย อยู่ใกล้โรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 7.1 กิโลเมตร และมีโรงพยาบาล 1 แห่งซึ่งมีศักยภาพในการทำวีไอเอ สถานีอนามัยส่วนใหญ่มีผู้ที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะ บุคลากรที่ได้รับการอบรมแปป smear มีเฉลี่ย 1.4 คนต่อแห่ง แต่มีไม่กี่แห่งที่ได้รับการอบรมวีไอเอ

ร้อยละ 59 มีคู่มือในการแปลผลแปป smear แต่เฉพาะบางแห่งที่ทำวีไอเอจึงจะมีคู่มือในการแปลผลวีไอเอ ทุกแห่งมีระบบเก็บเอกสารข้อมูลผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ มีระบบที่สามารถแยกผู้ที่เป็นมะเร็งออกจากผู้ที่เป็นระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ เกือบทั้งหมดมีระบบเก็บเอกสารที่ใช้ในการติดตามผู้ที่มีผลผิดปกติ

การศึกษาแบบสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในหญิงตัวอย่างและผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง มีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจคือ 1) เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาของหญิงที่เข้าถึงยากทั้งสามกลุ่ม 2) เจ้าหน้าที่ที่มีความพยายามในการแก้ปัญหาในพื้นที่เป็นอย่างดี ความพยายามในการแก้ปัญหาของเจ้าหน้าที่ช่วย

ให้มีอัตราการตรวจคัดกรอง และไปตรวจรักษาเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และน่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ และ 3) อสม. มีบทบาทมากในการสื่อสาร ช่วยในการประชาสัมพันธ์ ติดต่อ ติดตามหญิงกลุ่มเป้าหมาย

8.2 อภิปรายผล

8.2.1 อัตราจากการสำรวจข้อมูลสำมะโนประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายในงานสำรวจอื่นๆ

นอกจากการสำรวจครั้งนี้ ในปี พ.ศ. 2552 สำนักงานสถิติแห่งชาติและกรมอนามัยได้มีการสำรวจเพื่อศึกษาศาถนการณการเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยของประชากร (61) จากการสำรวจที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2552) อัตราการได้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงอายุ 30-59 ปีทั่วประเทศเท่ากับร้อยละ 60 โดยพบว่าภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนใกล้เคียงกันและสูงกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 69 และ 67 ตามลำดับ ภาคใต้มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเท่ากับร้อยละ 57 และภาคกลางมีอัตราต่ำกว่าภาคอื่นคือ ร้อยละ 54 เฉพาะกรุงเทพมหานครมีอัตราการเข้ารับบริการเท่ากับร้อยละ 44

อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของการศึกษาครั้งนี้มีค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการที่ได้จากการสำรวจในหญิงกลุ่มเป้าหมาย (ร้อยละ 70) หรือนำร้อยละการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองดังกล่าวมาปรับและประมาณค่าไปเป็นการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายในระดับประเทศก็ตาม (ร้อยละ 68) แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในช่วงเวลาเดียวกันของสำนักงานสถิติแห่งชาติและกรมอนามัย พบว่า ร้อยละการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองแตกต่างกันประมาณร้อยละ 10 (ร้อยละ 60) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวนี้ได้สำรวจหญิงกลุ่มเป้าหมายจังหวัดกรุงเทพฯ ด้วย และพบว่าการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายจังหวัดกรุงเทพฯ มีเพียงร้อยละ 44 ขณะที่ภาคอื่นมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าร้อยละ 60 การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ทำการสำรวจในหญิงกลุ่มเป้าหมายจังหวัดกรุงเทพฯ จึงอาจเป็นผลให้พบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่สูงกว่าได้ และหากเปรียบเทียบกับการศึกษาของ IHPP และ HITAP เมื่อปี พ.ศ. 2548 (23) พบว่ามีอัตราการเข้ารับบริการแตกต่างกันค่อนข้างมาก (ร้อยละ 20)

ผลการสำรวจในการวิจัยครั้งนี้และผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติและกรมอนามัยอาจแสดงได้ว่าประเทศไทยมีการบริหารจัดการโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีขึ้น ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ รวมทั้งประชาชนหรือหญิงกลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูก ให้ความร่วมมือกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องและยอมรับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจรวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์ (จังหวัดที่สนใจและมีความพร้อมให้บริการ) ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2552) ช่วยทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองจะเพิ่มมากขึ้นในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2552)

ผู้วิจัยพยายามป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการสุ่มเลือกจังหวัดและพื้นที่ตัวอย่าง รวมทั้งอคติที่เกิดจากการสุ่มเลือกหญิงตัวอย่าง การกำหนดจำนวนจังหวัดขึ้นอยู่กับความสามารถในการบริหารจัดการด้วยงบประมาณและระยะเวลาวิจัยบนพื้นฐานการยอมรับได้ทางสถิติเพื่อเป็นตัวแทนของภาคและประเทศ ซึ่งได้กำหนดทั้งหมด 12 จังหวัด (ภาคละ 3 จังหวัด) โดยพิจารณาสุ่มเลือกจังหวัดตามลักษณะพื้นที่ ระยะห่างจากเขตอำเภอเมือง และสุ่มหน่วยพื้นที่ตัวอย่างแบบ 4 ชั้นภูมิอย่างเป็นระบบ (Stratified four-stage sampling) เพื่อให้เกิดการกระจายของลักษณะข้อมูล และเพื่อลดอคติในขั้นตอนการเลือกพื้นที่ตัวอย่าง รวมทั้งหญิงกลุ่ม

ตัวอย่างด้วย การกำหนดจำนวนหญิงตัวอย่างพิจารณาจากศักยภาพด้านงบประมาณ ระยะเวลาวิจัย และบุคลากรบนพื้นฐานการยอมรับความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นได้ทางสถิติ จำนวนหญิงตัวอย่างจากการคำนวณอยู่ที่ 4,640 คน

การสุ่มเลือกหญิงกลุ่มตัวอย่างจะได้รับฐานข้อมูลประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายจากผู้ประสานงานที่เป็นเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาล และสุ่มรายชื่ออย่างเป็นระบบตามสัดส่วนอายุ แยกเป็น 2 บัญชี ส่งให้ผู้ประสานงานระดับพื้นที่เพื่อเชิญชวนให้หญิงที่มีรายชื่อมาให้การสัมภาษณ์ โดยให้ความสำคัญกับรายชื่อในบัญชีที่ 1 ก่อน (หากบัญชีรายชื่อที่ 1 ไม่ครบจำนวน 20 คน ให้เลือกจากบัญชีที่ 2) เก็บข้อมูลได้ทั้งสิ้น 4,512 คน ปัญหาที่พบหลังจากลงพื้นที่เก็บข้อมูลพบว่าหญิงกลุ่มตัวอย่างที่มาให้ข้อมูลเป็นคนที่อยู่ในพื้นที่หรือสะดวกในช่วงเวลาที่ทางทีมผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นไปได้ว่าหญิงตัวอย่างที่มาให้สัมภาษณ์อาจเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง หรือเป็นกลุ่มที่ตระหนักต่อปัญหาหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีรายชื่อแต่ไม่อยู่ในพื้นที่หรือไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลในช่วงลงพื้นที่เก็บข้อมูล ซึ่งนั่นอาจเป็นผลให้การสำรวจครั้งนี้พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2548-2552) สูงกว่าการศึกษาอื่นๆ ที่กล่าวมา

8.2.2 การวิเคราะห์และจำแนกปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก: การยอมรับและเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยทางด้านผู้รับบริการหรือหญิงกลุ่มเป้าหมาย

ผู้รับบริการเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องต่อความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยและคุณลักษณะของผู้รับบริการที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ ปัจจัยด้านบวกหรือปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยด้านลบหรือปัจจัยขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (24)

ปัจจัยส่งเสริม เช่น การอาศัยอยู่ในเขตชนบท การได้รับข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพเกษตรกรรมฐานะทางเศรษฐกิจ-สังคม ที่พบจากการสำรวจครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Lazcano-Ponce EC. และคณะ (27) Phipps E. และคณะ (33) ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการไปตรวจคัดกรอง เช่น ความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ทศนคติที่ไม่ดีต่อวิธีการตรวจคัดกรอง รวมถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schulmeister L. และคณะ (25) Deschamps M. และคณะ (26) Carter J. และคณะ (28) นอกจากนั้นการศึกษาค้นคว้าพบว่าสาเหตุของการไม่รับบริการตรวจคัดกรองเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีเวลาตรวจ อายุที่จะตรวจ ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงเป็นมะเร็ง และกลัวตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee-Lin F. และคณะ (31) Steven D. และคณะ (32)

ซึ่งปัจจัยต่างๆ ที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ ผู้วิจัยได้อภิปรายในแต่ละประเด็น ดังนี้

ปัจจัยด้านบวกหรือปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ปัจจัยทางด้านบุคคล สังคม เศรษฐกิจของหญิงกลุ่มเป้าหมายมีผลต่อการเข้ารับหรือไม่รับบริการตรวจคัดกรอง จากการสำรวจข้อมูลพบว่าหญิงที่มีอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากเป็น 2 เท่าเมื่อ

เทียบกับผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน หญิงที่มีอายุ 41-50 ปีมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากกว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุน้อยเกือบ 2 เท่า

จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจเป็นไปได้ว่าหญิงที่มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นกลุ่มที่อยู่ในพื้นที่ โอกาสย้ายไปทำงานต่างพื้นที่มีน้อย ดังนั้นเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลจึงสามารถหาวิธีการหรือกำหนดช่วงเวลาที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ในการตรวจคัดกรอง อีกทั้งกลุ่มอาชีพดังกล่าวมักจะเป็นกลุ่มที่ให้ความร่วมมือดีกับ อสม. และเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล ส่วนหญิงกลุ่มที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้านที่มีอายุมากกว่า 50 ปี หญิงกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งมักจะเข้าใจผิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือเข้าใจผิดว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจได้เฉพาะเมื่ออาการแสดงออกมาเท่านั้น ซึ่งความคิดดังกล่าวอาจเหมือนกับหญิงอายุ 30-40 ปี (มีประมาณร้อยละ 30) ซึ่งนั่นอาจจะเป็นเหตุผลทำให้ไม่ไปตรวจคัดกรองได้

- การศึกษาคั้งนี้พบลักษณะการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่สำคัญอย่างหนึ่ง นั่นคือ หากสมาชิกในบ้านมีหญิงกลุ่มเป้าหมายหลายคน ถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งไปตรวจ โอกาสที่คนอื่นๆ ในบ้านจะไปตรวจคัดกรองก็จะมีมากกว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในบ้านลำพังเพียงคนเดียวถึง 2 เท่า ดังนั้นอาจแสดงได้ว่าคำแนะนำหรือการชักชวน หรือประสบการณ์ตรวจคัดกรองของสมาชิกในครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของคนอื่นๆ ในบ้านด้วย

- ลักษณะพื้นที่ที่พักอาศัย การสำรวจข้อมูลทั้ง 12 จังหวัด เก็บข้อมูลทั้งหมด 54 อำเภอ แบ่งพื้นที่การเก็บข้อมูลออกเป็น 3 ระดับคือ ในเขตอำเภอเมือง ไกลหรือห่างอำเภอเมืองปานกลาง และพื้นที่ไกลอำเภอเมือง จากการสำรวจหญิงตัวอย่างส่วนใหญ่จะพักอาศัยในพื้นที่ไกลเมืองและห่างเมืองปานกลาง ซึ่งลักษณะการพักอาศัยเป็นที่น่าสังเกตว่าหญิงที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง ไม่ว่าจะอาศัยไกลเมือง ห่างปานกลาง หรือไกลอำเภอเมือง ก็พบว่ามีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากกว่าหญิงที่พักอาศัยในเขตเมือง โดยพบมากเป็น 1.5 และ 1.2 เท่า

จากข้อค้นพบดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในเขตเมืองมีแนวโน้มไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่อยู่เขตชนบท อาจเป็นเพราะว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายในเขตเมืองมีภาระหน้าที่การทำงานที่ไม่เอื้อต่อการไปตรวจคัดกรอง ไม่มีเวลาไปตรวจ นอกจากนี้หญิงในเขตเมืองมักจะมีความเป็นส่วนตัวสูง ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจะเกิดจากการแสวงหาหรือได้รับมาด้วยตนเอง ซึ่งต่างจากหญิงเขตชนบทที่มีลักษณะการดำเนินชีวิตแบบพึ่งพาอาศัย มีความใกล้ชิดกับเพื่อนบ้าน ดังนั้นกลุ่มนี้มักจะได้รับข้อมูลและการเชิญชวนประชาสัมพันธ์จากเจ้าหน้าที่สถานพยาบาล อสม. และผู้เกี่ยวข้องอื่นอยู่เสมอ วิธีการดำเนินชีวิตของหญิงชนบทเหล่านี้ หากสถานพยาบาลมีความมุ่งมั่นและหาวิธีการประชาสัมพันธ์ที่หลากหลาย ตรงกับบริบทแวดล้อม จะทำให้เขามีโอกาสได้รับข้อมูลมากขึ้น สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติของตนและยอมรับบริการตรวจคัดกรองในที่สุด

- สถานภาพและประวัติการตั้งครรภ์ หญิงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองคือ กลุ่มอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีครอบครัวแล้วเป็นส่วนใหญ่ จากการสำรวจพบว่าประมาณร้อยละ 96 เคยใช้ชีวิตคู่มาก่อน ซึ่งประมาณร้อยละ 94 มีประวัติเคยตั้งครรภ์ และจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ที่มีประวัติเคยตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์เกือบ 2 เท่า

มาตรการสำคัญประการหนึ่งในการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา นั่นคือ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับหญิงหลังคลอดบุตรเพิ่มเติมกับการตรวจภายในอื่นๆ การศึกษานี้พบแนวโน้มการตรวจคัดกรองของหญิงที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตรมากกว่าผู้ไม่เคยตั้งครรภ์ ดังนั้นจึงเห็นว่ามาตรการดังกล่าวจะช่วยให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงขึ้น และทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายหลายคนมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็นครั้งแรก ซึ่งหากได้รับการตรวจคัดกรองครั้งแรกแล้ว โอกาสที่จะมาตรวจในครั้งต่อไปจะมามากขึ้นด้วย

- การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจะทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง และส่งผลต่อการตัดสินใจไปตรวจคัดกรองได้เป็นอย่างดี โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากกว่าหญิงที่ไม่ได้รับข้อมูลสูงถึง 2.5 เท่า นอกจากนี้การศึกษานี้ยังพบว่าหากหญิงกลุ่มเป้าหมายเข้าใจดีว่าการตรวจคัดกรองเป็นประจำทำให้ปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก ก็จะมีโอกาสไปตรวจมากกว่าหญิงที่เข้าใจผิดเกือบ 2 เท่า

นั่นจึงเป็นสิ่งยืนยันถึงความสำคัญของการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการยอมรับและเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมาย ช่องทางการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ช่องทางหนึ่งที่สำคัญและมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มเป้าหมายให้มีมากขึ้นนั่นคือ สื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ โดยการศึกษาพบว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายที่มีความเห็นว่สื่อสาธารณะมีผลต่อการตัดสินใจไปตรวจคัดกรองมากจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากขึ้นเกือบ 3 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่เห็นว่าข้อมูลจากสื่อสาธารณะไม่มีผลใดๆ กับการตัดสินใจเลย

- นอกจากนี้คำแนะนำจากสมาชิกในครอบครัวก็มีผลต่อการตัดสินใจเช่นกัน โดยหญิงกลุ่มเป้าหมายที่เห็นว่าคนในครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจในระดับมากจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมากกว่าหญิงที่เห็นว่าคำแนะนำของคนในครอบครัวไม่มีผลใดๆ ต่อการตัดสินใจประมาณ 1.3 เท่า

ปัจจัยด้านลบหรือปัจจัยขัดขวางการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ศาสนา จากการสำรวจหญิงผู้รับบริการส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีประมาณร้อยละ 6 ที่นับถือศาสนาอื่นๆ ซึ่งในกลุ่มผู้ที่นับถือศาสนาอื่นนี้เป็นปัจจัยด้านลบของการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่ามีโอกาสไปตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 40

จากข้อมูลที่สะท้อนครั้งนี้ ผู้บริหารหรือผู้ให้บริการควรมีมาตรการที่เหมาะสม ทั้งการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์และการตรวจคัดกรองให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตหรือวัฒนธรรมของผู้นับถือศาสนาอื่นๆ โดยต้องจำแนกสาเหตุของผู้ที่ไม่ไปตรวจคัดกรองในหญิงที่นับถือศาสนาอื่นให้ชัดเจน เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้อง และพัฒนาวิถี แนวทางในการยอมรับบริการตรวจคัดกรองให้เหมาะสมต่อไป

- การสูบบุหรี่ จากการสำรวจหญิงกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96 ไม่เคยสูบบุหรี่ มีประมาณร้อยละ 4 ที่เคยสูบบุหรี่ ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่มีจำนวนน้อย แต่จากการวิเคราะห์ด้วยสถิติแล้ว พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะไปตรวจคัดกรองน้อยกว่าถึงร้อยละ 40

อาจอธิบายอีกนัยหนึ่งว่าคนที่สูบบุหรี่น้อยรายมากที่จะไปตรวจคัดกรอง การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเพิ่มโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งหญิงกลุ่มเป้าหมายที่สูบบุหรี่อาจไม่มีความเข้าใจถึงสาเหตุดังกล่าว หรือไม่มีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพตนเองและไม่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ รวมถึงไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องจึงควรมีมาตรการสำหรับหญิงกลุ่มที่สูบบุหรี่เป็นการเฉพาะ เพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งมาตรการเชิงรุกและเชิงรับ การสร้างความเข้าใจด้วยการนำตัวแบบหรือตัวอย่างบุคคลที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมารวมพูดคุย ให้คำปรึกษา หรือการออกเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางที่หลายพื้นที่นำมาใช้กับบุคคลที่ไม่เคยไปตรวจคัดกรองเลย ถือว่าเป็นมาตรการที่ดี แต่หากมีการจำแนกสาเหตุของการไม่ยอมรับบริการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรก จะเพิ่มน้ำหนักความสำคัญหรือให้คำแนะนำปรึกษาได้ตรงปัญหามากขึ้น

- ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายรับหรือไม่รับบริการตรวจคัดกรอง การวิเคราะห์ครั้งนี้พบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับสถานที่ตรวจคัดกรอง ความจำเป็นของการตรวจคัดกรองเป็นประจำถึงแม้จะไม่พบความผิดปกติ และอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก หากหญิงกลุ่มเป้าหมายเข้าใจผิดในประเด็นต่างๆ เหล่านี้จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เข้าใจถูกร้อยละ 22, 28 และ 50 ตามลำดับ

ดังที่ได้กล่าวมาช่วงต้นว่า ถึงแม้หญิงกลุ่มเป้าหมายเกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง แต่ยังคงพบว่ามีเข้าใจผิดหลายอย่างเป็นความเข้าใจผิดที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่อธิบายได้ว่า หากหญิงกลุ่มเป้าหมายเข้าใจผิดในประเด็นดังกล่าวนี้แล้ว ก็มีแนวโน้มที่พวกเขาจะไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะเหตุนี้ จึงอาจกล่าวได้ว่าการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ที่ผ่านมายังสื่อสารไม่ครบถ้วนในประเด็นเนื้อหาที่สำคัญต่างๆ ของมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ดังนั้นในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ครั้งต่อไปจึงควรเพิ่มเนื้อหาสาระในเรื่องดังกล่าวให้มากขึ้น

- ทศนคติก็เช่นกัน ผลการสำรวจพบว่าหากหญิงกลุ่มเป้าหมายที่มีความวิตกกังวลกลัวว่าจะตรวจพบความผิดปกติ และหญิงที่มีทัศนคติว่าวิธีที่ใช้ตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่อันตรายมาก จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่มีทัศนคติในเรื่องนี้ดี ร้อยละ 29 และ 58 ตามลำดับ

ทัศนคติดังกล่าวนี้บ่งบอกได้ว่าหญิงกลุ่มเป้าหมายอาจจะยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติระยะเริ่มต้นและทำการรักษา รวมทั้งยังเห็นว่าการตรวจคัดกรองเป็นวิธีอันตรายสำหรับตัวเขาเอง ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลหน่วยที่ใกล้ชิดหญิงกลุ่มเป้าหมายอย่างสถานอนามัยควรต้องมีแนวทางหรือกลวิธีสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อปรับทัศนคติดังกล่าว

ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการ

ปัจจัยทางด้านผู้ให้บริการและสถานพยาบาลที่มีความสัมพันธ์ต่ออัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ วิธีการตรวจคัดกรอง และความคิดเห็นต่อความร่วมมือของอสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชน กล่าวคือ

- จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าสถานพยาบาลที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปลสมียร์เพียงอย่างเดียวมีอัตราการตรวจคัดกรองมากเป็น 12 เท่าเมื่อเทียบกับสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอควบคู่ นั่นอาจอธิบายเบื้องต้นได้ว่า สถานพยาบาลที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอควบคู่มีระบบการบริหารจัดการที่ไม่เอื้อต่อ

การทำงานของบุคลากรในพื้นที่มากนัก การตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอควมคู่มือการบริหารจัดการและวางแผนร่วมกันของทีมส่วนกลางในพื้นที่ ประกอบไปด้วย สสจ. สสอ. หรือโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอนั้นๆ กับสถานีอนามัย โดยให้สถานีอนามัยในพื้นที่เป้าหมายชวนเชิญหญิงกลุ่มเป้า ให้มาตรวจคัดกรองในวันเวลาที่นัดหมาย ถึงแม้วิธีบริหารจัดการดังกล่าวนี้จะไม่ได้กำหนดเป็นวิธีการเดียว ซึ่งสถานีอนามัยในพื้นที่สามารถตรวจคัดกรองเพิ่มเติมในพื้นที่ของตนเองได้ แต่ที่ผ่านมาพบว่าสถานีอนามัยหลายๆ แห่งไม่ได้มีการตรวจคัดกรองเพิ่มเติมนอกเหนือแนวทางการบริการนี้เลย อีกทั้งการลงพื้นที่ตรวจคัดกรองจากการวางแผนร่วมกันมีประมาณ 1-2 ครั้งต่อปี ประกอบกับส่วนมากขึ้นอยู่กับความสะดวกจากทีมส่วนกลางในพื้นที่เป็นหลัก บางครั้งการลงพื้นที่ตรวจคัดกรองไม่เหมาะสมหรือไม่สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของชาวบ้าน ทำให้กลุ่มที่มาตรวจคัดกรองครั้งนั้นๆ มีน้อย ดังนั้นอาจจะด้วยเหตุดังกล่าว การศึกษานี้จึงพบว่าสถานพยาบาลที่มีการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอควมคู่มืออัตราการตรวจคัดกรองน้อยกว่าสถานพยาบาลที่ตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์เพียงอย่างเดียว

- เจ้าหน้าที่ที่คิดว่า อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชนให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ระดับมากและปานกลางจะทำให้มีอัตราการตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลมากเป็น 1.6 และ 1.8 เท่าของเจ้าหน้าที่ที่คิดว่า อสม. หรือกลุ่มแม่บ้านให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ระดับน้อย จากผลดังกล่าวเห็นได้ว่าผู้ให้บริการในสถานพยาบาลต่างๆ เห็นว่า อสม. หรือกลุ่มที่สำคัญในหมู่บ้านจะช่วยให้หญิงกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมากขึ้น เพราะกลุ่มดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับชาวบ้านที่สุด การเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ หรือการสื่อสารต่างๆ ทำให้หญิงกลุ่มเป้าหมายเข้าใจและยอมรับการตรวจคัดกรองได้ดี ดังนั้นหากต้องการเพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ จึงควรจะต้องเพิ่มความร่วมมือของ อสม. บุคคล หรือกลุ่มต่างๆ ที่สำคัญในชุมชนให้มากขึ้นไปพร้อมกัน การสร้างความร่วมมือนั้นต้องเป็นความสมัครใจอันเกิดจากความตระหนักที่อยากจะแก้ไขปัญหาเร่งด่วนในชุมชนตนเองหรือมีจิตอาสาต่อการทำงานนั้นเอง การสร้างขวัญ กำลังใจ หรือให้การสนับสนุนและเสริมทักษะที่จำเป็นต่อการทำงานด้วยความจริงใจจากเจ้าหน้าที่ สิ่งเหล่านี้จะช่วยรักษาและต่อเติมความร่วมมือให้เพิ่มขึ้นๆ ขึ้นได้

8.2.3 อัตราการได้รับการรักษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ

ตอนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาเชิงสำรวจพบว่า ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ที่จะประเมินอัตราการได้รับการรักษาและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติ นั้น พบว่าอัตราการได้รับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติมีสูงมาก ผู้ที่ตรวจคัดกรองแล้วผลผิดปกติเกือบทุกรายจะไปตรวจยืนยันและรักษาทุกราย มี 1 รายที่ไปปรึกษากับหมอบ้านด้วย แต่จากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่ จึงใช้ข้อมูลนี้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติไม่ได้ เนื่องจากไม่มีความแตกต่างในผลของการไปตรวจมากพอที่จะวิเคราะห์ทางสถิติ ทั้งนี้จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการศึกษาเชิงคุณภาพช่วย

จากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า มีผู้ที่มีผลผิดปกติจำนวนหนึ่งเป็นชาวเขา ซึ่งอาจมีสัญชาติไทยหรือไม่ก็ตาม กลุ่มคนเหล่านี้มักย้ายที่อยู่ไปตามฤดูกาล ทำให้ติดตามไม่ได้ จึงเหมาะที่จะได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีไอเอ โดยหากพบว่าผลผิดปกติก็ต้องรักษาโดยการ

จีเย็น แต่อย่างไรก็ตาม เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลว่าการยกเครื่องมือไปตามพื้นที่ภูเขาเช่นนี้ก็ไม่ใช่เรื่องง่าย ซึ่งน่าจะต้องการแรงจูงใจที่มากพอ

อีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นปัญหาในการตรวจคัดกรองคือ ผู้ที่ย้ายไปประกอบอาชีพในจังหวัดอื่นนอกพื้นที่ ซึ่งควรมีระบบส่งต่อให้พื้นที่ที่ผู้ย้ายย้ายไปอยู่ใหม่ได้ทราบข้อมูลการตรวจก่อนหน้า จะได้ติดตามให้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง มิฉะนั้นผู้ย้ายอาจไม่ทราบผลการตรวจ และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างเพียงพอก็ได้

เป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจริง ๆ เป็นกลุ่มที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามได้ยากกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท หากเป็นผู้ที่มีการศึกษาและการทำงานดี ก็จะมีความตระหนักสูงที่จะรักษาต่อเนื่อง แต่ก็มีกลุ่มที่เข้ามาทำงานในเมืองชั่วคราว เมื่อย้ายที่อยู่ก็จะขาดการติดต่อ และไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่อง ปัญหานี้เกิดขึ้นกับทุกภาคของประเทศ

สำหรับกลุ่มเฉพาะอีกกลุ่มหนึ่งที่อาจมีปัญหาในการติดตามการรักษาคือ กลุ่มประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งจำนวนหนึ่งไม่รับการตรวจคัดกรอง และเมื่อตรวจแล้วก็อาจไม่รับการรักษาต่อเนื่องก็ได้ แต่จากการศึกษานี้ไม่สามารถแสดงให้เห็นถึงปัญหาข้อหลังนี้ได้ จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเจาะลึกโดยวิธีการศึกษาเชิงปริมาณ

อาจสรุปได้ว่าโดยส่วนใหญ่แล้วผู้ที่ทราบว่าการตรวจคัดกรองผิดปกติจะไปรับการตรวจยืนยันและรับการรักษาต่อเนื่อง แต่ยังมีกลุ่มจำเพาะบางกลุ่มที่อาจเคลื่อนย้ายออกนอกพื้นที่ และขาดการรักษาต่อเนื่อง และกลุ่มประชากรมุสลิมซึ่งมีอัตราการตรวจคัดกรองน้อย และอาจมีการรับการรักษาต่อเนื่องน้อยด้วยเช่นกัน ซึ่งกลุ่มจำเพาะเหล่านี้ต้องการการศึกษาเจาะลึกเพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เพียงพอ

ดังนั้นจึงต้องหาวิธีการประมาณอัตราการรับการตรวจยืนยันและรักษาต่อโดยวิธีอื่นมาเทียบด้วย ในเบื้องต้นได้ขอข้อมูลการรักษาจากฐานข้อมูล OPD ของ สปสช. แต่ข้อมูลที่เชื่อถือได้เริ่มต้นประมาณปี พ.ศ. 2551 เท่านั้น จึงยากที่จะประเมินอัตราการตรวจยืนยันและรักษาต่อของคนติดตามไม่ได้เหล่านี้ อีกวิธีหนึ่งคือหาข้อมูลสัดส่วนคนจนในเขตเมือง แล้วลองปรับค่าอัตราการตรวจยืนยันและรักษาต่อ โดยสมมติว่าคนจนในเขตเมืองไม่ไปรับการตรวจยืนยันและรักษาต่อทั้งหมด และทำเช่นเดียวกันกับประชากรชาวเขาที่เคลื่อนย้ายพื้นที่ทำกิน ก็จะได้ค่าอัตราการตรวจยืนยันและรักษาต่อต่ำสุดที่อาจเป็นไปได้

ข้อสังเกตเกี่ยวกับข้อมูลที่ส่ง สปสช.

1. เป็นที่น่าสังเกตว่าการสุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูลที่รายงานเข้าไปที่ สปสช. น่าจะใช้ได้ เพราะสามารถได้ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติจริง การสุ่มจากพื้นที่ทำได้ยากมาก เนื่องจากไม่มีแหล่งกลางที่จะรวบรวมผลการตรวจของจังหวัด
2. การสำรวจในจังหวัดนครศรีธรรมราชเกิดความผิดพลาดบางอย่างในการประสานงานเก็บข้อมูลผู้ที่อยู่ในเขตเมือง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่ไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับผิดชอบชัดเจน จึงยังขาดข้อมูลในส่วนนี้อยู่
3. ในฐานข้อมูลของ สปสช. ที่ได้แจ้งว่าผลการตรวจผิดปกติ มากกว่าครึ่งหนึ่งเมื่อถามจากผู้รับการสัมภาษณ์และเจ้าหน้าที่แล้ว ผลการตรวจจริง ๆ เป็นปกติ ได้สุ่มผู้ที่ไปตรวจที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์โดยได้ค้นจากฐานข้อมูลเซลล์วิทยา ก็พบว่าผลรายงานเป็นปกติจริง จึงนำตรวจสอบว่าเหตุใดผลการตรวจในฐานข้อมูลของ สปสช. จึงเป็นผลผิดปกติ

4. จากการสอบถามเจ้าหน้าที่พบว่ายังมีผู้ที่ผลการตรวจผิดปกติอีกจำนวนหนึ่งไม่ได้ถูกเลือกมาสัมภาษณ์ ทั้งที่จริงแล้วได้เลือกผู้ที่มีผลผิดปกติทั้งหมดที่อยู่ในตำบลที่สุ่มได้มาสัมภาษณ์ จำนวนผู้ที่ได้รับการตรวจจริงกับจำนวนที่รายงานเข้า สปสช. จึงน่าจะไม่ตรงกัน โดยมีผู้ที่ได้รับการตรวจจริงจำนวนหนึ่ง ไม่ได้รายงานเข้า สปสช. แต่ไม่ทราบว่าจะส่วนต่างตรงนี้จะมียู่เท่าใด ควรจะได้มีการตรวจสอบระบบการรายงานผลไปที่ สปสช.
5. น่าสนใจว่าไม่มีการส่งข้อมูลการตรวจวิธีไอโอจากจังหวัดเชียงใหม่เข้าฐานข้อมูลที่ สปสช. จึงไม่สามารถ สุ่มตัวอย่างมาสัมภาษณ์ได้ รวมทั้งที่จังหวัดนครศรีธรรมราชก็อาจจะน้อยกว่าความเป็นจริงมาก
6. มี 1 รายที่ได้ไปตรวจยืนยันแล้ว แต่เมื่อทราบว่าผลผิดปกติ (น่าจะเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง) ผู้ป่วย กลับไปรักษาที่หมอบ้านที่มีชื่อเสียงในละแวกนั้น และปฏิเสธที่จะรักษากับแพทย์ มีบางรายที่เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็ง ซึ่งน่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ซึ่งในกรณีนี้ไม่น่าจะนับว่าเป็นการตรวจคัดกรอง แต่เป็น ผู้ป่วยที่มีอาการแล้ว และถูกนำมาลงในฐานข้อมูลการตรวจคัดกรอง)

ตอนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาแบบ focus group discussion ในหญิงทั้งสามกลุ่มคือ ผู้หญิงมุสลิม ผู้หญิงที่อาศัยในเขตเมือง และผู้หญิงชาวเขา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรอง มีปรากฏการณ์ที่น่าสนใจดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความเข้าใจในปัญหาของหญิงที่เข้าถึงยากทั้งสามกลุ่ม
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความพยายามในการแก้ปัญหาในพื้นที่เป็นอย่างดี
3. ความพยายามในการแก้ปัญหาของเจ้าหน้าที่ช่วยให้มีอัตราการตรวจคัดกรอง และไปตรวจรักษา เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ และน่าจะดีขึ้นเรื่อยๆ
4. อสม. มีบทบาทมากในการสื่อสาร และช่วยในการประชาสัมพันธ์ ติดต่อกับติดตามหญิงกลุ่มเป้าหมาย

ก) วิเคราะห์ความเหมือนกันในทั้งสามกลุ่ม สำหรับประเด็นที่มีความคล้ายคลึงกันในทั้งสามกลุ่ม สรุปได้ ดังนี้

ประเด็นที่คล้ายคลึงกันทั้งสามกลุ่ม	ปรากฏการณ์
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง	-
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับอันตราย	- รู้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอันตรายถึงตายหากไม่รักษา หาก รักษาถูกต้องก็จะหายได้
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษา	- ส่วนใหญ่รู้ว่ามะเร็งในระยะแรกรักษาหายได้
ความรู้วิธีการตรวจคัดกรอง	- ไม่รู้ ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่หรือแพทย์จะจัดการเลือกวิธีการตรวจที่เหมาะสมให้
ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง	- การทำมาหากินเป็นเรื่องหลักของชีวิต - บางคนไม่ค่อยได้สนใจตรวจคัดกรอง - บางคนที่ยังไม่เคยตรวจอาจอายุในการตรวจ
วิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มต่างๆ มาตรวจคัดกรอง เพิ่มขึ้นอย่างได้ผล	- สถานีอนามัยจัดทำแผนการตรวจคัดกรองให้เหมาะสมกับการทำมาหากินของคนแต่ละกลุ่ม

ประเด็นที่คล้ายคลึงกันในทุกกลุ่ม	ปรากฏการณ์
	- ให้บริการตรวจถึงที่ เช่น ที่หมู่บ้าน ที่ทำงาน บนเขาห่างไกล

ข) วิเคราะห์ความแตกต่างกันในทุกกลุ่ม สำหรับประเด็นที่มีความแตกต่างกันในทุกกลุ่มสรุปได้ดังนี้

ประเด็นที่แตกต่างกันในทุกกลุ่ม	ปรากฏการณ์
ความรู้/ความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยง	- หญิงมุสลิมประเมินความเสี่ยงของตนต่ำเกินไป - หญิงในเขตเมืองมีความรู้ในเรื่องความเสี่ยงดี - หญิงชาวเขาไม่ค่อยมีความรู้เรื่องความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก
ปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรอง	- หญิงมุสลิมและหญิงในเขตเมืองกลัวรู้ว่าเป็นโรครแล้วทำใจไม่ได้ - หญิงมุสลิมกลัวสังคม ชุมชนรังเกียจ - หญิงมุสลิมบางคนกลัวว่าสามีจะรังเกียจหากผลผิดปกติ - หญิงในเขตเมืองบางคนไปทำงานที่อื่นจึงติดตามมาตรวจได้ยาก - หญิงในเขตเมืองบางคนมาตรวจในการรณรงค์ในวันหยุด แต่ผลกลับมาตอนกลับไปทำงานที่อื่นแล้ว - หญิงชาวเขาไม่มีความรู้ ทำให้ไม่ใส่ใจ - หญิงชาวเขาไม่มีรถ ไม่มีคนไปส่ง
วิธีการที่จะทำให้หญิงกลุ่มต่างๆ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างได้ผล	- หญิงมุสลิม: มีตัวอย่างคนที่ตรวจแล้วพบระยะต้น และรักษาหายได้มาพูดคุยให้ฟัง, ให้ความรู้แก่ผู้นำครอบครัว สามี เพื่อเป็นแรงผลักดันให้หญิงมุสลิมมาตรวจ, เสริมแรงจูงใจ เช่น ให้ค่าตอบแทน สิ่งของ ให้เพียงพอกับรายได้ที่เสียไปในการมาตรวจ - หญิงในเขตเมือง: ให้ความรู้โดยใช้แผ่นพับ เสียงตามสาย ประชุมหมู่บ้าน, ให้สถานที่ทำงานมีการตรวจตามสิทธิประกันสังคม, ในกลุ่มแรงงานในเมือง ให้ใช้การรณรงค์ในวันหยุดหรือนัดล่วงหน้า

ค) แนวทางในการแก้ปัญหาการตรวจคัดกรองและการตรวจรักษาในทั้งสามกลุ่ม

1. การให้สุขศึกษาเป็นเรื่องที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ควรเน้นความรู้ในเรื่องที่ยังขาด ได้แก่ ตัวอย่างของคนที่เคยมาตรวจแล้ว และรักษาหายได้ ไม่ได้เป็นที่รังเกียจของสังคม
2. สถานีนอมาลัยหรือโรงพยาบาลในพื้นที่ที่รับผิดชอบหญิงกลุ่มที่เข้าถึงยาก ให้จัดทำแผนการตรวจคัด

กรองให้เหมาะสมกับการทำมาหากินของคนแต่ละกลุ่ม ซึ่งอาจต่างจากแนวทางหลักที่ทำในพื้นที่อื่น ๆ ก็น่าจะทำให้หญิงมาตรวจคัดกรองมากขึ้น เช่น การให้บริการตรวจถึงที่ เช่น ที่หมู่บ้าน ที่ทำงาน หรือ บนเขาห่างไกล ซึ่งควรมีงบประมาณเสริมให้ด้วย และนอกจากนี้ควรคำนึงถึงความสะดวกและความเป็นไปได้ในการทำงานของเจ้าหน้าที่ด้วย เช่น ในพื้นที่เขาห่างไกลไม่สามารถขนเครื่องมือวีไอเอไปได้ก็ต้องไม่บังคับให้เจ้าหน้าที่ต้องทำวีไอเอ

3. ปรับระบบการตั้งเป้าใหม่ ให้พื้นที่ใช้หญิงที่อยู่จริงในพื้นที่เป็นฐานในการทำงานและคำนวณความครอบคลุม มิฉะนั้นเจ้าหน้าที่จะทำได้ตามเป้าหมาย ทั้งที่เกิดจากการใช้ฐานประชากรเป้าหมายที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เจ้าหน้าที่ทำตามนั้นไม่ได้

8.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้ได้ค้นพบว่าการดำเนินกิจกรรมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งนโยบาย ระบบการให้บริการ รวมทั้งตัวผู้รับบริการเอง ซึ่งจะเห็นว่ามีความหลากหลายคนเข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นเพื่อให้โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- 1) ส่งเสริมความรู้และทัศนคติ โดยเพิ่มการสื่อสารและดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้จำเพาะต่อลักษณะของหญิงกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไป ซึ่งการสื่อสารดังกล่าวต้องจำเพาะในแต่ละพื้นที่หรือแต่ละกลุ่มคน อาทิ หากเป็น เขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล ควรมีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อชุมชนหรือสื่อชาวบ้าน เช่น เจ้าหน้าที่สถานพยาบาล อสม. การประชุมประจำหมู่บ้าน ร่วมกับการกระตุ้นผ่านสื่ออื่นๆ เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด หากเป็น เขตเมือง ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โดยเน้นที่สื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เคเบิล และติดประกาศสื่อประเภทโปสเตอร์ตามสถานที่ทำงาน สถานที่ราชการ บ้ายรถประจำทาง สถานีรถไฟ เพราะโอกาสที่สื่อบุคคลจะเข้าถึงตัวกลุ่มคนเหล่านี้ทำได้ค่อนข้างยาก ส่วนในกลุ่มเฉพาะ เช่น หญิงที่สูบบุหรี่ ควรเน้นไปที่สื่อสาธารณะและมีการณรงค์ร่วมกับองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร เช่น มูลนิธิเพื่อการไม่สูบบุหรี่ ศจย. มูลนิธิเพื่อนหญิง เพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักต่อปัญหาให้มากขึ้น

- 2) ปรับรูปแบบการบริการในกลุ่มที่มีความครอบคลุมต่ำ อาทิ ผู้หญิงมุสลิม ไม่ควรให้บริการตรวจคัดกรองช่วงถือศีลอด และต้องสร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติที่ดีกับหัวหน้าครอบครัว ผู้นำทางศาสนา เป็นต้น หญิงเขตเมือง จัดบริการตรวจคัดกรองให้เข้าถึงสถานที่ทำงานหรือที่พักอาศัย เช่น บริษัทเอกชน โรงงาน ชุมชนแออัด ส่วน ผู้หญิงที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ควรจัดบริการให้เข้าถึงและอาจเสริมแรงกระตุ้นด้วยการสร้างแรงจูงใจ เช่น ของตอบแทน จับสลากส่งของขวัญ ตรวจคัดกรองร่วมกับการตรวจหรือการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ เป็นต้น

- 3) จัดอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปป smear และวีไอเออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเพิ่มจำนวนบุคลากรและเพิ่มคุณภาพให้กับระบบบริการตรวจคัดกรอง ซึ่งหลังจากการอบรมแล้วจะต้องมีการควบคุมคุณภาพการตรวจคัดกรองให้มีความถูกต้องแม่นยำอยู่เสมอ โดยบุคลากรที่ตรวจคัดกรองนั้นต้องเข้าใจการตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธีแม้ว่าในพื้นที่จังหวัดจะไม่มีบริการตรวจด้วยวีไอเอก็ตาม

4) พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกและรายงานข้อมูล โดยสามารถเชื่อมโยงระบบการตรวจคัดกรองกับระบบการติดตามในกลุ่มผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติเพื่อการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งการพัฒนาโปรแกรมดังกล่าวนี้จะต้องมีการอบรมเจ้าหน้าที่ รวมทั้งมีการเฝ้าติดตามหรือกำกับคุณภาพของการบันทึกข้อมูล รวมถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ แนวทางสำคัญที่จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคูณภาพงานด้านนี้คือการมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจัดอบรมเจ้าหน้าที่ด้านนี้เป็นการเฉพาะอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

5) ดำเนินโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความต่อเนื่อง โดยที่ผู้กำหนดนโยบายระดับชาติต้องมีความชัดเจนในวิธีการตรวจคัดกรอง การบริหารจัดการ และการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้บริหารสถานพยาบาลมีความชัดเจนในการทำงาน ซึ่งจะมีผลต่อการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ให้บริการหรือผู้ปฏิบัติงานต่อไป นอกจากนั้นแล้วผู้บริหารสถานพยาบาลต้องส่งเสริมผู้ให้บริการที่รับผิดชอบมีความก้าวหน้าและรับผิดชอบงานนี้ในระยะยาว การสร้างความยั่งยืนของโครงการจะต้องมีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญเพิ่มแรงผลักดันด้วยการกำหนดเป้าหมายระดับชาติเพื่อลดปัญหาจากมะเร็งปากมดลูกในระยะยาวที่ชัดเจน เช่น ลดจำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยมะเร็งปากมดลูกให้เหลือน้อยกว่า 1,000 คนในปี 2559 และลดเหลือ <500 คนในอีก 10 ปีข้างหน้า (จากสถิติปี 2552 มีผู้ป่วยใหม่กว่า 7,000 คนต่อปี มีจำนวนการตายกว่า 2,000 คนต่อปี)

เอกสารอ้างอิง

1. Sriplung H. Projection of cancer problems. In: Khuhaprema T SP, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editor. Cancer in Thailand Vol IV 1998-2000. Bangkok: National Cancer Institut; 2007.
2. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ et al. American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. CA Cancer J Clin. 2000;52(6):342-62.
3. Srivatanakul P. Cervix uteri. In: Khuhaprema T, Srivatanakul, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., Sumitsawan, Y., Attasara, P, editor. Cancer in Thailand Vol II 1998-2000. Bangkok: National Cancer Institute; 2007. p. 51-3.
4. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo and Thomas DB. Cancer Incidence in Five Continents Vol. VIII. IARC Scientific Publications; 2003 [cited 2008 may 18]; Available from: <http://www-dep.iarc.fr/>.
5. Sankaranarayanan R. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene meeting at Manson House, London 17 January 2002. Cervical cancer in developing countries. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002 Nov-Dec;96(6):580-5.
6. Boyes DA. The current status of screening for uterine cancer. Prog Clin Biol Res. 1983;132E:483-93.
7. Lynge E, Engholm G, Madsen M. [The significance of organized screening for uterine cervix cancer in Denmark during 1968-1987]. Ugeskr Laeger. 1992 May 4;154(19):1330-4.
8. Anttila A, Nieminen P. Cervical cancer screening programme in Finland. Eur J Cancer. 2000 Nov;36(17):2209-14.
9. Briollais L, Feyler A, Ossondo M, Dorival MJ, Le Mab G, Escarmant P, et al. [Evaluation of a cervical cancer screening campaign: reflections on the experience in Martinique]. Sante Publique. 2000 May;12 Spec No:21-35.
10. Lynge E, Madsen M, Engholm G. Effect of organized screening on incidence and mortality of cervical cancer in Denmark. Cancer Res. 1989 Apr 15;49(8):2157-60.
11. Piana L, Leandri FX, Jacqueme B, Heid P, Corti J, Andrac-Meyer L, et al. [Organized cervical cancer screening for underprivileged women]. Bull Cancer. 2007 May 1;94(5):461-7.
12. Sigurdsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. Int J Cancer. 1993 Jun 19;54(4):563-70.
13. World Health Organization. Cervical Cancer in developing Countries: Report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2002.
14. International Agency for Research on Cancer. Cervix Cancer Screening: IARC Handbooks of Cancer Prevention: IARC Press,; 2005.
15. McGoogan E, Colgan TJ, Ramzy I, Cochand-Priollet B, Davey DD, Grohs HK, et al. Cell preparation methods and criteria for sample adequacy. International Academy of Cytology Task Force summary.

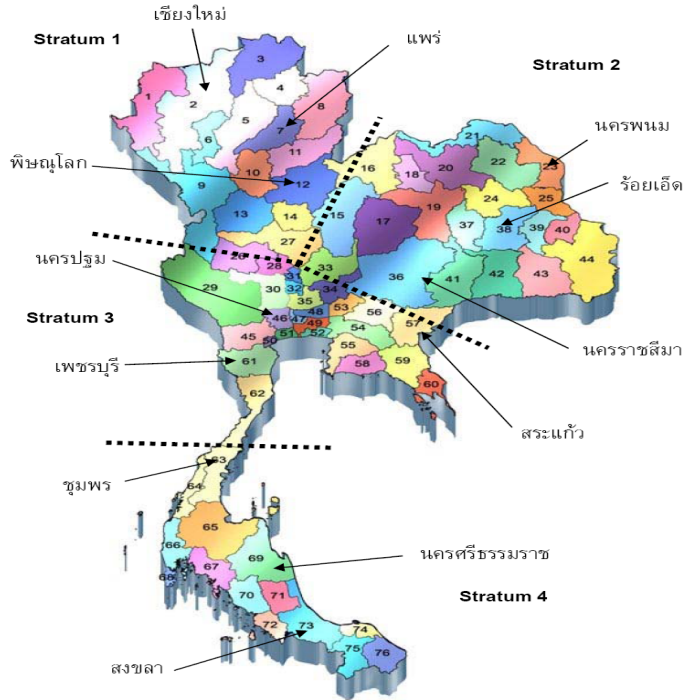
- Diagnostic Cytology Towards the 21st Century: An International Expert Conference and Tutorial. *Acta Cytol.* 1998 Jan-Feb;42(1):25-32.
16. Ottaviano M, La Torre P. Examination of the cervix with the naced eye using acetic acid test. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;143:139-42.
 17. Megevand E, Denny L, Dehaeck K, Soeters R, Bloch B. Acetic acid visualization of the cervix: an alternative to cytologic screening. *Obstet Gynecol.* 1996 Sep;88(3):383-6.
 18. Sankaranarayanan R, Wesley R. Visual inspection of the uterine cervix with acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI)- A technical manual of IARC. 1999.
 19. 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(9156):869-73.
 20. Gaffikin L, Blumenthal PD, Emerson M, Limpaphayom K. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical-cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet.* 2003 Mar 8;361(9360):814-20.
 21. World Health Organization. Comprehensive Cervical Cancer Control: A guide to essential practice 2006.
 22. Cervical Cancer Screening 76 provinces Project. 2007 [cited 2007 Dec 12]; Available from: <http://61.90.198.162/papsmearthailand.htm>.
 23. International Health Policy Program Thailand (IHPP) and Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP). Research for Development of an Optimal Policy Strategy for Prevention and Control of Cervical Cancer in Thailand. 2008 [cited 2008 Oct 22]; Available from: http://www.hitap.net/backoffice/news/pdf_news/2008-09-24_Final-Report-Cervica-Cancer.pdf.
 24. Glanz K, Rimer, B.K., Lewis, F.M. Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. San Fransisco: Wiley & Sons,; 2002.
 25. Schulmeister L, Lifsey DS. Cervical cancer screening knowledge, behaviors, and beliefs of Vietnamese women. *Oncol Nurs Forum.* 1999 Jun;26(5):879-87.
 26. Deschamps M, Band PR, Hislop TG, Clarke HF, Smith JM, To Yee Ng V. Barriers to cervical cytology screening in native women in British Columbia. *Cancer Detect Prev.* 1992;16(5-6):337-9.
 27. Lazcano-Ponce EC, Najera-Aguilar P, Buiatti E, Alonso-de-Ruiz P, Kuri P, Cantoral L, et al. The cervical cancer screening program in Mexico: problems with access and coverage. *Cancer Causes Control.* 1997 Sep;8(5):698-704.
 28. Carter J, Park ER, Moadel A, Cleary SD, Morgan C. Cancer knowledge, attitudes, beliefs, and practices (KABP) of disadvantaged women in the South Bronx. *J Cancer Educ.* 2002 Fall;17(3):142-9.
 29. Seow A, Wong ML, Smith WC, Lee HP. Beliefs and attitudes as determinants of cervical cancer screening: a community-based study in Singapore. *Prev Med.* 1995 Mar;24(2):134-41.
 30. Holroyd EA, Taylor-Piliae RE, Twinn SF. Investigating Hong Kong's Filipino domestic workers'

- healthcare behavior, knowledge, beliefs and attitudes towards cervical cancer and cervical screening. *Women Health*. 2003;38(1):69-82.
31. Lee-Lin F, Menon U, Mooney K. Cervical Cancer Beliefs and Pap Test Screening Practices Among Chinese American Immigrants. *Oncology Nursing forum*. 2007;34(6):1203-09.
 32. Steven D, Fitch M, Dhaliwal H, Kirk-Gardner R, Sevean P, Jamieson J et al. Knowledge, attitudes, beliefs, and practices regarding breast and cervical cancer screening in selected ethnocultural groups in Northwestern Ontario. *Oncol Nurs Forum*. 2004 Mar-Apr;31(2):305-11.
 33. Phipps E, Cohen MH, Sorn R, Braitman LE. A pilot study of cancer knowledge and screening behaviors of Vietnamese and Cambodian women. *Health Care Women Int*. 1999 Mar-Apr;20(2):195-207.
 34. Boonpongmanee C, Jittanoon P. Predictors of Papanicolaou testing in working women in Bangkok, Thailand. *Cancer Nurs*. 2007 Sep-Oct;30(5):384-9.
 35. Curry RH, Moen JB, Morris SJ, Scheivelhud L. Community directed cancer screening program. *Cancer Pract*. 1994;2:256-63.
 36. Machoki JM, Rogo KO. Knowledge and attitudinal study of Kenyan women in relation to cervical carcinoma. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991 Jan;34(1):55-9.
 37. Sansom CD, MacImerney J, Oliver V, Wakefield J. Differential response to recall in a cervical screening programme. *Br J Prev Soc Med*. 1975 Mar;29(1):40-7.
 38. Udigwe GO. Knowledge, attitude and practice of cervical cancer screening (pap smear) among female nurses in Nnewi, South Eastern Nigeria. *Niger J Clin Pract*. 2006 Jun;9(1):40-3.
 39. Mutyaba T MF, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ*. 2006 Mar;1:6-13.
 40. Hernandez-Avila M, Lazcano-Ponce E, Lopez L, Alonso de Ruiz P, Rojas R. Evaluación del programa de detección oportuna de cáncer cervical in México. *Gaceta Médica de México* 1994;130:201-9.
 41. Sellors Jw, Lewis K, Kidula N, Muhombe K, Tsu V, Herdman C. Screening and management of precancerous lesions to prevent cervical cancer in low-resource settings. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2003 Jul-Sep;4(3):277-80.
 42. Monnet E, Carbillet JP, Meslans Y, Petitjean A, Gautier CP. [Participation of women in cervical cancer screening. Results of the first 5 years of a pilot program in the province of Doubs]. *Presse Med*. 1999 Dec 4;28(38):2093-7.
 43. Deerasamee S, Srivatanakul P, Sriplung H, Nilvachararung S, Tansuwan U, Pitakpraiwan P, et al. Monitoring and evaluation of a model demonstration project for the control of cervical cancer in Nakhon Phanom province, Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2007 Oct-Dec;8(4):547-56.
 44. Inplaeng K, Seesung S, Saksagawong S, Wachiradilok C, Kanchanabut C, Temiyasatith S. Cervical Cancer Screening in Udon Thani, Thailand. Paper presented at the 5th International Asian

- Conference on Cancer Screening 10th-11th September 2008 At the Faculty of Medicine; Khon Kaen University, Thailand.2008.
45. Rogo KO, Omany J, Onyango JN, Ojwang SB, Stendahl U. Carcinoma of the cervix in the African setting. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990 Nov;33(3):249-55.
 46. Ho GY, Burk RD, Klein S KA, Chang CJ PP, et al. Persistent genital human papillomavirus infection as a risk factor for persistent cervical dysplasia. *J Natl Cancer Inst.* 1995 Sep 20;87(18):1365-71.
 47. Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). *Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers.* Seattle: ACCP. 2004.
 48. Sibiyi MN, Grainger L. An assessment of the implementation of the provincial cervical screening programme in selected Primary Health Care Clinics in the Ilembe Region, KwaZulu-Natal. *Curationis.* 2007 Mar;30(1):48-55.
 49. Leyden WA, Manos MM, Geiger AM, Weinmann S, Mouchawar J, Bischoff K, et al. Cervical cancer in women with comprehensive health care access: attributable factors in the screening process. *J Natl Cancer Inst.* 2005 May 4;97(9):675-83.
 50. Kreuger FA, Beerman H, Nijs HG, Wijnen JA. Follow-up not according to guidelines after an abnormal cervix smear. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1996 Apr;140(15):833-6.
 51. Monsoonego J. Prevention of cervical cancer: screening, progress and perspective. *Presse Med.* 2007 Jan;36(1 Pt 2):92-111.
 52. Lindeque BG. Management of cervical premalignant lesions. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005 Aug;19(4):545-61.
 53. Miller AB. *Cervical Cancer Screening Programmes: Managerial Guidelines.* Geneva: World Health Organization; 1992.
 54. Hellsten C, Sjostrom K, Lindqvist PG. A 2-year follow-up study of anxiety and depression in women referred for colposcopy after an abnormal cervical smear. *Bjog.* 2008 Jan;115(2):212-8.
 55. World health Organization. *National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines.* 2nd edition. Geneva: WHO; 2002.
 56. Bingham A, Bishop A, Coffey P, Winkler J, Bradley J, Dzuba I, et al. Factors affecting utilization of cervical cancer prevention services in low-resource settings. *Salud Publica Mex.* 2003;45 Suppl 3:S408-16.
 57. Stufflebeam DL. *Educational evaluation and decision making.* Itasca Illinois F.E. Peacock Publisher; 1971.
 58. Stufflebeam DL. The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability. *J Res Dev Educ.* 1971;5:14-28.
 59. กรมการปกครอง. จำนวนประชากรและประชากรแยกอายุ. ประเทศไทย 2551 [cited 2009 26 May]; Available from: <http://www.dopa.go.th/hpstat9/people2.htm>.
 60. Cronbach Lee Joseph. *Essential of psychological Testing.* 4th ed. New York: Herper and Row; 1970.
 61. สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัยเจริญพันธ์ พ.ศ. 2552.* กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบลิ๊อก; 2553.

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 พื้นที่ตัวอย่างในการศึกษาทั้งประเทศ



ภาคผนวก 2 พื้นที่หน่วยตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง

ภาค/stratum	จำนวนอำเภอ ตัวอย่าง	เขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล		รวม	
		Blk/vil ³	กลุ่ม ตัวอย่าง	Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง	Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง
ภาคเหนือ	14	27	540	39	780	66	1,320
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	14	12	240	38	760	50	1,000
ภาคกลาง (ยกเว้น กทม) ตะวันออก/ตะวันตก	12	14	280	36	720	50	1,000
ภาคใต้	14	15	300	51	1,020	66	1,320
รวม	54	68		164		232	4,640

³ Blk/vil คือ เขตพื้นที่ตัวอย่าง (block) หรือ ชุมชน หมู่บ้านตัวอย่าง (village)

ภาคผนวก 3 พื้นที่หน่วยตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายจังหวัดตัวอย่าง

	จังหวัดตัวอย่าง อำเภอตัวอย่าง	ระยะห่างจาก อำเภอ (กม.)	จำนวนหญิง กลุ่มเป้าหมาย (คน)	ขนาดตัวอย่าง			
				เสนอผล ระดับจังหวัด		เสนอผล ระดับประเทศ	
				Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง	Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง
ทั่วประเทศ				80	1,600	200	4,000
จังหวัด (จำนวนหญิงอายุ 30-60 ปีทั้งหมด)							
ภาคเหนือ						50	1,000
1	จังหวัดเชียงใหม่ (261,488)		74,312	40	800	24	480
	1. เมืองเชียงใหม่	0	21,196	15	300	7	140
	2. สันป่าตอง	22	16,151	7	140	5	100
	3. จอมทอง	58	12,818	5	100	4	80
	4. เชียงดาว	68	11,534	5	100	3	60
	5. ไชยปราการ	131	4,656	4	80	2	40
	6. อมก๋อย	179	7,957	4	80	3	60
2	จังหวัดพิษณุโลก (155,131)		87,169			16	320
	1. เมืองพิษณุโลก	0	44,918			7	140
	2. วัดโบสถ์	30	6,847			2	40
	3. พรหมพิราม	40	20,519			4	80
	4. นครไทย	97	14,885			3	60
3	จังหวัดแพร่ (93,998)		62,794			10	200
	1. เมืองแพร่	0	22,133			3	60
	2. สูงเม่น	11	19,293			3	60
	3. ร้องกวาง	29	9,137			2	40
	4. สอง	48	12,231			2	40
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ						50	1,000
4	จังหวัดนครพนม (132,213)		49,755			11	220
	1. เมืองนครพนม	0	24,594			4	80
	2. วังยาง	40	3,233			2	40
	3. ศรีสงคราม	67	13,699			3	60
	4. นาหว้า	93	8,229			2	40
5	จังหวัดนครราชสีมา (407,127)		114,840			22	440
	1. จักราช	40	14,792			3	60
	2. โนนสูง	37	24,146			5	100
	3. สีคิ้ว	45	20,607			4	80
	4. หนองบุญมาก	52	13,059			2	40

	จังหวัดตัวอย่าง	ระยะห่างจากอำเภอ (กม.)	จำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมาย (คน)	ขนาดตัวอย่าง			
				เสนอผลระดับจังหวัด		เสนอผลระดับประเทศ	
				Blk/vil	กลุ่มตัวอย่าง	Blk/vil	กลุ่มตัวอย่าง
	5. ด่านขุนทด	84	26,082			5	100
	6. ประทาย	97	16,154			3	60
6	จังหวัดร้อยเอ็ด (254,745)		83,243			17	340
	1. เมืองร้อยเอ็ด	0	29,175			5	100
	2. เสนภูมิ	32	24,624			5	100
	3. สุวรรณภูมิ	52	23,805			5	100
	4. หนองฮี	78	5,639			2	40
	ภาคกลาง					50	1,000
7	จังหวัดนครปฐม (154,970)		98,346			23	460
	1. เมืองนครปฐม	0	39,170			9	180
	2. สามพราน	21	35,820			8	160
	3. พุทธมณฑล	20	5,878			2	40
	4. บางเลน	48	17,478			4	80
8	จังหวัดเพชรบุรี (71,119)		44,903			11	220
	1. เมืองเพชรบุรี	0	20,061			4	80
	2. บ้านแหลม	12	7,876			2	40
	3. ท่าช้าง	17	12,360			3	60
	4. ชะอำ	40	4,606			2	40
9	จังหวัดสระแก้ว (192,863)		60,368			16	320
	1. เมืองสระแก้ว	0	18,286			5	100
	2. วัฒนานคร	29	16,552			4	80
	3. อรัญประเทศ	50	15,079			4	80
	4. ตาพระยา	72	10,451			3	60
	ภาคใต้					50	1,000
10	จังหวัดสงขลา (150,623)		53,353			15	300
	1. เมืองสงขลา	0	11,614			3	60
	2. จะนะ	37	18,114			5	100
	3. นาทวี	52	11,003			3	60
	4. เทพา	73	12,622			4	80
11	จังหวัดนครศรีธรรมราช (252,445)		88,904	40	800	24	480
	1. เมืองนครศรีธรรมราช	0	31,557	13	260	8	160
	2. ฉวาง	32	11,590	5	100	3	60

	จังหวัดตัวอย่าง อำเภอตัวอย่าง	ระยะห่างจาก อำเภอ (กม.)	จำนวนหญิง กลุ่มเป้าหมาย (คน)	ขนาดตัวอย่าง			
				เสนอผล ระดับจังหวัด		เสนอผล ระดับประเทศ	
				Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง	Blk/vil	กลุ่ม ตัวอย่าง
	3. เฉลิมพระเกียรติ	25	4,684	3	60	2	40
	4. ทุ่งสง	55	22,711	10	200	6	120
	5. บางขัน	94	7,923	4	80	2	40
	6. หัวไทร	66	10,439	5	100	3	60
12	จังหวัดชุมพร (83,091)		36,827			11	220
	1. เมืองชุมพร	0	19,074			5	100
	2. ปะทิว	30	8,206			2	40
	3. ทุ่งตะโก	62	4,345			2	40
	4. ละแม	95	5,202			2	40

ภาคผนวก 4 แบบสัมภาษณ์หญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี

FORM A หญิงกลุ่มเป้าหมาย	Page 1 of 6
ID.QFA: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

“การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ

โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวีไอเอ”

คำชี้แจงการศึกษาวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการให้บริการและการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในอนาคต

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ประสิทธิภาพการเข้ารับบริการและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ

การสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่านแต่อย่างใด

วัน-เดือน-ปีที่สัมภาษณ์	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	รหัสผู้สัมภาษณ์	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
ส่วนที่ A1 ข้อมูลทั่วไป			
1. วัน-เดือน-ปี เกิด (พ.ศ.)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	เช่น 25 พ.ศ. 2515 ระบุเป็น 25-05-2515	
2. ศาสนา	<input type="checkbox"/> 2.1 พุทธ	<input type="checkbox"/> 2.3 อิสลาม	
	<input type="checkbox"/> 2.2 คริสต์	<input type="checkbox"/> 2.4 อื่นๆ ระบุ.....	
3. ระดับการศึกษา	<input type="checkbox"/> 3.1 ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> 3.5 อนุปริญญา/ปวส.	
	<input type="checkbox"/> 3.2 ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> 3.6 ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	
	<input type="checkbox"/> 3.3 มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 3.7 อื่นๆ ระบุ.....	
	<input type="checkbox"/> 3.4 มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า/ปวช.		
4. อาชีพหลัก	<input type="checkbox"/> 4.1 ว่างานไม่ได้ประกอบอาชีพ	<input type="checkbox"/> 4.4 รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 4.7 พนักงานเอกชน
	<input type="checkbox"/> 4.2 แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> 4.5 รับราชการ	<input type="checkbox"/> 4.8 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
	<input type="checkbox"/> 4.3 เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 4.6 พนักงานรัฐวิสาหกิจ	
5. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ระบุ	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	บาท (เช่น 080000 บาท)	
	รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายหรือไม่		
	<input type="checkbox"/> 1) ไม่เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 2) เพียงพอ	<input type="checkbox"/> 3) มีเหลือเก็บออม
6. สถานภาพ			
	<input type="checkbox"/> 6.1 โสด	<input type="checkbox"/> 6.2 มีคู่และอยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> 6.3 หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย

FORM A หญิงกลุ่มเป้าหมาย		Page 2 of 6	
7. การตั้งครรภ์	<input type="checkbox"/> 7.1 ไม่เคย <input type="checkbox"/> 7.2 เคย	จำนวนการตั้งครรภ์	<input type="text"/> ครั้ง
		จำนวนการคลอด	<input type="text"/> ครั้ง
		จำนวนการแท้ง	<input type="text"/> ครั้ง
8. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ <input type="checkbox"/> 8.1 ไม่เคย (ข้ามไปถามข้อ 11)			
	<input type="checkbox"/> 8.2 เคย	มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ	<input type="text"/> ปี
9. ท่านคุมกำเนิดหรือไม่ <input type="checkbox"/> 9.1 ไม่เคย			
	<input type="checkbox"/> 9.2 เคยแต่ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้คุมกำเนิด		
	<input type="checkbox"/> 9.3 เคยคุมกำเนิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
วิธีการคุมกำเนิด (กรณีตอบข้อ 9.2 และ 9.3)			
	<input type="checkbox"/> 1) ยาเม็ด	<input type="checkbox"/> 2) ยาฉีด	<input type="checkbox"/> 3) ใส่ห่วง
	<input type="checkbox"/> 4) ฝังฮอร์โมน	<input type="checkbox"/> 5) ทำหมัน	
ระยะเวลาคุมกำเนิด <input type="text"/> ปี			
10. คู่ครองของท่านคุมกำเนิดหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> 10.1 ไม่คุมกำเนิดเลย	<input type="checkbox"/> 10.2 เคยแต่ 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้คุมกำเนิด	
		<input type="checkbox"/> 10.3 เคยคุมกำเนิดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	
วิธีการคุมกำเนิด (กรณีตอบข้อ 10.2 และ 10.3)			
	<input type="checkbox"/> 1) ถุงยางอนามัย (เป็นประจำ)	<input type="checkbox"/> 2) ทำหมัน	
ระยะเวลาคุมกำเนิด <input type="text"/> ปี			
11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่			
	<input type="checkbox"/> 11.1 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 11.2 เคยแต่ 1 ปีที่ผ่านมาไม่ได้สูบ	} ระยะเวลาที่สูบ <input type="text"/> ปี
		<input type="checkbox"/> 11.3 เคยสูบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา	
12. เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่ท่านรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่			
	<input type="checkbox"/> 12.1 ไม่เคย	<input type="checkbox"/> 12.2 เคย	ระบุ ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้เป็นมะเร็งปากมดลูกที่รู้จัก
	<input type="checkbox"/> 1)ญาติที่เคยพักอาศัยหรือปัจจุบันอยู่บ้านเดียวกัน		
	<input type="checkbox"/> 2) ญาติแต่ไม่ได้พักอาศัยในครอบครัวหรือบ้านเดียวกัน		
	<input type="checkbox"/> 3) เพื่อนหรือคนรู้จักที่สนิท คู่เนเคย		
	<input type="checkbox"/> 4) คนในชุมชนหรือใกล้เคียง		

FORM A หญิงกลุ่มเป้าหมาย	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: flex-end;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">Page 4 of 6</div> </div>																				
<p>19. เมื่อถึงสถานที่ตรวจ ท่านใช้เวลารอนานเท่าไร (ครั้งล่าสุด)</p> <p><input type="checkbox"/> 19.1 น้อยกว่า 1 ชั่วโมง <input type="checkbox"/> 19.2 1 ชั่วโมงขึ้นไป <input type="checkbox"/> 19.3 จำไม่ได้</p>																					
<p>20. หลังจากเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านใช้ระยะเวลาในการรอผลการตรวจนานเท่าใด</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 20.1 ไม่ได้รับผลตรวจเลย</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 20.5 2 – 3 สัปดาห์</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 20.9 เจ้าหน้าที่อธิบายเงื่อนไขในวันตรวจ เช่น “ถ้าไม่มีการ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20.2 ได้รับแจ้งผลในวันตรวจ</td> <td><input type="checkbox"/> 20.6 3 - 4 สัปดาห์</td> <td>แจ้งผลตรวจโดยตรงภายใน</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20.3 น้อยกว่า 1 สัปดาห์</td> <td><input type="checkbox"/> 20.7 มากกว่า 4 สัปดาห์</td> <td>1 เดือน ถือว่า ปกติ”</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20.4 1 – 2 สัปดาห์</td> <td><input type="checkbox"/> 20.8 เพิ่งไปตรวจและอยู่ในช่วงรอผล</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 20.1 ไม่ได้รับผลตรวจเลย	<input type="checkbox"/> 20.5 2 – 3 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.9 เจ้าหน้าที่อธิบายเงื่อนไขในวันตรวจ เช่น “ถ้าไม่มีการ	<input type="checkbox"/> 20.2 ได้รับแจ้งผลในวันตรวจ	<input type="checkbox"/> 20.6 3 - 4 สัปดาห์	แจ้งผลตรวจโดยตรงภายใน	<input type="checkbox"/> 20.3 น้อยกว่า 1 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.7 มากกว่า 4 สัปดาห์	1 เดือน ถือว่า ปกติ”	<input type="checkbox"/> 20.4 1 – 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.8 เพิ่งไปตรวจและอยู่ในช่วงรอผล									
<input type="checkbox"/> 20.1 ไม่ได้รับผลตรวจเลย	<input type="checkbox"/> 20.5 2 – 3 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.9 เจ้าหน้าที่อธิบายเงื่อนไขในวันตรวจ เช่น “ถ้าไม่มีการ																			
<input type="checkbox"/> 20.2 ได้รับแจ้งผลในวันตรวจ	<input type="checkbox"/> 20.6 3 - 4 สัปดาห์	แจ้งผลตรวจโดยตรงภายใน																			
<input type="checkbox"/> 20.3 น้อยกว่า 1 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.7 มากกว่า 4 สัปดาห์	1 เดือน ถือว่า ปกติ”																			
<input type="checkbox"/> 20.4 1 – 2 สัปดาห์	<input type="checkbox"/> 20.8 เพิ่งไปตรวจและอยู่ในช่วงรอผล																				
<p>21. เจ้าหน้าที่แจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ท่านทราบด้วยวิธีใด</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 21.1 ยังไม่ได้แจ้งผลให้ทราบ</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 21.5 ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21.2 เจ้าหน้าที่แจ้งผลเองในวันตรวจ</td> <td><input type="checkbox"/> 21.6 แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21.3 ทางจดหมาย</td> <td><input type="checkbox"/> 21.7 เจ้าหน้าที่อธิบายในวันตรวจ ตามเงื่อนไขข้อ 20.9</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 21.4 ทางโทรศัพท์</td> <td><input type="checkbox"/> 21.7 อื่นๆ ระบุ.....</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 21.1 ยังไม่ได้แจ้งผลให้ทราบ	<input type="checkbox"/> 21.5 ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 21.2 เจ้าหน้าที่แจ้งผลเองในวันตรวจ	<input type="checkbox"/> 21.6 แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง	<input type="checkbox"/> 21.3 ทางจดหมาย	<input type="checkbox"/> 21.7 เจ้าหน้าที่อธิบายในวันตรวจ ตามเงื่อนไขข้อ 20.9	<input type="checkbox"/> 21.4 ทางโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> 21.7 อื่นๆ ระบุ.....												
<input type="checkbox"/> 21.1 ยังไม่ได้แจ้งผลให้ทราบ	<input type="checkbox"/> 21.5 ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข																				
<input type="checkbox"/> 21.2 เจ้าหน้าที่แจ้งผลเองในวันตรวจ	<input type="checkbox"/> 21.6 แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง																				
<input type="checkbox"/> 21.3 ทางจดหมาย	<input type="checkbox"/> 21.7 เจ้าหน้าที่อธิบายในวันตรวจ ตามเงื่อนไขข้อ 20.9																				
<input type="checkbox"/> 21.4 ทางโทรศัพท์	<input type="checkbox"/> 21.7 อื่นๆ ระบุ.....																				
<p>22. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งล่าสุดของท่านเป็นอย่างไร</p> <p><input type="checkbox"/> 22.1 ปกติ <input type="checkbox"/> 22.2 ผิดปกติ</p> <p><input type="checkbox"/> 22.3 ไม่ทราบผล ระบุสาเหตุ.....</p>																					
<p>23. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำใดแก่ท่านบ้าง ในการไปตรวจคัดกรองหรือหลังจากได้รับผลการตรวจแล้ว</p> <p>23.1 การแนะนำช่วงการตรวจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)_</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้แนะนำอะไรเลย ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3) แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) อธิบายวิธีการแจ้งผลการตรวจและผลการตรวจ</td> <td><input type="checkbox"/> 5) อื่นๆ ระบุ</td> </tr> </table> <p>23.2 การแนะนำหลังทราบผลการตรวจ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</p> <p>(ผลปกติ เลือกคำตอบเฉพาะที่มีเครื่องหมาย * ผิดปกติ เลือกคำตอบได้ทุกข้อยกเว้นข้อ 7 และ ไม่ทราบผล เลือกเพียงข้อ 7)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> *1) ไม่ได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง การรักษา หรือการส่งต่อ</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> *2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> *3) แนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมายตามระยะเวลาที่กำหนด</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4) แนะนำให้ตรวจคัดกรองใหม่ทันที</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5) เจ้าหน้าที่ได้ทำการรักษาทันที</td> <td><input type="checkbox"/> 7) อยู่ในช่วงรอผลตรวจ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 6) เจ้าหน้าที่ส่งต่อให้ไปพบแพทย์ หรือ สูติแพทย์</td> <td><input type="checkbox"/> *8) อื่น ๆ ระบุ.....</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้แนะนำอะไรเลย ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง		<input type="checkbox"/> 2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก		<input type="checkbox"/> 3) แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด		<input type="checkbox"/> 4) อธิบายวิธีการแจ้งผลการตรวจและผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> 5) อื่นๆ ระบุ	<input type="checkbox"/> *1) ไม่ได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง การรักษา หรือการส่งต่อ		<input type="checkbox"/> *2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก		<input type="checkbox"/> *3) แนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมายตามระยะเวลาที่กำหนด		<input type="checkbox"/> 4) แนะนำให้ตรวจคัดกรองใหม่ทันที		<input type="checkbox"/> 5) เจ้าหน้าที่ได้ทำการรักษาทันที	<input type="checkbox"/> 7) อยู่ในช่วงรอผลตรวจ	<input type="checkbox"/> 6) เจ้าหน้าที่ส่งต่อให้ไปพบแพทย์ หรือ สูติแพทย์	<input type="checkbox"/> *8) อื่น ๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> 1) ไม่ได้แนะนำอะไรเลย ที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง																					
<input type="checkbox"/> 2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก																					
<input type="checkbox"/> 3) แนะนำและนัดหมายให้มาตรวจคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด																					
<input type="checkbox"/> 4) อธิบายวิธีการแจ้งผลการตรวจและผลการตรวจ	<input type="checkbox"/> 5) อื่นๆ ระบุ																				
<input type="checkbox"/> *1) ไม่ได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรอง การรักษา หรือการส่งต่อ																					
<input type="checkbox"/> *2) แนะนำความรู้และการปฏิบัติตัวไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูก																					
<input type="checkbox"/> *3) แนะนำให้มาตรวจคัดกรองตามนัดหมายตามระยะเวลาที่กำหนด																					
<input type="checkbox"/> 4) แนะนำให้ตรวจคัดกรองใหม่ทันที																					
<input type="checkbox"/> 5) เจ้าหน้าที่ได้ทำการรักษาทันที	<input type="checkbox"/> 7) อยู่ในช่วงรอผลตรวจ																				
<input type="checkbox"/> 6) เจ้าหน้าที่ส่งต่อให้ไปพบแพทย์ หรือ สูติแพทย์	<input type="checkbox"/> *8) อื่น ๆ ระบุ.....																				

24. ท่านคิดว่าจะมาเข้ารับการตรวจคัดกรองที่สถานบริการอีกหรือไม่

24.1 กลับมาตรวจคัดกรองในสถานพยาบาลเดิม

24.2 กลับมาตรวจคัดกรองแต่ในสถานพยาบาลใหม่

(ตอบข้อ 24.1 หรือ 24.2) เป็นเพราะสาเหตุด้านใดบ้าง (ให้ลำดับความสำคัญ 3 ลำดับแรก)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ความสะดวกในการเดินทาง | <input type="checkbox"/> 6) วิธีการแจ้งผลการตรวจ |
| <input type="checkbox"/> 2) เจ้าหน้าที่แจ้งให้มาตรวจ | <input type="checkbox"/> 7) การให้บริการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ |
| <input type="checkbox"/> 3) การใช้สิทธิตามสถานพยาบาลนั้น | <input type="checkbox"/> 8) วิธีการที่ใช้ในการตรวจ (นำเชื้อถือ รวดเร็ว เป็นต้น) |
| <input type="checkbox"/> 4) การใช้เวลารอเข้ารับการตรวจ | <input type="checkbox"/> 9) อื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> 5) การใช้เวลารอรับผลการตรวจ | |

24.3 ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองอีกเลย เป็นเพราะสาเหตุใดบ้าง (ให้ลำดับความสำคัญ 3 ลำดับแรก)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ความสะดวกในการเดินทาง | <input type="checkbox"/> 5) การให้บริการตรวจคัดกรองของเจ้าหน้าที่ |
| <input type="checkbox"/> 2) การใช้เวลารอเข้ารับการตรวจนาน | <input type="checkbox"/> 6) วิธีการที่ใช้ในการตรวจ (นำเชื้อถือ รวดเร็ว เป็นต้น) |
| <input type="checkbox"/> 3) การใช้เวลารอรับผลการตรวจ | <input type="checkbox"/> 7) อื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> 4) วิธีการแจ้งผลการตรวจ | |

25. ที่ผ่านมา ท่านไปตรวจคัดกรองแล้วไม่ได้รับการตรวจบ้างหรือไม่ เพราะเหตุใด

- 25.1 ไม่เคยมารับการตรวจเลย
- 25.2 ได้รับการตรวจทุกครั้ง
- 25.3 เคยเพราะสถานพยาบาลไม่มีบริการตรวจคัดกรองในวันนั้นๆ
- 25.4 เคยเพราะเจ้าหน้าที่ไม่พอให้บริการ
- 25.5 เคยโดยไม่ทราบเหตุผล/ไม่มีการชี้แจงใดๆ
- 25.6 เคย สาเหตุอื่น เพราะ

26. นอกจากตัวท่านแล้ว ในครอบครัวมีหญิงอายุ 30-60 ปี หรือไม่

26.1 ไม่มี

26.2 มี

และในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1) ทุกคนไม่ไปตรวจคัดกรอง | <input type="checkbox"/> 3) ทุกคนไปตรวจคัดกรอง |
| <input type="checkbox"/> 2) ตรวจคัดกรองบางคน | <input type="checkbox"/> 4) ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ |

FORM A หญิงกลุ่มเป้าหมาย Page 6 of 6

ส่วนที่ A3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

คำชี้แจง พนักงานสัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้อให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อย่างละเอียด ครบถ้วนแล้วให้ทำเครื่องหมาย "X" ในช่อง ที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เห็นว่าข้อความนั้นถูกต้องมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1) มะเร็งปากมดลูกมีอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกกระปริบกระปรอย มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวเป็นเลือด เป็นต้น			
2) การเปลี่ยนคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย เสี่ยง ต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
3) มะเร็งปากมดลูกไม่สามารถตรวจพบได้จนกว่าจะมีอาการของโรค			
4) หากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ <u>ไม่จำเป็น</u> ต้องมาตรวจคัดกรองอีกเลยตลอดชีวิต			
5) หากตรวจคัดกรองแล้วพบความผิดปกติในระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้			
6) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น			

ส่วนที่ A4 การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

คำชี้แจง พนักงานสัมภาษณ์อ่านข้อความแต่ละข้อให้กับผู้ตอบแบบสัมภาษณ์อย่างละเอียด ครบถ้วน แล้วให้ทำเครื่องหมาย "X" ในช่อง ที่ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เห็นด้วยมากที่สุดเพียง 1 ข้อ

ข้อความ	น้อย	ปานกลาง	มาก	ไม่แน่ใจ
7) ปัจจุบันท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก				
8) การไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ท่านปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก				
9) วิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่อันตรายต่อท่าน				
10) ท่านวิตกกังวลเพียงใด หากผลการตรวจคัดกรองพบว่าท่านเป็นมะเร็งปากมดลูก				
11) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จากโทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ทำให้ท่านตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง				
12) คำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองของคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด ทำให้ท่านตัดสินใจไปตรวจคัดกรอง				

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

ภาคผนวก 5 แบบสอบถามผู้ให้บริการและข้อมูลสถานพยาบาล

FORM B ผู้ให้บริการ

เฉพาะเจ้าหน้าที่วิจัย รหัส ID.QFB: -----

สถานที่ 1. รพ.ศูนย์ 2. รพ.ทั่วไป 3. รพ.ชุมชน 4. สถานีอนามัย/PCU/รพ.สต.
 ชื่อสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....

“การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ

โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวีไอเอ”

คำชี้แจงการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2552 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการของหญิงกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรและระบบการให้บริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริการและการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในอนาคต

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการอบรมการตรวจคัดกรองและการให้บริการ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองและกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่านแต่อย่างใด

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และผู้ปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรอง เช่น เจ้าหน้าที่ควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นต้น

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามความคิดเห็นของท่าน โดยอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วทำเครื่องหมาย “X” ในช่อง และระบุตัวเลขใน (.....) ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ B1 ข้อมูลทั่วไป	
1. อายุ	ปี
2. เพศ	<input type="checkbox"/> 2.1 ชาย <input type="checkbox"/> 2.2 หญิง
3. ศาสนา	<input type="checkbox"/> 3.1 พุทธ <input type="checkbox"/> 3.3 อิสลาม <input type="checkbox"/> 3.2 คริสต์ <input type="checkbox"/> 3.4 อื่นๆ ระบุ.....
4. ตำแหน่ง/สายงาน	<input type="checkbox"/> 4.1 เจ้าหน้าที่งาน/นักวิชาการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> 4.4 แพทย์ประจำบ้าน/เฉพาะทางอื่นๆ <input type="checkbox"/> 4.2 สูติแพทย์ <input type="checkbox"/> 4.3 พยาบาล <input type="checkbox"/> 4.5 อื่นๆระบุ.....
5. บทบาทความรับผิดชอบหลักของท่านที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	<input type="checkbox"/> 5.1 วางแผน/ส่งเสริม/ประชาสัมพันธ์/ให้ความรู้ <input type="checkbox"/> 5.3 ทั้ง 5.1 และ 5.2 <input type="checkbox"/> 5.2 ปฏิบัติงานด้านการตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> 5.4 อื่นๆ ระบุ.....
6. ท่านปฏิบัติงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบปัจจุบันเป็นระยะเวลาทั้งสิ้น	ปี เดือน
7. ท่านมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (รวมทุกแห่งที่ท่านทำงาน)	<input type="checkbox"/> 7.1 ไม่มี <input type="checkbox"/> 7.2 มี ระบุ ปี..... เดือน

FORM B ผู้ให้บริการ		ID.QFB: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
8. ท่านเคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใดบ้าง เมื่อปีพ.ศ.ใด			
8.1 วิธีแป็ปสเมียร์ <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2) เคย (ครั้งล่าสุด) พ.ศ.			
8.2 วิธีวีไอเอ <input type="checkbox"/> 1) ไม่เคย <input type="checkbox"/> 2) เคย (ครั้งล่าสุด) พ.ศ.			
***หากท่านไม่เคยได้รับการอบรมทั้ง 2 วิธี ให้ข้ามไปตอบข้อ 10			
9. ท่านได้รับการอบรมวิธีการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุดจากหน่วยงานใด			
<u>9.1 วิธีแป็ปสเมียร์</u>		<u>9.2 วิธีวีไอเอ</u>	
<input type="checkbox"/> 1) กรมอนามัย		<input type="checkbox"/> 1) กรมอนามัย	
<input type="checkbox"/> 2) กรมการแพทย์		<input type="checkbox"/> 2) กรมการแพทย์	
<input type="checkbox"/> 3) สปสช.		<input type="checkbox"/> 3) สปสช.	
<input type="checkbox"/> 4) อื่นๆ.....		<input type="checkbox"/> 4) อื่นๆ.....	
10. สถานพยาบาลของท่านมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใด			
<input type="checkbox"/> 10.1 เฉพาะวิธีแป็ปสเมียร์ (ตอบข้อ 11 และ 12)			
<input type="checkbox"/> 10.2 เฉพาะวิธีวีไอเอ (ตอบข้อ 13 และ 14)			
<input type="checkbox"/> 10.3 มีทั้งวิธีแป็ปสเมียร์และวีไอเอ (ตอบข้อ 11 ถึง 14)			
11.ระยะเวลาการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ในกรณีที่ให้บริการด้วยวิธีแป็ปสเมียร์			
<input type="checkbox"/> 11.1 น้อยกว่า 1 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 11.2 3 – 4 สัปดาห์	
<input type="checkbox"/> 11.2 1 – 2 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 11.4 มากกว่า 4 สัปดาห์	
<input type="checkbox"/> 11.3 2 – 3 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 11.5 อื่นๆ ระบุ.....	
12. การแจ้งผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็ปสเมียร์ของสถานพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
<input type="checkbox"/> 12.1 ไม่แจ้งผลให้ทราบ		<input type="checkbox"/> 12.5 ทางโทรศัพท์	
<input type="checkbox"/> 12.2 เจ้าหน้าที่แจ้งผลในวันตรวจ		<input type="checkbox"/> 12.6 แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง	
<input type="checkbox"/> 12.3 ทางจดหมาย		<input type="checkbox"/> 12.7 ไม่แจ้งผลในกรณีปกติ	
<input type="checkbox"/> 12.4 ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข		<input type="checkbox"/> 12.8 อื่นๆ ระบุ.....	
13. ระยะเวลาการแจ้งผลการตรวจคัดกรอง ในกรณีที่ให้บริการด้วยวิธีวีไอเอ			
<input type="checkbox"/> 13.1 แจ้งผลในวันที่ตรวจ		<input type="checkbox"/> 13.4 2 – 3 สัปดาห์	
<input type="checkbox"/> 13.2 น้อยกว่า 1 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 13.5 3 – 4 สัปดาห์	
<input type="checkbox"/> 13.3 1 – 2 สัปดาห์		<input type="checkbox"/> 13.6 มากกว่า 4 สัปดาห์	
		<input type="checkbox"/> 13.7 อื่นๆ ระบุ.....	
14. การแจ้งผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีไอเอของสถานพยาบาลของท่านเป็นอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
<input type="checkbox"/> 14.1 ไม่แจ้งผลให้ทราบ		<input type="checkbox"/> 14.5 ผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุข	
<input type="checkbox"/> 14.2 เจ้าหน้าที่แจ้งผลในวันตรวจ		<input type="checkbox"/> 14.6 แจ้งให้ไปรับผลด้วยตนเอง	
<input type="checkbox"/> 14.3 ทางจดหมาย		<input type="checkbox"/> 14.7 ไม่แจ้งผลในกรณีปกติ	
<input type="checkbox"/> 14.4 ทางโทรศัพท์		<input type="checkbox"/> 14.8 อื่นๆ ระบุ.....	

26. การประชาสัมพันธ์			
26.1 ความถี่ของการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่			
26.2 ความหลากหลายของสื่อประชาสัมพันธ์			
26.3 ความเหมาะสมของการใช้สื่อประชาสัมพันธ์กับพื้นที่ สังคม วัฒนธรรม			
FORM B ผู้ให้บริการ	ID.QFB: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>		
27. ระบบการรับเรื่องร้องเรียนและการแก้ไขปัญหาการให้บริการตรวจคัดกรอง			
27.1 ช่องทางการรับเรื่องร้องทุกข์จากหญิงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่น กล้องรับเรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียนผ่านอสม. โทรศัพท์สายด่วน หน่วยรับปรึกษาปัญหา เป็นต้น			
27.2 ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น			
28. การนิเทศ ติดตามและประเมินผล			
28.1 ความเพียงพอของการนิเทศและติดตามการดำเนินงานในพื้นที่จากส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)			
28.2 ความสม่ำเสมอของการประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่จากส่วนกลาง(กระทรวงสาธารณสุข)			
28.3 ความเพียงพอของการนิเทศและติดตามผลการดำเนินงานภายในพื้นที่			
28.4 ความสม่ำเสมอของการประเมินผลการดำเนินงานภายในพื้นที่			
29. ผลจากการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรอง			
29.1 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตรวจคัดกรองของประชาชนในพื้นที่			
29.2 ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมาย			
ส่วนที่ B4 ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง			
<i>คำชี้แจง กรุณาย่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดและครบถ้วน แล้วทำเครื่องหมาย "X" ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านเพียง 1 ช่อง</i>			
ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
30. หากตรวจคัดกรองครั้งแรกแล้วไม่พบความผิดปกติต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี			
31. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีบีบสเมียร์พบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (CIN 1 หรือ LSIL) <u>ไม่จำเป็นต้องรักษา</u> หรือนัดให้มาตรวจคัดกรองเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด			
32. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอแล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็น (cryotherapy) ทันที โดยไม่ต้องมาติดตามผลและตรวจซ้ำ			
33. การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเหมาะกับสตรีกลุ่มอายุ 30-45 ปี			
34. หญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองเช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก			
35. หลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนสามารถมาตรวจคัดกรองได้ทันที			

36. สตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ไม่ควรมาตรวจคัดกรอง			
--	--	--	--

FORM B ผู้ให้บริการ	ID.QFB:
----------------------------	---

ส่วนที่ B5 ความคิดเห็นต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย

37. ท่านคิดว่าสาเหตุใดที่ส่งผลให้สตรีในชุมชนของท่านไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โปรดเลือกสาเหตุที่สำคัญ 3 ลำดับแรกโดยระบุตัวเลข 1 – 3 หน้าสาเหตุที่เลือก)
 (1 = มีความสำคัญมากที่สุด 2 และ 3 มีความสำคัญรองลงมา)

<input type="checkbox"/> 37.1 ไม่มีอาการผิดปกติ	<input type="checkbox"/> 37.7 อายุที่จะตรวจ
<input type="checkbox"/> 37.2 ไม่ทราบสถานที่ตรวจ	<input type="checkbox"/> 37.8 ไม่ทราบถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูก
<input type="checkbox"/> 37.3 ไม่มีเวลาตรวจ	<input type="checkbox"/> 37.9 สามีหรือบุคคลในครอบครัวไม่ยอมให้ตรวจ
<input type="checkbox"/> 37.4 คาดว่าเสียค่าใช้จ่ายสูง	<input type="checkbox"/> 37.10 ขั้นตอนการตรวจมีความยุ่งยาก
<input type="checkbox"/> 37.5 การเดินทางไม่สะดวก	<input type="checkbox"/> 37.11 ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก
<input type="checkbox"/> 37.6 การประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง	<input type="checkbox"/> 37.12 อื่น ระบุ.....

38. ท่านคิดว่าสาเหตุใดที่ส่งผลให้สตรีในชุมชนของท่านมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (โปรดเลือกสาเหตุที่สำคัญ 3 ลำดับแรกโดยระบุตัวเลข 1 – 3 หน้าสาเหตุที่เลือก)
 (1 = มีความสำคัญมากที่สุด 2 และ 3 มีความสำคัญรองลงมา)

<input type="checkbox"/> 38.1 มีอาการผิดปกติ	<input type="checkbox"/> 38.6 ทราบถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูก
<input type="checkbox"/> 38.2 สามีหรือบุคคลใกล้ชิด แนะนำให้ตรวจ	<input type="checkbox"/> 38.7 มีบริการตรวจคัดกรองฟรี
<input type="checkbox"/> 38.3 ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่ให้มาตรวจคัดกรอง	<input type="checkbox"/> 38.8 สถานที่ตรวจใกล้บ้าน
<input type="checkbox"/> 38.4 คิดว่าตนเองเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/> 38.9 ทราบข่าวการประชาสัมพันธ์
<input type="checkbox"/> 38.5 โรงพยาบาลหรือสถานเอนามัยจัดให้มี	<input type="checkbox"/> 38.10 อื่น ระบุ.....

การตรวจคัดกรองนอกเวลาราชการ
หรือเพิ่มจำนวนวันตรวจคัดกรอง

39. เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นในพื้นที่ของท่าน ท่านคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขในระดับใด

<input type="checkbox"/> 39.1 มาก	<input type="checkbox"/> 39.2 ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 39.3 น้อย	<input type="checkbox"/> 39.4 ไม่สำคัญ
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	--

40. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองจะสามารถลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากน้อยเพียงใด

<input type="checkbox"/> 40.1 มาก	<input type="checkbox"/> 40.2 ปานกลาง	<input type="checkbox"/> 40.3 น้อย	<input type="checkbox"/> 40.4 ไม่ได้เลย
-----------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	---

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก 6 แบบสอบถามข้อมูลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละสถานพยาบาล

สถานพยาบาล (แบบสอบถาม 1 ชุด/ 1 สถานพยาบาล)	
สถานที่ <input type="checkbox"/> 1. รพ.ศูนย์ <input type="checkbox"/> 2. รพ.ทั่วไป <input type="checkbox"/> 3. รพ.ชุมชน <input type="checkbox"/> 4. สถานีอนามัย/PCU	
ชื่อสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....	
ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....	

**“การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ
 โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียร์ และวีไอเอ ในประเทศไทย”**

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมายที่สถานพยาบาลท่านตั้งเป้าเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2551 และจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองจริง ได้แก่ (จังหวัดที่ตรวจทั้ง 2 วิธี ลงข้อมูล 1-6 และจังหวัดที่ตรวจเฉพาะแป็บสเมียร์ ลงข้อมูล 4-6)

ตรวจด้วยวิธีวีไอเอ	จำนวน (คน)
1. หญิงกลุ่มอายุ 30-45 ปีทั้งหมดในฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	1.....
2. หญิงอายุ 30-45 ปีที่ตั้งเป้าตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ในปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	2.....
3. หญิงที่รับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี วีไอเอ ในปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	3.....
ตรวจด้วยวิธีแป็บสเมียร์	จำนวน (คน)
4. หญิงอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปีทั้งหมดในฐานข้อมูลปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	4.....
5. หญิงอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปีที่ตั้งเป้าตรวจคัดกรองด้วยวิธีแป็บสเมียร์ ในปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	5.....
6. หญิงที่รับบริการตรวจคัดกรองด้วยวิธี แป็บสเมียร์ ในปีงบประมาณ 2551 ของพื้นที่สถานพยาบาลที่ท่านรับผิดชอบ	6.....

หมายเหตุ

.....

ยกตัวอย่างเช่น ในสถานพยาบาลของท่านมีหญิงอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปีทั้งหมดที่รับผิดชอบในฐานข้อมูลปี พ.ศ. 2551 มีจำนวน 200 คน ปี พ.ศ. 2551 ท่านตั้งเป้าเพื่อตรวจคัดกรองด้วยวิธีแป็บสเมียร์ 200 คน และดำเนินการตรวจได้ 150 คน มีการลงข้อมูล ดังนี้

ช่องที่ 4 จำนวน 200 ช่องที่ 5 จำนวน 200 ช่องที่ 6 จำนวน 150

พื้นที่สถานพยาบาลที่รับผิดชอบ หมายถึง เขตชุมชน หมู่บ้านที่สถานพยาบาล (โรงพยาบาล สถานีอนามัย อื่นๆ) รับผิดชอบให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาคผนวก 7 แบบสอบถามผู้บริหารโครงการระดับจังหวัด

FORM C ฝ่ายบริหาร		1/3
เฉพาะเจ้าหน้าที่วิจัย รหัส <input type="text"/>		ID.QFC: <input type="text"/>
สถานที่และผู้ให้ข้อมูล		
<input type="checkbox"/> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)	<input type="checkbox"/> 1) ฝ่ายบริหาร*	<input type="checkbox"/> 2) หัวหน้ากลุ่มงาน**
<input type="checkbox"/> 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)	<input type="checkbox"/> 1) ฝ่ายบริหาร*	<input type="checkbox"/> 2) หัวหน้ากลุ่มงาน**
<input type="checkbox"/> 3. โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน	<input type="checkbox"/> 1) ฝ่ายบริหาร*	<input type="checkbox"/> 2) หัวหน้ากลุ่มงาน**
ชื่อสถานพยาบาล.....อำเภอ.....จังหวัด.....		
ผู้ให้ข้อมูล.....ตำแหน่ง.....		

**“การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ
โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวีไอเอ ในประเทศไทย”**

คำชี้แจงการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2552 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการของหญิงกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรและระบบการให้บริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการบริการและการปฏิบัติงานให้เหมาะสมในอนาคต

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ประวัติการอบรมการตรวจคัดกรองและการให้บริการ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองและกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ที่ท่านรับผิดชอบ รวมทั้งข้อเสนอแนะอื่นๆ

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีกระบุชื่อและที่อยู่ของท่านแต่อย่างใด

ผู้ให้ข้อมูล

***ฝ่ายบริหาร** คือ ผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหารในหน่วยงานหรือสถานพยาบาลนั้น เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการในโรงพยาบาล

****หัวหน้ากลุ่มงาน** คือ ผู้ที่เป็นหัวหน้าแผนกสูตินารีเวช หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม หรือเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน หรือหัวหน้ากลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง กรุณาให้ข้อมูลสถานพยาบาลและระบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของท่าน โดยอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียดแล้วทำเครื่องหมาย “X” ในช่อง และระบุตัวเลขใน ตามความเป็นจริง

ส่วนที่ C1 ข้อมูลทั่วไป								
1. เพศ	<input type="checkbox"/> 1.1 ชาย	<input type="checkbox"/> 1.2 หญิง						
2. ตำแหน่ง/สายงาน	<input type="checkbox"/> 1.1 นักวิชาการสาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 1.4 แพทย์ทั่วไป/แพทย์สาขาอื่นๆ						
	<input type="checkbox"/> 1.2 พยาบาล	<input type="checkbox"/> 1.5 อื่นๆ โปรดระบุ.....						
	<input type="checkbox"/> 1.3 สตรีแพทย์							
3. ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่ปัจจุบันของท่าน ระบุ.....ปี.....เดือน								
4. โรคมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญมากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการท่าน								
<input type="checkbox"/> 4.1 มากที่สุด <input type="checkbox"/> 4.2 มาก <input type="checkbox"/> 4.3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 4.4 น้อย <input type="checkbox"/> 4.5 น้อยที่สุด								
FORM C ฝ่ายบริหาร		ID.QFC: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2/3					
ส่วนที่ C2 ความคิดเห็นต่อนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก								
คำชี้แจง ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นต่อนโยบายหรือกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา								
<input type="checkbox"/> คือ ช่องหัวข้อหลัก ให้วางเอาไว้ ขอให้ท่านแสดงความคิดเห็นและทำเครื่องหมาย “X” ในข้อย่อย								
ข้อความ			มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่แน่ใจ		
5. ท่านเข้าใจนโยบายและวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรอง								
6. การสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง								
6.1 งบประมาณที่ได้รับจัดสรรเพียงพอสำหรับดำเนินกิจกรรมในพื้นที่								
6.2 ด้านวิชาการ เช่น การจัดอบรมการตรวจคัดกรอง								
7. การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด								
7.1 การประสานงานเพื่อวางแผนปฏิบัติงาน								
7.2 ความพร้อมในการทำงาน เช่น ระบบการส่งต่อ ส่งตรวจ รักษา เป็นต้น								
7.3 ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง								
8. คุณภาพของระบบข้อมูล								
8.1 การจัดการข้อมูล เช่น การบันทึก การใช้โปรแกรม เป็นต้น								
8.2 การรายงาน เช่น ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา								
9. บุคลากร								
9.1 ความเพียงพอของบุคลากรที่ดำเนินการในพื้นที่								
9.2 บุคลากรได้รับการอบรมตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ								
10. กิจกรรมการตรวจคัดกรอง								
10.1 กิจกรรมการตรวจคัดกรองที่ผ่านมาเพิ่มภาระให้กับบุคลากรในหน่วยงานของท่านเพียงใด								

10. กิจกรรมการตรวจคัดกรอง (ต่อ)				
10.2 ความจำเป็นที่ต้องมีการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่				
10.3 ความหลากหลายของการให้บริการการเข้าถึงการตรวจคัดกรองในพื้นที่ เช่น ออกหน่วยเคลื่อนที่ เพิ่มวันตรวจที่สถานพยาบาล มากขึ้น เป็นต้น				
11. ปัญหาและอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอดีตที่ผ่านมา ระบุ.....				
12. ท่านได้ทราบมาก่อนหรือไม่ว่ากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี ด้วยวิธีป้ายน้ำส้มสายชู (VIA) สำหรับสตรีอายุระหว่าง 30-45 ปี และวิธีแปปสเมียร์ (Pap smear) สำหรับสตรีอายุมากกว่า 45 ปีขึ้นไปเนื่องจากวิธีการดังกล่าวมีประสิทธิผลและความคุ้มค่าที่สุด <input type="checkbox"/> 12.1 ทราบ <input type="checkbox"/> 12.2 ไม่ทราบมาก่อน				
13. ท่านเห็นด้วยกับนโยบายการตรวจคัดกรองดังกล่าวหรือไม่ เพราะเหตุใด <input type="checkbox"/> 13.1 เห็นด้วย เพราะ..... <input type="checkbox"/> 13.2 ไม่เห็นด้วย เพราะ..... <input type="checkbox"/> 13.3 ไม่แสดงความคิดเห็น				
FORM C ฝ่ายบริหาร		รหัส <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ID.QFC: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3/3	
14. หน่วยงานของท่านมีความพร้อมในการดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวมากน้อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 14.1 มากที่สุด <input type="checkbox"/> 14.2 ค่อนข้างมาก <input type="checkbox"/> 14.3 ปานกลาง <input type="checkbox"/> 14.4 ค่อนข้างน้อย <input type="checkbox"/> 14.5 น้อยที่สุด				
15. ปัญหาและอุปสรรคที่ท่านคาดว่าจะเกิดจากนโยบายดังกล่าว ระบุ.....				

ภาคผนวก 8 แบบสัมภาษณ์ผู้ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

แบบสอบถามสำหรับสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายเลขแบบสอบถาม..... id [][][] จังหวัด.....pro [][]
 อำเภอ.....dis [][] ตำบล.....tam [][] หมู่บ้าน.....ban [][] ผู้สัมภาษณ์.....

คำชี้แจงการวิจัย

การวิจัยนี้มีจุดประสงค์เพื่อประเมินอัตราการได้รับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติและเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในผู้ที่มีผลเซลล์ผิดปกติด้วยวิธีไวเอเอ

แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก, วิธีการรักษา และผลของการรักษา ความเชื่อและเจตคติต่อโรคมะเร็งและการรักษา ประวัติเกี่ยวกับการรักษาเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก และระบบบริการเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับและใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อและที่อยู่ของท่านแต่อย่างใด

ผู้ให้ข้อมูล คือ สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีไวเอเอ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำถาม	คำตอบ	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านเกิด ปี พ.ศ. อะไร?	_____ (ปี พ.ศ. ที่เกิด)	6a1 [][][]
2. ท่านนับถือศาสนาอะไร?	(1) พุทธ (2) คริสต์ (3) อิสลาม (4) อื่นๆ (โปรดระบุ).....	6a2 []
3. สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่าน ?	(1) สมรส (2) หม้าย / หย่า (3) โสด	6a3 []
4. ท่านได้รับการศึกษาสูงสุดระดับใด?	(1) ไม่เคยเรียนหนังสือ (2) ประถมศึกษา (3) มัธยมศึกษาตอนต้น (4) มัธยมตอนปลายหรือเทียบเท่า (5) ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (6) ปริญญาโทหรือสูงกว่า	6a4 []
5. ท่านประกอบอาชีพอะไรเป็นหลัก?	(1) เกษตรกร (2) ธุรกิจส่วนตัว (3) แม่บ้าน (4) ลูกจ้างเอกชน (5) ข้าราชการหรือลูกจ้างรัฐ (6) อื่นๆ (โปรดระบุ).....	6a5 []

6. ครอบคลุมครัวท่านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่าใด?	(1) น้อยกว่า 5,000 บาท (2) 5,000-10,000 บาท (3) 10,001 - 15,000 บาท (4) มากกว่า 15,000 บาท	6a6 []
--	---	---------

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์

คำถาม	คำตอบ	สำหรับผู้วิจัย
7. คุณมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร?	_____ ปี (0) ไม่เคย	6b7 [] []
8. จำนวนผู้ชายที่คุณเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยมีกี่คน?	_____ คน (ไม่เคย = 0)	6b8 []
9. คุณเคยตั้งครรภกี่ครั้ง?	_____ ครั้ง (ไม่เคย = 0)	6b9 []
10. คุณสูบบุหรี่หรือไม่?	(1) ไม่เคยสูบ (2) เคยสูบ, จำนวนปี แต่ปัจจุบันหยุด (3) สูบเป็นครั้งคราว (4) สูบเป็นประจำ	6b10 []

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษา และผลของการรักษา

คำถาม	คำตอบ	สำหรับผู้วิจัย
ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก 11. คุณทราบปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่?	(1) ทราบ (2) ไม่ทราบ (ข้ามไปส่วน d.)	6c11 []
12. กรุณาตอบปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่คุณทราบ?	ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ	
(1) ติดเชื้อไวรัสชนิด HPV	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c121 []
(2) การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c122 []
(3) การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c123 []
(4) การสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c124 []
วิธีการรักษา 13. กรุณาตอบเกี่ยวกับวิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกที่คุณทราบ?	ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ	
1. การผ่าตัด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c131 []
2. เคมีบำบัด	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c132 []
3. รังสีรักษา	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6c133 []

ผลของการรักษา	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	
14. กรุณาตอบเกี่ยวกับผลของการรักษามะเร็งปากมดลูกที่คุณทราบ?				
1. สามารถรักษาหายได้หากพบระยะเริ่มแรก	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6c141 []
2. หากพบระยะลุกลามสามารถรักษาด้วยเคมีบำบัด และหรือรังสีรักษา	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6c142 []

ส่วนที่ 4 ความเชื่อและเจตคติต่อโรคมะเร็งและการรักษา

คำถาม	คำตอบ					สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
ความเสี่ยงต่อโรค 15. หญิงทุกคนมีโอกาสจะเป็นมะเร็งปากมดลูก 16. ฉันมีโอกาสน้อยที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก 17. เป็นไปได้ที่จะรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดก่อนที่โรคจะลุกลาม						6d15 [] 6d16 [] 6d17 []
ความรุนแรงของโรค 18. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงเพราะเมื่อเป็นแล้วจะต้องตายถ้าไม่รักษา 19. มีโอกาสที่จะรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายได้ 20. การเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นอันตรายต่อตัวฉัน						6d18 [] 6d19 [] 6d20 []
ประโยชน์ของการรักษา 21. การรักษาโรคร้ายอย่างถูกต้องช่วยให้ฉันหายจากโรคได้ 22. ไม่ว่าจะรักษาหรือไม่ก็ตาม ไม่ทำให้ฉันหายจากมะเร็งปากมดลูกได้ 23. การตรวจพบโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งในระยะแรกทำให้การรักษาได้ผลดี						6d21 [] 6d22 [] 6d23 []
อุปสรรคต่อการรักษา 24. ฉันไม่รู้ว่าจะไปรักษาที่ไหน 25. ฉันไม่มีอาการใดๆ ที่บอกว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย 26. ฉันกลัวการรักษา						6d24 [] 6d25 [] 6d26 []

27. ฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะไปรักษามะเร็งปากมดลูก					6d27 []
28. การรักษาอาจทำให้เจ็บปวดหรือมีอาการข้างเคียง					6d28 []
29. ฉันรู้สึกอายหากไปรักษา					6d29 []
ประสิทธิภาพของการรักษา					
30. ฉันสามารถเลือกด้วยตัวเองว่าจะไปรับการรักษาที่ไหน					6d30 []
31. ถ้าฉันตัดสินใจที่จะไปรักษาแล้ว ฉันจะได้รับการรักษาอย่างแน่นอน					6d31 []
32. ฉันไม่แน่ใจว่าจะสามารถไปรับการรักษาได้หรือไม่					6d32 []
33. การตัดสินใจรับการรักษาขึ้นอยู่กับตัวฉันเอง					6d33 []
สิ่งนำไปสู่การกระทำ					
34. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ของฉัน สนับสนุนให้ผู้หญิงที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการรักษา					6d34 []
35. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสำหรับผู้ที่ผลการตรวจผิดปกติจากโทรทัศน์					6d35 []
36. ฉันได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาสำหรับผู้ที่ผลการตรวจผิดปกติจากสื่ออื่นๆ (เช่น หนังสือพิมพ์ หรือวิทยุ)					6d36 []
37. สามี่ของฉันสนับสนุนให้ฉันไปรับการรักษา (ถ้าไม่มีสามี่หรือเป็นหม้ายหรือหย่า ข้ามไปข้อ e38)					6d37 []

ส่วนที่ 5 ประวัติเกี่ยวกับการรักษาเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก

คำถาม	คำตอบ	สำหรับผู้วิจัย
38. คุณตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีใด	(1) วิธีวีโอเอ (ข้ามไป 38.2) (2) วิธีแปปสเมียร์	6e38x []
38.1 คุณตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ครั้งสุดท้ายเมื่อใด?	(1) ปี พ.ศ. 2549 (3) ปี พ.ศ. 2551	(2) ปี พ.ศ. 2550 (4) ปี พ.ศ. อื่นๆ
38.2 คุณตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีโอเอครั้งสุดท้ายเมื่อใด?	(1) ปี พ.ศ. 2549 (3) ปี พ.ศ. 2551	(2) ปี พ.ศ. 2550 (4) ปี พ.ศ. อื่นๆ
39 ระยะเวลาที่คุณได้รับผลตรวจนานเท่าใดหลังตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	(1) ไม่เคยได้รับ (3) 2 สัปดาห์ (5) 4 สัปดาห์หรือมากกว่า	(2) 1 สัปดาห์ (4) 3 สัปดาห์
40. บุคลากรสาธารณสุขแจ้งผลการตรวจการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีโอเอครั้งล่าสุดแก่คุณอย่างไร?	(1) ทางจดหมาย (3) ทางอีเมล (4) ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข	(2) ทางโทรศัพท์

	(5) ใกล้เคียงไปฟังผลที่สถานที่ตรวจเดิม	
41. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	() ไม่ทราบ	6e41 []
42. คุณเคยไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเซลล์ปากมดลูกผิดปกติในปี พ.ศ. 2549 ปี พ.ศ. 2550 หรือ ปี พ.ศ. 2551 หรือไม่?	(1) เคย (2) ไม่เคย, ไม่ทราบเหตุผล.....	6e42 []
43. คุณไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาที่ใด?	(1) โรงพยาบาลอำเภอ (2) โรงพยาบาลจังหวัด (3) โรงพยาบาลเอกชน หรือคลินิก (4) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (5) โรงพยาบาลทหาร ไม่ทราบชื่อ.....	6e43 []
44. คุณได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาอะไรบ้าง?	(1) ไม่ทราบ..... (2) ไม่ทราบ	6e44 []
45. หลังจากได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาคุณได้รับคำแนะนำให้ไปตรวจตามนัดอย่างไร?	(1) ไม่ทราบ..... (2) ไม่ทราบ	6e45 []
46. คุณได้ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือไม่?	(1) ปฏิบัติ (2) ไม่ปฏิบัติ	6e46 []

ส่วนที่ 6 ระบบบริการเกี่ยวกับการรักษาผู้ที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

คำถาม	คำตอบ	สำหรับผู้วิจัย
47. แพทย์ที่ให้บริการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเซลล์ปากมดลูกผิดปกติแก่คุณในปีพ.ศ. 2549 2550 หรือ 2551 คุณรู้สึกว่ามีเพียงพอหรือไม่?	(1) เพียงพอ (2) ไม่เพียงพอ, ไม่ทราบเหตุผล.....	6f47 []
48. เครื่องมือที่ใช้บริการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเซลล์ปากมดลูกผิดปกติแก่คุณในปีพ.ศ. 2549 2550 หรือ 2551 คุณรู้สึกว่ามีเพียงพอหรือไม่?	(1) เพียงพอ (2) ไม่เพียงพอ, ไม่ทราบเหตุผล.....	6f48 []
49. ปัญหาอุปสรรคของคุณในการรับบริการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาเซลล์ปากมดลูกผิดปกติแก่คุณในปีพ.ศ. 2549 2550 หรือ 2551 มีหรือไม่?	(1) มี, ไม่ทราบ..... (2) ไม่มี	6f49 []

ภาคผนวก 9 แบบตรวจสอบศักยภาพของสถานบริการ

แบบตรวจสอบศักยภาพของสถานบริการ (สถานีอนามัย) ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายเลขแบบสอบถาม..... id [] [] [] จังหวัด.....pro [] []
อำเภอ.....dis [] [] ตำบล.....tam [] [] หมู่บ้าน.....ban
[] [] ผู้สัมภาษณ์.....
ชื่อสถานบริการ.....ผู้ตรวจสอบ.....

คำชี้แจงการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ 2548 ถึง พ.ศ 2552 และการศึกษาปัจจัยในส่วนของสถานบริการต่อการส่งต่อและรักษาของผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงระบบการทำงานให้เหมาะสมในอนาคต

แบบตรวจสอบประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความสามารถและแรงจูงใจในการให้บริการ ความรู้ในการแปลผลการตรวจระบบการเก็บข้อมูลผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ และระบบการส่งต่อและติดตามการรักษาผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา ผู้ตรวจจะใช้วิธีสอบถามและตรวจสอบหลักฐานการทำงาน โดยจะอธิบายวัตถุประสงค์ให้ทราบก่อน

กรุณาให้ข้อมูลตามความเป็นจริง โดยผู้วิจัยขอรับรองว่าข้อมูลของท่านจะเก็บเป็นความลับ และใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น ซึ่งผู้วิจัยจำนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มี การระบุชื่อและที่อยู่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้รับผิดชอบหรือตัวแทนของสถานพยาบาลเบื้องต้นในระบบการคัดกรอง (สถานีอนามัย)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้นของสถานพยาบาล	สำหรับผู้วิจัย
1.1 จำนวนบุคลากรในสถานบริการ _____ คน	per [] []
1.2 ในสถานบริการมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยตรงหรือไม่ (1) มี (2) ไม่มี	res [] []
1.3 ระยะห่างของสถานพยาบาลกับโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด _____	dis [] []
ส่วนที่ 2 ความสามารถและแรงจูงใจ	
2.1 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ _____ คน	tra1 [] []
2.2 จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ _____ คน	tra2 [] []

<p>2.3 ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บุคลากรหรือสถานพยาบาลได้รับคำตอบแทนหรือไม่</p> <p>(1) ได้ (2) ไม่ได้ (ข้ามไปข้อ 2.5) (3) ไม่แน่ใจ (ข้ามไปข้อ 2.5)</p>	<p>inc1 []</p>
<p>2.4 บุคลากรพอใจในคำตอบแทนที่ได้รับหรือไม่</p> <p>(1) พอใจ (2) ไม่พอใจ (3) ไม่แน่ใจ</p>	<p>inc2 []</p>
<p>2.5 บุคลากรรู้สึกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประโยชน์ต่อชุมชนมากน้อยเพียงใด</p> <p>(1) มากที่สุด (2) มาก (3) ปานกลาง (4) น้อย (5) น้อยมาก</p>	<p>bene []</p>
<p>2.6 บุคลากรรู้สึกว่าการทำงานมีปัญหาและอุปสรรคมากน้อยเพียงใด</p> <p>(1) มากที่สุด (2) มาก (3) ปานกลาง (4) น้อย (5) น้อยมาก</p>	<p>barr []</p>
<p>2.7 บุคลากรรู้สึกว่าต้องใช้ความพยายามในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในการทำงานนี้มากน้อยเพียงใด</p> <p>(1) มากที่สุด (2) มาก (3) ปานกลาง (4) น้อย (5) น้อยมาก</p>	<p>effo []</p>
<p>ส่วนที่ 3 การแปลผลการตรวจคัดกรอง</p>	
<p>3.1 สถานบริการมีคู่มือการแปลผลการตรวจวิธีแปลสมัยหรือไม่</p> <p>(1) มี (2) ไม่มี</p>	<p>manp []</p>
<p>3.2 สถานบริการมีคู่มือการแปลผลการตรวจวิธีไวโอเอหรือไม่</p> <p>(1) มี (2) ไม่มี</p>	<p>manv []</p>
<p>3.3 บุคลากรมีความมั่นใจในการแปลผลการตรวจคัดกรองมากน้อยเพียงใด</p> <p>(1) มากที่สุด (2) มาก (3) ปานกลาง (4) น้อย (5) น้อยมาก (6) ไม่ได้แปลผลเอง</p>	<p>conf []</p>
<p>ส่วนที่ 4 ระบบเก็บข้อมูลผู้ที่มีผลผิดปกติ</p>	
<p>4.1 เมื่อพบผู้ที่ตรวจคัดกรองมีผลผิดปกติ สถานบริการมีระบบเก็บข้อมูลผู้ป่วยเหล่านั้นหรือไม่</p> <p>(1) มี (2) ไม่มี</p>	<p>abno []</p>
<p>4.2 หากมีระบบเก็บข้อมูลที่ใช้มีการแยกระดับความรุนแรงของความผิดปกติหรือไม่ (อย่างน้อยแยกมะเร็งออกจากระยะก่อนมะเร็ง)</p> <p>(1) มี (2) ไม่มี</p>	<p>seve []</p>
<p>ส่วนที่ 5 ระบบการติดตามผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ</p>	
<p>5.1 สถานบริการมีระบบข้อมูล (เอกสาร) การติดตามผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเพื่อรับการรักษาต่อหรือไม่</p> <p>(1) มี (2) ไม่มี</p>	<p>cont []</p>

5.2 สถานบริการมีระบบข้อมูล (เอกสาร) <u>การส่งตัว</u> ผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติเพื่อรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลหรือไม่ (1) มี (2) ไม่มี	refe []
5.3 สถานบริการมีระบบข้อมูล (เอกสาร) <u>การติดตามผล</u> การรักษาของผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติที่ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลหรือไม่ (1) มี (เฉพาะมะเร็ง) (2) ไม่มี (3) มี (ไม่เฉพาะมะเร็ง)	foll []

ภาคผนวก 10 ประมาณค่าอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศ

การตรวจ	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง ตะวันออกและ ตะวันตก		ใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจ	866,709	30.4	1,534,455	31.2	1,344,653	35	637,093	33.3	4,382,910	32.4
ไม่ตรวจ	1,983,416	69.6	3,377,522	68.8	2,500,554	65	1,275,889	66.7	9,137,381	67.6
รวม	2,850,125	100	4,911,977	100	3,845,207	100	1,912,982	100	13,520,291	100

ภาคผนวก 11 วิธีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ

วิธีตรวจ	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		ตะวันออกเฉียงและ ตะวันตก		ใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
วิธีแปปสเมียร์	1,418,093	71.5	3,135,881	93.2	2,356,252	94.2	1,104,495	86.6	80,14,721	87.8
วิธีวีไอเอ	176,342	8.9	206,146	6.1	116,628	4.7	140,299	11	639,415	7.0
ไม่ทราบวิธี	388,981	19.6	23,190	0.7	27,674	1.1	31,094	2.4	470,940	5.2
รวม	1,983,416	100	3,365,217	100	2,500,554	100	1,275,889	100	9,125,076	100

ภาคผนวก 12 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ
 จำแนกตามปีที่ตรวจ

ปีพ.ศ. ตรวจ	เหนือ		ตะวันออกเฉียงเหนือ		กลาง ตะวันออก และ ตะวันตก		ใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2548	79,913	4.0	76,605	2.3	26,356	1.1	39,109	3.1	221,983	2.4
2549	224,956	11.4	188,613	5.6	92,010	3.7	105,680	8.3	611,258	6.7
2550	293,800	14.9	476,738	14.1	168,619	6.7	205,789	16.2	1,144,947	12.5
2551	636,950	32.2	548,982	16.3	302,422	12.1	337,687	26.6	1,826,041	20
2552	742,154	37.5	2,083,970	61.7	1,909,599	76.4	583,137	45.9	5,318,859	58.3
	1,977,774	100	3,374,907	100	2,499,006	100	1,271,402	100	9,123,089	100

ภาคผนวก 13 สถานที่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมาย
 ระดับประเทศ

สถานที่ตรวจ	เหนื่อ		ตะวันออก เฉียงเหนือ		กลาง ตะวันออก และตะวันตก		ใต้		ทั้งประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยเคลื่อนที่	11,906	0.6	180,063	5.3	135,006	5.4	71,560	5.6	398,535	4.4
สถานีอนามัย	955,965	49.1	1,801,956	53.4	1,250,100	49.9	585,263	45.9	4,593,284	50.5
รพ.อำเภอ	234,119	12.0	644,798	19.1	342,368	13.7	161,945	12.7	1,383,229	15.2
รพ.จังหวัด	245,121	12.6	141,310	4.2	346,964	13.9	181,771	14.2	915,166	10.1
คลินิกสิทธิบัตรทอง	3,491	0.2	4,516	0.1	16,766	0.7	941	0.1	25,714	0.3
รพ.อื่นๆ ของรัฐ	169,130	8.7	113,539	3.4	64,596	2.6	68,938	5.4	416,204	4.6
รพ.เอกชน	156,717	8.1	120,579	3.6	126,043	5.0	33,877	2.7	437,216	4.8
คลินิกเอกชน	170,117	8.7	370,760	11.0	221,365	8.8	171,593	13.4	933,835	10.3
	1,946,565	100	3,377,522	100	2,503,209	100	1,275,889	100	9,103,185	100

ปัจจัย	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ							
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI						
ประวัติการตั้งครรภ์																
ไม่เคย	1.00								1.00							
เคย	3.46	2.02	5.92	>0.001					1.62	1.05	2.47	0.028				
มีบุตรในบ้านเคยรู้จักบุคคลที่เป็นมะเร็งปากมดลูก/																
ไม่เคย									1.00							
เคย									1.71	1.22	2.39	0.002				
หญิงคนเฒ่าที่มีอายุตามเกณฑ์ตรวจไม่ผ่านและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก																
ไม่มี	1.00		1.00		1.00		1.00		1.00		1.00					
มีและทุกคนไม่ไปตรวจ	0.72	0.40	1.30	0.272	1.01	0.47	2.08	0.971	0.37	0.20	0.70	0.002				
มีและตรวจบางคน	0.41	0.16	1.02	0.055	0.41	0.15	1.11	0.08	0.55	0.19	1.57	0.267				
มีและทุกคนไปตรวจ	2.36	1.35	4.16	0.003	3.22	1.49	6.94	0.003	1.28	0.72	2.3	0.406				
มีและไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	0.54	0.3	0.96	0.035	0.99	0.48	2.04	0.977	1.81	0.85	3.89	0.127				
ลักษณะพื้นที่อยู่อาศัย																
เมือง	1.00										1.00					
ใกล้เมือง/ปานกลาง	3.10	2.18	4.39	>0.001							1.48	1.21	1.72	>0.001		
ไกลเมือง	1.90	1.23	2.92	0.004							1.24	1.00	1.55	0.050		
การสูบบุหรี่																
ไม่สูบบุหรี่	1.00				1.00						1.00					
สูบบุหรี่	0.58	0.36	0.95	0.03	0.4	0.16	0.98	0.045	0.23	0.11	0.48	>0.001	0.60	0.43	0.83	0.002

ปัจจัย	ภาคเหนือ			ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			ภาคกลาง/ตะวันออก/ ตะวันตก			ภาคใต้			ทั่วประเทศ		
	OR	95 % CI	P-value	OR	95 % CI	P-value	OR	95 % CI	P-value	OR	95 % CI	P-value	OR	95 % CI	P-value
การใช้รับข้อมูลข่าวสาร มะเร็งปากลมตุลุมการตรวจคัดกรอง															
ไม่เคย	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
เคย	2.59	1.36	4.93	0.004	3.00	1.05	8.63	0.041	10.8	2.7	43.5	0.001	2.47	1.60	3.79
มะเร็งปากลมตุลุมมีโอกาสการผิดปกติ เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอย มีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวเป็นเลือด เป็นต้น															
เข้าใจถูกต้อง	1.00												1.00		
เข้าใจผิด	0.70	0.50	0.96	0.028									0.78	0.67	0.92
มะเร็งปากลมตุลุมไม่สามารถตรวจพบได้จนกว่าจะมีอาการของโรค															
เข้าใจถูกต้อง							1.00								
เข้าใจผิด							0.58	0.40	0.85	0.005					
หากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติ ไม่จำเป็นต้องมาตรวจคัดกรองอีกเลยตลอดชีวิต															
เข้าใจถูกต้อง	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
เข้าใจผิด	0.47	0.30	0.74	0.001	0.44	0.25	0.77	0.004	0.48	0.23	1.00	0.051	0.40	0.24	0.65
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากลมตุลุมสามารถตรวจได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น															
เข้าใจถูกต้อง	1.00			1.00			1.00			1.00			1.00		
เข้าใจผิด	0.50	0.33	0.76	0.001	0.55	0.31	0.95	0.031	0.35	0.18	0.68	0.002	0.50	0.33	0.76
การไปตรวจคัดกรองเป็นประจำจะทำให้ท่านปลอดภัยจากมะเร็งปากลมตุลุม															
น้อย													1.00		
ปานกลาง													1.68	1.04	2.69
มาก													0.89	0.57	1.37
วิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากลมตุลุมเป็นวิธีที่อันตราย															
น้อย	1.00			1.00									1.00		
ปานกลาง	0.65	0.36	1.16	0.143	1.67	0.58	4.82	0.342					1.11	0.76	1.61
มาก	0.36	0.18	0.73	0.005	0.17	0.05	0.63	0.008					0.42	0.25	0.73

ภาคผนวก 15 ความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์

ความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาค		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจคัดกรอง	น้อย	110	23.7	98	26.2	66	20.6	73	21.2	347	23.1
	ปานกลาง	237	51.0	170	45.5	162	50.6	161	46.7	730	48.5
	มาก	118	25.4	106	28.3	92	28.8	111	32.2	427	28.4
ความเพียงพอของบุคลากรในการตรวจคัดกรอง	น้อย	168	36.0	139	37.4	124	39.1	113	32.7	544	36.2
	ปานกลาง	231	49.5	152	40.9	140	44.2	169	48.8	692	46.1
	มาก	68	14.6	81	21.8	53	16.7	64	18.5	266	17.7
ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรอง	น้อย	45	9.7	29	7.8	22	6.9	26	7.5	122	8.1
	ปานกลาง	308	66.5	236	63.1	179	55.9	220	63.8	943	62.8
	มาก	110	23.8	109	29.1	119	37.2	99	28.7	437	29.1
ความน่าเชื่อถือของวิธีการตรวจคัดกรอง	น้อย	9	2.0	9	2.4	2	0.6	11	3.2	31	2.1
	ปานกลาง	271	59.0	203	54.7	154	48.4	196	56.8	824	55.2
	มาก	179	39.0	159	42.9	162	50.9	138	40.0	638	42.7
ความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษา	น้อย	87	18.9	49	13.4	40	12.7	76	22.2	252	17.0
	ปานกลาง	219	47.5	186	50.8	159	50.3	163	47.7	727	49.0
	มาก	155	33.6	131	35.8	117	37.0	103	30.1	506	34.1
การรายงานข้อมูลเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกต้อง รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน	น้อย	58	12.5	43	11.5	18	5.7	45	13.0	164	10.9
	ปานกลาง	280	60.3	194	51.9	180	56.6	212	61.1	866	57.6
	มาก	126	27.2	137	36.6	120	37.7	90	25.9	473	31.5
การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการ	น้อย	46	9.9	26	7.0	11	3.5	31	9.0	114	7.6

ความคิดค้นเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ปฏิบัติตามและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	238	51.0	166	44.4	158	49.7	170	49.1	732
	183	39.2	182	48.7	149	46.9	145	41.9	659	43.8
	41	8.9	30	8.1	57	17.9	34	9.8	162	10.8
การยอมรับของกลุ่มเป้าหมายต่อวิธีการตรวจคัดกรอง	241	52.2	195	52.8	160	50.3	193	55.8	789	52.8
	180	39.0	144	39.0	101	31.8	119	34.4	544	36.4
	19	4.1	7	1.9	3	0.9	13	3.7	42	2.8
การประสานงานกับอสม. ชุมชน ประชาชน สถานีอนามัยใกล้เคียง หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชน	209	44.7	135	36.1	139	43.4	154	44.4	637	42.2
	240	51.3	232	62.0	178	55.6	180	51.9	830	55.0
	27	5.8	20	5.3	20	6.3	22	6.4	89	5.9
ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการดำเนินงานกิจกรรมตรวจคัดกรองในพื้นที่	199	42.7	129	34.4	121	37.9	148	42.9	597	39.7
	240	51.5	226	60.3	178	55.8	175	50.7	819	54.4

ภาคผนวก 16 ความคิดเห็นต่อระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีวีเอเอ

ความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	ความพร้อมด้านอุปกรณ์และเครื่องมือในการตรวจคัดกรอง	น้อย ปานกลาง มาก	17.0 50.4 32.6	6 7 35	12.5 14.6 72.9	14 32 26	19.4 44.4 36.1	28 46 41	24.3 40.0 35.7	72 156 148
ความเพียงพอของบุคลากรในการตรวจคัดกรอง	น้อย ปานกลาง มาก	40.0 45.0 15.0	23 18 7	47.9 37.5 14.6	47 17 9	64.4 23.3 12.3	57 38 19	50.0 33.3 16.7	183 136 56	48.8 36.3 14.9
ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญในการตรวจคัดกรอง	น้อย ปานกลาง มาก	15.2 45.7 39.1	3 14 31	6.3 29.2 64.6	9 31 32	12.5 43.1 44.4	14 42 52	13.0 38.9 48.1	47 150 169	12.8 41.0 46.2
ความน่าเชื่อถือของวิธีการตรวจคัดกรอง	น้อย ปานกลาง มาก	5.0 52.1 42.9	2 21 23	4.3 45.7 50.0	4 31 39	5.4 41.9 52.7	4 47 59	3.6 42.7 53.6	17 172 181	4.6 46.5 48.9
ความรวดเร็วในการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษา	น้อย ปานกลาง มาก	6.3 39.4 54.2	3 8 38	6.1 16.3 77.6	7 25 40	9.7 34.7 55.6	8 36 69	7.1 31.9 61.1	27 125 224	7.2 33.2 59.6
การรายงานข้อมูลเป็นไปอย่างมีระบบ ถูกต้อง รวดเร็วและเป็นปัจจุบัน	น้อย ปานกลาง มาก	8.5 49.6 41.8	2 20 27	4.1 40.8 55.1	5 35 33	6.8 47.9 45.2	6 56 50	5.4 50.0 44.6	25 181 169	6.7 48.3 45.1

ความความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลในการติดตามและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย	น้อย	15	10.5	3	6.1	7	9.5	10	8.9	35	9.3
	ปานกลาง	86	60.1	18	36.7	28	37.8	46	41.1	178	47.1
	มาก	42	29.4	28	57.1	39	52.7	56	50.0	165	43.7
การยอมรับของกลุ่มเป้าหมายต่อวิธีการตรวจคัดกรอง	น้อย	10	7.3	1	2.0	10	13.7	6	5.3	27	7.3
	ปานกลาง	68	49.6	25	51.0	28	38.4	48	42.5	169	45.4
	มาก	59	43.1	23	46.9	35	47.9	59	52.2	176	47.3
การประสานงานกับอสม. ชุมชน ประชาชน สถานีอนามัยใกล้เคียง หรือกลุ่มแม่บ้านในชุมชน	น้อย	10	7.0	2	4.1	1	1.4	4	3.5	17	4.5
	ปานกลาง	73	51.0	19	38.8	24	32.4	35	31.0	151	39.8
	มาก	60	42.0	28	57.1	49	66.2	74	65.5	211	55.7
ผู้บริหารสนับสนุนให้มีการดำเนินกิจกรรมตรวจคัดกรองในพื้นที่	น้อย	11	6.7	2	3.1	1	1.1	8	5.9	22	4.9
	ปานกลาง	60	36.6	19	29.2	24	27.3	54	40.0	157	34.7
	มาก	93	56.7	44	67.7	63	71.6	73	54.1	273	60.4

ภาคผนวก 17 ความคิดเห็นของผู้ให้บริการต่อกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อความ	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
										จำนวน	ร้อยละ
งบประมาณที่ได้รับจัดสรรสำหรับดำเนินกิจกรรมในพื้นที่มีความเพียงพอ	น้อย	159	34.6	165	44.5	141	44.2	135	39.6	600	40.3
	ปานกลาง	232	50.5	175	47.2	156	48.9	174	51.0	737	49.5
	มาก	68	14.8	31	8.4	22	6.9	32	9.4	153	10.3
การตรวจคัดกรองเป็นการเพิ่มภาระให้กับท่านและหน่วยงาน	น้อย	182	39.7	132	35.5	115	36.2	149	43.6	578	38.8
	ปานกลาง	221	48.3	189	50.8	158	49.7	151	44.2	719	48.3
	มาก	55	12.0	51	13.7	45	14.2	42	12.3	193	13.0
ความรู้เพียงพอที่จะถ่ายทอดสู่กลุ่มเป้าหมาย	น้อย	25	5.3	9	2.4	11	3.4	13	3.8	58	3.8
	ปานกลาง	307	65.5	230	61.2	199	61.4	212	61.3	948	62.6
	มาก	137	29.2	137	36.4	114	35.2	121	35.0	509	33.6
ความถูกต้องของการตรวจ	น้อย	26	5.8	12	3.3	22	7.1	13	4.0	73	5.0
	ปานกลาง	277	61.4	193	52.9	163	52.6	162	49.5	795	54.7
	มาก	148	32.8	160	43.8	125	40.3	152	46.5	585	40.3
ความหลากหลายของการให้บริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ เช่น ออกหน่วยเคลื่อนที่ เพิ่มวันตรวจที่สถานพยาบาลมากขึ้น เป็นต้น	น้อย	129	27.7	52	13.9	59	18.4	100	28.9	340	22.6
	ปานกลาง	219	47.1	163	43.6	140	43.8	172	49.7	694	46.1
	มาก	117	25.2	159	42.5	121	37.8	74	21.4	471	31.3
การให้ความร่วมมือในการลงพื้นที่ของอสม. หรือกลุ่มหมู่บ้านในชุมชน	น้อย	49	10.6	27	7.4	31	9.9	32	9.5	139	9.4
	ปานกลาง	255	55.2	189	51.5	157	50.2	204	60.5	805	54.4
	มาก	158	34.2	151	41.1	125	39.9	101	30.0	535	36.2

ข้อความ	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่	น้อย	14.7	37	9.8	19	5.9	37	10.7	162	10.7
	ปานกลาง	307	65.3	226	60.1	198	61.1	229	960	63.3
	มาก	94	20.0	113	30.1	107	33.0	80	394	26.0
ความหลากหลายของสื่อประชาสัมพันธ์	น้อย	119	25.3	86	22.9	62	19.2	96	363	24.0
	ปานกลาง	273	58.1	210	56.0	189	58.5	206	878	58.0
	มาก	78	16.6	79	21.1	72	22.3	44	273	18.0
ความเหมาะสมของการใช้สื่อประชาสัมพันธ์กับพื้นที่ สังคม วัฒนธรรม	น้อย	83	17.9	48	12.7	45	13.9	73	249	16.5
	ปานกลาง	296	63.8	247	65.5	216	66.9	232	991	65.6
	มาก	85	18.3	82	21.8	62	19.2	42	271	17.9
ช่องทางกรรับเรื่องร้องทุกข์ เช่น กล้องรับเรื่องร้องทุกข์ ร้องเรียนผ่านอสม. โทรศัพท์ สายด่วน หน่วยรับปรึกษาปัญหา เป็นต้น	น้อย	178	38.6	103	27.8	91	29.0	136	508	34.2
	ปานกลาง	211	45.8	193	52.2	171	54.5	165	740	49.8
	มาก	72	15.6	74	20.0	52	16.6	40	238	16.0
ความรวดเร็วในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้น	น้อย	75	16.4	46	12.4	39	12.5	51	211	14.3
	ปานกลาง	300	65.8	237	64.1	195	62.3	228	960	65.2
	มาก	81	17.8	87	23.5	79	25.2	55	302	20.5
ความเพียงพอของการเงินและติดตามจากส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)	น้อย	217	46.8	139	37.7	108	34.1	157	621	41.8
	ปานกลาง	221	47.6	199	53.9	176	55.5	157	753	50.7
	มาก	26	5.6	31	8.4	33	10.4	20	110	7.4

ข้อความ	ภาคเหนือ	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ			
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
										จำนวน	ร้อยละ
ความสม่ำเสมอของการประเมินผลจากส่วนกลาง (กระทรวงสาธารณสุข)	น้อย	215	46.2	132	36.0	100	31.5	149	44.9	596	40.2
	ปานกลาง	224	48.2	195	53.1	179	56.5	161	48.5	759	51.2
	มาก	26	5.6	40	10.9	38	12.0	22	6.6	126	8.5
ความเพียงพอของการนี้เทศและติดตามภายในพื้นที่	น้อย	154	33.2	84	22.6	56	17.6	98	28.9	392	26.3
	ปานกลาง	274	59.1	232	62.5	200	62.7	217	64.0	923	61.8
	มาก	36	7.8	55	14.8	63	19.7	24	7.1	178	11.9
ความสม่ำเสมอของการประเมินภายในพื้นที่	น้อย	139	30.0	71	19.1	52	16.2	91	26.6	353	23.6
	ปานกลาง	282	60.9	229	61.7	202	62.9	224	65.5	937	62.6
	มาก	42	9.1	71	19.1	67	20.9	27	7.9	207	13.8
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมตรวจคัดกรองของประชาชนในพื้นที่	น้อย	97	20.6	74	19.7	98	30.3	96	27.7	365	24.1
	ปานกลาง	278	59.0	217	57.7	158	48.9	194	55.9	847	55.8
	มาก	96	20.4	85	22.6	67	20.7	57	16.4	305	20.1
ความครอบคลุมการเข้าถึงบริการในกลุ่มเป้าหมาย	น้อย	93	19.7	69	18.4	87	26.9	81	23.3	330	21.8
	ปานกลาง	303	64.2	236	63.1	174	53.7	210	60.5	923	60.8
	มาก	76	16.1	69	18.4	63	19.4	56	16.1	264	17.4

ภาคผนวก 18 ความคิดเห็นต่อหน้านโยบายการตรวจคัดกรอง (แยกตามรายภาค)

ความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเข้าใจนโยบายและวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรอง	น้อย	1	0.8						1	0.2
	ปานกลาง	27	21.1	20	18.7	10	13.2	14	71	17.2
	มาก	100	78.1	87	81.3	66	86.8	88	341	82.6
รวม	128	100	107	100	76	100	102	100	413	100
การสนับสนุนจากหน่วยงานส่วนกลาง										
ด้านงบประมาณ	น้อย	37	29.1	37	33.9	22	29.3	36	132	32.0
	ปานกลาง	68	53.5	60	55.0	44	58.7	57	229	55.4
	มาก	22	17.3	12	11.0	9	12.0	9	52	12.6
รวม	127	100	109	100	75	100	102	413	100	
ด้านวิชาการ เช่น การจัดอบรมการตรวจคัดกรอง	น้อย	23	18.0	25	23.6	14	18.9	27	89	21.6
	ปานกลาง	72	56.3	64	60.4	45	60.8	51	232	56.3
	มาก	33	25.8	17	16.0	15	20.3	26	91	22.1
รวม	128	100	106	100	74	100	104	412	100	
การปฏิบัติงานของหน่วยงานภายในจังหวัด										
การประสานงานเพื่อวางแผนปฏิบัติงาน	น้อย	6	4.7	8	7.3	3	3.9	18	35	8.4
	ปานกลาง	73	56.6	64	58.7	47	61.8	58	242	57.9
	มาก	50	38.8	37	33.9	26	34.2	28	141	33.7
รวม	129	100	109	100	76	100	104	418	100	

ความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความพร้อมในการทำงาน	น้อย	5	3.9	4	3.7	5	6.6	6	5.8	20	4.8
	ปานกลาง	59	45.7	55	50.9	35	46.1	53	51.5	202	48.6
	มาก	65	50.4	49	45.4	36	47.4	44	42.7	194	46.6
รวม	129	100	108	100	76	100	103	100	416	100	
ความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	น้อย	9	7.0	12	11.1	3	4.0	8	7.7	32	7.7
	ปานกลาง	73	57.0	55	50.9	49	65.3	60	57.7	237	57.1
	มาก	46	35.9	41	38.0	23	30.7	36	34.6	146	35.2
รวม	128	100	108	100	75	100	104	100	415	100	
คุณภาพของระบบข้อมูล											
การจัดการข้อมูล เช่น การบันทึก การใช้โปรแกรม	น้อย	18	14.3	11	10.1	6	8.0	11	10.7	46	11.1
	ปานกลาง	82	65.1	57	52.3	37	49.3	69	67.0	245	59.3
	มาก	26	20.6	41	37.6	32	42.7	23	22.3	122	29.5
รวม	126	100	109	100	75	100	103	100	413	100	
การรายงานผลข้อมูล เช่น ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	น้อย	14	11.0	9	8.4	10	13.3	14	13.6	47	11.4
	ปานกลาง	95	74.8	66	61.7	38	50.7	71	68.9	270	65.5
	มาก	18	14.2	32	29.9	27	36.0	18	17.5	95	23.1
รวม	127	100	107	100	75	100	103	100	412	100	

ความคิดเห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บุคลากร											
ความพอใจเพียง	น้อย	46	35.7	33	30.3	35	46.7	44	42.3	158	37.9
	ปานกลาง	63	48.8	65	59.6	32	42.7	48	46.2	208	49.9
	มาก	20	15.5	11	10.1	8	10.7	12	11.5	51	12.2
รวม		129	100	109	100	75	100	104	100	417	100
การยอมรับอย่าง สม่ำเสมอ	น้อย	31	24.4	30	28.0	20	26.7	31	29.8	112	27.1
	ปานกลาง	72	56.7	66	61.7	41	54.7	54	51.9	233	56.4
	มาก	24	18.9	11	10.3	14	18.7	19	18.3	68	16.5
รวม		127	100	107	100	75	100	104	100	413	100
กิจกรรมการตรวจคัดกรอง											
เป็นการเพิ่มภาระ	น้อย	26	20.3	22	20.4	18	23.7	22	21.2	88	21.2
	ปานกลาง	80	62.5	60	55.6	35	46.1	66	63.5	241	57.9
	มาก	22	17.2	26	24.1	23	30.3	16	15.4	87	20.9
รวม		128	100	108	100	76	100	104	100	416	100
ความจำเป็นที่ต้องมีการ ตรวจคัดกรอง	น้อย	4	3.1			1	1.3	3	2.9	8	1.9
	ปานกลาง	41	32.0	30	27.8	21	28.0	29	27.9	121	29.2
	มาก	83	64.8	78	72.2	53	70.7	72	69.2	286	68.9
รวม		128	100	108	100	75	100	104	100	415	100

ความถี่เห็น	ภาคเหนือ		ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ		ภาคกลาง/ ตะวันออก/ ตะวันตก		ภาคใต้		ทั่วประเทศ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเพียงพอของาร พื้นที่และติดตามจาก ส่วนกลาง (กระทรวง สาธารณสุข)	น้อย	217	46.8	139	37.7	108	34.1	157	47.0	621	41.8
	ปานกลาง	221	47.6	199	53.9	176	55.5	157	47.0	753	50.7
	มาก	26	5.6	31	8.4	33	10.4	20	6.0	110	7.4
ความสม่ำเสมอของการ ประเมินผลจาก ส่วนกลาง (กระทรวง สาธารณสุข)	น้อย	215	46.2	132	36.0	100	31.5	149	44.9	596	40.2
	ปานกลาง	224	48.2	195	53.1	179	56.5	161	48.5	759	51.2
	มาก	26	5.6	40	10.9	38	12.0	22	6.6	126	8.5
ความเพียงพอของการ พื้นที่และติดตามภายใน พื้นที่	น้อย	154	33.2	84	22.6	56	17.6	98	28.9	392	26.3
	ปานกลาง	274	59.1	232	62.5	200	62.7	217	64.0	923	61.8
	มาก	36	7.8	55	14.8	63	19.7	24	7.1	178	11.9
ความสม่ำเสมอของการ ประเมินภายในพื้นที่	น้อย	139	30.0	71	19.1	52	16.2	91	26.6	353	23.6
	ปานกลาง	282	60.9	229	61.7	202	62.9	224	65.5	937	62.6
	มาก	42	9.1	71	19.1	67	20.9	27	7.9	207	13.8
การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมตรวจคัดกรอง ของประชาชนในพื้นที่	น้อย	97	20.6	74	19.7	98	30.3	96	27.7	365	24.1
	ปานกลาง	278	59.0	217	57.7	158	48.9	194	55.9	847	55.8
	มาก	96	20.4	85	22.6	67	20.7	57	16.4	305	20.1
ความครอบคลุมการ เข้าถึงบริการใน กลุ่มเป้าหมาย	น้อย	93	19.7	69	18.4	87	26.9	81	23.3	330	21.8
	ปานกลาง	303	64.2	236	63.1	174	53.7	210	60.5	923	60.8
	มาก	76	16.1	69	18.4	63	19.4	56	16.1	264	17.4

ภาคผนวก 19 ภาพการปฏิบัติงานในพื้นที่

