

การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก :
บทเรียนโครงการบูรณาการระดับชาติ

โดย

นายวีรวุฒิ อิ่มสำราญ
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร
หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ ๕๗
ประจำปีการศึกษา พุทธศักราช ๒๕๕๗ - ๒๕๕๘

บทคัดย่อ

เรื่อง การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : บทเรียนโครงการบูรณาการระดับชาติ
 ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา
 ผู้ทำวิจัย นายวีรวุฒิ อิมสำราญ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

การวิจัยเรื่อง การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : บทเรียนโครงการบูรณาการระดับชาติ ฉบับนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด เนื่องจากโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นโครงการระดับชาติ มีความร่วมมือกันระหว่างหลายภาคส่วน ตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับกระทรวง ได้ดำเนินการมาเป็นเวลา 10 ปีแล้ว มีขั้นตอนการดำเนินการที่ซับซ้อนและใช้งบประมาณในการดำเนินงานสูง

ผลการศึกษา พบว่าการดำเนินงานในช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2557 มีการให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 – 60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านทุกๆ 5 ปี วิธีที่ใช้ในการคัดกรองคือ Pap Smear หรือ VIA โดยตั้งเป้าหมายจำนวน 9,577,840 ราย ทำการคัดกรองได้จำนวนทั้งสิ้น 8,498,985 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.74 เมื่อพิจารณาเฉพาะรายใหม่คือ สตรีที่ได้รับการคัดกรอง 1 ครั้งใน 5 ปี พบว่าทำได้ 5,164,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.92 ผลการดำเนินการมีความแตกต่างกันใน 76 จังหวัด ตั้งแต่จังหวัดที่ทำได้ดีที่สุดคือร้อยละ 91.80 ถึงต่ำสุดคือ ร้อยละ 26.02 มีการพัฒนาการระยะเวลาดำเนินการคัดกรองที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ จาก 41.65 วัน ในปี พ.ศ. 2553 เหลือเพียง 25.76 วัน ในปี พ.ศ. 2557 ปัญหาที่พบจากการประเมินคือ สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองในบางพื้นที่ยังมีจำนวนที่น้อย ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ในกรณีที่พบผลผิดปกติยังขาดข้อมูลในการส่งต่อและการรักษา จากผลการสำรวจ พบว่า แต่ละหน่วยบริการได้ส่งผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือส่งเพื่อไปรักษาโรคเกือบทุกราย แต่ไม่มีการรายงานข้อมูลเข้ามายังฐานข้อมูลของโครงการ โดยภาพรวมผลการดำเนินงานในรอบ 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553 – 2557 เป็นไปได้ค่อนข้างดี แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่ดีของประเทศ สามารถทำการคัดกรองโรคซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สามารถช่วยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งได้

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ทุกพื้นที่ควรให้ความรู้และสร้างความเข้าใจกับประชาชนถึงความจำเป็นในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น ควรเร่งชี้แจงจำนวนการคัดกรองที่แท้จริง เพราะหลายพื้นที่มีการตรวจซ้ำในคนเดิมแทนที่จะชักชวนคนที่ไม่เคยตรวจมารับบริการ ควรให้ความสำคัญในเรื่องการส่งต่อและการรักษาโรคของผู้ที่มีผลผิดปกติและการบันทึกข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบสมบูรณ์ การพัฒนาความรู้บุคลากรนับเป็นกิจกรรมที่จำเป็นต้องมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพของการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คำนำ

การวิจัยเรื่อง การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : บทเรียนโครงการบูรณาการระดับชาติ ฉบับนี้ จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ประเมินผลการดำเนินการของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ ซึ่งมีระยะเวลาการดำเนินการ 10 ปี ใน 76 จังหวัด ทั่วประเทศ ผลการศึกษาที่ได้จะนำไปเป็นข้อมูลในการวางแผนและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น อันจะเป็นประโยชน์ในการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการคัดกรองโรคอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของคนไทยได้

(นายวีรภูมิ อิ่มสำราญ)

นักศึกษาวิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร

หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ผู้วิจัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	2
ขอบเขตของการวิจัย	2
วิธีดำเนินการวิจัย	2
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	3
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง	4
สถานการณ์มะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยและทั่วโลก	4
สาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก	6
วิธีการรักษาและการป้องกันโรค	10
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีต่าง ๆ	14
โครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพประชาชน	16
ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	28
ขั้นตอนการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ	32
งานวิจัยการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของต่างประเทศ	36
กรอบความคิดของการวิจัย	41
สรุป	41
บทที่ 3 การประเมินผลการดำเนินงานในรอบ 10 ปี	42
การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลของประเทศในภาพรวม	42
เปรียบเทียบผลความสำเร็จในแต่ละจังหวัดและเขตภูมิภาค	45
ผลการสำรวจการดำเนินงานของ 2 จังหวัด	85
เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับต่างประเทศ	87
สรุป	91

สารบัญ (ต่อ)

บทที่ 4	การประเมิน ปัญหา อุปสรรค	94
	วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค ในแต่ละพื้นที่	94
	แนวทางการแก้ปัญหา	98
	แนวทางการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีใหม่	99
	สรุป	105
บทที่ 5	สรุปและข้อเสนอแนะ	106
	สรุป	106
	ข้อเสนอแนะ	109
บรรณานุกรม		111
ภาคผนวก		116
	ภาคผนวก ก การทำ Pap Smear อย่างมีคุณภาพและการรายงานผล	117
	ภาคผนวก ข การติดตั้งโปรแกรมและการบันทึกข้อมูล	136
ประวัติย่อผู้วิจัย		157

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
2-1 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ	40
3-1 จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจ Pap smear ในช่วงปี พ.ศ. 2548 – 2552	42
3-2 จำนวนสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ	43
3-3 จำนวนรอบเวลาเฉลี่ยจากการทำ Pap smear ถึง วันที่ออกผล	44
3-4 แสดงผลงานการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด	45
3-5 จำนวนและร้อยละผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกตามเขตสุขภาพ	46
3-6 จำนวนและร้อยละผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกรายจังหวัด	47
3-7 ร้อยละของผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ	50
3-8 ผลผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	53
3-9 จำนวนและร้อยละผลผิดปกติจากการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในราย จังหวัด	54
3-10 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average turn around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปาก ด้วยวิธี Pap smear สรุปวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล	57
3-11 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average turn around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกโดยดูแต่ละขั้นตอนในวิธี Pap smear ปีงบประมาณ 2557	60
3-12 ร้อยละของการทำ Pap smear ที่ไม่มีคุณภาพ	64
3-13 จำนวนและร้อยละของผลผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและทำ Colposcopy	67
3-14 จำนวนการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ	70
3-15 จำนวนผลผิดปกติที่ได้จากการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ	73
3-16 จำนวนสไลด์ที่ทบทวนแยกตามรายปีและภาค	77
3-17 จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2553 – 2557	79
3-18 ผลการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด การดำเนินงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2553 – 2557	83
3-19 ผลงานการคัดกรองจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดพังงา	86

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
3-20	จำนวนและร้อยละการติดตามผลผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา	86
3-21	ผลงานการคัดกรอง	87
3-22	ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ	89
4-1	สรุปการสุ่มตรวจคุณภาพสไลด์ที่ผลคัดกรองปกติ (QC Slide)	96
4-2	ความไวในการตรวจหา HSIL ของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีต่างๆ	100
4-3	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear กับ HPV DNA testing	104

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
2-1 พื้นที่อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในโลก	4
2-2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	5
2-3 อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเพศหญิงของประเทศไทยปี พ.ศ. 2551	6
2-4 แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย	6
2-5 กระบวนการก่อมะเร็งปากมดลูก	8
2-6 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและสายการบังคับบัญชา	18
2-7 แสดงแผนที่มีการแบ่งเขตสุขภาพ	26
2-8 สัดส่วนประชาชนไทยตามสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2556	31
2-9 ขั้นตอนการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	36
4-1 หลักการทำงานของเครื่อง HPV DNA testing	100
4-2 การประชุมวางแผนการดำเนินการวิจัย ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2557	101
4-3 กิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2557	102
4-4 กิจกรรมการประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโพนแพง อำเภอม่วงสามสิบ จ. อุบลราชธานี เมื่อวันที่ 7 ส.ค. 57	103
4 -5 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear และ HPV DNA testing	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ปัจจุบันพบเป็นอันดับ 2 ของสตรีไทย ในอดีตผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค ทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองได้ โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ ถึงการลดอัตราการเกิดและการเสียชีวิตจากโรค องค์การอนามัยโลก จึงได้แนะนำให้ทุกประเทศดำเนินนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถตรวจหาโรคมะเร็งให้พบตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรกหรือในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งทำให้การรักษาได้ผลดีและสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาในระยะลุกลาม จึงลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ หากประเทศไทยต้องการลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ต้องมีโครงการการคัดกรองระดับประเทศ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการได้มากขึ้น

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติขึ้น โดยสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี สามารถรับบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้าน ซึ่งมีหมื่นกว่าแห่งทั่วประเทศ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรก ปี พ.ศ. 2548-2552 ช่วงนี้เน้นเรื่องการบริหารจัดการ การฝึกอบรม การใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล โดยมีเป้าหมายปีละประมาณ 400,000 คน ทั่วประเทศ ต่อมาช่วงที่ 2 คือ ปี พ.ศ. 2553-2557 ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองเต็มรูปแบบ มีเป้าหมายปีละ 2 ล้านคน จากการดำเนินการคัดกรองตามระบบของโครงการประกอบกับการรณรงค์และส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของทุกหน่วยงานมาเป็นเวลานาน ทำให้ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้อัตราการเกิดโรคหรืออัตราการตายลดลงได้อย่างเป็นรูปธรรมนั้น ต้องมีการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด หรือให้ได้มากที่สุดตลอดจนมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องครบวงจร ผู้ป่วยที่มีผลผิดปกติต้องได้รับการส่งตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม รวมถึงได้รับการรักษาโรค การดำเนินงานเป็นแบบบูรณาการมีการประสานกับบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่พบในระยะ 10 ปีของการดำเนินงานคือ ด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ยังมีไม่เพียงพอในการให้บริการอย่างทั่วถึง คุณภาพของผลการตรวจที่ยังต้องปรับปรุงในบางพื้นที่ รวมไปถึงประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจหรือมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย

ดังนั้น โครงการวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาและประเมินภาพรวมและผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศ จากอดีตถึงปัจจุบันในแง่ของคุณภาพข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเชิงลึก ซึ่งจะทำให้

เกิดการพัฒนาการคัดกรองโรค นำมาสู่การวางนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศที่ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพรวมและผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศ วิเคราะห์ตามรายจังหวัดและเขตสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค โดยละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการคัดกรอง ติดตามหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลที่สมบูรณ์
3. เพื่อศึกษาหาแนวทางการปรับปรุงการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำเสนอเป็นนโยบายเพื่อให้การคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. เน้นการนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อให้ไม่สามารถระบุสถานพยาบาลหรือลักษณะบุคคลของผู้ป่วยได้
2. แนวคิดในเรื่องข้อเสนอแนะจะเป็นแนวทางกว้าง ๆ เพื่อไม่ให้กระทบต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ
3. ลงพื้นที่หาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยละเอียดใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดที่มีผลความสำเร็จสูงสุดและต่ำสุด
4. ประเมินผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2548 - 2557

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการคัดกรองโรคมะเร็ง
2. วิเคราะห์ข้อมูลในโครงการวิจัยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการคัดกรองโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการบันทึกข้อมูลจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ
3. วิเคราะห์ผลจากแบบสอบถาม 76 จังหวัด
4. ลงพื้นที่สำรวจและหาข้อมูลของผลการดำเนินงานอย่างครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อ และผลการรักษาโรค โดยจะดำเนินการใน 2 จังหวัด
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลความสำเร็จของการคัดกรองของประเทศไทยและต่างประเทศ
6. สรุปผลและจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ทราบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในภาพรวมของประเทศ และข้อมูลรายละเอียดตามเขตพื้นที่และจังหวัด

2. ทราบปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการปรับปรุงการดำเนินงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีผล
ความสำเร็จต่ำ และนำเสนอเป็นนโยบายเพื่อให้การคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น
3. แนวทางในการดำเนินโครงการการคัดกรองโรคระดับชาติของมะเร็งอวัยวะอื่น ๆ เช่น มะเร็งลำไส้
มะเร็งเต้านม หรือโรคอื่น ๆ ได้
4. นำไปเผยแพร่และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับประเทศเพื่อนบ้านต่าง ๆ โดยเฉพาะ ในภูมิภาค
อาเซียน ที่ในหลายประเทศยังไม่มี การคัดกรองในระดับประชากรอย่างเป็นระบบ

คำจำกัดความ

รอยโรค หมายถึง ตำแหน่งที่เกิดมีความผิดปกติของเนื้อเยื่อหรือของอวัยวะ โดยอาจ
เกิดจากการบาดเจ็บอักเสบ ผื่น แผล ก้อนเนื้องอกหรือเนื้องอก มะเร็ง ทั้งนี้ รอยโรค
เกิดได้กับทุกเนื้อเยื่อ ทุกอวัยวะของร่างกาย

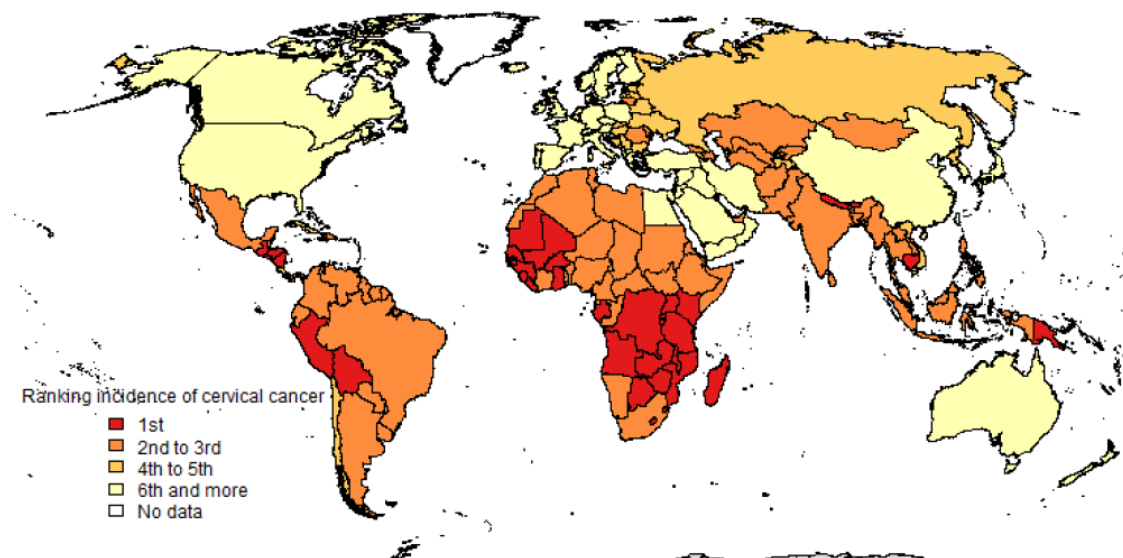
บทที่ 2

มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

สถานการณ์มะเร็งปากมดลูกของประเทศไทยและทั่วโลก

มะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยปัจจุบันมีประชากรหญิงกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปี ขึ้นไปประมาณ 2,645 ล้านคนทั่วโลก (ICO HPV Information Centre, Online, 2014) จากรายงานของ องค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, Online, 2012) ระบุว่า พบผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 527,624 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 265,653 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่พบในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนา จำนวน 444,546 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 230,158 ราย ซึ่งหากไม่มีมาตรการป้องกันการเกิดโรคที่มีประสิทธิภาพคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 กลุ่มประเทศด้อยพัฒนาจะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ราว 668,120 ราย และอาจมีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 380,212 ราย

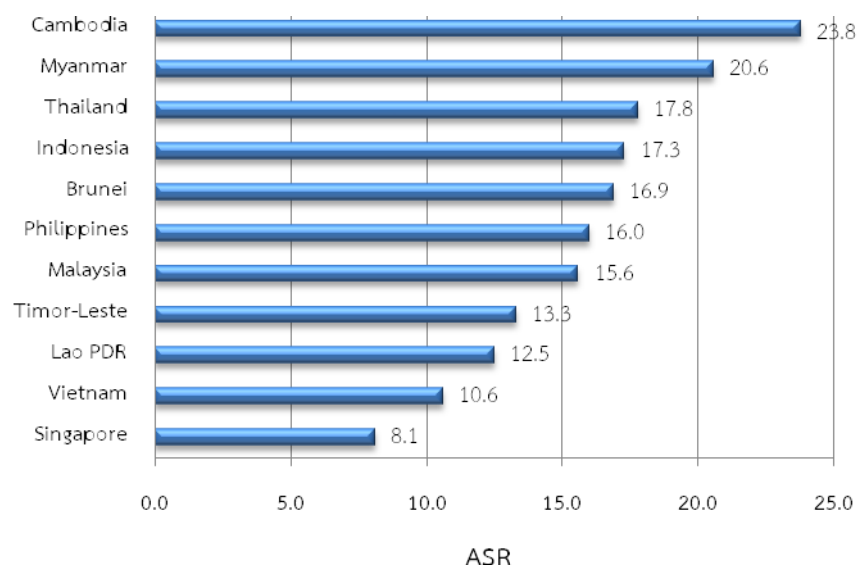
แผนภาพที่ 2 - 1 พื้นที่อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในโลก



ที่มา : ICO HPV Information Centre, Online, 2014

ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาที่สำคัญของหลายประเทศเช่นเดียวกัน จากสถิติในแต่ละปีจะพบผู้ป่วยใหม่ราว 50,000 ราย และผู้ป่วยครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้จะเสียชีวิตลง โดยประเทศกัมพูชามีอุบัติการณ์การเกิดโรคสูงที่สุด 23.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ดังแผนภาพที่ 2 - 2

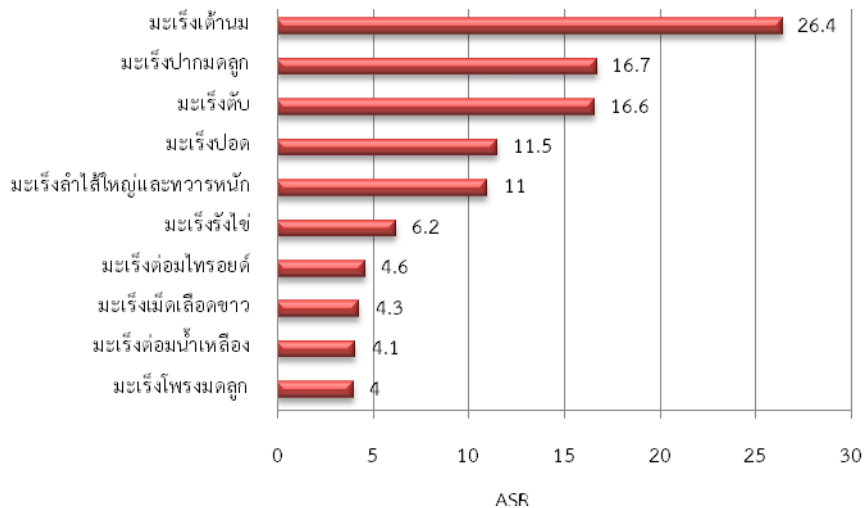
แผนภาพที่ 2 - 2 อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้



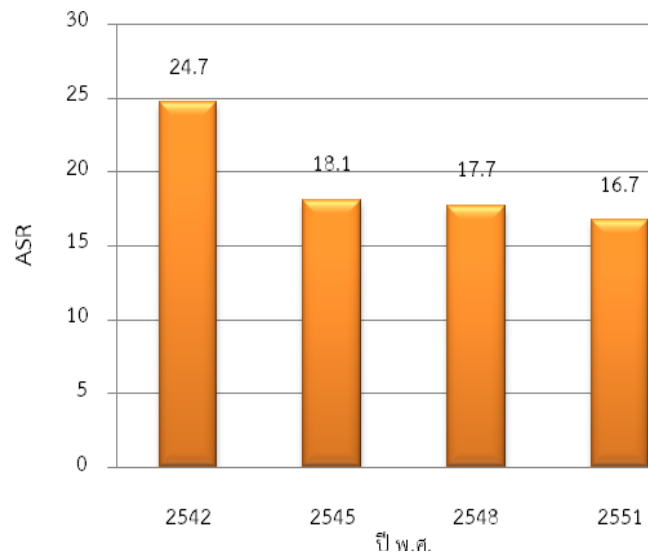
ที่มา : Globocan2012, International Agency for Research on Cancer

สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดโรคโดยรวมในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง และจากข้อมูลทะเบียนมะเร็งประเทศไทย (Khuhaprema, 2013 : 9) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ราว 6,453 ราย หรือคิดเป็นอัตราอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ หรือ Age-Standardized Incidence Rate (ASR) 16.7 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม (แผนภาพที่ 2 - 3) โดยส่วนใหญ่พบในผู้หญิงอายุระหว่าง 35 - 60 ปี และพบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมี ASR 26.8 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย นอกจากนี้รายงานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ออนไลน์, 2551) ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 1,719 คน หรือคิดเป็น 5.4 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย

แผนภาพที่ 2 - 3 อุตบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเพศหญิงของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2551



แผนภาพที่ 2 - 4 แนวโน้มอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย



สาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุสำคัญมาจากการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV) ที่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการมีคู่นอนหลายคน ซึ่งผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ทุกคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV ปัจจุบันเชื้อ HPV มีมากกว่า 130 สายพันธุ์ แต่มีประมาณ 40 สายพันธุ์ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก

1. เชื้อ HPV ที่ก่อให้เกิดรอยโรคที่ปากมดลูกแบ่งตามศักยภาพในการก่อมะเร็งได้แก่

1.1 กลุ่มความเสี่ยงสูง (High Risk)

กลุ่มความเสี่ยงสูง คือ เชื้อ HPV ที่ทำให้เกิดรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกชั้นต่ำ (Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesions: LSIL) รอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกชั้นสูง (High-

Grade Squamous Intraepithelial Lesions: HSIL) และมะเร็งจึงเรียกว่า "Oncogenic Types" ได้แก่ เชื้อ HPV สายพันธุ์ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 58, 59, 61 และ 66 - 68 โดยพบการติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูงได้มากกว่าร้อยละ 95 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก และพบเชื้อ HPV 16 ได้บ่อยที่สุด ถึงร้อยละ 50 - 60 ถ้าจำแนกตามชนิดของมะเร็งปากมดลูก พบว่า ใน Squamous Cell Carcinoma จะพบเชื้อ HPV 16 ได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 50 - 60 แต่ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกชนิด Adenocarcinoma จะพบเชื้อ HPV สายพันธุ์ 18 ได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 50

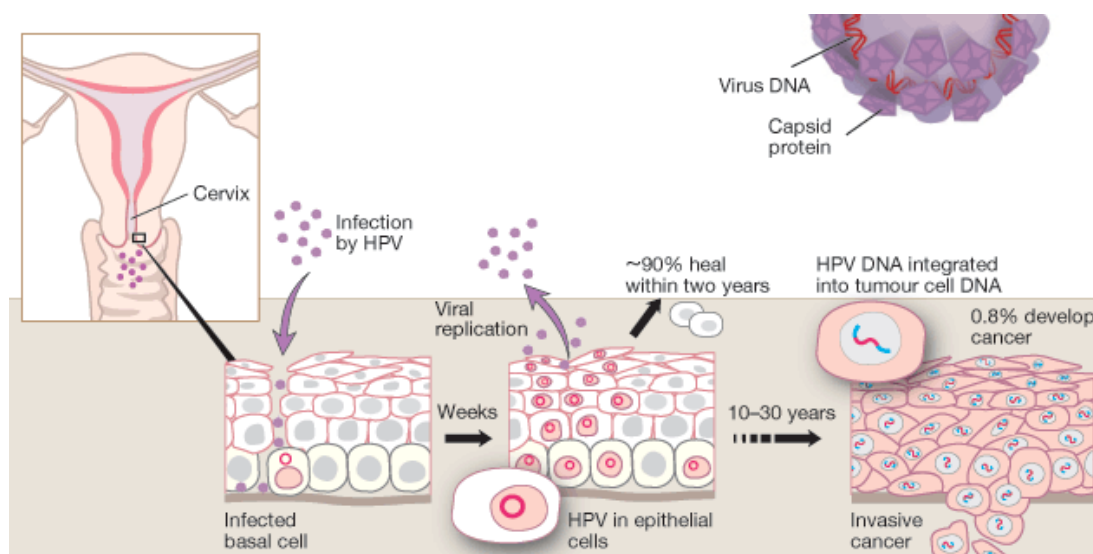
1.2 กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (Low Risk)

กลุ่มความเสี่ยงต่ำ คือ เชื้อ HPV ที่ทำให้เกิดโรคหูดหงอนไก่ และรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกชั้นต่ำ เชื้อ HPV กลุ่มนี้มีศักยภาพต่ำในการก่อมะเร็ง ได้แก่ เชื้อ HPV สายพันธุ์ 6, 11, 42 - 44, 53 - 55, 62 และ 70

2. กระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Cervical Carcinogenesis)

กระบวนการก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกของเชื้อ HPV เริ่มจากการติดเชื้อที่เยื่อบุผิวปากมดลูกบริเวณเขตเซลล์แปรรูป (Transformation Zone) เซลล์ที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดในการติดเชื้อ คือ เซลล์ชั้นล่างสุด (Basal Cell) เนื่องจากยังมีการแบ่งตัวอยู่ เมื่อเชื้อ HPV เข้าสู่เซลล์ จะทวีจำนวนมากขึ้นและมีการสร้างโปรตีนเข้าไปจับกับสารพันธุกรรมของเซลล์ที่มีการติดเชื้อ โปรตีนที่ทราบกันในปัจจุบันว่ามีบทบาทสำคัญในขั้นตอนนี้ ได้แก่ โปรตีน E6 และ E7 ซึ่งเป็นโปรตีนที่ทำให้เกิดมะเร็ง (Oncoprotein) โดย E6 จะยับยั้งการทำงานของ P53 ซึ่งเป็น Tumor Suppressor Gene และกระตุ้น Telomerase Activity ทำให้เซลล์ไม่ตายตามกำหนด ส่วน E7 จะจับกับ Retinoblastoma (Rb) Genes ซึ่งเป็น Tumor Suppressor Gene ทำให้ไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ได้ เซลล์จึงแบ่งตัวไม่หยุด (Proliferation) นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาพบบทบาทของการเหนี่ยวนำให้มีการสร้างเส้นเลือด (Angiogenesis) ต่อการก่อมะเร็งโดยกระบวนการดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการสืบพันธุ์ของรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกไปสู่รอยโรคระยะลุกลาม และกระตุ้นให้มีการเจริญเติบโตของมะเร็งมากขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นก้อนมะเร็ง อย่างไรก็ตามกลไกการติดเชื้อ HPV ที่กระตุ้นให้เกิด Angiogenesis นั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2554 : 26 - 27)

แผนภาพที่ 2 - 5 กระบวนการก่อมะเร็งปากมดลูก



การดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูกเริ่มจากการติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูงที่เยื่อบุผิวปากมดลูก โดยเชื้อ HPV จะเข้าไปในนิวเคลียสของ Basal Cells, Reserve Cells หรือ Immature Squamous Metaplastic cells ที่อยู่ใน Transformation Zone ในระยะแรก DNA ของเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสารพันธุกรรม หรือจีโนม (Genome) จะเข้าไปในนิวเคลียสของเซลล์ดังกล่าว และอยู่ในรูปจีโนมอิสระ เรียกว่า "Episome" สารพันธุกรรมนี้ ยังไม่รวมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียสและยังไม่ได้มีการเพิ่มจำนวน ในระยะนี้ถ้าทำ HPV Test อาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับความไวของวิธีการตรวจ และถ้าทำ Pap Smear ผลจะปกติ เพราะยังไม่มี ความผิดปกติที่นิวเคลียสของเซลล์

เมื่อจีโนมของเชื้อ HPV ผสมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียสจะมีการเพิ่มจำนวนของเชื้อ HPV จำนวน มากในนิวเคลียส และมีการกระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัวเพิ่มจำนวน ในระยะนี้ถ้าทำ HPV Test จะให้ผลบวกและ Pap Smear จะผิดปกติ เซลล์จะมีลักษณะของการติดเชื้อ HPV เช่น Koilocytes และมีพยาธิสภาพเป็น HPV Infection/CIN 1 หรือ LSIL ซึ่งส่วนใหญ่แล้วร้อยละ 70 - 90 จะหายไปได้เอง ถ้าไม่หายไปเอง มีการคงอยู่ ของเชื้อ HPV และมีปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยร่วมอื่น ๆ กระตุ้นด้วยจะทำให้จำนวนเชื้อ HPV สูงมากขึ้น

เมื่อความผิดปกติของนิวเคลียสรุนแรงขึ้น รอยโรคจะคืบหน้าเป็น HSIL ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ร้อยละ 5 - 15 ภายในระยะเวลา 3 - 4 ปี ในระยะนี้ถ้าทำ HPV Test จะให้ผลบวกและ Pap Smear จะผิดปกติ พยาธิ สภาพ HSIL นี้ เป็นระยะสุดท้ายของรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกก่อนที่จะลุกลามทะลุ Basement Membrane เป็นมะเร็งระยะลุกลาม ดังนั้นถ้าตรวจพบพยาธิสภาพ HSIL จึงต้องให้การรักษา เพราะมีโอกาส ลุกลามคืบหน้าเป็นมะเร็งได้ประมาณร้อยละ 30 - 70 ภายในระยะเวลา 10 ปี โดยรวมแล้วระยะเวลาตั้งแต่ติด เชื้อ HPV จนกระทั่งเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลามากกว่า 10 - 15 ปี ขึ้นกับศักยภาพในการก่อมะเร็ง (Oncogenicity) ของเชื้อ HPV ปริมาณเชื้อไวรัส การผนวกจีโนมของเชื้อ HPV เข้ากับจีโนมของเซลล์เยื่อ บูดลูกและภูมิคุ้มกันของร่างกาย (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2554 : 28 - 29)

การติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูง อาจจะข้ามขั้นการเกิดพยาธิสภาพ LSIL เป็น HSIL เลยก็ได้ ขึ้นกับศักยภาพในการก่อมะเร็งของเชื้อ HPV ปริมาณเชื้อ การผนวกจีโนมของเชื้อ HPV เข้ากับจีโนมของเซลล์ เยื่อบุปากมดลูก และขึ้นกับภูมิคุ้มกันของร่างกายด้วย นอกจากนี้การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกอาจจะ ก่อให้เกิดพยาธิสภาพ HSIL ช่วงสั้น ๆ และดำเนินโรคต่อไปอย่างรวดเร็ว จนเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ ถ้า สภาวะดังกล่าวข้างต้นเฝ้าระวังอย่างมาก แต่กรณีนี้พบได้น้อย และในบริเวณรอยโรคเดียวกันบนปากมดลูก อาจจะมีพยาธิสภาพทั้ง LSIL และ HSIL ปนอยู่ด้วยกัน เพราะการติดเชื้อ HPV อาจเกิดจากหลายสายพันธุ์ นอกจากนี้การดำเนินโรคและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันของการติดเชื้อแต่ละครั้งอาจแตกต่างกันได้

อย่างไรก็ตาม การติดเชื้อนั้นอาจเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ จึงไม่ทำให้เกิดอาการผิดปกติที่ทำให้ผู้หญิง สังเกตได้ในระยะแรก ๆ และสามารถหายได้เอง เมื่อร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต้านเชื้อนี้ขึ้นมาได้อย่างเพียงพอ มี เพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นการติดเชื้อที่ยาวนานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกและ พัฒนากลายเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือทำให้เกิดโรคร้ายอื่น ๆ ตามมาในที่สุด ซึ่งมะเร็งปากมดลูกมีระยะเวลา ดำเนินโรคประมาณ 10 - 15 ปี นอกจากนี้ยังมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปาก มดลูกได้สูงขึ้น ได้แก่

1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

1.1 การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น

1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์

ปากมดลูกมาก ช่วงนี้จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อ HPV

1.3 การตั้งครกและการคลอตุก จำนวนครั้งของการคลอตุกมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 - 3 เท่า

1.4 มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน เป็นต้น

1.5 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ

1.6 ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

เนื่องจากการติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นการมีเพศสัมพันธ์ กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ได้แก่

2.1 ผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติ

2.2 ผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก

2.3 ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.4 ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย

2.5 ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

3. ปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูก

3.1 การสูบบุหรี่

3.2 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยทั่วไปมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการแสดงอย่างเด่นชัด ในอดีตผู้ป่วยจึงมักมาพบแพทย์ในระยะสุดท้ายของโรคทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร อย่างไรก็ตามมะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งมีข้อมูลเชิงประจักษ์ถึงการลดอัตราการเกิดและการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ องค์การอนามัยโลกจึงได้แนะนำให้ทุกประเทศดำเนินนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโครงสร้างสาธารณสุขและทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถตรวจหาโรคมะเร็งให้พบตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรกหรือในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งทำให้การรักษาได้ผลดีและสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาในระยะลุกลามจึงลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศลงได้

วิธีการรักษาและการป้องกันโรค

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่รักษาให้หายขาดจากโรคได้สูงเมื่อเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น การรักษามะเร็งปากมดลูกคล้ายกับการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ ซึ่งมีรูปแบบในการรักษาที่ประกอบไปด้วย การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด

ระยะของมะเร็งปากมดลูก

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม

ระยะนี้เซลล์มะเร็ง ยังอยู่ภายในชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก สามารถตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า Pap Smear โดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย

2. ระยะลุกลาม

แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

2.1 ระยะที่ 1

ระยะที่มีเซลล์มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูกเท่านั้น

2.2 ระยะที่ 2

ระยะที่มีมะเร็งลุกลามออกจากปากมดลูกไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ/หรือผนังช่องคลอดส่วนบนแต่ยังไม่ลุกลามถึงผนังอุ้งเชิงกราน

2.3 ระยะที่ 3

ระยะที่มีมะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกราน และ/หรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง หรือก่อนมะเร็งมีการกดทับท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมนี้

2.4 ระยะที่ 4

ระยะที่มีมะเร็งลุกลามไปสู่อวัยวะข้างเคียง คือ กระเพาะปัสสาวะ ไส้ตรง หรืออวัยวะอื่น ๆ เช่น ตับ ปอด กระดูก สมองและต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

การรักษามะเร็งปากมดลูก

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกนั้น ขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง สภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยโรคร่วมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เช่น โรคทางนรีเวช เบาหวาน และโรคหัวใจ รวมไปถึงความต้องการมีบุตรของตัวผู้ป่วยเอง และดุลพินิจของแพทย์ โดยทั่วไปแล้วแพทย์จะเป็นผู้ตัดสินใจว่า ผู้ป่วยรายใดเหมาะสมที่จะรับการรักษาแบบใด โดยพิจารณาถึงความเสี่ยงในการรักษาแต่ละวิธีและโอกาสที่จะหายจากโรคว่าวิธีใดสูงกว่ากัน

หลังจากได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วผลตรวจพบความผิดปกติ แพทย์จะส่งกล้องที่ปากมดลูก เพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา โดยผลชิ้นเนื้อที่ออกมาจะยืนยันการวินิจฉัย ซึ่งแพทย์จะวางแผนการรักษาตามผลชิ้นเนื้อนี้ต่อไป

วิธีการรักษามะเร็งปากมดลูกแบ่งตามระยะของมะเร็ง

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม

1.1 การทำลายเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก

1.1.1 การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น

เป็นการรักษาที่ใช้อุปกรณ์ที่แช่แข็งนำไปทำลายเนื้อเยื่อที่ผิดปกติใช้ในระยะที่พบว่ามีเซลล์ผิดปกติแต่ยังไม่เป็นมะเร็ง

1.1.2 การจี้ด้วยเลเซอร์

เป็นการผ่าตัดที่ใช้แสงเลเซอร์เป็นมีด เพื่อทำให้มีเลือดออกน้อย หรือใช้ตัดเอาเฉพาะส่วนพื้นผิวของก้อน

1.1.3 การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (LEEP)

เป็นการรักษาที่ใช้วงของลวดเส้นเล็ก ๆ ที่มีกระแสไฟฟ้าผ่านอยู่ภายในเป็นเหมือนมีด ใช้ตัดส่วนของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติหรือเนื้อเยื่อมะเร็งออก

1.1.4 การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปโคน (Conization)

เป็นการตัดส่วนหนึ่งของเนื้อเยื่อของปากมดลูกและช่องภายในปากมดลูกออกเป็นรูปโคน

1.2 การตัดมดลูกเพื่อเอามดลูกและปากมดลูกออกทั้งหมด

มักใช้ในกรณีที่

1.2.1 ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้ว

1.2.2 ผู้ป่วยมีอายุมาก หรืออยู่ในภาวะหมดประจำเดือนแล้ว

1.2.3 ผู้ป่วยไม่สามารถติดตามผลการรักษาแบบการทำลายเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกในระยะยาวได้

1.2.4 ผู้ป่วยมี [พยาธิสภาพ](#) อย่างอื่นทางนรีเวชที่จะต้องทำการผ่าตัดด้วย เช่น [เนื้องอกกล้ามเนื้อ](#) มดลูก

2. ระยะลุกลาม

การเลือกวิธีการรักษาร่วมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ระยะของมะเร็ง และความพร้อมของโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลรักษา

2.1 ระยะที่ 1

มีการรักษาที่เป็นมาตรฐานอยู่ 2 วิธี คือ การผ่าตัดและรังสีรักษา

2.1.1 การผ่าตัดมดลูกโดยอาจผ่าตัด [รังไข่](#) และ [ท่อนำไข่](#) 2 ข้าง และการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากร่วมกับตัด [ต่อมน้ำเหลือง](#) ในอุ้งเชิงกราน

2.1.2 การรักษาด้วยการให้ [รังสีรักษา](#) ซึ่งอาจต้องทั้ง [ฉายรังสี](#) ร่วมกับการใส่แร่ หรืออาจจะ [ใส่แร่](#) เพียงอย่างเดียว [ตาม](#) ความเหมาะสมของผู้ป่วยในแต่ละราย

2.1.3 การรักษาด้วยการให้ [รังสีรักษา](#) ร่วมกับการให้ [ยาเคมีบำบัด](#)

2.2 ระยะที่ 2

การรักษาจะมีการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากร่วมกับตัด [ต่อมน้ำเหลือง](#) ในอุ้งเชิงกราน หากผลชิ้นเนื้อออกมา พบว่า มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำของ [โรค](#) ผู้ป่วยอาจต้องได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับการใส่แร่ หรือการฉายรังสีร่วมกับการให้ [ยาเคมีบำบัด](#)

2.3 ระยะที่ 3

การรักษาด้วยการให้ [รังสีรักษา](#) ร่วมกับการให้ [ยาเคมีบำบัด](#) แต่ถ้าหากผู้ป่วยไม่สามารถให้เคมีบำบัดได้ อาจให้การรักษาด้วย [รังสีรักษา](#) เพียงอย่างเดียว โดยต้อง [ฉายรังสี](#) ร่วมกับการใส่แร่

2.4 ระยะที่ 4

การรักษาด้วยการให้ [รังสีรักษา](#) ร่วมกับการให้ [ยาเคมีบำบัด](#) ซึ่งจะต้องให้ทั้ง [ฉายรังสี](#) ร่วมกับการใส่แร่ ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องมีสภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง นอกจากนี้อาจมีการรักษาแบบประคับประคอง [ตามอาการ](#) ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีทางมะเร็งได้ (ผ่าตัด [รังสีรักษา](#) [ยาเคมีบำบัด](#))

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

1. หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย

เพราะอาจจะได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งเชื้อเอชพีวี (HPV) และเชื้อเอชไอวี (HIV)

1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย

เนื่องจากเซลล์ปากมดลูกของคนอายุน้อยมีโอกาสที่จะกลายพันธุ์มากกว่าเซลล์ของคนที่มีอายุมากกว่า

1.3 การมีคู่นอนหลายคน

เพราะอาจจะได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

1.4 การสูบบุหรี่

เนื่องจากสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่ทำให้โปรตีน E6 และ E7 ซึ่งเป็นโปรตีนที่มีการสังเคราะห์ในช่วงระยะแรกของวงจรชีวิตของไวรัส HPV เกิดการเหนี่ยวนำให้เซลล์ปากมดลูกเกิดการกลายพันธุ์ (Mutation) ส่งผลให้มีการพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งได้

2. การฉีดวัคซีน

เพื่อป้องกันเชื้อ HPV ซึ่งเป็นต้นเหตุของมะเร็ง วัคซีน HPV มี 2 ชนิด คือ

2.1 Quadrivalent Vaccine

เป็นวัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก Cervical Dysplasia Vulvar หรือ Vaginal Dysplasia และภาวะหูดหงอนไก่ ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อ HPV สายพันธุ์ 6, 11, 16 และ 18

2.2 Bivalent Vaccine

เป็นวัคซีนชนิดสองสายพันธุ์ มีประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีสาเหตุจากเชื้อ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18

โดยให้ฉีดวัคซีนในสตรีอายุ 9 - 26 ปี ปริมาณ 0.5 มิลลิลิตร เข้ากล้ามเนื้อจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้
ครั้งที่ 1 ฉีดในวันที่กำหนดเลือก

ครั้งที่ 2 ฉีดในเดือนที่ 1 - 2 หลังจากฉีดครั้งแรก

ครั้งที่ 3 ฉีดในเดือนที่ 6 หลังจากฉีดครั้งแรก

เพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันโรคแนะนำให้ฉีดวัคซีนสี่สายพันธุ์ก่อนที่จะมีการติดเชื้อ HPV ซึ่งหมายถึงควรฉีดวัคซีนก่อนที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หากฉีดวัคซีนหลังการมีเพศสัมพันธ์แล้ว สตรีนั้นอาจมีการติดเชื้อ HPV ไปแล้ว หรืออาจมีภาวะเซลล์ปากมดลูกมีความผิดปกติเกิดขึ้นก่อน ซึ่งมีสาเหตุจากเกิดติดเชื้อสายพันธุ์ที่มีในวัคซีนตลอดจนสายพันธุ์อื่นที่ไม่มีในวัคซีนก็เป็นได้ ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนไม่เต็มที่นัก (วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, 2550 : 6) อย่างไรก็ตามวัคซีนยังไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้ทั้งหมด จึงจำเป็นต้องตรวจคัดกรองควบคู่ไปด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ได้มากที่สุด

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีต่างๆ

การตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) คือ การค้นหาผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มมีอาการ (Early Diagnosis) หรือ การคัดกรองโรคมะเร็ง (Cancer Screening) ในผู้ป่วยที่ยังไม่มีอาการ เพื่อนำสู่การวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ต่อไป การค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะช่วยให้สามารถรักษาให้หายขาดได้ และการคัดกรองมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งที่สามารถคัดกรองได้

หลักเกณฑ์ในการที่จะดูว่าโรคมะเร็งชนิดใดสมควรจะนำมาทำการคัดกรอง (Screening) ก็มีหลักเกณฑ์ เหมือนกับการคัดกรองโรคอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ คือ

1. โรคมะเร็งชนิดนั้น ต้องเป็นปัญหาที่ใหญ่มากพอในกลุ่มประชากร ที่ทำให้ผลการคัดกรองมีความคุ้มค่า

2. ต้องรู้ถึงธรรมชาติ หรือขบวนการดำเนินโรค และระยะเวลาที่ยังไม่มีอาการ มีความยาวนานพอต่อการคัดกรอง

3. วิธีการคัดกรองที่ใช้ต้องเป็นที่ยอมรับ และมีหลักฐานว่าสามารถตรวจพบโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้ โดยมีผลบวกสูง และผลลบต่ำ

4. ต้องมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งนั้นอย่างมีประสิทธิภาพ

5. ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ของวิธีการคัดกรองดังกล่าว ต้องเป็นที่ยอมรับของผู้ตรวจและผู้รับการคัดกรอง

การคัดกรองโรคมะเร็งอาจทำได้ 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การคัดกรองแบบเป็นระบบ (Organized Screening) และการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening)

1. การคัดกรองแบบเป็นระบบ (Organized Screening)

เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบขึ้น เพื่อใช้ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อได้รับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะแรกเริ่มให้ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้ได้มากที่สุด โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ โดยทั่วไปจะใช้เป็นแบบแผนในระดับชาติ หรือระดับภูมิภาค ปัจจุบันการตรวจคัดกรองที่ได้ผลคุ้มค่าและเป็นการคัดกรองแบบเป็นระบบตามคำแนะนำของ WHO คือ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

2. การคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส (Opportunistic Screening)

เป็นการคัดกรองซึ่งทำได้โดยอิสระ ขึ้นอยู่กับโปรแกรมที่เลือกใช้ของแต่ละองค์กร หรือแต่ละกลุ่มประชากร ซึ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองชนิดนี้ คือ ผู้ที่เข้ามารับการบริการทางการแพทย์ การคัดกรองนี้อาจแนะนำให้ทำการคัดกรองโดยผู้ให้บริการแนะนำแก่ผู้รับบริการในระหว่างที่ให้คำปรึกษาสุขภาพหรือจากความต้องการของผู้รับบริการเองก็ได้ โดยการคัดกรองแบบแล้วแต่โอกาส สามารถทำได้ในโรคมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งช่องปาก มะเร็งตับและท่อน้ำดี และมะเร็งปอด (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, 2556 : 37 - 38)

การตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ควรทำการตรวจในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป หรือ 3 ปีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ไปจนอายุ 70 ปี ซึ่งช่วงเวลาของการตรวจภายในและเช็คมะเร็งปากมดลูกควรตรวจทุก 3 ปี ในสตรีที่มีอายุ 25 - 49 ปี และทุก 5 ปี ในสตรีที่มีอายุ 50 - 64 ปี (IARC, 2005 : 119) เพื่อให้เราทราบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกมีลักษณะเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติหรือไม่ เพราะการรักษาในระยะก่อนเป็นจะทำให้มีโอกาสหายขาดได้ค่อนข้างสูง ในขณะที่การรักษามะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามนั้นจะรักษายากและทำให้มีโอกาสเสียชีวิตมากขึ้น

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. การตรวจคัดกรองด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)

เป็นการตรวจทางเซลล์วิทยา โดยแพทย์จะเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วย Spatula และป้ายลงบน Slide ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นวิธีที่ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย แต่การตรวจโดยวิธีนี้ผู้ทำการตรวจจะต้องมีความชำนาญ ใช้ระยะเวลาานานกว่าจะรู้ผล และเป็นการตรวจเฉพาะปากมดลูกภายนอกเท่านั้น ในระยะหลายปีที่ผ่านมา มีรายงานมากมายที่ประเมินประสิทธิภาพของการตรวจด้วยวิธีนี้และพบว่าความไว (Sensitivity) ค่อนข้างต่ำ แต่มีความจำเพาะ (Specificity) สูง (Fahey, 1995 : 680)

2. การตรวจคัดกรองด้วยวิธี VIA (Visual Inspection with Acetic Acid)

เป็นการตรวจโดยใช้ยา Acetic acid เจือจางร้อยละ 3 - 5 ขโลงบนปากมดลูก แล้วสังเกตดูการเปลี่ยนแปลงของสีเยื่อปากมดลูกหลังจาก 1 นาที ภายใต้แสงไฟที่ส่องสว่าง ซึ่งการตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA สามารถรู้ผลได้ทันที แต่ข้อจำกัดของการตรวจวิธี VIA คือ ไม่สามารถประเมินความผิดปกติ หรือรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูก (Endocervical Canal) ได้ วิธี VIA มีความไว (Sensitivity) พอ ๆ กัน กับวิธีแปปสเมียร์ แต่มีความจำเพาะ (Specificity) ที่ดีกว่าวิธีแปปสเมียร์ (Sankaranarayanan, 2004 : 907)

3. การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV DNA Testing

เป็นเทคนิคทางด้านชีวโมเลกุลเพื่อตรวจหาตัวเชื้อ HPV สายพันธุ์ก่อมะเร็งบริเวณปากมดลูกและผนังช่องคลอด แพทย์จะเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วยอุปกรณ์เฉพาะ จากนั้นใส่ลงในขวดน้ำยา นำเข้าเครื่องตรวจซึ่งเป็นแบบอัตโนมัติ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงครึ่ง ก็สามารถทราบผลได้ โดยวิธี HPV DNA Testing มีความไวทางคลินิก (clinical sensitivity) ในการตรวจหาโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกสูง ถึงร้อยละ 95 - 100 (Clavel, 2001 : 1616; [Petry, 2003 : 1570](#)) และมีคุณค่าในการทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) สำหรับรอยโรค CIN 2, 3 สูงถึงร้อยละ 99 - 100 โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยา

การเลือกวิธีการตรวจคัดกรอง ให้เลือกตามความเหมาะสมของทรัพยากรที่มีอยู่ของประเทศ หรือของสถานพยาบาลนั้น ๆ เพื่อให้มีประสิทธิภาพและเกิดความคุ้มค่า

โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขกับการดูแลสุขภาพประชาชน

กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และบริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ออนไลน์, 2558) รวมไปถึงการตอบสนองต่อสถานการณ์และพลวัตของโลกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข จึงจำเป็นและมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้ทันต่อปัญหาสถานการณ์และความเหมาะสมครอบคลุมพื้นที่ของประเทศ ตามพระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 หมวด 19 มาตรา 42 ได้ระบุว่า กระทรวงสาธารณสุข มีอำนาจหน้าที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัยการฟื้นฟูสมรรถภาพของประชาชนและราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข สำหรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดแบ่งส่วนราชการ ดังต่อไปนี้คือ สำนักงานรัฐมนตรี สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยหน่วยงาน 10 หน่วยงานข้างต้น เป็นระบบการบริหารราชการแบบส่วนกลาง ซึ่งอาจมีส่วนราชการระดับสถาบัน ศูนย์วิจัย สำนัก กองตั้งกระจายในบางจังหวัด เพื่อความคล่องตัวในการบริหารแก้ปัญหาเฉพาะที่และทันต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข ยังมีส่วนราชการส่วนภูมิภาคที่จัดตั้งขึ้นมา เพื่อรับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, ออนไลน์, 2551) คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ทั้งนี้ยังมีหน่วยงานอื่น ๆ ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่มีลักษณะเป็นหน่วยงานในกำกับองค์กรมหาชน รัฐวิสาหกิจ หน่วยงานอิสระที่ไม่ใช้รูปแบบหน่วยงานของรัฐ เช่น องค์การเภสัช-

กรรม สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันบริการสุขภาพ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ, ออนไลน์, 2550)

แผนภาพที่ 2 - 6 โครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขและสายการบังคับบัญชา



การจัดโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สามารถบริหารงานได้สะดวกรวดเร็วและตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพประชาชน สามารถแบ่งได้ 3 กลุ่มภารกิจ และ 1 สำนักงาน คือ กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ละส่วนราชการยังมีหน่วยงานภายในสังกัด และรับผิดชอบงานตามยุทธศาสตร์ แผนงาน ตัวชี้วัดที่ได้รับมอบหมาย (กระทรวงสาธารณสุข, ออนไลน์, 2556) การแบ่งส่วนราชการและหน่วยงานในรูปแบบดังกล่าว เพื่อดูแลสุขภาพประชาชนให้ทั่วถึงและครอบคลุมปัญหา ลดช่องว่าง และเวลาในการบริหารจัดการ ระดับบังคับบัญชาสูงสุดของข้าราชการพลเรือนในกระทรวง

สาธารณสุข คือ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่อาจแต่งตั้ง มอบหมายงานให้รองปลัดกระทรวงช่วยบริหารราชการและดูแลงานกลุ่มภารกิจ ผ่านอธิบดี รองอธิบดี ผู้อำนวยการสถาบัน สำนัก ศูนย์ ต่างๆ ตามสายการบังคับบัญชาการ และข้าราชการทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคที่ได้บรรจุและแต่งตั้งให้ไปประจำในเขตจังหวัดต่าง ๆ ตามหลักการแบ่งอำนาจจากส่วนกลางเพื่อให้มีความคล่องตัวมากขึ้น (สถาบันพระปกเกล้า, ออนไลน์, 2552) นอกจากนี้การบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุข ยังมีหน่วยงานอื่นที่อยู่ในรูปของหน่วยงานอิสระเป็นองค์กรของรัฐที่มีใช้ส่วนราชการ ที่ช่วยนิเทศงาน คอยกำกับ ควบคุมดูแล ประเมิน แนะนำ สนับสนุนการดูแลประชาชนให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่สามารถแสดงผลสัมฤทธิ์มากขึ้น เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เป็นต้น ดังนั้น สามารถแบ่งส่วนราชการและบริหารงานกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

1. กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์

กลุ่มภารกิจด้านการพัฒนาการแพทย์ มีหน่วยงาน 3 ส่วนราชการ มีหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพประชาชน ตามยุทธศาสตร์ ดังนี้

1.1 กรมการแพทย์ มียุทธศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติ (กรมการแพทย์, ออนไลน์, 2553) ดังนี้

1.1.1 พัฒนาสถาบันกรมการแพทย์สู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ (Center of Excellence/National Institutes) เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ กำหนดและพัฒนาคุณภาพมาตรฐานในการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์เฉพาะทาง

1.1.2 สร้างความเข้มแข็งและเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อยกระดับสถานบริการสุขภาพให้มีศักยภาพด้านบริหารจัดการ บริการและวิชาการ รวมทั้งเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับเหตุฉุกเฉินและภัยพิบัติต่างๆ

1.1.3 ดำเนินการแก้ไขปัญหาบริการด้านการแพทย์ที่สำคัญตามบริบทของกรมการแพทย์ให้

1.1.4 เป็นองค์กรสุขภาพระดับชาติด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติด

1.1.5 สร้างความร่วมมือทั้งด้านวิชาการและบริการทางการแพทย์ร่วมกับประชาคมอาเซียน และสุขภาพโลก

1.1.6 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เกิดธรรมาภิบาลและประสิทธิภาพสูงสุด

1.2 กรมสุขภาพจิต มียุทธศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, ออนไลน์, 2558)

1.2.1 พัฒนาสุขภาพจิตตามกลุ่มวัย

1.2.2 สนับสนุนและพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต

1.2.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานสากลและมีธรรมาภิบาล

1.2.4 พัฒนาความเป็นเลิศทางการบริการและวิชาการด้านสุขภาพจิต

1.3 กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมียุทธศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติ ดังนี้ (กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก, ออนไลน์, 2555)

1.3.1 พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย (TTM. Service Plan)

1.3.2 พัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

1.3.3 ส่งเสริมสร้างศักยภาพ Thai Traditional Medical Hub (Herbal Production)

1.3.4 พัฒนาการศึกษาศึกษาและการแพทย์แผนไทย (Academic Hub)

1.3.5 พัฒนาระบบและกลไกการคุ้มครองภูมิปัญญาไทย (Herbal and Thai Wisdom Protection and Promotion)

2. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข

กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข มีหน่วยงาน 2 ส่วนราชการ มีหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพประชาชน ตามยุทธศาสตร์ ของหน่วยงาน ดังนี้

2.1 กรมอนามัย มียุทธศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติ (กรมอนามัย, ออนไลน์, 2556) คือ ลดปัจจัยเสี่ยง สร้างปัจจัยเอื้อด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและมีประเด็นยุทธศาสตร์ย่อย ดังนี้

- 2.1.1 พัฒนอนามัยแม่และเด็ก
- 2.1.2 พัฒนาสุขภาพวัยรุ่นและวัยเจริญพันธุ์
- 2.1.3 แก้ปัญหาโรคอ้วนและส่งเสริมโภชนาการคนไทย
- 2.1.4 พัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.1.5 พัฒนอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 2.1.6 พัฒนาความปลอดภัยด้านอาหารและน้ำ
- 2.1.7 พัฒนาระบบและกลไกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ

2.2 กรมควบคุมโรค

เพื่อให้การดำเนินงานของกรมควบคุมโรคบรรลุวิสัยทัศน์และเป็นไปในทิศทางที่กำหนด กรมควบคุมโรค ได้กำหนดยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกัน 6 ยุทธศาสตร์ (กรมควบคุมโรค, ออนไลน์, 2554) คือ

2.2.1 การพัฒนาและร่วมมือกับเครือข่ายภาคีภายในประเทศและนานาชาติรวมทั้งสนับสนุนพื้นที่ในการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.2.2 การพัฒนาเป็นศูนย์กลางนโยบายมาตรการรณรงค์ข้อมูลอ้างอิงและมาตรฐานวิชาการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของชาติที่ได้มาตรฐานสากลและเป็นที่ยอมรับ

2.2.3 การสื่อสารสาธารณะและประชาสัมพันธ์อย่างทั่วถึงและได้ผลเพื่อป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

2.2.4 การเตรียมความพร้อมและดำเนินการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติอย่างรวดเร็วตามความต้องการของพื้นที่และได้มาตรฐานสากล

2.2.5 การติดตามและประเมินผลภาพรวมของการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศตามมาตรฐานสากล

2.2.6 การพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการองค์กรและบุคลากรให้มีขีดสมรรถนะสูงได้มาตรฐานสากล

3. กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข

กลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบงานดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อให้การบริหารงานมีความคล่องตัวและประสบผลสำเร็จจึงมีหน่วยงานทั้งหมด 3 หน่วยงานที่สอดคล้องกัน คือ

3.1 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

มีหน้าที่หลักส่งเสริม สนับสนุน ควบคุม กำกับ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้เป็นไปตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง สนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพมีคุณภาพมาตรฐานพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายและท้องถิ่นในการดำเนินงานสาธารณสุข พัฒนาระบบบริหารสุขภาพและระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมทั้งดำเนินการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีแก่

องค์กรภาครัฐองค์กรภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชนมียุทธศาสตร์ที่ต้องปฏิบัติ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ออนไลน์, 2556) คือ

- 3.1.1 ค้ำครองผู้บริโภครด้านบริการสุขภาพ
- 3.1.2 เสริมสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
- 3.1.3 เสริมสร้างศักยภาพและพัฒนาเครือข่าย
- 3.1.4 พัฒนาขีดสมรรถนะด้านการบริหารจัดการองค์กรและบุคลากร
- 3.2 กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

การที่จะสามารถดูแลสุขภาพประชาชนให้ได้ประสพผลสำเร็จนั้น กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์จึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, ออนไลน์, 2557) มีดังนี้

- 3.2.1 พัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการอ้างอิงและเครือข่ายให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน และทั่วถึง
- 3.2.2 เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพในการดำเนินการประเมินความเสี่ยงด้านภัยสุขภาพและการสื่อสารความเสี่ยงด้านภัยสุขภาพ
- 3.2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งในการวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ส่งผลกระทบต่อภัยสุขภาพที่สำคัญ
- 3.2.4 ขับเคลื่อนกลไกในการปฏิบัติงานให้มีผลบังคับใช้อย่างจริงจังและต่อเนื่อง
- 3.2.5 พัฒนาศักยภาพในการตรวจวิเคราะห์สารเสพติด

3.3 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, ออนไลน์, 2557)

มีหน้าที่กำกับ ดูแล ส่งเสริมให้มีการนำเสนอผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัย ส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีความรู้ ความเข้าใจ และมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ประกอบการได้รับโอกาสทางการแข่งขันมากขึ้น เพื่อเป็นการส่งเสริมการเพิ่มมูลค่าทางเศรษฐกิจของประเทศ และพัฒนาการบริหารจัดการองค์กรสู่ความเป็นเลิศ โดยได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ดังนี้

- 3.3.1 พัฒนาระบบการควบคุม กำกับดูแลผลิตภัณฑ์สุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ทัดเทียมระดับสากล
- 3.3.2 พัฒนาผู้บริโภคให้มีศักยภาพ เพื่อการพึ่งพาตนเองได้ ในการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- 3.3.3 ควบคุมตัวยาและสารตั้งต้นที่เป็นวัตถุเสพติด
- 3.3.4 พัฒนาองค์กรสู่ความเป็นเลิศ (High Performance Organization: HPO)

4. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงานในสังกัด คือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เป็นหน่วยงานที่ตั้งอยู่ส่วนภูมิภาค มีหน้าที่นำนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผนงาน ไปปฏิบัติงานและสอดประสานกัน ทั้งจากหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่น เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น โดยมีเป้าหมายที่ประชาชนได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อ

แก้ไขปัญหาสภาพที่สำคัญของพื้นที่มีการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มุ่งเน้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสร้างระบบงานคุ้มครองผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค ส่งเสริมให้สถานบริการสุขภาพผ่านการรับรองคุณภาพและมีศักยภาพในการให้บริการตามมาตรฐาน Service Plan ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการดูแลสุขภาพประชาชนที่ดีและมีประสิทธิภาพที่สุด นอกจากนี้สามารถให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนโดยใช้การแพทย์ทางเลือก หรือแพทย์แผนไทย ลดความแออัดของผู้มาใช้บริการสถานบริการในระดับ Secondary Care ลง และมีการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, ออนไลน์, 2558)

4.2 โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชนในส่วนภูมิภาคให้บริการรักษา ดูแลในระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ/ตติยภูมิ ครอบคลุมทุกสาขา หรือสาขาที่มีความจำเป็นและสำคัญ เช่น สาขาอุบัติเหตุ สาขามะเร็ง สาขาหัวใจ และสาขาทารกแรกเกิดเป็นหน่วยรับส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการรักษา ดูแลขั้นสูงกว่าโรงพยาบาลชุมชน เน้นการจัดระบบบริหารจัดการรักษาดูแลสุขภาพประชาชนที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นหน่วยงานร่วมผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ (โรงพยาบาลขอนแก่น, ออนไลน์, 2558 ; โรงพยาบาลพุทธชินราช, ออนไลน์, 2558)

4.3 โรงพยาบาลชุมชน

รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชนในระดับเขตอำเภอ กิ่งอำเภอ ให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษา และฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเขตและนอกเขตให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมไปถึงบริการดูแลรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย คอยดูแลประสานงานกับสถานบริการเครือข่ายบริการสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมพวง, ออนไลน์, 2557 ; โรงพยาบาลวัดสิงห์, ออนไลน์, 2557)

4.4 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

หน้าที่และภารกิจในการดูแลประชาชน การรับส่งข้อมูลงานระบาด เก็บรวบรวมข้อมูลให้บริการ 18 แฟ้ม ระบบเฝ้าระวังโรคระบาด การระบาดของโรค การควบคุมสถานการณ์ในเขตอำเภอที่รับผิดชอบและมีภารกิจที่สำคัญ ดังนี้ คือ

4.4.1 ประสานนโยบายสุขภาพในระดับอำเภอให้สอดคล้องกับนโยบายระดับจังหวัดและเชื่อมโยงการปฏิบัติงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอ องค์การปกครองท้องถิ่น

4.4.2 บังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง

4.4.3 คุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

4.4.4 ส่งเสริม พัฒนาความเข้มแข็งของชุมชน ร่วมมือกับประชาคมท้องถิ่นในการพัฒนาสุขภาพและบริการทางวิชาการ

4.4.5 ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพของเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพระดับอำเภอตำบล

4.4.6 สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และร่วมดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในชุมชนกับภาคีในพื้นที่

4.5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มีหน้าที่และขอบเขตการทำงาน ในการบริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัจจัย

เสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งในระดับบุคคลครอบครัว ชุมชนและสังคม ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยมีจุดเน้นดังนี้ (สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ออนไลน์, 2557)

4.5.1 ดำเนินการเชิงรุก โดยมุ่งเข้าหาประชาชนและชุมชนเพื่อการสร้างสุขภาพเป็นหลัก รวมทั้งมุ่งจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพ เช่น การดูแลร่างกายภาพบำบัดที่บ้านผู้ป่วย เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ลดภาระของครอบครัว การเยี่ยมบ้านสำรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง) เพื่อการป้องกันโรคแทรกซ้อน การสำรวจหญิงมีครรภ์ เพื่อให้มาฝากครรภ์ให้ครบก่อนคลอดเป็นการป้องกันทารกขาดธาตุเหล็กและสารไอโอดีนร่วมกับ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ดูแลพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับชุมชนรณรงค์ป้องกันไข้เลือดออก เป็นต้น

4.5.2 มีความเชื่อมโยงระบบบริการโดยที่สามารถปรึกษาแพทย์ในโรงพยาบาลพี่เลี้ยงหรือส่งต่อผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ทั้งนี้อาจมีบริการเตียงนอนเพื่อสังเกตอาการโดยไม่รับ ผู้ป่วยไว้นอนค้างคืนและหากมีกรณีฉุกเฉินก็สามารถประสานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการออกไปรับผู้ป่วยและให้การปฐมพยาบาลก่อนส่งต่อ

4.5.3 ชุมชนมีส่วนร่วม โดยมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในการดำเนินงานของประชาชน ชุมชนและองค์กรปกครองท้องถิ่นให้สามารถร่วมกันดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวและชุมชน อย่างยั่งยืน

จากการแบ่งส่วนราชการทั้งในรูปแบบส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค นั้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุข มีความคล่องตัวในการบริหารงาน สั่งการ ตามสายการบังคับบัญชา ตอบสนองต่อการดูแลสุขภาพของประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ เพราะมีหน่วยงานที่จัดตั้งขึ้นทั้งในส่วนกลาง ระดับภูมิภาค เขต จังหวัดต่าง อำเภ และเล็กสุดจนถึงระดับเขตตำบล ที่รับผิดชอบงานตามหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน สามารถ นำนโยบายที่ได้รับมอบหมายมาจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ในการแก้ปัญหาของประเทศ ภูมิภาค จังหวัด อำเภอและชุมชน รับทราบปัญหาของแต่ละพื้นที่ ทั้งในเรื่องของการส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม โรค และสุขภาพอนามัยของประชาชนได้

5. การแบ่งเขตสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำนโยบาย “เขตสุขภาพ” เป็นนโยบายเร่งด่วนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อกระจายอำนาจการบริหารจัดการจากส่วนกลางไปสู่ส่วนภูมิภาคในรูปแบบของเขตสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 12 เขต แต่ละเขตครอบคลุม 4 – 8 จังหวัด (ประชากร 3 – 6 ล้านคน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ 2) สร้างความเท่าเทียมในการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพ 3) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ 4) สร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน

เขตสุขภาพ (Regional Health) ในชั้นของนโยบายจะมีการกระจายอำนาจในการบริหารจัดการลงไปในระดับพื้นที่ โดยแบ่งเขตสุขภาพออกเป็น 12 เขต ตามเขตตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรี ดังนี้

เขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ เชียงราย เชียงใหม่ น่าน พะเยา แพร่ ลำพูน

แม่ฮ่องสอน ลำปาง

เขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย อุตรดิตถ์

เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ อุทัยธานี

เขตสุขภาพที่ 4 ได้แก่ นครนายก , นนทบุรี , ปทุมธานี , สระบุรี,

พระนครศรีอยุธยา , ลพบุรี , สิงห์บุรี , อ่างทอง

เขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ กาญจนบุรี , นครปฐม , เพชรบุรี , ราชบุรี

ประจวบคีรีขันธ์, สมุทรสงคราม , สมุทรสาคร ,

สุพรรณบุรี

เขตสุขภาพที่ 6 ได้แก่ จันทบุรี , ฉะเชิงเทรา , ชลบุรี , ตราด , ปราจีนบุรี , ระยอง , สระแก้ว , สมุทรปราการ

เขตสุขภาพที่ 7 ได้แก่ กาฬสินธุ์ , ขอนแก่น , มหาสารคาม , ร้อยเอ็ด

เขตสุขภาพที่ 8 ได้แก่ นครพนม , บึงกาฬ , เลย , สกลนคร , หนองคาย
หนองบัวลำภู , อุดรธานี

เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ ชัยภูมิ , นครราชสีมา , บุรีรัมย์ , สุรินทร์

เขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ มุกดาหาร , ยโสธร , ศรีสะเกษ , อุบลราชธานี ,
อำนาจเจริญ

เขตสุขภาพที่ 11 ได้แก่ กระบี่ , ชุมพร , นครศรีธรรมราช , พังงา ,
ภูเก็ต , ระนอง , สุราษฎร์ธานี

เขตสุขภาพที่ 12 ได้แก่ ตรัง , นราธิวาส , ปัตตานี , พัทลุง , ยะลา , สงขลา
สตูล

แผนภาพที่ 2 - 7 แสดงแผนที่การแบ่งเขตสุขภาพ



6. การแบ่งส่วนราชการกระทรวงสาธารณสุขตามระบบการส่งต่อและแผนการ

รักษา

การจัดระบบบริการสุขภาพของประชาชน ในปัจจุบันรัฐบาลได้พยายามจัดรูปแบบการบริการ ให้สัมพันธ์กับระดับความต้องการของประชาชนในแต่ละระดับพื้นที่ เช่น ในระดับชุมชนตำบล อำเภอ และจังหวัด โดยผู้ให้บริการจะคำนึงถึงสภาพปัญหาที่สำคัญทางด้านสุขภาพและมุ่งเน้นที่จะป้องกันหรือดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสามารถสรุปโครงสร้างตามรูปแบบการบริการและบริหารงานได้ ดังนี้

6.1 โครงสร้างระบบบริการสุขภาพมีองค์ประกอบที่สำคัญประกอบด้วย บริการปฐมภูมิ บริการทุติยภูมิบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทางและระบบส่งต่อ

6.1.1 การบริการปฐมภูมิ (Primary Care)

เป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและชุมชนมากที่สุด จึงเน้นที่ความครอบคลุม มีการบริการผสมผสาน ทั้งในด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ สถานีอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล ศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เป็นต้น

6.1.2 การบริการทุติยภูมิ (Secondary Care)

เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในระดับที่สูงขึ้น เน้นการบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยากซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชนในระดับอำเภอ โรงพยาบาลทั่วไปในระดับจังหวัด และโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงกลาโหมและมหาวิทยาลัย

6.1.3 การบริการตติยภูมิและศูนย์การแพทย์เฉพาะทาง (Tertiary Care and Excellent Center)

เป็นการบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูง มีความสลับซับซ้อนมาก มีบุคลากรทางการแพทย์ในสาขาเฉพาะทางสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ สถาบันเฉพาะทางต่าง ๆ หรือสังกัดมหาวิทยาลัย เช่น โรงพยาบาลในโรงเรียนแพทย์

6.1.4 ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ

นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อความสะดวกและรวดเร็ว

6.2 การจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านไทยและแพทย์ทางเลือก

เป็นระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ของประเทศไทย โดยการผสมผสานทั้งการแพทย์กระแสหลัก คือ การแพทย์ตะวันตกกับองค์ความรู้ท้องถิ่น ได้แก่ การบริการแพทย์แผนไทยแพทย์พื้นบ้านไทยและแพทย์ทางเลือก สำหรับการบริการและให้การดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน

6.3 การสร้างระบบสาธารณสุขมูลฐาน

เป็นการดูแลสุขภาพที่จำเป็น ซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึง สำหรับทุกคนทุกครอบครัวและในทุกชุมชน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้น จากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบล และหมู่บ้าน ผสมผสานทางด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการมีใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นและเทคโนโลยีที่เหมาะสม โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานและดำเนินการ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, ออนไลน์, 2558)

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

การเข้าถึงหลักประกันสุขภาพและการรักษาทางการแพทย์นั้น นับมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งสำหรับประชาชนผู้อยู่ภายในรัฐ ซึ่งรัฐจำเป็นต้องจัดบริการนั้นให้กับประชาชนตามหลักพื้นฐานที่รัฐควรจะมีให้กับประชาชนผู้อยู่ใต้การปกครอง สถานะสุขภาพของประชาชนหากเกิดเจ็บป่วยขึ้น ทั้งจากโรคติดเชื้อ โรคไร้เชื้อ นับว่าเป็นปัญหาที่กระทบต่อการดำรงชีวิตของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง เพื่อไม่ให้มีผลเสียทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจต่อบุคคล ครอบครัวและสังคมโดยรวม ดังนั้น การป้องกัน ส่งเสริม รักษาฟื้นฟูให้สามารถกลับมาเป็นปกติ เป็นสิ่งที่รัฐต้องปฏิบัติโดยจัดให้มีระบบประกันสุขภาพที่เพียงพอเหมาะสม และนอกจากนี้ รัฐยังต้องควบคุมดูแลจัดการให้มีระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ครอบคลุมกับประชาชนทุกกลุ่ม ทุกประเภท โดยไม่เลือกชนชั้น ฐานะ อาชีพ นับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การเข้าถึงรักษาสุขภาพจึงเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน (สำนักบริหารงานสนับสนุนงานอัยการสูงสุด, ออนไลน์, 2550) ดังนั้น มาตรฐาน และคุณภาพการรักษา ย่อมต้องเท่าเทียมกันทุกคน ไม่ว่ารวยหรือจนและเข้าถึงการรักษาให้สามารถคงคุณภาพชีวิตที่ดีโดยรัฐมีหน้าที่พัฒนาระบบและหางบประมาณจากการนำเงินภาษีทั้งทางตรงและทางอ้อมเข้ามาบริหารจัดการเพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงสิทธิอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (สำนักงานประกันสังคม, ออนไลน์, 2557)

ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย มีวิวัฒนาการที่ยาวนาน ตั้งแต่ พ.ศ. 2488 โดยรัฐได้ยกเลิกการเก็บค่าบริการในสถานพยาบาลของรัฐกับคนยากจน โดยโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชนบางแห่งได้จัดงบประมาณไว้สำหรับช่วยจ่ายค่าบริการให้กับประชาชนที่ยากจนเหล่านั้น ซึ่งได้พิจารณาแล้วว่าไม่สามารถจ่ายค่าบริการได้ และขณะเดียวกัน ก็เก็บค่ารักษาพยาบาลกับผู้ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐที่สามารถจ่ายค่ารักษาและบริการได้ ต่อมา กระทรวงการคลังได้ออกระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยเงินเงินทำขวัญข้าราชการและลูกจ้าง พ.ศ. 2516 เพื่อช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลให้กับข้าราชการและลูกจ้างที่ได้ออกปฏิบัติหน้าที่แล้วมีเหตุให้เจ็บป่วยขึ้น (ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร, ออนไลน์, 2557) ในปี พ.ศ. 2523 ได้มีประกาศพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2523 เป็นกฎหมายที่ออกมาเพื่อเป็นสวัสดิการให้กับข้าราชการในการรักษาพยาบาล รวมไปถึงครอบครัวของข้าราชการด้วยที่ได้รับสิทธินี้ (สำนักงานอธิการบดีมหาวิทยาลัยศิลปากร, ออนไลน์, 2556)

การเกิดขึ้นของสวัสดิการของข้าราชการและครอบครัวนี้เอง ที่ทำให้ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นและเปลี่ยนแปลงที่เป็นรูปธรรมและมีกฎหมายรับรองในการประกันสุขภาพของข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ปี พ.ศ. 2510 ได้มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการประกันชีวิตและประกันวินาศภัยขึ้น เป็นกฎหมายที่สนับสนุนให้มีการเจริญเติบโตของธุรกิจของเอกชนและจำนวนของกรมธรรม์มีมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการจัดตั้งหน่วยงานขึ้นมาดูแลงานด้านการประกันภัย คือ สำนักงานประกันภัย (สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย, ออนไลน์, 2556) ขณะที่ภาคของผู้ใช้แรงงาน กรรมกร พนักงาน ลูกจ้างทั้งในสถานประกอบการโรงงาน บริษัท ห้างร้าน และอื่น ก็ได้มีการเรียกร้องให้รัฐจัดทำร่างพระราชบัญญัติที่มีผลในการคุ้มครองสิทธิการรักษาการเข้าถึงสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนด้วยเช่นกัน จนในปี พ.ศ. 2533 ได้มีประกาศพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 เกิดขึ้นและมีผลในการคุ้มครองสิทธิด้านการรักษาเข้าถึงสถานพยาบาลอย่างเป็นรูปธรรม ต่อมาได้มีประกาศพระราชบัญญัติเงินทดแทนปี พ.ศ. 2537 เป็นกฎหมายที่บังคับใช้โดยให้ผู้ที่ทำงานที่ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ของรัฐได้รับเงินทดแทนในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยจากการปฏิบัติงาน หรือเป็นผลต่อเนื่องมาจากการปฏิบัติงาน รวมไปถึงการพิการ หรือทุพพลภาพ หน่วยงานที่ทำหน้าที่บริหารงานคือ สำนักงานประกันสังคม (สำนักงานประกันสังคม, ออนไลน์, 2556)

สำหรับการช่วยเหลือประชาชนทั่วไป สำหรับผู้มีรายได้น้อย ได้มีการพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2521 รัฐได้ประกาศระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการสงเคราะห์ประชาชนผู้มีรายได้น้อย เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กำหนดให้ผู้มีรายได้น้อยกว่า 1,500 บาทต่อเดือน หรือน้อยกว่า 2,000 บาทต่อเดือน สามารถเข้ารับบริการกับโรงพยาบาลในพื้นที่ที่ตนเองสังกัดอยู่ให้สามารถเข้าถึงการรักษาได้ หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2544 รัฐได้กำหนดนโยบายให้ทดลองโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค นำร่องในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ สมุทรสาคร ยโสธร นครสวรรค์ ยะลา พะเยา และ ปทุมธานี และขยายโครงการให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ของ ประเทศในปี พ.ศ. 2545 และได้มีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 เกิดขึ้น ประชาชนผู้มารับบริการที่สถานพยาบาลต้นสังกัดจะต้องจ่ายค่าบริการให้สถานบริการครั้งละ 30 บาท สำหรับการมารับ บริการแต่ละครั้ง (สภากาชาดไทย, 2556) ปัจจุบันได้มีการยกเลิกการจ่ายเงินค่าบริการให้กับสถานพยาบาล แล้ว และได้เปลี่ยนชื่อโครงการเป็น โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมีสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) หน่วยงานในภายใต้กำกับกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้บริหารจัดการดูแลสุขภาพประชาชน และ สปสช. ได้กำหนดวิสัยทัศน์ขององค์กรไว้ว่าจะต้องมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ประชาชนเข้าถึง ด้วย ความมั่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ออนไลน์, 2557)

เมื่อศึกษารายละเอียดของที่มาของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่า มีต้นกำเนิดแตกต่างกัน แต่มี วัตถุประสงค์ที่เหมือนหรือคล้ายคลึงกัน คือ เพื่อให้ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง แรงงานและประชาชนชนทุก ภาคส่วนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพของรัฐอย่างทั่วถึง ตามสิทธิและประเภทบริการที่ตนเองสังกัด อยู่ ดังนั้น เราสามารถแบ่งการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของรัฐได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้คือ

1. หลักประกันสุขภาพโดยรัฐ

เป็นการเข้าถึงบริการสถานพยาบาลของประชาชนทั่วไป ตาม พรบ. หลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ พ.ศ. 2545 จัดขึ้น เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้อย่างทั่วถึง โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือเสีย เท่าที่จำเป็น สิทธิที่จะได้รับรอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้อง สามีญ ค่าคลอดบุตร ผู้ให้บริการ คือ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญาและสถานพยาบาลในเครือข่าย โดย จ่ายเงินเหมาจ่ายเป็นรายหัวให้กับสถานพยาบาลที่ร่วมเป็นสัญญาในการให้บริการทั้งสถานพยาบาลของรัฐและ เอกชน

2. หลักประกันสุขภาพภาคบังคับ

เป็นรูปแบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่รัฐออกกฎหมายมารองรับและมีผลบังคับให้ผู้ใ้ แรงงาน พนักงาน ลูกจ้าง ในสถานประกอบการ มารองรับประชาชนในกลุ่มนี้ โดยแต่ละกลุ่มต้องจ่ายเงินเข้า กองทุนสมทบ เพื่อสะสมเป็นเงินกองทุนประกันสังคม คือ จากรัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง จ่ายเงินฝ่ายละเท่ากัน คือร้อยละ 1.5 ของเงินเดือนทุกเดือน หน่วยงานที่ร่วมโครงการมีโรงพยาบาลรัฐและเอกชนคู่สัญญา และ สถานพยาบาลในเครือข่ายการจ่ายเงินจะเหมาจ่ายรายหัวรวมสำหรับบริการผู้ป่วยนอกและใน และจ่ายเพิ่มเป็น รายกรณีสิทธิที่ได้รับรอบด้านทั้งบริการผู้ป่วยนอก/ใน ทันตกรรม ค่ายาเวชภัณฑ์ ค่าอาหารและห้องสามีญ ขดเซยกรณีคลอดบุตร ตาย พิการ หลักประกันสุขภาพภาคบังคับมี 2 ประเภท คือ

2.1 กองทุนประกันสังคม

โดยลูกจ้างจะได้รับความคุ้มครอง ทั้งในเรื่องการประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยทุพพล ภาพ และตาย ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานและไม่เนื่องจากการทำงาน รวมไปถึงการคลอดบุตรสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และการว่างงานเฉกเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ

2.2 กองทุนเงินทดแทน

จะช่วยเหลือลูกจ้าง พนักงาน กรณีที่ได้รับผลกระทบจากการทำงาน เช่น กรณีประสบอันตรายหรือเป็นโรคจากการทำงาน กรณีทุพพลภาพเนื่องจากการทำงาน กรณีตายหรือสูญหายจากการทำงาน

3. หลักประกันสุขภาพโดยสมัครใจ

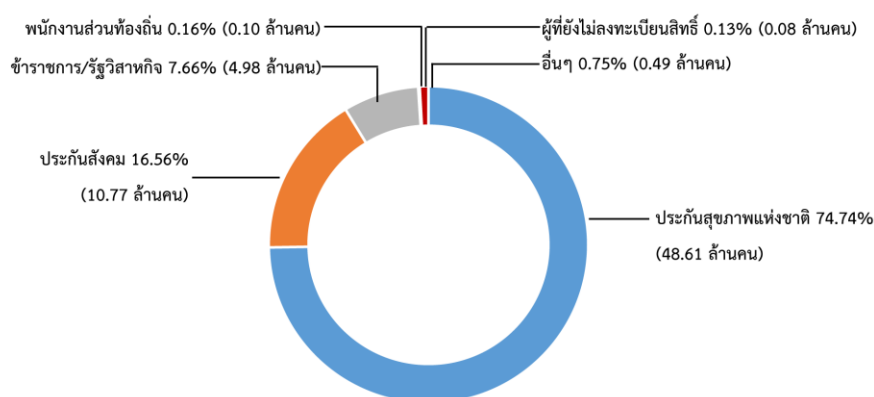
เป็นหลักประกันสุขภาพที่จัดขึ้นโดยเอกชนที่บริษัทประกันเอกชน ได้ออกแบบแผนประกันสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ตามที่ประชาชนผู้สนใจได้ซื้อประกันเพื่อรับผลตอบแทน โดยที่ประชาชนจะต้องชำระเบี้ยประกันเป็นงวด เหม่าจ่ายหรือแล้วแต่ที่ระบุไว้ในสัญญาประกันสุขภาพ นอกจากนี้ประชาชนอาจซื้อประกันชีวิตเพิ่มเติมอีกพร้อมกันได้ ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามแต่ละบริษัทที่กำหนดไว้

4. สถิติการการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ

เป็นการเข้าการรับบริการในสถานพยาบาลของ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานรัฐวิสาหกิจ พนักงานส่วนท้องถิ่น ข้าราชการองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคคลในครอบครัวของผู้มีสิทธิในกลุ่มนี้ หมายรวมถึง พ่อ แม่ คู่สมรส และบุตร ตามที่กฎหมายระบุไว้ โดยได้รับจัดสรรจากเงินงบประมาณ และกรมบัญชีกลางจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทันตกรรม และการตรวจสุขภาพประจำปีทุกกรณี รวมไปถึงการให้สิทธิเบิกค่าพาหนะ/ย้ายสถานพยาบาล และห้องพิเศษ ตลอดจนให้สิทธิครอบคลุมไปถึงบุคคลในครอบครัวด้วย ซึ่งแต่ละแห่งจะมีความแตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ดี เน้นให้ใช้สถานพยาบาลรัฐเป็นหลัก ใช้ รพ.เอกชนได้ กรณีฉุกเฉินแบบผู้ป่วยในและกรณีฉุกเฉิน

รายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี พ.ศ. 2556 จากประชาชน 65.04 ล้านคน มีประชาชนเข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพตามสิทธิ แยกเป็นประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ พนักงานส่วนท้องถิ่น ผู้ที่ยังไม่ลงทะเบียนสิทธิ และ อื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 74.74 (48.61 ล้านคน) 16.77 (10.77 ล้านคน) 7.66 (4.98 ล้าน) 0.16 (0.10 ล้านคน) 0.13 (0.08 ล้านคน) และ 0.75 (0.49 ล้านคน) ตามลำดับ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, ออนไลน์, 2557)

แผนภาพที่ 2 - 8 สัดส่วนประชาชนไทยตามสิทธิประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2556



ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

นอกจากการเข้าถึงสิทธิการรักษาแล้ว ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังมิได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้สำหรับการป้องกันโรค คัดกรองโรค ให้กับกลุ่มคนทุกภาคส่วนจัดสรรให้กระจาย ลงสู่พื้นที่ และสถานบริการพยาบาล ส่งเสริมการป้องกันครอบคลุมตั้งแต่ด้านอนามัยพื้นฐาน เช่น การอนามัยมารดา การฝากครรภ์ ตรวจคัดกรองธาลัสซีเมีย ตรวจคัดกรองโลหิตจาง เอชไอวี งานอนามัยแม่และเด็ก ด้านทันตกรรม การให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งเต้านม เป็นต้น สามารถค้นหาผู้ป่วยได้เร็วขึ้น ลดระยะของโรคได้ สามารถส่งต่อการรักษาได้เร็วขึ้น

สรุป การจัดระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการของประชาชน นับมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ประชาชนทุกภาคส่วนควรที่จะสามารถเข้าถึงสิทธิการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลได้อย่างเสมอภาคและมีความเท่าเทียมกันอย่างทั่วถึง การบริการทางสาธารณสุขของรัฐ ต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจะลดอุปสรรคทางการเงินเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่จะต้องจ่ายทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ งบประมาณด้านการดูแล การรักษา การฟื้นฟู ย่อมต้องมีเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุมักเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว ระบบประกันสุขภาพที่ดีต้องสามารถรองรับภาระด้านงบประมาณที่เพิ่มมากขึ้นได้ และแก้ปัญหาในอนาคตที่จะเกิดขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ

1. ประชาสัมพันธ์โครงการ

- 1.1 ผลิตสื่อโครงการผ่านสื่อ วิทยุ และ โทรทัศน์
- 1.2 ผลิตสื่อแผ่นพับ เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก
- 1.3 จัดทำคู่มือ/แนวทาง การตรวจคัดกรองโดยวิธีการ Pap Smear แนวทางการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสื่อการสอนสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข

2. การจัดประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการ

- 2.1 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบแนวทางการดำเนินโครงการ และชี้แจงเรื่องข้อมูลและการรายงานผล แก่ผู้บริหารและนักวิชาการ
 - 2.1.1 ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข
 - 2.1.2 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 76 จังหวัด
 - 2.1.3 หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่ายสูตินรีเวชวิทยา
 - 2.1.4 หัวหน้างานเซลล์วิทยา
- 2.2 จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการสำหรับผู้รับผิดชอบโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ระดับจังหวัด)

3. การพัฒนาบุคลากรโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ

- 3.1 จัดฝึกอบรมพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการทำ Pap Test ให้รู้จัก กายวิภาคของปากมดลูก วิธีการเก็บเซลล์ปากมดลูกที่ถูกต้องและถูกตำแหน่ง
- 3.2 จัดอบรมสำหรับพยาบาลวิชาชีพ เรื่อง “Cervical Cancer Screening and Management of Preinvasive for Nurse” เพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและแนวทางตรวจวินิจฉัยและรักษา รวมทั้งการมีทักษะในการใช้เครื่องมือ Colposcopy, Cryosurgery, LEEP และการดูแลรักษาเครื่องมือให้มีประสิทธิภาพ และมีความรู้ในการให้คำปรึกษา (Nurse Counselor) เพื่อแนะนำผู้ป่วยเมื่อ

ผลการตรวจเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ นำไปสู่การเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทาง เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.3 อบรมฟื้นฟูเชิงปฏิบัติการการอ่านเซลล์วิทยานรีเวช แก่นักเซลล์วิทยา เรื่อง “ความแม่นยำในการแปลผลเซลล์วิทยานรีเวช” เพื่อฟื้นฟูศักยภาพของนักเซลล์วิทยา ในการอ่านสไลด์และรายงานผลได้อย่างถูกต้องแม่นยำมากขึ้น นำไปสู่การเป็นผู้ชำนาญเฉพาะทางเพื่อพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของการทำงานเซลล์วิทยา

3.4 จัดอบรมสำหรับแพทย์ เรื่อง “Basic Principle of Colposcopy and Management of Abnormal Cervical Cancer Screening” เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะให้บุคลากรแพทย์มีความรู้เรื่องแนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษา ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีทักษะความชำนาญในการใช้เครื่องมือกล้องส่องตรวจ Colposcopy และการทำ LEEP เมื่อผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ นำไปสู่การเป็นผู้ชำนาญการเฉพาะทาง เป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยแบ่งออกเป็นภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

3.5 จัดอบรมการใช้โปรแกรม Pap Registry และแนวทางการปฏิบัติการในการส่งข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องหน่วยบริการ เจ้าหน้าที่เซลล์วิทยา และผู้ที่เกี่ยวข้องในการบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของทั้งภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ

4. การตรวจคุณภาพ Slide

เนื่องจากสไลด์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะถูกส่งไปตรวจในหน่วยงานต่าง ๆ โดยนักเซลล์วิทยา ซึ่งมีความหลากหลาย ในด้านของประสบการณ์และความชำนาญ เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ได้รับการตรวจคัดกรอง และความถูกต้องของการคัดกรอง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงขอความร่วมมือไปยังสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย เพื่อดำเนินการทบทวนสไลด์ที่มีผลการตรวจปกติ จำนวนร้อยละ 10 เพื่อทดสอบความผิดพลาดจากการคัดกรองเบื้องต้นและให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

5. การดำเนินงานด้านข้อมูล

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ รับผิดชอบเรื่องการรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบข้อมูล วิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินโครงการ จึงมีการพัฒนาโปรแกรมส่วนบันทึกข้อมูล และรับข้อมูลกลาง และการจัดการฐานข้อมูลหลักรวมทั้งกำหนดวิธีการรับส่ง ข้อมูลการทำ Pap Smear และ VIA

5.1 ข้อมูลการคัดกรอง Pap Smear

5.1.1 ข้อมูลจากหน่วยป้าย Pap Smear โดยมีไหลของข้อมูล ดังนี้

หน่วยป้าย Pap Smear บันทึกการทำ Pap Smear ลงในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและส่งออก (Export) ข้อมูลส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติและหน่วยอ่านเซลล์วิทยา

5.1.2 ข้อมูลจากหน่วยอ่านเซลล์วิทยา โดยมีการไหลของข้อมูล ดังนี้

หน่วยงานเซลล์วิทยาทำการนำเข้าข้อมูล (Import) จากหน่วยที่ทำ Pap Smear ในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แล้วทำการบันทึกผลและส่งออก (Export) ส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติพร้อมกับส่งผลการอ่านกลับหน่วยป้าย

5.1.3 ข้อมูลการส่งต่อสตรีที่มีผลการตรวจ Pap Smear ผิดปกติ

หน่วยป้ายบันทึกข้อมูลการส่งต่อ (Refer) และข้อมูลการติดตามลงในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และส่งออกข้อมูล (Export) ส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

หน่วยรับการส่งต่อ (Refer) บันทึกข้อมูลการรับ Refer การวินิจฉัย การรักษา และส่งออกข้อมูล (Export) ส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5.1.4 ข้อมูลวินิจฉัยผู้ที่มีผลการตรวจ Pap Smear ผิดปกติโดยการทำ Colposcope
สถานพยาบาลที่ทำ Colposcope บันทึกข้อมูลการทำ Colposcope พร้อมผลการ
ตรวจลงในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ Export ส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5.1.5 ข้อมูลการรักษาโรค
หน่วยรับการส่งต่อ บันทึกข้อมูลการรักษา โดยการบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับการ
รักษา ประเภทการรักษา วันที่รักษา ข้อมูล Morphology Grade เมื่อทำการบันทึกข้อมูลการรักษาแล้ว ทำ
การส่งออก (Export) ข้อมูลส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

5.2 ข้อมูลการคัดกรอง VIA
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รับข้อมูลมาจากหน่วยบริการทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย
วิธี VIA ซึ่งมีการกำหนดให้ทำ VIA ในกลุ่มประชากรสตรีที่มีอายุ 30 – 45 ปี เนื่องจากสามารถทำการบันทึก
ข้อมูลการทำ VIA ซึ่งจะผนวกกับการบันทึกข้อมูลการทำจีเอ็น เมื่อทำการบันทึกข้อมูลแล้ว ทำการส่งออก
(Export) ข้อมูลส่งมาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

6. การรายงาน

6.1 ตรวจสอบ รวบรวม และสรุปผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้ง 76 จังหวัด ทุก
เดือนและส่งไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

6.2 รายงานผลการดำเนินงานเป็นรายบุคคล/รายงานบริการ ไปยังสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด (สสจ.) เพื่อประกอบการพิจารณาทุก ๆ สิ้นเดือน ในระหว่างนี้แต่ละจังหวัดสามารถเข้าดูจำนวนผลงาน
ในแต่ละพื้นที่ดำเนินการได้ใน Website ของโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6.3 สรุปผลการดำเนินงานทุกสิ้นปีงบประมาณ

7. การจ่ายค่าตอบแทน

กรมการแพทย์โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จะเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบข้อมูล และ
ดำเนินการรายงานผลการดำเนินการให้แก่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตรวจสอบสิทธิ์ จากนั้น
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จัดสรรค่าตอบแทนเพื่อจ่ายให้กับหน่วยบริการที่ดำเนินการคัดกรอง
ตามโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

7.1 ค่าตอบแทนของหน่วยบริการป้าย

7.2 ค่าตอบแทนของหน่วยบริการอ่าน

7.3 ค่าตอบแทนในการติดตาม ข้อมูลการส่งต่อ รักษา ติดตาม

7.4 ค่าตอบแทนของหน่วยทำ Colposcope

8. การติดตามและประเมินผลตามเป้าหมายที่กำหนด

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้จัดทำโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลงผลการคัดกรอง
และผลการตรวจ Pap Smear และ VIA ทำให้ง่ายต่อการติดตามผลของการติดตามผู้ที่มีผลผิดปกติเพื่อทำ
การวินิจฉัยเพิ่มเติมและทำการรักษา

8.1 จำนวนกลุ่มสตรีเป้าหมายที่มารับการตรวจ Pap Smear และ VIA

8.2 จำนวนสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

8.3 จำนวนที่ทำ Pap Smear ไม่มีคุณภาพ

8.4 จำนวนสตรีที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

8.5 จำนวนผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติและได้รับการวินิจฉัยโดยการทำ Colposcope (ตามแนวทางการรักษาผู้ที่มีผลการตรวจ Pap Smear ผิดปกติ)

8.6 จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต่าง ๆ

แผนภาพที่ 2 - 9 ขั้นตอนการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



งานวิจัยการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในต่างประเทศ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เริ่มทำกันตั้งแต่มีการค้นพบ Papanicolaou Test (Pap Test) โดย Dr. Georgios Papanicolaou ในปี พ.ศ. 2471 และมีการเริ่มนำไปใช้ทางคลินิกอย่างแพร่หลายในปี พ.ศ. 2503 ในช่วงแรกเกือบทุกประเทศ จะมีการคัดกรองเฉพาะในคลินิก เช่น คลินิกวางแผนครอบครัว ในลักษณะที่เป็น Opportunistic Screening แต่ด้วยวิธีการที่ไม่ซับซ้อน สามารถให้พยาบาลวิชาชีพ หรือพยาบาลผดุงครรภ์ ที่ผ่านการอบรมสามารถทำ Pap Test ได้ จึงทำให้หลายประเทศมีการใช้ Pap Test เป็น การคัดกรองในระดับชุมชน ภูมิภาค หรือระดับประเทศ เป็นการคัดกรองแบบ Organized Screening มีรูปแบบการคัดกรองที่ชัดเจน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ คือ การลดอัตราการเกิด และอัตราการตายจากโรค โดยประเทศ หรือหน่วยงานที่จะให้บริการ การคัดกรองแบบเป็นระบบจำเป็นต้องมีนโยบาย งบประมาณ และโครงสร้าง การบริการสุขภาพที่พร้อม ตั้งแต่หน่วยคัดกรองไปถึงหน่วยรักษาโรค รวมถึงการมีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดีที่สามารถติดตามและวัดผลความสำเร็จของโครงการได้ ในที่นี้จะขอแยกการดำเนินการในแต่ละทวีปทั่วโลกดังนี้

1. ยุโรป

ยุโรปเป็นทวีปแรกที่มีสนับสนุนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระหว่างปี พ.ศ. 2503 - 2513 มีประเทศไอร์แลนด์, ฟินแลนด์, สวีเดน, เดนมาร์ก และ แลตเวีย มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็น National Programme ต่อมาในปี พ.ศ. 2530 European Union ได้แนะนำให้ทุกประเทศในทวีปยุโรป ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และยังได้จัดทำแนวทางกำหนดคุณภาพของการคัดกรองในปี พ.ศ. 2536 เพื่อให้ทุกประเทศมีมาตรฐานการคัดกรองที่คล้ายกัน

ประเทศที่มีการคัดกรองระดับประเทศต่อมา ได้แก่ อังกฤษ และ นอร์เวย์ ในปี พ.ศ. 2538 ประเทศเนเธอร์แลนด์ ในปี พ.ศ. 2539 ประเทศฮังการี และ สโลวีเนีย ในปี พ.ศ. 2546 ส่วนประเทศอื่น ๆ ถึงแม้ว่าจะไม่ได้เป็นระดับประเทศ แต่จะทำเป็นระดับภูมิภาค อายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 25 - 70 ปี

และมีความถี่ของการตรวจทุก ๆ 2 - 5 ปี การเก็บข้อมูลทุกประเทศจะมีโปรแกรมการเก็บที่มีรายละเอียด ตั้งแต่ผลการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาโรค

2. ทวีปอเมริกาเหนือและแคนาดา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคัดกรองในหลายรูปแบบ ในแต่ละรัฐ และขึ้นอยู่กับภาระกัน สุขภาพ โดยในปี พ.ศ. 2544 มีการจัดตั้งโครงการ National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (NBCCEDP) โดยหน่วยควบคุมโรค Disease Control and Prevention (CDC) โครงการนี้จะให้บริการแก่สตรีที่ไม่มีประกันสุขภาพและไม่สามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้ โดยให้สตรีอายุ ระหว่าง 18 - 64 ปี เข้ารับการคัดกรองด้วยการตรวจ Pap Test ปีละ 1 ครั้ง ปัจจุบันในประเทศสหรัฐอเมริกา จะมีวิธีการคัดกรองหลายรูปแบบ นอกจากการตรวจ Pap Test จะมีการตรวจที่เรียกว่า Liquid - Based Cytology หรือ การตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ซึ่งแต่ละวิธีจะมีระยะเวลาที่ตรวจต่างกัน คือ 2 - 3 ปี

ส่วนในประเทศแคนาดามีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage) ซึ่งครอบคลุม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกการตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรค มีระบบการเก็บข้อมูล การติดตามที่เป็น รูปธรรม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบบ Organized Screening นั้น เริ่มดำเนินการไม่พร้อมกันในแต่ละ เขต British Columbia เป็นจังหวัดแรกที่เริ่มในปี พ.ศ. 2503 ตามมาด้วย Nova Scotia ในปี พ.ศ. 2534 ทำ การคัดกรองสตรีอายุ 18 - 69 ปี ด้วยวิธี Pap Test

3. ภูมิภาคละตินอเมริกาและแคริบเบียน

หลายประเทศในทวีปนี้ มีความพยายามที่จะจัดตั้งการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เป็นแบบ Organized Screening เช่น ประเทศชิลี ในปี พ.ศ. 2530 กระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้กำหนดรูปแบบของการ คัดกรอง โดยให้แต่ละภูมิภาค ไปดำเนินการบริหารจัดการเอง และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลาง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ จำนวนผลงานที่ทำได้ในปีที่ผ่านมา ในปี พ.ศ. 2532 ประเทศ โคลัมเบียได้เริ่มทำโครงการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกระดับชาติ และมีการจัดทำคู่มือในการคัดกรอง อย่างไรก็ตามข้อมูลการคัดกรองของในทวีปนี้ยังได้ ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ เช่น จำนวนที่แน่นอนของสตรีที่ได้รับการคัดกรอง จำนวนการติดตามผู้ที่มีผลผิดปกติ ที่ ได้รับการวินิจฉัย หรือรักษาต่อ

4. แอฟริกา

การดำเนินงานในทวีปนี้จะยากกว่า ทวีปอื่น ๆ เนื่องจากประเทศส่วนใหญ่มีฐานะยากจน และ มี การติดเชื้อ HIV สูง การดำเนินการจึงต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ทั้ง ๆ ที่เป็นทวีปที่มีอุบัติการณ์ การเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกที่ค่อนข้างสูง มีประเทศเดียวในทวีป คือ แอฟริกาใต้ ที่มีแผนการคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2545 โดยให้มีการคัดกรองสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี ในทุก ๆ 10 ปี ด้วยวิธี Pap Test อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงาน มีความแตกต่างในแต่ละเขต เช่น ใน Western Cape จะมีผลการ คัดกรองที่สูงกว่าที่อื่นๆ ในบางเขตแทบจะไม่มีผลการคัดกรองเลย

5. ทวีปเอเชีย

จะมีข้อมูลจากประเทศในแถบ Western Asia ซึ่งมี 2 ประเทศ คือ อิสราเอล และ อินเดีย ส่วน ใน South-Eastern จะมีข้อมูลจากหลายประเทศ ดังนี้

6. อิสราเอล

เป็นประเทศที่มีอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งปากมดลูก ที่ค่อนข้างต่ำ การคัดกรองระดับชาติแนะนำ ผู้หญิงวัย 35 - 45 ปี มาทำการคัดกรองทุก ๆ 3 ปี แต่ในทางปฏิบัติสตรีส่วนใหญ่มาคัดกรองทุก ๆ 1 - 2 ปี

และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มี เศรษฐฐานะดี ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในแต่ละปีจะมีการคัดกรองปีละประมาณ 150,000 ราย แต่คุณภาพการทำ Pap Test ยังไม่ได้มาตรฐาน

7. อินเดีย

ประเทศอินเดีย มีแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งระดับชาติ และเป็นประเทศหนึ่งที่มีอุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างสูง ด้วยเป็นประเทศที่มีประชากรมาก และมีทรัพยากรจำกัด จึงไม่สามารถทำการคัดกรองด้วยวิธี Pap Test เหมือนประเทศอื่น ๆ ได้ จึงเสนอการคัดกรองด้วยวิธีป้ายน้ำส้มสายชู (VIA) ซึ่งข้อดี คือ ราคาถูก ทำได้ง่าย ขั้นตอนน้อยกว่า คือ เมื่อเจอรอยโรคจะทำการรักษาด้วยการจี้เย็น เลย (Cryotherapy) แต่วิธีนี้ อาจทำให้เกิดการรักษารอคอยในรายที่เกินความจำเป็น ในผู้ป่วยบางรายได้

8. เวียดนาม

ปัจจุบันยังไม่มีมีการคัดกรองระดับชาติ ความชุกของการติดเชื้อ HPV ยังมีความแตกต่างกันอีกด้วย เวียดนามใต้ จะมีการติดเชื้อ HPV มากกว่าเวียดนามเหนือ ถึง 5 เท่า ในปี พ.ศ. 2542 มีการทำโครงการ การตรวจโครงการนำร่องที่เมือง Ho Chi Minh

9. ฟิลิปปินส์

มะเร็งปากมดลูกพบได้อันดับที่ 2 ในเพศหญิง กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้สตรีในกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุก 3 ปี ด้วยวิธี Pap Test แต่ด้วยการขาดแคลนทรัพยากรในการบริการการคัดกรองนโยบายในช่วงหลังจึงมีการแนะนำให้ใช้การตรวจ VIA แทน

10. จีน

ยังไม่มีมีการคัดกรองระดับชาติ มีโครงการ Organized Screening ในลักษณะกลุ่มเล็ก ๆ เช่น ในบริษัทภาคเอกชน หรือคนที่มีประกันสุขภาพ จะไปทำการคัดกรองที่โรงพยาบาลในจังหวัด Shandong เคยมีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2515 ด้วยวิธี Pap Test แต่ต่อมารัฐบาลไม่ได้ให้เงินสนับสนุนโครงการจึงถูกยกเลิกต่อมาในปี พ.ศ. 2540 มีโครงการนำร่องในจังหวัด Shanxi ซึ่งมีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูง เสนอการคัดกรองในสตรีอายุระหว่าง 35 - 45 ปี ด้วยวิธี pap test และ HPV testing

11. ฮองกง

มีการเสนอการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกระทรวงสาธารณสุข มากกว่า 20 ปี แล้วมีการคัดกรองสตรีราว 100,000 รายต่อปี ในช่วง พ.ศ. 2540 - 2544 โดยการคัดกรองจะมีหลายหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในปี พ.ศ. 2546 มีผลสำรวจว่า กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัยและวางแผนครอบครัว รับผิดชอบการคัดกรองประมาณร้อยละ 24 โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 15 โรงพยาบาลเอกชนและศูนย์การแพทย์ต่าง ๆ ร้อยละ 37 กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรอง คือ มีอายุระหว่าง 25 - 64 ปี คัดกรองทุก 3 ปี มีการจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และมีการตรวจสอบคุณภาพของการคัดกรองด้วย

12. สิงคโปร์

ในปี พ.ศ. 2547 มีการริเริ่มโครงการการคัดกรองระดับชาติ จัดทำเป็นโครงการนำร่อง โดยจัดการฝึกอบรมควบคู่กันไป มีการจัดทำคู่มือการคัดกรอง ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 จึงได้จัดให้มีการดำเนินงานทั่วประเทศ โดยการตรวจ Pap Test ในสตรีอายุ 20 - 69 ปี

13. ญี่ปุ่น

ครั้งแรกมีการจัดทำในระดับเขต ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2504 โดยขอความร่วมมือจาก สูตินรีแพทย์ ต่อมารัฐบาลได้ให้การสนับสนุนและจัดทำเป็นนโยบายระดับชาติในปี พ.ศ. 2510 มีการออกกฎหมายให้ทุก

เมืองต้องดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโปรแกรมที่ต้องทำในแผนการคัดกรองมะเร็งในปี พ.ศ. 2526 การคัดกรองทำโดย Pap Test ในสตรีอายุ ระหว่าง 20 - 70 ปี อย่างไรก็ตาม กฎนี้ก็ค่อย ๆ ลดบทบาทลง ในปี พ.ศ. 2541 จึงให้อำนาจแก่ท้องถิ่นในการตัดสินใจว่าจะดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรูปแบบ Organized Screening หรือไม่ ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่จะรับการตรวจคัดกรอง จากประกันสุขภาพ ในที่ทำงานในการตรวจร่างกายประจำปี

14. เกาหลี

มีการเริ่มดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2542 วิธีคัดกรองเสนอให้ทำ Pap Test ในสตรีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป โดยทำการคัดกรอง ทุก ๆ 2 ปี โดยการคัดกรองจะครอบคลุมในประกันสุขภาพ บริหารโดย Ministry of Health and Welfare มีการควบคุมคุณภาพ การคัดกรอง สร้างฐานข้อมูล

ตารางที่ 2 - 1 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ

ประเทศ	ประเภทโครงการ	ปีที่เริ่ม (พ.ศ.)	วิธีการคัดกรอง	อายุกลุ่มเป้าหมาย	รอบระยะเวลาการคัดกรอง
ยุโรป					
อังกฤษ	ระดับชาติ	2530	Pap Test	25 - 64	3
ฟินแลนด์	ระดับชาติ	2513	Pap Test	30 - 59	5
นอร์เวย์	ระดับชาติ	2538	Pap Test	25 - 69	3
เดนมาร์ก	ระดับชาติ	2539	Pap Test	20 - 59	3
ฮังการี	ระดับชาติ	2546	Pap Test	25 - 59	3
สโลวีเนีย	ระดับชาติ	2546	Pap Test	20 - 64	3
สหรัฐอเมริกา					
อเมริกา	ระดับชาติ	2544	Pap Test	16 - 64	1
แคนาดา					
บริติชโคลัมเบีย	ระดับเขต	2503	Pap Test	18 - 69	1
โนวาสโกเชีย	ระดับเขต	2534	Pap Test	18+	1
ออนแทรีโอ	ระดับเขต	2543	Pap Test	20 - 69	1 - 2
แอลเบอร์ตา	ระดับเขต	2543	Pap Test	18 - 69	1
ละตินอเมริกา					
โคลัมเบีย	ระดับเขต	2532	Pap Test	25 - 64	3
ชิลี	ระดับเขต	2530	Pap Test	25 - 64	3
แม็กซิโก	ระดับเขต	2539	Pap Test	25+	3
เอเชีย					
ญี่ปุ่น	ระดับเขต	2526	Pap Test	20 - 70	2
เกาหลี	ระดับชาติ	2545	Pap Test	30 - 70	2
สิงคโปร์	ระดับชาติ	2547	Pap Test	20 - 69	1

กรอบความคิดของการวิจัย

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมามีที่โรงพยาบาล โดยมีสูตินรีแพทย์เป็นผู้ตรวจ ในโครงการนี้ดำเนินการโดย รพ.สต. 9,761 แห่ง ทั่วประเทศ 76 จังหวัด โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ที่ผ่านการฝึกอบรม จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน มีปัจจัยหลายอย่างที่จะทำให้โครงการนี้ประสบความสำเร็จหรือไม่ เช่น การประชาสัมพันธ์สื่อสารให้ประชาชนทราบถึงโครงการ ความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่มีต่อการคัดกรอง คุณภาพของการคัดกรองของเจ้าหน้าที่ ลักษณะของพื้นที่ ระบบการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ผลการดำเนินงานโดยละเอียด จะทำให้ปัญหาและอุปสรรคที่แท้จริงและจัดทำเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้โครงการประสบความสำเร็จดีขึ้น

สรุป

มะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของผู้หญิงทั่วโลก โดยเฉพาะในประชาคมอาเซียนรวมถึงประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรกได้และในหลายประเทศก็ได้ แสดงให้เห็นว่าการคัดกรองสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ ประกอบกับโครงสร้างสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยต่อการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้สามารถจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ในทุกชุมชนของประเทศ จึงได้มีการผลักดันให้เป็นนโยบายแห่งชาติ

บทที่ 3

การประเมินผลการดำเนินงานในรอบ 10 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูลของประเทศไทยในภาพรวม

ผลการดำเนินงานในระหว่าง พ.ศ. 2548 - 2552

ในช่วง 5 ปีแรก ของการดำเนินงาน ได้ตั้งเป้าหมายไว้ 4,030,833 ราย ผลการดำเนินงานใน 75 จังหวัด ตรวจคัดกรองมะเร็ง จำนวนทั้งสิ้น 3,124,855 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.52 จากจำนวนที่ตั้งไว้ในจำนวนนี้เป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุระหว่าง 35 - 60 ปี จำนวน 2,618,382 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.8 ในปีแรก พ.ศ. 2548 ทำได้น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 48.6 ส่วนในปี พ.ศ. 2550 ทำได้มากกว่าเป้า คือ ร้อยละ 107.4 ผลการคัดกรองไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ รายละเอียดของจำนวนตัวเลขที่คัดกรองได้ในแต่ละปี และแยกตามกลุ่มอายุ ปรากฏดังตารางที่ 3 - 1

ตารางที่ 3 - 1 จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจ Pap Smear ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2552

	ผลการดำเนินแยกตามปีงบประมาณ						ค่าเฉลี่ย
	2548	2549	2550	2551	2552	2548 - 2552	
จำนวนประชากรเป้าหมาย	834,394	800,000	796,439	800,000	800,000	4,030,833	806,167
จำนวนประชากรที่คัดกรองโดยวิธี Pap Smear	405,756	586,981	855,090	642,155	634,873	3,124,855	624,971
อายุ <35 ปี	ไม่มีข้อมูล	68,427 (11.7)	128,511 (15.0)	109,428 (17.0)	111,656 (17.6)	418,022	104,506
อายุ 35 - 39 ปี	ไม่มีข้อมูล	98,403 (16.8)	138,703 (16.2)	102,124 (15.9)	96,954 (15.3)	436,184	109,046
อายุ 40 - 44 ปี	ไม่มีข้อมูล	111,750 (19.0)	153,755 (18.0)	113,541 (17.7)	104,950 (16.5)	483,996	120,999
อายุ 45 - 49 ปี	ไม่มีข้อมูล	105,476 (18.0)	147,607 (17.3)	105,031 (16.4)	104,527 (16.5)	462,641	115,660
อายุ 50 - 54 ปี	ไม่มีข้อมูล	92,471 (15.8)	125,642 (14.7)	87,892 (13.7)	88,634 (14.0)	394,639	98,660

ตารางที่ 3 - 1 จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจ Pap Smear ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2552 (ต่อ)

	ผลการดำเนินแยกตามปีงบประมาณ						ค่าเฉลี่ย
	2548	2549	2550	2551	2552	2548-2552	
อายุ 55 - 60 ปี	ไม่มีข้อมูล	94,546 (16.1)	131,924 (15.4)	102,157 (15.9)	106,539 (16.8)	435,166	108,792
อายุ >60 ปี	ไม่มีข้อมูล	15,908	28,948	21,982	21,613	88,451	22,113

		(2.7)	(3.4)	(3.4)	(3.4)		
Coverage, %	ไม่มีข้อมูล	48.63	73.37	107.36	80.27	79.36	77.52

ผลการคัดกรองพบความผิดปกติใน 5 ปี จำนวน 45,879 ราย จากจำนวน 3,124,855 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.5 โดยพบผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 2,920 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 เป็นผู้มีเซลล์ผิดปกติชนิด High Grade จำนวน 15,706 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.5 และชนิด Low Grade จำนวน 27,253 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 จำนวนความผิดปกติมีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละปี และพบว่า ร้อยละ 0.7 ของผลการตรวจมีความผิดพลาดในการเก็บเซลล์ การเตรียมสไลด์หรือการย้อมสี ทำให้ไม่สามารถอ่านผลได้ ต้องทำการตรวจใหม่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งจะถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล และผู้ที่พบผลผิดปกติชนิด High Grade ตามสิทธิ์การรักษา ส่วนผู้ที่มีผลผิดปกติชนิด Low Grade จะมีการติดตามให้มาทำ Pap Smear ซ้ำอีก 6 เดือน - 1 ปี ปรากฏดังตารางที่ 3 - 2

ตารางที่ 3 - 2 จำนวนสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ

ผล Pap Smear	ผลการดำเนินแยกตามปีงบประมาณ					
	2548	2549	2550	2551	2552	2548 - 2552
Inadequate (%)	2,924 (0.7)	4,616 (0.8)	6,136 (0.7)	4,390 (0.7)	2,925 (0.5)	20,991 (0.7)
Normal (%)	399,663 (98.5)	572,565 (97.5)	834,159 (97.6)	628,560 (97.9)	623,038 (98.1)	3,057,985 (97.9)
Low Grade (%)	1,814 (0.4)	5,645 (1.0)	8,834 (1.0)	5,524 (0.9)	5,436 (0.9)	27,253 (0.9)
High Grade (%)	1,141 (0.3)	3,541 (0.6)	5,116 (0.6)	2,994 (0.5)	2,914 (0.5)	15,706 (0.5)
Cancer (%)	214 (0.1)	614 (0.1)	845 (0.1)	687 (0.1)	560 (0.1)	2,920 (0.1)

ตารางที่ 3 - 2 จำนวนสตรีที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ (ต่อ)

ผล Pap Smear	ผลการดำเนินแยกตามปีงบประมาณ					
	2548	2549	2550	2551	2552	2548 - 2552
Total	405,756 (100.0)	586,981 (100.0)	855,090 (100.0)	642,155 (100.0)	634,873 (100.0)	3,124,855 (100.0)

ระยะเวลาในการดำเนินงาน ตั้งแต่การเก็บเซลล์ปากมดลูกที่ รพ.สต. การเตรียมสไลด์ การส่งสไลด์ไปยังโรงพยาบาลหรือห้องแลปเอกชน เพื่อการอ่านผลทางเซลล์วิทยา ตลอดจนการแจ้งผลกลับหน่วยจ่าย คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่คัดกรอง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในโครงการ กำหนดรอบระยะเวลาขั้นตอนดังกล่าวที่ 1 เดือน ผลจากตารางที่ 3 - 3 แสดงให้เห็นว่า การได้รับผลการตรวจที่ทำได้ภายใน 1 เดือนคือ ร้อยละ 67.4 หากหน่วยทำ Pap Smear เป็นที่เดียวกับหน่วยอ่านสไลด์ก็สามารถออกผลภายใน 1 สัปดาห์ได้ แต่ในบางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ไกลจากตัวเมือง ก็อาจใช้เวลาระหว่าง 1 - 3 เดือน ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 25.5 ส่วนที่ออกผลช้ามากเกิน 3 เดือน ขึ้นไป มีร้อยละ 7.1

ตารางที่ 3 - 3 จำนวนรอบเวลาเฉลี่ยจากการทำ Pap Smear ถึง วันที่ออกผล

รอบเวลาเฉลี่ย	จำนวนรอบเวลาเฉลี่ยจากการทำ Pap Smear ถึง วันที่ออกผล					
	แยกรายปีงบประมาณ					
	2548	2549	2550	2551	2552	2549 - 2552
<1 สัปดาห์	ไม่มีข้อมูล	130,096 (22.2)	195,317 (22.8)	133,254 (20.8)	114,071 (18.0)	572,738 (21.1)
1 - 2 สัปดาห์	ไม่มีข้อมูล	125,280 (21.3)	174,874 (20.5)	119,577 (18.6)	127,992 (20.2)	547,723 (20.1)
2 สัปดาห์ - 1 เดือน	ไม่มีข้อมูล	152,616 (26.0)	221,028 (25.8)	159,014 (24.8)	180,527 (28.4)	713,185 (26.2)
1 - 3 เดือน	ไม่มีข้อมูล	128,623 (21.9)	206,118 (24.1)	184,287 (28.7)	174,180 (27.4)	693,208 (25.5)
มากกว่า 3 เดือน	ไม่มีข้อมูล	50,366 (8.6)	57,753 (6.8)	46,023 (7.2)	38,103 (6.0)	192,245 (7.1)
รวม	ไม่มีข้อมูล	586,981 (100.0)	855,090 (100.0)	642,155 (100.0)	634,873 (100.0)	2,719,099 (100.0)

เปรียบเทียบผลความสำเร็จในแต่ละจังหวัดและภูมิภาค

ผลการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด รอบที่ 2 ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 – 2557

โดยสรุป ผลการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 2 ปี พ.ศ. 2553 – 2557 ได้ดำเนินการในสตรีกลุ่มเป้าหมาย คือ สตรีที่มีอายุ 30 – 60 ปี ผลการคัดกรอง Pap Smear ทั้งหมด จำนวน 8,498,985 ราย คัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 7,637,226 ราย รายใหม่ จำนวน 5,164,751 ราย รายเก่า จำนวน 2,472,475 ราย คัดกรองกลุ่มนอกเป้าหมาย จำนวน 861,759 ราย ฐานประชากรเป้าหมายที่ใช้คิดผลงาน จำนวน 9,577,584 ราย อ้างอิงมาจากประชากรเป้าหมายที่อยู่ในฐานข้อมูลของโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ปรากฏดังตารางที่ 3 – 4

ตารางที่ 3 - 4 แสดงผลงานการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด

จำนวนการคัดกรอง	2553	2554	2555	2556	2557	รวมทั้งหมด	ร้อยละ สปสข.
คัดกรองทั้งหมด	2,412,537	1,913,784	1,700,093	1,424,797	1,170,187	8,621,398	90.01
คัดกรอง Pap Smear ทั้งหมด	2,358,810	1,888,984	1,682,803	1,410,832	1,157,556	8,498,985	88.74
คัดกรอง Pap Smear นอกกลุ่มเป้าหมาย อายุต่ำกว่า 30 ปี และมากกว่า 60 ปี	190,562	175,494	182,390	163,781	149,532	861,759	9.00
คัดกรอง Pap Smear ในกลุ่มเป้าหมาย	2,168,248	1,713,490	1,500,413	1,247,051	1,008,024	7,637,226	79.74

อายุ 30 – 60 ปี							
คัดกรอง Pap Smear รายใหม่	2,168,248	1,307,994	807,121	519,123	362,265	5,164,751	53.92
คัดกรอง VIA ทั้งหมด	53,727	24,800	17,290	13,965	12,631	122,413	1.28
คัดกรอง VIA รายใหม่	53,727	20,339	11,276	8,806	7,535	101,683	1.06

ผลดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมาย หากดูผลงานการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายแยกตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ 1 เป็นเขตที่ตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.61 จากผลงานการคัดกรองทั้งหมด แต่หากดูผลงานการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ ก็จะพบว่า เขตที่ทำผลงานการคัดกรองได้มากที่สุด คือ เขตสุขภาพ 5 คิดเป็นร้อยละ 66.11 และเขตที่พบว่าทำการคัดกรองได้น้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพ 11 ซึ่งมีผลงานการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายได้น้อยที่สุด ทั้งในส่วนของ การคัดกรองทั้งหมด และการคัดกรองเฉพาะรายใหม่ ปรากฏดังตารางที่ 3 - 5

ตารางที่ 3 - 5 จำนวนและร้อยละผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนการคัดกรอง		คิดเป็นร้อยละ	
		ทั้งหมด	รายใหม่	ทั้งหมด	รายใหม่
1	997,745	963,880	571,247	96.61	57.25
2	588,200	450,204	288,979	76.54	49.13
3	492,740	408,253	265,963	82.85	53.98
4	749,085	477,496	337,583	63.74	45.07
5	775,080	702,814	512,388	90.68	66.11
6	894,220	610,715	441,182	68.30	49.34
7	858,330	748,618	505,602	87.22	58.91
8	997,115	957,012	577,148	95.98	57.88
9	1,139,970	934,878	646,345	82.01	56.70
10	741,915	639,237	465,844	86.16	62.79
11	717,055	307,157	228,292	42.84	31.84
12	626,385	436,962	324,178	69.76	51.75
ผลงานรวมทั้งประเทศ	9,577,840	7,637,226	5,164,751	79.74	53.92

ผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉพาะรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมาย พบว่า จังหวัดที่ทำการคัดกรองได้มากที่สุดและมากกว่าร้อยละ 80 พบ 2 จังหวัด คือ จังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 91.80 จังหวัดสุพรรณบุรี ร้อยละ 90.68 รองลงมา คือ จังหวัดที่มีผลงานมากกว่าร้อยละ 70 คือ จังหวัดนครพนม ร้อยละ 76.34 จังหวัดพะเยา ร้อยละ 73.80 จังหวัดนครนายก ร้อยละ 72.96 จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 72.41 จังหวัดหนองบัวลำภู ร้อยละ 71.60 และ จังหวัดเลย ร้อยละ 70.13 จังหวัดที่มีผลงานน้อยที่สุด คือ จังหวัด

นครศรีธรรมราช ร้อยละ 26.02 รองลงมา คือ จังหวัดกระบี่ ร้อยละ 26.44 ซึ่งทั้ง 2 จังหวัด เป็นจังหวัดที่มีผลงานน้อยที่สุด ทั้งในผลงานการคัดกรองทั้งหมดและผลงานการคัดกรองเฉพาะรายใหม่ ปรากฏดังตารางที่ 3

- 6

ตารางที่ 3 - 6 จำนวนและร้อยละผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกรายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนการคัดกรอง		คิดเป็นร้อยละ	
			ทั้งหมด	รายใหม่	ทั้งหมด	รายใหม่
1	กระบี่	73,075	26,127	19,323	35.75	26.44
2	กาญจนบุรี	125,485	110,262	76,491	87.87	60.96
3	กาฬสินธุ์	160,295	150,262	107,065	93.74	66.79
4	กำแพงเพชร	116,805	93,124	62,904	79.73	53.85
5	ขอนแก่น	283,735	279,616	171,483	98.55	60.44
6	จันทบุรี	81,555	69,467	43,302	85.18	53.10
7	ฉะเชิงเทรา	99,075	74,636	50,827	75.33	51.30
8	ชลบุรี	189,330	173,646	123,491	91.72	65.23
9	ชัยนาท	55,765	50,033	28,820	89.72	51.68
10	ชัยภูมิ	180,510	134,348	106,739	74.43	59.13
11	ชุมพร	75,265	42,788	28,983	56.85	38.51
12	เชียงราย	198,890	231,389	130,519	116.34	65.62
13	เชียงใหม่	314,370	225,454	140,104	71.72	44.57
14	ตรัง	89,180	68,186	51,202	76.46	57.41
15	ตราด	34,745	20,025	14,746	57.63	42.44
16	ตาก	77,555	56,935	37,974	73.41	48.96
17	นครนายก	35,305	35,055	25,759	99.29	72.96
18	นครปฐม	129,060	100,232	69,333	77.66	53.72
19	นครพนม	111,460	164,816	85,088	147.87	76.34
20	นครราชสีมา	505,650	405,885	263,412	80.27	52.09
21	นครศรีธรรมราช	269,275	95,790	70,059	35.57	26.02
22	นครสวรรค์	177,235	143,795	95,331	81.13	53.79
23	นนทบุรี	160,535	76,776	58,996	47.83	36.75
24	นราธิวาส	93,940	48,651	39,992	51.79	42.57

25	น่าน	94,130	88,514	55,004	94.03	58.43
26	บึงกาฬ	82,420	52,801	36,007	64.06	43.69
27	บุรีรัมย์	240,515	199,520	143,499	82.96	59.66
28	ปทุมธานี	131,145	59,572	43,989	45.42	33.54

ตารางที่ 3-6 จำนวนและร้อยละผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกรายจังหวัด(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนการคัดกรอง		คิดเป็นร้อยละ	
			ทั้งหมด	รายใหม่	ทั้งหมด	รายใหม่
29	ประจวบคีรีขันธ์	74,800	56,630	41,228	75.71	55.12
30	ปราจีนบุรี	67,500	48,458	40,650	71.79	60.22
31	ปัตตานี	80,890	60,618	47,912	74.94	59.23
32	พระนครศรีอยุธยา	116,495	89,154	61,587	76.53	52.87
33	พะเยา	80,895	134,584	59,697	166.37	73.80
34	พังงา	37,515	18,444	15,038	49.16	40.09
35	พัทลุง	73,675	72,140	50,152	97.92	68.07
36	พิจิตร	90,550	82,269	47,537	90.85	52.50
37	พิษณุโลก	134,745	94,995	65,764	70.50	48.81
38	เพชรบุรี	70,525	62,996	40,899	89.32	57.99
39	เพชรบูรณ์	195,345	154,303	87,691	78.99	44.89
40	แพร่	77,780	76,884	49,549	98.85	63.70
41	ภูเก็ต	51,745	23,098	17,497	44.64	33.81
42	มหาสารคาม	155,405	164,002	108,090	105.53	69.55
43	มุกดาหาร	54,250	43,646	32,892	80.45	60.63
44	แม่ฮ่องสอน	33,880	26,535	19,972	78.32	58.95
45	ยโสธร	108,590	86,039	59,948	79.23	55.21
46	ยะลา	61,800	42,615	33,285	68.96	53.86
47	ร้อยเอ็ด	258,895	154,738	118,964	59.77	45.95
48	ระนอง	25,310	20,083	14,679	79.35	58.00
49	ระยอง	99,050	56,902	38,255	57.45	38.62
50	ราชบุรี	129,795	97,598	73,303	75.19	56.48
51	ลพบุรี	107,210	71,700	52,026	66.88	48.53
52	ลำปาง	126,945	97,182	68,772	76.55	54.17
53	ลำพูน	70,855	83,338	47,630	117.62	67.22

54	เลย	103,530	100,304	72,610	96.88	70.13
55	ศรีสะเกษ	231,375	203,759	141,615	88.06	61.21
56	สกลนคร	179,820	206,031	116,219	114.58	64.63

ตารางที่ 3-6 จำนวนและร้อยละผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกรายจังหวัด(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ประชากรเป้าหมาย	จำนวนการคัดกรอง		คิดเป็นร้อยละ	
			ทั้งหมด	รายใหม่	ทั้งหมด	รายใหม่
57	สงขลา	187,270	127,623	87,754	68.15	46.86
58	สตูล	39,630	17,129	13,881	43.22	35.03
59	สมุทรปราการ	220,200	109,511	83,897	49.73	38.10
60	สมุทรสงคราม	30,905	22,184	15,748	71.78	50.96
61	สมุทรสาคร	77,935	95,930	71,544	123.09	91.80
62	สระแก้ว	102,765	58,070	46,014	56.51	44.78
63	สระบุรี	119,620	77,645	49,104	64.91	41.05
64	สิงห์บุรี	34,175	28,704	20,782	83.99	60.81
65	สุโขทัย	104,860	82,874	59,183	79.03	56.44
66	สุพรรณบุรี	136,575	156,982	123,842	114.94	90.68
67	สุราษฎร์ธานี	184,870	80,827	62,713	43.72	33.92
68	สุรินทร์	213,295	195,125	132,695	91.48	62.21
69	หนองคาย	181,875	100,971	58,331	55.52	32.07
70	หนองบัวลำภู	83,905	94,506	60,076	112.63	71.60
71	อ่างทอง	44,600	38,890	25,340	87.20	56.82
72	อำนาจเจริญ	73,845	42,540	33,095	57.61	44.82
73	อุดรธานี	254,105	237,583	148,817	93.50	58.57
74	อุดรดิษฐ์	75,695	61,097	38,367	80.71	50.69
75	อุทัยธานี	52,385	39,032	31,371	74.51	59.89
76	อุบลราชธานี	273,855	263,253	198,294	96.13	72.41
รวมทั้งประเทศ		9,577,840	7,637,226	5,164,751	79.74	53.92

ร้อยละของการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 ร้อยละในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา คือ ปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 22.64 ปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 13.66 ปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 8.43 ปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 5.42 และปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 3.78 ตามลำดับ การรายงานผลงานการดำเนินการคัดกรองลดลง เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา แนวโน้มที่ลดลงเนื่องจากการติดตามในรายใหม่อาจยากขึ้นกว่าเดิม และกลุ่มเป้าหมายที่จะค้นหารายใหม่ อาจเป็นสตรีที่อยู่ใน

กลุ่มที่มีพฤติกรรมไม่มาตรวจคัดกรองด้วยเหตุผลหลากหลาย อาทิเช่น อายุที่จะมาตรวจ คิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง หรือไปทำงานทุกวันไม่มีเวลามารับการตรวจคัดกรอง ปรากฏดังตารางที่ 3 – 7

**ตารางที่ 3 - 7 ร้อยละของผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่
แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ**

ลำดับ	จังหวัด	ร้อยละของผลงานรายใหม่แยกตามปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
1	กระบี่	8.64	6.21	5.93	3.46	2.19	26.44
2	กาญจนบุรี	21.51	16.11	10.78	6.09	6.47	60.96
3	กาฬสินธุ์	41.89	13.69	5.26	3.00	2.95	66.79
4	กำแพงเพชร	22.68	13.12	8.07	5.13	4.85	53.85
5	ขอนแก่น	24.04	16.57	9.49	6.48	3.85	60.44
6	จันทบุรี	18.83	13.31	10.84	5.39	4.72	53.10
7	ฉะเชิงเทรา	23.94	12.80	7.57	4.19	2.79	51.30
8	ชลบุรี	18.53	15.62	14.52	11.74	4.82	65.23
9	ชัยนาท	21.78	13.02	8.75	5.40	2.74	51.68
10	ชัยภูมิ	24.01	19.78	7.55	4.77	3.03	59.13
11	ชุมพร	16.11	10.40	4.78	4.14	3.07	38.51
12	เชียงราย	31.85	15.06	9.59	4.99	4.14	65.62
13	เชียงใหม่	19.37	10.48	6.74	4.99	2.98	44.57
14	ตรัง	22.90	14.58	9.15	6.38	4.41	57.41
15	ตราด	23.53	8.68	4.99	2.37	2.87	42.44
16	ตาก	14.60	13.92	11.30	5.55	3.60	48.96
17	นครนายก	27.67	17.85	13.49	8.70	5.25	72.96
18	นครปฐม	23.80	13.81	7.45	4.79	3.87	53.72
19	นครพนม	38.74	15.56	11.58	6.29	4.16	76.34
20	นครราชสีมา	17.41	18.46	8.48	5.09	2.66	52.09
21	นครศรีธรรมราช	7.52	5.28	5.51	4.51	3.19	26.02
22	นครสวรรค์	17.57	10.83	10.71	8.55	6.13	53.79

**ตารางที่ 3 - 7 ร้อยละของผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่
แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ(ต่อ)**

ลำดับ	จังหวัด	ร้อยละของผลงานรายใหม่แยกตามปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
23	นนทบุรี	12.83	8.03	6.00	5.61	4.28	36.75
24	นราธิวาส	9.25	12.11	10.35	6.38	4.49	42.57
25	น่าน	24.92	14.23	9.82	5.48	3.99	58.43
26	บึงกาฬ	15.17	13.46	7.54	4.78	2.73	43.69
27	บุรีรัมย์	25.36	17.61	8.40	5.64	2.65	59.66
28	ปทุมธานี	10.34	6.72	4.00	4.73	7.75	33.54
29	ประจวบคีรีขันธ์	19.94	14.54	11.05	5.84	3.75	55.12
30	ปราจีนบุรี	27.95	17.62	8.05	4.80	1.80	60.22
31	ปัตตานี	20.68	14.62	12.20	7.04	4.69	59.23
32	พระนครศรีอยุธยา	22.33	11.84	8.00	6.05	4.65	52.87
33	พะเยา	36.74	13.19	11.05	7.08	5.73	73.80
34	พังงา	19.50	11.69	5.70	2.14	1.05	40.09
35	พัทลุง	30.88	15.62	11.16	6.85	3.56	68.07
36	พิจิตร	27.07	11.13	7.17	4.14	2.98	52.50
37	พิษณุโลก	22.49	11.68	6.46	4.65	3.52	48.81
38	เพชรบุรี	22.76	11.53	13.96	5.12	4.63	57.99
39	เพชรบูรณ์	17.81	12.06	6.81	4.79	3.42	44.89
40	แพร่	30.93	13.55	9.96	5.77	3.50	63.70
41	ภูเก็ต	8.45	9.04	5.53	5.99	4.79	33.81
42	มหาสารคาม	38.57	12.44	9.31	5.60	3.63	69.55
43	มุกดาหาร	25.46	14.52	11.25	5.16	4.25	60.63
44	แม่ฮ่องสอน	16.47	18.13	11.30	7.10	5.95	58.95
45	ยโสธร	25.28	15.47	8.55	3.89	2.01	55.21
46	ยะลา	15.74	11.06	11.04	10.68	5.33	53.86
47	ร้อยเอ็ด	28.69	8.00	5.14	2.32	1.79	45.95

ตารางที่ 3 - 7 ร้อยละของผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่
แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ร้อยละของผลงานรายใหม่แยกตามปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	

48	ระนอง	28.40	13.36	6.05	5.02	5.16	58.00
49	ระยอง	12.36	7.43	7.36	6.43	5.05	38.62
50	ราชบุรี	32.38	9.71	6.46	3.99	3.94	56.48
51	ลพบุรี	20.92	13.32	6.44	4.38	3.47	48.53
52	ลำปาง	23.89	11.13	10.32	5.28	3.55	54.17
53	ลำพูน	29.93	16.34	10.14	6.07	4.74	67.22
54	เลย	34.84	14.40	6.98	6.79	7.12	70.13
55	ศรีสะเกษ	28.03	16.01	9.45	4.91	2.81	61.21
56	สกลนคร	29.23	17.17	9.93	5.73	2.58	64.63
57	สงขลา	15.10	11.11	9.49	5.84	5.32	46.86
58	สตูล	8.59	6.98	9.20	6.38	3.88	35.03
59	สมุทรปราการ	13.68	9.76	5.63	4.47	4.56	38.10
60	สมุทรสงคราม	21.20	13.24	7.67	5.62	3.22	50.96
61	สมุทรสาคร	28.70	27.97	17.45	10.51	7.17	91.80
62	สระแก้ว	19.64	12.55	5.79	4.75	2.04	44.78
63	สระบุรี	14.71	10.12	7.41	4.63	4.18	41.05
64	สิงห์บุรี	25.12	17.71	6.94	7.37	3.67	60.81
65	สุโขทัย	23.67	14.70	9.17	5.32	3.58	56.44
66	สุพรรณบุรี	46.05	19.57	12.59	6.23	6.23	90.68
67	สุราษฎร์ธานี	12.53	8.00	5.84	4.67	2.89	33.92
68	สุรินทร์	27.38	17.95	7.61	5.55	3.72	62.21
69	หนองคาย	13.30	9.08	5.16	2.81	1.74	32.07
70	หนองบัวลำภู	32.13	17.61	9.18	6.32	6.36	71.60
71	อ่างทอง	24.25	12.77	11.35	5.82	2.63	56.82
72	อำนาจเจริญ	24.80	10.82	3.53	3.75	1.92	44.82
73	อุดรธานี	26.60	14.11	8.85	5.46	3.54	58.57

ตารางที่ 3 - 7 ร้อยละของผลงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่
แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ร้อยละของผลงานรายใหม่แยกตามปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
74	อุดรดิตถ์	19.58	12.61	9.66	5.56	3.28	50.69
75	อุทัยธานี	33.48	12.29	6.26	4.74	3.12	59.89

76	อุบลราชธานี	24.65	26.16	11.11	6.27	4.22	72.41
รวมทั้งประเทศ		22.64	13.66	8.43	5.42	3.78	53.92

ผลผิดปกติที่ได้จากการคัดกรอง Pap Smear รวมทั้ง 5 ปี ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 – 2557 มีจำนวนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น จำนวน 7,637,226 ราย พบผลผิดปกติ จำนวนทั้งสิ้น 101,555 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.33 พบในระยะผิดปกติ แบบ Low Grade มากที่สุด จำนวน 67,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.88 รองลงมา คือ High Grade จำนวน 30,761 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.40 และ Cancer จำนวน 3,699 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.05 หากดูจากข้อมูลพบว่า ในรอบ 5 ปี ของการคัดกรองร้อยละของการคัดกรองที่พบผลผิดปกติทั้ง 3 ระยะ มีความใกล้เคียงกันในแต่ละปี สะท้อนถึงการตรวจคัดกรองที่ค่อนข้างมีคุณภาพ ปรากฏดังตารางที่ 3 - 8

ตารางที่ 3 - 8 ผลผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลจากการคัดกรอง	2553	2554	2555	2556	2557	รวมทั้งหมด
คัดกรองทั้งหมด	2,168,248	1,713,490	1,500,413	1,247,051	1,008,024	7,637,226
ผลผิดปกติทั้งหมด	24,396 1.13	22,681 1.32	21,460 1.43	17,545 1.41	15,473 1.53	101,555 1.33
Low Grade	15,012 0.69	14,825 0.87	14,630 0.98	12,015 0.96	10,643 1.06	67,125 0.88
High Grade	8,326 0.38	7,035 0.41	6,096 0.41	4,958 0.40	4,346 0.43	30,761 0.40
Cancer	1,058 0.05	821 0.05	734 0.05	572 0.05	484 0.05	3,669 0.05

การคัดกรองทั้งหมด 7,637,226 ราย และพบผลผิดปกติ ทั้งหมด 101,555 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.33 จังหวัดที่มีผลผิดปกติจากการคัดกรองมากที่สุด คือ จังหวัดหนองคาย ร้อยละ 5.81 รองลงมา คือ ระนอง ร้อยละ 5.7 และภูเก็ต ร้อยละ 5.19 ปรากฏดังตารางที่ 3 - 9

ตารางที่ 3 - 9 จำนวนและร้อยละผลผิดปกติจากการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรายจังหวัด

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนคัดกรอง	ผลผิดปกติทั้งหมด		ร้อยละแยก Grade		
			จำนวน	ร้อยละ	Low	High	Cancer
1	กระบี่	26,127	213	0.82	0.49	0.28	0.04
2	กาญจนบุรี	110,262	2,161	1.96	1.24	0.60	0.12

3	กาฬสินธุ์	150,262	909	0.60	0.35	0.20	0.05
4	กำแพงเพชร	93,124	1,005	1.08	0.55	0.49	0.04
5	ขอนแก่น	279,616	2,505	0.90	0.60	0.27	0.02
6	จันทบุรี	69,467	1,069	1.54	0.88	0.63	0.03
7	ฉะเชิงเทรา	74,636	282	0.38	0.21	0.13	0.03
8	ชลบุรี	173,646	4,017	2.31	1.47	0.72	0.12
9	ชัยนาท	50,033	510	1.02	0.43	0.37	0.23
10	ชัยภูมิ	134,348	1,418	1.06	0.63	0.38	0.04
11	ชุมพร	42,788	442	1.03	0.74	0.26	0.04
12	เชียงราย	231,389	4,831	2.09	1.33	0.71	0.04
13	เชียงใหม่	225,454	1,907	0.85	0.43	0.39	0.03
14	ตรัง	68,186	529	0.78	0.49	0.26	0.03
15	ตราด	20,025	396	1.98	1.39	0.53	0.05
16	ตาก	56,935	1,131	1.99	1.53	0.42	0.04
17	นครนายก	35,055	399	1.14	0.56	0.44	0.14
18	นครปฐม	100,232	1,708	1.70	1.16	0.49	0.05
19	นครพนม	164,816	565	0.34	0.20	0.14	0.01
20	นครราชสีมา	405,885	2,615	0.64	0.36	0.27	0.02
21	นครศรีธรรมราช	95,790	1,099	1.15	0.66	0.43	0.05
22	นครสวรรค์	143,795	5,436	3.78	2.54	1.17	0.07
23	นนทบุรี	76,776	826	1.08	0.58	0.45	0.04

ตารางที่ 3 - 9 จำนวนและร้อยละผลผิดปกติจากการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรายจังหวัด (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน คัดกรอง	ผลผิดปกติทั้งหมด		ร้อยละแยก Grade		
			จำนวน	ร้อยละ	Low	High	Cancer
24	นราธิวาส	48,651	217	0.45	0.27	0.15	0.03
25	น่าน	88,514	1,371	1.55	1.05	0.45	0.05
26	บึงกาฬ	52,801	1,148	2.17	1.82	0.34	0.02
27	บุรีรัมย์	199,520	1,631	0.82	0.57	0.21	0.04
28	ปทุมธานี	59,572	1,027	1.72	1.07	0.56	0.10
29	ประจวบคีรีขันธ์	56,630	1,153	2.04	1.20	0.73	0.10
30	ปราจีนบุรี	48,458	367	0.76	0.38	0.34	0.04

31	ปัตตานี	60,618	289	0.48	0.25	0.19	0.03
32	พระนครศรีอยุธยา	89,154	890	1.00	0.49	0.47	0.04
33	พะเยา	134,584	1,621	1.20	0.74	0.44	0.02
34	พังงา	18,444	341	1.85	1.12	0.67	0.06
35	พัทลุง	72,140	1,114	1.54	1.21	0.28	0.06
36	พิจิตร	82,269	2,006	2.44	1.87	0.53	0.04
37	พิษณุโลก	94,995	346	0.36	0.14	0.17	0.05
38	เพชรบุรี	62,996	562	0.89	0.44	0.36	0.08
39	เพชรบูรณ์	154,303	2,166	1.40	1.09	0.27	0.04
40	แพร่	76,884	1,036	1.35	0.72	0.57	0.05
41	ภูเก็ต	23,098	1,198	5.19	3.58	1.41	0.20
42	มหาสารคาม	164,002	2,029	1.24	0.63	0.58	0.03
43	มุกดาหาร	43,646	211	0.48	0.23	0.22	0.03
44	แม่ฮ่องสอน	26,535	176	0.66	0.44	0.21	0.01
45	ยโสธร	86,039	287	0.33	0.16	0.14	0.04
46	ยะลา	42,615	295	0.69	0.42	0.22	0.05
47	ร้อยเอ็ด	154,738	1,404	0.91	0.57	0.29	0.05
48	ระนอง	20,083	1,138	5.67	4.50	1.01	0.16
49	ระยอง	56,902	1,986	3.49	2.58	0.86	0.05
50	ราชบุรี	97,598	1,361	1.39	0.84	0.50	0.05

ตารางที่ 3 - 9 จำนวนและร้อยละผลผลิตตกจากการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในราย
จังหวัด (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวน คัดกรอง	ผลผลิตปกติทั้งหมด		ร้อยละแยก Grade		
			จำนวน	ร้อยละ	Low	High	Cancer
51	ลพบุรี	71,700	1,207	1.68	1.09	0.51	0.08
52	ลำปาง	97,182	631	0.65	0.45	0.18	0.01
53	ลำพูน	83,338	436	0.52	0.24	0.26	0.03
54	เลย	100,304	2,226	2.22	1.43	0.72	0.07
55	ศรีสะเกษ	203,759	2,497	1.23	0.84	0.34	0.05
56	สกลนคร	206,031	1,437	0.70	0.40	0.26	0.03
57	สงขลา	127,623	2,544	1.99	1.36	0.54	0.09
58	สตูล	17,129	181	1.06	0.61	0.39	0.06

59	สมุทรปราการ	109,511	2,179	1.99	1.29	0.58	0.11
60	สมุทรสงคราม	22,184	835	3.76	3.48	0.24	0.05
61	สมุทรสาคร	95,930	1,105	1.15	0.70	0.42	0.04
62	สระแก้ว	58,070	366	0.63	0.31	0.27	0.05
63	สระบุรี	77,645	3,924	5.05	3.69	1.22	0.14
64	สิงห์บุรี	28,704	177	0.62	0.37	0.17	0.08
65	สุโขทัย	82,874	757	0.91	0.56	0.29	0.06
66	สุพรรณบุรี	156,982	1,521	0.97	0.52	0.38	0.07
67	สุราษฎร์ธานี	80,827	2,686	3.32	2.34	0.92	0.06
68	สุรินทร์	195,125	2,460	1.26	1.01	0.23	0.02
69	หนองคาย	100,971	5,867	5.81	5.05	0.72	0.04
70	หนองบัวลำภู	94,506	594	0.63	0.40	0.22	0.01
71	อ่างทอง	38,890	441	1.13	0.79	0.29	0.05
72	อำนาจเจริญ	42,540	372	0.87	0.63	0.23	0.02
73	อุดรธานี	237,583	1,670	0.70	0.46	0.23	0.02
74	อุตรดิตถ์	61,097	303	0.50	0.25	0.13	0.12
75	อุทัยธานี	39,032	425	1.09	0.52	0.49	0.08
76	อุบลราชธานี	263,253	1,371	0.52	0.37	0.12	0.03
รวม		7,637,226	101,555	1.33	0.88	0.40	0.05

ข้อมูลรอบเวลาเฉลี่ยการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear จากวันที่ป้ายถึงวันที่รายงานผล ในภาพรวมของประเทศ ปี พ.ศ. 2553 ค่าเฉลี่ย 41.65 วัน ปี พ.ศ. 2554 ค่าเฉลี่ย 30.18 วัน ปี พ.ศ. 2555 ค่าเฉลี่ย 28.05 วัน ปี พ.ศ. 2556 ค่าเฉลี่ย 26.80 วัน และ ปี พ.ศ. 2557 ค่าเฉลี่ย 25.76 พบว่ารอบเวลาเฉลี่ยมีแนวโน้มที่ลดลงเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงการบริหารจัดการระบบการคัดกรองของในแต่ละจังหวัด การรายงานผลการคัดกรองและการอ่านผลเซลล์ที่รวดเร็วขึ้น เป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ที่พบผลผิดปกติ ให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มเติมและรับการรักษาได้ทันเวลามากขึ้น ปรากฏดังตารางที่ 3 - 10

ตารางที่ 3 - 10 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear สรุปวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล

ลำดับ	จังหวัด	รอบเวลาเฉลี่ยจากวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล				
		2553	2554	2555	2556	2557
1	กระบี่	33.22	35.16	21.89	19.26	23.31
2	กาญจนบุรี	28.59	25.72	23.80	23.89	19.66
3	กาฬสินธุ์	68.90	24.23	36.15	58.62	51.83

4	กำแพงเพชร	37.62	33.55	32.82	37.64	30.83
5	ขอนแก่น	35.11	57.46	54.04	50.80	29.58
6	จันทบุรี	18.77	29.02	9.02	9.60	9.91
7	ฉะเชิงเทรา	26.74	20.74	20.73	15.85	20.77
8	ชลบุรี	16.46	12.57	13.37	14.19	13.08
9	ชัยนาท	35.40	42.89	39.80	26.61	22.12
10	ชัยภูมิ	86.99	37.09	38.03	35.25	46.21
11	ชุมพร	44.16	47.45	29.50	46.44	36.70
12	เชียงราย	16.18	15.20	15.59	16.21	16.33
13	เชียงใหม่	31.03	26.35	23.41	23.32	26.33
14	ตรัง	60.13	44.62	30.42	24.53	24.86
15	ตราด	33.34	32.51	17.81	23.12	19.63
16	ตาก	39.70	33.17	42.13	36.03	31.82
17	นครนายก	6.10	7.31	5.45	6.32	7.60
18	นครปฐม	41.31	13.73	11.53	11.42	12.17
19	นครพนม	34.73	35.52	30.15	31.59	26.71

ตารางที่ 3 - 10 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear สรุปวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	รอบเวลาเฉลี่ยจากวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล				
		2553	2554	2555	2556	2557
20	นครราชสีมา	61.88	30.65	24.10	26.69	23.78
21	นครศรีธรรมราช	42.35	33.21	36.38	26.75	30.48
22	นครสวรรค์	40.27	35.41	43.62	35.28	48.15
23	นนทบุรี	14.86	13.30	15.65	11.97	10.57
24	นราธิวาส	20.70	16.50	30.08	29.27	23.01
25	น่าน	65.26	36.99	17.52	16.15	18.71
26	บึงกาฬ		28.90	33.11	28.66	26.99
27	บุรีรัมย์	61.41	46.69	46.21	40.94	36.44
28	ปทุมธานี	23.12	17.53	18.52	12.45	10.05
29	ประจวบคีรีขันธ์	23.65	27.84	18.03	17.85	17.68
30	ปราจีนบุรี	33.52	29.14	23.25	23.50	18.15
31	ปัตตานี	30.42	29.29	29.82	36.21	29.86

32	พระนครศรีอยุธยา	21.95	17.50	16.81	16.17	15.09
33	พะเยา	37.36	40.95	31.17	30.74	37.71
34	พังงา	30.85	34.56	33.25	23.11	23.92
35	พัทลุง	34.97	27.81	25.72	29.89	32.54
36	พิจิตร	73.17	24.79	28.35	24.72	20.93
37	พิษณุโลก	35.48	38.57	38.03	46.78	45.14
38	เพชรบุรี	18.90	15.95	19.17	11.26	11.54
39	เพชรบูรณ์	57.02	23.43	24.20	22.29	20.55
40	แพร่	45.45	18.95	16.11	19.14	17.58
41	ภูเก็ต	5.85	7.32	7.80	8.42	8.14
42	มหาสารคาม	58.55	25.89	20.57	24.35	29.31
43	มุกดาหาร	61.19	80.13	46.67	20.75	22.05
44	แม่ฮ่องสอน	42.34	45.01	34.99	30.47	33.34
45	ยโสธร	127.98	40.55	28.68	26.15	21.79
46	ยะลา	38.90	18.82	19.76	19.05	18.01

ตารางที่ 3 - 10 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average turn around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear สรุปวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	รอบเวลาเฉลี่ยจากวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล				
		2553	2554	2555	2556	2557
47	ร้อยเอ็ด	47.25	33.45	27.49	23.15	21.70
48	ระนอง	14.04	34.18	29.02	16.35	19.03
49	ระยอง	18.47	29.30	46.34	28.46	22.25
50	ราชบุรี	26.35	18.73	23.30	19.15	18.96
51	ลพบุรี	49.96	34.15	24.82	25.12	24.72
52	ลำปาง	92.93	29.44	31.56	29.02	25.15
53	ลำพูน	25.83	26.08	26.75	26.94	29.16
54	เลย	56.98	63.42	78.04	80.29	35.91
55	ศรีสะเกษ	61.65	40.02	31.12	30.03	34.60
56	สกลนคร	34.58	27.39	38.44	31.00	31.39
57	สงขลา	19.73	17.25	17.57	18.57	23.05
58	สตูล	13.26	21.98	28.76	28.78	25.33
59	สมุทรปราการ	29.77	22.55	22.40	36.40	24.96

60	สมุทรสงคราม	23.34	24.62	22.82	22.75	20.47
61	สมุทรสาคร	14.42	12.44	13.81	16.91	12.37
62	สระแก้ว	64.82	38.18	30.84	34.64	26.27
63	สระบุรี	22.12	18.67	19.78	14.79	19.96
64	สิงห์บุรี	35.55	37.67	40.35	18.65	14.71
65	สุโขทัย	97.34	22.47	27.91	32.43	23.14
66	สุพรรณบุรี	71.42	37.62	35.00	41.94	28.39
67	สุราษฎร์ธานี	53.09	24.65	25.13	23.86	17.69
68	สุรินทร์	74.44	62.96	45.58	50.61	41.76
69	หนองคาย	29.32	26.91	27.50	21.92	22.99
70	หนองบัวลำภู	54.45	28.80	20.11	44.95	29.11
71	อ่างทอง	30.19	31.39	51.93	30.09	19.90
72	อำนาจเจริญ	21.85	26.07	18.66	27.26	18.78
73	อุดรธานี	30.55	24.35	19.94	22.23	18.19

ตารางที่ 3 - 10 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear สรุปวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	รอบเวลาเฉลี่ยจากวันที่ป้ายจนถึงวันที่รายงานผล				
		2553	2554	2555	2556	2557
73	อุดรธานี	30.55	24.35	19.94	22.23	18.19
74	อุดรดิตถ์	30.35	18.53	13.55	13.69	13.31
75	อุทัยธานี	102.91	46.16	42.60	28.19	23.12
76	อุบลราชธานี	74.82	34.46	27.12	28.91	29.79
รวม		41.65	30.18	28.05	26.80	25.76

เมื่อนำรอบเวลาเฉลี่ยมาแจกแจงในรายละเอียดของเวลาเฉลี่ยแต่ละขั้นตอน จากวันที่ป้ายถึงวันที่หน่วยอ่านได้รับสไลด์ (Obtain to Receive) สะท้อนถึงกระบวนการจัดการของหน่วยป้าย ในปี พ.ศ. 2557 มี 16 จังหวัด ที่สามารถป้ายและส่งสไลด์ให้หน่วยอ่านภายใน 1 สัปดาห์ จากวันที่หน่วยอ่านรับสไลด์ถึงวันที่รายงานผล (Receive to Report) สะท้อนถึงกระบวนการจัดการของหน่วยเซลล์วิทยาในปี พ.ศ. 2557 มี 11 จังหวัด ที่สามารถรายงานผลการอ่านเซลล์ได้ภายใน 1 สัปดาห์ จากวันที่ป้ายถึงวันที่รายงานผล (Obtain to Report) สะท้อนถึงกระบวนการจัดการของจังหวัด ในปี พ.ศ. 2557 มี จำนวน 62 จังหวัด ที่มีกระบวนการจัดการน้อยกว่า 1 เดือน หากมองในรายละเอียดของแต่ละขั้นตอน ก็จะสามารถทำให้ทราบถึงขั้นตอนที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น ในจังหวัดพะเยา หน่วยอ่านใช้เวลาเฉลี่ยในการส่งสไลด์ให้กับหน่วยอ่าน เพียง 8.29 วัน แต่เมื่อไปถึงหน่วยอ่านแล้ว พบว่า หน่วยอ่านใช้เวลาเฉลี่ย ถึง 30.43 วัน ในการอ่านผลเซลล์ ทำให้ค่าเฉลี่ยรวมมีตัวเลขที่สูง อีกจังหวัด คือ จังหวัดนครนายก เมื่อดูในส่วนของรอบเฉลี่ยในการส่งสไลด์ให้หน่วยอ่าน ใช้

เวลาเฉลี่ย 3.08 วัน และใช้เวลาเฉลี่ยในการอ่านสไลด์ 5.52 จึงทำให้รอบเวลาเฉลี่ยรวม 7.60 วัน ปรากฏดังตารางที่ 3 - 11

ตารางที่ 3 - 11 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยดูแต่ละขั้นตอนในวิธี Pap Smear ปีงบประมาณ 2557

ลำดับ	จังหวัด	วันที่ป้ายถึงวันที่ หน่วยอ่านได้รับ	วันที่หน่วยอ่าน ได้รับถึงวันที่ รายงานผล	วันที่ป้ายถึงวันที่ รายงานผล
1	กระบี่	13.04	11.27	23.31
2	กาญจนบุรี	11.67	8.99	19.66
3	กาฬสินธุ์	18.16	34.66	51.83

ตารางที่ 3 - 11 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยดูแต่ละขั้นตอนในวิธี Pap Smear ปีงบประมาณ 2557(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	วันที่ป้ายถึงวันที่ หน่วยอ่านได้รับ	วันที่หน่วยอ่าน ได้รับถึงวันที่ รายงานผล	วันที่ป้ายถึงวันที่ รายงานผล
4	กำแพงเพชร	17.44	14.39	30.83
5	ขอนแก่น	21.97	8.62	29.58
6	จันทบุรี	5.00	5.91	9.91
7	ฉะเชิงเทรา	8.91	12.86	20.77
8	ชลบุรี	4.83	9.25	13.08
9	ชัยนาท	17.88	5.23	22.12
10	ชัยภูมิ	22.98	24.23	46.21
11	ชุมพร	14.14	23.56	36.70
12	เชียงราย	9.01	8.32	16.33
13	เชียงใหม่	13.87	13.47	26.33
14	ตรัง	12.37	13.49	24.86
15	ตราด	10.86	9.77	19.63
16	ตาก	10.47	22.34	31.82
17	นครนายก	3.08	5.52	7.60
18	นครปฐม	7.41	5.76	12.17
19	นครพนม	23.18	4.53	26.71
20	นครราชสีมา	18.80	5.98	23.78

21	นครศรีธรรมราช	13.76	17.72	30.48
22	นครสวรรค์	14.45	34.70	48.15
23	นนทบุรี	3.51	8.07	10.57
24	นราธิวาส	15.96	8.05	23.01
25	น่าน	9.64	10.08	18.71
26	บึงกาฬ	23.91	4.07	26.99
27	บุรีรัมย์	25.35	12.09	36.44
28	ปทุมธานี	3.94	7.10	10.05
29	ประจวบคีรีขันธ์	9.46	9.23	17.68

ตารางที่ 3 - 11 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยดูแต่ละขั้นตอนในวิธี Pap Smear ปีงบประมาณ 2557 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	วันที่ป้ายถึงวันที่ หน่วยอ่านได้รับ	วันที่หน่วยอ่าน ได้รับถึงวันที่ รายงานผล	วันที่ป้ายถึงวันที่ รายงานผล
30	ปราจีนบุรี	5.43	13.72	18.15
31	ปัตตานี	16.74	14.13	29.86
32	พระนครศรีอยุธยา	8.16	7.93	15.09
33	พะเยา	8.29	30.43	37.71
34	พังงา	12.78	12.14	23.92
35	พัทลุง	8.66	24.87	32.54
36	พิจิตร	14.67	7.26	20.93
37	พิษณุโลก	21.08	25.06	45.14
38	เพชรบุรี	4.88	7.66	11.54
39	เพชรบูรณ์	12.07	9.48	20.55
40	แพร่	8.52	10.06	17.58
41	ภูเก็ต	3.35	5.79	8.14
42	มหาสารคาม	14.75	15.56	29.31
43	มุกดาหาร	13.29	9.76	22.05
44	แม่ฮ่องสอน	21.65	12.70	33.34
45	ยโสธร	16.12	6.67	21.79
46	ยะลา	10.97	8.04	18.01
47	ร้อยเอ็ด	11.06	11.64	21.70
48	ระนอง	6.62	13.41	19.03

49	ระยอง	5.94	17.30	22.25
50	ราชบุรี	5.72	14.24	18.96
51	ลพบุรี	16.83	8.90	24.72
52	ลำปาง	18.74	7.41	25.15
53	ลำพูน	14.48	15.68	29.16
54	เลย	14.52	22.39	35.91
55	ศรีสะเกษ	22.51	13.09	34.60

ตารางที่ 3 - 11 รายงานรอบเวลาเฉลี่ย (Average Turn Around) ที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยดูแต่ละขั้นตอนในวิธี Pap Smear ปีงบประมาณ 2557 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	วันที่ป้ายถึงวันที่ หน่วยอ่านได้รับ	วันที่หน่วยอ่านได้รับ ถึงวันที่รายงานผล	วันที่ป้ายถึงวันที่ รายงานผล
56	สกลนคร	17.44	14.95	31.39
57	สงขลา	14.71	9.34	23.05
58	สตูล	16.81	9.51	25.33
59	สมุทรปราการ	15.13	10.82	24.96
60	สมุทรสงคราม	4.35	17.12	20.47
61	สมุทรสาคร	5.59	7.78	12.37
62	สระแก้ว	14.07	13.19	26.27
63	สระบุรี	8.11	12.85	19.96
64	สิงห์บุรี	4.54	11.17	14.71
65	สุโขทัย	14.70	9.44	23.14
66	สุพรรณบุรี	15.12	14.27	28.39
67	สุราษฎร์ธานี	11.03	7.66	17.69
68	สุรินทร์	23.22	19.53	41.76
69	หนองคาย	18.25	5.74	22.99
70	หนองบัวลำภู	21.00	9.11	29.11
71	อ่างทอง	5.39	15.51	19.90
72	อำนาจเจริญ	6.94	12.84	18.78
73	อุดรธานี	12.12	7.07	18.19
74	อุดรดิตถ์	10.64	3.67	13.31
75	อุทัยธานี	9.62	14.50	23.12
76	อุบลราชธานี	18.80	11.99	29.79
รวม		13.54	13.22	25.76

ผลการตรวจสอบร้อยละของการทำ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพ โดยเฉลี่ย 5 ปี อยู่ที่ ร้อยละ 0.47 ในภาพรวมไม่มีความแตกต่างกันมากในแต่ละจังหวัดหรือแต่ละปี ดังตารางที่ 3 - 12

ตารางที่ 3 - 12 ร้อยละของการทำ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพ

ลำดับ	จังหวัด	ปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
1	กระบี่	0.22	0.17	0.30	0.58	0.15	0.28
2	กาญจนบุรี	1.05	0.00	0.15	0.46	0.48	0.44
3	กาฬสินธุ์	0.52	0.59	0.26	1.39	1.04	0.63
4	กำแพงเพชร	0.50	0.29	0.16	0.23	0.23	0.31
5	ขอนแก่น	0.55	0.12	0.27	0.53	1.00	0.45
6	จันทบุรี	0.76	2.04	0.20	0.16	0.23	0.72
7	ฉะเชิงเทรา	0.05	0.11	0.01	0.01	0.22	0.07
8	ชลบุรี	0.03	0.05	0.01	0.05	0.01	0.03
9	ชัยนาท	0.81	0.11	0.96	1.10	1.80	0.86
10	ชัยภูมิ	1.47	0.14	0.43	0.60	0.55	0.72
11	ชุมพร	0.52	2.36	0.70	0.27	0.74	1.00
12	เชียงราย	0.76	0.23	0.22	0.35	0.36	0.41
13	เชียงใหม่	0.22	0.36	0.11	0.06	0.14	0.19
14	ตรัง	0.25	0.77	0.45	0.46	0.15	0.43
15	ตราด	0.06	1.42	0.22	0.22	0.00	0.39
16	ตาก	0.78	0.36	0.45	1.09	0.54	0.61
17	นครนายก	0.38	0.34	0.17	1.02	0.30	0.43
18	นครปฐม	0.25	0.13	0.03	0.05	0.05	0.13
19	นครพนม	0.83	0.90	0.43	0.24	0.99	0.67
20	นครราชสีมา	0.84	0.78	0.49	0.90	0.57	0.72
21	นครศรีธรรมราช	1.28	1.13	0.10	0.94	0.81	0.84
22	นครสวรรค์	0.12	0.23	0.07	0.24	0.13	0.16
23	นนทบุรี	0.14	0.13	0.02	0.01	0.05	0.08
24	นราธิวาส	0.03	0.25	0.63	0.83	0.19	0.40
25	น่าน	0.18	0.36	0.50	1.05	1.53	0.65

26	บึงกาฬ	0.00	0.55	0.66	0.57	0.22	0.40
27	บุรีรัมย์	1.05	0.88	0.58	1.19	1.15	0.95
28	ปทุมธานี	0.19	0.06	0.12	0.07	0.28	0.16

ตารางที่ 3 - 12 ร้อยละของการทำ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
29	ประจวบคีรีขันธ์	0.48	0.33	0.27	0.42	0.59	0.40
30	ปราจีนบุรี	0.05	0.12	0.14	0.20	0.12	0.11
31	ปัตตานี	1.35	1.37	0.81	2.55	3.68	1.69
32	พระนครศรีอยุธยา	0.22	0.05	0.01	0.06	0.09	0.10
33	พะเยา	0.69	0.60	0.46	1.12	0.69	0.72
34	พังงา	1.80	2.81	0.24	1.21	0.40	1.70
35	พัทลุง	0.11	0.03	0.03	0.03	0.02	0.06
36	พิจิตร	0.65	0.41	0.53	0.57	0.82	0.59
37	พิษณุโลก	0.07	0.04	0.09	0.01	0.03	0.05
38	เพชรบุรี	0.02	0.33	0.07	0.14	0.21	0.14
39	เพชรบูรณ์	0.51	0.31	0.13	0.13	0.08	0.25
40	แพร่	0.94	0.41	0.55	0.66	0.31	0.63
41	ภูเก็ต	0.91	1.39	0.46	1.21	0.49	0.93
42	มหาสารคาม	1.86	0.87	0.59	0.90	1.41	1.25
43	มุกดาหาร	0.16	0.37	0.10	0.51	0.11	0.23
44	แม่ฮ่องสอน	0.47	0.83	0.64	0.37	0.37	0.58
45	ยโสธร	0.73	0.31	0.12	0.10	0.21	0.37
46	ยะลา	0.41	0.89	0.66	1.77	3.35	1.26
47	ร้อยเอ็ด	0.41	0.24	0.27	0.34	0.19	0.33
48	ระนอง	0.10	0.18	0.19	0.12	0.33	0.16
49	ระยอง	2.24	0.17	0.19	0.28	0.27	0.66
50	ราชบุรี	0.11	0.18	0.34	0.50	0.22	0.21
51	ลพบุรี	0.61	0.64	0.34	0.50	0.35	0.53
52	ลำปาง	0.50	0.43	0.36	0.27	0.20	0.39
53	ลำพูน	0.17	0.13	0.01	0.01	0.00	0.07
54	เลย	0.23	0.10	0.13	0.42	0.18	0.21

55	ศรีสะเกษ	0.42	0.35	0.19	0.19	0.59	0.34
56	สกลนคร	1.33	1.45	1.11	1.23	2.27	1.37

ตารางที่ 3 - 12 ร้อยละของการทำ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ปีงบประมาณ					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
57	สงขลา	0.38	0.34	0.31	0.38	0.60	0.40
58	สตูล	0.85	1.15	0.11	0.22	0.12	0.47
59	สมุทรปราการ	0.20	0.29	0.22	0.50	0.11	0.26
60	สมุทรสงคราม	0.08	0.02	0.00	0.03	0.04	0.04
61	สมุทรสาคร	0.09	0.05	0.12	0.20	0.17	0.11
62	สระแก้ว	2.81	1.40	0.05	0.55	0.65	1.50
63	สระบุรี	0.43	0.50	0.17	0.27	0.29	0.34
64	สิงห์บุรี	0.07	0.09	0.00	0.02	0.03	0.05
65	สุโขทัย	0.24	0.45	0.18	0.46	0.51	0.34
66	สุพรรณบุรี	0.10	0.48	0.40	0.05	0.19	0.24
67	สุราษฎร์ธานี	0.85	0.61	0.63	0.91	0.41	0.71
68	สุรินทร์	0.18	0.33	0.72	0.34	0.34	0.36
69	หนองคาย	0.43	0.45	0.43	0.31	0.46	0.42
70	หนองบัวลำภู	0.56	0.28	0.16	0.19	0.10	0.30
71	อ่างทอง	0.45	0.72	0.41	0.83	0.66	0.59
72	อำนาจเจริญ	0.79	0.61	0.11	0.09	0.14	0.53
73	อุดรธานี	0.15	0.09	0.14	0.18	0.11	0.14
74	อุดรดิตถ์	0.28	0.07	0.09	0.20	0.17	0.16
75	อุทัยธานี	0.63	0.74	0.18	0.31	0.23	0.51
76	อุบลราชธานี	0.30	0.21	0.17	0.26	0.15	0.23
รวม		0.56	0.45	0.32	0.48	0.5	0.47

จากจำนวนการคัดกรองทั้งหมด จำนวน 7,637,226 ราย มีผลผิดปกติ จำนวน 101,555 ราย มีข้อมูลการส่งต่อผลในรายที่พบผลผิดปกติ จำนวน 9,582 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.44 ได้รับการวินิจฉัยด้วยการทำ Colposcopy จำนวน 5,092 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.01 จากข้อมูลเห็นได้ว่า จังหวัดพิษณุโลกเป็นจังหวัดที่มีอัตราการส่งต่อผู้ที่มีผลผิดปกติและทำการการวินิจฉัยด้วยการทำ Colposcopy อยู่ในระดับที่ดี คือ พบได้ร้อยละ 28.32 และ 39.60 ตามลำดับ มีเพียง 3 จังหวัด ปรากฏดังตารางที่ 3 - 13

ตารางที่ 3 - 13 จำนวนและร้อยละของผลผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและทำ Colposcopy

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานคัดกรอง พ.ศ. 2553-2557	ผลผิดปกติ		ได้รับการส่งต่อ Refer		การทำ Colposcopy	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1	กระบี่	26,127	213	0.82	60	28.17	0	0.00
2	กาญจนบุรี	110,262	2,161	1.96	120	5.55	45	2.08
3	กาฬสินธุ์	150,262	909	0.60	292	32.12	0	0.00
4	กำแพงเพชร	93,124	1,005	1.08	171	17.01	2	0.20
5	ขอนแก่น	279,616	2,505	0.90	65	2.59	2	0.08
6	จันทบุรี	69,467	1,069	1.54	64	5.99	0	0.00
7	ฉะเชิงเทรา	74,636	282	0.38	57	20.21	19	6.74
8	ชลบุรี	173,646	4,017	2.31	474	11.80	485	12.07
9	ชัยนาท	50,033	510	1.02	93	18.24	0	0.00
10	ชัยภูมิ	134,348	1,418	1.06	31	2.19	265	18.69
11	ชุมพร	42,788	442	1.03	1	0.23	0	0.00
12	เชียงราย	231,389	4,831	2.09	251	5.20	279	5.78
13	เชียงใหม่	225,454	1,907	0.85	390	20.45	253	13.27
14	ตรัง	68,186	529	0.78	24	4.54	0	0.00
15	ตราด	20,025	396	1.98	17	4.29	0	0.00
16	ตาก	56,935	1,131	1.99	19	1.68	20	1.77
17	นครนายก	35,055	399	1.14	50	12.53	0	0.00
18	นครปฐม	100,232	1,708	1.70	516	30.21	83	4.86
19	นครพนม	164,816	565	0.34	19	3.36	0	0.00
20	นครราชสีมา	405,885	2,615	0.64	53	2.03	15	0.57
21	นครศรีธรรม-ราช	95,790	1,099	1.15	125	11.37	20	1.82
22	นครสวรรค์	143,795	5,436	3.78	1031	18.97	0	0.00
23	นนทบุรี	76,776	826	1.08	81	9.81	2	0.24
24	นราธิวาส	48,651	217	0.45	0	0.00	0	0.00
25	น่าน	88,514	1,371	1.55	155	11.31	1	0.07
26	บึงกาฬ	52,801	1,148	2.17	172	14.98	8	0.70

ตารางที่ 3 - 13 จำนวนและร้อยละของผลผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและทำ Colposcopy (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานคัดกรอง พ.ศ.	ผลผิดปกติ	ได้รับการส่งต่อ Refer	การทำ Colposcopy
-------	---------	-------------------	-----------	-----------------------	------------------

		2553-2557	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
27	บุรีรัมย์	199,520	1,631	0.82	53	3.25	259	15.88
28	ปทุมธานี	59,572	1,027	1.72	37	3.60	0	0.00
29	ประจวบคีรี- ขันธ์	56,630	1,153	2.04	56	4.86	2	0.17
30	ปราจีนบุรี	48,458	367	0.76	41	11.17	0	0.00
31	ปัตตานี	60,618	289	0.48	23	7.96	4	1.38
32	พระนครศรี- อยุธยา	89,154	890	1.00	216	24.27	0	0.00
33	พะเยา	134,584	1,621	1.20	186	11.47	298	18.38
34	พังงา	18,444	341	1.85	15	4.40	0	0.00
35	พัทลุง	72,140	1,114	1.54	202	18.13	165	14.81
36	พิจิตร	82,269	2,006	2.44	26	1.30	37	1.84
37	พิษณุโลก	94,995	346	0.36	98	28.32	137	39.60
38	เพชรบุรี	62,996	562	0.89	92	16.37	2	0.36
39	เพชรบูรณ์	154,303	2,166	1.40	422	19.48	153	7.06
40	แพร่	76,884	1,036	1.35	89	8.59	0	0.00
41	ภูเก็ต	23,098	1,198	5.19	29	2.42	1	0.08
42	มหาสารคาม	164,002	2,029	1.24	0	0.00	763	37.60
43	มุกดาหาร	43,646	211	0.48	1	0.47	0	0.00
44	แม่ฮ่องสอน	26,535	176	0.66	12	6.82	13	7.39
45	ยโสธร	86,039	287	0.33	0	0.00	0	0.00
46	ยะลา	42,615	295	0.69	39	13.22	0	0.00
47	ร้อยเอ็ด	154,738	1,404	0.91	167	11.89	48	3.42
48	ระนอง	20,083	1,138	5.67	186	16.34	0	0.00
49	ระยอง	56,902	1,986	3.49	294	14.80	0	0.00
50	ราชบุรี	97,598	1,361	1.39	98	7.20	12	0.88
51	ลพบุรี	71,700	1,207	1.68	78	6.46	3	0.25

ตารางที่ 3 - 13 จำนวนและร้อยละของผลผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและทำ Colposcopy (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานคัด กรอง พ.ศ. 2553-2557	ผลผิดปกติ		ได้รับการส่งต่อ Refer		การทำ Colposcopy	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ

52	ลำปาง	97,182	631	0.65	18	2.85	0	0.00
53	ลำพูน	83,338	436	0.52	20	4.59	1	0.23
54	เลย	100,304	2,226	2.22	41	1.84	71	3.19
55	ศรีสะเกษ	203,759	2,497	1.23	54	2.16	0	0.00
56	สกลนคร	206,031	1,437	0.70	22	1.53	0	0.00
57	สงขลา	127,623	2,544	1.99	126	4.95	13	0.51
58	สตูล	17,129	181	1.06	13	7.18	1	0.55
59	สมุทรปราการ	109,511	2,179	1.99	81	3.72	8	0.37
60	สมุทรสงคราม	22,184	835	3.76	102	12.22	4	0.48
61	สมุทรสาคร	95,930	1,105	1.15	36	3.26	1	0.09
62	สระแก้ว	58,070	366	0.63	69	18.85	0	0.00
63	สระบุรี	77,645	3,924	5.05	427	10.88	37	0.94
64	สิงห์บุรี	28,704	177	0.62	48	27.12	10	5.65
65	สุโขทัย	82,874	757	0.91	24	3.17	5	0.66
66	สุพรรณบุรี	156,982	1,521	0.97	27	1.78	321	21.10
67	สุราษฎร์ธานี	80,827	2,686	3.32	244	9.08	9	0.34
68	สุรินทร์	195,125	2,460	1.26	198	8.05	435	17.68
69	หนองคาย	100,971	5,867	5.81	667	11.37	746	12.72
70	หนองบัวลำภู	94,506	594	0.63	12	2.02	0	0.00
71	อ่างทอง	38,890	441	1.13	78	17.69	32	7.26
72	อำนาจเจริญ	42,540	372	0.87	86	23.12	0	0.00
73	อุดรธานี	237,583	1,670	0.70	176	10.54	1	0.06
74	อุตรดิตถ์	61,097	303	0.50	35	11.55	0	0.00

ตารางที่ 3 - 13 จำนวนและร้อยละของผลผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อและทำ Colposcopy (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานคัดกรอง พ.ศ. 2553-2557	ผลผิดปกติ		ได้รับการส่งต่อ Refer		การทำ Colposcopy	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
75	อุทัยธานี	39,032	425	1.09	0	0.00	0	0.00

76	อุบลราชธานี	263,253	1,371	0.52	187	13.64	1	0.07
รวมทั้งประเทศ		7,637,226	101,555	1.33	9,582	9.44	5,092	5.01

จำนวนการคัดกรองด้วยวิธี VIA มีจังหวัดที่ทำทั้งหมด จำนวน 30 จังหวัด จังหวัดที่ทำการคัดกรองด้วยวิธี VIA มากที่สุด คือ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 18,125 ราย รองลงมา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15,939 ราย และ จังหวัดเชียงใหม่ 12,803 ราย ในส่วนของการคัดกรองด้วยวิธี VIA ปรากฏดังตารางที่ 3 - 14

ตารางที่ 3 - 14 จำนวนการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
1	กระบี่	2,924	1,099	585	315	25	4,948
2	กาญจนบุรี	0	0	0	0	0	0
3	กาฬสินธุ์	0	0	0	0	0	0
4	กำแพงเพชร	0	0	0	0	0	0
5	ขอนแก่น	0	0	0	0	0	0
6	จันทบุรี	0	0	0	0	0	0
7	ฉะเชิงเทรา	193	0	0	0	0	193
8	ชลบุรี	92	0	0	0	0	92
9	ชัยนาท	0	0	160	1,075	163	1,398
10	ชัยภูมิ	0	0	0	0	0	0
11	ชุมพร	0	0	0	0	0	0
12	เชียงราย	0	0	0	0	0	0
13	เชียงใหม่	7,365	2,383	1,459	871	725	12,803
14	ตรัง	2,457	1,663	429	244	72	4,865

ตารางที่ 3 - 14 จำนวนการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
15	ตราด	0	0	0	0	0	0
16	ตาก	779	401	105	1	0	1,286
17	นครนายก	0	0	0	0	0	0
18	นครปฐม	0	0	0	0	0	0

19	นครพนม	0	0	0	0	0	0
20	นครราชสีมา	24	2	0	0	0	26
21	นครศรีธรรมราช	7,743	3,716	2,358	912	1,210	15,939
22	นครสวรรค์	0	0	0	0	0	0
23	นนทบุรี	0	0	0	0	0	0
24	นราธิวาส	0	0	0	0	0	0
25	น่าน	2,779	1,043	705	313	147	4,987
26	บึงกาฬ	3,664	2,153	1,106	0	23	6,946
27	บุรีรัมย์	0	0	0	0	0	0
28	ปทุมธานี	0	0	0	0	0	0
29	ประจวบคีรีขันธ์	0	0	0	0	0	0
30	ปราจีนบุรี	0	0	0	0	293	293
31	ปัตตานี	0	0	0	0	0	0
32	พระนครศรีอยุธยา	50	4	0	0	302	356
33	พะเยา	0	0	0	0	0	0
34	พังงา	0	0	0	0	0	0
35	พัทลุง	0	0	0	0	0	0
36	พิจิตร	0	0	0	0	0	0
37	พิษณุโลก	0	0	0	0	0	0
38	เพชรบุรี	0	0	0	0	0	0
39	เพชรบูรณ์	166	0	0	0	0	166
40	แพร่	0	0	0	0	0	0
41	ภูเก็ต	0	0	0	0	0	0
42	มหาสารคาม	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 3 - 14 จำนวนการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
43	มุกดาหาร	155	33	40	1,300	3,138	4,666
44	แม่ฮ่องสอน	2,133	276	681	20	0	3,110
45	ยโสธร	337	174	791	1,056	354	2,712
46	ยะลา	21	0	0	0	0	21
47	ร้อยเอ็ด	5,774	2,381	4,832	2,699	2,439	1,8125

48	ระนอง	0	0	0	0	0	0
49	ระยอง	0	0	0	0	0	0
50	ราชบุรี	0	0	0	0	0	0
51	ลพบุรี	107	0	0	0	0	107
52	ลำปาง	0	0	0	0	0	0
53	ลำพูน	0	0	0	0	0	0
54	เลย	0	0	0	0	0	0
55	ศรีสะเกษ	0	0	0	0	0	0
56	สกลนคร	0	0	0	0	0	0
57	สงขลา	0	0	0	0	0	0
58	สตูล	2,279	1,452	259	160	99	4,249
59	สมุทรปราการ	3,091	3,411	1,685	2,027	976	11,190
60	สมุทรสงคราม	0	0	0	0	0	0
61	สมุทรสาคร	0	0	0	0	0	0
62	สระแก้ว	1,830	998	209	277	213	3,527
63	สระบุรี	754	92	209	11	154	1,220
64	สิงห์บุรี	0	0	0	0	0	0
65	สุโขทัย	0	0	0	0	0	0
66	สุพรรณบุรี	0	94	0	0	47	141
67	สุราษฎร์ธานี	2,694	696	450	186	85	4,111
68	สุรินทร์	0	0	0	0	0	0
69	หนองคาย	578	296	26	0	0	900
70	หนองบัวลำภู	124	4	0	0	0	128

ตารางที่ 3 - 14 จำนวนการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	ผลงานการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
71	อ่างทอง	0	0	0	0	0	0
72	อำนาจเจริญ	2,050	860	589	2,394	2,158	8,051
73	อุดรธานี	0	0	0	0	0	0
74	อุดรดิษฐ์	3,564	1,569	612	104	8	5,857
75	อุทัยธานี	0	0	0	0	0	0
76	อุบลราชธานี	0	0	0	0	0	0

รวมทั้งประเทศ	53,727	24,800	17,290	13,965	12,631	122,413
---------------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

จังหวัดที่รายงานผลผลิตปกติจากการคัดกรองด้วยวิธี VIA จำนวน 22 จังหวัด จากจังหวัดที่มีการคัดกรองทั้งหมด 30 จังหวัด จำนวนการคัดกรองด้วยวิธี VIA ทั้งหมด จำนวน 122,413 ราย พบจำนวนผลผลิตปกติ จำนวน 4,031 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.29 ปรากฏดังตารางที่ 3 – 15

ตารางที่ 3 – 15 จำนวนผลผลิตปกติที่ได้จากการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผลผลิตปกติที่ได้จากการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
1	กระบี่	160	37	21	3	0	221
2	กาญจนบุรี	0	0	0	0	0	0
3	กาฬสินธุ์	0	0	0	0	0	0
4	กำแพงเพชร	0	0	0	0	0	0
5	ขอนแก่น	0	0	0	0	0	0
6	จันทบุรี	0	0	0	0	0	0
7	ฉะเชิงเทรา	0	0	0	0	0	0
8	ชลบุรี	1	0	0	0	0	1
9	ชัยนาท	0	0	8	104	17	129
10	ชัยภูมิ	0	0	0	0	0	0
11	ชุมพร	0	0	0	0	0	0
12	เชียงราย	0	0	0	0	0	0
13	เชียงใหม่	289	46	23	39	70	467

ตารางที่ 3-15จำนวนผลผลิตปกติที่ได้จากการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผลผลิตปกติที่ได้จากการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
3	กาฬสินธุ์	0	0	0	0	0	0
4	กำแพงเพชร	0	0	0	0	0	0
5	ขอนแก่น	0	0	0	0	0	0
6	จันทบุรี	0	0	0	0	0	0
7	ฉะเชิงเทรา	0	0	0	0	0	0
8	ชลบุรี	1	0	0	0	0	1
9	ชัยนาท	0	0	8	104	17	129
10	ชัยภูมิ	0	0	0	0	0	0

11	ชุมพร	0	0	0	0	0	0
12	เชียงราย	0	0	0	0	0	0
13	เชียงใหม่	289	46	23	39	70	467
14	ตรัง	225	68	7	1	1	302
15	ตราด	0	0	0	0	0	0
16	ตาก	65	7	1	0	0	73
17	นครนายก	0	0	0	0	0	0
18	นครปฐม	0	0	0	0	0	0
19	นครพนม	0	0	0	0	0	0
20	นครราชสีมา	0	0	0	0	0	0
21	นครศรีธรรมราช	570	166	68	13	19	836
22	นครสวรรค์	0	0	0	0	0	0
23	นนทบุรี	0	0	0	0	0	0
24	นราธิวาส	0	0	0	0	0	0
25	น่าน	76	74	12	5	5	172
26	บึงกาฬ	55	28	9	0	0	92
27	บุรีรัมย์	0	0	0	0	0	0
28	ปทุมธานี	0	0	0	0	0	0
29	ประจวบคีรีขันธ์	0	0	0	0	0	0
30	ปราจีนบุรี	0	0	0	0	0	0

ตารางที่ 3-15จำนวนผลผลิตปศุสัตว์ที่ได้จากการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผลผลิตปศุสัตว์ที่ได้จากการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
31	ปัตตานี	0	0	0	0	0	0
32	พระนครศรีอยุธยา	10	1	0	0	14	25
33	พะเยา	0	0	0	0	0	0
34	พังงา	0	0	0	0	0	0
35	พัทลุง	0	0	0	0	0	0
36	พิจิตร	0	0	0	0	0	0
37	พิษณุโลก	0	0	0	0	0	0
38	เพชรบุรี	0	0	0	0	0	0
39	เพชรบูรณ์	0	0	0	0	0	0

40	แพร์	0	0	0	0	0	0
41	ภูเก็ต	0	0	0	0	0	0
42	มหาสารคาม	0	0	0	0	0	0
43	มุกดาหาร	0	0	0	17	10	27
44	แม่ฮ่องสอน	25	9	26	0	0	60
45	ยโสธร	23	0	1	1	1	26
46	ยะลา	0	0	0	0	0	0
47	ร้อยเอ็ด	52	65	116	115	80	428
48	ระนอง	0	0	0	0	0	0
49	ระยอง	0	0	0	0	0	0
50	ราชบุรี	0	0	0	0	0	0
51	ลพบุรี	0	0	0	0	0	0
52	ลำปาง	0	0	0	0	0	0
53	ลำพูน	0	0	0	0	0	0
54	เลย	0	0	0	0	0	0
55	ศรีสะเกษ	0	0	0	0	0	0
56	สกลนคร	0	0	0	0	0	0
57	สงขลา	0	0	0	0	0	0
58	สตูล	68	84	0	0	0	152

ตารางที่ 3-15 จำนวนผลผลิตปศุสัตว์ที่ได้จากการคัดกรอง VIA แยกรายจังหวัดตามปีงบประมาณ(ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผลผลิตปศุสัตว์ที่ได้จากการคัดกรองด้วยวิธี VIA					รวม
		2553	2554	2555	2556	2557	
59	สมุทรปราการ	129	128	61	36	23	377
60	สมุทรสงคราม	0	0	0	0	0	0
61	สมุทรสาคร	0	0	0	0	0	0
62	สระแก้ว	193	64	7	1	0	265
63	สระบุรี	15	16	13	5	6	55
64	สิงห์บุรี	0	0	0	0	0	0
65	สุโขทัย	0	0	0	0	0	0
66	สุพรรณบุรี	0	0	0	0	0	0
67	สุราษฎร์ธานี	122	15	20	2	3	162
68	สุรินทร์	0	0	0	0	0	0

69	หนองคาย	14	0	0	0	0	14
70	หนองบัวลำภู	0	0	0	0	0	0
71	อ่างทอง	0	0	0	0	0	0
72	อำนาจเจริญ	18	4	1	35	39	97
73	อุดรธานี	0	0	0	0	0	0
74	อุดรดิตถ์	30	12	7	1	0	50
75	อุทัยธานี	0	0	0	0	0	0
76	อุบลราชธานี	0	0	0	0	0	0

จำนวนสไลด์ที่ทำการทบทวนในแต่ละปี มีการสุ่มตัวอย่างให้มีปริมาณเท่ากันในทุกๆ ภาค แต่จำนวนรวมมีความแตกต่างกันในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2556 ทำได้สูงถึง 100,000 สไลด์ ส่วนในปี พ.ศ. 2557 มีการสุ่มตัวอย่าง 30,000 สไลด์ คิดเป็นร้อยละ 3.07 ผลการสุ่มตรวจความถูกต้องของสไลด์ พบว่ามีความแตกต่างกันไม่มากนักในแต่ละปี ร้อยละที่ผิดปกติจากจำนวนที่ทบทวนปี พ.ศ. 2553 พบได้สูงสุด คือ ร้อยละ 0.88 ต่ำสุดคือ ในปี พ.ศ. 2555 ปรากฏดังตารางที่ 3 – 16

ตารางที่ 3 - 16 จำนวนสไลด์ที่ทบทวนแยกตามรายปีและภาค

ลำดับ	ภาค	จำนวนสไลด์ที่อ่าน	ผล			Abnormal (%)
			ปกติ	Unsat	ผิดปกติ	
ปีงบประมาณ 2553						
1	ภาคเหนือ	16,000	15,446	383	171	1.09
2	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9,351	9,271	30	50	0.53
3	ภาคกลางและตะวันออก	13,988	13,809	72	107	0.77
4	ภาคใต้	10,666	10,453	107	106	1.01
	รวม	50,005	48,979	592	434	0.88
ปีงบประมาณ 2554						
1	ภาคเหนือ	10900	10414	318	168	1.59
2	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	9554	9391	110	53	0.56
3	ภาคใต้	10396	10114	186	96	0.94

4	ภาคกลางและ ตะวันออก	19220	18925	200	95	0.50
	รวม	50070	48844	814	412	0.84
ปีงบประมาณ 2555						
1	ภาคเหนือ	27,000	26,123	724	153	0.58
2	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	27,000	26,271	610	119	0.45
3	ภาคใต้	19,000	18,472	445	83	0.45
4	ภาคกลางและ ตะวันออก	27,000	26,600	288	112	0.42
	รวม	100,000	97,465	2,067	467	0.48

ตารางที่ 3 - 16 จำนวนสไลด์ที่ทบทวนแยกตามรายปีและภาค (ต่อ)

ลำดับ	ภาค	จำนวนสไลด์ที่อ่าน	ผล			Abnormal (%)
			ปกติ	Unsat	ผิดปกติ	
ปีงบประมาณ 2556						
1	ภาคเหนือ	29,000	27,918	828	254	0.90
2	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	26,000	25,469	465	66	0.26
3	ภาคใต้	20,000	19,329	516	155	0.80
4	ภาคกลางและตะวันออกเฉียง	25,000	24,708	188	104	0.42
	รวม	100,000	97,424	1,997	579	0.59
ปีงบประมาณ 2557						
1	ภาคเหนือ	7,538	7,273	182	83	1.13
2	ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7,500	7,266	196	38	0.52
3	ภาคใต้	7,500	7,368	92	39	0.53
4	ภาคกลางและตะวันออกเฉียง	7,462	7,363	72	27	0.37
	รวม	30,000	29,270	542	187	0.63

การดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ได้ดำเนินการในส่วนของการพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 หลักสูตร คือ หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับแพทย์ เรื่อง Basic Principle of Colposcopy and Management of Abnormal Cervical Cancer Screening ในปี พ.ศ. 2553 – 2557 มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนี้จำนวน 341 คน มาจาก 57 จังหวัด หลักสูตรการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาล เรื่อง Cervical Cancer Screening and Management of Pre-invasive ในปี พ.ศ. 2553 – 2557 มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ จำนวน 779 คน จาก 72 จังหวัด หลักสูตรฟื้นฟูความรู้ เรื่อง ความแม่นยำในการแปลผลเซลล์วิทยาวิธีเวช สำหรับเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยาที่เข้าปฏิบัติงานอ่านเซลล์ใหม่ และผู้ที่ยังไม่เคยได้รับการฟื้นฟู หรือรับการฟื้นฟูมาแล้ว หรือรับการฟื้นฟูมาแล้วเกิน 3 ปี มีนักเซลล์วิทยาที่ผ่านการอบรมหลักสูตรนี้ จำนวน 492 คน จาก 72 จังหวัด ปรากฏดังตารางที่ 3 – 17

ตารางที่ 3-17 จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีพ.ศ. 2553-2557

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมปี พ.ศ. 2553 - 2557		
		แพทย์	พยาบาล	นักเซลล์วิทยา
เขตสุขภาพที่ 1		32	37	42
1	เชียงราย	-	4	7
2	เชียงใหม่	31	8	5
3	น่าน	-	-	5
4	พะเยา	-	7	9
5	แพร่	1	-	8
6	แม่ฮ่องสอน	-	4	-
7	ลำปาง	-	14	6
8	ลำพูน	-	-	2
เขตสุขภาพที่ 2		17	36	36
9	ตาก	3	1	10
10	พิษณุโลก	12	9	7
11	เพชรบูรณ์	2	6	5
12	สุโขทัย	-	16	10
13	อุตรดิตถ์	-	4	4
เขตสุขภาพที่ 3		15	75	27
14	กำแพงเพชร	5	25	3
15	ชัยนาท	-	17	4
16	นครสวรรค์	3	22	12

17	พิจิตร	3	6	4
18	อุทัยธานี	4	5	4
เขตสุขภาพที่ 4		48	84	45
19	นครนายก	1	12	5
20	นนทบุรี	4	8	4
21	ปทุมธานี	22	16	9
22	พระนครศรีอยุธยา	1	30	-
23	ลพบุรี	12	3	7
24	สระบุรี	3	13	6

ตารางที่ 3-17จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2553-2557 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมปี พ.ศ. 2553 - 2557		
		แพทย์	พยาบาล	นักเซลล์วิทยา
25	สิงห์บุรี	3	-	8
26	อ่างทอง	2	2	6
เขตสุขภาพที่ 5		37	90	56
27	กาญจนบุรี	6	16	9
28	นครปฐม	6	9	10
29	ประจวบคีรีขันธ์	1	8	1
30	เพชรบุรี	3	18	1
31	ราชบุรี	12	6	14
32	สมุทรสงคราม	-	11	6
33	สมุทรสาคร	-	13	9
34	สุพรรณบุรี	9	9	6
เขตสุขภาพที่ 6		49	68	46
35	จันทบุรี	10	4	4
36	ฉะเชิงเทรา	-	4	1
37	ชลบุรี	34	3	25
38	ตราด	-	8	2
39	ปราจีนบุรี	2	11	2
40	ระยอง	-	24	4
41	สมุทรปราการ	2	7	3
42	สระแก้ว	1	7	5

เขตสุขภาพที่ 7		24	29	52
43	กาฬสินธุ์	1	8	5
44	ขอนแก่น	14	9	26
45	มหาสารคาม	3	10	8
46	ร้อยเอ็ด	6	2	13
47	นครพนม	-	4	-
48	บึงกาฬ	1	5	-
49	เลย	1	1	1

ตารางที่ 3-17จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2553-2557 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมปี พ.ศ.2553 - 2557		
		แพทย์	พยาบาล	นักเซลล์วิทยา
เขตสุขภาพที่ 8		10	37	21
50	สกลนคร	1	8	7
51	หนองคาย	4	5	2
52	หนองบัวลำภู	-	11	3
53	อุดรธานี	3	3	8
เขตสุขภาพที่ 9		39	104	39
54	ชัยภูมิ	3	35	14
55	นครราชสีมา	24	17	9
56	บุรีรัมย์	2	36	8
57	สุรินทร์	10	16	8
เขตสุขภาพที่ 10		24	95	33
58	มุกดาหาร	1	41	6
59	ยโสธร	1	11	2
60	ศรีสะเกษ	5	24	7
61	อำนาจเจริญ	-	13	3
62	อุบลราชธานี	17	6	15
เขตสุขภาพที่ 11		21	68	32
63	กระบี่	1	13	1
64	ชุมพร	2	14	1
65	นครศรีธรรมราช	4	11	9
66	พังงา	1	4	2

67	ภูเก็ต	-	10	4
68	ระนอง	3	7	3
69	สุราษฎร์ธานี	10	9	12
70	ตรัง	-	9	13
71	นราธิวาส	2	4	2
72	ปัตตานี	1	5	8
73	พัทลุง	1	6	13

ตารางที่ 3-17จำนวนผู้เข้ารับการอบรมในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2553-2557 (ต่อ)

ลำดับ	จังหวัด	จำนวนผู้เข้ารับการอบรมปี พ.ศ. 2553 - 2557		
		แพทย์	พยาบาล	นักเซลล์วิทยา
เขตสุขภาพที่ 12		25	56	63
74	ยะลา	1	13	4
75	สงขลา	19	7	21
76	สตูล	1	12	2
รวม		341	779	492

ทำการส่งแบบสอบถามไปยังผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ในโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด จังหวัดละ 20 ชุด ทั้งหมดจำนวน 1,520 ฉบับ ได้รับคืนกลับมาให้กับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 1,012 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 66.58

สาเหตุหลักที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ อายุที่จะตรวจ คิดเป็นร้อยละ 31.2 อันดับสอง คือ ตอบ 2 ข้อ คือ คิดว่าสบายดี ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง และอายุที่จะตรวจ คิดเป็นร้อยละ 28.5 และอันดับสาม คือ คิดว่าสบายดีไม่จำเป็นต้องตรวจ คิดเป็นร้อยละ 20.7

สาเหตุที่แต่ละหน่วยงานไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย อันดับหนึ่ง คือ ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ คิดเป็นร้อยละ 59.0 อันดับสอง คือ ตอบ 2 ข้อ คือ ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือและขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 14.8 และอันดับสาม ตอบ 3 ข้อ คือ ไม่มีเวลา เนื่องจากมีภาระงานมากประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ คิดเป็นร้อยละ 5.5

ร้อยละ 40.5 ของหน่วยงานคิดว่าเป้าหมายความครอบคลุมที่จะสามารถทำได้สำเร็จ และยั่งยืน คือ ร้อยละ 50 ประชากรเป้าหมาย มีเพียงร้อยละ 24.8 ที่คิดว่าจะสามารถดำเนินการคัดกรองได้ร้อยละ 70 - 80 ของกลุ่มเป้าหมาย

แต่ละหน่วยงาน ได้ส่งผู้ที่มีผลตรวจ Pap Smear ผิดปกติ ไปทำการตรวจวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม หรือส่งไปเพื่อรักษาโรค พบว่า ร้อยละ 93.3 ของหน่วยงาน ที่ทำการส่งผู้ที่มีผล Pap Smear ผิดปกติไปทำการวินิจฉัยโรคเพิ่มเติม หรือส่งไปเพื่อรักษาทุกราย มีเพียงร้อยละ 0.5 ของหน่วยงานเท่านั้น ที่มีการส่งผู้ที่มีผล ผิดปกติเพื่อไปทำการวินิจฉัยหรือส่งไปเพื่อรักษา น้อยกว่าร้อยละ 80

ร้อยละ 73.2 ของแต่ละหน่วยงาน ได้รับข้อมูลผลการตรวจ ของผู้ที่มีผล Pap Smear ผิดปกติ ที่ได้รับผลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือรักษาต่อ อันดับสอง คือ ได้รับข้อมูลผลการตรวจน้อยกว่าร้อยละ 80 คิดเป็นร้อยละ 8.0 มีเพียงร้อยละ 7.7 เท่านั้น ที่ไม่ได้รับข้อมูลกลับ

แต่ละหน่วยงาน มีความต้องการ การอบรมการทำ Pap Smear ให้แก่เจ้าหน้าที่ คิดเป็นร้อยละ 83.4 และไม่ต้องการ การอบรมการทำ Pap Smear คิดเป็นร้อยละ 16.0

แต่ละหน่วยงาน เห็นว่า โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์ต่อประชาชน คิดเป็นร้อยละ 99.7 มีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านั้น ที่เห็นว่าไม่มีประโยชน์

การบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันดับที่หนึ่ง มีการบันทึกแบบออฟไลน์ คิดเป็นร้อยละ 35.4 อันดับที่สอง มีการบันทึกทั้งแบบออฟไลน์และแบบออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 34.9 และอันดับที่สาม มีการบันทึกแบบออนไลน์ คิดเป็นร้อยละ 27.2 ปรากฏดังตารางที่ 3 – 18

ตารางที่ 3 - 18 ผลการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

76 จังหวัด การดำเนินงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2553 – 2557

1. สาเหตุหลักที่กลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ
- ไม่มีเวลา	3.7
- รพ.สต./รพช อยู่ไกลไม่สะดวก	0.6
- คิดว่าสบายดี ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง	20.7
- อายุที่จะตรวจ	31.2
- ตอบ 2 ข้อ	28.5
- ตอบ 3 ข้อ	12.7
- ตอบ 4 ข้อ	1.9
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.7
2. สาเหตุที่หน่วยงานไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ
- ขาดแคลนบุคลากร	2.7
- ไม่มีเวลา เนื่องจากมีภาระงานมาก	4.5
- ขาดแคลนอุปกรณ์ในการคัดกรอง	1.1
- ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจ	59.0
- ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	4.2
- ตอบ 2 ข้อ	14.8
- ตอบ 3 ข้อ	5.5
- ตอบ 4 ข้อ	1.5
- ตอบ 5 ข้อ	4.2

ตารางที่ 3 - 18 ผลการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

76 จังหวัด การดำเนินงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2553 – 2557 (ต่อ)

- ไม่แสดงความคิดเห็น	2.5
3. ท่านคิดว่าเป้าหมายความครอบคลุมที่หน่วยงานของท่านจะทำได้สำเร็จและยั่งยืน	ร้อยละ
- 50% ประชากรเป้าหมาย	40.5
- 60% ประชากรเป้าหมาย	33.6
- 70% ประชากรเป้าหมาย	14.6
- 80% ประชากรเป้าหมาย	10.2
- 50% ประชากรเป้าหมาย และ 80% ประชากรเป้าหมาย	0.3
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.8
4. ท่านได้ส่งผู้ที่มีผลการตรวจ Pap Smear ผิดปกติไปทำการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือส่งไปเพื่อรักษาโรคทุกราย	ร้อยละ
- ทุก ราย	93.3
- ร้อยละ 90	4.5
- ร้อยละ 80	1.2
- น้อยกว่าร้อยละ 80	0.5
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.5
5. ท่านได้รับข้อมูลผลการตรวจของผู้รับการคัดกรองที่หน่วยงานของท่านที่มีผลผิดปกติได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม หรือรักษาต่อ	ร้อยละ
- ทุก ราย	73.2
- ร้อยละ 90	6.7
- ร้อยละ 80	4.2
- น้อยกว่าร้อยละ 80	8
- ไม่ได้รับ	7.7
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.2

ตารางที่ 3 - 18 ผลการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

76 จังหวัด การดำเนินงานรอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2553 – 2557 (ต่อ)

6. หน่วยงานของท่านยังมีความต้องการ การอบรม การทำ Pap Smear ให้แก่เจ้าหน้าที่	ร้อยละ
---	---------------

- ต้องการ	83.4
- ไม่ต้องการ	16
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.6
7. ท่านเห็นว่าโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีประโยชน์ต่อประชาชน	ร้อยละ
- มีประโยชน์	99.7
- ไม่มีประโยชน์	0.3
8. หน่วยงานของท่านมีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างไร	ร้อยละ
- แบบออนไลน์	27.2
- แบบออฟไลน์	35.4
- ใช้ทั้ง 2 แบบ	34.9
- แบบออนไลน์ และ แบบออฟไลน์	0.3
- แบบออนไลน์ แบบออฟไลน์ และ ใช้ทั้ง 2 แบบ	1.7
- ไม่แสดงความคิดเห็น	0.5

ผลการสำรวจการดำเนินงานของ 2 จังหวัด

ในการติดตามผลผิดปกติจากการคัดกรอง Pap Smear เลือก 2 จังหวัด เพื่อติดตามผลผิดปกติ คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดพังงา สาเหตุที่เลือกสองจังหวัดนี้ เพื่อเป็นการเปรียบเทียบในการติดตามผลการวินิจฉัยและการรักษาในกรณีที่พบผลผิดปกติ จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดใหญ่ มีประชากรมาก (ประชากรเป้าหมาย 273,855 คน) และผลความสำเร็จของการคัดกรองอยู่ในระดับที่ดี (ร้อยละ 96.13) และจังหวัดพังงา เป็นจังหวัดเล็กมีประชากรน้อย (ประชากรเป้าหมาย 37,151 คน) และมีผลความสำเร็จของการคัดกรองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 49.16) จึงเลือกสองจังหวัดนี้ในการลงพื้นที่สำรวจการดำเนินงานติดตามผลผิดปกติ ปรากฏดังตารางที่ 3 – 19

ตารางที่ 3 – 19 ผลงานการคัดกรองจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดพังงา

ผลงานการคัดกรอง	จังหวัด	
	อุบลราชธานี	พังงา
ประชากรเป้าหมาย 5 ปี	273,855	37,515
คัดกรองทั้งหมด 5 ปี	263,253	18,444
ร้อยละของการคัดกรองทั้งหมด 5 ปี	96.13	49.16
คัดกรองเฉพาะรายใหม่ 5 ปี	198,294	15,038

ร้อยละการคัดกรองรายใหม่ 5 ปี	72.41	40.09
จำนวนการคัดกรองปี 2556	19,500	846
จำนวนผลผิดปกติที่พบ	245	15
ร้อยละของผลผิดปกติ ปี 2556	1.26	1.77

ผลของการติดตาม พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี จากจำนวนที่พบผลผิดปกติทั้งหมด จำนวน 245 ราย พบว่า สามารถติดตามผลการวินิจฉัยและการรักษาได้ จำนวน 160 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.31 สามารถติดตามผลชนิด Cancer ได้มากที่สุด คือ ร้อยละ 76.92 ส่วนในจังหวัดพังงา จำนวนที่พบผลผิดปกติ ทั้งหมด 15 ราย พบว่า สามารถติดตามผลการวินิจฉัยและการรักษาได้ จำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 สามารถติดตามชนิด Low Grade ได้มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 ปรากฏดังตารางที่ 3 – 20

ตารางที่ 3 – 20 จำนวนและร้อยละการติดตามผลผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา

จังหวัด	ผลผิดปกติ ปี 2556	ทั้งหมด	ติดตามได้	คิดเป็นร้อยละ	รายละเอียดการวินิจฉัยและการรักษาที่ได้รับ		
					Refer	Repeat Pap.	Colpo.
อุบลฯ	Low Grade	183	114	62.30	46	79	39
	High Grade	49	36	73.47	25	11	26
	Cancer	13	10	76.92	5	2	5
รวม		245	160	65.31	76	92	70
พังงา	Low Grade	10	5	50.00	0	5	0
	High Grade	4	1	25.00	0	1	0
	Cancer	1	0	0.00	0	0	0
รวม		15	6	40.00	0	6	0

เมื่อเปรียบเทียบกันจะเห็นได้ว่า จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดขนาดใหญ่ มีโรงพยาบาลศูนย์คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์และโรงพยาบาลอุบลราชธานีที่สามารถรักษาโรคมะเร็งได้ แต่การดำเนินการจังหวัดพังงา แม้จะมีประชาน้อยและพบผลผิดปกติน้อย แต่ด้วยเป็นจังหวัดที่ไม่มีโรงพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านสูติมะเร็งนรีเวช จึงทำให้ยากในการติดตามผลผิดปกติเมื่อเปรียบเทียบทั้งสองจังหวัดกับรายงานการติดตามผลผิดปกติที่ได้รับการรายงานมาในฐานข้อมูลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด กับจำนวนที่ได้จากการลงพื้นที่ติดตามมีตัวเลขของการได้รับการวินิจฉัยและการรักษาในจำนวนที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ในฐานข้อมูลของโครงการมีข้อมูลน้อยกว่าปกติ อาจเนื่องมาจากการปฏิเสธการรักษา หรือไปรักษาที่อื่นที่นอกเหนือจากหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการฯ ปรากฏดังตารางแสดงที่ 3 – 21

ตารางที่ 3 – 21 ผลงานการคัดกรอง

โครงสร้าง	จังหวัด	
	อุบลราชธานี	พังงา

ประชากรเป้าหมาย	273,855	37,151
โรงพยาบาลมะเร็ง	1	0
โรงพยาบาลศูนย์	1	0
โรงพยาบาลทั่วไป	0	2
โรงพยาบาลชุมชน	25	7
จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	313	64
จำนวนแพทย์มะเร็งนรีเวช	3	0

เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับต่างประเทศ

โดยทั่วไป ในประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่ประชาชนส่วนใหญ่ มีประกันสุขภาพการคัดกรอง มักจะปนกันทั้งแบบ Organized Screening และ Opportunistic Screening ถ้าประเทศไหน มีระบบบริการสุขภาพที่ดี ประชาชนส่วนใหญ่ มีประกันสุขภาพ มีความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองโรค และสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย ประเทศนั้น ๆ ไม่มีความจำเป็นต้องจัดทำกรคัดกรองแบบ Organized Screening ประเทศที่เป็นตัวอย่างที่เห็นผลชัดเจนว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลดอัตราการตายจากโรคได้ คือ ประเทศฟินแลนด์ ซึ่งมีโครงการคัดกรองแบบ Organized Screening ในปี พ.ศ. 2503 พบว่า ใน 45 ปี ที่มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 80 (Antilla, 2007) มีการศึกษาแบบการคาดการณ์ว่า ถ้าประเทศฟินแลนด์ไม่มีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศในปี พ.ศ. 2546 - 2550 จะมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากกว่าที่เป็นจริงอยู่ 6 เท่า (Hristova, 1997) ประเทศอังกฤษและประเทศไอร์แลนด์ พบอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกลดลง หลังจากมีโครงการคัดกรองระดับชาติแบบ Organized Screening (Arbyn, 2009) แม้แต่ในประเทศสโลวีเนีย ที่มีโครงการระดับชาติแบบ Organized Screening ที่เริ่มในปี พ.ศ. 2546 แต่ด้วยมีประชาชนกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 82.1 เข้าร่วมการคัดกรองหลังจากประกาศนโยบายไป 5 ปี ทำให้อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 40 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2546 - 2552 สำหรับประเทศที่มีโครงการคัดกรองแบบ Opportunistic Screening เช่น ประเทศฝรั่งเศสและประเทศออสเตรีย พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดโรคและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกลดลง (Bray, 2005)

อย่างไรก็ตาม ในหลายประเทศ เช่น โปแลนด์ เอสโตเนีย สาธารณรัฐเชค ลิทัวเนีย ถึงแม้จะมี Organized Program แต่มีประชาชนเข้าร่วมโครงการน้อยกว่าร้อยละ 20 และอาจส่งผลทำให้อัตราการเกิดโรคและอัตราการเสียชีวิตไม่ลดลงอย่างที่ตั้งใจได้ และในอีกหลายประเทศ เช่น ประเทศโรมาเนีย มีปัญหาด้านงบประมาณรัฐบาลให้การสนับสนุนได้แค่อ้อยู่ที่ 10 ของที่ควรจะเป็น

ในประเทศสหรัฐอเมริกา ข้อมูลจากการสำรวจของ National Health Interview Survey (NHIS) ในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ในรอบ 3 ปี ที่ผ่านมามีจำนวนร้อยละ 83 ซึ่งต่ำกว่าที่ตั้งเป้าไว้ คือ ร้อยละ 93 (Centers for Disease Control and Prevention, Online, 2014) และยิ่งพบอีกว่า มีความแตกต่างกันในคนแต่ละเชื้อชาติ คนเชื้อสายเอเชีย เข้ารับการคัดกรองน้อยกว่าเชื้อชาติอื่น มีเพียงร้อยละ 75 เท่านั้น ที่เข้ารับการคัดกรอง ส่วนในประเทศแคนาดา ผลการคัดกรองมีค่าใกล้เคียงกันในแต่ละเมืองอยู่ในระหว่างร้อยละ 77- 83 ในลาตินอเมริกา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการแบบภูมิภาค พบว่า ผลการคัดกรองทำได้ในระดับปานกลาง เช่น ประเทศเปรูทำการคัดกรองได้

ร้อยละ 40 ของกลุ่มเป้าหมายหรือในประเทศเม็กซิโกและประเทศชิลี ทำการคัดกรองได้ร้อยละ 45 และ 68 ตามลำดับ (IARC Handbooks of Cancer Prevention, Online, 2014)

ในทวีปเอเชีย มีเพียงไม่กี่ประเทศที่มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ประเทศสิงคโปร์มีผลการคัดกรองที่ดีที่สุด คือ ร้อยละ 74 (Ai Zhen Jin, 2013) รองลงมา คือ เกาหลี ร้อยละ 65 ไต้หวัน ร้อยละ 44.5 ในขณะที่ญี่ปุ่น ทำได้เพียงร้อยละ 25 (RyokoMachii and Hiroshi Saito, 2011) ปรากฏดังตารางแสดงที่ 3 – 22

ตารางที่ 3 - 22 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ

ประเทศ	ประเภทการคัดกรอง	ประเภทโครงการ	ปีที่เริ่ม (พ.ศ.)	วิธีการคัดกรอง	อายุกลุ่มเป้าหมาย	รอบระยะเวลาการคัดกรอง	Coverage (%)
ยุโรป							
ออสเตรีย	Opportunistic	ระดับชาติ	ไม่มีข้อมูล	Conventional Cytology	18 - Not Specified	1	ไม่มีข้อมูล
เบลเยียม	Opportunistic	ระดับชาติ	ไม่มีข้อมูล	Conventional Cytology	25 - 64	3	70
ฟินแลนด์	Organized	ระดับชาติ	2506	Conventional Cytology	(25) 30 - 60 (65)	5	73
ฝรั่งเศส	Opportunistic Organized in 5 regions	ระดับชาติ	ไม่มีข้อมูล	Conventional Cytology	20 (25) - Not Specified	3	71
ฮังการี	Organized	ระดับชาติ	2545	Conventional Cytology	25 - 65	3	28 - 31
ไอซ์แลนด์	Organized	ระดับชาติ	2507	Conventional Cytology	20 - 69	2 Up to Age 39 (4 years afterward to 65 - 69)	80
อิตาลี	Organized	ระดับชาติ	2547	Conventional Cytology	25 - 64	3	59
เนเธอร์แลนด์	Organized	ระดับชาติ	ไม่มีข้อมูล	Conventional Cytology	30 - 60	5	77
สโลวีเนีย	Organized	ระดับชาติ	2546	Conventional Cytology	20 - 64	3	70 - 74
สวิตเซอร์แลนด์	Opportunistic	ระดับชาติ	ไม่มีข้อมูล	Conventional Cytology	20 - No Limit	3	80 (Age 22-44) 65 (Age

							45-64)
อังกฤษ	Organized	ระดับ ชาติ	2531	LBC	(20) 25 - 60 (64)	3	74

ตารางที่ 3 - 22 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเภท การ คัดกรอง	ประเภท โครงการ	ปีที่ เริ่ม (พ.ศ.)	วิธีการ คัดกรอง	อายุ กลุ่ม เป้าหมาย	รอบระยะ เวลาการ คัดกรอง	Coverage (%)
สหรัฐอเมริกา							
อเมริกา	Organized	ระดับ ชาติ	2544	Pap Test	16 - 64	1	83
แคนาดา							
บริติชโคลัมเบีย	Organized	ระดับ เขต	2503	Pap Test	18 - 69	1	77
โนวาสโกเชีย	Organized	ระดับ เขต	2534	Pap Test	18+	1	83
ออนแทรีโอ	Organized	ระดับ เขต	2543	Pap Test	20 - 69	1-2	78
แอลเบอร์ตา	Organized	ระดับ เขต	2543	Pap Test	18 - 69	1	81
ละตินอเมริกา							
ชิลี	Organized	ระดับ เขต	2530	Pap Test	25 - 64	3	68
เปรู	Organized	ระดับ เขต	2543	Pap Test	25 - 64	2	40
แม็กซิโก	Organized	ระดับ เขต	2539	Pap Test	25 - 54	3	45
สวิตเซอร์แลนด์	Opportunistic	ระดับ ชาติ	ไม่มี ข้อมูล	Conventional Cytology	20 - No Limit	3	80 (Age 22-44) 65 (age 45-64)
ละตินอเมริกา							
ชิลี	Organized	ระดับ เขต	2530	Pap Test	25 - 64	3	68
เปรู	Organized	ระดับ เขต	2543	Pap Test	25 - 64	2	40
แม็กซิโก	Organized	ระดับ เขต	2539	Pap Test	25 - 54	3	45

ตารางที่ 3 - 22 ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศต่างๆ (ต่อ)

ประเทศ	ประเภท	ประเภท	ปีที่	วิธีการ	อายุ	รอบระยะ	Coverage
--------	--------	--------	-------	---------	------	---------	----------

	การ คัดกรอง	โครงการ	เริ่ม (พ.ศ.)	คัดกรอง	กลุ่ม เป้าหมาย	เวลาการ คัดกรอง	(%)
เอเชีย							
ญี่ปุ่น	Organized	ระดับ เขต	2526	Pap Test	20 - 70	2	25
เกาหลี	Organized	ระดับ ชาติ	2545	Pap Test	30 - 70	2	65
สิงคโปร์	Organized	ระดับ ชาติ	2547	Pap Test	20 - 69	1	74
ไต้หวัน	Organized	ระดับ ชาติ	2538	Pap Test	30 - 69	3	44.5

สรุป

การวิเคราะห์ผลการคัดกรองในระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2557 ถือเป็นการวิเคราะห์ในรายละเอียดของผลการดำเนินงานครั้งแรกของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเต็มรูปแบบระดับประเทศโดยกำหนดเป้าหมาย 9.5 ล้านคน ใน 5 ปี ที่ผ่านมามีสตรีราว 7.6 ล้านคน ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน 76 จังหวัด หรือคิดเป็นร้อยละ 79.74 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างสารสนเทศพื้นฐานระบบบริการสุขภาพและความสามารถในการบริหารจัดการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการแพทย์ของประเทศ รวมถึงการทำงานที่เชื่อมต่อและประสานงานกันในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม หากวิเคราะห์ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด คือ สตรีอายุระหว่าง 30 ปี ถึง 60 ปี ได้รับการคัดกรอง 1 ครั้งใน 5 ปี พบว่า ผลการคัดกรองพบได้เพียงร้อยละ 53.92 ในปีแรก คือ พ.ศ. 2553 เกือบทุกจังหวัดทำได้ร้อยละ 100 ตามเป้าหมาย จากนั้นจำนวนสตรีที่เข้ามารับคัดกรองลดลงในแต่ละปีในทุกจังหวัด และถ้าดูในรายละเอียดสุขภาพจะเห็นว่าบางเขตหรือบางจังหวัดทำดีกว่าอาจจะสะท้อนถึงการสนับสนุนนโยบายรวมการติดตามผลงานของแต่ละผู้รับผิดชอบในแต่ละระดับ ข้อมูลเหล่านี้จำเป็นต้องมีการพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทุกพื้นที่ให้เห็นความสำคัญ และตระหนักว่าการคัดกรองมะเร็งที่จะสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างเป็นรูปธรรม ครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะในจังหวัดที่ได้ผลการคัดกรองน้อย หรือจังหวัดที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงหรือมีการติดเชื้อ HIV สูง ต้องวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยละเอียดจังหวัดอาจมีปัญหาระบาดสำคัญบางอย่างที่จังหวัดอื่นไม่มี หรือ บางจังหวัดอาจมีพื้นที่ที่ห่างไกลไม่สะดวกต่อการเดินทาง และอาจต้องเรียนรู้จากจังหวัดที่ประสบความสำเร็จ และจากการสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานอนามัย พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความจำเป็นของการคัดกรองมะเร็ง เพราะสตรีบางส่วนยังมีความอายที่จะไปรับการตรวจ หรือคิดว่าตัวเองสบายดีไม่น่าจะเกิดโรค ซึ่งสองส่วนรวมกันมีจำนวนถึงร้อยละ 20.26 ดังนั้น ทุกพื้นที่อาจต้องมีแผนในการให้ความรู้และทำความเข้าใจกับประชาชน เพื่อให้สตรีที่ไม่เคยเข้ารับการคัดกรองเห็นความสำคัญ และมารับการคัดกรอง รวมถึงการจัดบริการนอกสถานที่ในพื้นที่ไกลจากหน่วยบริการ เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในสตรีบางกลุ่ม

เรื่องคุณภาพของการคัดกรองก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญในการคัดกรองโรค ภาพรวมของโครงการมีการดำเนินการที่ค่อนข้างมีคุณภาพ ดูจากข้อมูลผลผลิตที่พบและ การรายงานจาก Unsatisfied Slide มีเพียงไม่กี่จังหวัดที่คุณภาพต้องมีการปรับปรุงจริงจัง ในโครงการมีการควบคุมคุณภาพโดยการสุ่มตรวจ

Slide โดยชมรมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย อย่างไรก็ตามการสุ่มตรวจทำได้ไม่ตามเป้าหมาย และไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพราะไม่ได้มีการตกลงล่วงหน้าว่าโรงพยาบาลหรือห้องปฏิบัติการที่ร่วมในโครงการต้องส่ง Slide เมื่อมีการเรียกสุ่มตรวจ ดังนั้น บางครั้งห้องปฏิบัติการนั้นอาจไม่มีเวลาและไม่ได้ส่ง Slide มาตามที่ทางชมรมร้องขอ ซึ่งในการดำเนินงานในการคัดกรองรอบหน้า อาจต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์และไม่อนุญาตให้ห้องปฏิบัติการที่ไม่พร้อมต่อการตรวจสอบคุณภาพเข้าร่วมโครงการข้อมูลในหลายจังหวัด และยังแสดงให้เห็นความเคลื่อนไหวของคุณภาพข้อมูลที่ไม่เท่ากันในแต่ละปี ซึ่งอาจเกิดจากการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติการ หรือผู้รับผิดชอบโครงการ ดังนั้น ควรมีการประเมินคุณภาพของการคัดกรองเป็นระยะ ๆ หากมีการเปลี่ยนแปลงจะได้รับแก้ไขปัญหาได้ทัน ส่วนเรื่องผลผิดปกติของเซลล์ ในภาพรวมผลก็เป็นที่น่าพอใจ จำนวนร้อยละผล Pap Smear ปกติ ผลผิดปกติชนิด Low Grade, High Grade และมะเร็ง ในแต่ละปีมีค่าใกล้เคียงกัน คล้ายกับผลที่ได้ในช่วงปี พ.ศ. 2548 - 2552

รอบระยะเวลาที่ใช้ในขั้นตอนต่างๆ ของการคัดกรองก็เป็นเรื่องที่ต้องมีการกำหนด เป็นการแสดงถึงความสามารถในการบริหารจัดการโครงการ ทุกพื้นที่มีการพัฒนาดีขึ้นในแต่ละปี ข้อมูลในปีพ.ศ. 2557 ทุกจังหวัดมีรอบระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ตามที่กำหนดไว้ นอกจากจะบ่งบอกผลการดำเนินการแล้ว จะมีผลดีต่อผู้ที่รับการคัดกรองที่รอคอยผล อย่างไรก็ตามในหลายจังหวัดสามารถทำให้รอบระยะเวลาสั้นลงกว่านี้ได้ หากมีการดูในรายละเอียด ว่าระยะเวลาที่ใช้เวลานานนั้นมาจากขั้นตอนการเก็บเซลล์ทำสไลด์ ระยะเวลาในการส่งสไลด์ ระยะเวลาในการอ่าน หรือระยะเวลาในการส่งผลการอ่านกลับหน่วยคัดกรอง

สรุปโดยรวม ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นที่น่าสนใจ ผลการวิเคราะห์การดำเนินการ ปัญหาและอุปสรรคในแต่ละพื้นที่ แสดงให้เห็นการบริหารจัดการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดีของประเทศ จะสามารถนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการคัดกรองที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 4

การประเมิน ปัญหา อุปสรรค

วิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรคในแต่ละพื้นที่

การดำเนินงานในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2557 ซึ่งเป็นช่วงที่มีการดำเนินงานแบบเดิม รูปแบบ และตั้งเป้าประชากรเป้าหมายไว้ที่ 9,577,840 คน พบว่า ในช่วง 5 ปี สามารถดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ จำนวน 8,621,398 คน คิดเป็นร้อยละ 90.01 โดยแบ่งเป็นการคัดกรองแบบ Pap Smear ร้อยละ 88.74 และแบบ VIA ร้อยละ 1.28 ในการคัดกรองแบบ Pap Smear เป็นสตรีที่อยู่นอกกลุ่มเป้าหมายคืออายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งมีจำนวนถึง 861,759 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 9.0

ปัญหาเรื่องแรกคือ จำนวนความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละเขตสุขภาพและในแต่ละจังหวัด หากคิดการคัดกรองทั้งหมดทุกจังหวัดทำได้ค่อนข้างดีโดยมีค่าเฉลี่ยของประเทศอยู่ที่ร้อยละ 79.74 ซึ่งเขตสุขภาพที่ 1 และ 8 ทำได้สูงถึงร้อยละ 96.61 และ 95.98 ตามลำดับ ในรายจังหวัดพบว่า มี 14 จังหวัดที่ทำเป้าหมายได้มากกว่าร้อยละ 95 ในบรรดาจังหวัดเหล่านี้มี 6 จังหวัด ที่ทำได้มากกว่าร้อยละ 100 และมีเพียง 2 จังหวัด เท่านั้นที่ทำได้น้อยกว่าร้อยละ 40

หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ เขตที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผลการดำเนินงานที่ค่อนข้างดีอยู่ในช่วงร้อยละ 56.70 - 62.79 คือ เขตสุขภาพที่ 7 - 10 ในขณะที่เขตสุขภาพที่ 11 ซึ่งเป็นเขตที่อยู่ในภาคใต้มีผลการดำเนินงานค่อนข้างต่ำ คือ ร้อยละ 31.84 ถ้าเป็นเฉพาะการคัดกรองรายใหม่มี 10 จังหวัด ที่ทำได้ไม่ถึงร้อยละ 40 สำหรับเขตสุขภาพที่ 1 และ 8 ถึงแม้จะมีผลการดำเนินงานโดยภาพรวมมากกว่าร้อยละ 95.0 แต่เมื่อพิจารณาเฉพาะรายใหม่ทั้ง 2 เขต ได้ผลใกล้เคียงกันคือ ประมาณร้อยละ 57.0 มีความแตกต่างกันระหว่างการคัดกรองทั้งหมดกับเฉพาะที่คัดรายใหม่เกือบร้อยละ 40.0 จังหวัดที่ทำผลการดำเนินงานได้ดีไม่ขึ้นกับขนาดของประชากร เช่น จังหวัดที่มีประชากรขนาดใหญ่ คือ อุบลราชธานี ทำได้ร้อยละ 72.41 จังหวัดขนาดกลาง เช่น สุพรรณบุรี ทำได้ร้อยละ 90.68 หรือในจังหวัดขนาดเล็ก เช่น สมุทรสาคร ทำได้ร้อยละ 91.80 แม้ใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ นราธิวาส ยะลา ปัตตานี ทำได้ร้อยละ 42.57, 53.86 และ 59.23 ตามลำดับ หรือในจังหวัดที่มีภูมิประเทศเป็นภูเขา น่าจะมีการเดินทางลำบาก เช่น เชียงราย หรือแม่ฮ่องสอน ผลการดำเนินงานก็อยู่ในเกณฑ์ใช้ได้ คือ ร้อยละ 65.0 และ 58.95 ตามลำดับ

ผลการดำเนินงานโดยภาพรวมทั้งประเทศลดลงในแต่ละปีจากร้อยละ 22.64 ในปี พ.ศ. 2553 ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 3.78 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งก็เป็นไปตามความคาดหมาย เนื่องจากประชาชนที่มีความรู้ความเข้าใจหรือใส่ใจสุขภาพจะมารับบริการก่อน ในปีท้าย ๆ จึงหาคนที่มารับบริการได้ยากขึ้น

รอบเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการคัดกรองจนถึงวันที่ทราบผลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยภาพรวมมีการพัฒนาการดำเนินการคัดกรองที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ จาก 41.65 วัน ในปี พ.ศ. 2553 เหลือเพียง 25.76 วัน ในปี พ.ศ. 2557 โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับผลการดำเนินงานในระหว่างในปี พ.ศ. 2548 - 2552 ที่มีผลของรอบเวลาเฉลี่ยระหว่าง 1 - 3 เดือน ถึงร้อยละ 25.5 และที่ใช้เวลาเกิน 3 เดือน มีถึงร้อยละ 7 อย่างไรก็ตามในปี พ.ศ. 2557 มี 14 จังหวัด ที่ใช้เวลาในการดำเนินงานเกิน 1 เดือน ซึ่งบางจังหวัดความล่าช้าอยู่ที่การจัดส่งสไลด์ไปยังหน่วยอ่านหรือบางจังหวัด หน่วยงานใช้เวลาในการอ่านสไลด์ค่อนข้างนาน แต่ละจังหวัดควรมีการทบทวนและเร่งแก้ไขปัญหานั้นที่ตรงประเด็น

เรื่องคุณภาพของการทำสไลด์ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพโดยทั่วไปทุกจังหวัดทำได้ในระดับดี ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีเพียง 3 จังหวัด ที่อาจต้องมีการปรับปรุงคุณภาพในโครงการนี้ยังได้มีการสุ่มตรวจการ รายงานผลการตรวจดังกล่าวด้วย โดยให้สมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยทำการสุ่มตรวจสไลด์จาก ห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ทั่วประเทศ เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพรวมผลผิดปกติของการทบทวนของโครงการ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีแนวโน้มลดลงและคงที่ในปีหลังๆ (ร้อยละ 0.87, 0.82, 0.47, 0.59 และ 0.63 ตามลำดับ) และเมื่อคำนวณหาสัดส่วนผลลบเทียบจากรายที่มีความผิดปกติรวมทั้งหมด (False Negative Rate หรือ FNR) ของโครงการ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2553 จนถึงปัจจุบัน พบว่า มีแนวโน้มลดลงและคงที่ ในปีหลัง ๆ (ร้อยละ 42.94, 37.63, 24.35, 29.18 และ 28.60 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นตัวเลขที่เทียบเคียงกับ การศึกษาในต่างประเทศได้ ซึ่งมีค่าเฉลี่ยประมาณร้อยละ 27 ทั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า FNR ของโครงการ ปี พ.ศ. 2555 - 2557 ได้ผลใกล้เคียงกับที่พบในการศึกษาของประเทศไทยอื่น ๆ อนึ่ง เป็นที่น่าสังเกตว่า FNR ของปี พ.ศ. 2555 - 2557 น้อยกว่าปี พ.ศ. 2553 และ ปี พ.ศ. 2554 เกือบเท่าตัว การลดลงนี้ยังไม่พบคำอธิบายที่ แน่นนอน อาจเป็นเพราะหน่วยงานที่ส่งสไลด์ให้ความระมัดระวังในการคัดเอาสไลด์ที่ผิดปกติอยู่แล้วออกมา ก็นั่น รวมทั้งนักเซลล์วิทยามีความรู้มากขึ้น เนื่องจากโครงการทบทวนนี้ มีการส่งผลการอ่านในแต่ละปีไปที่ หน่วยอ่าน และอีกประการหนึ่ง คือ ผลทางอ้อมจากโครงการทบทวนนี้ทำให้หน่วยอ่านต่าง ๆ ให้ความสำคัญ ระมัดระวังในการอ่านคัดกรองมากขึ้น ปรากฏดังตารางที่ 4 - 1

ตารางที่ 4 - 1 สรุปการสุ่มตรวจคุณภาพสไลด์ที่ผลคัดกรองปกติ (QC Slide)

ผลการดำเนินการ	พ.ศ.2553	พ.ศ.2554	พ.ศ.2555	พ.ศ.2556	พ.ศ.2557
จำนวนคัดกรองทั้งหมด	2,316,790	1,899,709	1,494,194	1,247,051	992,574
จำนวนที่ผิดปกติจากการคัดกรอง	26,419	25,564	21,420	17,545	15,209
จำนวนที่มีผลปกติจากการคัดกรอง	2,290,371	1,874,145	1,472,774	1,223,464	977,365
จำนวนสไลด์ที่ถูกทบทวน	50,005	50,070	100,000	100,000	30,000
ร้อยละของการทบทวนจากทั้งหมด	2.18	2.67	6.80	8.17	3.07
จำนวนสไลด์ที่มีคุณภาพจากการทบทวน	49,414	49,256	97,933	98,006	29,458
จำนวนผิดปกติที่พบใหม่จากการทบทวน	434	412	468	579	187
ร้อยละที่ผิดปกติจากจำนวนที่ทบทวน	0.87	0.82	0.47	0.59	0.63
ประมาณการรายที่มีผลลบเทียบจากทั้งหมด	19,878	15,421	6,893	7,228	6,092
จำนวนผิดปกติทั้งหมด	46,297	40,985	28,313	24,773	21,301
สัดส่วนผลลบเทียบ	42.94%	37.63%	24.35%	29.18%	28.60%

อย่างไรก็ตาม การสุ่มตรวจสไลด์นี้เป็นการติดต่อและขอความร่วมมือจากห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ มีหลายห้องปฏิบัติการไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการสุ่มตรวจจากสมาคมฯ ดังนั้น ข้อมูลที่ได้อาจไม่สะท้อนคุณภาพการทำงานของสไลด์ของแต่ละภาคหรือของประเทศที่แท้จริง

ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งของโครงการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ การขาดข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองที่ผิดปกติ เพื่อไปรับการตรวจเพิ่มเติมและวินิจฉัยโรค รวมถึงการรักษาหากพบว่าเป็นโรค จากข้อมูลภาพรวมของประเทศมีเพียงร้อยละ 9.44 ที่มีผลการได้รับการส่งต่อ และพบว่ามีข้อมูลได้รับการส่งกล้อง Colposcopy ร้อยละ 5.01 อย่างไรก็ตามข้อมูลในการส่งต่อและการทำ Colposcopy ไม่น่าจะใช่ผลการดำเนินงานที่แท้จริง การรายงานผลน่าจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากทางสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการจ่ายค่าตอบแทนแบบเหมาจ่ายหัวละ 250 บาท ในส่วนของผลการคัดกรองและการบันทึกข้อมูลผลการคัดกรอง ในกรณีที่มีผลผิดปกติและไปรับการส่งตัวไปวินิจฉัยหรือรักษาโรค ไม่มีค่าตอบแทนในส่วนตัวขึ้นกับหน่วยงานนั้น ๆว่าจะยินดีบันทึกข้อมูลหรือไม่ และอาจเป็นความผิดพลาดในการสื่อสารที่ไม่ได้ให้ความสำคัญเรื่องนี้มากนัก เพราะในช่วงแรกของการดำเนินงานเน้นในเรื่องการคัดกรอง แต่จากข้อมูลจากแบบสอบถามผลการสำรวจการดำเนินงานเข้าเจ้าหน้าที่ใน 76 จังหวัด ต่างตอบตรงกันว่าได้ส่งผู้ป่วยที่มีผลการตรวจ Pap Smear ผิดปกติไปทำการตรวจวินิจฉัยหรือส่งไปเพื่อรักษาโรคทุกราย (ร้อยละ 93.3) ส่วนเรื่องที่ทำให้ผลการส่งกล้อง Colposcopy มีการรายงานไม่มาก อาจเนื่องมาจากการขาดแพทย์มะเร็งนรีเวช ในจังหวัดต่าง ๆ จากรายงานข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 พบว่า ทั่วประเทศมีแพทย์มะเร็งนรีเวชวิทยา จำนวน 98 คน เป็นแพทย์ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร 39 คน ที่เหลืออยู่ในเขตสุขภาพต่าง ๆ ด้วยจำนวนที่แตกต่างกัน ตั้งแต่ 1 คน ในเขตสุขภาพที่ 13 ถึงสูงสุด 13 คน ในเขตสุขภาพที่ 1 โดยปกติการส่งกล้องด้วย Colposcopy จะตรวจโดยแพทย์มะเร็งนรีเวช แพทย์สูติศาสตร์นรีเวช ก็ทำได้ถ้าได้รับการฝึกอบรมระยะสั้น ในโครงการจึงร่วมมือกับชมรมคอลโปสโคปีแห่งประเทศไทยจัดการฝึกอบรม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เฉพาะในช่วง 5 ปี คือ พ.ศ. 2553 - 2557 มีแพทย์เข้าอบรมจำนวน 341 คน พยาบาล 779 คน

ดังที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น ในโครงการวิจัยไม่สามารถติดตามผลการดำเนินงานโดยละเอียดได้ทุกจังหวัด จึงเลือกจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ มีประชากรเป้าหมาย 273,855 คน และมีผลการดำเนินงานได้เป้าหมายค่อนข้างสูงคือ ร้อยละ 72.41 และจังหวัดพังงามีขนาดประชากรเป้าหมาย 37,515 คน มีผลการดำเนินงานได้ร้อยละ 40.09 พบว่า จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถึง 313 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลมะเร็ง 1 แห่ง มีแพทย์สูติศาสตร์นรีเวช 28 คน และมีแพทย์มะเร็งนรีเวชจำนวน 3 คน การดำเนินงานจะมีการประสานงานทั้งจังหวัด โดยมีสาธารณสุขจังหวัดเป็นศูนย์กลาง มีความร่วมมือกับเครือข่ายอาสาสมัครหมู่บ้านเพื่อเชิญชวน และให้ข้อมูลกับประชาชนโดยตรงและมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินงานเพื่อชักชวนกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เข้าร่วมโครงการ เช่น กรณีสตรีที่อายุ ไม่อยากมาตรวจด้วยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่มักจะเป็นคนคุ้นเคยรู้จักกันก็จะไปขอให้เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. อื่นมาทำการตรวจคัดกรองประชาชนในพื้นที่ตนเอง ส่วนการดำเนินงานของจังหวัดพังงาก็มีขั้นตอนต่าง ๆ คล้ายกับจังหวัดอุบลราชธานี มีการประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ มีการประชาสัมพันธ์ในทุกพื้นที่ จังหวัดพังงามี รพ.สต. เพียง 64 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง มีแพทย์สูติศาสตร์นรีเวชเพียง 4 คน และไม่มีแพทย์มะเร็งนรีเวช ซึ่งทุกคนมีภาระงานมาก จากการสอบถามข้อมูล พบว่า ปัญหาสำคัญของจังหวัดนี้เกิดจากการขาดแคลนบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ซึ่งข้อมูลนี้ตรงกับแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของจังหวัดพังงาที่ตอบว่าขาดแคลนบุคลากร ในขณะที่ข้อมูลจากทั่วประเทศตอบว่าขาดแคลนบุคลากรเพียงร้อยละ 2.7 อีกประเด็นหนึ่งคือ การ

ประกอบอาชีพของประชาชน จังหวัดพังงาประชาชนมีอาชีพหลักคือ การค้าขาย บริการท่องเที่ยว และการประมง คนส่วนใหญ่จึงไม่มีเวลาว่างในเวลาราชการที่จะมารับบริการ ปัจจัยเหล่านี้จึงทำให้การดำเนินงานของจังหวัดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

จากการสำรวจความเห็นของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบโครงการในแต่ละจังหวัด พบว่า สาเหตุหลักที่ไม่สามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมายคือ ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประชาชนบางส่วนยังมีความอายที่จะไปรับบริการ

แนวทางการแก้ปัญหา

1. เร่งทำความเข้าใจกับทุกจังหวัดถึงข้อมูลที่แท้จริง เพราะถ้านับจำนวนสตรีที่เข้ารับการคัดกรองเกือบทุกจังหวัดทำได้ดี ในหลายจังหวัดทำได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เกือบทุกจังหวัดที่คนตรวจซ้ำค่อนข้างสูง ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายหลักของการคัดกรอง คือ การที่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมารับบริการให้มากที่สุด
2. เร่งปรับแนวทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่เห็นความจำเป็นของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจนขึ้น
3. ใช้กลไกการจัดเขตสุขภาพในการประสานงาน สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงาน เนื่องจาก การจัดเขตสุขภาพเกิดขึ้นหลังโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา จึงใช้การติดต่อกับแต่ละจังหวัดโดยตรง ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ทั้งภายในเขตสุขภาพเดียวกัน รวมถึงเขตสุขภาพใกล้เคียงที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเพิ่มจำนวนคนที่มารับการคัดกรอง หรือการลดเวลารอระยะเวลาการออกผล
4. อาจพิจารณาถึงการเพิ่มเวลาการให้บริการ ในบางแห่งที่มีบุคลากรน้อย ภาระงานประจำมาก อาจเปิดบริการหลังเวลาราชการ หรือ เสาร์ - อาทิตย์ และจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่ประกอบอาชีพที่ไม่สามารถมารับบริการในเวลาราชการได้
5. ในเรื่องของการควบคุมคุณภาพของสไลด์ มีการตกลงล่วงหน้ากรณีโรงพยาบาลหรือห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ ต้องพร้อมที่จะรับการสุ่มตรวจคุณภาพ และให้ทางชมรมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยกำหนดกฎเกณฑ์ มาตรฐานคุณภาพ หากห้องปฏิบัติการใดไม่ผ่านเกณฑ์ก็อาจไม่พิจารณาให้ร่วมโครงการ
6. เรื่องการฝึกอบรมแพทย์การใช้กล้อง Colposcope เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมกรณีผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ขณะนี้ทางชมรมคอลโปสโคปีได้เริ่มมีการปรึกษาหารือในการผลักดันให้เพิ่มหลักสูตรการทำ Colposcopy แก่แพทย์สูติศาสตร์รีเวช เพื่อให้มีแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ Colposcopy มีจำนวนเพียงพอต่อการบริการทั่วประเทศ
7. เร่งทำความเข้าใจเรื่องการบันทึกข้อมูลในส่วนที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการวินิจฉัยหรือรักษาโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบวงจร ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งสำหรับการคัดกรองมะเร็ง

แนวทางการพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีใหม่

Pap Smear ปัจจุบันถือเป็นวิธีมาตรฐานสำหรับการตรวจคัดกรองของมะเร็งปากมดลูก แต่ข้อเสียของวิธีนี้ คือ ความไว (Sensitivity) ค่อนข้างต่ำ แต่มีความจำเพาะ (Specificity) สูง อาจเป็นเพราะการเก็บตัวอย่างเซลล์จะต้องได้เซลล์ถึง Endocervical (Transformation Zone) และไม่ใช่ทุกเซลล์จะเจอความผิดปกติ จึงทำให้บางครั้งไม่ได้เก็บเซลล์ตรงตำแหน่งที่ผิดปกติ อีกเรื่องหนึ่งวิธีนี้ใช้นักเซลล์วิทยาในการอ่าน

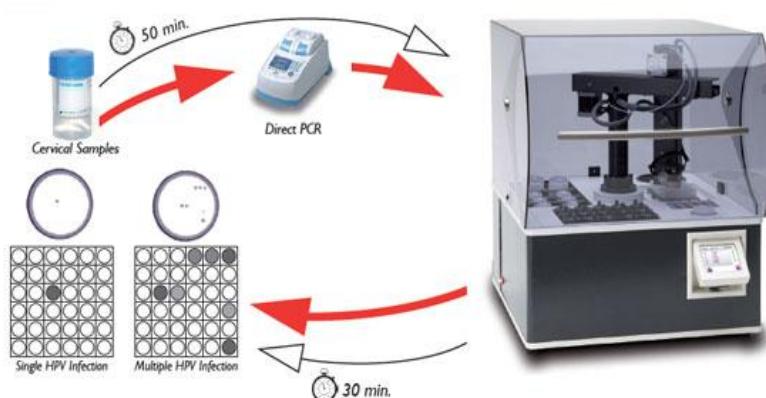
สไลด์ว่ามีเซลล์ผิดปกติหรือไม่ บางครั้งถ้ามีสไลด์เยอะๆ โอกาสผิดพลาดมีสูง และมักจะพบจำนวนสไลด์ที่เป็น Unsatisfied ค่อนข้างเยอะ เพราะการนำเซลล์ที่ใช้ไม้ป้าย (Spatula) มาป้ายลง Slide ต้องไม่บางหรือหนาจนเกินไป ซึ่งปกติจะมีเซลล์ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้น ที่ป้ายในสไลด์ ที่เหลือติดที่ไม้ Spatula จะถูกทิ้งไป และการตรวจโดยวิธีนี้ผู้ที่ทำการตรวจจะต้องมีความชำนาญ ใช้ระยะเวลาานานกว่าจะรู้ผล และเป็นการตรวจเฉพาะปากมดลูกภายนอกเท่านั้น

ต่อมาได้มีการพัฒนาการตรวจ Pap Smear แบบเดิม คือ Conventional Pap Smear เป็นแบบ Liquid-Based Cytology ซึ่งการเก็บเซลล์จะใช้แปรงที่เรียกว่า Broom-Like Device ซึ่งสามารถเก็บตัวอย่างเซลล์บริเวณ Transformation Zone ได้ดีขึ้น แล้วนำเซลล์ทั้งหมดเก็บในสารละลาย วิธีนี้จะมีเซลล์จำนวนมากที่จะสามารถนำไปตรวจทั้ง Cytology หรือ HPV DNA ได้ วิธี Liquid-Based Cytology จะมีการใช้ Filter กรองเซลล์เม็ดเลือดขาว มีการกำจัดมูกและเม็ดเลือดแดงที่ปนมา จากนั้นนำเซลล์เยื่ออุ้งเชิงกรานมาปั่นแล้วป้ายลง Slide ซึ่งขั้นตอนทั้งหมดจะเป็น Automatic ได้ Slide ที่เป็นเซลล์แบบ Monolayer พร้อมทั้งจะให้นักเซลล์วิทยาอ่านได้ง่ายขึ้น ทำให้วิธีนี้เพิ่ม Sensitivity ดีกว่า Conventional Pap Smear

1. HPV DNA Testing

การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุหลักมาจากการติดเชื้อไวรัส HPV ปัจจุบันจึงได้มีการพัฒนาการตรวจ HPV ซึ่งให้ผลความไวและความถูกต้องที่ดีกว่าวิธี Pap Smear หรือ VIA เกือบทุกประเทศในทวีปยุโรป หรืออเมริกา มีการนำ HPV DNA มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีนี้จะมี Sensitivity สูงมาก เพราะเป็นการตรวจหาเชื้อ HPV ดังนั้นการเก็บเซลล์ถึงแม้จะไม่ได้เซลล์บริเวณ Transformation Zone เช่น เก็บเซลล์บริเวณ Vagina ก็สามารถบอกได้ว่าการติดเชื้อ HPV แต่โดยปกติวิธีนี้จะมี Specificity ต่ำกว่าการทำ Cytology เล็กน้อย แต่การตรวจชนิดนี้มีราคาแพง และต้องใช้เครื่องมือเฉพาะในห้องปฏิบัติการ ประเทศไทยก็มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีนี้ แต่มักทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เท่านั้น แต่ในปัจจุบันชุดน้ำยาตรวจมีราคาถูกลงมาก ซึ่งวิธีนี้มีวิธีการทำไม่ยุ่งยาก เพียงแต่เก็บเซลล์บริเวณช่องคลอดหรือปากมดลูกใส่ในน้ำยาที่มากับชุดตรวจ เครื่องตรวจเป็นแบบอัตโนมัติ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมงครึ่ง ก็สามารถทราบผลได้

แผนภาพที่ 4 - 1 หลักการทำงานของเครื่อง HPV DNA Testing



ปัจจุบันจึงนิยมใช้วิธี Cytology ร่วมกับ HPV DNA Testing ที่จะทำให้ Sensitivity และ Specificity เกือบร้อยละ 100

ตารางที่ 4 - 2 ความไวในการตรวจหา HSIL ของการตรวจคัดกรองด้วยวิธีต่าง ๆ

วิธีการตรวจคัดกรอง	ความไว (ร้อยละ)	ความจำเพาะ (ร้อยละ)
--------------------	-----------------	---------------------

Pap Smear : Conventional Cytology	44 - 55	91 - 96
LBC/Image-Guided	60 - 82	93 - 96
VIA : Visual Inspection with Acetic Acid	66 - 79	49 - 86
HPV DNA Testing	85 - 100	80 - 96
HPV Testing + Any Pap	100	94 - 96

2. โครงการพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Testing ในจังหวัดอุบลราชธานี

เป็นโครงการนำร่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้วิธี HPV DNA Testing ร่วมกับการตรวจแบบ Liquid-Based Cytology เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำวิธีนี้มาแทนการตรวจคัดกรองแบบเดิมที่เป็น Conventional Pap Smear ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 5,000 ราย

2.1 การดำเนินงาน

2.1.1 การประชุมวางแผนการดำเนินงานวิจัย

นักวิจัยจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี มีการประชุมวางแผนการดำเนินการวิจัย ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2557

แผนภาพที่ 4 - 2 การประชุมวางแผนการดำเนินการวิจัย ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 9 มิถุนายน 2557



2.1.2 การจัดประชุมอบรมเชิงปฏิบัติการ

การฝึกอบรมจัดขึ้นที่โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2557 เป็นการฝึกอบรมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Testing มีผู้เข้าร่วมประชุมจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่างๆ ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน มีเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ประมาณ 30 คน รวม 80 คน โดยเจ้าหน้าที่จากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มีการแจกเอกสารต่าง ๆ ให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประกอบด้วย

- เอกสารคู่มือโครงการ HPV Testing ซึ่งอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงาน การเก็บตัวอย่าง
- แบบฟอร์มลงทะเบียนและสัมภาษณ์
- เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

- ใบบินยอมด้วยความสมัครใจ
- Flow Chart อธิบายขั้นตอนการปฏิบัติงาน
- ชุดทดสอบ HPV Testing

นอกจากนี้ ยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและเทคนิค HPV Testing กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีกด้วย

แผนภาพที่ 4 - 3 กิจกรรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2557



2.1.3 การจัดประชุมติดตามและประเมินผล

เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2557 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนแพง อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Testing โดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนแพง ได้สาธิตการเก็บตัวอย่างคนไข้อย่างถูกต้องโดยใช้ชุดทดสอบ HPV Testing

แผนภาพที่ 4 - 4 กิจกรรมการประเมินผลการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนแพง อำเภอม่วงสามสิบ

จังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2557



2.2 ผลการดำเนินงาน

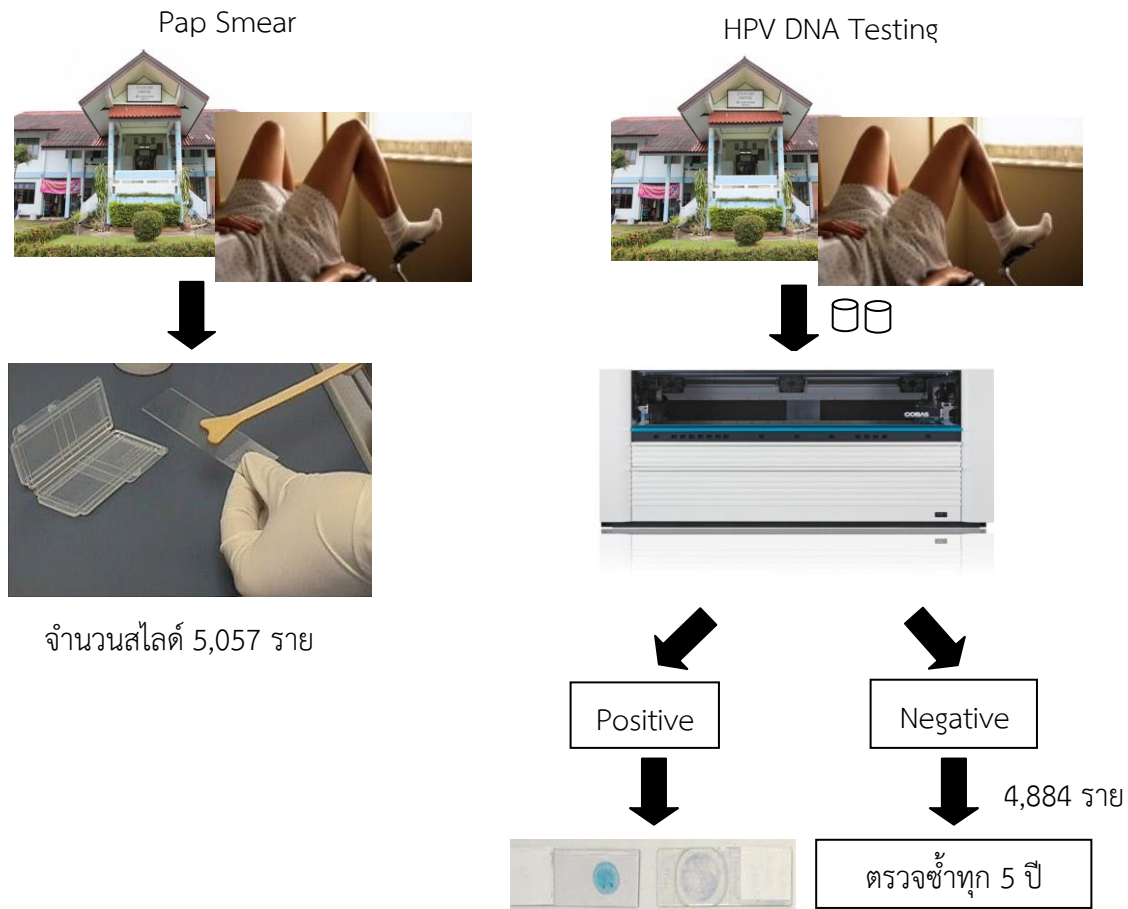
จากผลการดำเนินงาน พบว่า มีสตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 5,057 ราย จากอำเภอ 7 แห่งในจังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอดอนมดแดง อำเภอวารินชำราบ อำเภอสำโรง อำเภอสว่างวีระวงศ์ และอำเภอเดชอุดม จากผลการตรวจการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Testing พบผู้มีผลผิดปกติ 173 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.42 และผู้มีผลปกติ 4,884 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.58

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการนำวิธี HPV DNA Testing มาใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโครงการนี้ จะทำให้จำนวนสไลด์ที่นักเซลล์วิทยาต้องอ่าน 5,057 สไลด์ ลดลงเหลือ 173 สไลด์ ซึ่งจะทำให้คุณภาพของการทำ Cytology ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ตารางที่ 4 - 3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear กับ HPV DNA Testing

Pap smear	HPV DNA Testing
1. คุณภาพการเก็บตัวอย่างเซลล์และการจัดเตรียมสไลด์ต้องใช้ความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล	1. ช่วยลดปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรที่หลายแห่งมีการเปลี่ยนแปลงบุคคลที่รับผิดชอบงาน การเก็บเซลล์ปากมดลูกในตำแหน่งที่ถูกต้อง การป้ายเซลล์ลงสไลด์ และการย้อมสไลด์ ซึ่งเป็นงานที่ต้องใช้ทักษะ
2. คุณภาพของการอ่านทางเซลล์วิทยาที่มีสไลด์จำนวนมาก	2. เทคนิคมีความไวจำเพาะสูง วิธีการทำเป็นระบบอัตโนมัติได้ง่ายและสะดวก ลดภาระงานเซลล์วิทยา
3. ใช้เวลานานกว่าจะได้รับทราบผล	3. ได้รับทราบผลการคัดกรองที่เร็วขึ้น

แผนภาพที่ 4-5 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear และ HPV DNA Testing



ปัจจุบันหลายประเทศในทวีปยุโรปและ HPV DNA Testing มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากวิธีนี้จะมี Sensitivity สูงมาก มีความถูกต้องที่ดีกว่าวิธี Pap Smear แม้ว่าการตรวจชนิดนี้มีราคาแพง และต้องใช้เวลา จำนวนสไลด์ 173 ราย ประเทศไทยก็มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีนี้ แต่มักทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ๆ เท่านั้น แต่ในปัจจุบัน ชุดน้ำยาตรวจมีราคาถูกลงมาก ดังนั้น จึงนำวิธี HPV DNA Testing มาใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแทน Conventional Pap Smear เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการตรวจคัดกรองโรค เพิ่มความไว และลดผลลบลงของการตรวจลง นอกจากนี้ เพื่อเป็นแนวทางที่จะช่วยแก้ปัญหาในการตรวจคัดกรองและการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยต่อไป

สรุป

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผลความสำเร็จของการดำเนินงานมีความแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด และเขตสุขภาพ ทั้งในเรื่องปริมาณและคุณภาพ ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคที่แต่ละพื้นที่ก็มีความแตกต่างกันไป เช่น การไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านโรคมะเร็ง การประกอบอาชีพหลักของประชาชนในจังหวัดนั้น ๆ ที่อาจทำให้ไม่สามารถมารับการคัดกรองในเวลาทำการได้ แต่ที่ทุกจังหวัดมีปัญหาคือ ประชาชนยังขาดความรู้

ความเข้าใจและประโยชน์ที่จะได้รับจากการคัดกรองโรค ดังนั้นควรมีการเร่งทำความเข้าใจ ประชาสัมพันธ์ไป
ยังสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มารับการคัดกรองเพิ่มขึ้น รวมถึงเพิ่มการบริการให้คนในพื้นที่เข้าถึงการบริการมากขึ้น
ในเรื่องของฐานข้อมูลของผลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรค ส่วนกลางอาจต้องเร่งทำ
ความเข้าใจ ขอความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม เพื่อจะได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบวงจรเพราะจาก
การลงพื้นที่ทำให้ทราบว่า ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานในส่วนนี้เพียงแต่ไม่ได้บันทึกข้อมูล

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

โครงการวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของทุกจังหวัดทั่วประเทศ ในช่วงเวลาปี พ.ศ. 2548 – 2557 โดยการคัดกรองจะทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 9,770 แห่งทั่วประเทศ จากนั้นจะบันทึกข้อมูลผลการคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ลงในโปรแกรมที่ชื่อ Cervical Cancer Screening 2010 (CxS2010) ซึ่งมีสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นผู้ดูแลข้อมูล โครงการวิจัยนี้ใช้ฐานข้อมูลนี้เป็นหลัก ซึ่งสามารถดูผลการดำเนินงานได้ทั้งภาพของประเทศ เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ รพ. สต. หรือแม้แต่เส้นทางการเข้ารับการคัดกรองโรค การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคในระดับบุคคลได้นอกจากนี้ยังหาจากฐานข้อมูลอื่นๆ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การลงพื้นที่ รวมถึงการส่งแบบสอบถามสำรวจหาข้อมูลเพิ่มเติม และได้ผลการดำเนินงานที่สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในแต่ละข้อดังนี้

1. เพื่อศึกษาภาพรวมและผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศ วิเคราะห์ตามรายจังหวัดและเขตสุขภาพ

ในโครงการได้จัดทำข้อมูลผลการดำเนินงาน รายงานเป็นระดับประเทศที่แสดงให้เห็นผลการดำเนินงานในภาพรวม โดยในปี พ.ศ. 2553 – 2557 ได้ทำการคัดกรองสตรีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 8,458,585 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.74 เมื่อพิจารณาเฉพาะรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง 1 ครั้งใน 5 ปี พบว่าทำได้ 5,164,751 คิดเป็นร้อยละ 53.92 หากดูในรายเขตสุขภาพจะมีความแตกต่างกัน เขตที่ทำผลงานการคัดกรองได้มากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 66.11 และเขตที่คัดกรองได้น้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 11 ได้ร้อยละ 31.84 และหากดูในรายจังหวัดผลการดำเนินงานยังมีความแตกต่างกันมาก จากจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงสุด คือ จังหวัดสมุทรสาคร ทำได้ร้อยละ 91.80 ส่วนจังหวัดที่ทำได้น้อยสุด คือ จังหวัดนครศรีธรรมราชทำได้ร้อยละ 26.02 รายละเอียดการดำเนินงานของจังหวัดต่างๆ รวมถึงข้อมูลอื่นๆ ที่แสดงให้เห็นคุณภาพการคัดกรองในแต่ละพื้นที่ ดูได้ในบทที่ 3

2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการคัดกรอง ติดตามหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ฐานข้อมูลที่สมบูรณ์

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ทราบว่าปัญหาที่สำคัญของโครงการ คือ จำนวนความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งสาเหตุหลักน่าจะมาจากโครงสร้างและความพร้อมของหน่วยบริการ ในบางจังหวัดมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง หรือมีโรงพยาบาลที่มีเครื่องมือพร้อมในการรักษาโรคมะเร็ง จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ นโยบายของแต่ละจังหวัด ปัจจัยที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ ความรู้ความเข้าใจของประชาชน ประชาชนยังไม่เข้าใจถึงความจำเป็นของการตรวจคัดกรองมะเร็งในจำนวนนี้ร้อยละ 31.2 ยังคงอายุที่จะมารับการตรวจ และร้อยละ 28.5 คิดว่าสุขภาพปกติไม่จำเป็นต้องตรวจ

ปัญหาอีกเรื่องหนึ่ง คือ ความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลในฐานข้อมูล ทั้ง ๆ ที่โปรแกรมบันทึกข้อมูลได้ถูกออกแบบให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ทุกขั้นตอน ตั้งแต่การตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และการรักษาโรค แต่ในฐานข้อมูลมีข้อมูลที่สมบูรณ์เฉพาะการตรวจคัดกรอง มีเพียงร้อยละ 9.44 ที่รายงานผลการส่งผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรคเพิ่มเติม แต่จากการศึกษาผลการดำเนินงานของ

2 จังหวัดที่เลือก คือ จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดพังงา กับการสำรวจจากแบบสอบถาม พบว่า ผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติส่วนใหญ่ได้รับการตรวจติดตาม หรือส่งตัวไปเพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาโรคตามแนวทางการคัดกรองและการรักษาโรคที่ได้ตกลงและจัดทำมาตรฐานเป็นคู่มือและได้จัดส่งให้แต่ละหน่วยบริการไปแล้ว เพียงแต่ไม่ได้มีการบันทึกลงในโปรแกรม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่ได้เน้นย้ำตอนเริ่มโครงการ เพราะในช่วงแรกมุ่งผลสัมฤทธิ์เฉพาะการตรวจคัดกรอง และอีกส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการการจ่ายค่าผลตอบแทนการตรวจที่เหมาะสมรายหัว 250 บาทเฉพาะในส่วนการตรวจคัดกรอง รายละเอียดต่าง ๆ ดูได้ในบทที่ 4

3. เพื่อศึกษาหาแนวทางการปรับปรุงการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำเสนอเป็นนโยบายเพื่อให้การคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้อย่างยั่งยืน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดจากฐานข้อมูลต่างๆ และจากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้ได้แนวทางการแก้ไขปัญหา 7 ประเด็นดังนี้

1. เร่งทำความเข้าใจกับทุกจังหวัดถึงข้อมูลเท็จจริงเพราะถ้านับจำนวนสตรีที่เข้ารับการคัดกรองเกือบทุกจังหวัดทำได้ ในหลายจังหวัดทำได้สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่เกือบทุกจังหวัดที่คนตรวจช้าค่อนข้างสูง ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายหลักของการคัดกรอง คือ การที่ให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมารับบริการให้มากที่สุด

2. เร่งปรับแนวทางการสื่อสารเพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจที่เห็นความจำเป็นของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจนขึ้น

3. ใช้กลไกการจัดเขตสุขภาพในการประสานงาน สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงาน เนื่องจากการจัดเขตสุขภาพเกิดขึ้นหลังโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมาจึงใช้การติดต่อกับแต่ละจังหวัดโดยตรง ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ทั้งภายในเขตสุขภาพเดียวกัน รวมถึงเขตสุขภาพใกล้เคียงที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเพิ่มจำนวนคนที่มารับการคัดกรองหรือการลดเวลารอบระยะเวลาการออกผล

4. อาจพิจารณาถึงการเพิ่มเวลาการให้บริการ ในบางแห่งที่มีบุคลากรน้อย ภาระงานประจำมาก อาจเปิดบริการหลังเวลาราชการ หรือ เสาร์ - อาทิตย์ และจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่ประกอบอาชีพที่ไม่สามารถมารับบริการในเวลาราชการได้

5. ในเรื่องของการควบคุมคุณภาพของสไลด์ มีการตกลงล่วงหน้ากรณีโรงพยาบาลหรือห้องปฏิบัติการที่เข้าร่วมโครงการ ต้องพร้อมที่จะรับการสุ่มตรวจคุณภาพ และให้ทางชมรมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทยกำหนดกฎเกณฑ์ มาตรฐานคุณภาพ หากห้องปฏิบัติการใดไม่ผ่านเกณฑ์ก็อาจไม่พิจารณาให้ร่วมโครงการ

6. เรื่องการฝึกอบรมแพทย์การใช้กล้อง Colposcope เพื่อการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมกรณีผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ ขณะนี้ทางชมรมคอลโปสโกปีได้เริ่มมีการปรึกษาหารือในการผลักดันให้เพิ่มหลักสูตรการทำ Colposcopy แก่แพทย์สูติศาสตร์รีเวช เพื่อให้มีแพทย์ที่มีความชำนาญในการทำ Colposcopy มีจำนวนเพียงพอต่อการบริการทั่วประเทศ

7. เร่งทำความเข้าใจเรื่องการบันทึกข้อมูลในส่วนที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการวินิจฉัยหรือรักษาโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบวงจร ซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งสำหรับการคัดกรองมะเร็ง

โดยภาพรวม ผลการดำเนินงานเป็นที่น่าพอใจถึงแม้ในบางพื้นที่การดำเนินงานยังมีปัญหาอุปสรรคอยู่มาก แต่เมื่อเทียบกับต่างประเทศที่มีผลการดำเนินงานมานานกว่าประเทศไทย นับว่าความคลอบคลุมของผลการดำเนินงานของเราทำได้ดีกว่าในหลายประเทศ โครงการนี้นอกจากจะเป็นโครงการที่เป็น

ประโยชน์โดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว ถือเป็นโครงการระดับชาติที่มีขบวนการขั้นตอนและมีข้อมูลที่ชัดเจนเป็นรูปธรรมและสามารถตรวจสอบได้

โครงการนี้ถือเป็นโครงการบริการการคัดกรองโรคที่สำคัญ คือ โรคมะเร็งโครงการแรก โดยที่ผ่านมาการจะคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องไปที่โรงพยาบาลและเสียค่าใช้จ่ายเอง ทำให้ประชาชนส่วนไม่เคยได้รับการตรวจ ในระหว่างการดำเนินงาน 5 ปี คือ พ.ศ. 2553 - 2557 ได้ตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 3,669 ราย ซึ่งเป็นสตรีที่ไม่ทราบมาก่อนว่าตัวเองป่วยเป็นโรค ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงนับว่าเป็นประโยชน์โดยตรงต่อผู้รับบริการ นอกจากจะเจอผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มต้นแล้วยังทำให้เจอผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็ง คือ คนที่มีผลผิดปกติชนิด High Grade ซึ่งเจอได้ถึง 30,761 คน บุคคลเหล่านี้หากไม่มีการติดตามหรือเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของโรคก็อาจกลายเป็นมะเร็งได้ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังสามารถทำให้ตรวจพบโรคอื่น ๆ ในบริเวณปากมดลูกด้วย เช่น การมีเชื้อรา การอักเสบ นอกเหนือจากการได้คัดกรองโรคแล้ว ประชาชนยังได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อโรคว่าปัจจุบันไม่ใช่โรคที่เป็นแล้วต้องเสียชีวิตเสมอไป อีกทั้งยังได้ความรู้อื่น ๆ เกี่ยวกับการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพ

ในการดำเนินโครงการนี้จำเป็นต้องใช้บุคลากรหลายวิชาชีพ ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล นักเซลล์วิทยา นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และนักวิชาการสาธารณสุข เรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก วิธีการคัดกรองมะเร็ง ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็ง และถ่ายทอดความรู้และทักษะให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ช่วยในการประชาสัมพันธ์และชักชวนให้ประชาชนมารับการคัดกรอง การฝึกอบรมบุคลากรสายอาชีพต่าง ๆ ทั่วประเทศให้มีความรู้ความชำนาญและมีการประเมินคุณภาพงาน การจัดฝึกอบรมแต่ละครั้งยังสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคลากรของวิชาชีพต่าง ๆ เป็นการสร้างเครือข่ายการทำงานทั้งในวิชาชีพเดียวกันและต่างอาชีพ โครงการนี้ยังเป็นโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานส่วนกลางได้เรียนรู้การทำงานในชุมชน ทำให้ทราบถึงข้อได้เปรียบ ปัญหา อุปสรรคในแต่ละพื้นที่ นอกจากสายวิชาชีพทางการแพทย์แล้ว โครงการนี้ยังเป็นการพัฒนางานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งเป็นการพัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูลขนาดใหญ่ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลต่าง ๆ และส่วนกลาง รวมถึงการดูแลบริหารจัดการฐานข้อมูลทางด้านสาธารณสุขอีกด้วย การมีฐานข้อมูลขนาดใหญ่จะเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของประเทศในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดจำนวนอัตราการเกิดและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกอย่างเห็นผล เนื่องจากข้อมูลทั้งในระยะนำร่องและการดำเนินโครงการเต็มรูปแบบในช่วง ปี พ.ศ. 2553 - 2557 แสดงให้เห็นถึง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับการคัดกรองโรคที่เป็นโครงการระดับชาติได้ และด้วยโครงสร้างการบริการด้านสุขภาพแบบนี้ จะทำให้การคัดกรองโรคมะเร็งอื่น ๆ ในอนาคต เช่น โรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม ทำได้ง่ายขึ้น

1.2 มีนโยบายการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น ที่สามารถเห็นแนวโน้มของผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา

1.3 ควรมีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง รวมถึงการจัดตั้งหรือส่งเสริมให้มีหน่วยรักษาพยาบาลด้านโรคมะเร็งกระจายในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ

1.4 ควรมีการพิจารณาวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีใหม่ เช่น การตรวจหาการติดเชื้อ HPV ด้วยเครื่องอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองและลดภาระงานของเจ้าหน้าที่โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าของการดำเนินการด้วย และควรมีความเตรียมพร้อมบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยหากต้องมีการนำมาใช้ในอนาคต

1.5 ควรมีการเพิ่มงบประมาณในเรื่องการลงข้อมูลในส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรค ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้มีเพียงร้อยละ 1.33 ทำให้ไม่เพิ่มภาระงานมากจนเกินไปและใช้งบประมาณไม่มาก

2. ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ

2.1 ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติมในเขตหรือจังหวัดที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดูรายละเอียดปัจจัยต่าง ๆ ทุกด้าน จะได้แก้ไขปัญหให้ตรงประเด็นความต้องการ

2.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยเฉพาะจังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกัน เพื่อสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล และนักเซลล์วิทยา ให้มีความรู้กับเทคโนโลยีการคัดกรองด้วยวิธีใหม่ รวมถึงการติดตามการทำงานของบุคลากรที่เคยได้รับการอบรมแล้ว เมื่อกลับไปปฏิบัติงานว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการหาข้อมูลเกี่ยวกับระยะของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเปรียบเทียบกับอัตราการคัดกรองโรค ถ้าในพื้นที่ที่การคัดกรองมีประสิทธิภาพ พื้นที่นั้นไม่ควรจะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม สำหรับในอนาคตควรมีการติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดและเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกและศึกษาเปรียบเทียบกับอัตราการคัดกรองโรค ข้อมูลเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นผลความสำเร็จของโครงการที่แท้จริงในอนาคต

3.2 ควรศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งชนิดอื่นๆ โดยใช้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นต้นแบบ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

หนังสือ

จตุพล ศรีสมบุรณ์. "HPV and Cervical Carcinogenesis", ใน HPV-Related Diseases and HPV Vaccines. วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ. (กรุงเทพฯ, 2554).

คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคเริมแห่งชาติ. แผนการป้องกันและควบคุมโรคเริมแห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2560). (กรุงเทพฯ 2556).

ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์

กรมการแพทย์. “หน้าที่ความรับผิดชอบ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.dms.moph.go.th/xdmsweb_v2_2/content/org/duties.php , 2553

กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. “วิสัยทัศน์ พันธกิจ ยุทธศาสตร์”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.dtam.moph.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id=27&Itemid=109, 2555

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. “แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmsc.moph.go.th/dmsc/strategic.php?cid=1>, 2557

กรมสุขภาพจิต. “แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.dmh.go.th/intranet/p2554/download/dl.asp?id=44>, 2558

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. “วิสัยทัศน์/พันธกิจ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://203.157.7.46/info/hss/mvs.jsp>, 2556

กรมอนามัย. “แผนปฏิบัติการของหน่วยงาน”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.anamai.moph.go.th/download/56-59.pdf>, 2556

กระทรวงสาธารณสุข “หน่วยงานในสังกัด”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.moph.go.th/power_moph/moph_edit.html, 2556

กองคลัง สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยศิลปากร. “ระเบียบกระทรวงการคลัง”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.ubu.ac.th/web/files_up/02f2011081413030820.pdf, 2556

โรงพยาบาลขอนแก่น. “วิสัยทัศน์/พันธกิจ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.kkh.go.th/main.php>, 2558

โรงพยาบาลชุมพวง. “วิสัยทัศน์”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.cph.go.th/vision.php>, 2557

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. “วิสัยทัศน์และพันธกิจ”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.budhosp.go.th/Mission.asp>, 2558

โรงพยาบาลวัดสิงห์. “แนะนำโรงพยาบาล”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://watsinghospital.com/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=4&Itemid=21, 2557

วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ. “HPV newsletter Volume1”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

http://www.tgcsthai.com/file/hpv_1_3440.pdf, 2550.

สภาการพยาบาล. “พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้

จาก : http://www.tnc.or.th/law/page-1_2.html, 2556

สำนักงานคณะกรรมการการกฤษฎีกา. “ห้องสมุดกฎหมาย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://www.krisdika.go.th/wps/portal/general>, 2551

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. “รายชื่อหน่วยงานของรัฐในสังกัดฝ่ายบริหารที่มีใช้ส่วน

ราชการ”. เข้าถึงได้จาก : http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=5&content_id=1084, 2550

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. “วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://www.fda.moph.go.th/>, 2557

สำนักงานโครงการสนับสนุนนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. “ขอบเขตการดำเนินงาน”.

(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://hph.moph.go.th/?modules=Content&action=history#>, 2557

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. “[แผนยุทธศาสตร์](#)สาธารณสุข 2558-2560”. (ออนไลน์). เข้าถึง

ได้จาก : http://110.77.139.140/homes/dmdocuments/Vision_KPI57_60.pdf, 2558

สำนักงานประกันสังคม. “บทความประกันสังคม”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.senate.go.th/lawdatacenter/includes/FCKeditor/upload/Image/b/IN37_jul_8_3.pdf, 2557

_____. “ประกันสังคมในประเทศไทย”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

<http://www.sso.go.th/wpr/category.jsp?lang=th&cat=889>, 2556

สำนักงานคณะกรรมการกำกับและส่งเสริมการประกอบธุรกิจประกันภัย. “ประวัติความเป็นมา”.

(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.oic.or.th/th/about/index.php>, 2556

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “เกี่ยวกับองค์กร”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.nhso.go.th/FrontEnd/page-about_history.aspx, 2557

สำนักบริหารงานสนับสนุนงานอัยการสูงสุด. “รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550”

(ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : http://www.ogad.ago.go.th/dagsu/index.php?option=com_content&view=article&id=153:lawago&catid=44:constitution&Itemid=65, 2550

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. “สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551”. (ออนไลน์).

เข้าถึงได้จาก : <http://bps.moph.go.th/sites/default/files/statistic51.pdf>

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. “ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บ

ข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.2558”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก :

http://bps.moph.go.th/sites/default/files/strategy_and_kpi_2558_.pdf, 2558

สถาบันพระปกเกล้า. “การบริหารราชการแผ่นดิน”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.kpi.ac.th/wiki/index.php/>, 2552

ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. “แผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี

2554-2558”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://ddccenter.ddc.moph.go.th/oic/>

download/1418900755_strategy_54_58.pdf, 2554
ศูนย์ข้อมูลกรุงเทพมหานคร. “กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกรุงเทพมหานคร”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://203.155.220.230/bmainfo/law/law.php?t, 2557>
ศูนย์บริการสารสนเทศการประกันสุขภาพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. “คัดกรองมะเร็งปากมดลูก”. (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://eis.nhso.go.th/FrontEnd/SingleContent.aspx?menu=530000001&pid=540000049>

ภาษาต่างประเทศ

Books

IARC Working Group on the Evaluation of Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 10: Cervix Cancer Screening. 10th edition., Lyon: IARC Press, 2005.
Khuaprema T., Attasara P., Sriplung H., Wiangnon S. and Sangrajang S., Cancer in Thailand, Volume 7: 2007-2009, Bangkok: Press, 2013.

Journals

Ai Zhen Jin, MSc, Eileen Chantale Louange, MHLthSc, Khuan Yew Chow, MB Bch, MMed, Christine Wei Ling Fock. Evaluation of the National Cervical Cancer Screening Programme in Singapore, Singapore Med J. 2013; 54(2)
Arbyn M, Rebolj M, de Kok IM, Becker N, O'Reilly M, Andrae B. The challenges of organizing cervical screening programs in the 15 old member states of the European Union, Eur J Cancer 2009. P. 2671–8.
Anttila A, Nieminen P. Cervical cancer screening program in Finland with an example on implementing alternative screening methods, Coll Antropol 2007. P. 17–22.
Bray F, Loos AH, McCarron P, Weiderpass E, Arbyn M, Møller H, et al. Trends in cervical squamous cell carcinoma incidence in 13 European countries: changing risk and the effects of screening. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2005. P. 677–86.
[Clavel C](#), [Masure M](#), [Bory JP](#), [Putaud I](#), [Mangeonjean C](#), [Lorenzato M](#), [Nazeyrollas P](#), [Gabriel B](#), [Quereux C](#) and [Birembaut P](#). Human papillomavirus testing in primary

screening for the detection of high-grade cervical lesions : a study of 7932 women, Br J Cancer. 2001.

Fahey MT, Irwig L and Macaskill P. Meta-analysis of Pap-test accuracy. Am J Epidemiol. 1995.

Hristova L, Hakama M. Effect of screening for cancer in the Nordic countries on deaths, cost and quality of life up to the year 2017, Acta Oncol. 1997. P. 1–60.

Petry KU, Menton S, Menton M, van Loenen-Frosch F, de Carvalho Gomes H, Holz B, Schopp B, Garbrecht-Buettner S, Davies P, Boehmer G and van den Akker Elftner T.

Inclusion of HPV testing in routine cervical cancer screening for women above 29 years in Germany : results for 8466 patients. Br J Cancer, 2003.

Ryoko Machii and Hiroshi Saito. Time Trends in Cervical Cancer Screening Rates in the OECD Countries. Japanese Journal of Clinical Oncology. Volume 41. P. 731-732.

Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley RS, Mahe C, Keita N and Mbalawa CC. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from IARC multicenter study in India and Africa, Int J Cancer. 2004.

Electronic Data Base

Centers for Disease Control and Prevention, Cancer Screening, (Online). Available : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6103a1.htm>, 2010

ICO HPV Information Centre, Human Papillomavirus and Related Diseases Report, (Online). Available : <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf>, 2014

International Agency for Research on Cancer, Globocan 2012: Estimated cancer incidence mortality and prevalence worldwide in 2012, (Online). Available : <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

ภาคผนวก

ผนวก ก

การทำ Pap Smear อย่างมีคุณภาพ และการรายงานผล Pap Smear

วิธีการและขั้นตอนการตรวจ Pap Smear

ขั้นตอนที่ 1 การซักประวัติ

การซักประวัติที่จำเป็นสำหรับการทำ Pap Smear

- ชื่อ นามสกุล อายุ สถานภาพสมรส
- ประวัติการคลอด การแท้ง การทำผ่าตัด (ระบุด้วยว่าครั้งสุดท้าย เมื่อใด)
- การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด (ยาเม็ด ยาฉีด) ถ้าหยุดใช้ให้ระบุด้วยว่า เมื่อใด
- ประวัติการมีประจำเดือน ถ้ายังอยู่ในวัยมีประจำเดือน ให้ระบุว่ามีประจำเดือนครั้ง

สุดท้ายเมื่อใด

- การใช้ฮอร์โมนในช่วงสูงอายุ
- การมีเลือดออกผิดปกติ ให้ระบุระยะเวลาเริ่มต้นการมีเลือดออกตั้งแต่เมื่อใด

และเลือดหยุดหรือยัง

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมแผ่น Slide และน้ำยาแช่ Slide

เตรียมแผ่น Slide และน้ำยาแช่ Slide

2.1 เช็ด Slide ให้สะอาด

2.2 เขียน ชื่อ นามสกุล อายุ HN. ที่ปลายด้านฟ้า ด้วยดินสอดำ

2.3 เตรียมขวดสำหรับใส่น้ำยาแช่ Slide ให้พร้อม

ขั้นตอนที่ 3 การจัดท่านอน

ท่านอนควรเป็นท่า Lithotomy

ขั้นตอนที่ 4 จัดเตรียมไฟสำหรับตรวจ

ไฟที่ใช้ควรเป็นลักษณะรวมแสง และมีความสว่างพอที่จะเห็นเข้าไปในช่องคลอดได้

ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 5 การทำความสะอาดบริเวณปากช่องคลอด

ควรทำความสะอาดบริเวณปากช่องคลอดก่อนการตรวจ โดยปฏิบัติดังนี้

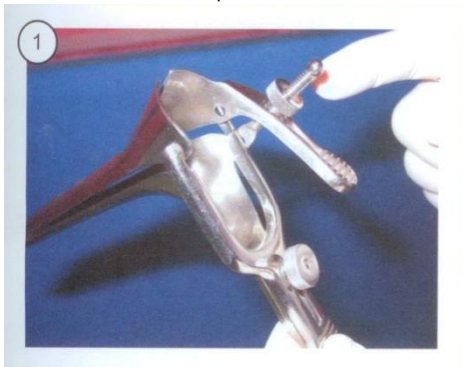
5.1 ผู้จะทำการตรวจ สวมถุงมือสะอาด หรือถุงมือปราศจากเชื้อ

5.2 ใช้สำลีก้อนใหญ่ชุบน้ำเกลือ หรือน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างอ่อน เช็ดบริเวณ Vulva

และที่บริเวณปากช่องคลอดเพื่อช่วยเพิ่มความชุ่มชื้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งที่ปากช่องคลอด และช่องคลอด จะแห้งมาก

ขั้นตอนที่ 6 เตรียม Speculum

ภาพแสดงการจับ Speculum



Speculum ที่ใช้จะต้องนำไป Sterile ก่อนใช้ทุกครั้ง มีขั้นตอนการเตรียม Speculum ดังนี้

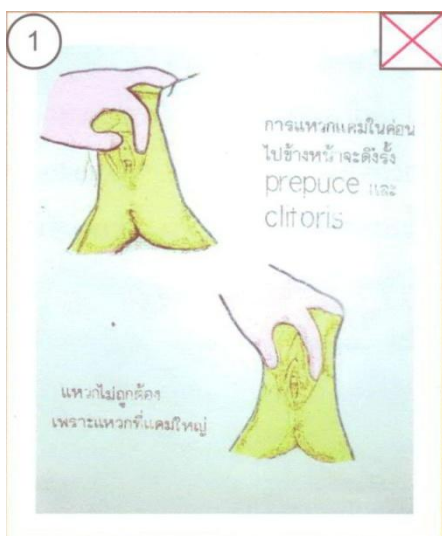
6.1 เปิดสกรู (Screw) ทั้ง 2 จุด เพื่อจัดให้เคลื่อนไหวได้สะดวก แล้วจับให้ถูกวิธี (ดังภาพที่ 1 และ 2)

6.2 ปิดปาก Speculum ให้สนิทก่อนทำการสอดใส่ (ดังภาพที่ 3)

6.3 ล้าง Speculum ก่อนการสอดใส่เข้าไปในช่องคลอด โดยการนำ Speculum จุ่มลงในน้ำสะอาดเพื่อล้างสิ่งสกปรก ห้ามใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (ดังภาพที่ 4)

ขั้นตอนที่ 7 การใส่ Speculum

เริ่มการใส่ Speculum โดยการเปิดปากช่องคลอด แหวก Labia Minora ทั้ง 2 ข้างให้ถูกรูวิธี (ดังภาพ) จะทำให้เห็นรูเปิดได้ชัดเจน เลือกใช้ Speculum ที่มีขนาดให้พอเหมาะ ห้ามใช้สารหล่อลื่นจำพวกเยลลี่ เมื่อเปิดปากช่องคลอด ควรสังเกตสิ่งผิดปกติ เช่น แผล ผิวนูน ก้อนเนื้องอก ฯลฯ บริเวณที่ปากช่องคลอด



วิธีแหวกปากช่องคลอด ที่ไม่ถูกต้อง



วิธีแหวกปากช่องคลอด ที่ถูกต้อง



ภาพแสดงการจับ Speculum เพื่อเตรียมใส่

ขั้นตอนการใส่ Speculum



ภาพแสดงวิธีสอด Speculum เข้าช่องคลอดโดยเอียง Speculum ให้อยู่ในแนว 2 และ 8 นาฬิกา



ภาพแสดงการหมุน Speculum ให้ความกว้างไปอยู่ตามขวาง ไม่ควรใส่ Speculum ลึกเกินไปอาจเลยตำแหน่งที่ต้องการ



ภาพแสดงการใช้นิ้วกดเพื่อเปิดปลาย Speculum ให้เห็นสภาพภายในตามต้องการ แล้วค่อยๆ เลื่อน Speculum เข้าไปจนเห็นปากมดลูกชัดเจน

7.1 เอียง Speculum ให้ตั้งอยู่ในแนว 2 และ 3 นาฬิกา (กรณีใช้มือขวาจับ Speculum)

7.2 ให้ Speculum อยู่ในแนว 4 กับ 10 นาฬิกา (กรณีใช้มือซ้ายจับ Speculum)

7.3 ค่อยๆ สอดเครื่องมือให้ลึกเข้าไปตามทิศทางของช่องคลอด

7.4 เมื่อสอด Speculum เข้าไปประมาณครึ่งหนึ่งของความยาวของ Speculum ก่อนที่จะถึงปากมดลูก ให้ลองเปิดปลาย Speculum เล็กน้อยเพื่อดูว่ามีความผิดปกติที่ปากมดลูก เช่น แผล ตึงเนื้องอกหรือก้อนมะเร็งหรือไม่ เพราะถ้ามีความผิดปกติและปลายเครื่องมือไปสัมผัสกับแผล อาจทำให้มีเลือดออกได้

7.5 ถ้าไม่เห็นความผิดปกติใดๆ เปิดปลาย Speculum ให้พอเห็นปากมดลูก แล้วค่อยๆ สอด Speculum เข้าไปจนถึงปากมดลูก

7.6 ใช้ปลาย Speculum คล้องปากมดลูก (ในบางรายที่ปากมดลูกอยู่ผิดจากท่าที่ปกติ อาจมีผลทำให้การคล้องปากมดลูก ทำได้ยาก)

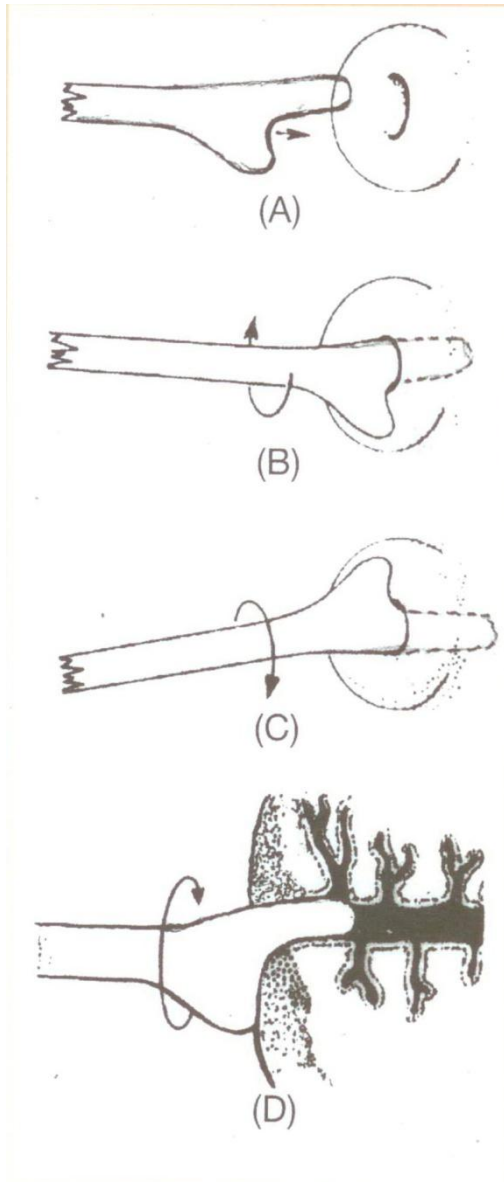
7.7 กดเปิดปลาย Speculum (ตรงก้านบริเวณใกล้ด้ามจับ) เพื่อให้เห็นปากมดลูกชัดเจน

7.8 ล้อศกศุกรย์ ทั้ง 2 ตัว ของ Speculum เพื่อความสะดวกในการทำเสมียร์หรือป้ายเซลล์ (ถ้าผู้ตรวจมีความชำนาญแล้วไม่จำเป็นต้องล้อศกศุกรย์ก็ได้)

สิ่งที่ควรสังเกตเมื่อใส่ Speculum แล้ว คือ

1. ลักษณะของ Discharge ในช่องคลอด
2. ลักษณะของเยื่อช่องคลอด
3. ความหนา - บาง รอยย่นตามขวาง (Transverse Rugi)

ขั้นตอนที่ 8 การเก็บเซลล์



ภาพแสดงรายละเอียดเทคนิคการขูดเซลล์จากผนังของคอมดลูก รอบรูปากมดลูกโดยตรง

วิธีเก็บเซลล์จากปากมดลูก มีขั้นตอนดังนี้

8.1 ใส่ปลายแหลมของ Spatula เข้าไปในรูปากมดลูก

8.2 ดันให้ส่วนโค้งของ Spatula ชิดกับปากมดลูก แล้วค่อยๆ หมุน Spatula ด้วยแรงกดพอประมาณ เพื่อที่จะถ่วงไม่ให้ Spatula ถอยออกมาขณะทำการหมุน

8.3 การหมุนอาจหมุนตามเข็มนาฬิกาหรือย้อนเข็มนาฬิกาก็ได้ แล้วแต่ความถนัด

8.4 จำนวนรอบที่หมุนไม่กำหนด โดยให้หมุนไปจนกว่าจะได้เซลล์จากทุกจุดในบริเวณปากมดลูก

- ในผู้ที่ไม่เคยคลอดบุตร รูปากมดลูกอาจเล็กและแคบ ควรเลือก Spatula อันที่ปลายเรียวและเล็ก

- ในรายที่สูงอายุ เยื่อบุปากมดลูกทั้งข้างนอกและข้างในจะบาง ส่วนมากมักจะไม่ได้เซลล์ติดออกมา อาจต้องออกแรงขูดให้มากขึ้นหรือนำปลาย Spatula จุ่มน้ำเกลือเล็กน้อยก่อนใช้ปลายแหลมของ Spatula ต้องยื่นเข้าไปในปากมดลูกส่วนในด้วย

ภาพ D แสดงเครื่องมือสัมผัสรอยต่อระหว่างเยื่อ Squamous และ Columnar รอบรูปากมดลูก ซึ่งเป็นตำแหน่งเริ่มต้นของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

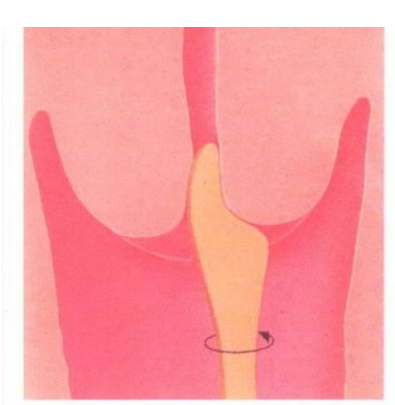
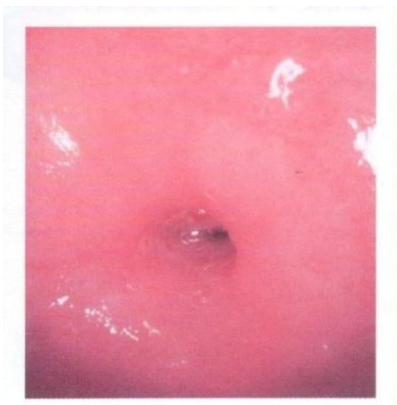
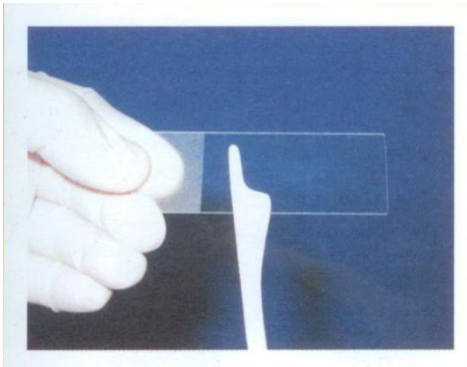
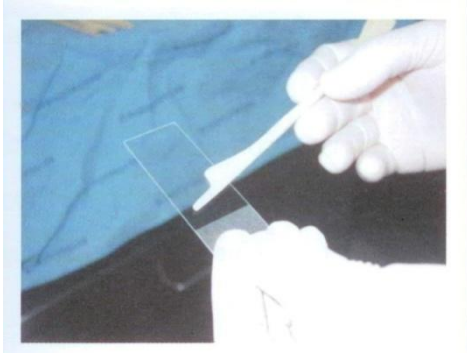
ขั้นตอนที่ 9 การป้ายเซลล์ลงบน Slide

เมื่อทำการเก็บหรือขูดได้เยื่อบุปากมดลูกมาแล้วให้นำมาป้ายลงบน Slide ตามวิธีดังนี้

9.1 การป้ายต้องทำอย่างเบามือ นุ่มนวล รวดเร็ว

9.2 ป้ายบางๆ โดยวาง Spatula ด้านปลายแหลมที่ขอบด้านหนึ่งของ Slide ตรงระดับต่ำกว่ารอยฝาประมาณ 1 ซม.

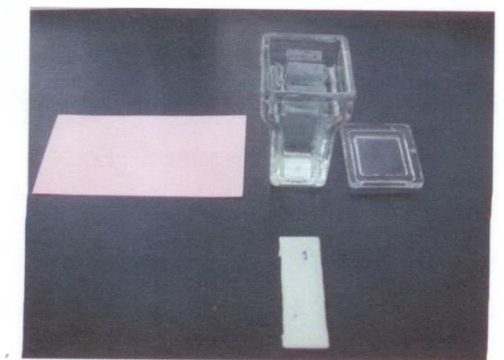
9.3 วางให้นาบ ขนานไปบน Slide แล้วค่อยๆ ลาก spatula ไปทางปลายด้านใสของ Slide



ขั้นตอนที่ 10 การจัดการกับแผ่น Slide ที่ป้ายเซลล์แล้ว

10.1 ให้รีบแช่ Slide ลงในน้ำยารักษาภาพเซลล์โดยเร็วหรือถ้าจะใช้แบบพ่น (Spray) ก็ต้องรีบทำโดยเร็วเพราะถ้าช้า Smear จะแห้งและอ่านผลไม่ได้

10.2 ถ้าใช้น้ำยา Alcohol เพื่อแช่ Slide ควรปิดฝาให้แน่นทันที เพราะ ถ้าเปิดทิ้งไว้ Alcohol จะระเหยทำให้เจือจางลง และไม่มีคุณสมบัติจะรักษาภาพเซลล์
(อ่านรายละเอียดเพิ่มเติมใน ส่วนที่ 4 การจัดการ Slide Pap Smear)



ขั้นตอนที่ 11 หลังการทำ Pap Smear ให้ตรวจภายใน (Bimanual Examination) ด้วย

การรายงานผล Pap Smear

การรายงานผล Pap Smear มีหลายระบบคือ WHO System, Papanicolaou System, The Bethesda System (TBS) และ CIN System แต่ในปัจจุบันการรายงานผลทางพยาธิวิทยานิยมใช้ The Bethesda System เพราะให้รายละเอียด และสื่อสารแนวทางการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบอื่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน การเปรียบเทียบการรายงานผล Pap Smear ระบบต่าง ๆ

WHO System	Papanicolaou System	The Bethesda System 1991	CIN System
Normal Atypical	Class I Class II	Within Normal Limits - Reactive or Reparative Changes - ASCUS, AGUS	Normal - No Significant Cellular Changes - Squamous Atypia NOS - HPV Changes (Koilocytic Change)

Mild Dysplasia	Class III	Low-Grade SIL*, ASC-US, AGUS	CIN 1, HPV Infection
Moderate Dysplasia	Class III	High-Grade SIL	CIN 2
Severe Dysplasia	Class IV	High-Grade SIL	CIN 3
Carcinoma in Situ			
Squamous Cell Carcinoma Adenocarcinoma	Class V	Squamous Cell Carcinoma Adenocarcinoma	Squamous Cell Carcinoma Adenocarcinoma

Includes Changes Associated with Human Papilloma Virus (HPV) Infection

ASCUS = Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance

AGUS = Atypical Glandular Cell of Undetermined Significance

SIL = Squamous Intraepithelial Lesion

CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia

1. การรายงานผล Pap Smear ระบบต่างๆ

การรายงานผล Pap Smear ดั้งเดิม ก่อนปี ค.ศ. 1988 นิยมใช้ระบบ Papanicolaou System ซึ่งจะรายงานผลเป็น

Class I หมายถึง ผลปกติ

Class II หมายถึง อาจพบเซลล์ที่มีการอักเสบ แต่ไม่พบเซลล์มะเร็ง

Class III หมายถึง พบเซลล์ผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติในระดับ CIN 1-2 หรือ Mild to Moderate Dysplasia

Class IV หมายถึง พบเซลล์ผิดปกติในระดับ CIN 3 หรือ Severe Dysplasia หรือสงสัยเซลล์มะเร็ง (Carcinoma in Situ)

Class V หมายถึง ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Squamous Cell Carcinoma หรือ Adenocarcinoma

ในปี ค.ศ. 1991 The Bethesda System (TBS 1991) ได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้การรายงานผลมีความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก และทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์ หรือบุคลากรที่ทำการตรวจคัดกรองกับพยาธิแพทย์ มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลที่จะไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่ดีของการรักษา และอีกนัยหนึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไป จึงทำให้ต้องมีการรักษามากเกินจำเป็น ซึ่งจะเป็นการสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและงบประมาณแผ่นดิน

ในปี ค.ศ. 2001 The Bethesda System (TBS 2001) ได้ถูกพัฒนาขึ้นและมีการปรับปรุงรายงานผลการตรวจ Pap Smear เปลี่ยนไปจาก The Bethesda 1991 ดังนี้

The Bethesda System 2001 เลิกใช้ ASCUS แต่แบ่งเป็น 2 Categories ดังนี้

- Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC - US)

- Atypical Squamous Cells cannot Exclude HSIL (ASC - H)
- The Bethesda System (TBS 2001) เลิกใช้ AGUS แต่แบ่งเป็น 3 Categories ดังนี้
- Atypical Glandular Cells (Specify Endocervical, Endometrial, or Not Otherwise Specified)(AGC)
 - Atypical Glandular Cells, Favor Neoplasia (Specify Endocervical or not otherwise specified)(AGC - Favor Neoplasia)
 - Endocervical Adenocarcinoma in Situ (AIS)
- The Bethesda System 2001 ประเมินคุณภาพของ Specimen Adequacy ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปจาก The Bethesda 1991 คือ
- เลิกใช้คำว่า Satisfactory for Evaluation but Limited by... เพื่อให้ Clinician เกิดความสับสนในการประเมินว่า Specimen นี้เชื่อถือได้เท่าใด
 - ใน General categorization (Optimal) เลิกใช้คำว่า Within Normal Limits แต่เปลี่ยนเป็น Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy

2. การเปรียบเทียบ The Bethesda System ปี ค.ศ. 1991 และปี ค.ศ. 2001

The Bethesda System 1991	The Bethesda System 2001
Specimen Adequacy :	Specimen Adequacy :
<ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfactory for Evaluation Satisfactory for Evaluation but Limited by (Specify Reason)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfactory for Evaluation (Describe : Presence or Absence of Endocervical/ Transformation Zone. Component and Any Other Quality Indicators, e.g. partially Obscuring Blood Inflammation etc.)
<ul style="list-style-type: none"> ■ Unsatisfactory for Evaluation (Specify Reason)..... 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unsatisfactory for Evaluation <ul style="list-style-type: none"> ■ Specimen Reject/Not Processed (Specify Reason)..... ■ Specimen Processed and Examined, but Unsatisfactory for Evaluation of Epithelial Abnormality because of (Specify Reason).....
General Categorization (Optional) :	General Categorization (Optional) :
<ul style="list-style-type: none"> ■ Within Normal Limits ■ Benign Cellular Changes : (Descriptive Diagnosis) <ul style="list-style-type: none"> ● Infection : <ul style="list-style-type: none"> ■ Trichomonas Vaginalis ■ Fungal Organisms 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy : (Interpretation/Result) <ul style="list-style-type: none"> ● Organisms : <ul style="list-style-type: none"> ■ Trichomonas Vaginalis ■ Fungal Organisms Morphologically

Morphologically Consistent with Candida Species <ul style="list-style-type: none"> ▪ Predoninance of Coccobacilli Consistent with Shift in Vaginal Flora ▪ Bacteria Morphologically 	Consistent with Candida Species <ul style="list-style-type: none"> ▪ Shift in Flora Suggestive of Bacterial Vaginosis ▪ Bacteria Morphologically Consistent with Actinomyces Species ▪ Cellular Changes Associated with
---	--

การเปรียบเทียบ The Bethesda System ปี ค.ศ. 1991 และปี ค.ศ. 2001 (ต่อ)

The Bethesda System 1991	The Bethesda System 2001
General Categorization (Optional) :	General Categorization (Optional) :
Consistent with Actinomyces Species <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cellular Changes Associated with Herpes Simplex Virus ▪ Other <p>● Reactive Changes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reactive Cellular Changes Associated with ▪ Inflammation (includes typical repair) ▪ Radiation ▪ Atrophy with Inflammation ("Atropic Vaginitis") ▪ Intrauterine Contraceptive Device (IUD) ▪ Other <p>■ Epithelial Cell Abnormalities :</p> <p>● Squamous Cell</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atypical Squamous Cell of Undetermined Significance : Qualify ▪ Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) Encompassing : Human Papilloma Virus/Mild Dysplasia CIN I ▪ High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) 	Herpes Simplex Virus <ul style="list-style-type: none"> ▪ Other Organism <p>● Other non-neoplastic findings :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reactive Cellular Changes Associated with ▪ Inflammation (includes Typical Repair) ▪ Radiation ▪ Atrophy ▪ Intrauterine Contraceptive Device (IUD) <p>Glandular Cell Status Post Hysterectomy</p> <p>■ Epithelial Cell Abnormalities :</p> <p>● Squamous Cell</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atypical Squamous Cell (ASC) of Undetermined Significance(ASC-US) cannot Exclude HSIL(ASC-H) ▪ Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) Encompassing : Human Papilloma Virus/Mild Dysplasia CIN I ▪ High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) Encompassing : Moderate and Severe Dysplasia, CIS/CIN II/ CIN III and CIN III with Features for Invasion (if Invasion is suspected

การเปรียบเทียบ The Bethesda System ปี 1991 และปี 2001 (ต่อ)

The Bethesda System 1991	The Bethesda System 2001
General Categorization (Optional) :	General Categorization (Optional) :
<p>Encompassing : Moderate and Severe Dysplasia, CIS/CIN II and CIN III</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Squamous Cell Carcinoma ● Glandular Cell <ul style="list-style-type: none"> ▪ Endometrial Cell, Cytologically Benign in Postmenopausal Woman ▪ Atypical Glandular Cells of Undetermined Significance : Qualify ▪ Endocervical Adenocarcinoma ▪ Endometrial Adenocarcinoma ▪ Extrauterine Adenocarcinoma <p>Adenocarcinoma, NOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Squamous Cell Carcinoma ▪ Endocervical Adenocarcinoma in Situ (AIS) ▪ Adenocarcinoma <ul style="list-style-type: none"> ◆ Endocervical ◆ Endometrial ◆ Extrauterine ◆ Not Otherwise Specified (NOS) ● Glandular Cell <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atypical <ul style="list-style-type: none"> ◆ Endocervical Cells (NOS or Specified in Comments) ◆ Endometrial Cells (NOS or Specified in Comments) ◆ Glandular Cells (NOS or Specified in Comments) ▪ Atypical <ul style="list-style-type: none"> ◆ Endocervical Cells Favor Neoplastic <p>Glandular cells favor neoplastic</p>
<p>■ Other Malignant Neoplasms : Specify: Hormonal Evaluation (Applies to Vaginal Smears Only) Hormonal Pattern Compatible with Age and History Hormonal Pattern Incompatible with Age and History : Specify</p>	<p>■ Other Malignant Neoplasms : Specify: Adenosquamous Carcinoma Poorly Differentiated Squamous Carcinoma with small Cell Small Cell Undifferentiated Carcinoma Carcinosarcoma Carcinoid Tumors</p>

การเปรียบเทียบ The Bethesda System ปี 1991 และปี 2001 (ต่อ)

The Bethesda System 1991	The Bethesda System 2001
General categorization (Optional) :	General categorization (Optional) :
Hormonal evaluation not possible due to : specify	<p>Malignant melanoma</p> <p>Malignant lymphoma</p> <p>Extrauterine carcinomas</p>
	Education notes and suggestions (optional)

	Suggestions should be concise and consistent with clinical follow up guidelines published by professional organization (references to relevant publications may be included)
--	--

3. การรายงานผล Cervical Cytology ตามระบบ The Bethesda 2001

การรายงานผลตามระบบ Bethesda 2001 ประกอบด้วย

1. Specimen Type
2. Specimen Adequacy
3. General Categorization (Option)
4. Interpretation / Result

1. Specimen Type เป็นการระบุว่า Specimen ได้มาจากการเก็บเซลล์ด้วยวิธีใด โดยปัจจุบันการเก็บเซลล์ทำได้ 2 วิธี คือ

- 1.1 Conventional Smear เป็นการทำ Pap Smear ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ในโครงการนี้)
- 1.2 Liquid Based Preparation (สามารถตรวจหา HPV ได้)

2. Specimen Adequacy เป็นการดูปริมาณและคุณภาพของ Specimen ว่าเพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาหรือไม่ และรายงานผลเป็น Satisfactory และ Unsatisfactory

The Bethesda 2001 Cytologic Report	
Specimen Adequacy:	
<input type="checkbox"/> 010 Satisfactory	<input type="checkbox"/> 021 Smear too thickly spread
<input type="checkbox"/> 011 Presence of endocervical/transformation zone component	<input type="checkbox"/> 022 Partial or complete obscuring of inflammation/blood
<input type="checkbox"/> 012 Absence of endocervical/transformation zone component	<input type="checkbox"/> 023 Poor cellularity
<input type="checkbox"/> 030 Unsatisfactory for evaluation	<input type="checkbox"/> 029 Other
<input type="checkbox"/> 031 Specimen reject/not processed (See comment)	
<input type="checkbox"/> 032 Specimen processed and examined (See comment)	

Satisfactory หมายถึง มี Specimen เพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา (Satisfactory for Evaluation) โดยตัดสินจากการส่องกล้องพบเซลล์จำนวนตั้งแต่ 8,000 เซลล์ ขึ้นไป ต่อ 1 Slide

Presence of Endocervical /Transformation Zone Component หมายถึง ส่องดู Slide พบส่วนของ Endocervical Cell หรือ Squamous Metaplastic Cell ซึ่งแสดงว่ามีการเก็บส่วน Transformation Zone ได้

Absence of Endocervical /Transformation Zone Component หมายถึง ส่องดู Slide ไม่พบ Glandular Cell และ /หรือ Squamous Metaplasia Cell ซึ่งเป็นเซลล์ที่ Transformation Zone

Unsatisfactory for Evaluation หมายถึง มี Specimen ไม่ดีพอหรือไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา

Specimen Reject /not Processed หมายถึง หน่วยอ่านเซลล์ไม่รับอ่าน หรือดำเนินการต่อ ให้ติดต่อสอบถามสาเหตุ ซึ่งอาจเกิดจาก

- Slide แตก ไม่สามารถย้อมสีได้
- ขาดข้อมูล หรือประวัติที่สำคัญบางอย่าง

Specimen Processed and Examined หมายถึง รับ Slide ไว้ดำเนินการ แต่ไม่สามารถวินิจฉัยได้เนื่องจาก

- Smear Too Thickly Spread หมายถึง Smear ที่ได้รับมีความหนาเกินไป
- Partial or Complete Obscuring Inflammation / Blood หมายถึง Smear ที่ได้รับมีบางส่วนหรือทั้งหมดถูกปกคลุมด้วยเม็ดเลือดขาวหรือเลือด

- Scant Cellularity หมายถึง Smear ที่ได้รับมีจำนวนเซลล์น้อยกว่า 8,000 เซลล์ ต่อ 1 slide
- Other เช่น เซลล์เสื่อมสภาพ
- Slide ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า Unsatisfactory ต้องทำ Pap Smear ใหม่ทุกราย

3. General Categorization (Optional) เป็นข้อมูลการรายงานผลการอ่านเซลล์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 หมวด ดังนี้

General Categorization : (optional)		
<input type="checkbox"/> 100 Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy		
Organism :	<input type="checkbox"/> 101 Trichomonas spp.	<input type="checkbox"/> 102 Candida spp.
	<input type="checkbox"/> 104 Actinomyces spp.	<input type="checkbox"/> 105 HSV
		<input type="checkbox"/> 103 Bacterial vaginosis
		<input type="checkbox"/> 109 Other organism
Other non neoplastic finding :		
	Reactive cellular changes associated with	<input type="checkbox"/> 121 Inflammation
		<input type="checkbox"/> 123 IUD
		<input type="checkbox"/> 122 Radiation
	<input type="checkbox"/> 124 Glandular cells status post hysterectomy	<input type="checkbox"/> 125 Atrophy
<input type="checkbox"/> 200 Epithelial cells abnormalities		
Squamous cell : Atypical squamous cells		
	<input type="checkbox"/> 211 of undetermined significance (ASC-US)	<input type="checkbox"/> 212 cannot exclude HSIL (ASC-H)
Low grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) encompassing		
	<input type="checkbox"/> 221 HPV change	<input type="checkbox"/> 222 CIN I
High grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) encompassing		
	<input type="checkbox"/> 231 CIN II	<input type="checkbox"/> 232 CIN III
	<input type="checkbox"/> 233 with features suspicious for invasion	
	<input type="checkbox"/> 241 SIL	
	<input type="checkbox"/> 251 Squamous cell carcinoma	
Glandular cell : Atypical glandular cells		
	<input type="checkbox"/> 261 Endocervical	<input type="checkbox"/> 262 Endometrial
		<input type="checkbox"/> 263 Not otherwise specified (NOS)
Atypical glandular cells favor neoplasia		
	<input type="checkbox"/> 271 Endocervical	<input type="checkbox"/> 272 Endometrial
		<input type="checkbox"/> 273 Not otherwise specified (NOS)
	<input type="checkbox"/> 281 Endocervical adenocarcinoma in situ	
Adenocarcinoma		
	<input type="checkbox"/> 291 Endocervical	<input type="checkbox"/> 292 Endometrial
		<input type="checkbox"/> 293 Not otherwise specified (NOS)
<input type="checkbox"/> 300 Other malignant neoplasms		
	<input type="checkbox"/> 301 Adenosquamous carcinoma	<input type="checkbox"/> 302 Poorly differentiated squamous carcinoma with small cell
	<input type="checkbox"/> 303 Small cell undifferentiated carcinoma	<input type="checkbox"/> 304 Carcinosarcoma
	<input type="checkbox"/> 306 Malignant melanoma	<input type="checkbox"/> 305 Carcinoid tumors
		<input type="checkbox"/> 307 Malignant lymphoma
		<input type="checkbox"/> 308 Extracervical carcinomas
Comment :		

(100) Negative for Intraepithelial Lesion or Malignancy หมายถึง ไม่พบเซลล์ผิดปกติหรือ เซลล์มะเร็งและอาจพบมีเชื้อ (organism) ต่าง ๆ ได้เช่นกัน

Organism หมายถึง ตรวจพบเชื้อ

- Trichomonas spp.
- Candida spp.
- Actinomyces spp.
- HSV และ Other Organism
- Bacterial/Vaginosis หมายถึง พบว่ามีปริมาณ Normal Flora มากกว่าปกติใน Vagina ทำให้มีตกขาวมากหรือมีกลิ่นได้ ซึ่งแพทย์อาจจะพิจารณารักษาหรือไม่ก็ได้แล้วแต่อาการของผู้ป่วย

Other Non Neoplastic Finding

Reactive Cellular Changes Associated With หมายถึง ตรวจพบเซลล์มีความเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก

- Inflammation
- Radiation
- IUD

- Glandular cells status post hysterectomy (พบ glandular cell หลังจากผ่าตัดมดลูกออกไปแล้ว)

- Atrophy (smear มีผลฮอร์โมนต่ำ เซลล์แห้งเหี่ยว)

(200) Epithelial Cell Abnormalities หมายถึง ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. Squamous Cell Lesion

1.1 Atypical Squamous Cell

- Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (ASC-US) พบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับผิวบน

- Atypical Squamous Cells cannot Exclude HSIL (ASC-H) พบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับลึก

1.2 Low Grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) Encompassing (พบความผิดปกติขั้นต่ำ) :

- HPV Infection

- CIN I

1.3 High Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) Encompassing (พบความผิดปกติขั้นสูง) :

- CIN II

- CIN III

- CIN III with Features Suspicious for Invasion (CIN = Cervical Intraepithelial Neoplasia) Squamous Cell Carcinoma ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Squamous

2. Glandular Cell Lesion (Columnar Cell) :

2.1 Atypical Glandular Cell (AGC) ซึ่งมาจากเซลล์เยื่อบุผิวชนิด Glandular ผิดปกติ (มาจากคอมดลูก (Endocervical) หรือโพรงมดลูก (endometrial) และอื่น ๆ)

2.2 Atypical Glandular Cell Favour Neoplasia (Endocervical, NOS) เซลล์เยื่อบุผิว ชนิด Glandular ผิดปกติ ซึ่งบ่งชี้ว่าจะเป็นมะเร็งได้ (คอมดลูก, โพรงมดลูก, อื่นๆ)

2.3 Endocervical Adenocarcinoma in Situ (AIS) เซลล์เยื่อบุผิว ชนิด Glandular ผิดปกติ ระยะก่อนมะเร็ง (คอมดลูก)

2.4 Adenocarcinoma (Endocervical, Endometrial, NOS) เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (คอมดลูก, โพรงมดลูก, อื่นๆ)

(300) Other Malignant Neoplasm

- Adenosquamous Carcinoma

- Poorly differentiated squamous cell carcinoma with small cell

- Small cell undifferentiated carcinoma

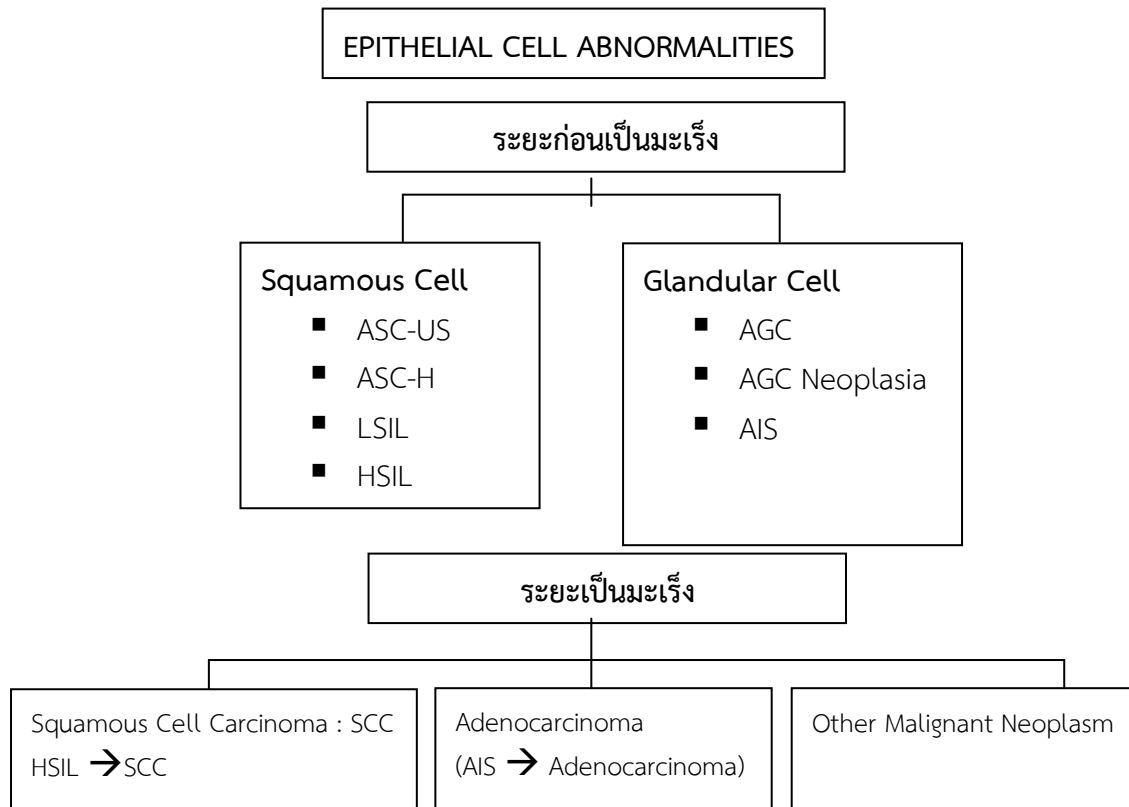
- Carcinosarcoma

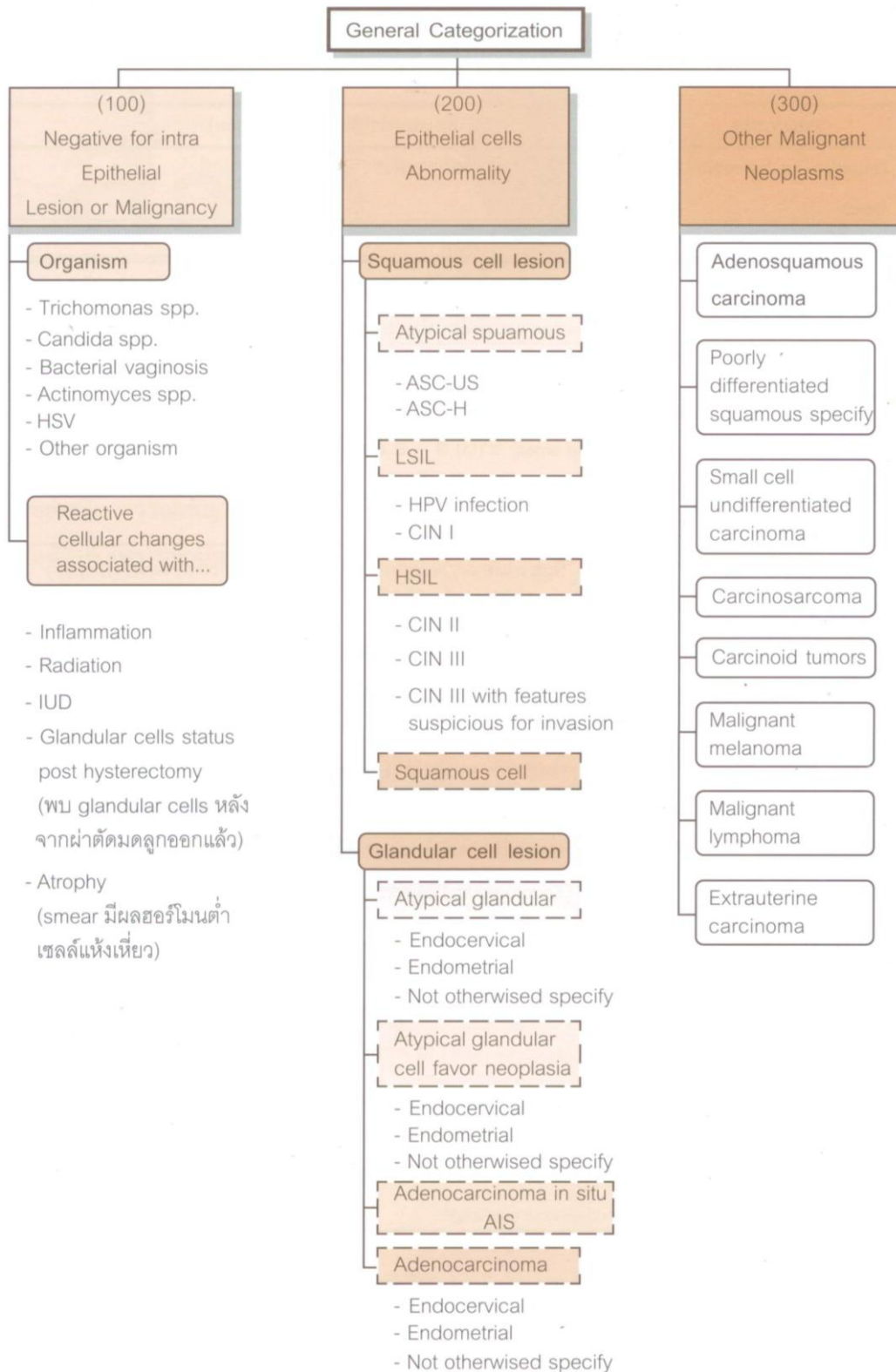
- Carcinoid Tumors

- Malignant Melanoma

- Malignant Lymphoma

- Extrauterine Carcinomas





Recommendation จากการรายงานผลตามระบบ The Bethesda System 2001

รายงานผล	ข้อแนะนำ (Recommendation)
----------	---------------------------

Negative for Intraepithelial Lesion	โปรแกรมการคัดกรองด้วย Pap Smear ตามปกติ
Unsatisfactory	ทำ Pap Smear ซ้ำทันที
ASC - US	* ทำ Pap Smear ซ้ำภายใน 3 - 6 เดือน หรือส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
ASC - H	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
LSIL	ทำ Pap smear ซ้ำภายใน 3 - 6 เดือน หรือส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ในกรณีที่ทำซ้ำแล้วยังเป็น LSIL ให้ส่งต่อผู้ป่วย
HSIL	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
Squamous Cell Carcinoma	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา
AGC - NOS	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา และทำ Endocervical Curettage
AGC - Favor Neoplasia	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคและไม่สามารถแยกโรคของเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrium) ได้ ควรทำ Endometrium curettage และ Endocervical Curettage
AIS	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคและไม่สามารถแยกโรคของเยื่อบุโพรงมดลูก (Endometrium) ได้ ควรทำ Endometrium curettage และ Endocervical Curettage
Adenocarcinoma	ส่งต่อผู้ป่วยไปเพื่อตรวจด้วยกล้อง Colposcope และตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าไม่พบรอยโรคควรทำ Endometrium curettage และ Endocervical Curettage

ผนวก ข

การติดตั้งโปรแกรมและการบันทึกข้อมูล

การติดตั้งโปรแกรม

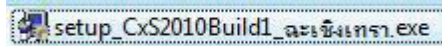
การติดตั้งโปรแกรม จำแนกเงื่อนไขในการติดตั้ง เป็นดังนี้

1. การติดตั้งสำหรับเครื่องที่ยังไม่เคยติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 หรือ CxS2010 มาก่อนเลย
 2. การติดตั้งสำหรับผู้ที่มีการติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 อยู่ในเครื่องแล้ว (Build ใดๆ ก็ได้)
- *คำแนะนำ : ให้ทำการ Back up ข้อมูลในโปรแกรม PapReg2006 ใส่แผ่น CD ไว้ก่อน (อาจ back Up ทั้ง Folder เลยก็ได้)

แบบที่ 1 การติดตั้งสำหรับเครื่องที่ยังไม่เคยติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 หรือ CxS2010 มาก่อนเลย

มีขั้นตอนการติดตั้ง ดังนี้

- 1.1 ใส่แผ่นซีดีโปรแกรม CxS2010 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้มา (ตรงตามจังหวัดที่หน่วยงานของท่านตั้งอยู่ เพราะมีผลกับการตั้งฐานประชากร)
- 1.2 เลือก Folder “สำหรับเครื่องที่ยังไม่เคยติดตั้งโปรแกรม CxS2010 ในเครื่อง” ซึ่งรวมถึงยังไม่มีเคยติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 ด้วย (ไม่มีการติดตั้งโปรแกรกดังกล่าวอยู่ในเครื่อง)
- 1.3 Double Click ที่ Folder ท่านจะพบ ไอคอน set up รูปคอมพิวเตอร์



- 1.4 Double Click ที่ รูปคอมพิวเตอร์ (setup) และให้การติดตั้งดำเนินไป โดยท่าน กดตามคำสั่งไปเรื่อยๆ จนถึง Finish เป็นอันเสร็จสิ้นการติดตั้งโปรแกรม
- 1.5 เมื่อทำ Setup เรียบร้อยแล้ว โปรแกรมจะถูกติดตั้งที่ C:\Program File\CxS2010
- 1.6 ให้ท่านกลับไปหน้าจอแรก (Desktop) จะพบไอคอนรูปผู้หญิงใส่หมวกสีเขียว



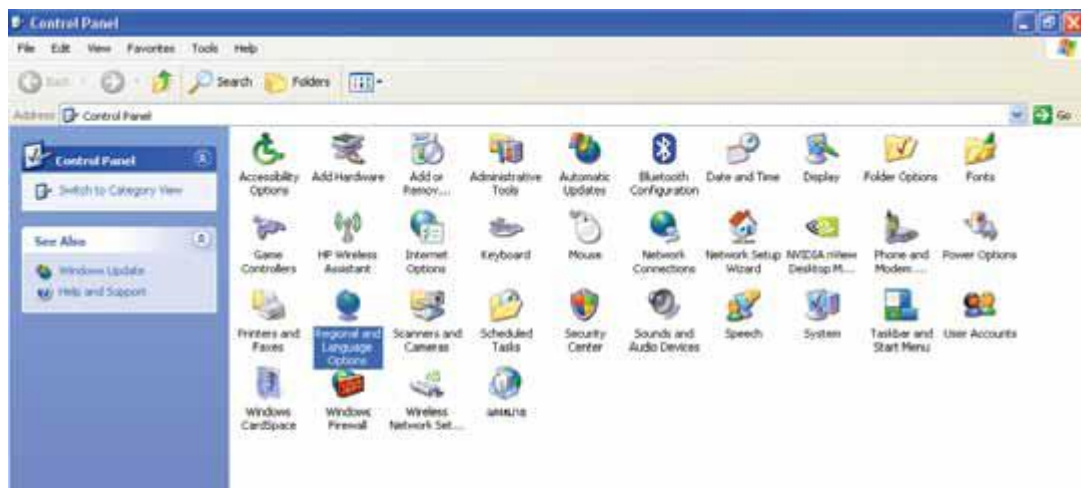
- 1.7 Double Click ที่ ไอคอนรูปผู้หญิงใส่หมวกสีเขียว โปรแกรมจะให้ท่านระบุชื่อสถานพยาบาลที่ท่านจะติดตั้งโปรแกรม เลือกแล้ว จึงกดปุ่ม OK
- 1.8 โปรแกรมจะแสดงชื่อสถานพยาบาลที่ท่านระบุ และท่านสามารถใช้งานโปรแกรมได้ทันที

- 1.9 ท่านสามารถตรวจสอบที่อยู่ของโปรแกรมได้ดังนี้
Drive C ---Folder : Program File--- Folder : CxS2010--- จะพบไอคอน ดังนี้
(1) CxS2010.exe (2) Pop.mdb (3) Pap.mdb (4) folder : Image

หมายเหตุ

ในการติดตั้งโปรแกรมหากในเครื่องที่ติดตั้งมีการกำหนด รูปแบบ ของ วันที่-เดือน-ปี ไม่ตรงกับความต้องการของโปรแกรม เมื่อท่านทำข้อ 1.7 โปรแกรมจะแจ้งให้ท่านไปกำหนด วันที่-เดือน-ปี ใหม่ ขอให้ท่านทำดังนี้

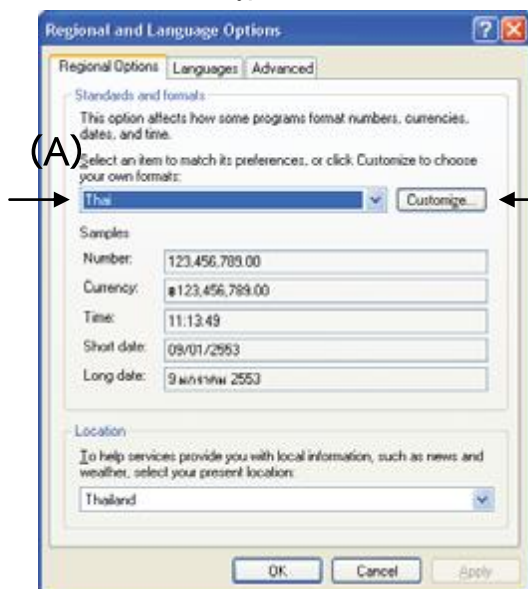
1. ให้ท่านใช้ Mouse Click ที่ ปุ่ม Start----Setting----Control Panel (เข้าไปที่ Control Panel)
2. เลือกไอคอน Regional and Language Options (ดังภาพ)



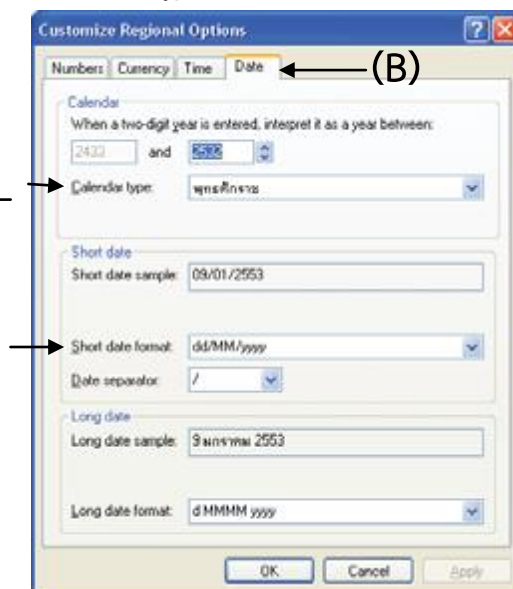
3. ภาพ 1 : ทำตาม A = เลือก Thai แล้วกดปุ่ม Customized

ภาพ 2 : ทำตาม B = กดแถบ Date แล้วเลือก Calendar Type = พุทธศักราช
เลือก Short Date Format = DD/MM/YYYY

ภาพ 1



ภาพ 2

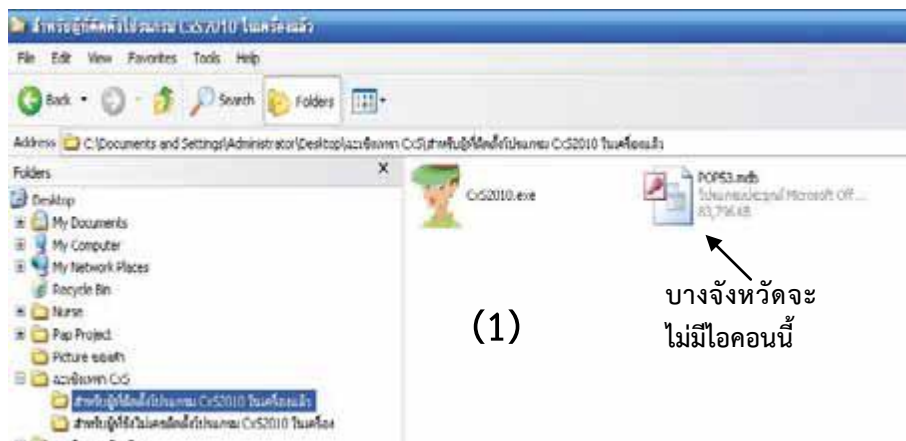


4. กด OK และ Apply ท่านก็สามารถเข้าสู่หน้าจอหลักของโปรแกรมเพื่อเลือกสถานพยาบาลที่ติดตั้งโปรแกรม (ข้อ 1.7) ได้

แบบที่ 2 การติดตั้งสำหรับผู้ที่มีการติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 อยู่ในเครื่องแล้ว (Build ใดๆ ก็ได้)

2.1 ใส่แผ่นซีดีโปรแกรม CxS2010 ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้มา (ตรงตามจังหวัดที่หน่วยงานของท่านตั้งอยู่ เพราะมีผลกับการตั้งฐานประชากร)

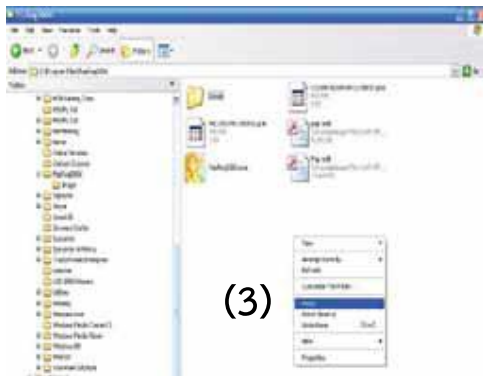
2.2 เลือก Folder “สำหรับผู้ติดตั้งโปรแกรม CxS2010 ในเครื่องแล้ว ซึ่งรวมถึงมีการติดตั้งโปรแกรม PapReg2006 อยู่แล้วเช่นกัน”



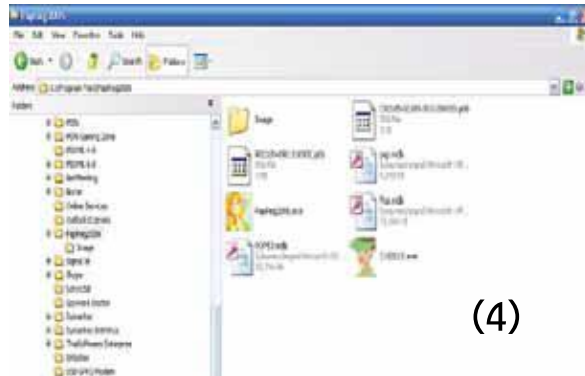
2.3 Double Click ที่ Folder ท่านจะพบ ไอคอน ดังภาพ (1) และ ทำการ Copy ไอคอนทั้งสองหรือไอคอนรูปผู้หญิงสีเขียวรูปเดียวกรณีมี 1 ไอคอน เพื่อไปวางใน folder PapReg 2006 ที่มีอยู่เดิม (ทำตามข้อ 2.4) เข้าไปที่ Drive C --Folder : Program File-- Folder : PapReg2006 แล้ว Double Click จะพบไอคอน ดังรูป (2)



ใช้ Mouse Click ขวา ในพื้นที่ว่าง แล้วเลือก Paste หรือ “วาง” (ดังภาพ 3) จะได้ภาพ (4)

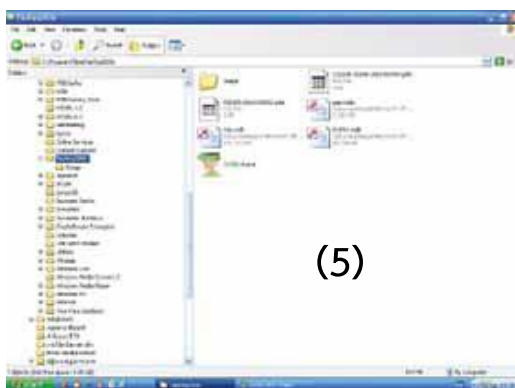


(3)

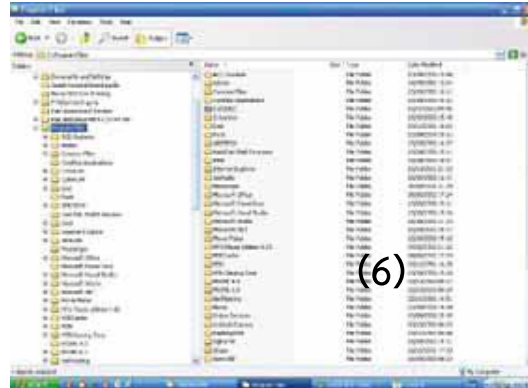


(4)

2.4 Double Click ที่ไอคอน CxS2010.exe (ภาพผู้หญิงสีเขียว) เพื่อเปิดโปรแกรมครั้งแรก*** การเปิดโปรแกรมครั้งแรก โปรแกรมจะไปทำการ Remove ไอคอน PapReg2006.exe (ภาพผู้หญิงสีเหลือง) ออก และไปสร้าง folder CxS2010 ไว้ที่ Drive C ---Folder : Program File ดังภาพ (5) และ (6)***



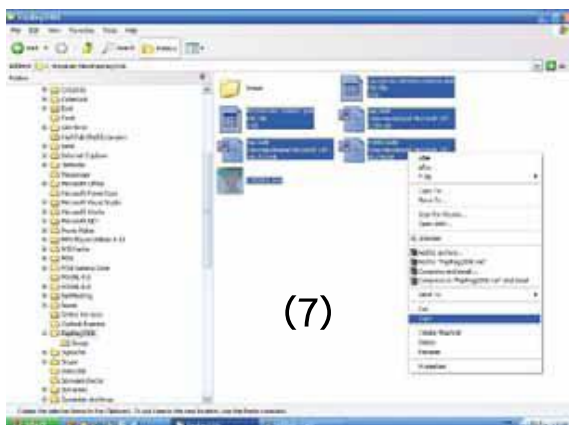
(5)



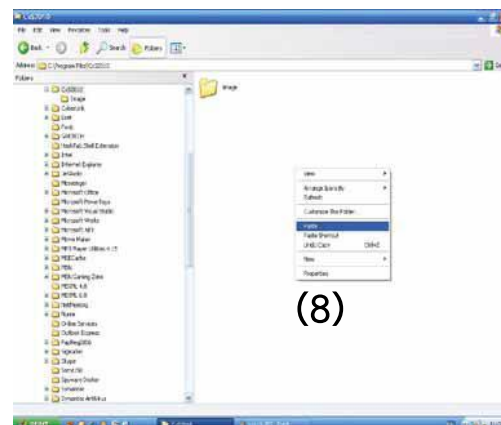
(6)

2.5 ดำเนินการย้าย ไอคอน ทั้งหมด (4 ไอคอน) และ File ที่เคยทำการ Export จาก โปรแกรม PapReg2006 คือ File ที่มีนามสกุล .p06 (ถ้ามี) ไปไว้ที่ Folder CxS2010 (ดังภาพ 7-8) จะได้ ภาพ 9

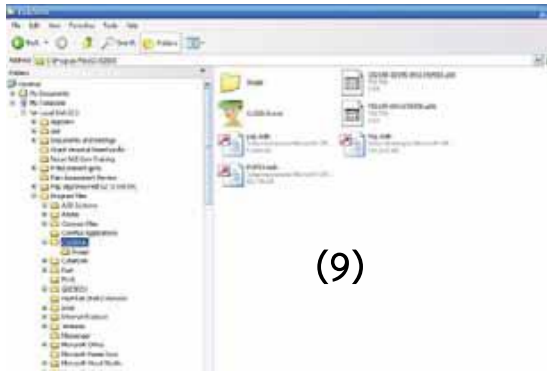
หมายเหตุ : หากส่วน VIA มีการบันทึกภาพ (Image) ไว้ ต้อง Copy Folder Image ไปด้วย



(7)



(8)



(9)



ใน Folder CxS2010 จะมี ไอคอนหลัก ๆ อยู่ 5 ไอคอน คือ

1. ไอคอน CxS2010.exe (รูปผู้หญิงสีเขียว)
2. ไอคอน Pop.mdb
3. ไอคอน POP53.mdb (ถ้าจังหวัดใช้ Pop เก่า หรือ No POP จะพบ 4

ไอคอน โดยจะไม่มี POP53)

4. ไอคอน Pap.mdb
5. Folder Image (ใช้เฉพาะ VIA ที่ต้องการเก็บภาพ)

2.6 ทำการลบ Folder PapReg2006 (ที่อยู่ใน Folder Program File) ออก

ข้อเสนอแนะ : ทำการ Send ไอคอน CxS2010.exe ไปไว้หน้า Desktop เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน

2.7 ในกรณีที่จังหวัดใดมี POP53 ให้ไปที่ Desktop เปิดโปรแกรม CxS2010 แล้ว กดปุ่ม Upgrade POP (ปุ่มสีม่วง) จะใช้เวลานานมากพอสมควรในการ Upgrade โดยทำครั้งแรกเพียงครั้งเดียว



การบันทึกข้อมูลการทำ Pap Smear [P]

การบันทึกการทำ Pap Smear สามารถบันทึกได้เป็น 2 กรณี คือ

1. บันทึกการทำ Pap Smear (1) ที่หน่วยงานเป็นผู้ทำเอง (Performance) การบันทึกนี้ใช้ได้ทั้งประชากรที่อยู่ในพื้นที่และนอกพื้นที่ และข้อมูลนี้สามารถส่งเพื่อขอรับเงินชดเชยบริการได้
2. บันทึกการทำ Pap Smear จากที่อื่น (2) บันทึก เพื่อใช้ในการคำนวณความครอบคลุม (Coverage) การบันทึกนี้ไม่สามารถนำไปส่งเพื่อขอรับเงินชดเชยบริการได้



การแสดงผลหน้าจอหลัก : ในกรณีติดตั้งเป็นโรงพยาบาล Function การใช้งานจะแสดงครบทั้งหมด
 ในกรณีติดตั้งเป็น สถานีอนามัย Function การทำงานจะแสดงเฉพาะที่ใช้งาน โดยจะไม่แสดงส่วน “บันทึกผล Cytology [C]” “บันทึกส่งต่อ/การรักษาผู้ป่วย [T]” และ “บันทึก Colposcopy [L]”



แสดงหน้าจอหลักการบันทึกการทำ Pap smear (1)

ขั้นตอนการบันทึกข้อมูลพื้นฐานการตรวจ Pap Smear

1. กดปุ่ม “บันทึก Pap Smear [P]” ที่หน้าจอหลัก
 2. คลิกปุ่ม “เพิ่มรายการ” หรือ กดปุ่ม F1
 3. Pap No. ระบุหมายเลข Pap No. (หมายเลขเดียวกับที่ท่านบันทึกในสมุดทะเบียนของท่าน) บันทึกไว้เพื่อใช้อ้างอิงกับสมุดทะเบียน ในกรณีเป็นโรงพยาบาลให้บันทึกในช่อง HN
 4. วันที่ปัสสาวะ บันทึกวันที่ปัสสาวะเซลล์
 5. หน่วยปัสสาวะ โปรแกรมจะแสดงสถานพยาบาลที่ติดตั้งโปรแกรมไว้ ไม่ต้องเปลี่ยนแปลง
- * สถานพยาบาลสามารถเปลี่ยนได้ในกรณีที่ มีการบันทึกให้กับสถานพยาบาลอื่น เช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) หรือ CUP โดยท่านต้อง กดปุ่มเครื่องหมาย + (จะได้หน้าจอ ดังภาพ) แล้วระบุ สถานพยาบาลที่เป็นหน่วยปัสสาวะทั้งหมดที่ต้องรับผิดชอบบันทึกข้อมูลให้

ภาพหน้าจอโปรแกรมค้นหาข้อมูล

เลือกจังหวัด: พระนครศรีอยุธยา
เลือกอำเภอ: พระนครศรีอยุธยา
ชื่อสถานบริการ: <ทั้งหมด>

ค้นหาสถานบริการ: []

เลือกทั้งหมด ไม่เลือกทั้งหมด Copy selected

เลือก	ชื่อสถานบริการ	ประเภท	รหัส
<input type="checkbox"/>	ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดศรี		1047
<input type="checkbox"/>	ศูนย์แพทย์ชุมชนวัดอินทาราม หมู่ที่ 6		0604
<input type="checkbox"/>	ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สาขา		2148
<input type="checkbox"/>	ศูนย์แพทย์โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สาขา		2148
<input type="checkbox"/>	สถานพยาบาลเรือนจำจังหวัดพระนครศรีอยุธยา		2278
<input checked="" type="checkbox"/>	สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 02	สอ.ค.	0115
<input checked="" type="checkbox"/>	สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 04	สอ.ค.	0115
<input checked="" type="checkbox"/>	สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 05	สอ.ค.	0115
<input checked="" type="checkbox"/>	สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 02	สอ.ค.	0115

รายละเอียดข้อมูล: สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 02

ชื่อสถานบริการ	ประเภท	รหัส
สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 04	สอ.ค.	01155
สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 02	สอ.ค.	01154
สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 05	สอ.ค.	01153
สวนพฤกษศาสตร์บ้านพรหม หมู่ที่ 02	สอ.ค.	01158

6. หน่วยย่อย สำหรับสถานพยาบาลที่มีการป้าย Pap Smear ที่เดียว ก็ไม่ต้องระบุใดๆ ให้ผ่านไปได้เลย แต่สำหรับสถานพยาบาลที่มีหน่วยป้ายมากกว่า 1 แห่ง เช่น โรงพยาบาล ที่มีหน่วยทำ Pap Smear ที่คลินิกนรีเวช คลินิกวางแผนครอบครัวหรือติดตามหลังคลอด เป็นต้น การเพิ่มหน่วยย่อย ทำโดยกดปุ่ม + จะได้หน้าจอ ดังภาพ

ภาพหน้าจอโปรแกรมค้นหาข้อมูล

F1: เพิ่มข้อมูล F2: แก้ไขข้อมูล F3: ลบข้อมูล F10: ไปหน้าหลัก

คลิก: []

คลิก: []

1. กดปุ่ม "เพิ่มข้อมูล" แล้ว พิมพ์ชื่อหน่วยงานย่อย ที่ "รายการ" (ดังตัวอย่างด้านล่าง)

2. กดปุ่ม "F4 Save" ชื่อคลินิกจะไปปรากฏในรายการ ด้านบน

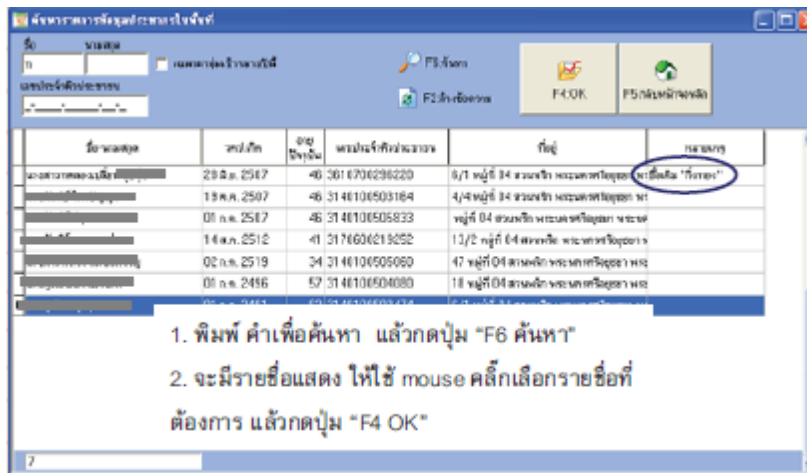
3. กดปุ่ม F10 ไปหน้าจอหลัก

F4: Save F5: Cancel

รายการ: [คลิกเพื่อดูรายการ]

การระบุ "หน่วยย่อย" จะมีประโยชน์สำหรับโรงพยาบาลเพราะเมื่อออกรายงานจะสามารถแยกได้ว่าในโรงพยาบาลนั้นๆ มีการทำ Pap Smear ที่หน่วยใด เป็นจำนวนเท่าใด พร้อมทั้งรายชื่อผู้รับบริการ

7. ชื่อ กรณีที่เป็นประชากรในพื้นที่ ท่านสามารถกดปุ่ม ค้นหา จะเข้าสู่หน้าจอเพื่อให้เลือก ค้นหารายชื่อประชากรในพื้นที่ จากฐานข้อมูล หรือสามารถค้นหาจากฐานประชากรจังหวัด โดยกดปุ่ม

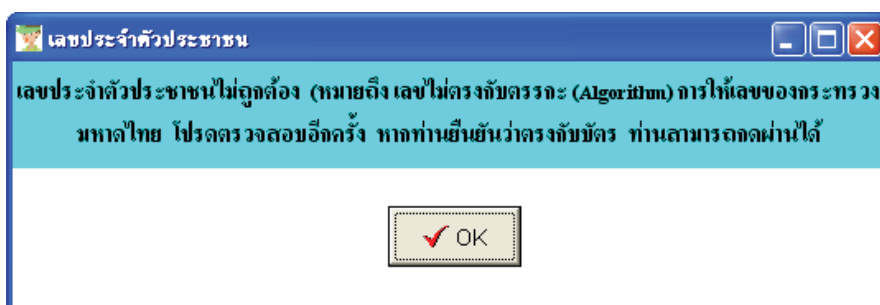


8. เมื่อเลือกรายชื่อที่ต้องการแล้ว โปรแกรมจะแสดงข้อมูลของประชากรรายนั้น ได้แก่ ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประชาชน คำนำหน้าชื่อ วัน-เดือน- ปีเกิด อายุ ที่อยู่ทะเบียนบ้าน และถ้าเป็นประชากรในพื้นที่ และเป็นกลุ่มเป้าหมาย ก็จะมีข้อความแสดงให้เห็น (ดังภาพ)

ล้างข้อมูลชื่อ
ผู้รับบริการ



9. กรณีที่หมายเลขบัตรประชาชนไม่ ตรงตาม Algorithms ของกระทรวงมหาดไทย โปรแกรมจะ ปรากฏข้อความแจ้ง และแสดงตัวเลขเป็นสีแดง (ดังภาพ) ให้ท่านตรวจสอบตัวเลขอีกครั้ง ถ้ายืนยันว่าถูกต้อง ท่านสามารถกดปุ่ม OK และสามารถที่จะทำการบันทึกข้อมูลต่อไปได้

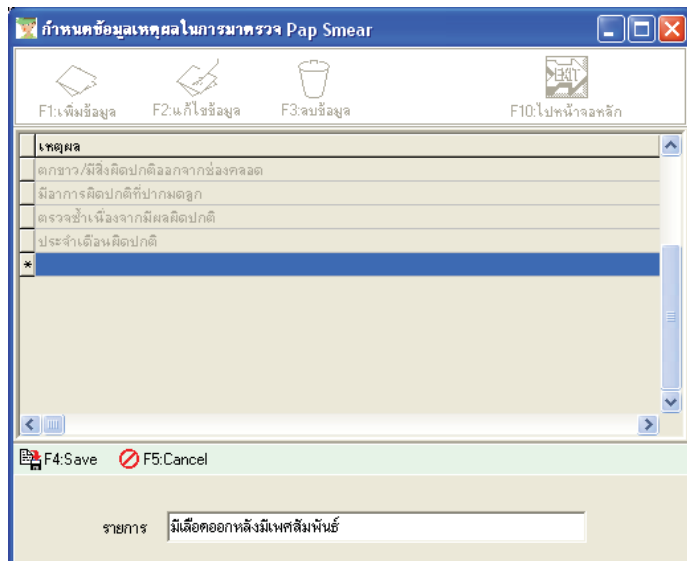


10. เมื่อคลิกเลือกประชากรในพื้นที่โปรแกรมจะแสดงข้อมูลที่อยู่ทะเบียนบ้าน กรณีที่เป็นที่อยู่ เดียวกันกับที่อยู่ถาวร สามารถกดปุ่ม ได้ที่อยู่ถาวร

11. สิทธิการรักษา ท่านต้องระบุสิทธิที่ผู้รับบริการมี (ข้อนี้บังคับให้บันทึก)

12. เหตุผลที่มารับบริการ ท่านทำการ Drop Down เลือกเหตุผลที่มารับบริการ ครั้งแรกโปรแกรม จะกำหนดให้เป็น Check Up Screening แต่ถ้าผู้รับบริการมีอาการมาตรวจ ให้ Drop Down เลือก “เหตุผล

อื่นระบุ ” แล้วเลือกรายการผิดปกติ หากอาการที่ต้องการบันทึกไม่มีให้เลือก ท่านสามารถ กำหนดเพิ่มได้โดยการกดปุ่ม “กำหนดเหตุผลเพิ่ม”



1. กดปุ่ม “เพิ่มข้อมูล” แล้ว พิมพ์ ชื่อ หน่วยงานย่อย ที่ “รายการ” (ดังตัวอย่าง)
2. กดปุ่ม “F4 Save” ชื่อเหตุผล จะไปปรากฏในรายการด้านบน
3. กดปุ่ม F10 ไปหน้าจอหลัก

13. Method of Pap Smear โปรแกรมจะแสดงเป็น Conventional Pap Smear (ป้ายเซลล์บนแผ่นสไลด์)เลือกบันทึกชนิดตัวอย่างที่ป้าย โดยใช้ mouse คลิกในช่องกรอบสี่เหลี่ยม หน้าชนิดตัวอย่างป้ายที่ต้องการ

14. กดปุ่ม F6 หรือใช้ Mouse Click ปุ่ม การวินิจฉัยจากสิ่งที่ตรวจพบ/ประวัติด้านรีเวชเพื่อบันทึกข้อมูล

- บันทึก PARA
- บันทึกข้อมูล LMP (บังคับการบันทึก)

ท่านสามารถเลือกได้ 3 กรณี โดย Drop Down (ลูกศรชี้) จะมี 3 ตัวเลือก คือ

1. ระบุวันที่ได้ ถ้าเลือกข้อนี้ ท่านต้องระบุวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายก่อนการป้ายเซลล์
2. จำไม่ได้ ถ้าเลือกข้อนี้ ไม่ต้องระบุเพิ่มเติม
3. หมดประจำเดือนแล้ว ถ้าเลือกข้อนี้ ท่านต้องระบุว่า หมดประจำเดือนมาแล้วกี่ปี

15. กดปุ่ม F7 หรือใช้ Mouse Click ปุ่ม การคุมกำเนิด เพื่อบันทึกข้อมูล

16. กดปุ่ม F8 หรือใช้ Mouse Click ปุ่ม ประวัติการรักษา/อาการที่ตรวจพบ เพื่อบันทึกข้อมูล

17. กดปุ่ม F9 หรือใช้ Mouse Click ปุ่ม การป้ายเสมียร์ครั้งก่อน/การคัดกรองด้วยวิธี VIA ครั้งล่าสุด เพื่อบันทึกข้อมูล (ข้อมูลการทำ VIA ถ้ามีการรักษาโดยการจี้เย็น มีความสำคัญหรือมีผลต่อการอ่านเซลล์วิทยา)

สิทธิการรักษา < Not selected > เหตุผลที่มาใช้บริการ 1 : Checkup Screening Method of Pap smear Conventional Papsmear (i) เลือก ชนิดตัวอย่างที่ป้าย Cervical Endocervical Endometrial Vaginal Other		[F6] การวินิจฉัยโรครากถึง ตรวจพบ /ประวัติด้านบริเวณ [F7] การคุมกำเนิด [F8] ประวัติการเจ็บป่วย /อาการที่ตรวจพบ [F9] การป้ายเซลล์จิ้งก้าน/ การคัดกรองด้วยวิธี VIA ครั้งล่าสุด	Clinical Dx (การวินิจฉัยโรคจากสิ่งตรวจพบ) Checkup Screening PARA ตั้งครรภ์ (ตลอดการกำหนด) 0 ครั้ง คลอดก่อนกำหนด 0 ครั้ง แท้ง 0 ครั้ง บุตรมีชีวิตอยู่ 0 คน LMP 1 : ระบุวันที่ได้ วันที่ หมดประจำเดือนมาแล้ว ปี ตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย ผ่านมาแล้ว ปี Pertinent Clinical History (ประวัติด้านโรค)
ชื่อผู้ทำผลไมย < โปรดเลือก > ตำแหน่ง	กำหนดรายชื่อเพิ่ม หน่วยเซลล์ที่ต้องการส่ง < โปรดเลือก > ชื่อผู้บันทึกข้อมูล < โปรดเลือก >	กำหนดรายชื่อเพิ่ม กำหนดรายชื่อเพิ่ม	

18. บันทึก “ชื่อผู้ทำสเมียร์” โดยครั้งแรกท่านต้อง เข้าไปกำหนดรายชื่อผู้ที่มีหน้าที่ทำ Pap Smear โดยการกดปุ่ม “กำหนดรายชื่อเพิ่ม” และทำการกำหนดให้ครบ หากมีการย้ายออก และมีคนเพิ่มมาใหม่ ก็ให้เข้าไปกำหนดเพิ่ม แต่ ห้ามลบชื่อคนเก่าออก โปรแกรมนี้สามารถให้ท่านกำหนดชื่อได้ 99 ชื่อ ซึ่งน่าจะเพียงพอ

F1:เพิ่มรายชื่อ F2:ลบรายชื่อ F3:ลบรายชื่อ F10:ไปหน้ากรณปกติ	
ชื่อ-นามสกุล ไม่ทราบเพราะ Cyto ยินัก pap ๑๖ สมร สุขสวัสดิ์ สุภา คงเจริญ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพ
F4:Save F5:Cancel ชื่อ-นามสกุล: สุภา คงเจริญ ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ เลขที่บัตร ปชช.: 2-2413-56734-56-7	

การเพิ่มชื่อ วิธีการทำ เหมือนกับการเพิ่มเหตุผล เพิ่มหน่วยงาน และถ้าท่านต้องการกำหนดตำแหน่งเพิ่ม ก็สามารถทำได้ โดยกดปุ่ม “กำหนดเพิ่ม” ท้ายบรรทัด “ตำแหน่ง” และทำวิธีเดียวกัน

** ข้อมูลนี้ เป็นข้อมูลบังคับบันทึก

19. หน่วยเซลล์ที่ต้องการส่ง โดยครั้งแรกท่านต้อง เข้าไปกำหนดรายชื่อ หน่วย Lab ที่ท่านส่งสไลด์ไปอ่านผล (เพิ่มได้ถึง 99 ชื่อ) โดยการกดปุ่ม “กำหนดรายชื่อเพิ่ม” ที่อยู่ท้ายช่อง “หน่วยเซลล์ที่ต้องการส่ง” และทำการกำหนดให้ครบ หากมีการเปลี่ยนโดยยกเลิกหรือเพิ่มหน่วย Lab ก็ให้เข้าไปกำหนดเพิ่ม แต่ห้ามลบชื่อ Lab เดิมออก วิธีทำเช่นเดียวกับ การเพิ่มชื่อผู้ทำสเมียร์

20. ชื่อผู้บันทึกข้อมูล โดยครั้งแรกท่านต้อง เข้าไปกำหนดรายชื่อผู้ที่มีหน้าที่บันทึกข้อมูล โดยการกดปุ่ม “กำหนดรายชื่อเพิ่ม” ที่อยู่ท้ายช่อง “ชื่อผู้บันทึกข้อมูล” และทำการกำหนดให้ครบ หากมีการย้ายออก และมีคนเพิ่มมาใหม่ ก็ให้เข้าไปกำหนดเพิ่ม แต่ห้ามลบชื่อคนเก่าออก วิธีทำเช่นเดียวกับ การเพิ่มชื่อผู้ทำสเมียร์

21. กดปุ่ม F4 เก็บข้อมูล จะปรากฏหน้าจอ ดังภาพ

ท่านสามารถเลือก OK เพื่อพิมพ์ใบ Request มาตรวจสอบ หรือท่านจะ เลือก Cancel เพื่อออกจากหน้าจอก็ได้ และกลับสู่หน้าจอการบันทึก หากท่านต้องการบันทึกทรายต่อไป ให้กดปุ่ม “F1 เพิ่มรายการ” แต่หากท่านไม่ต้องการบันทึกต่อ ให้เลือกกดปุ่ม ““กลับหน้าจอหลัก””

การบันทึกข้อมูลการทำ Pap Smear จากที่อื่น

Function นี้มีไว้สำหรับบันทึก Pap Smear ของประชากรในพื้นที่ ที่ไปตรวจ Pap Smear จากที่อื่น เพื่อใช้ในการคำนวณความ Coverage การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรในพื้นที่ โดยทำดังนี้



1. กดปุ่ม "บันทึก Pap Smear ตรวจที่อื่น" ที่หน้าจอหลักจะได้หน้าจอ ดังภาพ

2. วันที่ป้ายเสมียร์ หมายถึง วันที่ประชากรแจ้งว่าได้ไปทำ Pap Smear มา หากไม่ทราบวันที่ ให้กำหนดเป็นวันที่ 1 ของเดือน และ ปี ที่แจ้ง
3. หน่วยป้าย หมายถึง สถานพยาบาลที่ประชากร แจ้งว่าได้ไปทำ Pap Smear ที่ใด ช่องนี้ให้ท่านบันทึกเองโดยอิสระ ตามข้อมูลที่ได้รับ
4. ชื่อ ให้ กดปุ่ม เพื่อค้นหาชื่อ แล้วเลือก จะได้ข้อมูลที่ถูกระบุอยู่ในแถบสีม่วง (ชื่อ นามสกุล เลขบัตร ประชาชน คำนำหน้าชื่อ วัน เดือน ปี เกิด อายุ) และแสดงที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน
5. ที่อยู่ถาวร ถ้าเป็นที่เดียวกัน ให้กดปุ่ม ลูกศร แดง (Copy) ที่อยู่ใต้ “ที่อยู่ถาวร”
6. สิทธิการรักษา ให้ Drop Down เลือกสิทธิการรักษา
7. ผลการตรวจครั้งนี้ มีให้เลือก 3 แบบ ให้บันทึกตามการบอกเล่าของประชากร โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว ได้แก่
 - ไม่ทราบผล
 - ปกติ
 - ผิดปกติ ให้ระบุอาการผิดปกติตามคำบอกเล่า ไม่แนะนำให้แปลความหมายเพราะอาจผิดพลาดได้ ยกเว้น จะมีใบรายงานผลการตรวจมาให้

การบันทึกข้อมูลการอ่านผลเซลล์วิทยา [C]

การบันทึกผลการอ่านเซลล์ สามารถทำได้ 2 กรณี คือ

1. บันทึกผลเซลล์ โดยหน่วยเซลล์วิทยา
2. บันทึกผลเซลล์ โดยหน่วยป้าย (บันทึกแทน)
3. บันทึกโดยหน่วยเซลล์วิทยา

การบันทึกข้อมูลการอ่านผลเซลล์วิทยา โดยหน่วยอ่านเซลล์ คือ

1. กดปุ่ม “บันทึกผล Cytology [C]” จะได้หน้าจอ ดังภาพ

2. Cyto. No. บันทึกเลข Cyto ที่ตรงกับสมุดทะเบียนของหน่วยอ่านเซลล์ เพื่อไว้อ้างอิง
3. วันที่หน่วยอ่านรับ Slide บันทึกวันที่ได้รับ Slide จากหน่วยป้าย (บังคับบันทึก)
4. หน่วยอ่านผลเซลล์วิทยา โปรแกรมจะขึ้นชื่อโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่ติดตั้งโปรแกรม
5. แผลผลคุณภาพการป้าย Adequacy of Specimen ต้องระบุ (บังคับ บันทึก)
 - 5.1 010 Satisfactory หรือ
 - 5.2 030 Unsatisfactory for Evaluation

ถ้าผลเป็น 010 Satisfactory ต้องระบุ Presence of Endocervical/Transformation Zone Component หรือ Absence of Endocervical/Transformation Zone Component

ถ้าผลเป็น 030 Unsatisfactory ต้องระบุ Specimen Reject / not Processed หรือ Specimen Processed / Examined

อาจมีการระบุลักษณะการป้ายและอื่นๆ ได้แก่ Smear too Thickly Spread , Partial or Complete Obscuring Inflammation/Blood , Scant Cellularity, Other

6. บันทึกผลการอ่านเซลล์ ต้องระบุ (บังคับ บันทึก)
 - 6.1 Negative หรือ
 - 6.2 Abnormal

Negative หมายถึง การแปลเซลล์เป็นหมวด 100 Negative for Malignancy ก็สามารถระบุการพบเชื้อได้ และการอักเสบของปากมดลูกร่วมด้วยได้ (ดังภาพ)

Cytologic Report

Ref No: 001, Date: 01 Nov 2007, Age: 57

Cyto No: 001, Specimen: 001, Ref: 001

Adequacy of specimen

☒ Satisfactory ☐ Unsatisfactory for evaluation

☒ Presence of endocervical transformation zone component
☒ Absence of endocervical transformation zone component

General Categorization Recommendation: 6. 0-5/LS

Remarks

101 Thin squamous cells
 102 Cervical cells
 103 Endocervical squamous cells
 104 Atypical squamous cells
 105 HPV
 106 Other organisms
 107 Reactive cellular changes, inflammation
 108 Reactive cellular changes, radiation
 109 Reactive cellular changes, LID
 110 Cellular debris (status post hysterectomy)
 111 Atrophic

Abnormal หมายถึง การแปลผลเซลล์เป็นหมวด 200 และ 300 ดังภาพ

Cytologic Report

Ref No: 001, Date: 01 Nov 2007, Age: 57

Cyto No: 001, Specimen: 001, Ref: 001

Adequacy of specimen

☐ Satisfactory ☒ Unsatisfactory for evaluation

☒ Presence of endocervical transformation zone component
☒ Absence of endocervical transformation zone component

General Categorization Recommendation: 6. 0-5/LS

Remarks

101 Thin squamous cells
 102 Cervical cells
 103 Endocervical squamous cells
 104 Atypical squamous cells
 105 HPV
 106 Other organisms
 107 Reactive cellular changes, inflammation
 108 Reactive cellular changes, radiation
 109 Reactive cellular changes, LID
 110 Cellular debris (status post hysterectomy)
 111 Atrophic

- Recommendation และผู้ปฏิบัติ ต้องบันทึกชื่อ Screener, Cytotechnologist หรือ Pathologist อย่างน้อย 1 ชื่อ (สามารถบันทึกได้มากกว่า 1 ชื่อ)
- บันทึก วันที่หน่วยอ่าน อ่านผล (บังคับบันทึก)
- บันทึกชื่อผู้บันทึกข้อมูลและกดปุ่ม "เก็บข้อมูล" ด้านบน

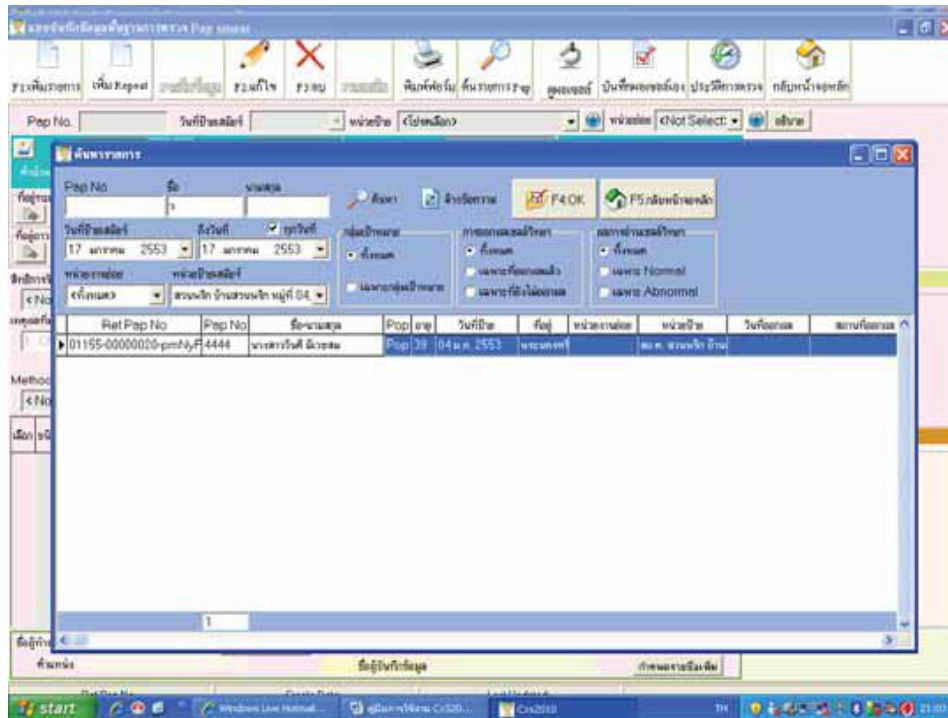
บันทึกผลเซลล์ โดยหน่วยป้าย (บันทึกแทน)

ใช้ในกรณี หน่วยอ่านเซลล์ไม่เข้าร่วมโครงการ หากท่านต้องบันทึกผลเซลล์เอง ซึ่งเป็นการทำแทน หน่วยอ่าน ขอให้ท่านได้โปรดตรวจสอบ และมีการ สอบทาน การบันทึกผลกับใบรายงานผลที่ได้รับอย่าง เข้มงวดด้วยการบันทึกผลเซลล์ เอง (ทำแทนหน่วยอ่าน) มีขั้นตอน ดังนี้



1. กดปุ่ม “ บันทึก Pap Smear [P] ” จะเข้าสู่หน้าจอบันทึก Pap Smear
2. กดปุ่ม “ค้นหารายการ Pap” จะได้หน้าจอค้นหา ใส่ชื่อที่ต้องการค้นหา แล้วกดปุ่ม “ค้นหา”

3. เมื่อโปรแกรมแสดงรายชื่อ ให้เลือกชื่อผู้รับบริการที่ต้องการบันทึกผลการอ่านเซลล์ ที่ได้รับมาจากหน่วยอ่านเซลล์



4. รายละเอียดของผู้รับบริการที่ต้องการบันทึกผลการอ่านเซลล์ จะแสดงในหน้าจอ ให้ตรวจสอบชื่ออีกครั้งหนึ่งให้ตรงกับใบรายงานผลที่จะบันทึก

5. กดปุ่ม “บันทึกผลเซลล์เอง”



จะมีกล่องข้อความ ถามว่า “ ทราบหมายเลข Ref. Cyto No. ของหน่วยอ่านเซลล์หรือไม่ “ กรณีที่ทราบ” ให้กดปุ่ม “ทราบ” และ ให้ระบุหมายเลข Ref. Cyto No. “กรณีที่ไม่ทราบ ” ให้กดปุ่ม “ไม่ทราบ” และโปรแกรมจะสร้างเลขให้อัตโนมัติ

ถ้าหน่วยอ่านไม่เข้าร่วม จะอยู่ในกรณี “ไม่ทราบ” เมื่อเลือกแล้ว โปรแกรมจะแสดงหน้าจอเพื่อบันทึกผลเซลล์

6. ให้สอบทานชื่อ นามสกุล และวันที่ป้ายเสมียร์ อีกครั้งหนึ่ง ให้ตรงกับใบรายงานผลที่ต้องการบันทึก
7. บันทึก Cyto No (จะใช้ประโยชน์ในการค้นหา slide ที่จะส่งทำ QC) ส่วนใหญ่จะอยู่ด้านบนของใบรายงานผล
8. วันที่หน่วยอ่านรับ Slide
ให้คัดลอกจากแบบรายงาน (บังคับ บันทึก) (วันที่นี้ ต้องมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า วันที่ป้ายเสมียร์)
9. หน่วยอ่านเซลล์วิทยา
โปรแกรมจะแสดงชื่อหน่วยอ่านที่มีการบันทึกไว้ในหน้าจอ Pap (สามารถเปลี่ยนได้ตามจริง ถ้าไม่มีใน
ที่ Drop Down ก็สามารถเพิ่มได้ โดยกด +)
10. แปลผลคุณภาพการป้าย Adequacy of Specimen ต้องคัดลอก (บังคับ บันทึก)
 - 10.1 010 Satisfactory หรือ
 - 10.2 030 Unsatisfactory for Evaluation อย่างใดอย่างหนึ่งตามใบรายงานผล
ถ้าผลเป็น 010 Satisfactory ต้องระบุ Presence of endocervical/Transformation zone component หรือ Absence of Endocervical/Transformation Zone Component
ถ้าผลเป็น 030 Unsatisfactory ต้องระบุ Specimen Reject / Not Processed หรือ Specimen Processed / Examined
อาจมีการระบุลักษณะการป้ายและอื่นๆ ได้แก่ Smear too Thickly Spread , Partial or Complete Obscuring Inflammation/Blood, Scant Cellularity, Other
11. บันทึกผลการอ่านเซลล์ ต้องคัดลอก (บังคับ บันทึก)
 - 11.1 Negative หรือ
 - 11.2 Abnormal

Negative หมายถึง การแปลผลเซลล์ เป็นหมวด 100 Negative for Malignancy
ก็สามารถระบุการพบเชื้อได้และการอักเสบของปากมดลูกร่วมด้วยได้ (ดังภาพ)

Abnormal หมายถึง การแปลผลเซลล์ เป็นหมวด 200 และ 300 ดังภาพ

Cytologic Report

Ref. No. [D:\] วันที่รับส่ง: 04 เม.ย. 2553
 ชื่อ: [D:\] ชื่อคนไข้: นางสาววันดี ธรรมดี
 อายุ: 39

Cyto No. [] วันที่ทำหัตถการ: [] ชื่อแพทย์/พยาบาล: [] รพ. []

Adequacy of specimen **Satisfactory**

☒ 010 Satisfactory ☐ 020 Unsatisfactory for evaluation

☐ 001 Presence of endocervical transformation zone component
☐ 002 Absence of endocervical transformation zone component

☐ 001 Smear too thickly spread
☐ 002 Partial or complete obscuring intraepithelial
☐ 003 Squam cellularity
☐ 009 Other

General Categorization **Recommendation & Follow-up**

☒ Negative ☐ Abnormal

<input checked="" type="checkbox"/> 101 Trichomonas spp.	
<input type="checkbox"/> 102 Candida spp.	
<input type="checkbox"/> 103 Bacterial vaginosis	
<input type="checkbox"/> 104 Actinomyces spp.	
<input type="checkbox"/> 105 HSV	
<input type="checkbox"/> 109 Other organisms	
<input checked="" type="checkbox"/> 121 Reactive cellular changes, inflammation	
<input type="checkbox"/> 122 Reactive cellular changes, radiation	
<input type="checkbox"/> 123 Reactive cellular changes, KU	
<input type="checkbox"/> 124 Glandular cells status post hysterectomy	
<input type="checkbox"/> 125 Atrophy	

1. Trichomonas spp.
 2. Reactive cellular changes, inflammation

Cytologic Report

Ref. No. [D:\] วันที่รับส่ง: 04 เม.ย. 2553
 ชื่อ: [D:\] ชื่อคนไข้: นางสาววันดี ธรรมดี
 อายุ: 39

Cyto No. [] วันที่ทำหัตถการ: [] ชื่อแพทย์/พยาบาล: [] รพ. []

Adequacy of specimen **Satisfactory**

☒ 010 Satisfactory ☐ 020 Unsatisfactory for evaluation

☐ 001 Presence of endocervical transformation zone component
☐ 002 Absence of endocervical transformation zone component

☐ 001 Smear too thickly spread
☐ 002 Partial or complete obscuring intraepithelial
☐ 003 Squam cellularity
☐ 009 Other

General Categorization **Recommendation & Follow-up**

☒ Negative ☐ Abnormal

<input checked="" type="checkbox"/> 101 Trichomonas spp.	
<input type="checkbox"/> 102 Candida spp.	
<input type="checkbox"/> 103 Bacterial vaginosis	
<input type="checkbox"/> 104 Actinomyces spp.	
<input type="checkbox"/> 105 HSV	
<input type="checkbox"/> 109 Other organisms	
<input checked="" type="checkbox"/> 121 Reactive cellular changes, inflammation	
<input type="checkbox"/> 122 Reactive cellular changes, radiation	
<input type="checkbox"/> 123 Reactive cellular changes, KU	
<input type="checkbox"/> 124 Glandular cells status post hysterectomy	
<input type="checkbox"/> 125 Atrophy	

1. Trichomonas spp.
 2. Reactive cellular changes, inflammation

ข้อ 12

เลื่อนขึ้น - ลง เพื่อค้นหาเพิ่มเติม

สามารถกดเลือกได้

12. Recommendation และ ผู้ปฏิบัติ เลือก Screening ไม่ทราบ เพราะหน่วยจ่าย เสมียร์บันทึกเอง ถึงแม้จะทราบชื่อก็ไม่ควรบันทึกเป็นชื่อ เพราะอาจมีผิดพลาดได้และให้บันทึกเพียงชื่อเดียว

13. บันทึก วันที่หน่วยอ่าน อ่านผล (บังคับ บันทึก)

14. บันทึกชื่อผู้บันทึกข้อมูล และ กดปุ่ม "เก็บข้อมูล" ด้านบน

ข้อเสนอแนะ ถ้าเป็นไปได้ หน่วยจ่ายควรพิมพ์การบันทึกผลอ่านเซลล์ออกมาตรวจสอบกับใบรายงานจากหน่วยอ่านเซลล์ เพื่อป้องกันการผิดพลาดของการบันทึกผล

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ

นายวีรภูมิ อิ่มสำราญ

วัน เดือน ปีเกิด

4 พฤศจิกายน 2509

การศึกษา

- แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางวิทยาศาสตร์การแพทย์คลินิก สาขาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาศัลยศาสตร์ แพทยสภา
- Certificate in Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, National Cancer Center, Tokyo, Japan.
- International Cancer Technology Transfer Fellowship Award By Union Internationale Contre le Cancer (UICC), Department of Surgery, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA .
- อนุมัติบัตรผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตเกียรตินิยม สาขาการพัฒนาศัลยกรรมมนุษย์ และองค์การ คณะพัฒนาศัลยกรรมมนุษย์ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (นิด้า)

ประวัติการทำงานโดยย่อ

- รองผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ตำแหน่งปัจจุบัน

- นายกสมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์

สรุปย่อ

ลักษณะวิชา สังคมจิตวิทยา

เรื่อง การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : บทเรียนโครงการบูรณาการ
ระดับชาติ

ผู้วิจัย นายวีรวุฒิ อิ่มสำราญ หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 57

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 ปัจจุบันพบเป็นอันดับ 2 ของสตรีไทย ในอดีตผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค ทำให้การรักษาโรคไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคมะเร็งที่สามารถตรวจคัดกรองได้ โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ ถึงการลดอัตราการเกิดและการเสียชีวิตจากโรค องค์การอนามัยโลก จึงได้แนะนำให้ทุกประเทศดำเนินนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้สามารถตรวจหาโรคมะเร็งให้พบ ตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรกหรือในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งทำให้การรักษาได้ผลดีและสามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ รวมถึงเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาในระยะลุกลาม จึงลดความสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศ หากประเทศไทยต้องการลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ต้องมีโครงการการคัดกรองระดับประเทศ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการได้มากขึ้น

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้ความร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติขึ้น โดยสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี สามารถรับบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลใกล้บ้าน ซึ่งมีหมื่นกว่าแห่งทั่วประเทศได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงแรกปี พ.ศ. 2548 - 2552 ช่วงนี้เน้นเรื่องการบริหารจัดการ การฝึกอบรม การใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล โดยมีเป้าหมายปีละประมาณ 400,000 คน ทั่วประเทศ ต่อมาช่วงที่ 2 คือ ปี พ.ศ. 2553 - 2557 ได้ดำเนินการตรวจคัดกรองเต็มรูปแบบ มีเป้าหมายปีละ 2 ล้านคน จากการดำเนินการคัดกรองตามระบบของโครงการประกอบกับการรณรงค์และส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของทุกหน่วยงานมาเป็นเวลานาน ทำให้ปัจจุบันอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามการที่จะทำให้อัตราการเกิดโรคหรืออัตราการตายลดลงได้ อย่างเป็นรูปธรรมนั้น ต้องมีการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด หรือให้ได้มากที่สุด ตลอดจนมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องครบวงจร ผู้ป่วยที่มีผลผิดปกติต้องได้รับการส่งตรวจ

วินิจฉัยโรคเพิ่มเติม รวมถึงการได้รับการรักษาโรค การดำเนินงานเป็นแบบบูรณาการมีการประสานกับบุคคลและหน่วยงานต่าง ๆ ตั้งแต่ระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลจังหวัด สาธารณสุขจังหวัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญที่พบในระยะ 10 ปีของการดำเนินงาน คือ ด้านบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ที่ยังมีไม่เพียงพอในการให้บริการอย่างทั่วถึง คุณภาพของผลการตรวจที่ยังต้องปรับปรุงในบางพื้นที่ รวมไปถึงประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจหรือมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังขาดข้อมูลที่ต้องสมบูรณ์เรื่องการส่งต่อผู้ป่วย

ดังนั้น โครงการวิจัยนี้จึงสนใจศึกษาและประเมินภาพรวมและผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศ จากอดีตถึงปัจจุบันในแง่ของคุณภาพข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ตลอดจนวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเชิงลึก ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาการคัดกรองโรค นำมาสู่การวางนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งของประเทศที่ได้ผลอย่างเป็นรูปธรรม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาพรวมและผลดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศ วิเคราะห์ตามรายจังหวัดและเขตสุขภาพ
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการคัดกรอง ติดตามหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและการส่งต่อผู้ป่วยเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ฐานข้อมูลที่สมบูรณ์
3. เพื่อศึกษาหาแนวทางการปรับปรุงการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำเสนอเป็นนโยบายเพื่อให้การคัดกรองโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

1. เน้นการนำเสนอเป็นภาพรวม เพื่อให้ไม่สามารถระบุสถานพยาบาลหรือลักษณะบุคคลของผู้ป่วยได้
2. แนวคิดในเรื่องข้อเสนอแนะจะเป็นแนวทางกว้าง ๆ เพื่อไม่ให้กระทบต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบ
3. ลงพื้นที่หาข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคโดยละเอียดใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดที่มีผลความสำเร็จสูงสุดและต่ำสุด
4. ประเมินผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2548 - 2557

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการคัดกรองโรคมะเร็ง
2. วิเคราะห์ข้อมูลในโครงการวิจัยโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการคัดกรองโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการบันทึกข้อมูลจากสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศ
3. วิเคราะห์ผลจากแบบสอบถาม 76 จังหวัด
4. ลงพื้นที่สำรวจและหาข้อมูลของผลการดำเนินงานอย่างครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง การส่งต่อและผลการรักษาโรค โดยจะดำเนินการใน 2 จังหวัด
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลความสำเร็จของการคัดกรองของประเทศไทยและต่างประเทศ
6. สรุปผลและจัดทำข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนารูปแบบ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยด้านภาพรวมของการดำเนินโครงการนี้ได้จัดทำข้อมูลผลการดำเนินงานเป็นรายงานระดับประเทศที่มีการดำเนินงานแบบเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2553 – 2557 โดยทำการคัดกรองสตรีอายุ 30 – 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 8,458,585 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.74 เมื่อพิจารณาเฉพาะรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรอง 1 ครั้งใน 5 ปี พบว่า ทำได้ 5,164,751 คิดเป็นร้อยละ 53.92 หากดูในรายละเอียดสุขภาพจะมีความแตกต่างกัน เขตที่ทำผลงานการคัดกรองได้มากที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 5 คิดเป็นร้อยละ 66.11 และเขตที่คัดกรองได้น้อยที่สุดคือ เขตสุขภาพที่ 11 ได้ร้อยละ 31.84 และหากดูในรายจังหวัด ผลการดำเนินงานยังมีความแตกต่างกันมาก จังหวัดที่มีผลการดำเนินงานสูงสุดคือ จังหวัดสมุทรสาคร ทำได้ร้อยละ 91.80 ส่วนที่ทำได้น้อยสุด คือ จังหวัดนครศรีธรรมราชทำได้ร้อยละ 26.02

ผลการวิจัยด้านการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินโครงการ ได้แก่ การตรวจซ้ำในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (ตรวจซ้ำใน 5 ปี) การดำเนินการตรวจคัดกรองของแต่ละจังหวัดมีจำนวนคนตรวจซ้ำค่อนข้างสูง ซึ่งไม่ใช่เป้าหมายหลักของการคัดกรอง ในเรื่องของจำนวนความครอบคลุมของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ สาเหตุหลักน่าจะมาจากโครงสร้างและความพร้อมของหน่วยบริการ สำหรับรอบเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการคัดกรองโดยภาพรวมมีการพัฒนาการดำเนินการที่ดีขึ้นเรื่อย ๆ จาก 41.65 วัน ในปี พ.ศ. 2553 เหลือเพียง 25.76 วัน ในปี พ.ศ. 2557 ในเรื่องของการทำสไลด์ Pap Smear ที่ไม่มีคุณภาพโดยทั่วไปทุกจังหวัดทำได้ในระดับดี ในปี พ.ศ. 2557 พบว่า มีเพียง 3 จังหวัด ที่อาจต้องมีการปรับปรุงคุณภาพ

ความไม่เข้าใจของสตรีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอีกปัญหาหนึ่งที่สำคัญ ประชาชนยังไม่เข้าใจถึงความจำเป็นของการตรวจคัดกรองมะเร็ง ในจำนวนนี้ร้อยละ 31.2 ยังคงอายุที่จะมารับการตรวจ และร้อยละ 28.5 คิดว่าสุขภาพปกติไม่จำเป็นต้องตรวจ นอกจากนี้ยังพบว่าในฐานข้อมูลมีข้อมูลที่สมบูรณ์เฉพาะการตรวจคัดกรองเพียงร้อยละ 9.44 ที่รายงานผลการส่งผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรคเพิ่มเติม ขณะที่การศึกษาผลการดำเนินงาน พบว่า มีการส่งต่อผู้ที่มีผลผิดปกติเกือบทุกรายไปรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคยังโรงพยาบาลตามระบบ แต่ไม่มีการบันทึกลงโปรแกรม

ดังนั้น การเร่งทำความเข้าใจกับทุกจังหวัดเกี่ยวกับข้อมูลที่แท้จริง และการบันทึกข้อมูลในส่วนที่มีการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการวินิจฉัยหรือรักษาโรค เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบวงจร และการปรับแนวทางการสื่อสาร เพื่อให้ประชาชนเกิดความรู้ ความเข้าใจ โดยใช้กลไกการจัดเขตสุขภาพในการประสานงาน สนับสนุนและติดตามผลการดำเนินงาน อีกทั้งควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นทั้งในเขตสุขภาพเดียวกัน รวมถึงเขตสุขภาพใกล้เคียงที่จะเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน ส่วนในพื้นที่ที่มีบุคลากรน้อย มีภาระงานประจำมาก ควรเพิ่มเวลาการให้บริการ อาจเปิดบริการหลังเวลาราชการ หรือ เสาร์ - อาทิตย์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนที่ไม่สามารถมารับบริการในเวลาราชการได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกอย่างเห็นผล จากข้อมูลทั้งในระยะนำร่องและการดำเนินโครงการเต็มรูปแบบในปี พ.ศ. 2553 - 2557 แสดงให้เห็นถึง การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านต่าง ๆ เพื่อรองรับการคัดกรองโรคที่เป็นโครงการระดับชาติได้ และด้วยโครงสร้างการบริการด้านสุขภาพแบบนี้ จะทำให้การคัดกรองโรคมะเร็งอื่น ๆ ในอนาคต เช่น โรคมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม ทำได้ง่ายขึ้น

1.2 มีนโยบายการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนมากขึ้น ที่สามารถเห็นแนวโน้มของผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ และสามารถแก้ไขปัญหาได้ทันเวลา

1.3 ควรมีการผลิตบุคลากรทางการแพทย์ด้านโรคมะเร็ง รวมถึงการจัดตั้งหรือส่งเสริมให้มีหน่วยรักษาพยาบาลด้านโรคมะเร็งกระจายในภูมิภาคต่างๆ ทั่วประเทศ

1.4 ควรมีการพิจารณาวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีใหม่ เช่น การตรวจหาการติดเชื้อ HPV ด้วยเครื่องอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรองและลดภาระงานของเจ้าหน้าที่โดยคำนึงถึงความคุ้มค่าของการดำเนินการความพร้อมบุคลากรด้วย

1.5 ควรมีการเพิ่มงบประมาณการลงข้อมูลในส่วนของการส่งต่อผู้ป่วยที่มีผลการคัดกรองผิดปกติไปรับการตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรค ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้มีเพียงร้อยละ 1.33 ทำให้ไม่เพิ่มภาระงานมากจนเกินไปและใช้งบประมาณไม่มาก

2. ข้อเสนอแนะระดับปฏิบัติ

2.1 ควรมีการศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติมในเขตหรือจังหวัดที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมาย คุรายละเอียดปัจจัยต่าง ๆ ทุกด้าน จะได้แก้ปัญหาให้ตรงประเด็นความต้องการ

2.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ โดยเฉพาะจังหวัดในเขตสุขภาพเดียวกันเพื่อสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ พยาบาล และนักเซลล์วิทยา ให้มีความรู้กับเทคโนโลยีการคัดกรองด้วยวิธีใหม่ รวมถึงการติดตามการทำงานของบุคลากรที่เคยได้รับการอบรมแล้ว เมื่อกลับไปปฏิบัติงานว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไร เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.1 ควรมีการหาข้อมูลเกี่ยวกับระยะการเกิดมะเร็งปากมดลูกเปรียบเทียบกับอัตราการคัดกรองโรค ถ้าในพื้นที่ที่การคัดกรองมีประสิทธิภาพ พื้นที่นั้นไม่ควรจะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม สำหรับในอนาคตควรมีการติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดและเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกและศึกษาเปรียบเทียบกับอัตราการคัดกรองโรค ข้อมูลเหล่านี้จะสะท้อนให้เห็นผลความสำเร็จของโครงการที่แท้จริงในอนาคต

3.2 ควรศึกษาหรือพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งชนิดอื่นๆ โดยใช้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นต้นแบบ