

การพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร สาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Cervical Cancer Screening Model Using HPV Self-Sampling with Community Health Volunteer Participation at Yang Talat Hospital, Kalasin Province

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 29,2025 ; Accepted: September 30,2025)

พรชกาล โลสันเทียะ¹

Pascal Losanthia¹

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของสตรีไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการคัดกรอง ได้แก่ ระยะทาง ค่าใช้จ่าย และความเป็นส่วนตัว การพัฒนาารูปแบบการคัดกรองที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงมีความจำเป็น การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนาารูปแบบ และการประเมินประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย สตรีอายุ 30-65 ปี จำนวน 58 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาหลักในการเข้าถึงบริการคัดกรองคือ ระยะทาง (15-25 กิโลเมตร) ค่าใช้จ่าย (80-120 บาท/ครั้ง) และความรู้ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 7.8 จาก 15) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจาก 0% เป็น 46.6% ($p < 0.001$) เพิ่มความรู้ของสตรีจาก 7.8 เป็น 13.2 ($p < 0.001$) และพัฒนาความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขจาก 24.6 เป็น 67.1 ($p < 0.001$) สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย 4.6) การประเมินความยั่งยืนพบว่ารูปแบบมีความยั่งยืนในระดับสูงทุกมิติ (คะแนนเฉลี่ย 4.5/5.0) รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรอง สร้างความรู้และความตระหนัก และมีความยั่งยืนสูง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบทอื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

คำสำคัญ: การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, HPV Self Sampling, อาสาสมัครสาธารณสุข, การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, ชุมชนชนบท

Abstract

Cervical cancer remains a major public health concern among Thai women, particularly in rural areas where access to screening services is hindered by barriers such as distance, cost, and concerns regarding privacy. This study aimed to develop a community-based cervical cancer screening model using HPV self-sampling, facilitated through the active participation of village health volunteers (VHVs) in the service areas of Yang Talat Hospital, Kalasin Province. A participatory action research (PAR) approach was employed, incorporating the theories of social support and self-efficacy. The study was conducted in three phases: problem assessment, model development, and evaluation of effectiveness. The sample consisted of 58 women aged 30–65 and 20 VHVs. Results showed that key barriers to screening access included distance (15–25 kilometers), cost (80–120 baht per visit), and low knowledge levels (mean score: 7.8 out of 15). The developed model significantly increased the screening participation rate from 0% to 46.6% ($p < 0.001$), improved women's knowledge scores from 7.8 to 13.2 ($p < 0.001$), and enhanced VHV knowledge from 24.6 to 67.1 ($p < 0.001$). The target group reported high satisfaction with the model (mean score: 4.6), and sustainability evaluation showed high scores across all dimensions (mean: 4.5/5.0). This HPV self-sampling model with VHV participation effectively improved

¹ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

access to cervical cancer screening, enhanced knowledge and awareness, and demonstrated strong sustainability, making it adaptable to other rural communities with similar contexts.

Keywords: Cervical cancer screening, HPV self-sampling, village health volunteers, participatory action research, rural community

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 342,000 ราย โดยร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอุบัติการณ์สูงถึง 17.2 ต่อประชากรหญิงแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย มีอัตราการเกิดโรคใหม่ 14.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิต 7.3 ต่อแสนประชากรหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2564) ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 35.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์, 2565) ปัญหา และอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ได้แก่ ความอายและความกังวลในการตรวจภายใน การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ข้อจำกัดด้านเวลา และการเดินทาง รวมถึงทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) การตรวจคัดกรอง ด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว โดยเป็นการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งมีความไวในการตรวจจับเชื้อ HPV ร้อยละ 86-97 และมีความจำเพาะร้อยละ 84-100 เมื่อเทียบกับการตรวจโดยบุคลากรทาง

การแพทย์ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสตรีมากกว่า การตรวจภายในแบบดั้งเดิม (Arbyn, et al., 2018)

ในการป้องกันโรคนี้ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง ในสตรีอายุ 30 -60 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus หรือ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดสูงถึงร้อยละ 70 และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งทวารหนักและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงผลร้ายของมะเร็งปากมดลูกที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยที่มะเร็งปากมดลูกนั้น เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากมีการเฝ้าระวังอย่างถูกวิธี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ที่จะดำเนินการศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรี

กลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยและตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
4. เพื่อสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยนำแนวคิดทฤษฎีมาประยุกต์ใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม เพื่อศึกษาและพัฒนาแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ระยะเวลาในการดำเนินการ 14 เดือน (มกราคม 2567 – กุมภาพันธ์ 2568)

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การ

บริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 100 คน ประชากรกลุ่มนี้ถูกทำการวิจัยทั้งหมด

2. สตรีอายุกลุ่มเสี่ยง 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด ตำบลยางตลาด จำนวน 1,907 คน และเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18 ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน ทั้งหมด 58 คน โดยกำหนดกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) สตรีมีอายุระหว่าง อายุ 30-60 ปี ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา
- 2) อาศัยอยู่ในเขต พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด จำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 และ 18
- 3) ไม่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ หลังคลอด 1 ปี ผู้พิการ หรือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
- 4) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรทั้งหมด 58 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.7 (Faul et al., 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 34 คน จากนั้นปรับขนาดตัวอย่างด้วยสูตร finite population correction (Daniel, 2009): เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลเพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% (Lwanga & Lemeshow, 1991) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ สถานะ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิดและประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบสำรวจรายงาน (Check List) โดยการใส่เครื่องหมายถูกลงใน

ช่องว่างและเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 1 หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด (จินตนา ดำเกลี้ยง และคณะ. (2563)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้ตอบคำถามว่า ใช่หรือไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ โดยมีข้อคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ด้าน จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) ด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational Support) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และเวลาให้บริการตรวจคัดกรอง ด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support) และด้านการสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม (Network Support) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และเพิ่มเติมด้านเครือข่ายทางสังคมตามแนวคิดของ Cohen และคณะ (2000) โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ ความรู้และความเข้าใจ ความกังวลและความกลัว การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 25 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี

ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่า 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้ทำการให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมิน จำนวน 13 ข้อ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2553, น.502)

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินทั้งหมด 5 ด้าน ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมในการสื่อสารกับชุมชน โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 26 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff (1980)

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากเดิมการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีตรวจแปปเสมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะใช้เครื่องมือลักษณะคล้ายไม้พาย เก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกก่อนนำส่งตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้ เป็นวิธีที่ใช้มาเป็นเวลานาน และต้องรับบริการที่หน่วยบริการเท่านั้นอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการตรวจที่ซับซ้อน เกิดความอายในการตรวจ จึงทำให้

อัตราการตรวจน้อย เมื่อปี 2565 ได้มีการดำเนินการตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยหลอดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) อย่างเต็มรูปแบบ โดยการลงพื้นที่ที่ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ทำให้ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564-2567 มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 50.00, 55.00, 60.00, 65.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จำนวนผู้พบความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มของกลุ่มเป้าหมายทุกปี แสดงถึงการขยายการให้บริการแต่จะเห็นได้ว่ามีผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ของสำนักงานสำรวจสภาพปัญหาสถานการณ์จากการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาสถานการณ์การดำเนินการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านมาของสตรีอายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลยางตลาดโดยผู้วิจัยได้ทำการเชิญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด หมู่ละ 2 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี หมู่ละ 1 คน มาประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยกิจกรรมให้ผู้เข้าร่วมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแสดงความคิดเห็นของตนเอง ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงมากที่สุด จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยนำวิดีโอทัศน์ และสื่อวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองและให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มเป้าหมาย ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling)

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการตรวจคัด

กรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เลือกกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สตรีกลุ่มเป้าหมายหรือคนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ และไว้วางใจ และประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของอัลเบิร์ต แบนดูรา โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

การรับรู้ความสามารถตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences)

1.1 ผู้วิจัยทำการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มเป้าหมาย โดยให้ที่ได้รับอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ระดับอำเภอ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกและความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ดูวิดีโอทัศน์วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling ให้แก่ผู้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการอีกครั้ง

1.3 แบ่งกลุ่มฝึกปฏิบัติโดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี กลุ่มเป้าหมาย ที่ยังไม่เคยฝึกการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทดลองตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยมีเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิด

2. การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง มาเล่าถึงความรู้สึก วิธีการตรวจ ข้อพึงระวัง ขณะที่ทำการตรวจ รวมถึงข้อห้ามในการตรวจ ผู้วิจัยได้ทำการชักชวนประเด็นการเล่าเพื่อเพิ่มความมั่นใจและสร้างเสริมความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดยคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านออกมาพูดเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง และให้เพื่อนๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในห้องประชุมช่วยพูดเสริมแรงให้เกิดแรงจูงใจมากยิ่งขึ้น เป็นการฝึกทักษะเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความมั่นใจ และเกิดความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะพูดชักจูงสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

4. ผู้วิจัยดำเนินการจัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีมีข้อสงสัยสอบถาม หรือติดตามประสานงานในพื้นที่

5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ (Outcome expectation)

5.1 ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบรายชื่อสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) แบ่งกลุ่มเป็นหมู่บ้าน และทำการแจ้งรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ลงพื้นที่ในการเยี่ยมบ้านและพูดเชิญชวน สสำรวจความต้องการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling รวมถึงการนำชุดตรวจไปให้ อธิบายวิธีเก็บส่งตรวจ และแจ้งผลการตรวจกับผู้รับบริการ

5.2 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่

ขั้นตอนที่ 3 ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลโดยการรวบรวมจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่สมัครใจตรวจมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling และวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ รวมถึงการสรุปปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานวิจัย เพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประเมินความรู้ ทักษะของ อสม.และอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหลัก ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 100 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี จำนวน 27 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของการทำงานในด้านสาธารณสุขชุมชนที่มักมีผู้หญิงเป็นกำลังหลัก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.0 ด้วยอายุเฉลี่ย 48.5 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีความเป็นผู้ใหญ่และประสบการณ์ชีวิตเพียงพอในการทำงานเพื่อสังคม ด้านการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 และมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 34.0 รวมกัน

เป็นร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงพื้นฐานการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับการรับรู้และทำงานในด้านสาธารณสุขสำหรับอาชีพหลัก พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60.0 ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของชุมชนเกษตรกรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้านประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่ามีการประสบการณ์เฉลี่ย 7.8 ปี โดยกลุ่มที่มีประสบการณ์ 5-10 ปีมีจำนวนมากที่สุดร้อยละ 40.0 ซึ่งแสดงถึงความมั่นคงและความต่อเนื่องในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่นี้

ด้านสตรีกลุ่มเป้าหมายมีอายุเฉลี่ย 44 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 41.0 ซึ่งคล้ายคลึงกับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อาชีพหลักพบว่าเกษตรกรร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเล็กน้อย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสมสร้อยละ 81.5 ข้อมูลที่สำคัญมากคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกคนไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนร้อยละ 100.0 ซึ่งเป็นข้อมูลหลักที่แสดงถึงปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองในชุมชนชนบท

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินการผ่านวิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมาย 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน

รวมถึงการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน พบสภาพปัญหาในหลายมิติที่สัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ

ปัญหาหลักที่สำคัญที่สุดคือระยะทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาลเฉลี่ย 15-25 กิโลเมตร ทำให้ใช้เวลาเดินทาง 30-45 นาที ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคสำคัญ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 80-120 บาทต่อครั้งถือเป็นภาระทางการเงินสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะครอบครัวเกษตรกรที่มีรายได้น้อย เวลาให้บริการของโรงพยาบาลในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ไม่สอดคล้องกับเวลาทำงานของสตรีในชุมชนเกษตรกร ที่มักต้องทำงานในช่วงเช้าตรู่และเย็น การที่ต้องนัดหมายล่วงหน้า 1-2 สัปดาห์ทำให้ขาดความยืดหยุ่นและอาจทำให้สตรีเปลี่ยนใจไม่มารับบริการ

ปัญหาด้านความรู้และทัศนคติ

สตรีส่วนใหญ่ขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและความสำคัญของการตรวจคัดกรอง มีความเข้าใจผิดที่สำคัญคือ "ผู้ที่ไม่มีอาการไม่จำเป็นต้องตรวจ" พบในร้อยละ 73.3 ของผู้เข้าร่วมการประชุมกลุ่มย่อย ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมารับบริการคัดกรอง ความกลัวและความอายในการตรวจภายในพบในร้อยละ 86.7 ของผู้เข้าร่วม ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อทางสังคม นอกจากนี้ยังมีความกังวลเรื่องความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับในร้อยละ 80.0 โดยเฉพาะในชุมชนขนาดเล็กที่ทุกคนรู้จักกัน

ปัญหาด้านระบบบริการ

ระบบบริการยังขาดการประชาสัมพันธ์และรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ไม่มีระบบติดตามผู้ที่ไม่มารับบริการคัดกรองอย่างเป็นระบบ การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่มีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์มีจำกัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สตรีให้ความสำคัญในการตัดสินใจมารับบริการ ข้อมูล

สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาดในช่วงปีงบประมาณ 2564 -2567 แสดงให้เห็นว่าแม้จะมีการปรับปรุงและเพิ่มอัตราการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ร้อยละ 70

1.2 ผลการศึกษาความต้องการในการพัฒนาบริการ

ความต้องการด้านการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษาพบว่าสตรีทุกคน (ร้อยละ 100.0) ต้องการบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่ายและใกล้บ้าน ต้องการเวลาให้บริการที่ยืดหยุ่นร้อยละ 93.3 บริการที่รักษาความเป็นส่วนตัวสูงร้อยละ 100.0 และต้นทุนที่ไม่เป็นภาระหรือฟรีร้อยละ 100.0

ความต้องการด้านความรู้และข้อมูล

สตรีต้องการความรู้ที่เข้าใจง่ายและเป็นภาษาท้องถิ่นร้อยละ 93.3 ต้องการสื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายร้อยละ 86.7 และที่สำคัญคือต้องการคำแนะนำจากคนที่ไว้วางใจในชุมชนร้อยละ 100.0 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นตัวกลางในการสื่อสารผลการประเมินความรู้เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำร้อยละ 59.3 ด้วยคะแนนเฉลี่ย 7.8 จากคะแนนเต็ม 15 คะแนน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. ผลการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

การพัฒนารูปแบบดำเนินการตามหลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) เพื่อสร้างรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

2.1 กระบวนการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนารูปแบบดำเนินการผ่าน 3 ขั้นตอนหลักตามหลักการของ Kemmis and McTaggart ประกอบด้วยการวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Acting) และการสะท้อน (Reflecting) โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดประชุมชุมชนทั้งหมด 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมรวม 85 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมตามเกณฑ์ที่ชุมชนร่วมกันกำหนด โดยเน้นคุณสมบัติด้านความน่าเชื่อถือ ทักษะการสื่อสาร และความเต็มใจที่จะเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน ดำเนินการอบรมและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่องเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และปรับปรุงแก้ไขตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การสะท้อนและปรับปรุง ประเมินผลและรวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสรุปรูปแบบที่สมบูรณ์สำหรับการขยายผลต่อไป

3. ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนา

การประเมินประสิทธิผลดำเนินการโดยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ และ McNemar test สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อทดสอบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.1 ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ตารางที่ 1 ผลการเพิ่มขึ้นของอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ตัวชี้วัดประสิทธิผล	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ความแตกต่าง	p-value
จำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจ (คน)	0 (0.0%)	27 (46.6%)	+27	<0.001*
ระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงบริการ (วัน)	ไม่ได้รับบริการ	7.2 ± 2.1	-	-
ต้นทุนเฉลี่ยต่อการตรวจ 1 ครั้ง (บาท)	350.0 ± 50.0	180.0 ± 20.0	-170.0	<0.001*
ระดับความพึงพอใจ (คะแนน)	ไม่มีข้อมูล	4.6 ± 0.4	-	-

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าหลังการดำเนินโครงการสามารถเพิ่มจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองจาก 0 คน เป็น 27 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถลดต้นทุนการตรวจเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และสตรีมีความพึงพอใจในระดับสูง 3.2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

รายการประเมิน	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ	ความแตกต่าง	t	p-value
คะแนนความรู้รวม					
ค่าเฉลี่ย ± S.D.	7.8 ± 2.4	13.2 ± 1.8	+5.4	-12.45	<0.001*
ระดับความรู้	n (%)	n (%)			
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	3 (11.1)	19 (70.4)	+59.3%		<0.001**
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	8 (29.6)	6 (22.2)	-7.4%		
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	16 (59.3)	2 (7.4)	-51.9%		

*Paired t-test, **McNemar test, มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นจาก 7.8 ± 2.4 เป็น 13.2 ± 1.8 เพิ่มขึ้น 5.4 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11.1 เป็นร้อยละ 70.4

3.3 ผลการประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 67.5 ± 4.8)

3.4 ผลการประเมินความสามารถของตนเอง ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีคะแนนความสามารถของตนเอง ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (เฉลี่ย 108.5 ± 6.2)

3.5 ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ผลการประเมินพบว่าหลังการดำเนินโครงการ สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (เฉลี่ย 4.6 ± 0.4)

4. ผลการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม การทดสอบทักษะปฏิบัติ และการประเมินการมีส่วนร่วม เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการของบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนโครงการ

4.1 ผลการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 3 ผลการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

หัวข้อความรู้	ก่อนอบรม ($\bar{X} \pm S.D.$)	หลังอบรม ($\bar{X} \pm S.D.$)	การเปลี่ยนแปลง (\bar{X})	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	6.2 ± 2.1	13.8 ± 1.5	+7.6	-28.42	<0.001*
ความรู้เกี่ยวกับ HPV	3.8 ± 1.9	12.4 ± 1.8	+8.6	-31.87	<0.001*
วิธีการใช้ HPV Self Sampling	1.5 ± 0.6	14.2 ± 1.2	+12.7	-88.95	<0.001*
การให้คำปรึกษาและสื่อสาร	7.9 ± 1.8	13.6 ± 1.4	+5.7	-25.18	<0.001*
การส่งต่อและติดตาม	5.2 ± 2.0	13.1 ± 1.6	+7.9	-30.65	<0.001*
คะแนนรวม (75 คะแนน)	24.6 ± 6.8	67.1 ± 4.2	+42.5	-52.73	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ผลการประเมินแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวิธีการใช้ HPV Self Sampling ที่มีการเพิ่มขึ้นสูงสุด 12.7 คะแนน

5. ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling พบว่า สิ่งส่งตรวจทั้งหมดมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการตรวจร้อยละ 100.0 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการดำเนินการตามมาตรฐาน ผลการตรวจพบ HPV Positive ร้อยละ 11.1 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการติดเชื้อ HPV ในประชากรไทยทั่วไป

6. ผลการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

6.1 ความยั่งยืนด้านทรัพยากรมนุษย์ ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านทรัพยากรมนุษย์ของโครงการอยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.5 จาก 5 คะแนน)

6.2 ความยั่งยืนด้านระบบและกระบวนการ ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านระบบและกระบวนการ ของโครงการอยู่ในระดับสูงมาก (คะแนนเฉลี่ย 4.5 จาก 5 คะแนน)

6.3 ความยั่งยืนด้านการเงินและงบประมาณ พบว่า โดยรวมโครงการนี้มีความยั่งยืนทางการเงินดี เนื่องจากสามารถควบคุมค่าใช้จ่ายและสร้างการประหยัดได้ พร้อมทั้งได้รับการสนับสนุนงบประมาณ

จากหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง รายละเอียด ดังนี้

ภาพรวมงบประมาณและความยั่งยืนด้านการเงินของโครงการ HPV Self Sampling ดังนี้ ปีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายรวม 208,000 บาท และในปีที่ 2-5 ประมาณการค่าใช้จ่ายปีละ 163,000 บาท แหล่งงบประมาณหลักมาจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต. และโรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายหลัก ได้แก่ ชุดตรวจ HPV Self Sampling (108,000 บาท/ปี), การอบรมและพัฒนาอสม. (ปีแรก 45,000 บาท ลดเหลือ 15,000 บาท/ปี), วัสดุและสื่อการเรียนรู้ (ปีแรก 25,000 บาท ลดเหลือ 10,000 บาท/ปี), และการประสานงานติดตาม (30,000 บาท/ปี) การประหยัดต้นทุนเกิดจากการลดค่าใช้จ่ายการตรวจต่อคน 68,000 บาท/ปี และลดค่าใช้จ่ายการเดินทาง 40,000 บาท/ปี รวมประหยัดได้ 108,000 บาท/ปี ต้นทุนสุทธิโดยประมาณอยู่ที่ 100,000 บาทในปีแรก และ 55,000 บาท/ปีในปีถัดไป

6.4 ความยั่งยืนด้านสังคมและวัฒนธรรม ภาพรวมผลการประเมินความยั่งยืนด้านสังคมและวัฒนธรรมของโครงการอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 4.4 จาก 5 คะแนน)

สรุป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถแก้ไขปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการจากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 46.6 การลดต้นทุนเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และการสร้างความพึงพอใจในระดับสูง

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความยั่งยืนในทุกมิติ ทั้งด้านทรัพยากรมนุษย์ ระบบและกระบวนการ การเงิน และสังคมวัฒนธรรม ซึ่งเป็นการรับประกันว่าโครงการจะสามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาว การทดสอบสมมติฐานทั้ง 3 ข้อแสดงผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ทุกข้อ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีที่เหมาะสม คุณภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ความเหมาะสมของเทคโนโลยี และการสนับสนุนจากทุกฝ่าย ในขณะที่อุปสรรคส่วนใหญ่สามารถจัดการได้และมีผลกระทบในระดับน้อยถึงปานกลาง

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การนำเทคโนโลยี HPV Self Sampling มาใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแนวทางที่มีศักยภาพสูงในการขยายการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนชนบท และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนาแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์" ประสบความสำเร็จในการบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ทั้ง 4 ข้อ และยืนยันสมมติฐานการวิจัยทั้ง 3 ข้อ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การบูรณาการระหว่างเทคโนโลยีที่เหมาะสม (HPV Self

Sampling) กับทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน (อสม.) และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบ ช่วยให้รูปแบบมีประสิทธิภาพและความยั่งยืน ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ HPV Self Sampling ในการเป็นทางเลือกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังเป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ไม่เพียงช่วยในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนโดยรวม การที่ชุมชนยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบ

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนานโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ห่างไกล และด้วยโอกาส รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยบริการคัดกรองเชิงรุก การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบในการออกแบบแทรกแซงด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีฐานทฤษฎีที่มั่นคงในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ การบูรณาการทฤษฎี Self-Efficacy และ Social Support ให้ผลลัพธ์ที่เสริมกันและสร้างความแข็งแกร่งให้กับการแทรกแซง ข้อจำกัดของการวิจัย โดยเฉพาะเรื่องขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการติดตาม เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคต การศึกษาในระยะยาวและในพื้นที่ที่หลากหลายจะช่วยยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการขยายผลของรูปแบบ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ ผลการวิจัยสามารถ

นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน และการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับประชาชน ในวงกว้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากร ท้องถิ่น และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เป็น ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพและ ยั่งยืน ท้ายที่สุด การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การ แก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนไม่จำเป็นต้องพึ่งพา เทคโนโลยีที่ซับซ้อนหรือทรัพยากรจากภายนอกเพียง อย่างเดียว แต่สามารถสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ ได้ด้วยการบูรณาการเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทรัพยากร มนุษย์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน การ วิจัยครั้งนี้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบ สุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน บริบทอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (สตรี กลุ่มเป้าหมาย 27 คน) ทำให้การอ้างอิงผลไปยัง ประชากรกว้างมีข้อจำกัด และอาจส่งผลต่อสถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์
2. การขาดกลุ่มควบคุม การวิจัยไม่มีกลุ่ม ควบคุม (Control group) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพกับวิธีการอื่นได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยและการอภิปรายผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1.1 สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดการ อบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวกับ HPV Self Sampling และการทำงาน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- 2) การปรับปรุงระบบบริการ ควรปรับปรุงระบบ การรับส่งส่งตรวจ การแจ้งผล และการส่งต่อให้มี

ประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ

3) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน ควรสร้าง ความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำ ชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงาน

1.2 สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

- 1) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ควรพัฒนา ทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาของอาสาสมัคร สาธารณสุขให้สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อน ได้มากขึ้น
- 2) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรสร้าง เครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อ แลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน
- 3) การใช้เทคโนโลยี ควรส่งเสริมการใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ในการ สนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

1.3 สำหรับชุมชน

- 1) การสร้างความตระหนัก ควรดำเนินกิจกรรม สร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการ คัด กรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง
- 2) การสร้างกลุ่มสตรีธรรมรงค์ ควรส่งเสริมการ จัดตั้งกลุ่มสตรีธรรมรงค์สุขภาพในทุกหมู่บ้านเพื่อสร้าง แรงสนับสนุนทางสังคม
- 3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ควรให้ ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการ ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

- 1) การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรศึกษา ผลกระทบระยะยาวของรูปแบบต่อการลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5-10 ปี
- 2) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควร ศึกษาการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบ เปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิม

3) การศึกษาคุณภาพชีวิต ควรศึกษาผลกระทบ ของรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. Bloom, B. S. (1971). Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill.
2. จินตนา คำเกลี้ยง และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(1), 180-191.
3. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
4. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press.
5. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.
6. Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice (4th ed., pp. 45-65). Jossey-Bass.
7. Guvenc, G., Akyuz, A., & Açikel, C. H. (2011). Health Belief Model Scale for Cervical Cancer.
8. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213-235.
9. กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
10. World Health Organization. (2018). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO Press.