

รายงานการวิจัย

โครงการ

ประเมินผลการจัดการ
โรคมะเร็งปากมดลูกและเต้านม

โดย

รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงสายบัว ชีใจริณ
หน่วยมะเร็งนรีเวช
ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในประเทศไทยดำเนินการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และเต้านมอย่างต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์ก็ยังไม่เป็นที่น่าพอใจ ในแง่อุบัติการณ์และอัตราการตาย มะเร็งทั้ง 2 ชนิดเน้นการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือการตรวจคัดกรองเป็นหลัก ในมะเร็งปากมดลูกคือการทำ Pap smears และในมะเร็งเต้านมคือการตรวจคัดกรองด้วยตนเอง ด้วยแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรม และการตรวจคัดกรองด้วยเครื่องมือ mammography ในสตรีที่มีความเสี่ยง มีแหล่งข้อมูลหลากหลายสำหรับการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่มีข้อมูลจำกัดในการควบคุมมะเร็งเต้านม นโยบายในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 และใช้ดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 แต่ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ยิ่งไปกว่านั้นการควบคุมมะเร็งทั้ง 2 ชนิดกลับได้รับความสนใจน้อยลงตามลำดับ อันเป็นผลมาจากมีโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำเกิดขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นการกบฏใจว่า น่าจะมีการทบทวนนโยบาย การควบคุมมะเร็งในประเทศไทย การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และการจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนหน่วยงานที่มีภาระหน้าที่ในการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการตื่นตัวในการควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกขึ้นอีกครั้งหนึ่ง แต่ครั้งนี้มาพร้อมกับการท้าทายที่ว่าวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีใดที่เหมาะสม และคุ้มค่ากับประเทศไทย

ระบบข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นยิ่งในการควบคุมมะเร็ง เมื่อศึกษาในเรื่องแหล่งข้อมูล พบว่า ฐานข้อมูลแหล่งข้อมูล และข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทย ยังมีจำกัด ในส่วนของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงของภาครัฐ มีฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ยังเป็นข้อมูลที่มุ่งเน้นในเรื่องปริมาณมากกว่าคุณภาพของการควบคุมมะเร็ง การประเมินในด้านทรัพยากรได้จากการวิจัยสำรวจขององค์กรวิชาชีพ และสำนักวิจัยของกระทรวงสาธารณสุข โครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ และเป็นตัวอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการข้อมูล แต่ความยั่งยืนของระบบยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ อนึ่งข้อมูลในส่วนของมะเร็งเต้านมยังมีจำกัด และไม่ได้รับการพัฒนามากนัก เมื่อเทียบกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุหนึ่งคือลักษณะของโรคที่แตกต่างกัน และวิธีการคัดกรองที่ยังไม่สามารถระบุเป็นสากล และประเทศไทย ยังใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการพื้นฐานสำหรับมะเร็งชนิดนี้

แหล่งข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถนำมาใช้ในการติดตามประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านผลลัพธ์ และผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ และสังคม แหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการประเมินผลการตรวจคัดกรอง ซึ่งเป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ คือฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ยังมีจุดพัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงกับระบบอื่น และคุณภาพของข้อมูล ซึ่งการวิจัยนี้ไม่สามารถลงไปตรวจสอบได้ในระดับปฏิบัติการ เนื่องจากการวิจัยทางเอกสาร ฐานข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งมีความสำคัญในการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ขั้นสุดท้าย (impact) แต่ทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยก็ยังไม่สามารถเชื่อมต่อไปกับฐานข้อมูลระดับชาติในการตรวจคัดกรอง จึงน่าจะเป็นจุดพัฒนาของทะเบียนมะเร็ง ที่จะเสริมประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรอง ที่สำคัญคือจะได้ข้อมูลของผลลบลง คือผู้ที่เคยตรวจคัดกรองได้ผลลบ แต่เกิดมะเร็ง แม้ทะเบียนมะเร็งจะมีความสำคัญมากในการควบคุมโรค แต่ก็มีอุปสรรคสำคัญคือไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยอาจโชคดีที่ทะเบียนมะเร็งมีคุณภาพ และมีแนวโน้มที่จะดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ในช่วง 5 ปี ที่มา สำนักวิจัยระบบสาธารณสุขได้วิจัยในเรื่องความคุ้มค่า คุ้มค่าของการใช้ทรัพยากร โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้อง

กับการคัดกรอง การรักษามะเร็ง ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างมากในการกำหนดนโยบาย วางแผนปรับปรุง พัฒนาระบบที่มีอยู่

เมื่อยึดหลักการการตรวจคัดกรองตามหลักสากลจะพบว่า ประเทศไทยมีแหล่งข้อมูลพื้นฐานในการควบคุมมะเร็งทั้ง 2 ชนิด ยกเว้น ไม่มีฐานข้อมูลของการติดตาม การรักษาในสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมพบความผิดปกติ แต่ถึงแม้จะมีแหล่งข้อมูลดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์ตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิผลของการตรวจคัดกรอง พบว่าแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ ด้วยเหตุผลหลัก 2 ประการคือคุณภาพของข้อมูล ความสมบูรณ์ และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลต่างๆ จุดอ่อนสำคัญในส่วนปัจจัยพื้นฐานของการตรวจคัดกรองคือ การเข้าถึงประชากร อันน่าจะเป็นคำอธิบายในส่วนของความครอบคลุมที่ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ (ร้อยละ 80) จุดอ่อนที่สำคัญในส่วนของตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิผลการตรวจคัดกรองมะเร็งในภาพรวม คือขาดข้อมูลของ interval cancer และ ในส่วนตัวชี้วัดข้อการประเมินประสิทธิภาพคือ การคัดกรองที่มากเกินไป

เมื่อประเมินความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากแหล่งข้อมูลสำรวจในระดับชาติพบว่า ความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น จาก ร้อยละ 37.7 ในปี พ. ศ. 2547 เป็นร้อยละ 63.3 ในปี พ. ศ. 2549 ทั้งนี้ในความหมายที่ว่า ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ (organized screening) หรือ การตรวจคัดกรองตามโอกาส (opportunistic screening)

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติซึ่งเป็นผู้ริเริ่ม โครงการตรวจคัดกรองที่ใช้ Pap smears และ VIA-cryotherapy อันเป็นเสมือนโครงการนำร่องของการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงผลักดัน ทั้ง 2 วิธีไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ ในเรื่องการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย Pap smears ก็มีความครอบคลุมได้มากกว่า VIA มีข้อสังเกตว่าในจังหวัดที่มีคามกระตือรือร้นในการตรวจคัดกรอง ก็จะคัดกรองได้ดีทั้ง 2 วิธี

การเปรียบเทียบระหว่าง Pap smears และ VIA-cryotherapy ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดจะมีข้อเด่น ข้อดีเหนือกว่าอย่างชัดเจน แต่ข้อมูลในระบบ CPIStm จะมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากกว่า ความผิดปกติของการคัดกรองด้วย VIA มากกว่า Pap smears 2 เท่า และร้อยละเกือบ 30 ต้องส่งต่อ ทำให้มีข้อสังเกตว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจาก VIA นี้ต้องการทรัพยากรเรื่อง colposcopy มากขึ้น และการตรวจด้วย VIA มีผลบวกสูง ข้อมูลจาก PapRegistry ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบ

การตรวจคัดกรองโดย Pap smears และ VIA-cryotherapy ดังที่กระทำอยู่ในปัจจุบัน อาจมีจุดอ่อนในเรื่องการบริหารจัดการทำให้ไม่สามารถครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้ตามเป้าประสงค์ การตรวจด้วย VIA ตามด้วย Pap smears (Dual track screening) ให้ผลเป็นที่น่าพอใจในมุมมองของความคุ้มค่า จากการวิจัยของ HITAP การใช้ วัคซีน HPV คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อราคาลดลง เหลือร้อยละ 25 ของราคาเสนอขาย เริ่มแรกเมื่อนำเข้ามาในประเทศไทย

ท้ายที่สุดอาจสรุปได้ว่านโยบายการควบคุมมะเร็งปากมดลูก/เต้านมควรต้องมีการทบทวน และเปลี่ยนแปลง โดยเริ่มจากโครงสร้างของคณะกรรมการผู้รับผิดชอบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคประชาชนควรมีส่วนร่วม ต้องระบุถึงวิธีการคัดกรองว่าจะใช้วิธีใด รวมถึงการใช้วัคซีนเพื่อการป้องกันในระดับปฐมภูมิ ระบบข้อมูลข่าวสารควรเน้นในระดับสถานบริการ (facility-level) และรวมศูนย์ในระดับจังหวัด เก็บข้อมูลเพื่อสามารถประเมินตัวชี้วัดที่สำคัญ ข้อสำคัญที่สุดคือระบบต้องมีความสามารถเชื่อมโยงกันได้ และทะเบียนมะเร็งต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อแสดงถึงผลลัพธ์สุดท้ายของการควบคุมคืออุบัติการณ์ของโรค และอัตราตายลดลง

III

สารบัญเรื่อง

	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	I
สารบัญเรื่อง	III
สารบัญภาคผนวก ตาราง ภาพ และ แผนภูมิ	IV
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วัตถุประสงค์	3-5
คำถามวิจัย	3
วัตถุประสงค์หลัก	3
วัตถุประสงค์รอง	3
คำตอบที่คาดหวังจะได้รับจากการวิจัย	3
ขอบเขตการวิจัย	4
ประโยชน์จากการวิจัย	4
หน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้	5
บทที่ 3 วิธีดำเนินการ	6-11
รูปแบบการวิจัย	6
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	7
แหล่งข้อมูล	8
วิธีดำเนินการวิจัย	9
การนำเสนอข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล	10
ระยะเวลาในการวิจัย	10
บทที่ 4 ผลการศึกษา	11-77
แหล่งข้อมูล	30
ความครอบคลุมและคุณภาพ	56
การเก็บข้อมูลและการเปรียบเทียบ	62
นโยบาย แนวทางการพัฒนา	74

สารบัญภาคผนวก ตาราง ภาพ และ แผนภูมิ

รูปภาพ หมายเลขที่	ตาราง หมายเลขที่	แผนภาพ หมายเลขที่	แผนภูมิ หมายเลขที่	ชื่อ	หน้า
1.				Cervical Cancer Screening Program	19
			1.	การดำเนินการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย	26
	1.			มาตรฐานด้านทรัพยากรน้อยที่สุดที่จำเป็นต้องมีสำหรับ หน่วยรังสีรักษา	35
	2.			รายการครุภัณฑ์และจำนวนขั้นต่ำที่ควรจะมีในศูนย์รังสี ระดับมาตรฐานผู้ป่วยใหม่ประมาณ 300 รายต่อปี (Principle Radiotherapy Center)	35
	3.			ศูนย์รังสีรักษาระดับก้าวหน้า ผู้ป่วยใหม่ประมาณ 100- 1200 รายต่อปี (Advance Radiotherapy Center)	36
	4.			ศูนย์รังสีรักษาระดับเทคโนโลยีขั้นสูง ผู้ป่วยใหม่ ประมาณ 1200-1500 รายต่อปี (Excellent Radiotherapy Center)	36
	5.			จำนวนบุคลากรขั้นต่ำที่ควรจะมีในหน่วยรังสีรักษา	36
	6.			อัตราตายสูงสุดของมะเร็งปากมดลูกใน 10 จังหวัดแรก	39
	7.			อัตราตายสูงสุดของมะเร็งเต้านมใน 10 จังหวัดแรก	40

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย เนื่องจากเป็นมะเร็งที่พบบ่อย 2 อันดับแรกในสตรีไทย ในอดีตที่ผ่านมา มะเร็งปากมดลูกจะพบบ่อยเป็นอันดับหนึ่ง แต่ข้อมูลล่าสุด (1) พบว่ามะเร็งเต้านมพบบ่อยที่สุดในสตรีไทย อุบัติการณ์ ของมะเร็งปากมดลูก (Age-standardized incidence rate) คือ 24.5 รายต่อประชากรสตรี 100 000 คน และมีอัตราการตาย (Age-standardized mortality rate) 12.8 รายต่อประชากรสตรี 100 000 คน ปี ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 9999 ราย และเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ปีละ 5216 ราย อุบัติการณ์ของ มะเร็งเต้านมมดลูก (Age-standardized incidence rate) คือ 30.7 รายต่อประชากรสตรี 100 000 คน และมีอัตราการตาย (Age-standardized mortality rate) 10.8 รายต่อประชากรสตรี 100 000 คน ปี ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ 12566 ราย และเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ปีละ 4427 ราย

การควบคุม

การควบคุมมะเร็งประกอบด้วยหลายส่วน ซึ่งโดยทั่วไปมักแบ่งเป็นการป้องกันปฐมภูมิ (primary prevention) อันได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริม หรือทำให้เกิดมะเร็ง รวมทั้งการให้วัคซีน ในกรณีที่ไวรัสเป็นตัวการสำคัญที่จะชักนำให้เกิดมะเร็ง การป้องกันทุติยภูมิ (secondary prevention) เช่น การตรวจคัดกรอง และการป้องกันตติยภูมิ (tertiary prevention) ได้แก่การรักษา มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม สามารถควบคุมได้ โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก ซึ่งธรรมชาติของโรคเอื้อต่อการควบคุม มีการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ พิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายได้ วิทยาการที่ก้าวหน้าสามารถป้องกันปฐมภูมิได้ มะเร็งเต้านมก็จะมีการพยากรณ์โรคที่ดีหากสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ยังไม่มีการ การรักษาทั้ง 2 โรคให้ผลเป็นที่น่าพอใจ เมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น

ระบบข้อมูลมะเร็งและการควบคุมมะเร็ง

ในยุคของการเข้าถึงข้อมูล และข้อมูลมีอิทธิพลในการบริหารจัดการ การควบคุมมะเร็งก็สามารถทำได้ง่ายขึ้นหากมีระบบข้อมูลที่ครอบคลุม แม่นยำ ทันสมัย เรียกง่าย และมีความเป็นพลวัตร ในปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าการลงทุนเบื้องต้นในการควบคุมโรคมะเร็ง คือการมีระบบข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการเฝ้าติดตามธรรมชาติ และแนวโน้มของโรค ประเมินการให้บริการ ทั้งการตรวจคัดกรอง และการรักษา และที่สำคัญยิ่งคือการประเมินความคุ้มค่า ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และทางสังคม ประเทศที่ควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ดี เช่น ประเทศในแถบสแกนดิเนเวีย เป็นตัวอย่างอันดีในเรื่องนี้

หัวใจสำคัญของการควบคุมมะเร็ง

ระบบข้อมูลมะเร็ง (Cancer Information System-CIS) ที่มีประสิทธิภาพเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ความมีประสิทธิภาพที่สำคัญคือ การมีตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ (validity) และไม่ว่าระบบข้อมูลจะเป็นรูปแบบใด คุณภาพของข้อมูลเป็นเรื่องสำคัญที่สุด ควรให้ความสนใจในเรื่องคุณภาพมากกว่าปริมาณ การมีระบบข้อมูลที่ดีย่อมคุณภาพ จะทำให้การใช้ประโยชน์เพื่อติดตาม ประเมินผล หรือใช้ตัดสินใจในด้านนโยบาย ค้อยค่า หรือก่อให้เกิดผลเสียตามมาได้

การนำข้อมูลไปใช้งาน

ถึงแม้หลักการสำคัญในการควบคุมมะเร็งจะเป็นสากล แต่ความแตกต่างในแต่ละบริบท ก็ควรคำนึงถึงด้วย ทำให้ระบบข้อมูลมะเร็งจำเป็นต้องออกแบบ เพื่อนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะเก็บข้อมูลอะไร อย่างไร โดยใคร เพื่อใคร และจะนำไปใช้อย่างไร เป็นความท้าทายอย่างยิ่ง เปรียบเสมือนแผนภาพที่แสดงถึงส่วนต่างๆของระบบข้อมูลมะเร็งในบริบทนั้นๆ การศึกษาระบบข้อมูลที่มีอยู่ การวิเคราะห์ระบบในแง่มุมต่างๆ เช่นความครอบคลุม ความแม่นยำ ความร่วมสมัย ความเป็นพลวัตรของข้อมูล ฯลฯ เพื่อให้เกิดความชัดเจนของระบบข้อมูล จึงเป็นก้าวแรก และก้าวสำคัญ ในการนำไปสู่การพัฒนาาระบบข้อมูลเพื่อใช้ในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10 Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Available from: <http://globocan.iarc.fr>

บทที่ 2

วัตถุประสงค์

คำถามวิจัย

1. การควบคุมมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีการบริหารจัดการ การประเมินผลเป็นอย่างไร
2. นโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ควรเป็นอย่างไร
3. ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ในประเทศไทยมีความเหมาะสม หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์หลัก

1. ทบทวนนโยบายการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทย
2. แจกแจงวิธีการ ตัวชี้วัด และผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินการให้เป็นไปตามนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
3. ระบุแหล่งข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการจัดการ โรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม
4. ประเมินความครอบคลุม และคุณภาพของแหล่งข้อมูล
5. วิเคราะห์สถานการณ์การควบคุมโรคโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม
6. เปรียบเทียบความคุ้มค่า(Cost-effectiveness) ของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้อยู่ในประเทศไทย
7. ระบุนโยบายที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
8. ระบุแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเหมาะสม เพื่อการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

วัตถุประสงค์รอง

1. ระบุนโยบายที่เหมาะสมในการจัดการ โรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

คำตอบที่คาดหวังจะได้รับจากการวิจัย

1. ความเป็นมาของนโยบายการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทย จนถึงปัจจุบัน
2. การประเมินผลการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย
3. ความคุ้มค่าของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันได้แก่ Pap smears, VIA, HPV DNA testing
4. ความคุ้มค่าของ HPV vaccine ในประเทศไทย
5. แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผล คุณภาพของข้อมูลที่ใช้ และแนวทางในการพัฒนาแหล่งข้อมูล
6. นโยบายที่เหมาะสมในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม

ขอบเขตการวิจัย

1. กลุ่มหน่วยงาน/ประชากรที่จะศึกษา
 - 1.1 หน่วยงานที่รับผิดชอบ หรือเกี่ยวข้องในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
 - 1.2 สถานบริการหลักที่เกี่ยวข้องในการคัดกรอง และหรือให้การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เต้านม
 - 1.3 บุคลากรหลักที่รับผิดชอบ หรือเกี่ยวข้องในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมในระดับชาติ
 - 1.4 หน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการในด้านการประกันสุขภาพ (สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลังบริษัทประกันสุขภาพ บริษัทประกันชีวิต)
 - 1.5 บุคลากรระดับปฏิบัติการ (การคัดกรอง รักษา)ในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
 - 1.6 สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรอง รักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เต้านม
 - 1.7 หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการศึกษา/วิจัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เต้านม
 - 1.8 นักวิจัยมะเร็งปากมดลูก/เต้านม
2. เกณฑ์การคัดเลือก
 - 2.1 หน่วยงาน สถานบริการ บุคลากร ที่จะศึกษา จะเป็นในภาครัฐ หรือองค์กรที่ไม่หวังผลกำไร (Non-profit organization)
 - 2.2 หน่วยงานที่รับผิดชอบในการให้บริการในด้านการประกันสุขภาพ จะเป็นทั้งภาครัฐ และเอกชน
 - 2.3 หน่วยงานที่สนับสนุน การศึกษา/วิจัย และนักวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ทั้งใน และนอกประเทศ ทั้งภาครัฐ และเอกชน
3. เกณฑ์การคัดออก
หน่วยงาน สถานบริการ บุคลากร ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง การรักษา มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมในภาคเอกชน

ประโยชน์จากการวิจัย

1. ทราบสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมตามดัชนีชี้วัดโรคมะเร็ง
2. ทราบนโยบายการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
3. ทราบจำนวน การกระจายของทรัพยากรในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
4. การบริหารทรัพยากรในการควบคุมโรคปากมดลูก มะเร็งเต้านม ในเชิงความคุ้มค่า คุ่มทุน
5. ทราบข้อมูลที่เป็น จำเป็น ต้องใช้ในการควบคุมโรคปากมดลูก มะเร็งเต้านม แต่ยังไม่มีการจัดเก็บ พัฒนา หรือนำมาใช้ประโยชน์
6. แนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมโรค (เชิงนโยบาย) มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล
7. แนวทางการวิจัยเพื่อใช้ในการควบคุมโรคปากมดลูก มะเร็งเต้านม ที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ

หน่วยงานที่จะนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการควบคุมมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ในประเทศไทย อันได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุข อันได้แก่ สำนักวิจัยระบบสาธารณสุข สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมอนามัย กรมการแพทย์
- โรงพยาบาล/สถานบริการที่ตรวจคัดกรอง และรักษามะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
- ภาควิชาสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา ภาควิชาศัลยศาสตร์ ภาควิชารังสีวิทยา ในคณะแพทยศาสตร์ ต่างๆ
- องค์การวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการผลิตบุคลากร เพื่อให้บริการในการคัดกรอง การรักษา มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม อันได้แก่ ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมรังสีรักษา สมาคมมะเร็งนรีเวชแห่งประเทศไทย
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สำนักงานประกันสังคม
- กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
- หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับทะเบียนมะเร็ง
- เครือข่ายระบบข้อมูลโรคมะเร็ง

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการ

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยนโยบายเชิงประจักษ์ และการประเมินผลการปฏิบัติการ ซึ่งในที่นี้คือการควบคุม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมในประเทศไทย จึงมีลักษณะของการวิจัยเป็นทั้งการวิจัยระบบสาธารณสุข (Health service research) และการวิจัยปฏิบัติการ (operational research) ใช้วิธีการวิจัยเอกสาร เป็นหลัก และใช้การสัมภาษณ์ สอบถาม เป็นรอง วัดและประเมินทั้งปริมาณและคุณภาพ นำเสนอในรูปแบบเชิงพรรณนา ที่เกี่ยวกับสถานการณ์ของ โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และผลการจัดการ ตามตัวชี้วัดในการควบคุมโรคมะเร็งดังกล่าว จากข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้ได้ข้อเสนอเชิงนโยบายในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ และค้นหาข้อมูลสำคัญที่ยังไม่มีการจัดเก็บ พัฒนา หรือนำมาใช้ประโยชน์

การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม เน้นการป้องกันในระดับต่างๆ คือปฐมภูมิทุติยภูมิ และตติยภูมิ แต่เนื่องจากในปัจจุบันการรักษาจะเน้นการดูแลรักษา แบบองค์รวม เน้นคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะในกรณีที่โรคมียารุนแรง จึงให้ความสำคัญต่อการรักษาแบบประคับประคองเป็นพิเศษ การประเมินการจัดการ ควบคุมโรค จึงต้องการ ข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะในการป้องกันโรคในระดับต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา และนำมาวิเคราะห์เพื่อหาบทสรุป นำไปสู่คำตอบของคำถามวิจัย และการเสนอแนะนโยบาย และแนวทางที่เหมาะสมในการควบคุมโรคมะเร็งทั้งสอง ชนิด ความสัมพันธ์ระหว่างหัวข้อประเมิน และประเด็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการประเมินดังแสดงในตารางที่ 1. จึงเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้

หัวข้อประเมิน/ การรวบรวมข้อมูล	การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention)	การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention)	การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention)	Palliative care
นโยบาย				
Stakeholders				
ทรัพยากร(จำนวน, การกระจาย) -บุคลากร -ครุภัณฑ์หลัก -ห้องปฏิบัติการ				
การบริหารจัดการ (วิธีการ ผู้รับผิดชอบ)				
ข้อมูลที่แสดงผล การดำเนินการ				
ดัชนีชี้วัดผล สัมฤทธิ์ของการ ดำเนินการ				
ข้อมูลที่จำเป็นต้อง พัฒนา หรือจัดเก็บ				
การควบคุมมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทยมีการบริหารจัดการ การประเมินผลเป็นอย่างไร ระบบข้อมูลข่าวสาร เพื่อการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ในประเทศไทยมีความเหมาะสม หรือไม่ อย่างไร ↓ นโยบายที่เหมาะสม ในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมในประเทศไทย ควรเป็น อย่างไร				

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม
2. การสัมภาษณ์
3. รายงานการประชุม

แหล่งข้อมูล

ข้อมูล	แหล่งข้อมูล
1. นโยบายในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม	● แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ● พระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ ● แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ
2. ทรัพยากรบุคคลในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม	● องค์การวิชาชีพ ● สถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาโรคมะเร็ง (โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ ศูนย์มะเร็ง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลเอกชน)
3. สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก เต้านมในประเทศไทย	● ทะเบียนมะเร็ง ● รายงาน Cancer in Thailand ● รายงานประจำปีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์มะเร็ง สถาบันมะเร็ง หน่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี หน่วยมะเร็งเต้านม ฯลฯ)
4. เครื่องมือหลักในการรักษามะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม	● กองรังสี และเครื่องมือแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
5. การวิจัย	● รายงานการวิจัยจากแหล่งทุนในประเทศ ● รายงานประจำปีสถาบันการศึกษาทางการแพทย์ ● องค์การวิชาชีพ ● เครือข่ายการให้บริการข้อมูลทาง electronic เช่น Medline Pubmed
6. การกระจายทรัพยากรบุคลากร	● ทะเบียนข้อมูลขององค์กร สมาคมวิชาชีพ
7. รูปแบบการให้บริการ การคัดกรอง การรักษา การส่งต่อ	● ข้อมูลจากตัวแทนสถาบันในสังกัดต่างๆ ในภาคต่างๆ ● สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
8. แนวทางการดูแลรักษาทางคลินิก (Clinical Practice Guideline-CPG)	● ข้อมูลจากองค์กรวิชาชีพ ● แบบสอบถามสถานพยาบาล
9. ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ความคุ้มค่า	● รายงานการวิจัย

	● สำนักประกันสังคม ● กรมบัญชีกลาง
10. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย หรือสตรีเป้าหมาย/ ทัศนคติ ความเข้าใจในโรคมะเร็งปากมดลูก เฝ้านมในประเทศไทย	● การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ● รายงานการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้
11. บทบาท กิจกรรมของภาคเอกชน	● รายงานประจำปีของบริษัท ● การติดต่อสอบถามโดยตรง
12. การประกันสุขภาพในระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับ โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม	● สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ● สำนักงานประกันสังคม ● สิทธิประโยชน์การรักษาพยาบาลของข้าราชการ
13. ปัญหา อุปสรรคในมุมมองของหน่วยงาน/ ผู้เกี่ยวข้องในระดับต่างๆ รวมถึงผู้รับบริการ	● การสัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบาย ผู้กำกับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติ ● การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ● การสัมภาษณ์ตัวแทนองค์กรอิสระ
14. การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ในประเทศที่ประสบความสำเร็จในเรื่องนี้	● Program of Appropriate Technology of Health ● American Cancer Society ● Alliance for Cervical Cancer Control

วิธีการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาโครงการวิจัย (Research Proposal)
2. การขออนุญาตทำวิจัย ผ่านอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ของต้นสังกัดของหัวหน้าโครงการย่อย
พิจารณาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
3. ทบทวนเอกสารเพื่อหาข้อมูล จากแหล่งข้อมูล
4. ออกแบบสอบถามที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล
5. ขอความร่วมมือและชี้แจงกับหน่วยงานที่เป็นเป้าหมาย
6. สัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากสถานบริการที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
7. สัมภาษณ์บุคลากรหลักที่เกี่ยวข้องกับการควบคุม โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมในประเทศไทย
8. ทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมทั้งใน และต่างประเทศ
9. รวบรวมแนวทางการตรวจคัดกรอง การดูแลสตรีที่มีการตรวจคัดกรองผิดปกติ การรักษาระยะก่อนลุกลาม
และระยะลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม
10. รวบรวมความเห็น ข้อเสนอ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

11. วิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด เพื่อหาคำตอบตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
12. รายงานผลการศึกษา

การนำเสนอข้อมูล/การวิเคราะห์ข้อมูล

ในภาพรวมเป็นสถิติเชิงพรรณนา และContent analysis ดังต่อไปนี้

1. นำเสนอข้อมูลในรูปแบบเชิงพรรณนา เป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน
2. เปรียบเทียบข้อมูลกับข้อมูลของต่างประเทศ หรือองค์การนานาชาติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
3. การวิเคราะห์เชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขในการคัดกรองมะเร็ง
4. การวิเคราะห์ในการบริหารจัดการทรัพยากร เน้นบุคลากร

ระยะเวลาในการวิจัย

ระยะเวลาในการวิจัย

กิจกรรม	เดือนที่ 1.	เดือนที่ 2.	เดือนที่ 3.	เดือนที่ 4.	เดือนที่ 5.	เดือนที่ 6.	เดือนที่ 7.	เดือนที่ 8
1.	→							
2.	→							
3.	→							
4.		→						
5.			→					
6.				→				
7.					→			
8.					→			
9.					→			
10.						→		
11.						→		
12.							→	
13.								→

บทที่ 4

ผลการศึกษา

1. ทบทวนนโยบายและการดำเนินงานเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทย

1.1 นโยบายเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทย

1.2 การดำเนินการเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในประเทศไทย

1.1 นโยบายในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ2540-2544) มีแนวคิดหลักคือ “คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา” จึงมุ่งเน้นการทำให้สุขภาพของคนไทยและระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมดีขึ้น ในด้านสุขภาพอนามัยพบว่าคนไทยมีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงขึ้น โดยในปี ๒๕๔๑ เพศชายและเพศหญิงมีอายุคาดหมายเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น ๗๐.๑ ปี และ ๗๕.๒ ปี ตามลำดับ ทั้งระบบบริการสาธารณสุขมีความก้าวหน้าดีขึ้น และประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๕.๔

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ2545-2549) มีแนวคิดหลักคือ “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” มุ่งเน้นสร้างสังคมคุณภาพ โดยคนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความสุข มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เป้าหมายการยกระดับคุณภาพชีวิตประการหนึ่งคือการขยายการประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม แนวทางการแก้ปัญหาความยากจนคือเสริมสร้างโอกาสให้คนยากจนสามารถเข้าถึงบริการของรัฐได้อย่างทั่วถึง โดยเน้นการกระจายบริการศึกษา สาธารณสุขที่มีทางเลือกเหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนยากจน และเพิ่มโอกาสการเข้าถึงแหล่งความรู้ แหล่งข้อมูลข่าวสาร ในส่วนของการสาธารณสุขจะทำให้อายุเฉลี่ยของคนไทยสูงขึ้นเป็น 80 ปี ควบคู่กับการลดอัตราเพิ่มของการเจ็บป่วยด้วยโรคป้องกันได้ใน 5 อันดับแรก คือ หัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง และหลอดเลือดสมองและนำไปสู่การเพิ่มผลิตภาพแรงงาน และลดรายจ่ายด้านสุขภาพของบุคคลลงในระยะยาว แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 มุ่งเน้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและสุขภาพจิต ในส่วนของโรคมะเร็งมีความพยายามที่จะลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งให้เหลือ 40 ราย ต่อประชากร 100 000 คนต่อไป สำหรับมะเร็งปากมดลูกจะลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยกว่า 3.5 รายต่อประชากร 100 000 คน และลดอัตราการตายจากมะเร็งเต้านมให้เหลือน้อยกว่า 4 ราย ต่อประชากร 100 000

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ2550-2554) ใช้หลักการของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 และที่ 10 มาสร้าง “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ในภาพรวมจะเน้นในด้านการเสริมสร้างคนให้มีภูมิคุ้มกันต่อความเป็นพลวัตของสังคมโลก ผลกระทบจากสิ่งแวดล้อม ระบบนิเวศวิทยาที่แปรปรวน และเข้าถึงความสำคัญของการใช้ธรรมาภิบาลมาบริหารจัดการ ในส่วนของแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ จะให้ความสำคัญกับโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ได้แก่ โรคเอดส์ ซาร์ส ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ รวมทั้งโรคที่เกิดจากพฤติกรรม ซึ่งจะรวมถึงโรคมะเร็งด้วย แต่ไม่มีการระบุ และให้ความสำคัญอย่างชัดเจนเหมือนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8

นโยบายในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมปรากฏอยู่ในแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ⁽¹⁾ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพัฒนาศาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) มีการตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ประกอบด้วยกรรมการ 19 ท่าน มีนายกรัฐมนตรี เป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ปลัดกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้อำนวยการสำนักงานประมาณ นายกสมาคม โรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ อธิบดีกรมการแพทย์ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นเลขานุการ มีคณะกรรมการ 6 คณะ มีกรรมการ 170 ท่าน เป็นนักวิชาการจากคณะแพทยศาสตร์ต่างๆ จากกรมการแพทย์ ประธานมูลนิธิพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รองอธิบดีกรมการแพทย์ และมีคณะกรรมการวิชาการสาธารณสุข 19 ท่าน จากรัฐสภา องค์ประกอบในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ และหน้าที่โดยย่อ

คณะกรรมการ 6 คณะ ได้แก่

1. คณะกรรมการสารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)*

- 1.1 แผนการจัดทำทะเบียนมะเร็ง
- 1.2 แผนการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลมะเร็งแห่งชาติ
- 1.3 แผนงานวางระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์
- 1.4 แผนงานเผยแพร่ข้อมูลมะเร็ง

* ทั้งหมดรับผิดชอบโดยศูนย์สารสนเทศโรคมะเร็งแห่งชาติ

2. คณะกรรมการด้านการป้องกันโรคมะเร็ง (Primary prevention)

- 2.1 แผนงานควบคุมโรคไวรัสตับอักเสบบี
- 2.2 แผนงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ
- 2.3 แผนการควบคุมการบริโภคยาสูบ
- 2.4 แผนงานการให้การศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

3. คณะกรรมการด้านการตรวจโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Secondary prevention)

3.1 แผนงานการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

- 3.1.1 แผนงานเรื่องที่ 1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ Pap smears
- 3.1.2 แผนงานเรื่องที่ 2. การอ่านและรายงานผล Pap smears
- 3.1.3 แผนงานเรื่องที่ 3. การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะเริ่มแรก
- 3.1.4 แผนงานเรื่องที่ 4. การประเมินผลและควบคุมการดำเนินงานตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก

3.2 แผนงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเต้านม

3.3 แผนงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งช่องปาก

4. คณะกรรมการด้านการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Tertiary prevention-Treatment)

- 4.1 พัฒนาระบบรูปแบบ และมาตรฐานการบริการรักษาโรคมะเร็งที่รักษาหาย และพบบ่อย
 - โครงการจัดทำมาตรฐานการรักษามะเร็งที่รักษาได้ และพบบ่อยในหมู่ประชากรไทย
 - โครงการรักษามะเร็งที่พบบ่อยในหมู่ประชากรไทย กลุ่มที่รักษาไม่หาย แต่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายแข็งแรงดี

- 4.2 พัฒนารูปแบบและเพิ่มประสิทธิภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการจัดทำระบบส่งต่อ เพื่อการรักษา สำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งทั่วประเทศ
 - โครงการพัฒนาระบบเครือข่าย และการส่งต่อโรคมะเร็ง
 - 4.3 พัฒนาศูนย์ และเทคนิคการตรวจรักษาโรคมะเร็งให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ตามรูปแบบการรักษาที่กำหนดไว้
 - โครงการผลิตและพัฒนากำลังบุคลากรทางการแพทย์โรคมะเร็ง
 - 4.4 จัดทำคลังข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทางวิชาการ ข้อมูลของยารักษาโรคมะเร็ง ยาเสพติด อาการข้างเคียงของยา รักษาโรคมะเร็ง รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆที่ใช้ในการรักษาด้านรังสีรักษา และศัลยกรรม โดยมีเครือข่ายติดต่อได้ทั่วประเทศ
 - โครงการจัดทำมาตรฐานข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์และยารักษาโรคมะเร็ง
 - 4.5 จัดให้มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับคณะอนุกรรมการ และคณะทำงานชุดต่างๆ ของ คณะกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ เพื่อให้แผนการเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้อง และ สมบูรณ์เท่าที่จะทำได้
 5. คณะกรรมการด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Tertiary prevention-Palliative care)
 - 5.1 แผนงานจัดหายาแก้ปวด
 - 5.2 แผนงานพัฒนาศูนย์
 - 5.3 แผนงานจัดตั้งคลินิกพิเศษ
 - 5.4 แผนงานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน Hospice และระบบส่งต่อ
 6. คณะกรรมการด้านการวิจัยเพื่อการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง (Cancer control research)*
 - 6.1 การวิจัยพื้นฐาน
 - 6.1.1 การวิจัยชีววิทยาทางการแพทย์
 - 6.1.2 การวิจัยด้านระบาดวิทยา
 - 6.1.3 การศึกษาทางสังคมจิตวิทยา
 - 6.2 การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี
 - 6.2.1 การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการป้องกันมะเร็งในระดับปฐมภูมิ
 - 6.2.2 การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการป้องกันมะเร็งในระดับทุติยภูมิ
 - 6.2.3 การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการป้องกันมะเร็งในระดับตติยภูมิ
 - 6.2.4 การวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการป้องกันมะเร็งในระบบประคับประคอง
 - 6.3 การวิจัยเชิงระบบ
- * เน้นมะเร็งท่อน้ำดีในตับ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งหลังโพรงจมูก
- วิจารณ์

1. แผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 มีเป้าหมายลด ปัญหาสาธารณสุขเกี่ยวกับโรคมะเร็ง คือลดอัตราการตายจากโรคมะเร็ง จาก 50.9 ต่อประชากร 100 000 คน ให้เหลือไม่เกิน 40 ต่อ ประชากร 100 000 คน ซึ่งไม่ประสบความสำเร็จเนื่องจาก อัตราการเจ็บป่วยต่อ 4

โรคมะเร็งหลัก (ตับ ปอด ปากมดลูก เต้านม) ยังคงเพิ่มขึ้นจาก 43.7 รายต่อประชากร 100 000 คนในปี พ.ศ. 2537 เป็น 56.8 รายต่อประชากร 100 000 คนในปี พ.ศ. 2541 ดังนั้นจึงยังคงเป้าหมายนี้ต่อไปในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 แต่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ไม่มีการระบุถึงเรื่องนี้

2. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 มีแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ โดยมีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ ที่ได้รับการแต่งตั้งตามมติคณะรัฐมนตรี โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน มีคณะกรรมการในด้านต่างๆ ที่มีจุดมุ่งหมายหลักที่จะควบคุมโรคมะเร็ง อาจกล่าวได้ว่าเป็นแผนงานที่ครอบคลุม ครอบคลุมสมบูรณ์ เน้นด้านการป้องกัน คัดกรอง รักษา การวิจัย และยังให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาแบบประคับ ประคอง อย่างไรก็ตามแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งนี้ ยังมีจุดอ่อนในเรื่องขาดระบบการประเมินผล ยกเว้นในเรื่องมะเร็งปากมดลูก
3. การควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม งานหลักจะอยู่ในความรับผิดชอบของ คณะกรรมการด้านการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก คือกำหนดอยู่ในแผนงานการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และแผนงานป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งเต้านม นอกจากนั้นจะอยู่ในส่วนของคณะกรรมการชุดอื่นๆ เช่น สารสนเทศ ป้องกัน รักษา ประคับประคอง และวิจัย
4. ในแผนการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก จะมีรายละเอียดในเรื่องสถานการณ์และแนวโน้ม เป้าหมาย ประชากรเป้าหมาย กลยุทธ์ กิจกรรมหลัก/งบประมาณ หน่วยงานที่รับผิดชอบ ครอบคลุม แต่ในส่วนของโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีรายละเอียดของงบประมาณ
5. กำหนดให้มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรก มะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1. เป็น มะเร็งที่รักษาให้หายได้ โดยการผ่าตัดเพียงวิธีการเดียว มะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ซึ่งโรคยังไม่กระจายไปต่อมน้ำเหลือง เป็นมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายได้ โดยวิธีการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา
6. กำหนด มาตรฐานงานรังสีรักษา ในการรักษาผู้ป่วยนอก ได้แก่ ขั้นตอนงาน จำนวนบุคลากรต่องานรังสีรักษา/หน่วยงาน สถานที่ และกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ (minimal requirement) ในเรื่องบุคลากร และเครื่องมือ
7. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกขององค์การอนามัยโลก แนะนำให้ตรวจหาโรคมะเร็งให้ได้ตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำการรักษาให้หายได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม ทำให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็ง และอัตราการตายจากโรคมะเร็งได้อย่างเป็นรูปธรรม การจะทำเช่นนี้ได้ต้องมีแผนการดำเนินการที่ชัดเจน มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ และสามารถวัดผลได้ จึงเป็นที่มาของ แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย
8. คณะกรรมการด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (มะเร็งปากมดลูก เต้านม ช่องปาก) มีผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัยเป็นที่ปรึกษา อนุกรรมการแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 36 ท่าน ได้แก่
 - ผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ผู้อำนวยการกองโรงพยาบาลภูมิภาค ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการกองวางแผนครอบครัว กรมอนามัย
 - ผู้อำนวยการศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง กรมการแพทย์
 - ผู้ทรงคุณวุฒิจากคณะแพทยศาสตร์ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกรุงเทพฯ

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

การตั้งคณะกรรมการไม่ครอบคลุม ไม่บอกที่มาที่ไปว่ามีหลักการอย่างไร ในการเลือกกรรมการ ที่สำคัญไม่มีภาคประชาชนได้มีส่วนร่วมในคณะกรรมการนี้

สรุป นโยบายเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทย ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 แต่การดำเนินการเพื่อลดอุบัติการณ์ของมะเร็งยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงมีการระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมฉบับที่ 9 แต่ไม่มีกล่าวถึงอย่างชัดเจนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 10 อาจเป็นเพราะมีโรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ ซึ่งมีผลกระทบต่อสังคม และส่วนรวมมากกว่า จึงทำให้ความสำคัญของโรคมะเร็งลดลง การจัดการโรคมะเร็งทั้ง 2 ชนิดในประเทศไทยจึงยังคงยึดถือนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 ตลอดมา ซึ่งเป็นนโยบายที่ยึดหลักการขององค์การอนามัยโลกเป็นบรรทัดฐาน โดยงานหลักอยู่ที่คณะกรรมการด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ซึ่งองค์ประกอบของคณะกรรมการชุดนี้ไม่ครอบคลุมคือขาดส่วนของภาคประชาชน ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญในการคัดกรองมะเร็งไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

การดำเนินการเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในประเทศไทย

1. การดำเนินการเพื่อจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมตามที่ระบุไว้ในแผนพัฒนา

สาธารณสุขแห่งชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 จะอยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการด้านการตรวจหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก ที่มีผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นประธาน อธิบดีกรมการแพทย์ อธิบดีกรมอนามัยเป็นที่ปรึกษา และมีอนุกรรมการซึ่งได้กล่าวมาแล้วในตอนต้น เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของอนุกรรมการ ถึงแม้จะมีความซ้ำซ้อนกันบ้าง แต่ก็มีความครอบคลุมหากพิจารณาในแง่มุมมองของความรับผิดชอบในการบริการ แต่ดังได้กล่าวในตอนต้นว่า ไม่มีภาคของตัวแทนผู้รับบริการในคณะกรรมการชุดนี้ หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่องนี้ดูเหมือนจะตกอยู่กับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ

2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขก็ได้แสดงความพยายามในการจัดการควบคุมโรคมะเร็งทั้ง 2 ชนิด ดังต่อไปนี้

2.1 เิงนโยบาย

คือ ผลักดัน ให้การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ได้บรรจุอยู่ในแผนงานสร้างสุขภาพ เป็น 2 ใน 14 นโยบายหลักที่ต้องมีการติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติราชการ ตามแบบตรวจติดตาม และประเมินผล ตามแผนการตรวจราชการตามกรณีปกติ ประจำปี 2546 ของสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾

2.2 ภาคปฏิบัติ

คือกำหนดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการการควบคุมมะเร็งปากมดลูก กระจายไปในเขตการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ โดยมีวัตถุประสงค์

- ให้ผู้บริหาร และนักวิชาการที่เกี่ยวข้อง รับทราบนโยบาย และแนวทางการดำเนินการตามแผนป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จากผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข
- ฟ้นฟูวิชาการ บุคลากรทุกระดับให้มีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก ทำ Pap smears และเข้าใจในระบบบการรายงานผลแบบ Bethesda

- พื้นฟูวิชาการบุคลากรทางสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัย และการรักษา อย่างครบวงจร เช่น การทำ Colposcope
- ให้นุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความรู้เรื่องการทำทะเบียนโรคมะเร็งระดับประชากร และการใช้โปรแกรม CanReg 4

- ให้มีระบบรายงานผล และระบบส่งต่ออย่างถูกต้อง และเป็นรูปธรรม และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ
 - ให้มีระบบการประเมินผล การดำเนินงานของโครงการแผนป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก
- ในส่วนของมะเร็งเต้านมก็มีการปฏิบัติในทำนองที่คล้ายคลึงกัน คือเริ่มจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ เน้นให้ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยการคลำด้วยตนเอง และหริอบุคลากรทางสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรม

การประชุมเชิงปฏิบัติการ และการดำเนินการตามนโยบายดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อ 2.1 นำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ระดับอำเภอ ในส่วนของงานส่งเสริมสุขภาพและรักษาพยาบาล มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ซึ่งยุทธศาสตร์ส่วนใหญ่จะคล้ายคลึงกัน ดังตัวอย่างเช่น ⁽⁴⁾

ยุทธศาสตร์ที่ 1

1. ให้ความรู้แก่ประชาชน
2. ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมทั้งในและนอกสถานบริการ

ยุทธศาสตร์ที่ 2

1. ตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหญิงทุกคน
2. จัดตั้งศูนย์ประสานงานโรคมะเร็งระดับอำเภอและระดับจังหวัด
3. จัดทำเกณฑ์มาตรฐานของวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน
4. จัดตั้งทีมสนับสนุนการบริการเคลื่อนที่
5. จัดตั้งคลินิกบริการตรวจเต้านมและมีการใช้คู่มือ
6. อบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การฟื้นฟูความรู้และเทคนิคที่ถูกต้องในการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม”
7. ศึกษา วิจัยประเมินผลการดำเนินงาน และ Rapid survey
8. นิเทศ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

แผนงาน/โครงการตามแผนยุทธศาสตร์คือ

1. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “การฟื้นฟูความรู้และเทคนิคที่ถูกต้องในการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม” แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ รพช. สสอ.และสอ.
2. โครงการอบรมการใช้โปรแกรม เรื่อง การทำทะเบียนมะเร็งและการลงข้อมูลตรวจมะเร็งปากมดลูก แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการจัดทำข้อมูลมะเร็ง รพช./รพท./รพช. และสสอ.
3. โครงการอบรมภรรยาผู้ใหญ่วัย (แกนนำชุมชน) ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทุกพื้นที่ 100 %
4. โครงการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม เป้าหมาย 10 อำเภอ ตั้งเป้าหมาย 3,000 ราย
5. สนับสนุนเอกสาร สื่อ สิ่งพิมพ์ต่างๆ (โปสเตอร์, VDO, CD แผ่นพับ ฯลฯ) เรื่องมะเร็ง

ปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งอื่น ๆ ให้แก่สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (รพศ./รพท./รพช./สสอ./สอ.)

6. จัดส่งคู่มือการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายทุกอำเภอ
7. กำหนดให้ทุกสถานบริการสาธารณสุข สอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกคน (รพศ./รพท./รพช./สสอ./สอ.)
8. กำหนดให้สถานบริการทุกแห่งทำแผนดำเนินงานต่อเนื่องในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมที่ชัดเจน

9. จังหวัดสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์การทำ Pap smear แก่สถานอนามัยทุกแห่ง

ผลการปฏิบัติงาน จะรายงานเป็น

- ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35,40,45,50,55,60 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายทั่วไปอายุ 17-74 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะลุกลาม
- ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35-60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม
- ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่ตรวจพบความผิดปกติของเต้านม
- ร้อยละของสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และเป็นมะเร็งเต้านม

2.3 โครงการตัวอย่าง (demonstration project) ⁽⁵⁾

ดำเนินการที่จังหวัดนครพนมเป็นโครงการ 5 ปี ที่มีผลดำเนินการประสบความสำเร็จ สามารถตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็งในสตรีกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก และสามารถประสานงานระหว่างหน่วยต่างๆ ให้สตรีเหล่านี้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม จากความสำเร็จดังกล่าวจึงนำไปสู่การดำเนินการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในรูปแบบของจังหวัดนครพนมในจังหวัดอื่นๆของประเทศ ตามความพร้อม และศักยภาพที่มีอยู่ ประเด็นสำคัญของการดำเนินการดังกล่าวคือ กำหนดเป้าประสงค์ให้ลดอัตราการตาย และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกลงอย่างน้อย 50% ในระยะเวลา 5 ปี ในจังหวัดที่มีการดำเนินงาน กำหนดกลุ่มเป้าหมายคือ “ สตรีปกติอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ทุกคน และสตรีที่มีอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคน ได้รับการตรวจ Pap smears และมีการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีระบบส่งต่ออย่างครบวงจร” และกำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการประเมินผลได้แก่

- จำนวนสตรีที่มารับการตรวจ pap smears ในกลุ่มเป้าหมาย
- จำนวนที่ได้ผล Positive
- จำนวนที่ได้รับการส่งต่อ เพื่อการตรวจวินิจฉัย และการรักษา
- จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ Carcinoma in situ และระยะก่อนเป็นมะเร็ง
- อัตราการเกิด และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

2.4 การสนับสนุนในด้านทรัพยากรต่างๆ⁽⁶⁾

สถาบันมะเร็งแห่งชาติสนับสนุนในสิ่งต่อไปนี้

- หนังสือ แผนการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย
- วิทยากร ได้แก่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ เพื่อให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการในทุกขั้นตอน

- PapReg Program และคู่มือการใช้ เพื่อการติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานโครงการ ตามตัวชี้วัด ของแบบตรวจติดตาม และประเมินผล ของสำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข
- CanReg 4 Program และคู่มือการใช้ สำหรับการทำทะเบียนมะเร็งระดับประชากร เพื่อเป็นตัวชี้วัด ผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ
- สื่อ เอกสาร สิ่งพิมพ์ แผ่นพับ

2.4 โครงการวิจัยเรื่อง “Safety, Acceptability, and Feasibility of a Single Visit Approach to Cervical Cancer Prevention in Rural Thailand: a demonstration project” ⁽⁷⁾

เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2543 โดยราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย และ Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยขอนแก่น 2543 มีแนวคิดว่าการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจำเป็นต้องใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ทำได้ง่าย สะดวก และเป็นที่ยอมรับของสตรี วิธีการที่สอดคล้องกับหลักการดังกล่าวคือการใช้ น้ำส้มสายชูป้ายที่ปากมดลูก (**Visual Inspection with Acetic Acid-VIA**) เมื่อพบความผิดปกติคือ เป็นปื้นขาว และมีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ก็จะรักษาด้วยการจี้เย็นทันที ทำให้สามารถดูแลสตรีที่มาตรวจคัดกรองภายในครั้งเดียว (**Single Visit Approach-SVA**) ในรายที่รอยปื้นขาวนั้นไม่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ก็จะส่งต่อไปพบแพทย์ เพื่อส่องกล้องตรวจปากมดลูก (colposcopy) อย่างละเอียด เมื่อพบความผิดปกติ จะให้การรักษาโดยการจี้เย็น (cryotherapy) พยาบาลผู้ได้รับการอบรม และฝึกฝนอย่างเป็นระบบเป็นผู้ให้บริการ และมีการควบคุมคุณภาพเป็นอย่างดี การวิจัยในลักษณะโครงการตัวอย่างนี้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ในแง่ของความปลอดภัย ขอมรับความเป็นไปได้ และประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรอง จึงเป็นที่รู้จักโดยทั่วไปในชื่อของ **SAFE (Safe, Acceptability, Feasibility, Effectiveness) Project** ทำให้งานวิจัยดังกล่าวได้รับการยอมรับว่า น่าจะเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกเหนือจาก Pap smears โดยเฉพาะในท้องที่ที่ยังไม่สามารถให้การบริการ Pap smears ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ **กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงนำวิธี VIA นี้มาใช้ในหลายจังหวัดของประเทศไทย**

2.5 Dual-Track Screening ⁽⁸⁾

เป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกเริ่มในปี พ.ศ. 2547 โดยยังคงเป้าหมายเดิมในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี แต่กำหนดให้ใช้วิธีการตรวจคัดกรอง 2 วิธี ร่วมกันไป คือ Pap smears และ VIA ตามด้วยจี้เย็น (VIA-cryotherapy) เรียกว่า Dual-Track strategy ในกลุ่มสตรีเป้าหมายอายุระหว่าง 30-60 ปี ระยะของการคัดกรองคือทุก 5 ปี ทั้ง 2 วิธี โดยที่ Pap smears จะเริ่มจากอายุ 35-60 ปี แต่ VIA-cryotherapy จะจำกัดอยู่ในช่วงอายุ 30-45 ปี นอกจากนั้นยังกำหนดให้มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพในการวินิจฉัย และการรักษา จำนวนประชากรสตรีเป้าหมายในโครงการนี้คือ 14.4 ล้านคน หากกำหนดความครอบคลุมที่ร้อยละ 80 จะเป็นจำนวนประชากรสตรี 11.5 ล้านคน การคัดกรองทั้ง 2 วิธีมีกลยุทธ์ในการค้นหา เชื้อชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย และมีระบบการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน การเปรียบเทียบการตรวจคัดกรองทั้ง 2 วิธีดังแสดงไว้ในรูปภาพที่ 1.(9)อนึ่งเนื่องจากเป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจาก สปสช จึงมีการจ่ายค่าตอบแทนผู้ให้บริการที่มีส่วนในการตรวจคัดกรองดังกล่าวครบวงจร



Cervical Cancer Screening Program Thailand (Dual-Track Strategy) 2005 - 2009



Target Population (age 30-60 years)
Coverage: 80% in five years

14.4 million
11.5 million

Organized by
Dept. of Med Services Dept. of Health

Screening tests	Pap smear	VIA-cryotherapy
Screening Interval	5 years	5 years
Target (age) Group	35-60 years; at age 35, 40, 45, 50, 55, and 60 years	30-45 years
Goal (2005) (2006)	600,000 women 800,000 women	100,000 women 100,000 women
Recruitment Strategy	Yes	Yes
Data Collection (Program)	Pap registry	CPIS

AOGIN 2006

2.6 การพัฒนาความสามารถของสูติ-นรีแพทย์ในการทำ colposcope

สถาบันมะเร็งแห่งชาติร่วมกับสมาคมมะเร็งนรีเวชแห่งประเทศไทยจัดการฝึกอบรมระยะสั้นภายในเวลา 3-5 วัน เกี่ยวกับการทำ colposcopy ให้แก่สูติ-นรีแพทย์ตามภาคต่างๆทั่วประเทศ ในอดีตการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) เป็นขั้นตอนที่ใช้ในการวินิจฉัยสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ แต่ในปัจจุบัน การผ่าตัดลักษณะดังกล่าวทำน้อยลงมาก เนื่องจากการทำ colposcopy มาช่วยในการค้นหารอยโรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ไม่ว่าจะเป็นวิธี Pap smears หรือ VIA การทำ conization เพื่อการวินิจฉัยในปัจจุบันจึงลดลงมาก แต่เปลี่ยนมาเป็นการรักษารอยโรคก่อนระยะลุกลาม (cervical intraepithelial neoplasia-CIN) แทน หลักสูตรการฝึกอบรมสูติ-นรีแพทย์จัดระดับการทำหัตถการ colposcopy เป็นการทำได้ภายใต้การควบคุม (ระดับ 3) และกำหนดให้การทำผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (conization) เป็นหัตถการที่ต้องทำได้ ดังนั้นสูติ-นรีแพทย์ทั่วไปจึงไม่อาจทำ colposcopy ด้วยความมั่นใจนัก กอปรกับการทำ colposcopy ต้องอาศัยทักษะ ความชำนาญที่เกิดจากการทำอย่างสม่ำเสมอ และมีการตรวจสอบความแม่นยำด้วยผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา จึงทำให้เกิดอุปสรรคในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ การฝึกอบรม colposcopy หวังว่าจะสามารถเพิ่มศักยภาพแก่สูติ-นรีแพทย์ในการดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้มากยิ่งขึ้น

2.7 การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพในเรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁰⁾ ดำเนินการโครงการ

ประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) เป็นหน่วยงานวิจัย ซึ่งอยู่ภายใต้สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการวิจัยในช่วงปี 2550-2551 เพื่อหาวิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ คุ่มค่า และ

กลุ่มทุน เหมาะสมกับประเทศไทย ตลอดจนการประเมินความคุ้มค่า กลุ่มทุนของการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิโดยใช้วัคซีน HPV คำตอบที่ได้นำไปใช้ในการกำหนดนโยบายการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

2.8 การพัฒนาการควบคุมมะเร็งในระดับตติยภูมิ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 25008 มีหน้าที่หลักในการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง และเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ศูนย์มะเร็งในส่วนภูมิภาคอีก 6 แห่ง ซึ่งจัดตั้งขึ้นใน พ.ศ. 25008 ที่จังหวัด ลพบุรี ชลบุรี อุบลราชธานี อุตรธานี สุราษฎร์ธานี และลำปาง ศูนย์มะเร็งระดับดังกล่าวจะดูแลรักษาโรคมะเร็งที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ในภาคต่างๆ ที่ศูนย์มะเร็งตั้งอยู่ ศูนย์มะเร็งส่วนใหญ่จะมีศักยภาพที่จะให้การดูแลรักษาสตรีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านมผิดปกติ ให้การรักษาทั้งการผ่าตัด ฉายแสง และยาเคมีบำบัด แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งทั้ง 2 ชนิดในแต่ละแห่งมักกำหนดไว้คล้ายคลึงกันดังตัวอย่างภารกิจของศูนย์มะเร็งอุตรธานีต่อไปนี้⁽¹¹⁾

แผนการดำเนินงานการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกศูนย์มะเร็งอุตรธานี

แผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549)

เป้าหมาย: พัฒนาคุณภาพคน โดยอัตราการเจ็บป่วย ด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุ

1. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งเต้านมลงให้น้อยลงกว่า 4.0 ราย ต่อประชากร 100 000 คน

2. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งมะเร็งปากมดลูกลงให้น้อยลงกว่า 3.5 ราย ต่อประชากร 100 000 คน

ศูนย์มะเร็งอุตรธานี พื้นที่รับผิดชอบ เขต 5-7 ประชากรประมาณ 9 ล้านคน หญิงประมาณ 4.5 ล้าน คน มี รพศ/รพท 9 แห่ง รพมข 1 แห่ง ศูนย์มะเร็ง 1 แห่ง รพช 114 แห่ง สอ 1409 แห่ง

ภารกิจที่รับผิดชอบ

1. จัดทำทะเบียนมะเร็ง และศึกษาระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในภูมิภาคให้ครบถ้วน ถูกต้อง ครอบคลุมทั้งพื้นที่ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อใช้ในการวางแผน ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง
2. ส่งเสริม และตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก
3. ให้การตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา ติดตาม และฟื้นฟู สภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็ง
4. ศึกษา ค้นคว้าวิจัย เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่พบบ่อย และเป็นปัญหาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
5. ให้สุศึกษา และความรู้เรื่องโรคมะเร็งแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ
6. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค เพื่อการวางแผนป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง
7. ส่งเสริมและพัฒนาวิชาการด้านการแพทย์โรคมะเร็งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

แผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน	รายละเอียด
1. พัฒนาระบบข้อมูลทะเบียนมะเร็ง	วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งในพื้นที่ให้ครบถ้วน และถูกต้อง สามารถใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในทุกๆระดับ โดยการจัดทำทะเบียนมะเร็งให้

	ครอบคลุมทั้งพื้นที่เป้าหมาย - Hospital-based Cancer Registry - Population-based Cancer Registry กิจกรรม โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำทะเบียนมะเร็ง ตะวันออกเฉียงเหนือ
2. พัฒนาการให้ความรู้/ สุนศึกษาแก่ประชาชน	วัตถุประสงค์ ให้ประชาชนมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก มีความตื่นตัวเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเอง และสามารถเข้าถึงบริการได้เมื่อต้องการ เป้าหมาย เป้าหมาย ป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง โดย 1. ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมาเป็นพฤติกรรมสุขภาพ 2. เห็นความสำคัญของการตรวจ Pap smears กิจกรรม รณรงค์ให้สุศึกษา และความรู้เรื่องโรคมะเร็ง
พัฒนาคุณภาพบุคลากร	วัตถุประสงค์ เพิ่มศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุขในพื้นที่เป้าหมาย ให้มีความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาโรคมะเร็งตามโครงการมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม กิจกรรม ฝึกอบรม/ฟื้นฟู วิชาการ ด้านโรคมะเร็งแก่บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ เช่น - การทำ pap smears - การทำทะเบียนมะเร็ง - การสอนสุศึกษาด้านโรคมะเร็งแก่ประชาชน - การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
พัฒนาระบบบริการ	วัตถุประสงค์ ให้มีการประสานความร่วมมือของหน่วยบริการ ในการให้บริการรักษาโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

	เป้าหมาย 1. ระบบบริการที่มีมาตรฐานในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็ง 2. ระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีมาตรฐาน กิจกรรม 1. คณะกรรมการประสานงาน/ ติดตาม/ ประเมินผลโรคมะเร็งเขต 2. จัดทำคู่มือสนับสนุนการบริการเช่น Pap smears/BSE/cytology
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	วัตถุประสงค์ เพื่อให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเน้นทางจริยธรรม และมนุษยธรรม เป้าหมาย 1. พัฒนาด้านความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย แบบประคับประคอง 2. พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย โดยจัดตั้ง Palliative care ในแต่ละโรงพยาบาล กิจกรรม 1. ให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 2. จัดตั้ง Palliative care unit ในแต่ละโรงพยาบาล 3. ให้มีบริการ Hospice และ Home Care

การศึกษาในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 ของกลุ่มนักวิชาการ **Thai Gynecologic Oncology Collaborative Group-TGOC** ⁽¹²⁾ ได้รวมตัวกันเพื่อศึกษาระบาดวิทยาและผลการรักษามะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของประเทศไทย ใน 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนและหลัง การปฏิรูประบบประกันสุขภาพแห่งชาติ (พ.ศ. 2543, 2549) ผลการศึกษาพบว่า ถึงแม้จะมีความแตกต่างในการให้บริการในกลุ่มสถาบัน/สถานพยาบาล แต่**ผลการตอบสนองต่อการรักษาที่สูง เช่นเดียวกับอัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี** นอกจากนั้นการศึกษา Phase II ของ TGOC ในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และศูนย์มะเร็งในประเทศไทย พบว่าคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจ ค่ารักษาพยาบาลตลอดช่วงชีวิต ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (lifetime treatment cost) จะสูงที่สุดในผู้ป่วยระยะที่ III ตามด้วยระยะที่ IV, ระยะที่ II และ ระยะที่ I ตามลำดับ

2.9 **ส่งเสริมและพัฒนาการดูแลรักษาแบบประคับประคอง** ⁽¹³⁾

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) อย่างไรก็ดีตามในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา การดูแลรักษาแบบประคับประคองได้รับความเอาใจใส่มากขึ้น

จากสถาบันฝึกอบรมทางการแพทย์ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ และศูนย์มะเร็งในภูมิภาค ทั้งในรูปแบบการให้บริการที่โรงพยาบาล หรือให้บริการที่บ้าน หรือสถานสงเคราะห์ (hospice)

2.10 การพัฒนาทะเบียนมะเร็ง

การทำทะเบียนมะเร็งแบบ Population-Based Cancer Registry เพื่อ

- เป็นตัวชี้วัดปัญหาโรคมะเร็งของชุมชน
- ดูแนวโน้มของอุบัติการณ์ และอัตราการรอดของโรคมะเร็งในชุมชน
- ใช้ในการติดตามผล และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง
- ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคในประชากรที่มีความหลากหลาย
- นำข้อมูลมาวิจัย วิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง (potential risk factors) และนำมาใช้ดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง

ทะเบียนมะเร็งในประเทศเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2535 ในช่วง 3 ปีแรกมีการทำทะเบียนมะเร็ง 5 แห่งคือ เชียงใหม่ ลำปาง ขอนแก่น กรุงเทพฯ และสงขลา และขยายเพิ่มไปในอีกเป็น 8 จังหวัดในเวลาต่อมา

3. การสำรวจความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง

ในระหว่างปี พ.ศ. 2546-2547 มีการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่เรียกว่า Health Welfare Survey (HWS)⁽¹⁴⁾ และ The National Health Examination Survey (NHES) การสำรวจแรกทำในสตรีอายุอย่างน้อย 35 ปี จำนวน 4 ล้านคน พบว่าร้อยละ 37.7 ของสตรีเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง การสำรวจโดย NHES ทำในสตรีอายุระหว่าง 15-59 ปี พบว่าร้อยละ 54.5 เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประมาณร้อยละ 45 เคยได้รับการตรวจคัดกรองภายใน 5 ปี

ในปี พ.ศ. 2549 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำรวจความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองในสตรีอายุระหว่าง 35-59 ปี⁽¹⁵⁾ จำนวน 11.4 ล้านคน พบว่าร้อยละ 49.8 เคยตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 13.5 เคยตรวจเมื่อมากกว่า 5 ปีก่อน และร้อยละ 36.7 ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง โดยที่ภาคเหนือจะมีความครอบคลุมมากที่สุดคือร้อยละ 61.5 และกรุงเทพฯ น้อยที่สุดคือร้อยละ 35.5

สำหรับการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทยใช้วิธีที่เรียก Triple Touch Technique สอนให้สตรีอายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป ตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3 วัน หลังหมดรอบประจำ ถ้าพบความผิดปกติให้ไปตรวจกับบุคลากรทางสาธารณสุข การประเมินผลในช่วง พ.ศ. 2542 รายงานผลในปี 2543 ของ Reproductive Health Profile⁽¹⁶⁾ พบว่า สตรีอายุระหว่าง 15-44 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 43.9 สูงสุดในภาคใต้ (49.1) ตะวันออกเฉียงเหนือ (48.7) ภาคกลาง (38.9) ภาคเหนือ (36.0) ร้อยละ 21.7 ได้รับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่พบความผิดปกติ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (24.2) ภาคกลาง (22.2) ภาคเหนือ (19.2) ภาคใต้ (18.0) อนึ่งการตรวจคัดกรองโดย Mammography มีข้อจำกัดเนื่องจากต้องใช้เครื่องมือที่ไม่มีทั่วไป และการแปลผลต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญ

วิจารณ์

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติกำหนดบทบาทตนเองไว้ทั้งในด้านการป้องกัน และรักษา แต่การที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นหน่วยงานที่อยู่ในบังคับบัญชาของกรมการแพทย์ อาจทำให้เป็นข้อจำกัด หรือเป็นจุดอ่อนในการควบคุมมะเร็งทั้ง 2 ชนิดนี้ ซึ่งต้องเน้นเรื่องการคัดกรอง และการตรวจหาในระยะเริ่มแรกของโรค ศูนย์ป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งของกรมการแพทย์ตามภูมิภาคต่างๆจะระบุเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็ง

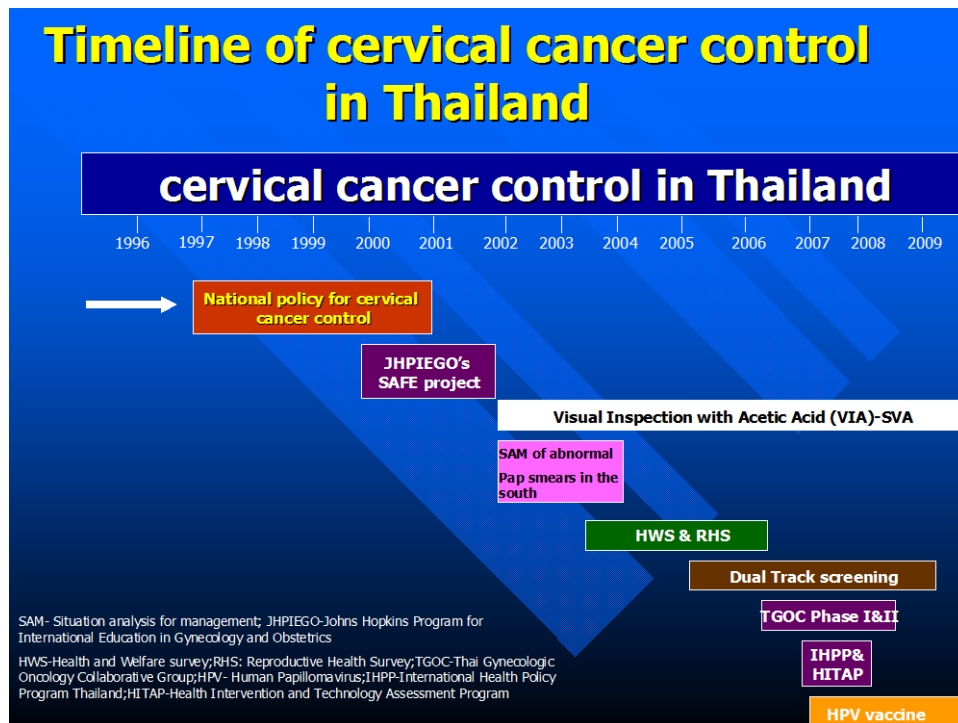
ไว้เป็นภารกิจหนึ่ง แต่งานหลักของกรมการแพทย์จะเน้นในเรื่องการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ภารกิจเรื่องการคัดกรองอาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

2. การดำเนินการป้องกันมะเร็งระดับทุติยภูมิในประเทศไทย โดยมีสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นผู้รับผิดชอบเป็นส่วนใหญ่ มีลักษณะแบบ top down คือการกำหนดแผน ตั้งการ ฝึกอบรม และประเมินผล ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ใช้มานาน แต่อาจไม่ประสบผลสำเร็จนักเมื่อนำมาใช้ในการคัดกรองมะเร็ง
3. การกำหนดให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งโดย Pap smears ทุก 5 ปี ในสตรีช่วงอายุระหว่าง 35-64 ปีมีแนวความคิดมาจากความรู้เรื่องธรรมชาติของโรคว่า มะเร็งปากมดลูกนั้นมีปฐมกำเนิดจากการติดเชื้อไวรัส HPV กระบวนการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หลังจากที่มีการติดเชื้อ HPV ชนิด high-risk types จะใช้เวลานานกว่า 10 ปี ในการทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม และเมื่อเปรียบเทียบระยะถี่ห่างของการตรวจคัดกรอง พบว่า ถ้าตรวจทุกปี อัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 92 แต่ถ้าตรวจทุก 5 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ การควบคุมมะเร็งปากมดลูกต้องเน้นความครอบคลุมเป็นหลัก และส่งเสริมให้มีความสะดวก และง่ายในการที่จะทำการวินิจฉัยโรค การรักษาโรคระยะเริ่มแรก และการตรวจติดตามผู้ป่วย ปัจจัยสำคัญของความสำเร็จประการหนึ่งคือ ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรอง ได้รับการตรวจ และการรายงานผลวินิจฉัย และการรักษาอย่างครบวงจร กระบวนการในเรื่องนี้มักไม่ปรากฏเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนในแผนงานระดับผู้ปฏิบัติ
4. ในระหว่างปี พ.ศ. 2545-2547 มีการศึกษาเรื่อง Situation analysis for management of abnormal Pap smears in the south of Thailand ⁽¹⁷⁾ ภายใต้การสนับสนุนของ Program Assessment for Technology of Health (PATH) ได้ข้อมูลว่า ทุกโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิใน 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างมีเครื่องมือ colposcope แต่มีเพียงโรงพยาบาลเดียวที่สามารถให้บริการมาตรฐาน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (referral system) ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ข้อมูลที่สำคัญจากการศึกษานี้คือการให้บริการ colposcopy แบบเป็นศูนย์กลาง (centralization) สามารถทำได้อย่างมีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพการทำ colposcopy แบบ กระจาย (decentralization) ตามแนวคิดของสถาบันมะเร็งน่าจะมีการทบทวนในเรื่องข้อดี ข้อเสีย และควรมีการประเมินผล
5. การนำผลการวิจัยมาใช้ในทางปฏิบัติการเป็นการเริ่มมิติใหม่ของการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย โครงการนำร่องของสถาบันมะเร็งแห่งชาติที่จังหวัดนครพนม และโครงการ SAFE ของราชวิทยาลัยสูติ-นรีเวชแห่งประเทศไทยร่วมกับ JHPIEGO ที่จังหวัดร้อยเอ็ด นำไปสู่นโยบายการคัดกรองแบบ dual tracks ซึ่งอาจจะถือได้ว่าเป็นผู้บุกเบิกการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยคำนึงถึงความคุ้มค่า คู่มีค่า พร้อมกับบูรณาการข้อเด่นของแต่ละวิธีคัดกรอง (Pap smears และ VIA) มาใช้ในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามต้องติดตามผลสัมฤทธิ์ของการคัดกรองแบบ dual tracks ว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกได้ตามเป้าประสงค์หรือไม่
6. การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการให้ค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดความตื่นตัว และมีผลงานปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากต้องมีการรายงานดัชนีชี้วัดอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้ประเมินผล อย่างไรก็ตามยังเป็นที่น่ากังวลว่า หากการคัดกรองมะเร็งถือเป็นงานที่ต้องมีค่าตอบแทนเป็นพิเศษ จะมีผลต่อความยั่งยืนของโครงการหรือไม่
7. HPV vaccine เป็นนวัตกรรมของทศวรรษนี้ในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกแบบปฐมภูมิ ปัจจัยเรื่อง

ราคาเป็นอุปสรรคสำคัญในการนำมาใช้ในโครงการขยายความครอบคลุมของการให้ภูมิคุ้มกันระดับประเทศ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) ของกระทรวงสาธารณสุข จะเป็นหน่วยงานสำคัญในอนาคตที่จะให้ข้อมูล ผ่านการศึกษาแบบสังเคราะห์ โดยเฉพาะมุมมองทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ก่อนจะทบทวนนโยบายควบคุมมะเร็งระดับชาติ

8. การให้บริการในระดับตติยภูมิของการควบคุมมะเร็งปากมดลูกและเต้านมในประเทศไทย จะอยู่ในความรับผิดชอบของ 2 ส่วนหลัก คือภาครัฐ และภาคเอกชน ภาครัฐได้แก่ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ศูนย์มะเร็งในภาคต่างๆ โรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์ ในมหาวิทยาลัยหลายแห่งทั่วประเทศ ผลการรักษาได้ผลเทียบเคียงกับการรักษาในประเทศที่เจริญแล้ว ภาคเอกชน มีการตั้งศูนย์มะเร็ง หรือโรงพยาบาลเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งขึ้น แต่ก็ จะให้บริการเจาะจงกลุ่มที่มีเศรษฐฐานะที่จะรับบริการได้ อย่างไรก็ตามถึงแม้การป้องกันระดับตติยภูมิจะเป็นส่วนหนึ่งในการควบคุมมะเร็ง แต่มิใช่เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากต้องใช้ต้นทุนในการให้บริการสูงมาก
9. การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ระบุไว้ในนโยบายการควบคุมมะเร็งแห่งชาติ แต่ค่อนข้างจะถูกละเลยในระบบการสาธารณสุข และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลด้านสุขภาพ ⁽¹⁴⁾ ในอนาคตการดูแลรักษาแบบประคับประคองจะได้รับการพัฒนาให้ดีขึ้น เนื่องจากความตื่นตัวในวงการแพทย์อันเป็นสากล แรงผลักดันจากองค์กรเอกชนที่ให้ความสนใจในเรื่องนี้ และประชาชนทั่วไปจะเริ่มตระหนักถึงสิทธิของการต้องได้รับการบริการทางการแพทย์ ของรัฐบาลในรูปแบบเช่นนี้
10. การสำรวจความครอบคลุมของการคัดกรอง ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมมะเร็ง กระทำไม่สม่ำเสมอ และการสำรวจกระทำโดยหน่วยงานที่ไม่ได้รับผิดชอบโดยตรงกับการควบคุมมะเร็ง ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่สามารถนำมาใช้ให้เห็นประโยชน์ได้อย่างชัดเจน

สรุป



การดำเนินการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยอาจสรุปได้ตามแผนภูมิที่ 1. มีการดำเนินการตามนโยบายการควบคุมมะเร็งแห่งชาติในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 แต่ประสบอุปสรรคเกี่ยวกับการบริหารจัดการ ทำให้ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าประสงค์ที่ต้องการได้ในเวลาที่กำหนด การเปลี่ยนแปลงสำคัญในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมาเป็นผลจากการศึกษาวิจัยหาวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมกับประเทศไทย การดูแลสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ ระบบปฏิรูประบบสาธารณสุขแห่งชาติ ทำให้เกิดหน่วยงานที่สนับสนุนการบริหารจัดการ เช่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) และ โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP) ที่สามารถให้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจในนโยบายระดับประเทศ

การดำเนินการควบคุมมะเร็งเต้านมในประเทศไทย มีการดำเนินการตามนโยบายการควบคุมมะเร็งแห่งชาติในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 เช่นเดียวกัน โดยควบคู่ไปกับการควบคุมมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่สามารถสรุปให้เห็นเป็นแผนภูมิได้ชัดเจน เนื่องจากวิธีการตรวจคัดกรอง ใช้วิธี Triple Touch technique ไม่มีผลการรายงานดังเช่น Pap smears การพัฒนาในองค์ความรู้แตกต่างจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพัฒนาไปถึงการป้องกันปฐมภูมิโดยใช้วัคซีน

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่	ชื่อ	ลักษณะ
1.	แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง แห่งชาติ ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เรือนแก้วการพิมพ์ พ.ศ. 2542 ISBN 974-7773- 73-2	หนังสือ
2.	การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง จากสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ โดยนายแพทย์ธีรฤดี กุหะเปรมะ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก” วันที่ 5-6 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ห้องประชุมแกรนด์รอยัล บอลรูม โรงแรมเจริญศรีแกรนด์รอยัล จังหวัด อุดรธานี
3.	การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ที่ สธ 0314/1358 ลงวันที่ 11 กรกฎาคม 2546 สถาบันมะเร็งแห่งชาติ	จดหมายเชิญจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ความเป็นมา ของโครงการ
4.	โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปาก มดลูก และเต้านม สาธารณสุขจังหวัด สุพรรณบุรี ปี พ.ศ. 2546	Website http://www.spo.moph.go.th/eva46/dprom46/prom.htm
5.	ปัญหาของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย แนวทางการดำเนินงานการป้องกัน และ ควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดย นายแพทย์ สมยศ ศิริศรี รองอธิบดีกรมการแพทย์	เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก” วันที่ 5-6 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ห้องประชุมแกรนด์รอยัล บอลรูม โรงแรมเจริญศรีแกรนด์รอยัล จังหวัด อุดรธานี
6.	การสนับสนุนการดำเนินงานโครงการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็ง จากสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ โดยนายแพทย์ธีรฤดี กุหะเปรมะ ผู้อำนวยการสถาบันมะเร็งแห่งชาติ	เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก” วันที่ 5-6 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ห้องประชุมแกรนด์รอยัล บอลรูม โรงแรมเจริญศรีแกรนด์รอยัล จังหวัด อุดรธานี
7.	The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOG)/JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group (JCCCPG). Safety, acceptability and feasibility of a single-visit approach to	วารสารวิชาการ

	cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003;361:814-20.	
8.	เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุลม ชีววุฒิ คูหะเปรมะ, สมยศ ดีรัศมี, บรรณาธิการ. แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัทไทเพรสจำกัด; 2548	หนังสือ
9.	Screening Strategies in Thailand Vasant Linasmita, MD, FACOG Division of Gynecologic Oncology Ramathibodi Hospital, Thailand	Power point นำเสนอในการประชุม AOGIN 2006 ที่ CEBU ประเทศฟิลิปปินส์
10.	Research for Development of an Optimal Policy Strategy for Prevention and control of Cervical Cancer in Thailand. Nonthaburi: The Graphico System Co.,Ltd.	หนังสือรายงานการวิจัย
11.	แผนการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ศูนย์มะเร็ง อุตรธานี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ โดย นายแพทย์สมนึก เตมียสสิด ผู้อำนวยการศูนย์มะเร็ง อุตรธานี	การนำเสนอ Power point ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก” วันที่ 5-6 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ห้องประชุมแกรนด์รอยัลบอลรูม โรงแรมเจริญศรีแกรนด์รอยัล จังหวัดอุตรธานี
12.	โครงการพัฒนาเครือข่ายวิจัยมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศ ระยะที่ 1 ระบาดวิทยา	รายงานการวิจัย
13.	การดูแลแบบประคับประคอง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปวด และการติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยนายแพทย์สถาพร ลีลานั้นทกิจ	การนำเสนอ Power point ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ การป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก” วันที่ 5-6 สิงหาคม พ.ศ. 2546 ณ ห้องประชุมแกรนด์รอยัลบอลรูม โรงแรมเจริญศรีแกรนด์รอยัล จังหวัดอุตรธานี
14.	National Statistical office. 2003. Report of 2003 Health and Welfare Survey. Bangkok. NSO, Ministry of Information and Communication Technology.	รายงานประจำปี
15.	การสำรวจความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง	รายงานการสำรวจ

	มะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2549ของสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
16.	Thailand Reproductive Health Profile 2003 Reproductive Health Division Department of health Ministry of Public Health THAILAND The World Health Organization ('WHO') Region Office For South-East Asia New Delhi ISBN 974-515-584-5	หนังสือ
17.	Chichareon SB, Tasee S, Wootpum V, Buhachart R, Harnprasertpong J. Situation analysis for management of abnormal Pap smears in the lower southern Thailand. Asian Pac J Cancer Prev 2005;6:286-94	วารสารวิชาการ

ศึกษาแหล่งข้อมูลในปัจจุบันที่สามารถนำมาใช้ประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และดำเนินงานได้ในประเทศไทย ทั้งด้านความเหมาะสมของวิธีการ ความเพียงพอของทรัพยากร ต้นทุนของการดำเนินงาน และผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน

ด้านทรัพยากร

ความต้องการสูตินรีแพทย์ในปัจจุบัน และในอนาคต⁽¹⁾

ได้ข้อมูลจาก 2 แหล่งคือ แพทยสภา และราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย ข้อมูลของแพทยสภา พบว่ามีแพทย์ 1 คนต่อประชากร 2080 พบการกระจายสูงสุด ที่กรุงเทพมหานครฯ คือ 1: 422 และ ต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ 1: 5 843 มีจำนวนสูตินรีแพทย์ ทั่วประเทศ 1 932 คน แยกเป็นชาย 1 322 และหญิง 610 คน มีอนุสาขาเวชศาสตร์มารดา และทารก 61 คน อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ 97 คน และอนุสาขามะเร็งนรีเวชวิทยา 80 คน การกระจายของแพทย์อนุสาขามะเร็งนรีเวชจำนวน 80 คน เป็นชาย 56 คน หญิง 24 คน 65 คนอยู่ในภาคกลาง และ กรุงเทพมหานครฯ 3 คน อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 7 คน อยู่ในภาคเหนือ และ 5 คนอยู่ในภาคใต้

ข้อมูลจากสถาบันฝึกอบรม ในการศึกษาความต้องการแพทย์เฉพาะทาง 2540-2545 ของกลุ่มสถาบันฝึกอบรมแพทย์เฉพาะทางแห่งประเทศไทย จำนวนสูตินรีแพทย์ มี 1 730 คน อัตราส่วนแพทย์ต่อประชากร พ.ศ. 2545 มี 1: 36 665 ความต้องการแพทย์ ต่อ ประชากรจากการคาดการณ์ คือ 1:30 000 คน สัดส่วนของเพศหญิงมีประมาณร้อยละ 50.6 ของประชากรทั้งหมด ดังนั้นประชากรหญิง 15 180 คน ต้องการสูตินรีแพทย์ 1 คน หรือประชากรหญิง 100 000 คนต้องการสูตินรีแพทย์ 6.6 คน เมื่อสิ้นปี 2547 ประเทศไทยจะมีประชากร 61 973 621 เมื่อหาร 30 000 เท่ากับ 2 066 คน ในปี 2548 ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย สำรวจความต้องการของสูตินรีแพทย์ พบว่าโรงพยาบาลชุมชนต้องการมากที่สุด จำนวนสูตินรีแพทย์ต่อประชากรแยกตามรายภาค พบว่าสูงสุดคือ ภาคกลาง รวมกรุงเทพมหานครฯ คือ 11.96 ต่อ ประชากรหญิง 100 000 คน แนวโน้มของสูตินรีแพทย์ดีขึ้นในทุกภาค แต่ก็ยังไม่ใกล้เคียงกับความต้องการ ยกเว้น กรุงเทพมหานครฯและปริมณฑล ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนใกล้เคียงกับความต้องการ เมื่อวิเคราะห์ในรายละเอียดพบว่ามี 11 จังหวัด ที่มีจำนวนใกล้เคียง หรือเพียงพอ จังหวัดที่ขาดแคลนมากที่สุดคือ จังหวัดศรีสะเกษ

สรุป ในปี พ.ศ. 2548 มีสูตินรีแพทย์ 1 989 คน ในปี 2558 คาดการณ์ว่าจะมีประชากรประมาณ 64.7 ล้านคน จึงต้องการสูตินรีแพทย์ เท่ากับ 2 157 คน เมื่อคิดค่า ร้อยละ 2 เสียชีวิต และเลิกประกอบอาชีพ เท่ากับ 43 คน รวมต้องการสูตินรีแพทย์ 2 200 คน จึงต้องผลิตเพิ่ม 211 คน ปัจจุบันสามารถผลิตได้โดยเฉลี่ย 75 คน จึงคิดว่าน่าจะพอเพียงในระยะ 3-4 ปี และการกระจายตัวของแพทย์ในต่างจังหวัด

ข้อมูลผู้ให้บริการ และเครื่องมือสำคัญ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชพ.ศ. 2548

ราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย⁽²⁾

ข้อมูลที่รวบรวมได้จากหลายแหล่ง เช่นสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ รายงานของหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข รายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รายงานของหน่วยงานบางแห่งที่ทำการรักษาผู้ป่วยเช่นศูนย์มะเร็งและโรงพยาบาลศูนย์ รายงานผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และอื่นๆอีกเป็นจำนวนมาก โดยข้อมูลที่นำเสนอแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มคือ

- ข้อมูลผู้ให้บริการ รวมถึงเครื่องมือสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งและที่เป็นมะเร็งแล้ว
- ข้อมูลผู้รับบริการ และ โรคมะเร็งนรีเวช
- ข้อมูลการเบิกจ่ายค่าดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวช

แพทย์ผู้ชำนาญด้านมะเร็งนรีเวช เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ ซึ่งในปัจจุบัน (มีนาคม 2548) ในประเทศไทยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวชที่ได้รับการรับรองจากราชวิทยาลัยสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยารวมทั้งสิ้น 110 ท่าน ในจำนวนนี้ได้รับการประกาศแต่งตั้ง 41 ท่าน เป็นผู้ทดสอบกรณีพิเศษ 26 ท่าน และ ได้รับการฝึกอบรมเป็นเวลา 2 ปี รวม 43 ท่าน เป็นเพศชาย 78 ท่าน เพศหญิง 32 ท่าน อายุเฉลี่ย 47.7 โดยมีอายุต่ำสุด 32 ปี และสูงสุด 73 ปี แพทย์ 13 ท่าน หรือร้อยละ 11.8 เกษียณและไม่ได้ทำงานด้านมะเร็งแล้ว แพทย์ 76 ท่านรับราชการ และแพทย์ 21 ท่าน ทำงานในภาคเอกชน แพทย์ทั้งหมดนี้อยู่ในกรุงเทพมหานคร 76 ท่าน รองลงมาคือจังหวัดที่มีโรงเรียนแพทย์อยู่ด้วย คือ เชียงใหม่ 10 ท่าน ขอนแก่นและสงขลา แห่งละ 4 ท่าน ชลบุรี 3 ท่าน ปทุมธานี 2 ท่าน และจังหวัดที่มีแพทย์มะเร็งนรีเวชจังหวัดละ 1 ท่าน ได้แก่ นครปฐม นนทบุรี นครนายก ลพบุรี ราชบุรี นครราชสีมา บุรีรัมย์ อุตรธานี พะเยา สุราษฎร์ธานี และนครศรีธรรมราช

สำหรับประเทศไทย ซึ่งมีเนื้อที่ 513,115 ตารางกิโลเมตร แบ่งเป็น 6 ภาค 76 จังหวัด มีประชากร (ปี 2546) 63,079,765 คน ในจำนวนนี้เป็นสตรี 31,824,415 คน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช 1 คนต่อประชากรสตรี 290,000 คน สำหรับแพทย์ด้านอื่น รวมทั้งบุคลากรสนับสนุนทางด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชนั้น ในประเทศไทยมีรังสีแพทย์ (ปี 2545) 101 ท่าน พยาธิแพทย์ (ปี 2547) 235 ท่าน พยาบาล (ปี 2544) 78,182 ท่านและ เจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 386 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 35 ศูนย์ เป็นของภาคเอกชน 6 ศูนย์ มีเครื่อง colposcope ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้วินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็งรวม (ปี 2546) 157 เครื่อง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการฉายแสง และใส่แร่เพื่อการรักษามะเร็ง โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกนั้น (ปี 2545) มีเครื่อง Cobolt 60 ทั้งหมด 26 เครื่อง มี Linear Accelerator (LINAC) 22 เครื่อง มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 7 เครื่อง high dose rate 18 เครื่อง

กรุงเทพและปริมณฑล รวม 6 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม สมุทรปราการ นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร ซึ่งมีพื้นที่ 7,697 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 9,815,354 คน เป็นสตรี 5,071,191 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 80 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช 1 คนต่อประชากรสตรี 63,000 คน มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 101 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 15 ศูนย์ เป็นของภาคเอกชน 5 ศูนย์ มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 60 เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 ทั้งหมด 10 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 1-26 ปี) มี LINAC 17 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 1-15ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 17ปี) high dose rate 11 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 1-20ปี) (ปี 2545)

ภาคกลาง 6 จังหวัด ได้แก่ ชัยนาท พระนครศรีอยุธยา ลพบุรี สระบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง มีพื้นที่ 16,419 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 3,008,118 คน เป็นสตรี 1,523,233 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 1 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช 1 คนต่อประชากรสตรี 1,523,000 คน มีเจ้าหน้าที่

วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 13 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 2 ศูนย์(ลพบุรี, สระบุรี) มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 13 เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 7ปี) มี LINAC 1 เครื่อง (จำนวนปีที่ใช้งาน 8ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 7ปี) ไม่มีเครื่อง high dose rate (ปี 2545)

ภาคตะวันออก 8 จังหวัด ได้แก่ จันทบุรี ชลบุรี นครนายก ระยอง ฉะเชิงเทรา ตราด ปราจีนบุรี สระแก้ว มีพื้นที่ 36,431 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 4,350,206 คน เป็นสตรี 2,178,885 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 4 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช **1 คนต่อประชากรสตรี 544,000 คน** มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 23 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 3 ศูนย์ (ชลบุรีx2, จันทบุรีx1) มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 9 เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 8ปี) มี LINAC 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 7ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด high dose rate 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 7ปี) ไม่มีเครื่อง low dose rate (ปี 2545)

ภาคตะวันตก 6 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สุพรรณบุรี มีพื้นที่ 43,102 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 3,657,970 คน เป็นสตรี 1,848,357 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 1 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช **1 คนต่อประชากรสตรี 1,848,000 คน** มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 45 ท่าน มีเครื่องcolposcope (ปี 2546) 12 เครื่อง **ไม่มีศูนย์มะเร็ง** และไม่มีเครื่องฉายแสงใด ๆ (ปี 2545)

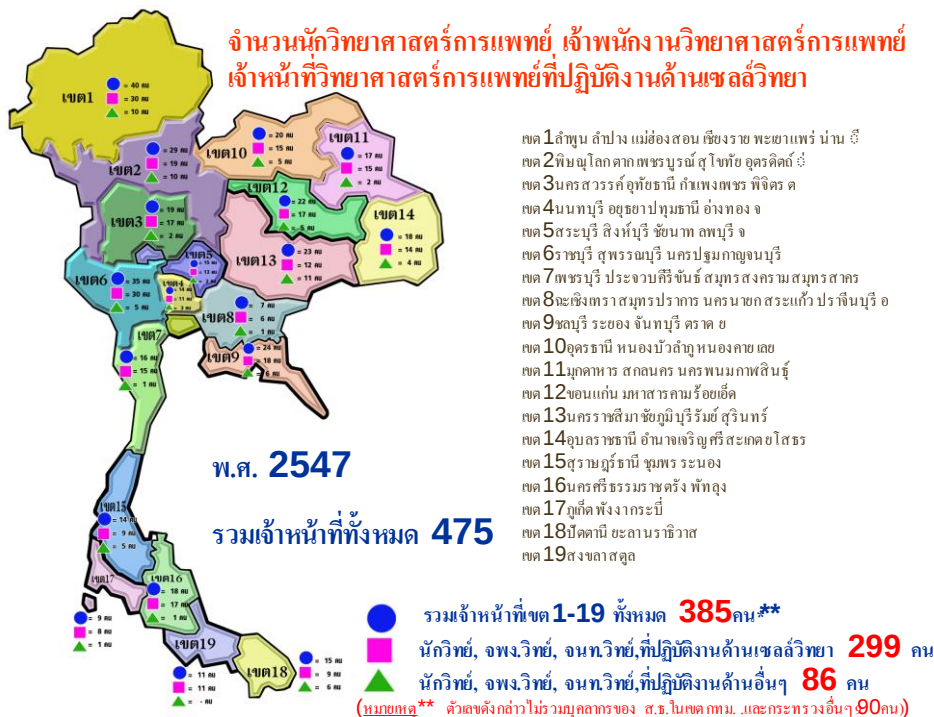
ภาคเหนือ 17 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก นครสวรรค์ น่าน พะเยา พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ แพร่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง ลำพูน สุโขทัย อุตรดิตถ์ อุทัยธานี มีพื้นที่ 169,815 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 12,008,571 คน เป็นสตรี 6,093,688 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 11 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช **1 คนต่อประชากรสตรี 553,000 คน** มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 66 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 5 ศูนย์(เชียงใหม่x1, ลำปางx2, พิษณุโลกx2) เป็นของเอกชน 1 ศูนย์ (พิษณุโลก) มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 22 เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 3 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งานunk- 7ปี) มี LINAC 4 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 1-6ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 7ปี) high dose rate 2 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน1-5ปี) (ปี 2545)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 19 จังหวัด ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา บุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์หนองคาย อำนาจเจริญ อุรธานี อุบลราชธานี หนองบัวลำภู มีพื้นที่ 168,815 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 21,659,698 คน เป็นสตรี 10,830,773 คน มีแพทย์มะเร็งนรีเวช 7 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งนรีเวช **1 คนต่อประชากรสตรี 1,547,000 คน** มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 82 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 7 ศูนย์(ขอนแก่น x2, นครราชสีมาx1, อุบลราชธานีx2, อุรธานีx2) มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 23เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 4 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 4-12ปี) มี LINAC 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 5ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 3 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 2-6ปี) high dose rate 2 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 5ปี) (ปี 2545)

ภาคใต้ 14 จังหวัด ได้แก่ กระบี่ ชุมพร ตรัง นครศรีธรรมราช นราธิวาส ปัตตานี พังงา พัทลุงภูเก็ต ยะลา
 ระนอง สงขลา สตูล สุราษฎร์ธานี มีพื้นที่ 70,810 ตารางกิโลเมตร มีประชากร (ปี 2546) 8,499,848 คน เป็น
 สตรี 4,278,288 คน มีแพทย์มะเร็งบริเวณ 6 ท่าน ดังนั้นจึงมีอัตราส่วนแพทย์มะเร็งบริเวณ 1 คนต่อประชากร
 สตรี 713,000 คน มีเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์ด้านเซลล์วิทยา (ปี 2547) 56 ท่าน มีศูนย์มะเร็งทั้งสิ้น 3 ศูนย์(สงขลา
 x1, สุราษฎร์ธานีx2) มีเครื่อง colposcope (ปี 2546) 18 เครื่อง มีเครื่อง Cobolt 60 3 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน
 4-26ปี) มี LINAC 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 10ปี) มีเครื่องใส่แร่ชนิด low dose rate 1 เครื่อง(จำนวนปีที่ใ้
 งาน 2ปี) high dose rate 2 เครื่อง(จำนวนปีที่ใช้งาน 3ปี) (ปี 2545)

ข้อมูลจากสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย ในการผลิต บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านเซลล์
 วิทยา รวมทั้งควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการด้านเซลล์วิทยา⁽³⁾

จำนวนนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่
 ปฏิบัติงานด้านเซลล์วิทยา ดังแสดงในภาพ



โครงการวิจัยเมธิอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์การคลัง และสาธารณสุข สถาบันวิจัย
 ระบบสาธารณสุข เรื่อง เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย การกระจาย การ
 ใช้ และการเข้าถึงบริการ⁽⁴⁾

วัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การกระจายของเครื่องมือแพทย์ทั้ง 4 ชนิด ซึ่งหนึ่งในจำนวนนั้นคือเครื่องตรวจ mammography ประเภทของสถานพยาบาล คือภาครัฐ และภาคเอกชน ในกรุงเทพมหานครฯ และต่างจังหวัด การใช้ประโยชน์จากเครื่อง และการเข้าถึงบริการการตรวจ ประสิทธิภาพการใช้เครื่องมือ และความเสมอภาคการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาเน้นเฉพาะ เครื่อง mammography พบว่า ต้นทุนของเครื่องมือเฉลี่ย 3.1 ล้านบาท ราคาสูงสุด 9 ล้านบาท ค่าบริการในภาครัฐ และเอกชนไม่แตกต่างกันมากนัก จากสำมะโนเครื่องมือแพทย์มีจำนวน 112 เครื่องติดตั้งในภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐ คือร้อยละ 74 และมีอัตรา 5.9 เครื่องต่อประชากร 1 ล้านคน จำนวนเครื่องมือมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานคร และจะอยู่ในโรงพยาบาลขนาด 50-100 เตียง การใช้ประโยชน์จากเครื่องมือยังไม่เต็มที่ การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนาฐานข้อมูลจำนวนเครื่องมือแพทย์ และปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยเพื่อใช้ในการพัฒนาโยบายการวางแผน การจัดสรรให้เหมาะสมกับปัญหา ควรปรับปรุงกฎหมายควบคุมเครื่องมือแพทย์ให้แก้ปัญหาเชิงรุกในภาพรวมของประเทศ เพื่อการกระจาย และการใช้อย่างเหมาะสม ควรปฏิรูประบบสุขภาพให้ระบบประกันสุขภาพครอบคลุมประชาชนคนไทย ควรคำนึงถึงบริการด้วยเครื่องมือแพทย์ราคาแพงสำหรับประชาชนทุกคนที่จำเป็น และได้รับการวินิจฉัยตามข้อบ่งชี้ที่สมควร เพื่อสร้างความเป็นธรรมทางสุขภาพ

การศึกษาการกระจายของเครื่อง mammogram และการใช้ประโยชน์ในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย⁽⁵⁾

การศึกษาพบว่ามีเครื่องมือ mammogram 139 เครื่องใน 30 จังหวัดของประเทศไทย ร้อยละ 60 อยู่ในภาคเอกชน และครึ่งหนึ่งอยู่ในกรุงเทพมหานครฯ ดัชนีชี้วัดจำนวนเครื่องมือต่อประชากร คือ 3.9 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน อัตราการใช้เป็นรายปีคือ 1082 ราย ในภาคเอกชนจะมีอัตราการใช้งานน้อยกว่าภาครัฐบาล และแพทย์ด้านรังสีวิทยาเป็นปัจจัยสำคัญในการใช้เครื่องมืออย่างคุ้มค่า ซึ่งก็พบว่าการกระจายตัวหนาแน่นอยู่ในกรุงเทพมหานครฯ เช่นเดียวกัน แนวทางการตรวจคัดกรองเป็นสิ่งสำคัญระดับประเทศในการทำให้สตรีมีความตระหนักในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม โดยแนะนำให้ตรวจด้วยตนเอง (Breast-self examination-BSE) ทุกเดือนในสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ตรวจโดยแพทย์ หรือนุคลากรทางการแพทย์ที่ได้รับการฝึกฝนเป็นอย่างดีเมื่ออายุ 35 ปี ขึ้นไป และตรวจด้วยเครื่องมือ mammogram ในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยง

การศึกษาทรัพยากรด้านรังสีวิทยาในการรักษาโรคมะเร็ง⁽⁶⁾ อยู่ใน document เป็นการวิจัยที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ประเมินสถานการณ์ความต้องการด้านรังสีรักษา เปรียบเทียบกับทรัพยากรที่มีอยู่
2. ประเมินความสามารถในการให้บริการของหน่วยรังสีรักษาแต่ละแห่ง
3. ค้นหาข้อมูลปัญหาอุปสรรคของงานบริการด้านรังสีรักษา
4. ประเมินการเข้าถึงบริการ โดยเฉพาะภายหลังจากการมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ในการวิจัยนี้ได้มีการกำหนดมาตรฐานด้านรังสีรักษา อ้างอิงจากมาตรฐานรังสีรักษาในแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 และศึกษาจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และนำมาเปรียบเทียบกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในประเทศไทย

ตามมาตรฐานรังสีรักษาในแผนการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 กำหนดไว้ดังต่อไปนี้

1. การให้การรักษามะเร็งผู้ป่วยด้านรังสีรักษา
2. จำนวนบุคลากรต่องานรังสีรักษา/หน่วยงาน
3. สถานที่
4. Minimal requirement สำหรับงานรังสีรักษาในประเทศไทย

ในข้อ 4 ศ. พญ. พวงทอง ไกรพิบูลย์ อ้างอิงจาก American College of Radiology ดังตารางที่ 1.

ตารางที่ 1. มาตรฐานด้านทรัพยากรน้อยที่สุด ที่จำเป็นต้องมีสำหรับหน่วยรังสีรักษา

ทรัพยากร	จำนวน
1. บุคลากร	
• แพทย์รังสีรักษา	2
• นักฟิสิกส์การแพทย์	1
• นักเทคนิค	4
• ผู้ช่วยนักเทคนิค	4
• พยาบาล (OPD, ใส่วัสดุ)	3
• เจ้าหน้าที่ธุรการ และคนงาน	2
2. เครื่องมือ	
• เครื่องฉายรังสีรักษา Megavoltage อย่างน้อย เครื่อง Cobalt-60 (80 cm. SSD)	1 เครื่อง
• Conventional simulator	1 เครื่อง
• Cesium low dose rate (intra-cavitary)	1 ชุด
• Treatment aids	1 ชุด

รศ. นพ. วิชาญ หล่อวิทยา หัวหน้าหน่วยรังสีรักษา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นำเสนอมาตรฐานจำนวนครุภัณฑ์ และบุคลากรขั้นต่ำของหน่วยรังสีรักษา โดยอ้างอิงหลักเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยแบ่งหน่วยรังสีรักษาออกเป็น 3 ระดับดังนี้

ตารางที่ 2. รายการครุภัณฑ์และจำนวนขั้นต่ำที่ควรมีในศูนย์รังสีระดับมาตรฐาน ผู้ป่วยใหม่ประมาณ 300 ราย ต่อปี (Principle Radiotherapy Center)

รายการครุภัณฑ์	จำนวน
1. เครื่องจำลองการฉายรังสี	1
2. เครื่องวางแผนการรักษาแบบสองมิติ	1
3. เครื่องฉายรังสีโคบอลต์ หรือเครื่องเร่งอนุภาค	1

4. เครื่องใส่แร่ (Intracavity brachytherapy unit) แบบ Low หรือ medium dose rate	1
5. เครื่องวัด และควบคุมคุณภาพรังสีแบบมาตรฐาน	1
6. ระบบคอมพิวเตอร์ฐานข้อมูลรังสีรักษา	1

ตารางที่ 3. ศูนย์รังสีรักษาระดับก้าวหน้า ผู้ป่วยใหม่ประมาณ 1 000 – 1 200 รายต่อปี (Advance Radiotherapy Center)

รายการครุภัณฑ์	จำนวน
1. เครื่องจำลองการฉายรังสีแบบเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT simulator)	1
2. เครื่องวางแผนการรักษาแบบสามมิติ (3D RTP)	1
3. เครื่องเร่งอนุภาคนิวเคลียร์ฟิสิกส์มากกว่าหนึ่งพลังงาน และมีรังสี อิเล็กตรอน	1
4. เครื่องตัดแบบกึ่งรังสีอัตโนมัติ	1
5. เครื่องวัดและควบคุมรังสีแบบสมบูรณ์	1
6. ระบบคอมพิวเตอร์เครือข่ายฐานข้อมูลรังสีรักษา (Database network)	1

ตารางที่ 4. ศูนย์รังสีรักษาระดับเทคโนโลยีขั้นสูง ผู้ป่วยใหม่ประมาณ 1 200-1 500 รายต่อปี (Excellent Radiotherapy Center)

รายการครุภัณฑ์	จำนวน
1. เครื่องเร่งอนุภาคที่มีอุปกรณ์สมบูรณ์ สามารถฉายรังสี เทคนิค 3D conformal, SRS, SRT, IMRT	1
2. เครื่องวางแผนการรักษาเฉพาะเทคนิค	1
3. เครื่องวัดและควบคุมคุณภาพรังสีเฉพาะเทคนิคการรักษา	1
4. ระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์รังสีรักษาแบบสมบูรณ์ (Record & Verify)	1
5. ห้องวิจัย Radiation Biology	1

ตารางที่ 5. จำนวนบุคลากรขั้นต่ำที่ควรมีในหน่วยรังสีรักษา

ประเภทบุคลากร	จำนวน
1. แพทย์รังสีรักษา (Radiation Oncologist) หัวหน้าหน่วย	1
2. แพทย์รังสีรักษา	1 คน ต่อผู้ป่วยใหม่ 200-250 ราย ต่อปี
3. นักฟิสิกส์การแพทย์	1 คน ต่อผู้ป่วย 400 ราย ต่อปี
4. ผู้ช่วยฟิสิกส์การแพทย์	1 คน ต่อผู้ป่วย

	300 รายต่อปี
5. นักเทคโนโลยีฟิสิกส์ (Mould Room)	1 คน ต่อผู้ป่วย ใหม่ 600 ราย ต่อ ปี
6. หัวหน้าเทคนิคเขียน	1 คนต่อหน่วย
7. เทคนิคเขียนทำหน้าที่ฉายรังสีเครื่อง Megavoltage	2 คน ต่อ 1 เครื่อง
8. เทคนิคเขียนทำหน้าที่ใส่แร่	1 คน ต่อ 1 เครื่อง
9. เทคนิคเขียนทำงานด้าน simulator	2 คน ต่อ ผู้ป่วย ใหม่ 500 ราย ต่อ ปี
10. เทคนิคเขียนทำงานด้าน treatment aid	1 คน ต่อผู้ป่วย ใหม่ 300-400 ราย ต่อปี
11. พยาบาล	1 คน ต่อผู้ป่วย ใหม่ 300 ราย ต่อ ปี
12. นักสังคมสงเคราะห์	1 คน ต่อ 1 หน่วย
13. เจ้าหน้าที่โภชนาการ	1 คน ต่อ 1 หน่วย
14. วิศวกรดูแลเครื่อง electronic technician	1 คนต่อเครื่อง ฉายรังสี 1-2 เครื่อง
15. เจ้าหน้าที่ธุรการ	ตามความจำเป็น

ผลการวิจัย

1. หน่วยรังสีรักษาสังกัดทบวงมหาวิทยาลัย (1300 คน/ปี) มีภาระงานของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เฉลี่ยต่อปีมากกว่า กระทรวงกลาโหม กระทรวงสาธารณสุข ฯลฯ
2. ตำแหน่งโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก ในภาครัฐ คือ ปากมดลูก, หู คอ จมูก, เต้านม ในภาคเอกชน คือ มะเร็งเต้านม ปอด ปากมดลูก ตามลำดับ
3. หน่วยรังสีรักษา 29 แห่ง (กทม 14 ภูมิภาค 15) 9 หน่วยที่ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำของจำนวนแพทย์ และ นักฟิสิกส์ ในจำนวนนี้เป็นภาคเอกชน 5 แห่ง ทบวงมหาวิทยาลัย 3 แห่ง และกลาโหม 1 แห่ง
4. หน่วยรังสีรักษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่มีหน่วยใดผ่านเกณฑ์ เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนความรุนแรงของสภาพปัญหาความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบายกำลังคน กับการจัดตั้งหน่วยรังสีรักษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

5. น่าจะมีปัญหาในเรื่องความปลอดภัยในการให้บริการของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีนักฟิสิกส์ทำงานเต็มเวลา
6. มีหน่วยรังสีรักษา 3 แห่งที่ถือเป็น excellent center เพราะให้บริการรักษาที่สลับซับซ้อน เช่น Stereotactic RT หรือ IMRT อีก 4 แห่ง เป็น advance centers และที่เหลือเป็น Principle center
7. ค่าบำรุงรักษาเครื่องมือในภาครัฐสูงกว่าในภาคเอกชน
8. ในภูมิภาคให้บริการกับ Neighboring provinces เป็นส่วนใหญ่ คือมี Concentration index ระหว่าง 0.66-0.83 ในกรุงเทพฯ จะให้บริการชุมชนเมืองหลวง และปริมณฑลเป็นส่วนใหญ่ (Concentration index เป็นสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยจาก top five neighboring provinces หาดด้วย จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ที่หน่วยรังสีรักษานั้นๆ ให้บริการในปีงบประมาณนั้นๆ)
9. ผู้ป่วยที่มีรายได้ร้อยละ 12 ไม่มีบัตร และไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 33 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า
10. ระยะเวลารอคิวในการรักษานานที่สุด คือ 90 วัน ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 29 วัน
11. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางจะเป็นภาระของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่สูงอายุ ฐานะยากจน และไม่ได้ประกอบอาชีพ
12. ร้อยละ 27 เห็นว่า โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ไม่มีผลกระทบต่อด้านรังสีรักษา ร้อยละ 15 เห็นว่ามีผลดี
13. ร้อยละ 16 ของผู้ป่วยต้องดูแลตนเอง
14. ปัญหาของหน่วยรังสีรักษามี 3 ด้าน คือ
 - ด้านอุปทาน ขาดการวางแผนบุคลากรประเภทต่างๆ ในระยะยาว ให้สอดคล้องกับภาระงาน
 - ด้านอุปสงค์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยากจน ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้
 - ด้านระบบบริหารจัดการ และระบบสนับสนุน ขาดระบบการบริหารงานที่มีประสิทธิภาพ
15. ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหา
 - การสร้างความยอมรับ และข้อสรุปในการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของหน่วยรังสี ระดับมาตรฐาน (principle) ระดับก้าวหน้า (advance) และระดับเทคโนโลยีขั้นสูง (excellent) ของประเทศไทย
 - ควรมีการวางแผนพัฒนาหน่วยรังสีรักษาของประเทศในภาพรวม
 - ในประเด็นการขาดแคลนกำลังคน ควรมีการเพิ่มอัตรากำลังแพทย์รังสีรักษา และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับงานด้านรังสีรักษา โดยมีการเพิ่มค่าตอบแทน incentives ร่วมด้วย
 - ในประเด็นการรวมศูนย์ หรือการกระจายทรัพยากรนั้น ยังมีความเห็นที่ขัดแย้งกันอยู่ แต่หลักเกณฑ์ในการตัดสินใจ จะอยู่ที่ข้อมูลในการกระจายทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด (efficiency) และมีความเป็นธรรม (equity) ในการกระจายทรัพยากรสุขภาพ
 - ควรแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการ และใช้บทเรียนความผิดพลาด
16. ควรแก้ไขปัญหาด้านการบริหารจัดการ และใช้บทเรียนความผิดพลาดในอดีต จากการตั้งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งในส่วนภูมิภาคของกรมการแพทย์ ในการกำหนดทิศทางเพื่อการลงทุน และกระจายทรัพยากรด้านรังสีรักษาที่เหมาะสมในอนาคต

17. ระบบการเก็บข้อมูลของหน่วยรังสีรักษา ยังไม่มีรูปแบบชัดเจน และมีเอกภาพ ทำให้ลำบากในการรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ นิยามของข้อมูลที่สามารถใช้เป็นเกณฑ์ชี้วัดประสิทธิภาพ และคุณภาพของการบริการ เช่น ระยะเวลาในการรอคิว ยังไม่มีกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจน ข้อมูลด้านอื่นๆ ก็มีการจัดเก็บน้อยมาก
18. มีข้อสงสัยต่อคุณภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการของหน่วยรังสีรักษาในสังกัดกรมการแพทย์ ที่กระจายอยู่ในภูมิภาคทั้ง 6 แห่ง
19. ระบบบริการรังสีรักษาในปัจจุบัน ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการที่สามารถเข้าถึงการบริการได้อย่างมีคุณภาพ และเป็นคุณธรรม
20. หัวข้อวิจัยที่ควรทำเพิ่มเติม
 - การศึกษาเรื่อง real health care needs และ cancer incidence ของผู้ป่วยโรคมะเร็งในแต่ละชุมชน
 - ประเมิน cost-effectiveness และ cost-benefit ของบริการด้านรังสีรักษาแต่ละประเภท กับผู้ป่วยโรคมะเร็งแต่ละตำแหน่ง และแต่ละระยะ เพื่อเป็นข้อมูลตัดสินใจในการลงทุน และการกระจายทรัพยากรสุขภาพในอนาคต
 - ผลกระทบของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับความเปลี่ยนแปลงในระบบบริการด้านรังสีรักษาที่ผู้ป่วยมะเร็งได้รับ

ด้านการดำเนินการ และด้านผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการ

ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข

แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข โครงการควบคุมป้องกันและพัฒนาประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูกและเต้านม^(7, 8) จะมีข้อมูลการปฏิบัติงาน การตรวจคัดกรองมะเร็งทั้ง 2 ชนิด และผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด ดังได้แสดงรายละเอียดในบทที่ 5(2) รายงานลักษณะดังกล่าวนี้จะเป็นรายงานในรูปแบบ electronic inspection

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารสุขภาพ

เป็นหน่วยงานที่จะรายงานอัตราตายในระดับจังหวัด และรายงานอยู่ในจุลสารสถานการณ์สุขภาพประเทศไทย⁽⁹⁾ อย่างสม่ำเสมอ แบ่งกลุ่มจังหวัดเป็น 19 เขต และกรุงเทพมหานครฯ โดยที่อัตราตายจากโรคมะเร็งจะมุ่งเน้น 4 โรค คือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งปากมดลูก และเต้านม การรายงานจะเป็นในลักษณะดังแสดงในตารางที่ 6 เช่น อัตราตายสูงสุดจากมะเร็งปากมดลูกใน 10 จังหวัดแรก มีค่าเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 2.4 ตารางที่ 7 แสดงอัตราตายสูงสุดจากมะเร็งเต้านมใน 10 จังหวัดแรก มีค่าเฉลี่ยทั่วประเทศเท่ากับ 2.7

ตารางที่ 6. แสดงอัตราตายสูงสุดของมะเร็งปากมดลูกใน 10 จังหวัดแรก

ที่	จังหวัด	อัตรา	เขต
1.	สมุทรสาคร	5.2	7
2.	ชลบุรี	5.0	9

3.	สมุทรสงคราม	5.0	7
4.	กรุงเทพมหานคร	4.7	
5.	ราชบุรี	4.6	6
6.	ระยอง	4.5	9
7.	แพร่	4.4	1
8.	สระบุรี	4.3	5
9.	เพชรบุรี	4.2	7
10.	ลำปาง	4.1	1

ตารางที่ 7. แสดงอัตราตายสูงสุดของมะเร็งเต้านมใน 10 จังหวัดแรก

ที่	จังหวัด	อัตรา	เขต
1.	กรุงเทพมหานคร	7.8	
2.	ลพบุรี	6.3	5
3.	สมุทรสาคร	5.2	7
4.	ลำปาง	5.1	1
5.	ปทุมธานี	4.9	4
6.	แพร่	4.8	1
7.	ชลบุรี	4.8	9
8.	น่าน	4.6	1
9.	สมุทรสงคราม	4.5	7
10.	เชียงใหม่	4.2	1

จุลสารสถานการณ์สุขภาพประเทศไทยจะมีรายงานพฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ในการ

การคาดการณ์สถานการณ์ของมะเร็งปากมดลูก เช่น พฤติกรรม การสูบบุหรี่⁽¹⁰⁾

1. ปริมาณบุหรี่ที่สูบต่อวัน ในผู้ที่สูบเป็นประจำในหญิงเท่ากับ 8 มวน
2. ในหญิงอายุ 15-29 ปี จะมีอายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มสูบบุหรี่ 16 ปี แต่ในหญิงอายุ 30-44 ปี จะเริ่มสูบบุหรี่เมื่ออายุ 22 ปี โดยเฉลี่ย
3. ผู้หญิงในเขตเทศบาลสูบบุหรี่เป็นประจำ และในปริมาณที่มากกว่าหญิงในนอกเขตเทศบาล
4. หญิงในภาคเหนือ และในกรุงเทพ สูบบุหรี่เป็นประจำมากเป็นลำดับที่ 1 และ 2 แต่เมื่อเทียบปริมาณที่สูบเป็นประจำ หญิงในภาคใต้ และกรุงเทพ จะสูบเป็นปริมาณมากกว่าภาคอื่น

หมายเหตุ คำจำกัดความของผู้ที่เคยสูบบุหรี่ (former or exsmoker) คือผู้ที่เคยสูบบุหรี่ แต่ขณะนี้เลิกแล้ว ไม่มีเวลาเข้ามาเกี่ยวข้อง

Thailand Reproductive Health Profile⁽¹¹⁾

ดังได้กล่าวไว้ในบทที่ 5(2) ประเทศไทยมีพันธะสัญญาอันเป็นผลจากการประชุม International Conference on Population and Development's Programme of Action ที่ต้องกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับข้อตกลงในการประชุมดังกล่าว ดังนั้นจึงต้อง มีรายงานเกี่ยวกับ Reproductive Health profile ในส่วนของมะเร็งระบบสืบพันธุ์ โดยเน้นในสตรี คือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ซึ่งรายละเอียดบางส่วนได้กล่าวไว้แล้ว นอกเหนือจากข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งทั้ง 2 ชนิด ยังมีการวิเคราะห์สถานการณ์ข้อเสนอแนะรายงานเกี่ยวกับ วิธีการที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรอง ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง เช่น

- ความครอบคลุม (1999-2000) ของ Pap smears พบว่าร้อยละ 37.7 ของสตรีอายุระหว่าง 15-44 ปี ได้รับการตรวจ โดยที่ร้อยละ 41.7 อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ต่ำสุดอยู่ในภาคใต้ ร้อยละ 32.0 ภาคกลาง ร้อยละ 33.8 และภาคเหนือ ร้อยละ 37.9
- สตรีอายุระหว่าง 15-44 ปี ตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 43.9 สูงสุดในภาคใต้ (49.1) ตะวันออกเฉียงเหนือ (48.7) ภาคกลาง (38.9) ภาคเหนือ (36.0) ร้อยละ 21.7 ได้รับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ในกรณีที่พบความผิดปกติ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (24.2) ภาคกลาง (22.2) ภาคเหนือ (19.2) ภาคใต้ (18.0)

ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินการของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อันเป็นผลจากความร่วมมือกันระหว่าง สปสช และกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้การตรวจคัดกรอง 2 วิธี คือ Pap smears และ VIA ปรากฏในแผนภูมิที่แสดงไว้ ซึ่งนำเสนอในการประชุมวิชาการ AOGIN 2006⁽¹²⁾

Preliminary Results – Pap smear 2005



• Number of women screened	= 405,756
• Percent coverage of the target goal	= 67.63%
• Percent reading of the slides	= 72%
• Number of abnormal cytological results	= 5,092 (1.57%)
• Number of patients with pathological diagnoses	
Preinvasive & Invasive	= 135 (0.04%)

NHSO March 2006

AOGIN 2006

Preliminary Results VIA-cryotherapy (9 provinces and 1 district) 2005



- Number of women screened = 47,418
- Percent coverage of the target goal = 47.42%
- Percent women offered treatment with cryotherapy = 8-10%
- Number of patients with pathological diagnoses = NA

NHSO March 2006

- Competency of nurse providers in screening and performing cryotherapy was satisfactory
- Women highly satisfied with decision to be tested

AOGIN 2006

ทะเบียนมะเร็ง⁽¹³⁾

ประเทศไทยมีทะเบียนมะเร็งระดับประชากรในภูมิภาคต่างๆ มาตั้งแต่ประมาณ พ.ศ. 2530 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยใช้วิธีการและแหล่งข้อมูลตามมาตรฐานของ International Agency for Research on Cancer (IARC, WHO) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งในพื้นที่หนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่งๆ ศึกษาแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอัตราอุบัติการณ์ และใช้ในการวางแผนควบคุมและป้องกันโรคในระดับภาคและประเทศ

มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในแต่ละภูมิภาค ได้แก่

กรุงเทพมหานคร - สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

เชียงใหม่ - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลำปาง - ศูนย์มะเร็งลำปาง, สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

ขอนแก่น - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สงขลา - คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ดังนี้

กรุงเทพมหานคร

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต่างๆ
- โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, กรุงเทพมหานคร, กทม.
- โรงพยาบาลเอกชน

ภูมิภาค

- โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

- ศูนย์มะเร็ง
- โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป
- โรงพยาบาลชุมชน
- เครือข่ายสาธารณสุขจังหวัด

ทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยได้จัดทำหนังสือ Cancer in Thailand มาแล้ว 3 เล่ม ล่าสุดคือ Vol. III 1995 – 1997 ใน volume IV จะเพิ่มความครอบคลุมมากขึ้น คือ

ภาคเหนือ – เชียงใหม่, ลำปาง

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ – ขอนแก่น, อุรธานี, นครพนม, อุบลราชธานี

ภาคกลาง – กรุงเทพฯ, ระยอง, ประจวบคีรีขันธ์, ชลบุรี

ภาคใต้ – สงขลา, สุราษฎร์ธานี

นอกจากทะเบียนมะเร็งในระดับประชากรแล้ว ยังมีทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาล ซึ่งมักเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค และโรงพยาบาลขนาดใหญ่อื่นๆ ทะเบียนมะเร็งเฉพาะโรค เช่น มะเร็งนรีเวชฯ มะเร็งในเด็ก มะเร็งระบบโลหิตวิทยา และอื่นๆ ซึ่งวัตถุประสงค์ของทะเบียนมะเร็งเหล่านี้ต่างจากทะเบียนมะเร็งระดับประชากร คือ เน้นที่วิธีการรักษาและผลการรักษาโรค และขาดการสรุปภาพรวมของการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ

ด้านการบริหารจัดการ (5.6)(5.7)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁴⁾ เป็นหน่วยงานที่กำกับดูแลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันเป็นผลมาจากที่ประชุมคณะรัฐมนตรี ให้มีการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในกลุ่มกิจกรรมบริการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคทุกกลุ่มอายุ

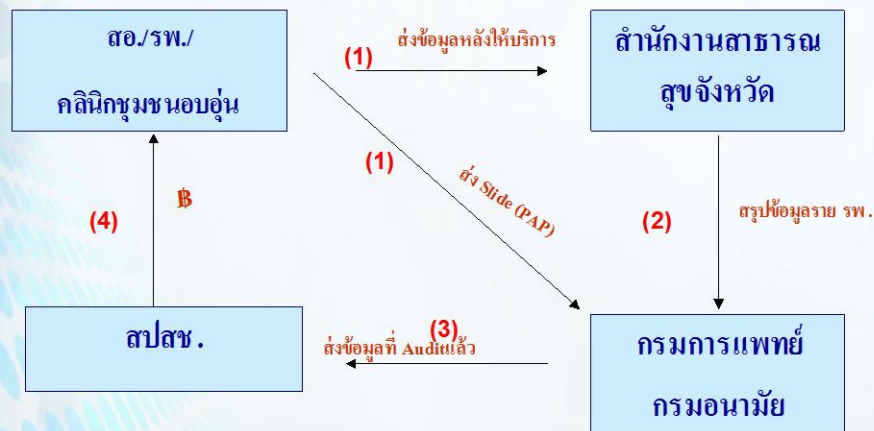
ชุดกิจกรรมส่งเสริมป้องกันวัย 35-59 คือตรวจ Pap smears ทุก 3 ปี

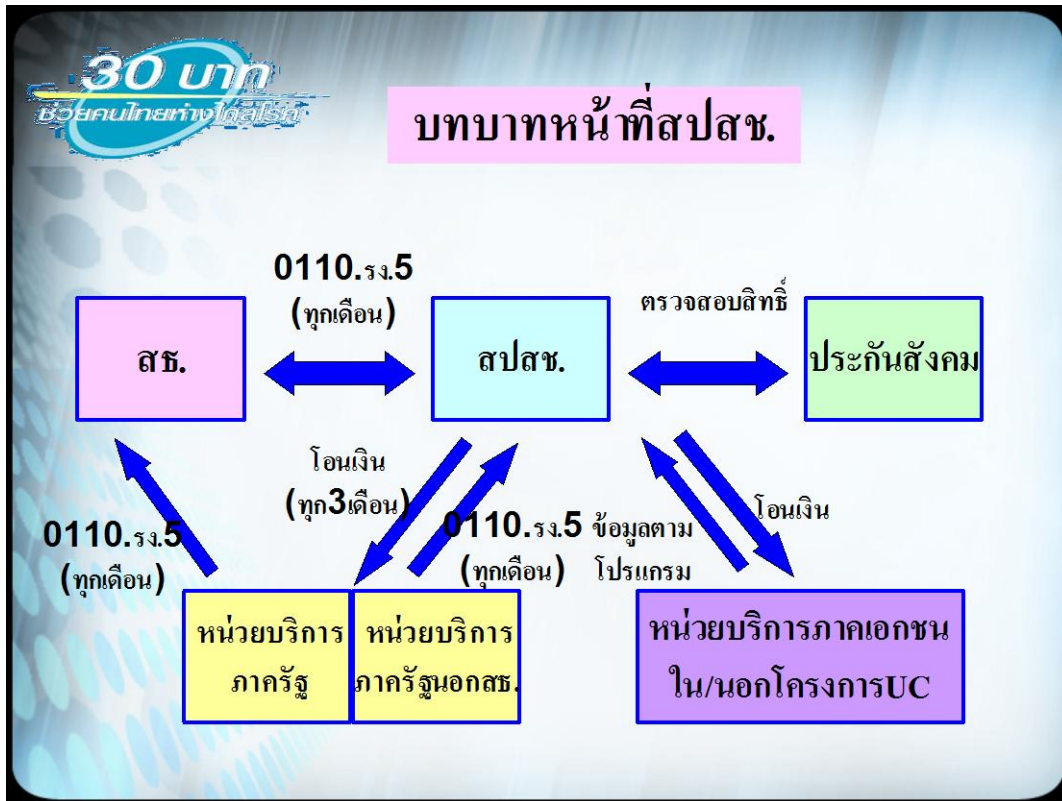
การทำงานของ สปสช ตามโครงการต่างๆจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

- เน้นกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ และบริการที่มี **คุณภาพ ครอบคลุม** ประชากรเป้าหมายมากขึ้น
- เน้นกิจกรรมตามสิทธิประโยชน์ และบริการที่มี **คุณภาพ ครอบคลุม** ประชากรเป้าหมายมากขึ้น
- แบ่งกิจกรรมต่างๆ **ตามกลุ่มอายุ** ที่ต้องได้รับการดูแลเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ
- **บริหารจัดการแบบภาคี** (หน่วยบริหารระบบ, หน่วยบริการ, หน่วยกำกับ, จ่ายเงิน, หน่วยสนับสนุน)
- **กิจกรรมที่มีหน่วยงานอื่นดำเนินการได้ดีแล้ว** การดำเนินงานจะเป็นลักษณะเข้าไปช่วยเสริม หรือเป็นส่วนที่ริเริ่มขึ้นใหม่

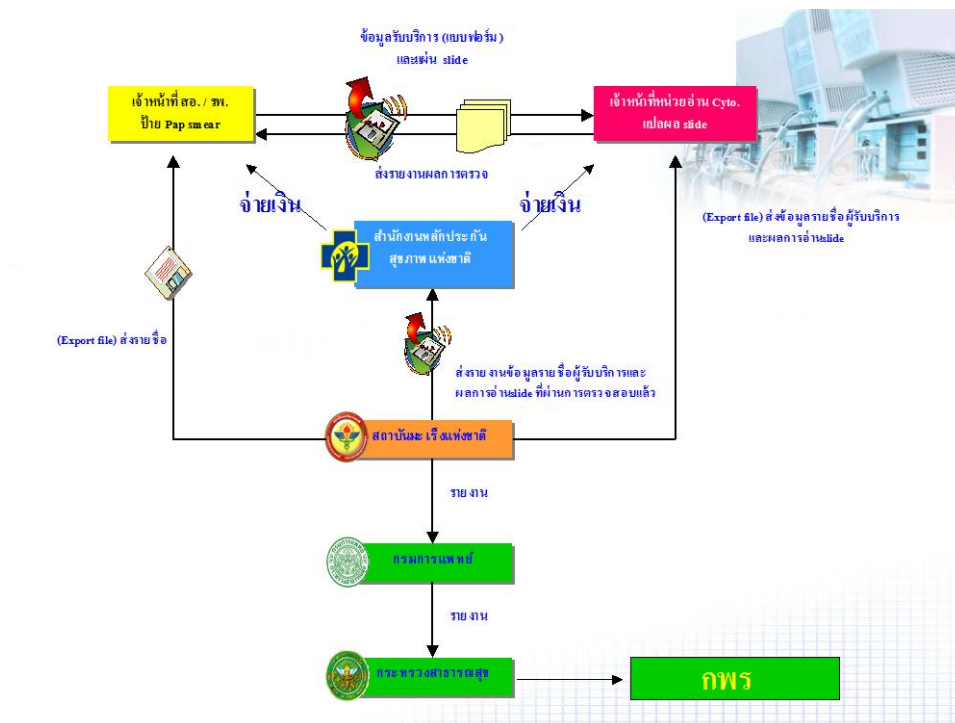
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และบทบาทของ สปสช ปรากฏดังแผนภูมิต่อไปนี้

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก





อนึ่ง สปสช. ได้ทำข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุขในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ดังแสดงรายละเอียดในบทที่ 5(2) การเก็บข้อมูลของโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข และสปสช. ได้แสดงไว้ในแผนภูมิต่อไปนี้



จากรูปข้างบน สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เป็นตัวกลางในการส่งรายชื่อ และตรวจสอบทั้งรายชื่อผู้รับบริการ และการอ่านผล ใช้โปรแกรมที่ลงได้ทั้ง Pap และ VIA ในส่วนของ Pap smears จะมีข้อมูลทางคลินิก ประวัติการตรวจครั้งสุดท้ายใน 5 ปี การวินิจฉัยทางคลินิก ประวัติการตรวจรักษาและการตรวจพบทางคลินิก ใช้การรายงานผล Bethesda 2001 มีข้อสังเกตว่า การวินิจฉัยทางคลินิก ใช้ว่า “squamous and glandular cell”

ข้อมูลที่ export จะประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของ Pap smears ผลการอ่าน Pap smears และผลการอ่าน VIA

สำหรับ Pap smears มีการลงรายชื่อ screener, cytotechnologist และ Pathologist พิมพ์ใบรายงานผลได้ ดังแสดงในรูปที่ 1.

การวิเคราะห์รายงาน แบ่งได้เป็น 11 แบบดังนี้

1. รายชื่อผู้รับบริการ
2. รายชื่อผู้รับบริการแยกตามกลุ่มเป้าหมาย
3. รายชื่อผู้รับบริการนอกกลุ่มเป้าหมาย
4. รายชื่อผู้รับบริการแยกตามเหตุผลที่มารับบริการ
5. รายชื่อผู้รับบริการแยกตามผู้ป้าย smears
6. รายชื่อผู้รับบริการแยกตาม screener
7. รายชื่อผู้รับบริการแยกตาม cytologist
8. รายชื่อผู้รับบริการแยกตาม pathologist
9. รายงานสรุปจำนวนผู้รับบริการแยกตาม specimen adequacy
10. รายงานสรุปจำนวนผู้รับบริการแยกตาม general categorization
11. รายงานสรุปจำนวนผู้รับบริการแยกตามรายเดือน

จ่ายเงิน 3 งวด ใช้ความครอบคลุมเป็นหลัก คือร้อยละ 50, 70, 95

ส่งรายงาน ไปยังกรมการแพทย์ และกรมอนามัยเพื่อรายงานทุก 1 เดือน

กิจกรรมที่กรมการแพทย์รับผิดชอบ

- จัดทำสื่อ เอกสารทางวิชาการ เพื่อให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข รวมถึง แนวทางการรักษา และส่งต่อ
- จัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่เซลล์วิทยา เพื่อเพิ่มทักษะการอ่านผล
- จัดการฝึกอบรม สูตินรีแพทย์ ทำ Colposcope
- ทำการสุ่มตรวจสอบคุณภาพสไลด์ที่รายงานผลเข้ามา คิดเป็น ๑๐% ของจำนวนสไลด์ทั้งหมด

มี official website คือ www.nci.go.th

แบบบันทึกการทำ VIA ประกอบด้วย

ผลการตรวจภายใน, สงสัยมะเร็งหรือไม่, SCJ แผนภาพผลการตรวจที่ผิดปกติ, ผลการตรวจ VIA, การจี้เย็บ (มีปัญหาว่าจะต้องลงข้อมูล ถึงแม้จะให้ผลลบ) การส่งต่อ สามารถพิมพ์ฟอร์มได้ ดังแสดงในรูปที่ 2

โครงการนำร่องดำเนินการในปี พ.ศ. 2548 มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กระทรวงสาธารณสุข รับดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน ๑๕ จังหวัด

• ระยะเวลาดำเนินการ ๓ เดือน
(ตั้งแต่วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๔๘ ถึง ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๘)

• ผลงานการตรวจคัดกรอง และการฝึกอบรมที่สามารถเบิกจ่ายในโครงการนี้ ต้องมีการดำเนินการในระหว่างวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๔๘ ถึงวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๔๘ เท่านั้น คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smears

• ในผู้หญิงอายุ ๓๕, ๔๐, ๔๕, ๕๐, ๕๕, ๖๐ ปี

• จำนวน ๖๐๐,๐๐๐ คน ใน ๑๕ จังหวัด

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA

• หญิงกลุ่มอายุ ๓๐ - ๓๔, ๓๖-๓๙, ๔๑-๔๔ ปี จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน ใน ๙ จังหวัด

• จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดหนองคาย จังหวัดอำนาจเจริญ จังหวัดยโสธร จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดอุดรธานี จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดน่าน และอีก ๑ อำเภอในจังหวัดพิษณุโลก

ค่าตอบแทนเพิ่มเติม (Top Up)

หน่วยป้าย Pap Smear ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ทำ Pap Smear	20	บาท
ค่าดำเนินการ และวัสดุของหน่วยบริการทำ Pap Smear	30	บาท
หน่วยอ่าน Cytology ค่าตอบแทนการอ่านสไลด์ Pap Smear	25	บาท
ค่าดำเนินการ และวัสดุของหน่วยอ่านเซลล์วิทยา	35	บาท
รวม	110	บาท

เดิมค่าใช้จ่ายในการตรวจรวมอยู่ในค่าหัว PP อยู่แล้ว

การเบิกค่าตอบแทนเพิ่มเติม

• หน่วยป้ายเป็นสมิธ และหน่วยอ่าน Cytology กรอกข้อมูลลงในโปรแกรม Pap Registry เพื่อให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ตรวจสอบ

- เมื่อผ่านการตรวจสอบ สปสข จะโอนเงินให้เป็นงวดผ่านทางสำนักงานสาขาจังหวัด
- งวดที่ 1 ครอบคลุมเป้าหมายไม่ต่ำกว่า ๕๐% ของเป้าหมายที่กำหนดภายในเดือนกันยายน ๒๕๔๘
- จ่ายงวดที่ ๒ ครอบคลุมเป้าหมายไม่ต่ำกว่า ๗๐% ของเป้าหมายที่กำหนดภายในเดือนตุลาคม ๒๕๔๘
- จ่ายงวดที่ ๓ ครอบคลุมเป้าหมายไม่ต่ำกว่า ๘๕% ของเป้าหมายที่กำหนดภายในเดือนธันวาคม ๒๕๔๘

รูปที่ 1. แบบฟอร์มการรายงานผล Pap smears ⁽¹²⁾

Information Management - Pap smear

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานการตรวจ Pap smear

Pap No. 0001 วันที่เข้าแล็บ 28/07/2548 หน่วยชื้อ: ศอ.ค. บ้านเชียง บ้านหนองใหญ่ หมู่ที่ 05

เลขที่บัตรประชาชน 3-0825-25250-22-5 ชื่อ สุภา นามสกุล บุญเกิด

คำนำหน้าชื่อ 02.นาง วุฒิปริญญาตรี 04/07/2513 อายุ 35 ปี HIN 14800007

บ้านเลขที่ 254 หมู่ที่ 2 รหัสพื้นที่ 103000 ตำบล อำเภอ เขตงตุจักร

โทรศัพท์ 062582828

☒ Checkup Screening
☐ เหตุผลอื่น ระบุ:

Clinical Dx:

Squamous and Glandular cell

เลือก ชนิดตัวอย่างที่ป้าย หมายเหตุ

☒ Cervical
☐ Endocervical
☐ Endometrial
☐ Vaginal
☐ Other

Pertinent Clinical History

Previous Treatment/ Clinical Findings

ชื่อผู้ทำแล็บ 1. นายวาทิน มพารม ตำแหน่ง Gynecologist อุดินแพทย์

Mode: Create Date: 28 ก.ค. 2548 16:08 Last Updated: 28 ก.ค. 2548 16:25

AOGIN 2006

รูปที่ 2. แบบฟอร์มการรายงานผล Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) และการจี้เย็น⁽¹²⁾

Information Management VIA-cryotherapy

วิจารณ์

- การรักษามะเร็งจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นสหสาขาวิชา สำหรับมะเร็งปากมดลูก ต้องการสูติ-นรี แพทย์มะเร็งนรีเวช รังสีรักษา พยาธิแพทย์ รวมทั้งนักเซลล์วิทยา สำหรับมะเร็งเต้านมต้องการศัลยแพทย์ แพทย์มะเร็งด้านศัลยกรรม และอายุรกรรม รังสีรักษา และพยาธิแพทย์ จำนวนสูติ-นรีแพทย์จากข้อมูลของแพทยสภา และราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย มีจำนวนใกล้เคียงกัน แต่ยังมีจำนวนต่ำกว่ามาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ที่ต้องการให้มีอัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1 : 1 800 คน เมื่อคาดการณ์จำนวนสูติ-นรีแพทย์ที่ต้องการในอนาคตถึงปี พ.ศ. 2558 คือ 2157 คน ก็คาดว่าจะสามารถผลิตได้ทันตามจำนวนที่ต้องการ อย่างไรก็ตามไม่สามารถคาดการณ์ได้ถึงจำนวนแพทย์อนุสาขามะเร็งนรีเวช ว่าจะสามารถผลิตเพื่อรองรับความต้องการในอนาคต เนื่องจากไม่มีการวิเคราะห์ในรายละเอียดเช่น จำนวนสูติ-นรีแพทย์ทั่วไป
- ข้อมูลของแพทย์อนุสาขามะเร็งนรีเวช รวมทั้งอุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือในการดูแล รักษาที่สำคัญส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราส่วนของแพทย์มะเร็งนรีเวชต่อประชากรสูงสุด และไม่มีศูนย์มะเร็ง อันแสดงถึงมีข้อจำกัดในการดูแลรักษามะเร็งนรีเวชเป็นที่สุด ในส่วนของนักเซลล์วิทยาผู้มีความสำคัญในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็มีการกระจายตัวในลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือ จะอยู่ในกรุงเทพมหานครเป็นส่วนใหญ่ อนึ่งข้อมูลทรัพยากรในการดูแลรักษามะเร็งนรีเวชของราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย จะจำกัดอยู่ในส่วนของภาครัฐ ไม่ได้รวมจากภาคเอกชน ซึ่งมีการพัฒนาการให้บริการในเรื่องนี้อย่างต่อเนื่อง
- ผลการวิจัยเรื่องเครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงการบริการ ของ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าในส่วนที่เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม คือเครื่อง mammography ส่วนใหญ่จะอยู่ในกรุงเทพมหานคร และมีการใช้ประโยชน์จากเครื่องมือได้ไม่เต็มที่ และการศึกษาทรัพยากรด้านรังสีรักษาในการรักษาโรคมะเร็ง ให้ข้อมูลที่สำคัญว่า หน่วยรังสีรักษาในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรุงเทพมหานคร ไม่มีหน่วยใดผ่านเกณฑ์มาตรฐานในการดูแลรักษามะเร็ง 3 อันดับแรกของประเทศไทย อันรวมถึงมะเร็งปากมดลูก และ เต้านมด้วย การให้บริการในภูมิภาคก็เป็นการให้บริการที่จำกัดอยู่ที่จังหวัดใกล้เคียงเป็นส่วนใหญ่ อันอาจหมายถึงยังใช้ศักยภาพไม่เต็มที่กับการลงทุน ปัญหาของหน่วยรังสีรักษามี 3 ด้าน คือ ด้านอุปทาน อุปสงค์ และด้านระบบบริหารจัดการ ซึ่งปัญหาทั้ง 3 ประการนี้จะสามารถแก้ไขได้ จำเป็นต้องมีระบบการเก็บข้อมูลของสถานบริการนั้นๆอย่างมีคุณภาพ และเป็นเอกภาพในระดับประเทศ เมื่อพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลได้แล้ว ก็จะใช้ประโยชน์ได้หลายประการ โดยเฉพาะในการประเมินผลการให้บริการ และการพัฒนาหน่วยรังสีรักษาของประเทศในภาพรวม

4. ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข แผนการตรวจราชการ และนิเทศงาน ในส่วนของการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม มีข้อมูลของผลการดำเนินการ และผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินการ เพื่อพัฒนาโครงการให้บรรลุถึงเป้าหมาย ข้อเด่นของฐานข้อมูลนี้คือ

- เป็นระบบ electronic inspection
- สามารถเก็บข้อมูลลงไปถึงระดับชุมชน คือสถานบริการปฐมภูมิ
- ในส่วนของมะเร็งปากมดลูก ตัวแปรที่เก็บค่อนข้างครอบคลุม และจำเป็นในการประเมินโครงการในภาพกว้าง

ข้อด้อยคือ

- ในส่วนของมะเร็งเต้านม ตัวแปรที่เก็บเช่น กลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นประจำทุกเดือน กลุ่มเป้าหมายตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นประจำทุกเดือน ได้อย่างถูกต้อง เป็นไปได้ยากในการปฏิบัติ ทำให้เกิดข้อสงสัยในความน่าเชื่อถือของข้อมูล
- เมื่อสร้างเป็นแผนภูมิสรุปในการคัดกรองมะเร็งเต้านมจะพบว่าไม่สามารถแสดงความเชื่อมโยงระหว่างกระบวนการวินิจฉัย และการรักษาได้
- ในส่วนของมะเร็งปากมดลูก ยังขาดตัวแปรที่จำเป็นในการประเมินคุณภาพของการให้บริการ เช่น สัดส่วนของสไลด์ที่ได้จากการตรวจคัดกรองมีคุณภาพตามเกณฑ์เป็นต้น สัดส่วนของสไลด์ที่มีการรายงานผลแบบก้ำกึ่ง เป็นต้น

อย่างไรก็ตามไม่ปรากฏว่ามีการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลนี้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์ในภาพรวม และนำมาใช้ในการพัฒนาโครงการอย่างเป็นระบบ และเนื่องจากเป็นระบบ electronic แต่ยังมีข้อสงสัยว่าการเรียกใช้ข้อมูลทันการณ์หรือไม่ เนื่องจากเป็นระบบ electronic

ข้อมูล จากThailand Reproductive Health Profile มีความน่าสนใจที่รายงานถึงอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งทั้ง 2 ชนิด การวิเคราะห์สถานการณ์ และที่สำคัญคือความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง การรายงานของฐานข้อมูลนี้อาจจะไม่สม่ำเสมอทันการณ์ และดัชนีชี้วัดมักจะถูกกำหนดตามนโยบายสาธารณสุขที่เร่งด่วนในช่วงเวลานั้นๆ

5. พฤติกรรมทางสังคมบางอย่าง เช่น การสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในสตรีที่มีการติดเชื้อไวรัส human papilloma ในการเกิดมะเร็งปากมดลูก จึงควรติดตามพฤติกรรมดังกล่าวในประชากรสตรี เพื่อใช้ในการติดตาม ประเมินผลโครงการได้ครอบคลุม
 6. ทะเบียนมะเร็งจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการติดตามผลสัมฤทธิ์ระยะยาว แหล่งข้อมูลอื่นที่ช่วยเสริม เช่น ข้อมูลการตายของกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข แต่มีข้อจำกัดเรื่องความถูกต้องแม่นยำของสาเหตุการตาย ข้อมูลของประกันสุขภาพ ประกันสังคม ก็จะเน้นในด้านการรักษาพยาบาล หรือการเบิกจ่าย
 7. บทบาทของ สปสช. ที่กำหนดนโยบายสำคัญคือ การใช้วิธีการตรวจคัดกรอง 2 วิธี คือ Pap smears และ VIA ในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก คือ dual track strategy การจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้ให้บริการ ทำให้การคัดกรองเป็นไปอย่างกระชั้นกระเฉง เห็นได้จากความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง โดยเฉพาะการทำ Pap smears เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 67 ในพื้นที่ของโครงการนำร่อง มีตัวเลขของข้อมูลที่สำคัญ คือร้อยละของการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติ และร้อยละของการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลาม และก่อนลุกลาม ซึ่งไม่ปรากฏในฐานข้อมูลอื่นๆก่อนหน้านี้ ในส่วนของ VIA ก็ปรากฏข้อมูลที่สำคัญซึ่งเฉพาะเจาะจงสำหรับประเทศไทยว่า ร้อยละ 10 ของสตรีที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีนี้ต้องได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็น และสตรีไทยมีความพึงพอใจสูงมากต่อการคัดกรองด้วยวิธีนี้
- เนื่องจากการจ่ายค่าตอบแทนจึงมีการฐานข้อมูลที่มี ข้อมูลนำเข้าอย่างสม่ำเสมอ และเรียกใช้อย่างทันการณ์ สถาบันมะเร็งเป็นผู้ประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติ และ สปสช. ข้อมูลถูกส่งไปยัง สปสช. และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- จุดอ่อนของระบบนี้ คือการใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงจูงใจ ซึ่งอาจไม่ยั่งยืน และผลสัมฤทธิ์ของโครงการนี้ก็ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทั้งจำนวนสตรีที่เป็นเป้าหมายของการตรวจคัดกรอง และความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองที่จะส่งผลในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ นอกจากนั้นความไม่คล่องตัวของการเบิกจ่ายก็อาจเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ของโครงการ ด้วยเหตุนี้จึงมีความเป็นไปได้ว่าจะเป็นปรากฏการณ์ของ ไฟไหม้ฟาง ดังที่เคยเกิดขึ้นในอดีต

สรุป

ฐานข้อมูล แหล่งข้อมูล และข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมในประเทศไทย ยังมีจำกัด ในส่วนของหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรงของภาครัฐ มีฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็เป็นข้อมูลที่มุ่งเน้นในเรื่องปริมาณมากกว่าคุณภาพของการควบคุมมะเร็ง การประเมินในด้านทรัพยากรได้จากการวิจัย สํารวจขององค์กรวิชาชีพ และสำนักรวบรวมข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข โครงการนำร่องของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ และเป็นตัวอย่างหนึ่งของการบริหารจัดการข้อมูล แต่ความยั่งยืนของระบบยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ หนึ่งข้อมูลในส่วนของการดำเนินงานมะเร็งยังมีจำกัด และไม่ได้รับการพัฒนามากนัก เมื่อเทียบกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุหนึ่งคือลักษณะของโรคที่แตกต่างกัน และวิธีการคัดกรองที่ยังไม่สามารถระบุเป็นสากล และประเทศไทย ยังใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นวิธีการพื้นฐานสำหรับมะเร็งชนิดนี้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลทรัพยากรบุคคลากรที่จำเป็นในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็ง ข้อมูลเครื่องมือที่สำคัญ ราคาแพง ควรมีการสำรวจ ลงทะเบียน เป็นฐานข้อมูลที่เป็น ต้องมีการรายงานสม่ำเสมอ เพื่อนำมาใช้ในการวิเคราะห์วางแผนเพื่อควบคุมมะเร็ง
2. ข้อมูลปริมาณการใช้บริการของผู้ป่วยของเครื่องมือที่สำคัญ ควรมีการวิเคราะห์ติดตามเป็นระยะ เพื่อใช้ในการวางแผนการบริหารจัดการโรคมะเร็งในระดับชาติ
3. ควรมีการทบทวนกระบวนการทั้งหมดที่ใช้ในการติดตามแผนการตรวจราชการ การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม และประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินการที่ผ่านมา เพื่อพัฒนาระบบให้ดีขึ้น ทั้งความครอบคลุม คุณภาพ และทันการณ์ ควรกำหนดดัชนีชี้วัดที่คงที่ สำหรับสุขภาพของหญิงไทยในส่วนของโรคมะเร็ง และมีการรายงานอย่างสม่ำเสมอ
4. ควรสร้างเครือข่ายนักวิจัยที่กระจัดกระจายอยู่ในสถาบันต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือทำการวิจัยร่วมกัน เพื่อตอบปัญหาในเรื่องการควบคุมมะเร็งทั้งสองชนิดในประเทศไทย
5. ควรพัฒนาระบบการเก็บข้อมูลที่เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญในการเกิดมะเร็ง เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในสตรี โดยกำหนดดัชนีชี้วัด วิธีการเก็บข้อมูล ให้เป็นมาตรฐาน และควรบูรณาการ การสำรวจต่างๆ ให้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
6. ทะเบียนมะเร็งควรได้รับการสนับสนุนพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ให้มีความครอบคลุม และมีข้อมูลที่มีคุณภาพ เนื่องจากทะเบียนมะเร็งเป็นจักรกลสำคัญที่ใช้ในการติดตามและประเมินผลการควบคุมมะเร็ง
7. ในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการประเมินระบบเป็นระยะเพื่อหา จุดพัฒนา ระบบการเก็บข้อมูลของการตรวจคัดกรองในแต่ละวิธีต้องสามารถเชื่อมโยงกันได้

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่	ชื่อ	ลักษณะ
1.	ความต้องการสูติรีแพทย์ในปัจจุบัน และอนาคต	เอกสารประกอบการประชุมคณะผู้บริหารราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย หมายเลข 7.6.3 การประชุมวันศุกร์ที่ 17 กุมภาพันธ์ 2549
2.	ข้อมูลผู้ให้บริการ และเครื่องมือสำคัญ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งนรีเวชพ.ศ. 2548 ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย	รายงานของอนุกรรมการมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ราชวิทยาลัยสูติรีแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2547-2549
3.	แนวทางการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย (บทบาทของสมาคมเซลล์วิทยาแห่งประเทศไทย) พญ. อติฉิ นนไทรินายกสมาคมเซลล์วิทยา	การนำเสนอโดย Power point ในการประชุมเรื่องแนวทางการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย
4.	วงเดือน จินดาวัฒนะ ปิยะ หาญวงศ์ชัย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร เรื่อง เครื่องมือแพทย์ราคาแพงในประเทศไทย การกระจาย การใช้ และการเข้าถึงการบริการ โครงการวิจัยเมธีอาวุโสด้านเศรษฐศาสตร์การคลัง และสาธารณสุข สถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2544	วารสารวิชาการ (นิพนธ์ต้นฉบับ)
5.	Putthasri W, Tangcharoensathien V, Mugem S, Jindawatana W. Geographical Distribution and Utilization of Mammography in Thailand Regional Health forum 2004;8(1):85-91	วารสารวิชาการ (นิพนธ์ต้นฉบับ)
6.	การจัดระบบบริการด้านรังสีรักษา กับความต้องการ และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคมะเร็งในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2545 (The evaluation on radiation Therapy Service System Comparing with Need and Access to Care of Cancer Patients in Thailand, Fiscal Year 2002 โดย ภูมิต ประครองสาย สมศักดิ์ หุณห์ศรี วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร สุภาวณี สำเภา	รายงานการวิจัย

	นนท์ โครงการเมธีวิจัยอาวุโส ด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ ระหว่างประเทศ และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสำนักงานกองทุนสนับสนุนงานวิจัย มิถุนายน 2546	
7.	แผนการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2547	แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงาน โครงการควบคุมป้องกันและพัฒนา ประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง การเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก
8.	แผนการตรวจราชการ และนิเทศงาน กรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข	เอกสารแผนการตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2548 สำนักตรวจและประเมินผล สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
9.	นพ. พินิจ ฟ้าอำนวยพร นพ. ณรงค์ กยิตติประดิษฐ์ อรพินท์ ทรัพย์ลันธัตราตยระดับจังหวัด สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 11 เมษายน 2549	จุลสาร
10.	รศ. พญ. เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม รศ. พญ. พรพรรณ บุญรัตพันธุ์ และคณะ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของคนไทย สถานการณ์สุขภาพประเทศไทย ปีที่ 2 ฉบับที่ 13 มิถุนายน 2549	จุลสาร
11.	Thailand Reproductive Health Profile 2003 Reproductive Health Division Department of health Ministry of Public Health THAILAND The World Health Organization ('WHO') Region Office For South-East Asia New Delhi ISBN 974-515-584-5	หนังสือ
12.	Screening Strategies in Thailand (31) Vasant Linasmita, MD, FACOG Division of Gynecologic Oncology	Power point นำเสนอในการประชุม AOGIN 2006 ที่ CEBU ประเทศฟิลิปปินส์

	Ramathibodi Hospital, Thailand	
13.	ทะเบียนมะเร็ง โดย รศ.นพ. หัซซา ศรีปลั่ง หน่วยระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในโครงการพัฒนา ระบบข้อมูลโรคมะเร็ง	การนำเสนอโดย Power point
14.	สปสขกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (40) นายแพทย์นิวัฒน์ จี๋กังวาล สำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 29 กรกฎาคม 2548	การนำเสนอโดย Power point

ประเมินความครอบคลุมและคุณภาพของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ตามประเด็นในการประเมินผล

โดยทั่วไปการจัดทำโครงการไม่ว่าจะในระดับใดต้องมีการติดตามและประเมินผล สำหรับมะเร็งปากมดลูก UNAIDS และ ธนาคารโลกในปี 2002 ได้กำหนดกรอบในเรื่องการติดตามและประเมินผล การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกไว้ดังตารางต่อไปนี้⁽¹⁾

การติดตาม (การประเมินกระบวนการ)		การประเมิน (การประเมินประสิทธิภาพ)	
การสนับสนุน (Inputs)	สิ่งที่ได้รับ (Outputs)	ผลลัพธ์ (Outcomes)	ผลกระทบที่เกิดขึ้น (Impact)
- บุคลากร - งบประมาณ - การดูแล ตรวจ - ดา - สิ่งอำนวยความสะดวก - เครื่องมือ - สิ่งทดแทน - การฝึกอบรม - แผนงาน	- หน่วยบริการ - การตรวจคัด - กรอง และการ - รักษา - การบริการที่มี - คุณภาพ - บุคลากรที่มี - ความสามารถ - ความรู้ในเรื่อง - การป้องกัน - มะเร็งปาก - มดลูก	- ความ - ครอบคลุม - ของการคัด - กรอง - อัตราการ - ได้รับการ - รักษารอย - โรคก่อน - ลุกลาม - การ - เปลี่ยนแปลง - ทาง - พฤติกรรม - สังคมให้ - การ - สนับสนุน	- อุบัติการณ์ของ - มะเร็งปาก - มดลูก - การตายจาก - มะเร็งปากมด - ลูก - ผลกระทบทาง - เศรษฐกิจ - ผลกระทบด้าน - สังคม

เมื่อมีกรอบในการติดตาม ประเมินผลแล้ว จึงกำหนดตัวชี้วัดให้สอดคล้องกัน ตัวชี้วัดเหล่านี้จำเป็นต้องระบุไว้ให้ชัดเจนก่อนเริ่มต้นโครงการ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ ถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในระดับชาติ ตัวชี้วัดควรจะเป็นตัวที่วัดได้ง่าย แต่สะท้อนให้เห็นถึงจุดพัฒนา คุณภาพ หรือประสิทธิผลของโครงการ แต่การที่จะมีตัวชี้วัดได้จำเป็นต้องมีแหล่งข้อมูลก่อน ตารางที่ 1. แสดงการประเมินแหล่งข้อมูลตามกรอบการติดตามประเมินผล การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจนำไปประยุกต์ใช้สำหรับมะเร็งเต้านมด้วย

ตารางที่ 1. การประเมินแหล่งข้อมูลตามกรอบการติดตามประเมินผล การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อ แหล่งข้อมูล	มี	ไม่มี	ไม่แน่ใจ

สิ่งสนับสนุน (Inputs) - บุคลากร - งบประมาณ - การดูแล ตรวจตา - สิ่งอำนวยความสะดวก - เครื่องมือ - สิ่งทดแทน - การฝึกอบรม - แผนงาน	X X X X X	 X X	 X
สิ่งที่ได้รับ (Outputs) - หน่วยบริการการตรวจคัดกรอง และการรักษา - การบริการที่มีคุณภาพ - บุคลากรที่มีความสามารถ - ความรู้ในเรื่องการป้องกัน มะเร็งปากมดลูก	X		 X X
ผลลัพธ์ (Outcomes) - ความครอบคลุมของการคัดกรอง - อัตราการได้รับการรักษารอยโรคก่อนลุกลาม - การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม - สังคมให้การสนับสนุน	X X	 X X	
ผลกระทบที่เกิดขึ้น (Impact) - อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก - การตายจากมะเร็งปากมดลูก - ผลกระทบทางเศรษฐกิจ - ผลกระทบด้านสังคม	X X	 X X	

จุดประสงค์ของระบบข้อมูลทางสาธารณสุข (Health Information System-HIS) คือการให้ข้อมูลของตัวชี้วัดเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของโครงการ และค้นหาว่าตัวชี้วัดใดต้องพัฒนาปรับปรุงให้ดีขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น HIS ยังสามารถใช้ติดตามได้ถึงสถานะของ ผู้รับบริการแต่ละคนด้วย ระบบข้อมูลข่าวสารอาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับคือ

- สถานบริการ (facility-level HIS)
- รวมศูนย์ (centralized HIS) ในระดับอำเภอ จังหวัด เขต/ภาค
- ระดับชาติ (national level HIS)

ในรูปที่ 1. แสดงการไหลเวียน เชื่อมต่อของระบบข้อมูลข่าวสารที่ระดับอำเภอกับศูนย์ในระดับที่สูงขึ้นไป เช่น อาจเป็นระดับจังหวัด ภาค เป็นต้น

ในการประเมินระบบข่าวสารข้อมูล วิธีการที่ใช้คือ การสัมภาษณ์ผู้บริหาร และทบทวนแบบฟอร์ม เอกสาร

ในการศึกษาครั้งนี้ได้วางเกณฑ์ในการประเมินแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

- ครอบคลุมของระบบ (local versus nationwide)
- ความต่อเนื่องของการเก็บข้อมูล (sporadic VS continuous)
- ให้ตัวชี้วัดที่เหมาะสม (provide necessary indicators)
- ความสามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่น (linkage)
- ข้อมูลมีคุณภาพที่ดี เชื่อถือได้ (quality data)
- ให้ข้อมูลได้รวดเร็ว ทันเวลา (on time)
- สามารถนำมาใช้ในการวางแผน พัฒนาโครงการได้ (applicable)
- สามารถนำมาใช้ในการติดตามสถานะของผู้รับบริการ (clients status)

โดยในแต่ละหัวข้อจะประเมินเป็น 3 ระดับคือ ดีมาก (+++) ดี (++) พอใช้ (+) และไม่มีลักษณะตามหัวข้อที่ประเมิน (-)

เมื่อนำฐานข้อมูลที่กำลังกล่าวไว้ในผลการศึกษาข้อ 2 มาประเมินในด้านต่างๆ ผลปรากฏในตารางที่ 2.

ตารางที่ 2. การประเมินคุณภาพของฐานข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

	ความครอบคลุมของระบบ	ความต่อเนื่องของการเก็บข้อมูล	ตัวชี้วัดที่เหมาะสม	ความสามารถเชื่อมโยงกับระบบอื่น	คุณภาพข้อมูล	รวดเร็วทันเวลา	นำมาใช้ในการวางแผนพัฒนาโครงการ	ติดตามสถานะของผู้รับบริการ
องค์กรวิชาชีพ	+++	-	++	-	+++	+	++	-
การวิจัย	+++	-	++	-	+++	+	+++	-
ฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข	+++	+++	+++	++	++	++	+++	+++
สถานการณ์สุขภาพ	+++	+++	++	+	+	++	++	-
Thailand Reproductive health profile	+++	++	+++	+	++	++	++	-
ฐานข้อมูล สป.สช	++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++
ทะเบียนมะเร็ง	+++	++	++	++	+++	+	++	-

+++ ดีมาก, ++ดี, +พอใช้, - ไม่มีลักษณะตามหัวข้อที่ประเมิน

จะเห็นได้ว่า ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เน้นในเรื่องการคัดกรอง มีคุณลักษณะที่เหมาะสมสำหรับระบบข่าวสารข้อมูล โดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ ฐานข้อมูลที่มีความสำคัญรองลงไป คือ ทะเบียนมะเร็ง ซึ่งจะบอกถึงผลสัมฤทธิ์ในระยะยาว ฐานข้อมูลจากแหล่งอื่น โดยเฉพาะการวิจัย การสำรวจ จะช่วยเสริมให้มีการบริหารจัดการได้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

เมื่อพิจารณาระบบฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จะเห็นได้ว่ามีลักษณะที่เหมาะสมที่จะใช้ในการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

วิจารณ์

แหล่งข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันยังไม่สามารถนำมาใช้ในการติดตามประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านมได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะในด้านผลลัพธ์ และผลกระทบในด้านเศรษฐกิจ และสังคม แหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการประเมินผลการตรวจคัดกรอง ซึ่งเป็นการป้องกันในระดับทุติยภูมิ คือฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็ยังมีจุดพัฒนาในเรื่องการเชื่อมโยงกับระบบอื่น และคุณภาพของข้อมูล ซึ่งการวิจัยนี้ไม่สามารถลงไปตรวจสอบได้ในระดับปฏิบัติการ เนื่องจากการวิจัยทางเอกสาร ฐานข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งมีความสำคัญในการติดตามประเมินผลสัมฤทธิ์ขั้นสุดท้าย (impact) แต่ทะเบียนมะเร็งในประเทศไทยก็ยังไม่สามารถเชื่อมต่อเข้ากับฐานข้อมูลระดับชาติในการตรวจคัดกรอง จึงน่าจะเป็นจุดพัฒนาของทะเบียนมะเร็ง ที่จะเสริมประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรอง ที่สำคัญคือจะได้ข้อมูลของผลลบลง คือผู้ที่เคยตรวจคัดกรองได้ผลลบ แต่เกิดมะเร็ง แม้ทะเบียนมะเร็งจะมีความสำคัญมากในการควบคุมโรค แต่ก็มิอุปสรรคสำคัญคือไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยอาจโชคดีที่ทะเบียนมะเร็งมีคุณภาพ และมีแนวโน้มที่จะดำรงอยู่อย่างต่อเนื่อง ในช่วง 5 ปี ที่มา สำนักวิจัยระบบสาธารณสุขได้วิจัยในเรื่องความคุ้มค่า คุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรโดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง การรักษามะเร็ง ทำให้ได้ข้อมูลในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างมากในการกำหนดนโยบาย วางแผนปรับปรุง พัฒนาระบบที่มีอยู่

ข้อเสนอแนะ

ถ้ายึดตามโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ ระบบข้อมูลข่าวสารมะเร็งปากมดลูก เต้านม ควรพัฒนา เพื่อให้มีระบบในระดับสถานบริการปฐมภูมิ และรวมศูนย์ในระดับจังหวัด เขตการให้บริการทางสาธารณสุข หรือศูนย์มะเร็งที่มีอยู่ในภูมิภาคต่างๆ

ประยุกต์ใช้ระบบฐานข้อมูลของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ/หรือผสมผสานกับฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในการติดตาม และประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความเชื่อมโยงระหว่างระหว่างฐานข้อมูลของการตรวจคัดกรองกับทะเบียนมะเร็ง เพื่อให้เกิดความครอบคลุม และประสิทธิภาพของการควบคุมมะเร็ง

พัฒนาความเชื่อมโยงระหว่างฐานข้อมูลของการตรวจคัดกรองให้เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลของสถานพยาบาลในระดับตติยภูมิ เช่น โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ซึ่งจะมีข้อมูลที่แม่นยำในเรื่องการรักษาพยาบาล และทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาล (Hospital-based registration)

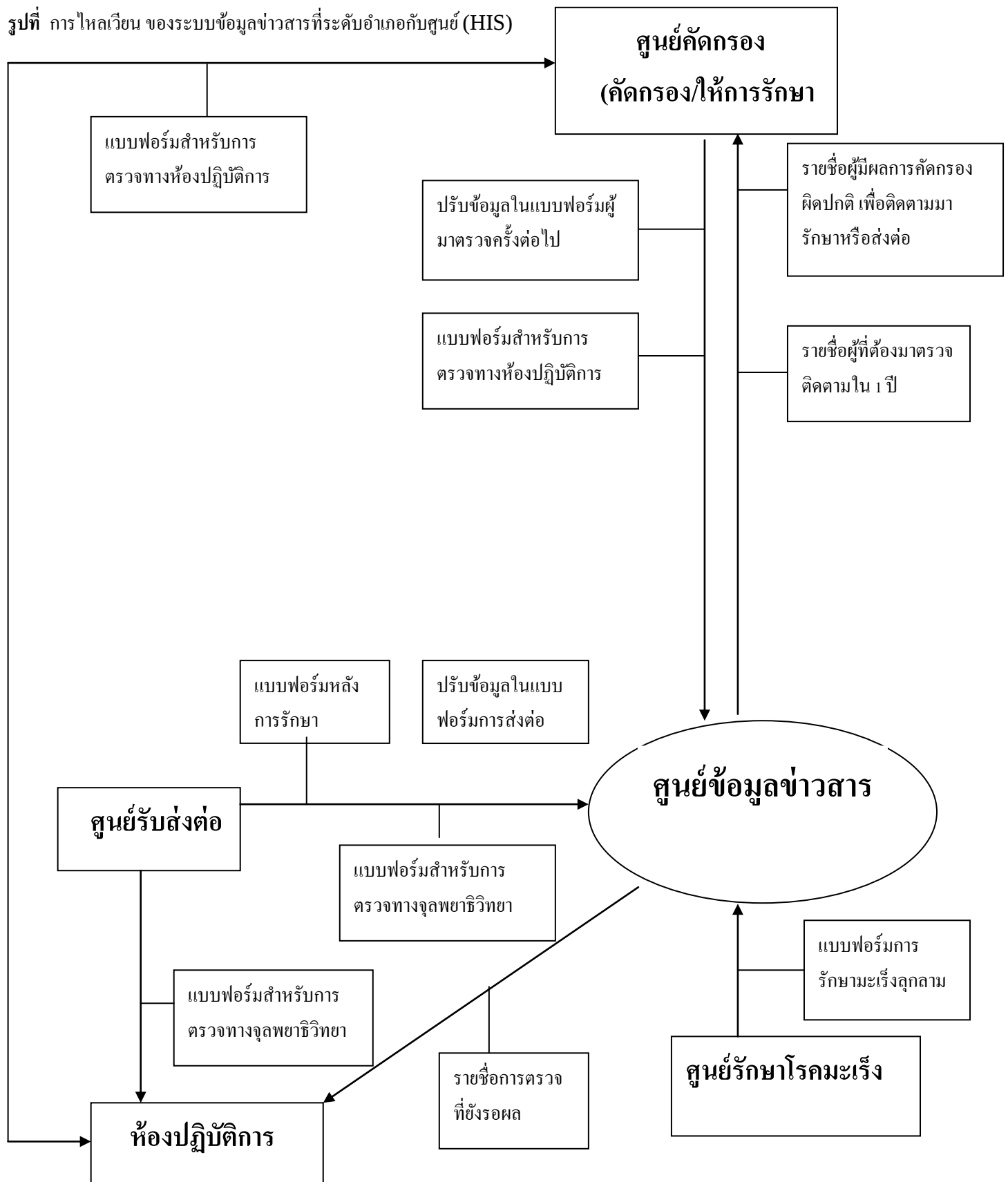
พัฒนาแหล่งข้อมูลที่ยังไม่มีในระบบปัจจุบัน คือข้อมูลในด้านสังคม เช่น พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็ง ความตระหนัก ความยอมรับในการตรวจคัดกรอง ฯลฯ รวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับทางเศรษฐกิจ เพื่อนำมาใช้ในการประเมินความคุ้มค่า คุ้มค่า หรือการจะนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ในการควบคุมมะเร็ง

ใช้รูปแบบของระบบข้อมูลของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่	ชื่อ	ลักษณะ
1.	Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A manual for managers. Seattle: ACCP;2004	หนังสือ

รูปที่ การไหลเวียน ของระบบข้อมูลข่าวสารที่ระดับอำเภอกับศูนย์ (HIS)



เก็บรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด หรือประเด็นในการประเมินผล การจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม ทรพยาการและผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูกและเต้านม และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ และต้นทุนหรือทรัพยากรที่ใช้ ระหว่างวิธีการจัดการที่แตกต่าง กัน เช่นวิธีการคัดกรองโรค 2 วิธี จากแหล่งข้อมูลที่มี

1. ข้อมูลตามตัวชี้วัด หรือประเด็นในการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

เป็นที่ทราบกันดีว่าการควบคุมมะเร็งปากมดลูก และเต้านม หัวใจสำคัญคือการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ (Organized screening) (ซึ่งต้องการสิ่งจำเป็นพื้นฐานดังต่อไปนี้⁽¹⁾)

- ข้อมูลจำนวนของประชากรที่จะคัดกรอง
- วิธีการเข้าถึง เชิญชวนประชากรมาตรวจคัดกรอง
- การประเมินความครอบคลุม
- ระบบการควบคุมคุณภาพ
- การดูแล รักษาผู้มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ

ประสิทธิผลของการตรวจคัดกรองจะวัดได้จากสัดส่วนของการตรวจพบประชากรสตรีที่มีรอยโรค และ ได้รับการรักษา ตัวชี้วัดที่สำคัญในเรื่องนี้ ได้แก่ ประชากรเป้าหมาย จำนวนประชากรที่มารับการตรวจคัดกรองครั้งต่อไปตามที่กำหนด คุณภาพของวิธีการตรวจคัดกรอง (ซึ่งสำหรับ Pap smears หมายถึง เก็บเซลล์จากการทำ Pap smears ได้เพียงพอ คุณภาพของการแปลผลสไลด์ Pap smears) และการติดตามผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ⁽²⁾

1.1 การประเมินผลในการจัดการ โรคมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์สิ่งจำเป็นพื้นฐานในการคัดกรองอย่างเป็นระบบ ดังได้กล่าวมาแล้ว ได้แสดงไว้ในตารางที่

1.

ตารางที่ 1. สิ่งจำเป็นพื้นฐานในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเป็นระบบในประเทศไทย

สิ่งจำเป็นพื้นฐาน	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านมในประเทศไทย
จำนวนของประชากรที่จะคัดกรอง	ใช้ข้อมูลตามทะเบียนราษฎรในกลุ่มอายุที่กำหนด
วิธีการเข้าถึงประชากร	ใช้การประชาสัมพันธ์ในวงกว้าง (mass education/mass media) และให้สาธารณสุขจังหวัด แสดงรายชื่อของสตรีที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะต้องคัดกรอง
การประเมินความครอบคลุม	ใช้การรายงานผลการดำเนินงานตามห้องงานที่ 8 โครงการควบคุมป้องกัน และพัฒนาประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง และแผนการตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวง สาธารณสุข แบบ e-inspection
ระบบการควบคุมคุณภาพ	ใช้ระบบการควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

	ตามปกติ
การดูแล รักษาผู้มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	ใช้การรายงานผลการดำเนินงานตามห้องงานที่ 8 โครงการควบคุมป้องกัน และพัฒนาประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง และแผนการตรวจราชการ และนิเทศงานกรณีปกติระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข แบบ e-inspection/ในมะเร็งเต้านมไม่มีการเก็บข้อมูลของการติดตามผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ

การติดตาม เพื่อประเมินผลตรวจคัดกรองจำเป็นต้องอาศัยระบบข้อมูลแบบบูรณาการ การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิภาพของการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูกโดยเน้นกระบวนการ สามารถทำได้โดยใช้ short-term performance indicators ^(2,3,4) การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อใช้ในการประเมินการตรวจคัดกรองในประเทศไทย แสดงไว้ในตารางที่ 2.

ตารางที่ 2. การวิเคราะห์ข้อมูลที่มีอยู่เพื่อใช้ในการประเมินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

ตัวชี้วัดกระบวนการ	การวัด	คำจำกัดความ	ข้อคิดเห็น	การคัดกรองในประเทศไทย
ผู้มารับการตรวจคัดกรอง	อัตราการเข้ามามีส่วนร่วม หรือความครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง ตามนโยบายที่กำหนด	ร้อยละของสตรีในกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามารับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเวลาที่กำหนด	ต้องปรับตัวหารด้วย อัตราความชุกของการคัดมดลูก คาดการณ์ตามอายุ ภูมิภาค และตัวชี้วัดของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ	ใช้ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข
ระบบการส่งต่อและการรักษา	การปฏิบัติตามคำแนะนำสำหรับการติดตามสไลด์ที่ไม่ได้มาตรฐาน และสไลด์ที่พบความผิดปกติ	ร้อยละของสตรี ที่พบความผิดปกติ หรือสไลด์ ไม่ได้มาตรฐาน หรือพบความผิดปกติ ที่มาติดตาม ตามนโยบายที่กำหนด	ควรรวมการดูแลรักษาเมื่อสตรีกลุ่มดังกล่าวมาติดตามผล เช่น การตรวจซ้ำ หรือการทำ colposcopy ควรบันทึกเหตุผลที่ต้องติดตาม เช่น สไลด์ที่ตรวจไม่ได้ มาตรฐาน หรือมีการรายงานแบบกำกวม ผู้รับผิดชอบในการดูแลสตรีเหล่านี้ ควรระบุเหตุผลที่สตรีไม่มาติดตามผลด้วย	ใช้ฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข แต่อาจไม่สมบูรณ์นักและไม่มั่นใจในความแม่นยำของข้อมูล

	การปฏิบัติตาม คำแนะนำในเรื่อง การรักษา	ร้อยละของสตรีที่ ได้รับการรักษาตาม คำแนะนำ	ระบุวิธีการรักษา และ ได้รับการรักษาเมื่อใด ระบุเหตุผลคล้ายคลึง กับในข้อการติดตาม สตรีกลุ่มที่มีความ ผิดปกติ	ใช้ฐานข้อมูลของ กระทรวง สาธารณสุข แต่ อาจไม่สมบูรณ์
ภาพรวม	ระยะของโรคใน สตรีที่เป็นมะเร็ง ปากมดลูกระยะ ลุกลาม มะเร็งที่เกิดขึ้น ช่วงเวลาที่กำลังคัด กรอง (interval cancer)	ร้อยละของระยะ ต่างๆของโรคมะเร็ง ระยะลุกลามใน ภูมิภาคนั้นๆ จำนวนของสตรีที่ เกิดมะเร็งระยะ ลุกลามหลังการ ตรวจคัดกรองปกติ และยังไม่ถึงการคัด กรองครั้งต่อไป ต่อ สตรี 100 000 คนที่ มีความเสี่ยงต่อปี หรือจะรายงานเป็น จำนวนต่อ สตรี 100 000 คนที่การตรวจ คัดกรองปกติ	ต้องมีทะเบียนมะเร็ง การคำนวณต่อปีนั้น ให้คำนวณจากวันที่ ตรวจคัดกรอง ไป จนถึงวันที่วินิจฉัย หรือวันที่จะตรวจคัด กรองครั้งต่อไป รายละเอียดของแต่ละ ราย ต้องมีการบันทึก เพื่อใช้ในการ ตรวจสอบ	มีทะเบียนมะเร็ง รับผิดชอบโดย สถาบันมะเร็ง ไม่มีข้อมูล
ประสิทธิภาพ	คัดกรองมากเกินไป	ร้อยละของสตรีที่ ผลการตรวจคัด กรองปกติ แต่ได้รับ การตรวจคัดกรอง ก่อนระยะเวลาที่ กำหนด (อาจ รายงานเป็นตัวเลข ต่อประชากรสตรี 100 000 คนที่ผล การตรวจคัดกรอง ปกติ		ไม่มีข้อมูล

1.1.1 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smears

สถาบันมะเร็ง กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ Pap smears ความครอบคลุมได้จากข้อมูล 2 แหล่งคือ

ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทางด้านสุขภาพและสังคม (National Health and Welfare Survey-NWS) ⁽⁵⁾ ในปี พ.ศ. 2546 (ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโดย Pap smears คือร้อยละ 37.7 เมื่อแยกตามภาคพบว่าภาคเหนือ มีความครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ 42.1) ตามด้วยภาคใต้ (ร้อยละ 39.5) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามลำดับ (ร้อยละ 36.0) สตรีในเขตเทศบาลได้ตรวจคัดกรองมากกว่านอกเขตเทศบาล ร้อยละ 63.8 ของสตรีนอกเขตเทศบาลไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง

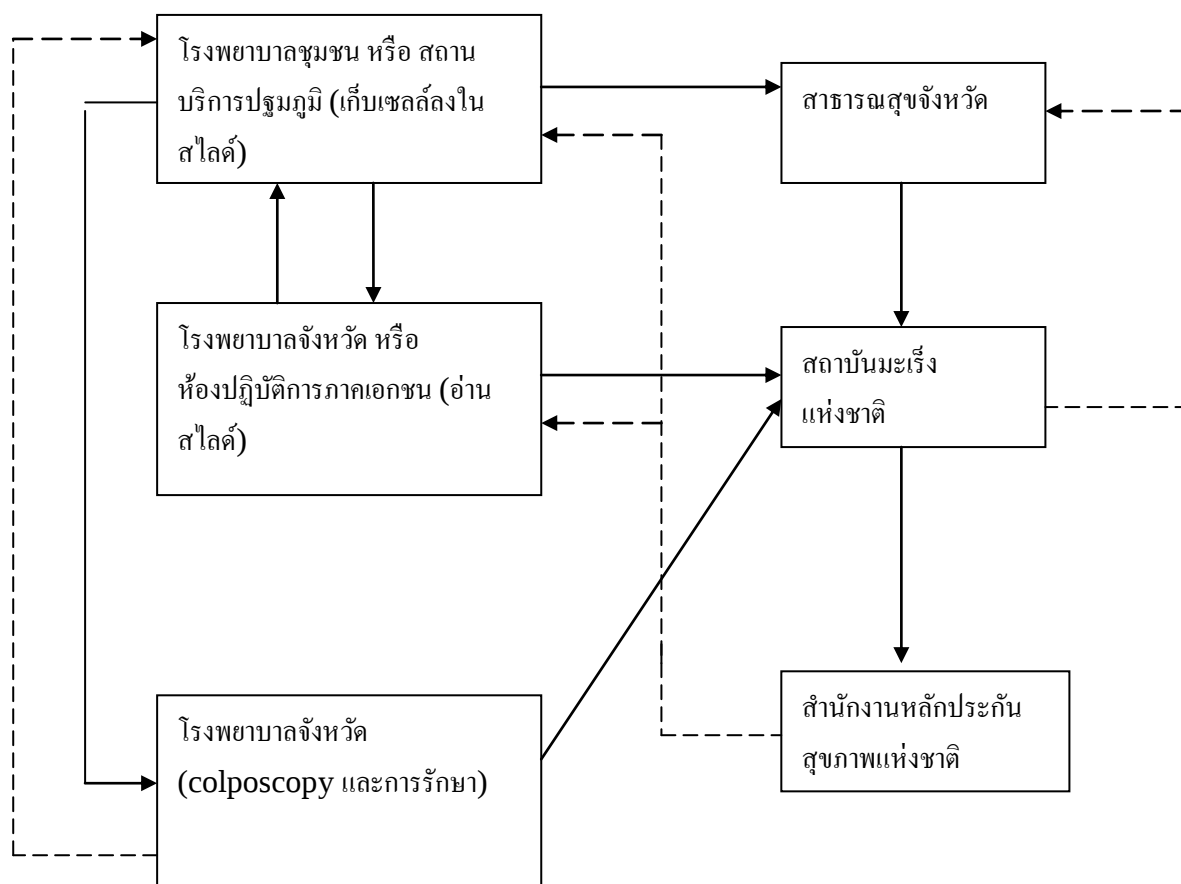
ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพระดับ (The National Health Examination Survey-NHES) ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2547 ⁽⁶⁾ ในสตรีวัยทำงานอายุระหว่าง 15-59 ปี ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโดย Pap smears คือร้อยละ 54.5 ผู้หญิงในชนบทห่างไกล และนอกเขตเทศบาล ได้รับการตรวจคัดกรองน้อยกว่าในเมือง

ข้อมูลจากการสำรวจภาวะสุขภาพการเจริญพันธุ์ในปี พ.ศ. 2549 ⁽⁷⁾ ซึ่งการคัดกรองเป็นได้ทั้ง Pap smears และ VIA-cryotherapy พบความครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 63.3 สตรีในชนบทนอกเขตเทศบาลได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะสตรีในภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขได้ทำข้อตกลงกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่เริ่มในปี พ.ศ. 2548 มีฐานข้อมูล Pap registry และมีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้บริการ ข้อมูลก็มีรายละเอียดมากขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2548-2549 ⁽⁸⁾ ในสตรีกลุ่มอายุน้อยคือ 35 40 45 และ 50 ปี ได้รับการตรวจ Pap smears ร้อยละ 15-17 ในกลุ่มอายุมาก คือ 55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองร้อยละ 7-10% ความครอบคลุมในภาพรวมคือร้อยละ 7 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะมีความครอบคลุมมากที่สุด (ร้อยละ 10.4) และน้อยที่สุดในภาคกลาง (ร้อยละ 5.2)

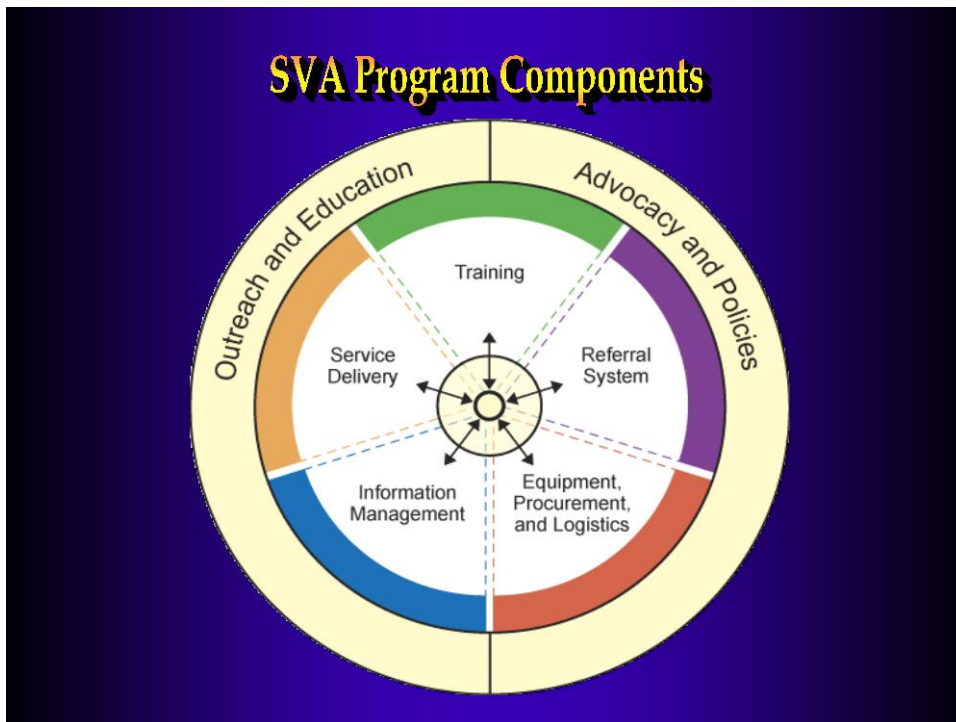
ผลการตรวจคัดกรอง พบว่าร้อยละ 17 ของสไลด์ ไปไม่ถึงห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 0.8 ไม่สามารถแปลผลได้ในจำนวนสไลด์ที่แปลผลได้ ร้อยละ 1.9 พบความผิดปกติ

รูปที่ 1. แสดงการไหลเวียนของข้อมูลในฐานข้อมูล Pap registry



1.1.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) –cryotherapy (SVA-Single Visit Approach)

การวิจัยที่ลงตีพิมพ์ใน Lancet คือ Safety, acceptability, feasibility of a single-visit approach (SVA) for cervical cancer prevention in rural area of Thailand: a demonstration project ⁽⁹⁾ เป็นการพิสูจน์ความเชื่อที่ว่า การป้องกัน คือการคัดกรอง+ การดูแลรักษา (VIA+cryotherapy) โครงการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ คือ มีความครอบคลุมของการคัดกรอง การรักษาที่มีประสิทธิภาพ และความเชื่อมโยงระหว่างการคัดกรอง และการรักษา เป็นวงกลม 3 วงที่ทับซ้อนกันอยู่ องค์ประกอบของ SVA ดังแสดงในภาพที่ 1. วิธีการคัดกรอง ต้องเป็นวิธีที่เชื่อถือได้ ทำได้ง่าย และราคาถูก เป็นการคัดกรองดูแลในครั้งเดียวที่สตรีมารับบริการ



ภาพที่ 1. องค์ประกอบของ Single Visit Approach

VIA เป็นทางเลือกหนึ่งของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำในสตรีอายุ 30-45 ปี โดยพยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรม ทราบผลทันที VIA และ การจีเอ็นเป็นทางเลือกเพราะสามารถทำได้โดยพยาบาลที่ผ่านการอบรม ให้การบริการในประชากรได้เป็นจำนวนมาก ลดงานของพยาธิแพทย์ ซึ่งขาดแคลน ให้การดูแลรักษาทันที (SEE and Treat) ทำได้ทั่วไปแม้ในสถานีนอกรีต และประหยัดค่าใช้จ่ายกว่าวิธีอื่น

การตรวจคัดกรองโดยวิธีนี้ ผู้ให้บริการหลักคือพยาบาล เนื่องจากแนวคิดที่ว่า แพทย์มีจำนวนน้อย มีภาระงานมาก การวิจัยจาก SAFE Project พิสูจน์ว่าพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมสามารถให้บริการได้ ความสำเร็จจากโครงการวางแผนครอบครัวในประเทศไทยยืนยันความสามารถของพยาบาลได้เป็นอย่างดี แพทย์สภาและสภาพยาบาลก็ให้การยอมรับในเรื่องการให้พยาบาลเป็นผู้ให้บริการ กระทรวงสาธารณสุขจึงให้การยอมรับว่าเป็นทางเลือกหนึ่งในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามการอบรม และการประกันคุณภาพมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

การอบรมประกอบด้วย

- เนื้อหาการอบรม ได้แก่ การให้ความรู้ คือการให้คำปรึกษาทั้งส่วนตัว และเป็นกลุ่ม การคัดกรอง ได้แก่การตรวจภายใน การทำ VIA การป้องกันการติดเชื้อ การรักษาผลการคัดกรองผิดปกติ ได้แก่การจีเอ็น การบันทึก และรวบรวมข้อมูล
- วิธีการอบรม ประกอบด้วย ด้านทักษะ คือปฏิบัติจริง (Competency base training) ฝึกกับหุ่นก่อนปฏิบัติจริง (Humanistic training) ปฏิบัติกับคน เกณฑ์ผ่าน 80% (Mastery Learning)

ระยะเวลาการฝึกอบรมคือ 10 วัน คณะวิทยากรที่ให้การอบรม แต่ละทีมประกอบด้วยแพทย์ 2-4 คน พยาบาล 8 คน และฝ่ายบริหารจัดการ 2 คน

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนกรมอนามัยในการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ การจัดฝึกอบรมเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล จัดฝึกอบรม VIA ทั่วประเทศ จำนวนเป้าหมายสตรีอายุ 30-45 ปี จำนวน 100 000 จ่ายเงินให้ผู้ทำรายละ 50 บาท

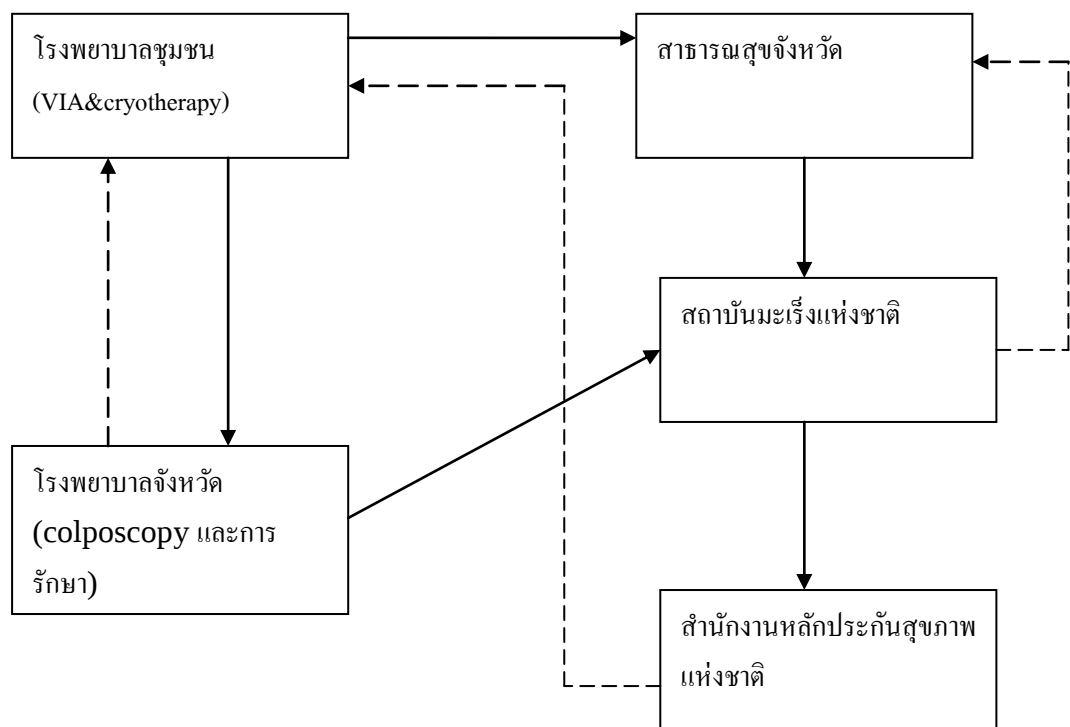
ฐานข้อมูลที่ใช้ในโครงการนี้คือ Cervical Cancer Prevention Information System เริ่มใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา มีการไหลเวียนของข้อมูลดังปรากฏในรูปที่ 2.

ผลการดำเนินการ⁽⁸⁾ พบว่าการให้บริการส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ผลการดำเนินการพบว่าสตรีอายุระหว่าง 41-44 ปี มีการคัดกรองเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 28 ในปี พ.ศ. 2549 ในทางกลับกัน สตรีอายุระหว่าง 30-34 ปี มีการตรวจลดลงจากร้อยละ 33 ในปี พ.ศ. 2545 เป็นร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2549

ความครอบคลุมในสตรี 3 กลุ่มอายุ (30-34, 36-39, 41-44) คือ ร้อยละ 15.2 ความครอบคลุมในสตรีอายุมาก (41-44) และอายุน้อย (30-34) ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 14.5

ผลการตรวจคัดกรอง พบว่า ร้อยละ 12.4 เห็น transformation Zone ไม่สมบูรณ์ อันหมายความว่าไม่สามารถแปลผลได้ ในรายที่เห็น transformation Zone อย่างสมบูรณ์ โดยเฉลี่ยร้อยละ 4.2 พบความผิดปกติ (รอยปื้นขาว) เกือบจะทั้งหมด (ร้อยละ 99.4) ได้รับการดูแลรักษา คือส่งต่อ ร้อยละ 28.5 ได้รับการจีเอ็นร้อยละ 70.9

รูปที่ 2. แสดงการไหลเวียนของข้อมูลใน ฐานข้อมูล CPISim



1.2 การประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งเต้านม

ใช้หลักการเช่นเดียวกับการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงไว้ในตารางที่ 1. มีความแตกต่างในประเด็นต่อไปนี้

- ใช้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นหลัก และเมื่ออายุมากขึ้น (30 ปี) จึงแนะนำให้ตรวจด้วยบุคลากรทางการแพทย์ และตรวจด้วยเครื่องมือ mammography ในสตรีอายุ 40 ปี ที่มีความเสี่ยง
- มีความยากลำบากในการเก็บข้อมูล ความครอบคลุม เนื่องจากลักษณะการตรวจคัดกรองคงได้กล่าวมา
- ยังไม่มีฐานข้อมูลระดับชาติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- มีความหลากหลายในการดูแลสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ

2. การเปรียบเทียบวิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่าง Pap smears และ Visual Inspection with Acetic acid-cryotherapy

จากรายละเอียดที่แสดงไว้ในข้อที่ 1. สามารถนำมาเปรียบเทียบวิธีการคัดกรองทั้ง 2 วิธีในช่วงปี พ.ศ. 2548, 2549 ตามที่ตกลงกับสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดังนี้

	Pap smears	VIA-cryotherapy	หมายเหตุ
ผู้รับผิดชอบ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์	กรมอนามัย	
ผู้ให้บริการ	แพทย์/พยาบาล	พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรม	
ห้องปฏิบัติการ	ต้องการห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ	ไม่ต้องการห้องปฏิบัติการ	ในระบบการคัดกรองโดยทั่วไป
การรายงานผล	ใช้เวลาโดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์	ทราบผลทันที	
ผู้รับบริการ	อายุ 35-64 ปี ทุก 5 ปี	35-44 ปี	VIA ไม่ควรทำในสตรีอายุ 45 ปี ขึ้นไป เนื่องจากจะไม่เห็น transformation zone ชัดเจน
จำนวนผู้รับบริการ	472 966(a)	307 442(b)	(a) ข้อมูลจาก papRegistry พ.ศ. 2548-2549 (b) ข้อมูลจาก CPIStm พ.ศ. 2545-2549
ความครอบคลุม	ร้อยละ 11.1	ร้อยละ 6.2	ข้อมูลในช่วง พ.ศ. 2548-2549

ผลการตรวจคัดกรอง	- สไลด์ที่ไม่ถึงห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 17.0 - สไลด์ที่คุณภาพไม่ดี แปลผลไม่ได้ ร้อยละ 0.8 - ความผิดปกติ ร้อยละ 1.9	- ไม่เห็น transformation zone ร้อยละ 12.4 - ความผิดปกติ ร้อยละ 4.2 -	
การดูแลรักษาในรายที่ผลการตรวจผิดปกติ	ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์	เกือบร้อยละร้อย	
อัตราการส่งต่อ	ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์	ร้อยละ 28.5	
อัตราการรักษา	ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์	ร้อยละ (a) 70.9	(a) จีเอ็น
ผลบวกคง	ข้อมูลยังไม่สมบูรณ์	ร้อยละ 66.5	

3. เปรียบเทียบความคุ้มค่า (Cost-effectiveness) ของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้อยู่ในประเทศไทย (8)

ความคุ้มค่าของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ระหว่าง Pap smears และ VIA ได้รับการประเมินในรูปแบบการวิจัย โดย Health Intervention and Technology Assessment Program () ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่การวิจัยนี้จะวิเคราะห์ถึงการใช้ HPV vaccine ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิด้วย ส่วนการใช้ HPV DNA testing เพื่อการคัดกรองในเบื้องต้นหรือร่วมกับ Pap smears ยังไม่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะใช้กันในภาคเอกชน และเหตุผลที่สำคัญก็คือยังไม่มีกรยอมรับให้ใช้ในเวชปฏิบัติอย่างเป็นทางการ การวิจัยโดย HITAP ได้ผลสรุปว่า

1. การตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smears, VIA, หรือ VIA ตามด้วย Pap smear มีความคุ้มค่า HPV vaccine มีแนวโน้มที่จะลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ลดค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง แต่ราคาประมาณ 15 000 บาท ต่อ 3 dose ของวัคซีน ยังแพงมาก ไม่คุ้มค่า เพราะต้องราคาต่อ Quality Adjusted Life Year (QALY) มีราคาถึง 3 เท่า ของ GDP ประเทศไทย (270 000 บาท) ความคุ้มค่าของวัคซีนจะอยู่ที่ราคาประมาณ 3 750 บาท
2. การตรวจคัดกรองด้วย VIA ในสตรีอายุน้อย คือ 30-45 ปี ตามด้วย Pap smears ในสตรีอายุ 45-60 ปี จะเหมาะสมในแง่งบประมาณ มากกว่าวิธีการตรวจคัดกรองในปัจจุบัน คือ 2 วิธี ต่างคนต่างทำ และมี 2 หน่วยงานรับผิดชอบ
3. Incremental cost-effectiveness ratio ที่ 5% discount rate ในการตรวจคัดกรองแต่ละวิธีมีดังนี้
 - Pap smears ทุก 5 ปี ในสตรีอายุ 30-60 ปี เท่ากับ - 68 000 บาท
 - VIA ทุก 5 ปี ในสตรีอายุ 35-45 ปี เท่ากับ - 74 000 บาท

- VIA ทุก 5 ปี ในสตรีอายุ 35-40 ปี ร่วมกับ Pap smears ทุก 5 ปี ในสตรีอายุ 45-60 ปี เท่ากับ - 71 000 บาท

วิจารณ์

เมื่อยึดหลักการการตรวจคัดกรองตามหลักสากลจะพบว่า ประเทศไทยมีแหล่งข้อมูลพื้นฐานในการควบคุมมะเร็งทั้ง 2 ชนิด ขกเว้น ไม่มีฐานข้อมูลของการติดตาม การรักษาในสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมพบความผิดปกติ แต่ถึงแม้จะมีแหล่งข้อมูลดังกล่าว เมื่อวิเคราะห์หัตถ์ชีวิตในการประเมินประสิทธิผลของการตรวจคัดกรอง พบว่ายังแหล่งข้อมูลที่มีอยู่ยังมีข้อจำกัด ไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างเต็มที่ด้วยเหตุผลหลัก 2 ประการคือคุณภาพของข้อมูล ความสมบูรณ์ และความเชื่อมโยงของแหล่งข้อมูลต่างๆ จุดอ่อนสำคัญในส่วนปัจจัยพื้นฐานของการตรวจคัดกรองคือ การเข้าถึงประชากร อันน่าจะเป็นคำอธิบายในส่วนของความครอบคลุมที่ไม่สามารถบรรลุถึงเป้าหมายได้ (ร้อยละ 80) จุดอ่อนที่สำคัญในส่วนของตัวชีวิตในการประเมินประสิทธิผลการตรวจคัดกรองมะเร็งในภาพรวม คือขาดข้อมูลของ interval cancer และ ในส่วนตัวชีวิตข้อการประเมินประสิทธิภาพคือ การคัดกรองที่มากเกินไป

เมื่อประเมินความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากแหล่งข้อมูลสำรวจในระดับชาติพบว่า ความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น จาก ร้อยละ 37.7 ในปี พ. ศ. 2547 เป็นร้อยละ 63.3 ในปี พ. ศ. 2549 ทั้งนี้ในความหมายที่ว่า ร้อยละของสตรีไทยที่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ไม่ว่าจะเป็นการตรวจคัดกรองอย่างเป็นระบบ (organized screening) หรือ การตรวจคัดกรองตามโอกาส (opportunistic screening)

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เป็นผู้ริเริ่มโครงการตรวจคัดกรองที่ใช้ Pap smears และ VIA-cryotherapy อันเป็นเสมือนโครงการนำร่องของการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้ค่าตอบแทนเป็นแรงผลักดัน ทั้ง 2 วิธีไม่บรรลุเป้าประสงค์ที่ตั้งไว้ในเรื่องการคัดกรองประชากรกลุ่มเป้าหมาย Pap smears ก็มีความครอบคลุมได้มากกว่า VIA มีข้อสังเกตว่าในจังหวัดที่มีคามกระตือรือร้นในการตรวจคัดกรอง ก็จะคัดกรองได้ดีทั้ง 2 วิธี

การเปรียบเทียบระหว่าง Pap smears และ VIA-cryotherapy ไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดจะมีข้อเด่น ข้อดีเหนือกว่าอย่างชัดเจน แต่ข้อมูลในระบบ CPISum ดูจะมีความสมบูรณ์ ครบถ้วนมากกว่า ความผิดปกติของการคัดกรองด้วย VIA มากกว่า Pap smears 2 เท่า และร้อยละเกือบ 30 ต้องส่งต่อ ทำให้มีข้อสังเกตว่า การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจาก VIA นี้ต้องการทรัพยากรเรื่อง colposcopy มากขึ้น และการตรวจด้วย VIA มีผลบวกสูง ข้อมูลจาก PapRegistry ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงทำให้มีข้อจำกัดในการเปรียบเทียบ

การตรวจคัดกรองโดย Pap smears และ VIA-cryotherapy ดังที่กระทำอยู่ในปัจจุบัน อาจมีจุดอ่อนในเรื่องการบริหารจัดการทำให้ไม่สามารถครอบคลุมประชากรเป้าหมายได้ตามเป้าประสงค์ การตรวจด้วย VIA ตามด้วย Pap smears (Dual track screening) ให้ผลเป็นที่น่าพอใจในมุมมองของความคุ้มค่า จากการวิจัยของ HITAP การใช้วัคซีน HPV คงหลีกเลี่ยงไม่ได้ในอนาคต โดยเฉพาะเมื่อราคาลดลง เหลือร้อยละ 25 ของราคาเสนอขายเริ่มแรกเมื่อนำเข้ามาในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาฐานข้อมูลของการติดตาม การรักษาในสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมพบความผิดปกติ
2. พัฒนาฐานข้อมูลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเพิ่มข้อมูลในเรื่อง Interval cancer และการตรวจคัดกรองที่มากเกินไป
3. พัฒนาคุณภาพของข้อมูล ความสมบูรณ์ที่มีอยู่ และเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลอื่น โดยเฉพาะทะเบียนมะเร็ง
4. เปลี่ยนกลยุทธ์ในการเข้าถึงประชากรสตรีเป้าหมาย
5. เน้นการสำรวจข้อมูลในระดับชาติให้สม่ำเสมอ
6. วิเคราะห์ข้อมูลของ Pap smears ที่ยังไม่สมบูรณ์ เพื่อประเมินศักยภาพของ Pap smears ในประเทศไทย
7. การบูรณาการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้ง 2 วิธี เพื่อใช้ในประเทศไทย โดยยึดหลักการว่า VIA cryotherapy เป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่เป็นทางเลือก
8. ควรทำโครงการ Dual track screening เป็นโครงการนำร่อง และบูรณาการระบบการเก็บข้อมูลเข้าด้วยกัน
9. ใช้หลักการของการควบคุมมะเร็งปากมดลูกมาประยุกต์ใช้กับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

เอกสารอ้างอิง

ลำดับที่	ชื่อ	ลักษณะ
1.	Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP).Planning and Implementing Cervical Cancer Prevention and Control Programs: A Manual for Managers. Seattle: ACCP;2004	หนังสือ
2.	Ponten J, Adam HO, Bergstrom R, et al. Strategies for global control of cervical cancer Int J Cancer 1995;60:1-26	วารสารวิชาการ
3.	Hakama M, Chamberlein J, Day NE, et al. Evaluation of screening program for gynecological cancer. Br J Cancer 1985;52:669-73	วารสารวิชาการ
4.	Coleman D, Day N, Douglas G, et al. European Guideline for quality assurance in cervical cancer screening. Europe against Cancer Programme, Eur J Cancer 1993; 29A Suppl 4:S1-38.	วารสารวิชาการ
5.	Health and Welfare Survey 2003	การสำรวจภาวะสุขภาพและสังคม โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
6.	National Health Examination Survey 2003-2004	การสำรวจภาวะสุขภาพแห่งชาติ

7.	Reproductive health Survey 2006	การสำรวจภาวะสุขอนามัยการเจริญพันธุ์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ
8.	Research for Development of an Optimal Policy Strategy for Prevention and Control of CERVICAL CANCER IN THAILAND International Health Policy Program, Thailand, and Health Intervention and Technology Assessment Program. Ministry of Public Health, Thailand 2008	รายงานการวิจัย
9.	RTCOG and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group. Safety, acceptability, and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. Lancet 2003;361:814-20.	วารสารวิชาการ

ระบุนโยบายที่เหมาะสมในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม

นโยบายในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ควรมีการทบทวนแก้ไข ด้วยเหตุผลต่อไปนี้

- ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ได้ ถึงแม้จะดำเนินการต่อเนื่องมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9/10
 - โครงสร้างการบริหารจัดการที่ปรากฏอยู่ในแผนการป้องกัน และควบคุมมะเร็งแห่งชาติ อาจไม่เหมาะสม สำหรับบริบทของประเทศไทย และในยุคสมัยของการมีส่วนร่วมของประชาชนถือเป็นหัวใจสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ
 - มีการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นำมาสู่องค์กรอิสระที่ควบคุมดูแลกำหนดแนวทางการดูแลรักษา และที่สำคัญยิ่งคือการบริหารจัดการด้านการเงิน เช่น สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
 - มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่มีการกิจหลักในการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสาธารณสุข ซึ่งมีศักยภาพในการวิเคราะห์ที่ครอบคลุมในภาพรวมใหญ่ จึงควรใช้ศักยภาพของหน่วยงานนี้สำหรับการให้ข้อมูล เพื่อกำหนดนโยบายในระดับประเทศ
 - ในการดำเนินการที่ผ่านมา ไม่เคยมีการประเมินผลงานที่รับผิดชอบ จึงทำให้ไม่เห็นจุดอ่อน จุดแข็ง จุดพัฒนาของแผนงาน
 - ไม่ได้ใช้ศักยภาพของทะเบียนมะเร็งที่มีอยู่ในการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ
 - การคัดกรองร่วมสมัยในปัจจุบันต้องให้ความสำคัญในด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเป็นอย่างมาก เช่นเดียวกับการรักษาพยาบาลที่ต้องคำนึงถึงประเด็นการคลังของโรคเช่นเดียวกัน
 - มีโรคอุบัติใหม่ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแก่ประชากรส่วนใหญ่ของประเทศที่ต้องการทรัพยากรในการดูแล และอาจเป็นความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับประเทศมากกว่ามะเร็งปากมดลูก/มะเร็งเต้านม
 - องค์ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกได้ทั้งด้านระบาดวิทยา และชีวโมเลกุลเพิ่มพูนขึ้นมาก จนนำไปสู่การพัฒนาวัคซีน HPV เพื่อใช้ในการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ
 - มีการพัฒนาวิธีการตรวจคัดกรองอีกหลายวิธี แต่ที่น่าสนใจสำหรับประเทศกำลังพัฒนา ได้แก่ Visual Inspection with Acetic acid-VIA และตามด้วยการจี้เย็น ที่เรียกว่า Single Visit Approach-SVA อีกวิธีหนึ่งคือการตรวจหา HPV DNA เป็นการคัดกรองแบบปฐมภูมิ แทนที่ Pap smears
- ดังนั้นนโยบายในการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมควรมีลักษณะ หรือกำหนดประเด็นหลักดังต่อไปนี้

มะเร็งปากมดลูก

ประเด็น	รายละเอียด/คำอธิบาย	ตัวอย่าง
วิสัยทัศน์ (Vision)	แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของงานในเวลา ที่กำหนดจะควบคุมมะเร็งปากมดลูก ให้ได้ภายในปี	จะควบคุมมะเร็งปากมดลูกให้ ได้ภายในปี
พันธกิจ (Mission)	แสดงให้เห็นว่า ใคร(หน่วยงานที่ รับผิดชอบ) จะเป็นผู้ทำอะไร (บอก เป้าหมาย) อย่างไร (ใช้วิธีการใดเป็น หลัก) เพื่อใคร (สตรีไทย กลุ่มเป้าหมาย)	(หน่วยงานที่รับผิดชอบ)จะ ควบคุมมะเร็งปากมดลูกอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อลดอุบัติการณ์การ เกิดโรค และหรืออุบัติการณ์การ ตายจากมะเร็งปากมดลูกให้

		เหลือ.....ต่อประชากรสตรี 100 000 คน โดยเน้นการตรวจคัดกรอง (หรือการให้วัคซีน)ในกลุ่มสตรีเป้าหมายด้วยวิธีที่เหมาะสม คือ คุ่มค่า และร่วมสมัย สำหรับประเทศไทย ในขณะที่เดียวกันก็จะให้บริการสตรีที่เป็นโรคร้ายด้วยมาตรฐานการรักษาพยาบาล ที่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตเป็นสำคัญ
--	--	--

สิ่งเร่งด่วนที่ต้องทำก่อนกำหนดนโยบาย

- หาผู้รับผิดชอบหลัก จะเป็นลักษณะอนุกรรมการระดับชาติ หรือเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยตรง หรือ หน่วยงานที่มีศักยภาพ และกระตือรือร้น มีความตั้งใจที่จะทำงานนี้ วิธีการที่จะได้มาซึ่งผู้รับผิดชอบ คือการระบุผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องนี้ (stakeholder) และลำดับความสำคัญ เพราะไม่ต้องการคณะกรรมการชุดใหญ่ซึ่งอาจไม่คล่องตัว ภาคประชาชนมีส่วนสำคัญมาก
- ประเมินเทคโนโลยีที่ใช้ในการควบคุมโรค จะเน้นการป้องกันแบบปฐมภูมิ หรือ ทุติยภูมิ ถ้าเป็นประการหลัง จะใช้วิธีใดเป็นหลัก Pap smears, VIA-cryotherapy, HPV DNA testing หรือใช้ร่วมกัน เป็นต้น
- สถานการณ์การดูแลรักษามะเร็งปากมดลูก/เต้านมในประเทศไทย
- สนับสนุน และพัฒนาทะเบียนมะเร็ง

ระบุแนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่จำเป็น และเหมาะสม เพื่อการประเมินผลการจัดการโรคมะเร็งปากมดลูก และเต้านม

จากรายงานผลการศึกษาในเรื่องแหล่งข้อมูล คุณภาพของข้อมูล ฯลฯ ในเรื่องการควบคุมมะเร็งปากมดลูก/เต้านม พบว่าระบบข้อมูลข่าวสารมีอยู่กระจัดกระจาย และหลากหลาย มีทั้งข้อมูลที่มีการรายงานอย่างสม่ำเสมอ หรือเป็นครั้งคราว เป็นรายงานการวิจัย หรือเป็นลักษณะของข้อมูลในทะเบียน แต่สิ่งที่พบก็คือ นำมาใช้ประโยชน์ได้น้อย และไม่เชื่อมโยงกัน ข้อมูลที่จำเป็นบางอย่างไม่พบ หรืออาจไม่มี และข้อมูลบางอย่างที่อาจช่วยเสริมในการประเมินผลจัดการ หรือพยากรณ์แนวโน้มของโรค ก็อาจยังไม่ได้รับการ พัฒนา โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับด้านสังคมศาสตร์ หรือพฤติกรรม ก่อนที่จะพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้ ตั้งคำถามว่า ข้อมูลข่าวสารนั้น

1. มีความสำคัญระดับใด คือต้องมี ควรมี หรือน่ามี
2. ไปใช้เพื่อแบ่งวัตถุประสงค์ใด
3. มีอยู่แล้วหรือไม่
4. ถ้ามีอยู่แล้ว คุณภาพเป็นอย่างไร
5. ถ้ายังไม่มีควรจะพัฒนาให้มี หรือไม่ เน้นความคุ้มค่า คุ่มทุน

6. ความสามารถในการเชื่อมโยงเป็นอย่างไร

7. ความยั่งยืนของระบบเป็นอย่างไร

เมื่อได้คำตอบในประเด็นเหล่านี้แล้ว ก็จะสรุปได้ว่าควรพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารนั้น หรือไม่ เมื่อเน้นเฉพาะการประเมินผล ในสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบัน เป็นลักษณะแบบรวมศูนย์ และนำมาใช้ประโยชน์ในการติดตามการจัดการโรคเอดส์ได้น้อย โดยเฉพาะในระดับท้องถิ่น ข้อมูลที่มีอยู่เน้นในเรื่องการตรวจคัดกรองและยังขาดข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญ การแก้ไขน่าจะเป็นดังนี้

1. พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารที่เป็นระดับ **facility level** และรวมศูนย์ในระดับจังหวัด
2. เลือกตัวชี้วัดที่สำคัญ และจำเป็นซึ่งสะท้อนซึ่งประสิทธิผล และประสิทธิภาพอย่างแท้จริงของโครงการ
3. กำหนดแบบฟอร์มมาตรฐานที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดนั้น
4. ต้องเชื่อมโยงกับระบบฐานข้อมูลอื่นที่เกี่ยวข้องในระดับเดียวกันหรือใกล้เคียง เช่น hospital based registry, laboratory based registry เป็นต้น
5. ต้องพัฒนาความสามารถของระบบข้อมูลให้เรียกใช้ได้อย่างทันการณ์ และสม่ำเสมอ
6. มีแรงจูงใจให้มีการพัฒนา และรักษาให้ยั่งยืนของระบบข้อมูลในระดับท้องถิ่น เช่น ให้มีการยกย่อง ชมเชย ให้การยอมรับ และการพิจารณาด้านงบประมาณ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เป็นต้น

อนึ่งรูปแบบการเก็บข้อมูลจะคล้ายคลึงกับโครงการที่เป็นความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ขอยกตัวอย่างการเก็บข้อมูลในระดับ ให้บริการเพื่อคำนวณตัวชี้วัดดังนี้⁽¹⁾

ระดับการรวมตัวกันของข้อมูล	องค์ประกอบของโครงการ	การคำนวณตัวชี้วัด
ระดับการคัดกรอง	การเข้าร่วมโครงการ* ประชากรเป้าหมายในกลุ่มอายุ คุณภาพของ VIA	จำนวนของสตรีที่เริ่มมาคัดกรอง จำนวนของประชากรเป้าหมายในกลุ่มอายุต่างๆหารด้วยประชากรที่เริ่มมาคัดกรอง จำนวนประชากรที่ผลการตรวจเป็นบวก หารด้วยจำนวนสตรีที่มาคัดกรอง
ระดับห้องปฏิบัติการ	คุณภาพทางเซลล์วิทยา	ตัวชี้วัดที่ 1. จำนวนสไลด์ที่เก็บเซลล์ไม่เพียงพอ หรือมีข้อบกพร่อง หารด้วยจำนวนของสไลด์ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด ตัวชี้วัดที่ 2. จำนวนสไลด์ที่ผิดปกติหารด้วยจำนวนสไลด์ที่สมบูรณ์และได้รับการอ่านผล

	เวลาที่ใช้ในห้องปฏิบัติการ	จำนวนรายงานการอ่านผลที่ส่งกลับไปให้สถานบริการภายใน 3 สัปดาห์หารด้วยจำนวนสไลด์ทั้งหมดที่ส่งมายังห้องปฏิบัติการ
ระดับการวินิจฉัยและการรักษา	การวินิจฉัยด้วย colposcopy (หากมีกำหนดไว้) การรักษาผู้ที่มีความผิดปกติที่รุนแรง high grade lesion ภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา	จำนวนของความผิดปกติที่รุนแรง high grade lesion หารด้วยจำนวนที่ทำ colposcopy ทั้งหมด จำนวนสตรีที่ได้รับการรักษาหารด้วยสตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติ หรือมีรอยโรครุนแรง จำนวนสตรีที่ได้รับการรักษาและมีภาวะแทรกซ้อน หารด้วยจำนวนสตรีที่ได้รับการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องทบทวนนโยบายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะในประเด็นของโครงสร้างการบริหารจัดการ ให้ภาคประชาชนมีส่วนร่วม กำหนดผู้รับผิดชอบที่มีลักษณะพึงประสงค์ วิธีการตรวจคัดกรองที่ร่วมสมัย และเทคโนโลยีในอนาคต โดยผ่านการประเมินโดยหน่วยงานที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต การพัฒนาทะเบียนมะเร็ง และสนับสนุนให้ยั่งยืน เป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการติดตามประเมินผลโครงการ
2. พัฒนาระบบข่าวสารข้อมูลในระดับสถานปฏิบัติการ เก็บข้อมูล ตามตัวชี้วัดที่สำคัญ และเชื่อมโยงกับฐานข้อมูลในระดับใกล้เคียงกัน สร้างแรงจูงใจในการพัฒนาและความยั่งยืนของระบบ โดยอาจเป็นความยกย่อง ชื่นชม หรือโอกาสในการได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ เป็นต้น แต่ควรกระทำต่อหน่วยงาน มิใช่ต่อบุคคล