

# การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อ โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย พ.ศ. 2548 - 2552

ธีระ ศิริสมุด\*

เชิญขวัญ ภูชนงค์\*

นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร\*

เนติ สุขสมบุญ§

ยศ ตีระวัฒนานนท์\*

รักมณี บุตรชน\*

หัชชา ศรีปลั่ง†

ลีสี่ อิงศรีสว่าง‡

ศรีเพ็ญ ตันติเวส\*

\*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

†หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

‡ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

§ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยทั้งที่มีบริการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาความผิดปกติของเซลล์ในระยะเริ่มต้นมานานกว่า 40 ปี แต่อัตราการตรวจคัดกรองก็ยังคงต่ำมาก ตั้งแต่พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา รัฐบาลมีนโยบายลดการปัญหาดังกล่าว โดยดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการฯ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในทุกภาครวม 12 จังหวัด ตั้งแต่เดือนกันยายน 2552 ถึงเดือนพฤษภาคม 2553 ซึ่งประกอบด้วย 1) การสำรวจปัจจัยด้านผู้รับบริการกลุ่มเป้าหมาย จากหญิงอายุ 30-60 ปี จำนวน 4,640 คน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ และ 2) การสำรวจปัจจัยด้านผู้ให้บริการและระบบบริการโดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังผู้ให้บริการทั้งหมดจำนวน 3,526 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีทางสถิติเชิงพรรณนาและสถิติพหุโลจิสติก เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษาในหญิงกลุ่มผู้รับบริการ (อัตราความร่วมมือ 97%) พบอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง พ.ศ. 2548-2552 เท่ากับร้อยละ 68 โดยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในพ.ศ. 2551-2552 ส่วนใหญ่ตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ (88%) ส่วนที่ตรวจด้วยวิธีวีไอเอ (7%) ครึ่งหนึ่งไปตรวจคัดกรองที่สถานอนามัย ปัจจัยส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองได้แก่ อายุระหว่าง 40-50 ปี อาศัยในเขตชนบท ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เคยตั้งครรภ์ ได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรอง มีทัศนคติเชิงบวกต่อการรับข้อมูลจากสื่อสาธารณะและได้รับการกระตุ้นจากสมาชิกในครอบครัว ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิเสธการรับบริการ ได้แก่ การเป็นมุสลิม มีประวัติสูบบุหรี่ ความเข้าใจคิดว่าหลังตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติก็ไม่ต้องมาตรวจซ้ำอีก และเข้าใจผิดว่ามีการให้บริการตรวจคัดกรองเฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น

สำหรับผู้ให้บริการ (อัตราตอบกลับ 55%) ส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญและการตรวจคัดกรองเป็นวิธีที่จะช่วยลดปัญหานี้ได้ รวมทั้งเห็นว่าปัจจัยนำเข้า (เช่น บุคลากร การจัดสรรงบประมาณ และเครื่องมือ/อุปกรณ์ เป็นต้น) การอบรมบุคลากร การฟื้นฟูความรู้ และการควบคุมคุณภาพยังไม่เพียงพอ

ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ควรจัดบริการเชิงรุกในหญิงกลุ่มที่มีอัตราบริการต่ำ เพิ่มวิธีและช่องทางการสื่อสารให้จำเพาะกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดี อีกทั้งควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจนเรื่องกลุ่มอายุ วิธีการตรวจ การจัดสรรงบประมาณ และเพิ่มการสนับสนุนปัจจัยนำเข้า เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ ระบบบันทึกและรายงานข้อมูล ที่เอื้อและเป็นแรงจูงใจต่อการให้บริการของผู้ปฏิบัติงาน

**คำสำคัญ:** มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรอง, การประเมินผลโครงการ

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก<sup>(1)</sup> ประเทศที่พัฒนาแล้วพบอุบัติการณ์ของโรคนี้น้อยกว่า (4-11 คนต่อแสนประชากรหญิง) ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาและด้อยพัฒนาพบอัตราอุบัติการณ์สูง (20-55 คนต่อแสนประชากรหญิง)<sup>(2)</sup> ปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างดังกล่าว ได้แก่ การที่ประเทศที่พัฒนาแล้วมีโครงการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาและรักษาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งที่มีประสิทธิภาพและความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายสูงกว่าประเทศที่พัฒนาน้อยกว่า<sup>(3)</sup>

ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกมีขนาดของปัญหาอันดับต้น ๆ ของมะเร็งที่พบในเพศหญิง โดย พ.ศ. 2546 มีอุบัติการณ์เท่ากับ 18.1 ต่อแสนประชากรหญิง ซึ่งในปีเดียวกันพบจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 6,300 ราย<sup>(4)</sup> กระทรวงสาธารณสุขให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap smear) มากกว่า 40 ปี ต่อมาใน พ.ศ.2543 เริ่มให้บริการตรวจด้วยวิธีวีไอเอ (Visual inspection with Acetic Acid, VIA) ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าความครอบคลุมการเข้ารับบริการหญิงกลุ่มเป้าหมายยังไม่เป็นไปตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ ดังนั้นใน พ.ศ.2548 จึงเริ่มดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด ด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอ เป็นโครงการระยะ 5 ปี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็ง

ปากมดลูกและให้ความสำคัญกับการตรวจคัดกรอง ให้บริการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มต้นพร้อมทั้งสนับสนุนระบบส่งต่อวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ แก่หญิงกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยหญิงไทยที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ให้ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ในทุกจังหวัดทั่วประเทศ นอกจากนี้ สถานพยาบาลใน 15 จังหวัดที่พร้อมและสมัครใจให้บริการด้วยวิธีวีไอเอควบคู่กับวิธีแปปสเมียร์ โดยใช้วิธีวีไอเอกับผู้ที่มีอายุ 30-44 ปี (ยกเว้นหญิงอายุ 35 และ 40 ปี) และใช้วิธีแปปสเมียร์กับผู้ที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ทั้งนี้กรมการแพทย์และกรมอนามัยรับผิดชอบระบบการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และ วิธีวีไอเอตามลำดับ โดยครอบคลุมทั้งด้านวิชาการ การดำเนินงาน และระบบข้อมูลสารสนเทศ<sup>(5)</sup>

มีรายงานผลการดำเนินงานในช่วง พ.ศ. 2550 แรกพบอัตราการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายของโครงการประมาณร้อยละ 50<sup>(6)</sup> อย่างไรก็ตามจากฐานข้อมูลทะเบียนคัดกรอง Pap Registry ซึ่งเก็บทะเบียนคัดกรองวิธีแปปสเมียร์และ CPIStm ซึ่งเก็บทะเบียนคัดกรองวิธีวีไอเอโดยคำนวณจากฐานประชากรหญิงกลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ พบอัตราครอบคลุมที่ต่ำกว่ามาก กล่าวคือ วิธีแปปสเมียร์ร้อยละ 8.8 และวิธีวีไอเอร้อยละ 18.8<sup>(7)</sup>

อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจเกิดจากหลายปัจจัยทั้งที่เกี่ยวกับหญิงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ ระบบบริการ และระบบสนับสนุน ดังนั้นการศึกษานี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปลสเมียร์และวีไอเอ เพื่อนำข้อมูลประกอบในการพิจารณาปรับกลยุทธ์และวิธีการปฏิบัติงานให้มีความเหมาะสม ซึ่งจะช่วยให้บรรลุเป้าหมายของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกต่อไป

### วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2552 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2553 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ และการศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

1. เพื่อประเมินอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยจากกลุ่มผู้รับบริการ ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของผู้หญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้บริหาร ระบบบริการและระบบสนับสนุนอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงกลุ่มเป้าหมาย

**พื้นที่ศึกษา:** รวม 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ พิชณุโลก นครพนม ร้อยเอ็ด นครราชสีมา สระแก้ว นครปฐม เพชรบุรี ชุมพร สงขลา และนครศรีธรรมราช มีแนวทางเลือกจังหวัดตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างเป็นระบบใน 4 ชั้นภูมิ (stratified four-stage sampling) โดยแบ่งพื้นที่ประเทศไทยเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง/ตะวันออก/ตะวันตก และภาคใต้ และแบ่งจังหวัดในแต่ละภาคเป็น 3 กลุ่มตามลักษณะพื้นที่เป็นขนาดใหญ่ กลางและขนาดเล็ก และสุ่มเลือกตามลักษณะพื้นที่คละกันภาคละ 3 จังหวัด โดยแต่ละภาคจะสุ่มจังหวัดอย่างง่าย (simple random

sampling, SRS) ที่มีการตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธีคือ วีไอเอกับวิธีแปลสเมียร์มา 1 จังหวัด และสุ่มจังหวัดอย่างง่าย (SRS) ที่ตรวจคัดกรองเฉพาะวิธีแปลสเมียร์มา 2 จังหวัด

### ส่วนที่ 1 การศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ

**1) รูปแบบการศึกษา** เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey)

**2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร คือ ผู้หญิงไทยอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปลสเมียร์และวีไอ พ.ศ. 2548 - 2552 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้หญิงไทยอายุ 30-60 ปีที่มีรายชื่อในทะเบียนการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาลในพื้นที่ศึกษาในพ.ศ. 2548 - 2552

**3) ขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง** การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตร

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

โดยที่  $Z_{\alpha/2}$  1.96 (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)  $N$  = จำนวนประชากรผู้หญิงเป้าหมายอายุ 30-60 ปีทั่วประเทศ  $\sigma$  = ค่าความแปรปรวนของการประมาณค่าประชากร ซึ่งที่ผ่านมามีการศึกษาที่สามารถระบุได้ว่าจำนวนหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปีในระดับภาคหรือประเทศนั้นมีความแปรปรวนมากน้อยเพียงใด การศึกษารุ่นนี้จึงกำหนดให้เท่ากับ 1 และ  $\epsilon$  = ความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ในงานวิจัย เท่ากับร้อยละ 4 โดยกำหนดอัตราการการไม่ยินดีให้ข้อมูลเท่ากับร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้นทั้งสิ้น 4,640 คน ในชั้นภูมิที่ 3 สุ่มเลือกตามสัดส่วนจำนวนชุมชนหรือหมู่บ้านในอำเภอตัวอย่างนั้น ๆ (probability proportional to size) ได้จำนวนหมู่บ้านหรือชุมชนทั้งสิ้น 232 แห่ง ในชั้นภูมิสุดท้ายสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อย่างเป็นระบบ หมู่บ้านหรือชุมชนละ 20 คนด้วยตารางสุ่มจากทะเบียนกลุ่ม

เป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานพยาบาลที่รับผิดชอบ

**4) เครื่องมือเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยพัฒนาแบบสัมภาษณ์<sup>(8)</sup> เพื่อเก็บข้อมูลดังนี้ 1) ลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลสถานะเศรษฐกิจและสังคม 2) ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ 3) การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง 4) ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง 5)ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง 6) ประวัติการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา

**5) วิธีเก็บข้อมูล** เป็นการสัมภาษณ์ตัวต่อตัวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้มาประชุมในสถานที่ใกล้บ้าน เช่น สถานีอนามัย ศาลากลางบ้าน วัด โรงเรียน เป็นต้น นักวิจัยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและบันทึกคำตอบลงในแบบสัมภาษณ์ นอกจากนี้นักวิจัยได้สุ่มรายชื่อจากทะเบียนกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 บัญชี หากสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างไม่ครบ 20 คน ในบัญชีที่ 1 โดยพิจารณาอายุที่ขาดหายไปในแต่ละพื้นที่ และหากได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่ครบในบัญชีที่ 2 ก็ถือว่าเป็นอันสิ้นสุด

**6) การวิเคราะห์ข้อมูล** วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป มีสถิติที่ใช้ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อบรรยายลักษณะทั่วไป เช่น ข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลสถานะเศรษฐกิจและสังคม พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการรับบริการตรวจคัดกรองของหญิงตัวอย่าง

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติความถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงตัวอย่าง ได้ค่า adjusted odds ratio ( $OR_{adj}$ ) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% (95% confidence interval) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ( $p\text{-value} \leq 0.05$ )

3. ประมาณค่ายอดรวมประชากร เป็นการคำนวณค่าถ่วงน้ำหนักเพื่อประมาณการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากการสำรวจในหญิงตัวอย่างเป็นหญิงประชากรกลุ่มเป้าหมายระดับประเทศ

## ส่วนที่ 2 การศึกษาในกลุ่มผู้ให้บริการ

**1) รูปแบบการศึกษา** เป็นการสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey)

**2) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากร คือ ผู้ให้บริการ ได้แก่ ผู้บริหารและปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม ป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจากสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล (รพ.) และสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ศึกษาทั้ง 12 จังหวัด โดยกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ ผู้บริหารและปฏิบัติงานทั้งหมดในสถานบริการสุขภาพดังกล่าว

**3) ขนาดตัวอย่างและการเลือกตัวอย่าง** นักวิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยเลือกผู้ให้บริการจาก สสจ. สสอ. รพ. และรพ.สต. ทั้งหมดจำนวน 3,526 คน (ผู้ปฏิบัติงาน 2,827 คนและผู้บริหาร 699 คน) โดยผู้บริหารเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ด้านการบริหาร เช่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการหรือรองผู้อำนวยการในโรงพยาบาล รวมถึงหัวหน้ากลุ่มงานในแผนกสูติรีเวช เวชกรรมสังคมหรือเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนผู้ปฏิบัติงานเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง เช่น กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายเวชกรรมสังคมหรือฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน เจ้าหน้าที่รพ.สต. เป็นต้น

**4) เครื่องมือเก็บข้อมูล** ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถาม<sup>(8)</sup> จำนวน 2 ชุด ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหาร ประกอบด้วยคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ข้อมูล

ทั่วไปและการปฏิบัติงาน 2) ความคิดเห็นต่อนโยบาย และการให้บริการตรวจคัดกรอง 3) ปัญหาและอุปสรรค ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงานโดยเพิ่มเติมใน 3 ด้านได้แก่ 4) ประวัติการเข้ารับการอบรม 5) ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง 6) ข้อมูลการให้บริการตรวจคัดกรองของสถานพยาบาลและ 7) ความเห็นต่อการเข้ารับบริการของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

**5) วิธีเก็บข้อมูล** นักวิจัยส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์โดยแนบซองจดหมาย รายละเอียดและที่อยู่เพื่อส่งกลับ นอกจากนั้นนักวิจัยได้ประสานงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อติดตามการส่งแบบสอบถามทางจดหมายหรือเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถามแล้วส่งมาให้แก่นักวิจัยอีกครั้ง

#### 6) การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ สัดส่วน ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะทั่วไป รวมทั้งอธิบายความรู้ ความเข้าใจและความคิดเห็นต่อระบบการให้บริการ/นโยบาย

2. วิเคราะห์ข้อมูลด้านปัญหา/อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้การจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เพื่อสรุปเนื้อหา

#### การตรวจสอบเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์หญิงกลุ่มเป้าหมายและแบบสอบถามผู้ให้บริการได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ 2 คน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ 1 คน และกรมอนามัย 2 คน) และทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 60 คนที่อยู่นอกพื้นที่ตัวอย่าง ด้วยการสัมภาษณ์ต่อกับกลุ่มเป้าหมาย ทดสอบข้อคำถามเรื่องความรู้และทัศนคติโดยพิจารณาข้อคำถามที่มีอำนาจจำแนกมากกว่า 1.75 หลังจากนั้นทดสอบความน่าเชื่อถือโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในข้อคำถามเรื่อง

ความรู้และทัศนคติเหล่านั้น ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.89

ส่วนแบบสอบถามสำหรับผู้ให้บริการนั้นได้นำไปทดสอบกับผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารจำนวน 20 คนที่อยู่นอกพื้นที่ตัวอย่าง โดยขอให้กรอกข้อมูลและสอบถามความเข้าใจ ความยากง่ายและความครอบคลุมของเนื้อหาเพิ่มเติม พิจารณาเลือกข้อคำถามปรับปรุง แก้ไขด้วยการประชุมขอความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

#### การควบคุมคุณภาพงานวิจัย

มีการควบคุมคุณภาพการเก็บข้อมูลของนักวิจัยจากผู้เชี่ยวชาญและที่ปรึกษาโครงการวิจัยในระดับพื้นที่ นอกจากนั้นได้นำเข้าและตรวจสอบข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ OMERET<sup>(9)</sup> เพื่อลดความผิดพลาดที่เกิดจากมนุษย์ รวมทั้งมีการนำเสนอความก้าวหน้าและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ครั้ง

#### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยและทีมเก็บข้อมูลแจ้งรายละเอียดโครงการและวัตถุประสงค์งานวิจัย รวมทั้งผลประโยชน์ที่ได้รับจากการให้ข้อมูลแก่หญิงตัวอย่างและส่วนรวม ซึ่งหลังทราบข้อมูลแล้วจะลงลายมือชื่อให้ข้อมูลด้วยความเต็มใจก่อนการสัมภาษณ์และหากไม่อยากตอบคำถามหรือขอยุติระหว่างการทำสัมภาษณ์ก็สามารถทำได้และไม่มีผลเสียใด ๆ ทั้งสิ้น อีกทั้งข้อมูลที่ได้จะปิดเป็นความลับไม่เผยแพร่เป็นรายบุคคล และแบบสัมภาษณ์เหล่านั้นจะถูกทำลายเมื่อพ้นระยะ 5 ปี

#### ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ข้อมูลลักษณะประชากร ข้อมูลสถานะเศรษฐกิจและสังคม และลักษณะข้อมูลทั่วไปและการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ

ส่วนที่ 2 ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการ



คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวีไอเอ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการฯ แบ่งเป็นปัจจัยด้านผู้รับบริการและปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

### 1. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้รับบริการ

ผู้รับบริการตอบคำถามสัมภาษณ์เป็นจำนวนทั้งสิ้น 4,512 คน (อัตราให้ความร่วมมือ 97%) ส่วนใหญ่พักอาศัยในพื้นที่ใกล้หรือห่างจากอำเภอเมืองปานกลาง (ประมาณ 10-40 กิโลเมตร) (43%) มีอายุเฉลี่ย 46 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (40%) มีสถานภาพคู่และอยู่รวมกันกับคู่สมรส (80%) เกือบทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ (95%) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (72%) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (41%) รายได้ต่อเดือนมีค่ากลางหรือค่ามัธยฐานที่ 7,350 บาท ส่วนใหญ่ (96%) เคยมีเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 68 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 17-25 ปี ส่วนใหญ่ (87%) เคยคุมกำเนิด และร้อยละ 94 ไม่เคยสูบบุหรี่ (ตารางที่ 1)

นอกจากนั้น ผู้รับบริการร้อยละ 96 รับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง โดยส่วนใหญ่รับรู้จากสื่อบุคคลหรือเจ้าหน้าที่ รองลงมาคือสื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ สิ่งพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง เป็นต้น

### 2. ลักษณะของผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการ (ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร)

#### 2.1 ผู้ปฏิบัติงาน

แบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากผู้ปฏิบัติงานมีจำนวน 1,525 ชุด (อัตราตอบกลับร้อยละ 54) พบว่าผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (92%) มีอายุเฉลี่ย 40 ปี มีอายุระหว่าง 40-49 ปี (43%) ดำรงตำแหน่งเจ้าพนักงานหรือนักวิชาการสาธารณสุข (51%) และพยาบาล (48%) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในพื้นที่มาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (58%) มีบทบาทรับผิดชอบงานทั้งวางแผนด้านการส่งเสริม ป้องกันและปฏิบัติการตรวจคัดกรอง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>พื้นที่พักอาศัย (n = 4,512 คน)</b>		
เขตเมือง	1,633	36.2
เขตใกล้หรือห่างเมืองปานกลาง	1,931	42.8
เขตไกลเมือง	948	21.0
<b>อายุ (ปี) (n = 4,512 คน)</b>		
30-39	1,291	28.6
40-49	1,785	39.6
≥ 50	1,436	31.8
Mean (SD) / Median (45.7 (8.0) / 46)		
<b>สถานภาพ (n = 4,505 คน)</b>		
โสด	187	4.2
มีคู่และอยู่ด้วยกัน	3,609	80.1
หย่า/แยกกันอยู่/หม้าย	709	15.7
<b>ศาสนา (n = 4,513 คน)</b>		
พุทธ	4,273	94.7
คริสต์	33	0.7
อิสลาม	207	4.6
<b>การศึกษา (n = 4,512 คน)</b>		
ไม่ได้ศึกษา	198	4.4
ประถมศึกษา	3,258	72.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	429	9.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	359	8.0
อนุปริญญา/ปวส.	112	2.5
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	156	3.5
<b>อาชีพ (n = 4,512)</b>		
ว่างงาน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	248	5.5
แม่บ้าน	483	10.7
เกษตรกรกรรม	1,842	40.8
รับจ้าง	1,044	23.1
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	63	1.4
พนักงานเอกชน	25	0.6
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	807	17.9

**ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตัวอย่าง**

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ (บาทต่อเดือน) (n = 4,512 คน)</b>		
≤ 5,000	1,607	35.6
5,000 - 10,000	1,594	35.3
10,001 - 15,000	537	11.9
>15,000	774	17.2
Range / Mean (SD) / Median (250-900,000 / 11,393 (21,027) / 7,350)		
<b>ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ (n = 4,512 คน)</b>		
ไม่เคย	170	3.8
เคย	4,342	96.2
<b>อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี) (n = 4,335 คน)</b>		
< 17	834	19.2
17-25	2,933	67.7
> 25	568	13.1
<b>การคุมกำเนิด (n = 4,338 คน)</b>		
ไม่เคย	579	13.3
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้คุม	1,257	29.0
เคยและปัจจุบันคุม	2,502	57.7
<b>ประวัติการสูบบุหรี่ (n = 4,512 คน)</b>		
ไม่เคย	4,257	94.4
เคยแต่ปัจจุบันไม่ได้สูบบุหรี่	78	1.7
เคยและปัจจุบันสูบบุหรี่	177	3.9
<b>การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง (n = 4,512 คน)</b>		
เคย	4,350	96.4
ไม่เคย	162	3.6
<b>แหล่งที่มาของการได้รับข้อมูลข่าวสาร (n = 4,512 คน)</b>		
เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพ.	3,339	74.0
อสม.	970	21.5
เพื่อน คนรู้จักคุ้นเคยและสมาชิกในครอบครัว	938	20.8
โทรทัศน์	2,667	59.1
สื่อสิ่งพิมพ์	578	12.8
วิทยุกระจายเสียง/หอกระจายข่าว	429	9.5

**ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ**

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ (n = 1,525 คน)</b>		
ชาย	119	7.8
หญิง	1,406	92.2
<b>อายุ (ปี) (n = 1,522 คน)</b>		
< 30	182	12.0
30-39	533	35.0
40-49	656	43.1
≥ 50	151	9.9
Mean (SD.) / Median (39.62 (8.1) / 40)		
<b>ตำแหน่ง (n = 1,524 คน)</b>		
เจ้าพนักงาน/นักวิชาการสาธารณสุข	779	51.1
พยาบาล	725	47.6
อื่น ๆ (สูติแพทย์/แพทย์ประจำบ้าน)	20	1.3
<b>หน้าที่รับผิดชอบ (n = 1,518 คน)</b>		
วางแผน/ส่งเสริม/ประชาสัมพันธ์	228	15.0
ตรวจคัดกรอง	99	6.5
ทั้งสองด้านควบคู่กัน	1,191	78.5
<b>ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในพื้นที่ (ปี) (n = 1,479 คน)</b>		
< 5	619	41.9
≥ 5	860	58.1
<b>ประวัติการอบรม (n = 1,525 คน)</b>		
<b>วิธีแปลสเมียร์</b>		
เคย	1,222	80.1
ไม่เคย	303	19.9
<b>วิธีวีไอเอ</b>		
เคย	221	14.5
ไม่เคย	1,304	85.5
<b>การให้ความสำคัญต่อปัญหาเร่งรัดปากมดลูกในพื้นที่เมื่อเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่น (n = 1,525 คน)</b>		
ระดับมาก	612	40.1
ระดับปานกลาง	688	45.1
ระดับน้อย	226	14.8
<b>การให้ความสำคัญต่อการตรวจคัดกรอง (n = 1,525 คน)</b>		
ระดับมาก	1,246	81.7
ระดับปานกลาง	241	15.8
ระดับน้อย	38	2.5

(79%) และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ (80%) แต่มีเพียงบางส่วนที่เคยได้รับการอบรมการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (15%) (ตารางที่ 2)

## 2.2 ผู้บริหาร

แบบสอบถามที่ได้รับคืนจากผู้บริหารมีจำนวน 418 ชุด (อัตราตอบกลับร้อยละ 57) พบว่าผู้บริหารโครงการระดับจังหวัดส่วนใหญ่ทำงานในโรงพยาบาล (54%) เป็นเพศหญิง (53%) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (49%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานในพื้นที่ปัจจุบันมากกว่า 10 ปี (53%) ซึ่งโดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญต่อปัญหา มะเร็งปากมดลูกมากเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ (53%) (ตารางที่ 3)

## 3. ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552

ในส่วนของอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกใน 5 ปีที่ผ่านมา นั้น กลุ่มตัวอย่างของทุกภาคมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองใกล้เคียงกันคือประมาณร้อยละ 65-70 โดยอัตราการเข้ารับบริการเฉลี่ยทุกภาคในระดับประเทศ คิดเป็นร้อยละ 68 (95% CI 65, 70) (ตารางที่ 4)

ผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ (88%) ได้รับการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์ และวิธีวีไอเอเพียงร้อยละ 7 โดย รพ.สต. เป็นสถานพยาบาลหลักที่หญิงเข้ารับบริการ (50%) ระยะเวลารอผลหลังรับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ส่วนใหญ่ (39%) อยู่ระหว่าง 2-4 สัปดาห์ และร้อยละ 31 ทราบผลจากการอธิบายของเจ้าหน้าที่ในวันตรวจ คือ “เจ้าหน้าที่จะแจ้งผลให้ทราบเฉพาะกรณีพบความผิดปกติเท่านั้น” ส่วนผู้รับการตรวจด้วยวิธีวีไอเอเกือบทั้งหมด (90%) ทราบผลในวันตรวจ (ตารางที่ 5)

สาเหตุของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ได้แก่ การที่อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต./รพ.แนะนำให้ไปตรวจคัดกรอง (50%) ต้องการตรวจ

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริหาร โครงการระดับจังหวัดในสถานบริการสุขภาพ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
หน่วยงาน/สถานที่ (n = 401 คน)		
สสจ.	12	3.0
สสอ.	174	43.4
รพ.	215	53.6
เพศ (n = 418)		
ชาย	198	47.4
หญิง	220	52.6
ตำแหน่ง/สายงาน (n = 418 คน)		
นักวิชาการ	206	49.3
พยาบาล	102	24.4
สูติแพทย์	12	2.8
แพทย์	98	23.5
ระยะเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่ปัจจุบัน (ปี) (n = 391 คน)		
< 5	117	29.9
5 - 10	66	16.9
> 10	208	53.2
การให้ความสำคัญต่อปัญหา มะเร็งเรื้องปากมดลูก (n = 418 คน)		
ระดับน้อย	77	18.3
ระดับปานกลาง	118	28.3
ระดับมาก	223	53.4
ความเห็นต่อการมี 2 วิธีตรวจคัดกรองภายในจังหวัด (n = 355 คน)		
เห็นด้วย	284	80.0
ไม่เห็นด้วย	36	10.1
ไม่แสดงความคิดเห็น	35	9.9

สุขภาพของตนเอง เพราะสนใจ ใส่ใจสุขภาพตนเอง หรือกลัวเป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูก (38%) และมีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ (11%) ส่วนสาเหตุหลักที่กลุ่มตัวอย่างไม่ไปตรวจคัดกรอง ได้แก่ การที่คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติ (37%) คิดว่าตนไม่เสี่ยงเป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูก (23%) ไม่มีเวลา (18%) และอายุเจ้าหน้าที่ (17%)



ตารางที่ 4 การประมาณอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงกลุ่มเป้าหมาย

	จำนวน กลุ่ม ตัวอย่าง	จำนวน ประชากรหญิง กลุ่มเป้าหมาย (ปรับด้วยค่าถ่วงน้ำหนัก)	อัตราการรับ บริการตรวจใน ประชากรหญิง เป้าหมาย (%)	ความคลาดเคลื่อน มาตรฐาน (SE)	ช่วงความเชื่อมั่น (95% CI)	
					lower	upper
<b>ทั่วประเทศ</b>						
ตรวจ	3,164	9,137,381	68	1.2	65	70
ไม่ตรวจ	1,348	4,382,910	32	1.2	30	35
รวม	4,512	13,520,291	100			
<b>เหนือ</b>						
ตรวจ	947	1,983,416	70	2.7	64	75
ไม่ตรวจ	345	866,709	30	2.7	25	36
รวม	1,292	2,850,125	100			
<b>ตะวันออกเฉียงเหนือ</b>						
ตรวจ	705	3,377,522	69	2.1	64	73
ไม่ตรวจ	267	1,534,455	31	2.1	27	36
รวม	972	4,911,977	100			
<b>กลาง/ตะวันออกเฉียง/ตะวันตก</b>						
ตรวจ	633	2,500,554	65	2.8	59	71
ไม่ตรวจ	333	1,344,653	35	2.8	29	41
รวม	966	3,845,207	100			
<b>ใต้</b>						
ตรวจ	878	1,275,889	67	2.2	62	71
ไม่ตรวจ	404	637,093	33	2.2	29	38
รวม	1,282	1,912,982	100			

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินโครงการฯ แบ่งเป็นปัจจัยด้านผู้รับบริการและปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

##### 4.1 ปัจจัยด้านผู้รับบริการ

การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้เข้ารับบริการ ได้แก่ การรับทราบข้อมูล กล่าวคือ การที่กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจะมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 2.5 เท่าของผู้ที่ไม่เคยได้รับ

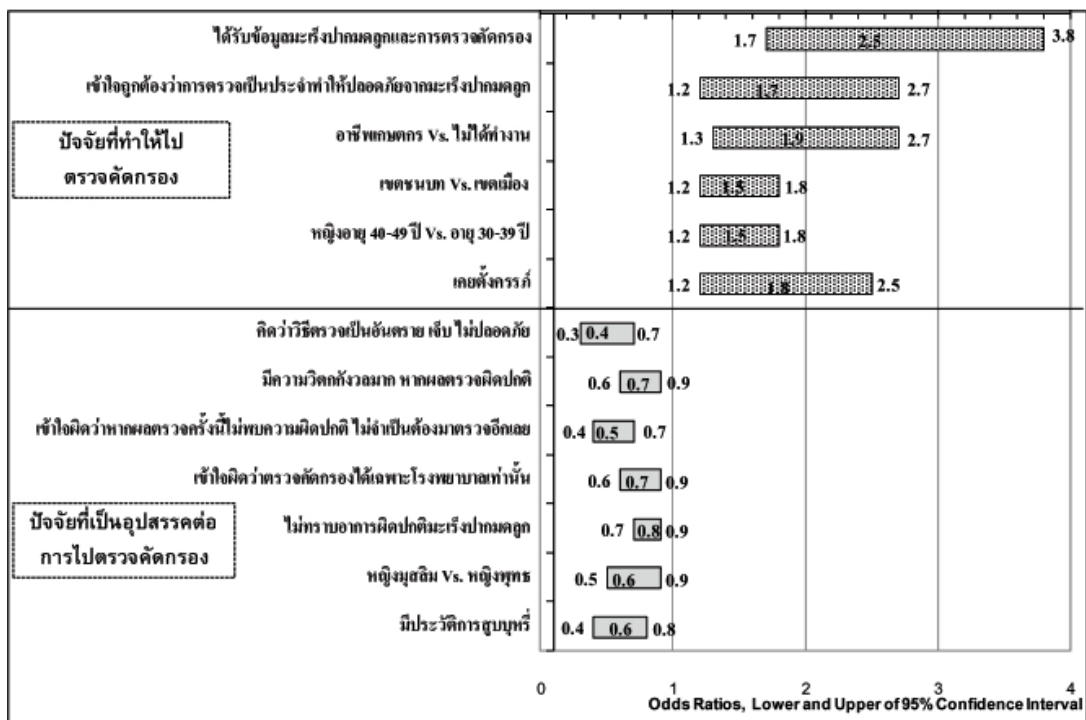
ข้อมูล (OR 2.5, 95%CI 1.7, 3.8) รองลงมาได้แก่ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง โดยผู้ที่เข้าใจถูกต้องว่าการไปตรวจคัดกรองเป็นประจำตามกำหนดจะทำให้ปลอดภัยจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการเป็น 1.7 เท่าของผู้ที่เข้าใจผิด (OR 1.7, 95%CI 1.2, 2.7) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ ยังมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง โดยพบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 1.9 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ทำงานหรือเป็นแม่บ้าน (OR 1.9, 95%CI 1.3, 2.7) ผู้ที่อาศัยในเขต

ตารางที่ 5 รายละเอียดการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>วิธีที่ใช้ตรวจคัดกรอง (n =3,164 คน)</b>		
วิธีแปปสเมียร์	2,794	88.3
วิธีวีไอเอ	221	7.0
ไม่ทราบวิธี	149	4.7
<b>สถานที่ตรวจ (n =3,164 คน)</b>		
สถานีนอนามัย/รพ.สต.	1,582	50.0
โรงพยาบาลของรัฐ	956	30.2
โรงพยาบาลหรือคลินิกเอกชน	471	14.9
หน่วยบริการเคลื่อนที่	155	4.9
<b>ระยะเวลาทราบผลตรวจวิธีแปปสเมียร์ (สัปดาห์) (n =3,162 คน)</b>		
< 2	613	19.4
2-4	1,233	39.0
> 4	348	11.0
แจ้งผลเฉพาะหากตรวจพบความผิดปกติ	968	30.6
<b>ระยะเวลาทราบผลตรวจวิธีวีไอเอ (สัปดาห์) (n =3,158 คน)</b>		
เจ้าหน้าที่แจ้งผลในวันตรวจ กรณีต้องการยืนยันผลตรวจ	2,833	89.7
< 2	66	2.1
2-4	79	2.5
> 4	63	2.0
แจ้งผลเฉพาะหากตรวจพบความผิดปกติ	117	3.7
<b>สาเหตุหลักการเข้ารับบริการ (n=3,164 คน)</b>		
ได้รับคำแนะนำจาก อสม. เจ้าหน้าที่สอ./รพ.สต./รพ.	1,576	49.8
ต้องการตรวจสุขภาพเพราะ สนใจ ใส่ใจสุขภาพ กลัวเป็นโรค	1,193	37.7
มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ เป็นต้น	335	10.6
สามีหรือบุคคลใกล้ชิดแนะนำให้	32	1.0
<b>สาเหตุหลักการไม่เข้ารับบริการ (n=1,348 คน)</b>		
ไม่มีอาการผิดปกติ	497	36.9
คิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	307	22.8
ไม่มีเวลาไปตรวจคัดกรอง	244	18.1
อายุเจ้าหน้าที่	222	16.5

ชนบทมีโอกาสตรวจคัดกรองเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่อาศัยในเขตเมือง (OR 1.5, 95%CI 1.2, 1.8) ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปีมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 1.5 เท่าของผู้ที่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (OR 1.5, 95%CI 1.2,

1.8) และผู้ที่เคยตั้งครรภ์มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์ (OR 1.8, 95%CI 1.2, 2.5) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้า



รูปที่ 1 ค่า Odds ratio และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% ของปัจจัยในหญิงกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รับบริการตรวจคัดกรอง (รูปที่ 1) โดยเฉพาะการที่กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรอง ซึ่งผู้ที่จะเห็นว่าการตรวจคัดกรองเป็นอันตรายมาก จะมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่เห็นว่าไม่มีอันตรายถึงร้อยละ 60 (OR 0.4, 95%CI 0.3, 0.7) รวมทั้งผู้ที่มีความรู้สึกวิตกกังวลมากโดยกลัวจะตรวจพบมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่ไม่วิตกกังวลหรือไม่กลัวเลยร้อยละ 30 (OR 0.7, 95%CI 0.6, 0.7) ในด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองก็พบว่าปัจจัยที่สำคัญมาก โดยผู้ที่เข้าใจผิดว่าถ้าตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติก็ไม่ต้องมาตรวจอีกเลย จะมีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าผู้ที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องร้อยละ 50 (OR 0.5, 95%CI 0.4, 0.7) ในขณะที่ผู้ที่เข้าใจผิดว่าการตรวจคัดกรองทำได้ในโรงพยาบาลเท่านั้น มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องร้อยละ 30 (OR 0.7, 95%CI 0.6, 0.9) และผู้ที่เข้าใจผิดหรือไม่

ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติของมะเร็งปากมดลูก มีโอกาสเข้ารับบริการน้อยกว่าหญิงที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องร้อยละ 20 (OR 0.8, 95%CI 0.7, 0.9) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม เศรษฐกิจ และพฤติกรรมสุขภาพก็มีความสัมพันธ์ต่อการไม่เข้ารับบริการเช่นกัน โดยผู้ที่นับถืออิสลามจะมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 40 (OR 0.6, 95%CI 0.5, 0.9) และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาเข้ารับบริการน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 40 (OR 0.6, 95%CI 0.4, 0.8)

#### 4.2 ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ

สำหรับความคิดเห็นต่อนโยบายป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศนั้น ผู้ปฏิบัติงานเห็นว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญในระดับปานกลาง (45%) และระดับมาก (40%) เมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ และส่วนใหญ่เห็นว่าการตรวจคัดกรองเป็นแนวทางที่จะช่วยลดอัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก

(82%) (ตารางที่ 2)

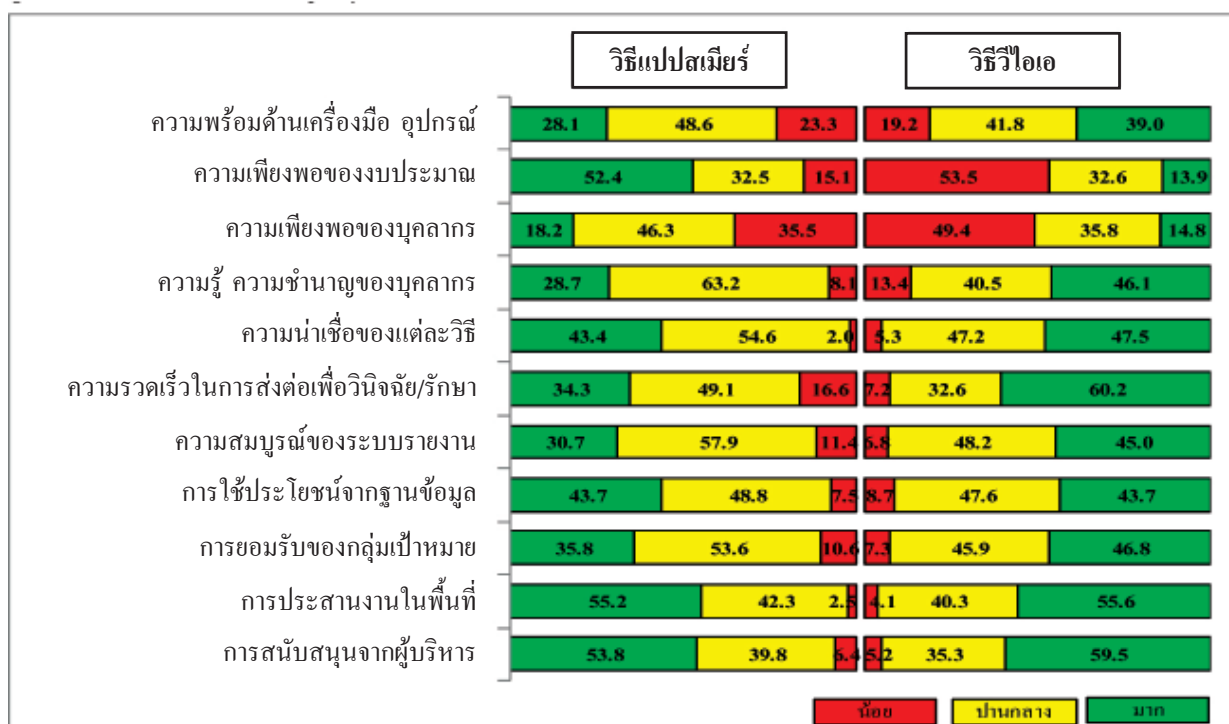
ผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นต่อวิธีและกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่มีความเห็นต่อการตรวจคัดกรองทั้งวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอในเชิงบวก โดยเห็นด้วยในระดับปานกลางหรือระดับมากเกือบทุกประเด็น แต่มีผู้ปฏิบัติงานบางส่วนมีความเห็นว่า ความเพียงพอของบุคลากร งบประมาณ และความพร้อมด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ ของทั้งสองวิธีควรได้รับการปรับปรุง โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรและการจัดสรรงบประมาณของวิธีวีไอเอที่เห็นว่ามีค่อนข้างน้อย (49% และ 54%) (รูปที่ 2)

ส่วนในภาพรวมของการดำเนินกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับปานกลางไม่ว่าจะเป็นประเด็นเกี่ยวกับกิจกรรมการตรวจคัดกรองที่ผ่านมา การประชาสัมพันธ์ ระบบร้องเรียนและการแก้ปัญหา การนิเทศ ติดตาม ประเมินผล และผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แต่มีบางประเด็นที่ผู้ปฏิบัติงานประเมินร้อยละ 40 เห็นว่ายังมีอยู่ในระดับน้อย เช่น

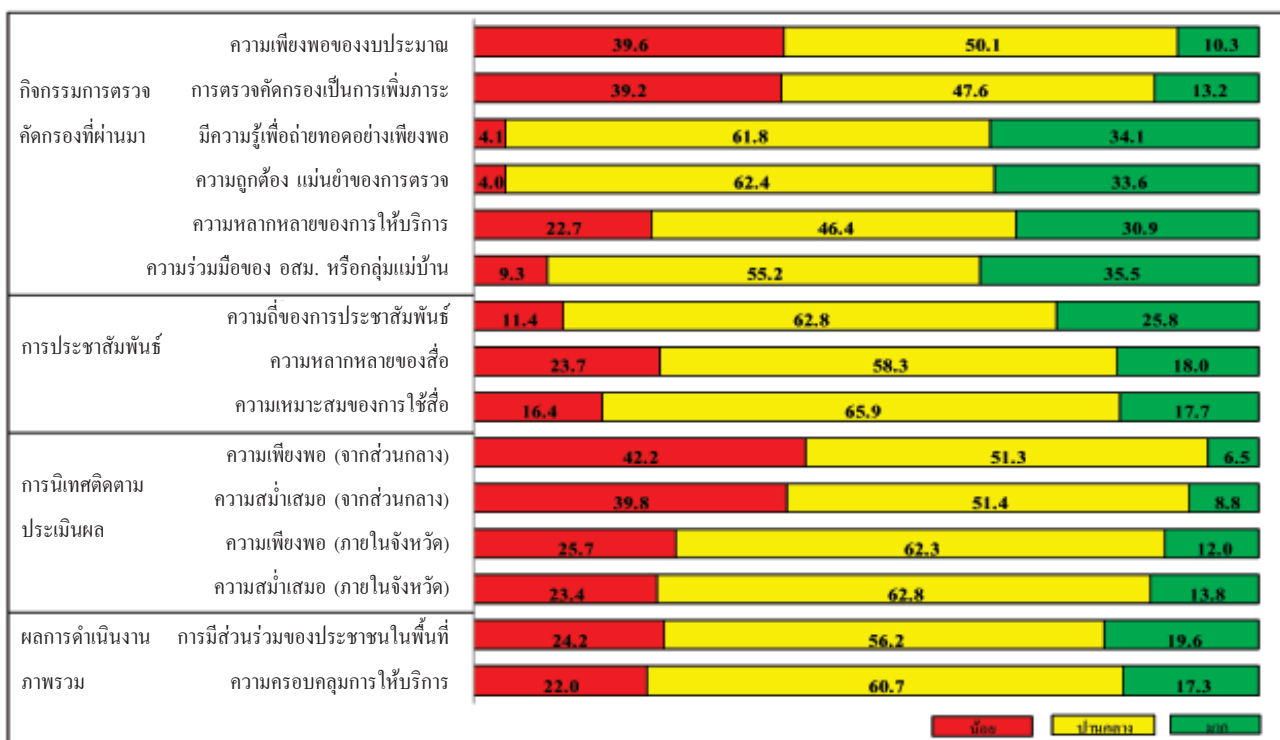
ความเพียงพอของงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมจำนวนและความสม่ำเสมอของการนิเทศติดตามจากส่วนกลาง เป็นต้น (รูปที่ 3)

ในขณะเดียวกัน ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองที่เป็นส่วนสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรม แต่ยังพบว่าบางส่วนมีความรู้และความเข้าใจที่ผิดในประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (ตารางที่ 6)

ในด้านผู้บริหารส่วนใหญ่เข้าใจนโยบายและวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรองในระดับมาก (82%) รวมทั้งเห็นว่าการสนับสนุนจากส่วนกลาง การวางแผนและแนวทางปฏิบัติภายในจังหวัด คุณภาพของระบบข้อมูลและการรายงาน จำนวนบุคลากรและการอบรมตลอดจนกิจกรรมการตรวจคัดกรองในพื้นที่ที่ผ่านมาอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีผู้บริหารส่วนหนึ่งเห็นว่าบุคลากรในระบบยังขาดแคลน (38%) การจัดสรรงบประมาณยังไม่เพียงพอ (32%) การอบรมไม่สม่ำเสมอ



รูปที่ 2 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อการตรวจด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอ

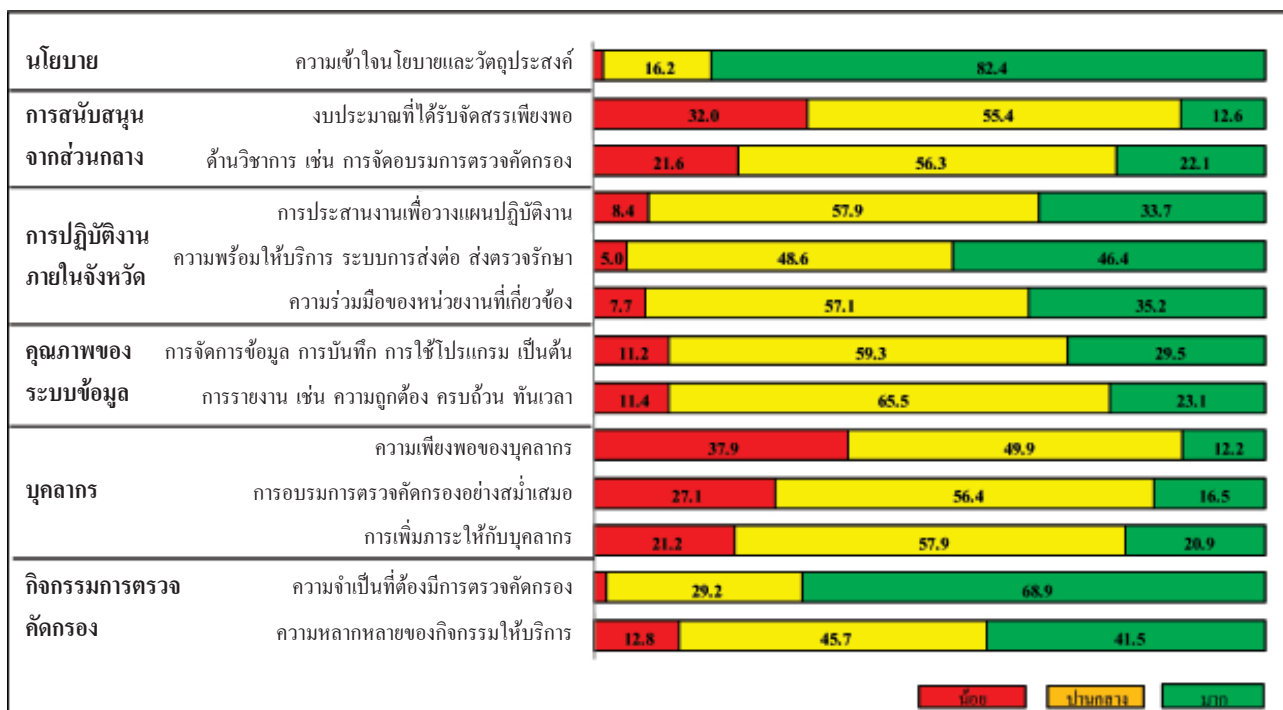


รูปที่ 3 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อกิจกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบ

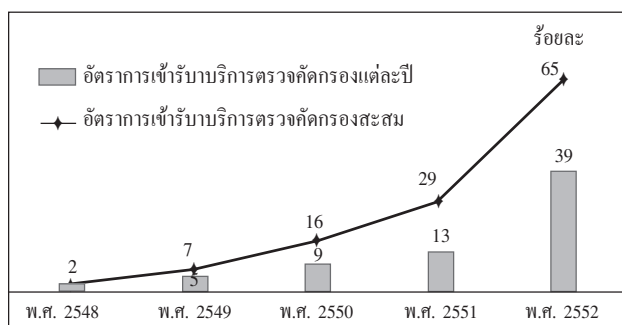
ตารางที่ 6 ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

ประเด็นความรู้	ความเข้าใจ	จำนวน	ร้อยละ
1. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์แล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (CIN1 หรือ LSIL) ไม่จำเป็นต้องรักษาแต่ต้องนัดให้มาตรวจคัดกรองเพื่อติดตามอย่างใกล้ชิด	ถูก	1,378	91.0
	ผิด	136	9.0
2. หญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ หูดหงอนไก่ ซิฟิลิส ไม่ควรตรวจคัดกรอง	ถูก	1,300	86.2
	ผิด	208	13.8
3. หลังจากวันสุดท้ายของการมีประจำเดือนไม่สามารถตรวจคัดกรองได้ทันที	ถูก	1,092	72.8
	ผิด	409	27.2
4. หากตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอแล้วพบความผิดปกติของเซลล์ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ต้องได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นทันที ต้องติดตามผลและตรวจซ้ำ	ถูก	698	48.8
	ผิด	733	51.2
5. การตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอเหมาะกับหญิงกลุ่มอายุ 30-45 ปี	ทราบ	885	62.3
	ไม่ทราบ	535	37.7
6. หากตรวจคัดกรองแล้วไม่พบความผิดปกติต้องมารับการตรวจซ้ำทุก 5 ปี	ทราบ	956	63.6
	ไม่ทราบ	547	36.4
7. หญิงที่ตัดมดลูกบางส่วนแต่ยังคงมีปากมดลูกเหลืออยู่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรอง เช่นเดียวกับหญิงที่ไม่ได้ตัดมดลูก	ทราบ	1,417	93.9
	ไม่ทราบ	92	6.1





รูปที่ 4 ความคิดเห็นของผู้บริหารต่อนโยบายและกิจกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



รูปที่ 5 อัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง จำแนกเป็นอัตราการเข้ารับบริการสะสมและรายปี

(27%) การดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาเป็นการเพิ่มภาระในระดับปานกลาง (58%) และเพิ่มภาระระดับมาก (21%) เป็นต้น (รูปที่ 4)

ผู้บริหารส่วนใหญ่เคยรับทราบนโยบายการตรวจคัดกรอง กล่าวคือ สถานพยาบาลภายในจังหวัดของตนสามารถให้บริการตรวจคัดกรองได้ทั้งวิธีวีไอเอและแปปสเมียร์ (85%) โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เห็นด้วยกับนโยบายดังกล่าว (80%) แต่คิดว่ามีปัญหา

และอุปสรรคเกี่ยวกับการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรผู้ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ความน่าเชื่อถือของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ประสิทธิภาพของการบันทึกและรายงานผลข้อมูล และภาระที่เพิ่มขึ้นของผู้ปฏิบัติงาน เป็นต้น

### วิจารณ์

การศึกษานี้พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างสูง ทั้งจากการสำรวจในกลุ่มตัวอย่าง (70%) และเมื่อประมาณค่าการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมายในระดับประเทศ (68%) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลจากแหล่งอื่น ได้แก่ รายงานอัตราการเข้ารับบริการในรอบ 5 ปี ณ พ.ศ. 2552 จากฐานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ก็พบว่ามีค่าใกล้เคียงกัน คือประมาณร้อยละ 70<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ยังใกล้เคียงกับการสำรวจสถานการณ์อนามัยเจริญพันธุ์และการเข้าถึงบริการด้านอนามัยทั่วประเทศ ในพ.ศ. 2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมอนามัย ซึ่ง

แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่มีอายุ 30-59 ปีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปีที่ผ่านมาคิดเป็นประมาณร้อยละ 60<sup>(10)</sup> รวมทั้งพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในอัตราต่ำที่สุด คือร้อยละ 44 ขณะที่ภาคอื่นมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่า คือ ร้อยละ 60-69 สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้ทำการสำรวจในหญิงกลุ่มเป้าหมายจังหวัดกรุงเทพฯ จึงอาจเป็นผลให้พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในภาพรวมระดับประเทศสูงกว่าความเป็นจริงได้

ผลการสำรวจจากการศึกษานี้<sup>(8)</sup> และการรายงานจากฐานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ<sup>(5)</sup> รวมทั้งการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับกรมอนามัย<sup>(10)</sup> ในรอบ 5 ปี ที่มีอัตราการเข้ารับบริการที่เพิ่มสูงขึ้นนี้ อาจสะท้อนว่า กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่ง สปสช.ได้ปรับปรุงการจัดบริการโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ดีขึ้นอย่างชัดเจน ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานรวมทั้งกลุ่มเป้าหมายให้ความสำคัญต่อปัญหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น นั้นหมายถึงกิจกรรมที่ดำเนินการภายใต้โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอ พ.ศ. 2548 - พ.ศ. 2552 ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551-2552) ดังแสดงในรูปที่ 5 ในช่วงเวลาดังกล่าวนี้อาจมีการเพิ่มรูปแบบและวิธีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์จากหลากหลายช่องทางจากหน่วยงานภาครัฐ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่บุคลากรผู้ให้บริการก็อาจมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเช่นกัน โดยขณะที่ทำการศึกษามีอัตราค่าตอบแทนการให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ครั้งละ 250 บาท และวิธีวีไอเอครั้งละ 70 บาท ซึ่งอัตราดังกล่าวยังไม่รวมการรักษาเมื่อพบความผิดปกติ

นอกจากการเพิ่มการรณรงค์ประชาสัมพันธ์แล้วปัจจัยด้านผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ รวมทั้งทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองก็มีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการฯ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่กำหนดการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 2 ลักษณะคือปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับบริการ ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)<sup>(11)</sup> ที่ว่าบุคคลที่จะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากโรคจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งเชื่อว่าการปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของ Lazcano-Ponce EC. และคณะ<sup>(12)</sup> พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารและมีความเข้าใจต่อวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรอง เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้การศึกษาของ Phipps E. และคณะ<sup>(13)</sup> และ Boopongmanee และคณะ<sup>(14)</sup> พบว่าการอาศัยอยู่ในเขตชนบท การได้รับข้อมูลข่าวสาร การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองและเจ้าหน้าที่ ล้วนเป็นปัจจัยต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้นี้ ส่วนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคหรือขัดขวางต่อการไปตรวจคัดกรอง เช่น ความรู้ที่ผิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ทัศนคติที่ไม่ดีต่อวิธีการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Schulmeister L. และคณะ<sup>(15)</sup> Deschamps M. และคณะ<sup>(16)</sup> และ Carter J. และคณะ<sup>(17)</sup> ซึ่งการศึกษาเหล่านี้สรุปผลได้ว่าหญิงที่ไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองที่ดีพอ จะไม่เกิดความตระหนักต่อสุขภาพหรือปัญหา และมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่าหญิงที่มีความรู้ ความ

เข้าใจที่ดี นอกจากนั้นการศึกษาค้นคว้าพบว่าสาเหตุของการไม่รับบริการตรวจคัดกรองเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีเวลาตรวจ อายที่จะตรวจ ไม่คิดว่าตนเองเสี่ยงเป็นมะเร็ง และกลัวตรวจพบเป็นมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับข้อค้นพบจากงานวิจัยของ Lee-Lin F. และคณะ<sup>(18)</sup> Steven D. และคณะ<sup>(19)</sup> ที่พบสาเหตุการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองของหญิงกลุ่มตัวอย่างในลักษณะเดียวกัน

ผลการศึกษาด้านปัจจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ในการดำเนินโครงการฯ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น ผู้ให้บริการจะต้องพิจารณาและทำความเข้าใจต่อลักษณะเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย ที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งด้านการรับรู้และทัศนคติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ความยากลำบากในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง รวมทั้งวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรม ดังนั้นการพัฒนาวีธีหรือกลยุทธ์ในการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์และการให้บริการต้องมีความจำเพาะและแตกต่างไปตามลักษณะของแต่ละพื้นที่ ซึ่งควรพัฒนาวีธีหรือกลยุทธ์เชิงรุกโดยมุ่งเน้นเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและเข้าถึงบริการของผู้รับบริการ

ด้านผู้ให้บริการ พบปัจจัยที่ส่งเสริมให้โครงการฯ มีแนวโน้มประสบความสำเร็จ ได้แก่ การเห็นความสำคัญของปัญหามะเร็งปากมดลูกของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งพบว่าผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานมีความเห็นสอดคล้องกันว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นแนวทางที่จำเป็นในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ผู้บริหารมีความเข้าใจนโยบายและวัตถุประสงค์การตรวจคัดกรองเป็นอย่างดี การให้ความสำคัญและความเข้าใจเหล่านี้เป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของการพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงานและทำให้สามารถขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัดได้ แต่ผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารส่วนหนึ่งเห็นว่าจำนวนบุคลากร งบประมาณ จำนวนการควบคุมคุณภาพไม่เพียงพอต่อการดำเนินโครงการ

ภายในจังหวัด รวมทั้งบางส่วนเห็นว่าระบบข้อมูลยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก ดังนั้นหากได้รับปรับปรุงโดยเพิ่มจำนวนการอบรมเพื่อเพิ่มบุคลากรหรืออบรมฟื้นฟูแก่บุคลากรที่เคยอบรม เพิ่มการควบคุมคุณภาพการตรวจคัดกรองจากส่วนกลาง จะเป็นการเสริมปัจจัยนำเข้าด้านการให้บริการที่เอื้อต่อความสำเร็จโครงการ รวมทั้งหากมีการปรับปรุงระบบข้อมูลเพื่อเชื่อมโยงระหว่างการตรวจคัดกรองกับการติดตามผู้มีผลเซลล์ผิดปกติให้มีประสิทธิภาพ จะเป็นกลยุทธ์ที่ทำให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและเพียงพอในการวางแผนการดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจากคำแนะนำของ International Agency for Research on Cancer: IARC<sup>(14)</sup> ระบุว่า การพัฒนากลยุทธ์การควบคุมและป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องดำเนินการเป็นระบบและมีความพร้อมในทุกขั้นตอน เริ่มตั้งแต่การพัฒนาทางด้านนโยบาย ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการหรือกิจกรรมดำเนินงาน ซึ่งมีหลายงานวิจัยที่เห็นสอดคล้องตรงกันว่าปัจจัยด้านระบบบริการมีผลต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองและการเข้ารับการรักษา<sup>(20-22)</sup> ในขณะเดียวกัน ผลการศึกษานี้ก็ได้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยพื้นฐานโดยเฉพาะโครงสร้างของหน่วยบริการยังเป็นปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและการจัดสรรงบประมาณในการให้บริการด้วยวิธีวีไอเอในจังหวัดที่มีการตรวจคัดกรองทั้งสองวิธี ด้วยข้อจำกัดด้านการเพิ่มบุคลากร ได้แก่ คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมที่ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพและต้องรับการอบรมจากหน่วยงานที่กรมอนามัยมอบหมายตามกรอบระยะเวลาและมาตรฐานที่กำหนด จึงทำให้มีจำนวนบุคลากรวีไอเอไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ส่วนการจัดสรรงบประมาณตามวิธีการตรวจคัดกรองโดยจ่ายให้กับพื้นที่และบุคลากร ผู้ให้บริการเห็นถึงความเหลื่อมล้ำ โดยวิธีวีไอเอได้รับการจัดสรรด้านงบประมาณน้อยกว่าวิธีแปปสเมียร์ ทำให้ผู้บริหารสถานพยาบาลหรือแม้แต่ผู้ปฏิบัติงานไม่มีแรง

จูงใจที่จะเลือกใช้วิธีวีไอเอในพื้นที่ ถึงแม้จะเป็นวิธีที่รวดเร็วและให้บริการไม่ต้องกังวลเรื่องรอผลตรวจ<sup>(8)</sup> นอกจากนั้นพบว่ายังมีผู้ให้บริการบางส่วนเข้าใจผิดหรือไม่ทราบเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ ทั้งที่เป็นวิธีหลักนอกเหนือจากวิธีแปปสเมียร์ ซึ่งกำหนดให้ใช้ในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอ ดังนั้นถึงแม้พื้นที่นั้น ๆ ไม่ได้ให้บริการด้วยวิธีวีไอเอก็ตาม บุคลากรควรได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานทั้งสองวิธีควบคู่กัน เพื่อที่จะได้สื่อสารกับประชาชนได้ถูกต้อง

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) เพิ่มการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติ โดยดำเนินการอย่างต่อเนื่องและออกแบบให้จำเพาะต่อลักษณะของกลุ่มเป้าหมายและประชาชนทั่วไปในแต่ละพื้นที่ อาทิ เขตชนบทและพื้นที่ห่างไกล ควรประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อชุมชนหรือสื่อชาวบ้านร่วมกับกระตุ้นผ่านสื่ออื่น ๆ เขตเมือง และกลุ่มเฉพาะ เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์โดยเน้นการใช้สื่อสาธารณะและการเข้าถึงสถานที่ทำงาน สถานที่สาธารณะที่สำคัญ และรณรงค์ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนหรือหน่วยงานต่าง ๆ

2) ปรับรูปแบบการให้บริการในกลุ่มที่มีความครอบคลุมต่ำ อาทิ หญิงมุสลิม ควรจัดบริการในช่วงที่ไม่ขัดแย้งต่อพิธีกรรมทางศาสนา เช่น ช่วงถือศีลอด การประกอบพิธีฮัจญ์ สร้างความเข้าใจและปรับทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันกับหัวหน้าครอบครัวและผู้นำศาสนา เป็นต้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ควรจัดบริการเชิงรุกให้เข้าถึงสถานที่ทำงาน จัดบริการในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ เพิ่มความร่วมมือกับภาคเอกชนให้ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการในสถานบริการใกล้บ้านได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนผู้ที่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ควรจัดบริการให้เข้าถึงและอาจเสริมแรงกระตุ้นด้วยการสร้างแรงจูงใจให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการตรวจคัดกรองโรคหรือการส่งเสริม

สุขภาพอื่น ๆ ร่วมกันในคราวเดียว

3) จัดอบรมฟื้นฟูการตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์และวีไอเอแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีการควบคุมคุณภาพการทำงานอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อการบันทึกและรายงานข้อมูล โดยสามารถเชื่อมโยงระบบการตรวจคัดกรองกับระบบค้นหาผู้ไม่เคยตรวจ ระบบติดตามในกลุ่มผู้มีผลเซลล์ผิดปกติเพื่อรับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ และมีการอบรมเจ้าหน้าที่ ฝ้าติดตามหรือกำกับคุณภาพของการบันทึกข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

4) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขควรมีความชัดเจนในนโยบายและการกำหนดเป้าหมายระยะยาวเพื่อลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก นอกจากนั้นต้องมีความชัดเจนในด้านวิธีตรวจคัดกรอง การบริหารจัดการ อีกทั้งควรมีการจัดสรรงบประมาณให้เหมาะสมเพื่อสร้างแรงจูงใจแก่ผู้บริหารสถานพยาบาล อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของผู้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมผู้ให้บริการมีความก้าวหน้าและรับผิดชอบงานนี้ในระยะยาว และเพื่อให้โครงการมีความยั่งยืนต้องมีการประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้และทัศนคติที่ดีในกลุ่มผู้รับบริการอย่างต่อเนื่อง

### กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำหรับทุนสนับสนุนงานวิจัยครั้งนี้ อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เป็นแหล่งทุนมิได้รับรองเนื้อหาและอาจมีนโยบายหรือความเห็นที่ไม่สอดคล้องกับความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในรายงานนี้ ขอขอบคุณกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้ความอนุเคราะห์ด้านข้อมูลและการประสานงานระหว่างผู้ให้ข้อมูลในส่วนต่าง ๆ ภายในจังหวัดตัวอย่าง ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติในความอนุเคราะห์กำหนดกลุ่มตัวอย่างและระบุพื้นที่เป้าหมาย ขอขอบคุณเครือข่ายวิจัยคลินิกสถาบันที่เอื้อเพื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการนำเข้าและจัดการข้อมูลงานวิจัย



และขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้ประสานงาน ผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ทั้ง 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพรว์ พิษณุโลก นครพนม ร้อยเอ็ด นครราชสีมา นครปฐม เพชรบุรี สระแก้ว ชุมพร นครศรีธรรมราช และจังหวัดสงขลา ที่อำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัย และขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านมา ณ ที่นี้ด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cervical cancer in developing countries: report of a WHO consultation. Geneva: WHO; 2002.
2. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo & Thomas DB. Cancer incidence in five continents Vol. VIII. IARC Scientific Publications [online]. 2003 [cited 2010 Aug 26]; Available from: <http://www-dep.iarc.fr/>.
3. Sankaranarayanan R. Cervical cancer in developing countries. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2002;96(6):580-5.
4. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Volume V 2001-2003. In: Khuhaprema T, Sriratanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, editors. Bangkok: Nation Cancer Institute; 2010.
5. National Cancer Institute. Cervical cancer screening 75 provinces Project (online). 2008 [cited 2010 July 12]; Available from: <http://www.nci.go.th/cxscreening/knowledge.html>.
6. Sriamporn S, Khuhaprema T, Parkin M. Cervical cancer screening in Thailand. *J Med Screen* 2006;13(Suppl 1):S39-S43.
7. 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 (online). 2008 [cited 2008 Oct 22]; Available from: [http://www.hitap.net/backoffice/news/pdf\\_news/2008-09-24\\_Final-Report-Cervica-Cancer.pdf](http://www.hitap.net/backoffice/news/pdf_news/2008-09-24_Final-Report-Cervica-Cancer.pdf).
8. ชีระ ศิริสมุด, รักษิณี นุตรชน, เชิญขวัญ ภูษณงค์, หัซซา ศรีปลั่ง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ลีลี อิงศรีสว่าง, และคณะ. การประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่มีผลต่อโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) และวีไอเอ (Visual Inspection with Acetic Acid) ในประเทศไทย. นนทบุรี: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2553.
9. Online Medical Research Tools (OMERET) (computer program). เครือข่ายการจัดการข้อมูลและชีวสถิติ เครือข่ายวิจัยคลินิกสหสถาบัน (Clinical Research Collaboration Network: CRCN); 2010.
10. สำนักสถิติสังคม สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญ การสำรวจอนามัยเจริญพันธ์ พ.ศ. 2552. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก; 2553.
11. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health behavior and health education: Theory, research and practice. San Francisco: Wiley & Sons; 2002.
12. 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.
13. 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;20(2):195-207.
14. Boonpongmanee C, Jittanon P. Predictors of Papanicolaou testing in working women in Bangkok, Thailand. *Cancer Nurs* 2007;30(5):384-9.
15. Schulmeister L, Lifsey DS. Cervical cancer screening knowledge, behaviors, and beliefs of Vietnamese women. *Oncol Nurs Forum* 1999;26(5):879-87.
16. 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.
17. 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;17(3):142-9.
18. 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.
19. 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 North-western Ontario. *Oncol Nurs Forum* 2004;31(2):305-11.
20. 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.
21. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. *BMC Med Educ* 2006;1:6-13.
22. 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;9(1):40-3.



**Abstract**    **The Evaluation of Outcomes and Determinants of Cervical Cancer Screening Programme Using Pap Smear and Visual Inspection with Acetic Acid in Thailand during 2005 - 2009**  
**Teera Sirisamutr\***, **Rukmanee Butchon\***, **Choenkwan Putchong\***, **Hutcha Sriplung†**, **Naiyana Praditsitthikorn\***, **Lily Ingsrisawang‡**, **Naeti Suksomboon\***, **Sripen Tantivess§**,  
**Yot Teerawattananon\***

\*Health Intervention and Technology Assessment Program, †Epidemiology Unit, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, ‡Department of Statistics, Faculty of Sciences, Kasetsart University, §Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Mahidol University

*Journal of Health Science* 2012; 21:538-56.

Cervical cancer has been the major health problem among Thai women. There was 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 on the national level since the 2005. The purpose of this study was to assess this screening programmes in terms of service coverage, efficiency, and barriers to the service utilization from the women's and health care providers' perspective. A cross-sectional household survey was conducted between September 2009 and May 2010 in 12 provinces. Target population was randomly selected by stratified four-stage sampling (n=4,640) and face-to-face structured interviews were conducted among women aged 30-60 years. Sets of questionnaires were mailed to every public health employees and health administrators who were involved in the cervical screening programmes (n=3,526). Descriptive statistics and multivariate logistic regression were employed.

It was found that, 68 percent of targeted women underwent cervical cancer screening at least once in the past 5 years (response rate 97%). It rose significantly during the past 2 years (2008-2009) and 88 percent of those who received screening underwent Pap smear while only 7 percent VIA. Reportedly half of popular venues for obtaining the screening were health centers. Statistical analysis was used to indicate the supporting and impeding factors of the screening service seeking behavior. It was found that women, who were more likely to seek the screening, services were 40-50 years of age, resided in urban areas, worked in agriculture, had experience of child-bearing, received cervical cancer and screening information, positive attitude with information from public media and family members. Meanwhile, respondents who were less likely to obtain the screening tests, were Muslim women, cigarette smokers, misunderstanding with the need of re-screening or screening tests were provided only in hospital settings. From the providers' aspect (response rate 55%), most of them ranked cervical cancer as a highly important public health problem. Nevertheless, some healthcare providers expressed concern regarding constraints on the budget allocation for the cervical screening programmes, numbers of frontline staff as well as training and monitoring. The findings of this study suggest that the service coverage can be significantly improved by enhancing the communication strategy regarding the knowledge and perception of the screening, tailoring the interventions to suit sub-groups of population where cultural differences exist, clarify the national policy, sufficient staff and adequate budget allocation in service system are needed as well as creating effective monitoring and evaluation of quality improvement and conducive motivation.

**Key words:** cervical cancer, screening, program evaluation