

การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการใช้มีส่วนร่วมของอาสาสมัคร 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: August 18,2025 ; Revised: August 24,2025 ; Accepted: August 26,2025)

พรชกมล โลสันเทียะ¹

Pansakan Losanthia¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการใช้มีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมและทฤษฎีความสามารถของตนเอง ดำเนินการใน 3 ขั้นตอน คือ การศึกษาสภาพปัญหา การพัฒนารูปแบบ 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) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

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

Abstract

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. Data were analyzed using descriptive statistics.

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).

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

¹ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 604,000 ราย และมีผู้เสียชีวิต 342,000 ราย โดยร้อยละ 90 ของการเสียชีวิตเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบอุบัติการณ์สูงถึง 17.2 ต่อประชากรหญิงแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกที่ 13.3 ต่อแสนประชากรหญิง¹ สำหรับประเทศไทยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 2 ในสตรีไทย มีอัตราการเกิดโรคใหม่ 14.4 ต่อประชากรหญิงแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิต 7.3 ต่อแสนประชากรหญิง ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 35.6 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 60² ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ได้แก่ ความอายและความกังวลในการตรวจภายใน การขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรอง ข้อจำกัดด้านเวลา และการเดินทาง รวมถึงทัศนคติเชิงลบต่อการตรวจคัดกรอง³ การตรวจคัดกรองด้วยวิธี HPV Self Sampling เป็นนวัตกรรมที่ช่วยลดข้อจำกัดดังกล่าว โดยเป็นการเก็บตัวอย่างด้วยตนเองที่บ้าน ซึ่งมีความไวในการตรวจจับเชื้อ HPV ร้อยละ 86-97 และมีความจำเพาะร้อยละ 84-100 เมื่อเทียบกับการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ อีกทั้งยังได้รับการยอมรับจากสตรีมากกว่าการตรวจภายในแบบดั้งเดิม ในการป้องกันโรคนี้ กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวมโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) ในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจและตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง ในสตรีอายุ 30 -60 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (อบต.) เพื่อที่จะได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus หรือ HPV สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดสูงถึงร้อยละ 70 และเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งทวารหนักและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์³

ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงผลร้ายของมะเร็งปากมดลูกที่ทำให้อัตราการเสียชีวิตของสตรีไทยเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยที่มะเร็งปากมดลูกนั้น เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้หากมีการเฝ้าระวังอย่างถูกวิธี ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะดำเนินการศึกษาโดยการพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) และทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self Efficacy Theory) เพื่อเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการ และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วยและตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและชุมชน

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

4. เพื่อสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

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

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาด เขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (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):

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 20% (Lwanga & Lemeshow, 1991) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างสุดท้าย 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลยางตลาด ตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

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

เกณฑ์การให้คะแนนแบบสอบถามส่วนที่ 1 หาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด การวิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ทำการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ คือ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ

ละ 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) ด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และเวลาให้บริการตรวจคัดกรองด้านการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) ด้านการสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal Support) และด้านการสนับสนุนด้านเครือข่ายทางสังคม (Network Support) แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁴ และเพิ่มเติมด้านเครือข่ายทางสังคมตามแนวคิดของ Cohen และคณะ⁵ โดยมีการปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับบริบทการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความสามารถของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ ดังนี้ ความรู้และความเข้าใจ ความกังวลและความกลัว การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรมและระบบบริการสุขภาพ โดยให้ผู้ตอบเลือกคำตอบที่ตรงกับระดับการมีส่วนร่วมของท่านมากที่สุด ดังนี้ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด รวมทั้งหมด 25 ข้อ แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของ Bandura⁶ 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 & Uphoff⁷

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 จากเดิมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะใช้เครื่องมือลักษณะคล้ายไม้พาย เก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกก่อนนำส่งตรวจในห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติหรือเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจทำให้เกิดมะเร็งได้ เป็นวิธีที่ใช้มาเป็นเวลานาน และต้องรับบริการที่หน่วยบริการเท่านั้นอาจจะมีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการตรวจที่ซับซ้อน เกิดความอายในการตรวจ จึงทำให้อัตราการตรวจน้อย เมื่อปี 2565 ได้มีการดำเนินการตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองโดยใช้ชุดตรวจมะเร็งปากมดลูก (HPV Self Sampling) อย่างเต็มรูปแบบ โดยการลงพื้นที่ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ทำให้ผลการดำเนินงานใน

ปีงบประมาณ 2564-2567 มีผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 50.00, 55.00, 60.00, 65.00 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการคัดกรองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี จำนวนผู้พบความเสียหายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้รับการคัดกรองที่เพิ่มขึ้นและมีการเพิ่มของกลุ่มเป้าหมายทุกปี แสดงถึงการขยายการให้บริการแต่จะเห็นได้ว่ามีผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 80 ตามเกณฑ์ของสำนักงาน

สำรวจสภาพปัญหาสถานการณ์จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 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 การพัฒนารูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้ดำเนินการประสานงานภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลยางตลาดเขตองค์การบริหารส่วนตำบลยางตลาด (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 โดยให้ที่ฝึกอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV Self Sampling ระดับ อ.ภ.อ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการเล่าถึงประสบการณ์ความรู้สึกและความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

1.2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และให้ดูวิดีโอวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก 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 ผู้วิจัยได้ทำการซักซ้อมประเด็นการเล่าเพื่อเพิ่มความมั่นใจและสร้างเสริมความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) โดย

คัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกมาพูดเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย 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 ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่

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

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลในการสนทนา เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสนทนา มาเรียบเรียง จัดกลุ่มเนื้อหาและจับประเด็นหรือคำสำคัญจากเนื้อหาการสนทนาให้สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป โดยเลือกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความพึงพอใจเลือกสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประเมินความรู้ ทักษะของ อสม.และอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรอง

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มหลัก ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 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 และมีมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 34.0 รวมกันเป็นร้อยละ 75 ซึ่งแสดงถึงพื้นฐานการศึกษาที่เหมาะสมสำหรับการรับความรู้และทำงานในด้านสาธารณสุขสำหรับอาชีพหลัก พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 60.0 ซึ่งสะท้อนถึงลักษณะของชุมชนเกษตรกรรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้าน

ประสบการณ์การทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่ามีประสบการณ์เฉลี่ย 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 อาชีพหลักพบว่าเป็นเกษตรกรร้อยละ 66.7 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเล็กน้อย สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ในภาวะสมสร้อยละ 81.5 ข้อมูลที่สำคัญมากคือสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกคนไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนร้อยละ 100.0 ซึ่งเป็นข้อมูลหลักที่แสดงถึงปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการคัดกรองในชุมชนชนบท

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการดำเนินการผ่านวิธีการเก็บข้อมูลหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน

1.1 ผลการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการประชุมกลุ่มย่อย 3 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 คน กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมาย 10 คน และกลุ่มผู้นำชุมชน 8 คน รวมถึงการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 5 คน พบสภาพปัญหาในหลายมิติที่สัมพันธ์กันและส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการ ปัญหาหลักที่สำคัญที่สุดคือระยะทางจากหมู่บ้านถึงโรงพยาบาล

เฉลี่ย 15-25 กิโลเมตร ทำให้ใช้เวลาเดินทาง 30-45 นาที ซึ่งก่อให้เกิดความไม่สะดวกและเป็นอุปสรรคสำคัญ ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเฉลี่ย 80-120 บาทต่อครั้งถือเป็นภาระทางการเงินสำหรับครอบครัวที่มีรายได้น้อย โดยเฉพาะครอบครัวเกษตรกรที่มีรายได้ไม่แน่นอน เวลาให้บริการของโรงพยาบาลในวันจันทร์ถึงศุกร์ เวลา 08.00-16.00 น. ไม่สอดคล้องกับเวลาทำงานของสตรีในชุมชนเกษตรกรรม 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 และบุคลากรทางการแพทย์หญิงมีจำกัด ซึ่งเป็นปัจจัยที่สตรีให้ความสำคัญในการตัดสินใจมารับบริการ ข้อมูลสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลยางตลาดในช่วงปีงบประมาณ 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 ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเป็นตัวกลางในการสื่อสาร

ผลการประเมินความรู้เบื้องต้นแสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำร้อยละ 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 ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1: การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดประชุมชุมชนทั้งหมด 3 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมรวม 85 คน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไข การคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่เหมาะสมตาม

เกณฑ์ที่ชุมชนร่วมกันกำหนด 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

ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าหลังการดำเนินโครงการสามารถเพิ่มจำนวนสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองจาก 0 คน เป็น 27 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถลดต้นทุนการตรวจเฉลี่ย 170 บาทต่อครั้ง และสตรีมีความพึงพอใจในระดับสูง

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

4. ผลการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การประเมินการสร้างการเรียนรู้และเสริมสร้างศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการอบรม การทดสอบทักษะปฏิบัติ และการประเมินการมีส่วนร่วม เพื่อวัด

การเปลี่ยนแปลงและพัฒนากิจการของบุคลากรหลักในการขับเคลื่อนโครงการ

ผลการประเมินแสดงให้เห็นการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญของอาสาสมัครสาธารณสุขในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวิธีการใช้ HPV Self Sampling ที่มีการเพิ่มขึ้นสูงสุด 12.7 คะแนน

5.ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

การนำเสนอผลการตรวจส่งตรวจ การส่งต่อ และการติดตามผลการรักษาที่เป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จของโครงการ

ผลการตรวจพบว่าส่งตรวจทั้งหมดมีคุณภาพเพียงพอสำหรับการตรวจร้อยละ 100.0 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของการฝึกอบรมและการดำเนินการตามมาตรฐาน ผลการตรวจพบ HPV Positive ร้อยละ 11.1 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการติดเชื้อ HPV ในประชากรไทยทั่วไป

6. ผลการประเมินความยั่งยืนของรูปแบบ

การประเมินความยั่งยืนดำเนินการโดยการวิเคราะห์ความยั่งยืนใน 4 มิติ เพื่อให้มั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถดำเนินการต่อไปได้ในระยะยาวพบว่า อยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก

7. การทดสอบสมมติฐานการวิจัย

การทดสอบสมมติฐานการวิจัยใช้สถิติที่เหมาะสมตามลักษณะของข้อมูล เพื่อตรวจสอบความสมเหตุสมผลของข้อสันนิษฐานที่ตั้งไว้

7.1 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 1 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling

โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลอย่างตลาด

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 1 เนื่องจาก $p < 0.001$ แสดงว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 2 สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling มากกว่าการตรวจคัดกรองแบบดั้งเดิม

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 2 เนื่องจาก $p < 0.001$ แสดงว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อรูปแบบ HPV Self Sampling มากกว่าวิธีดั้งเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.3 ผลการทดสอบสมมติฐานที่ 3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการตามรูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV Self Sampling ได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ผลการทดสอบ: ยอมรับสมมติฐานที่ 3 เนื่องจาก $p < 0.001$ ในทุกตัวแปร แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการตามรูปแบบได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

8. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

8.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยย่อย	ระดับอิทธิพล	คำอธิบาย
ปัจจัยด้านทฤษฎี	การใช้ทฤษฎีที่เหมาะสม	สูงมาก	ทฤษฎีทั้ง 2 ตัวสนับสนุนการปฏิบัติได้จริง
	การประยุกต์ใช้ที่ถูกต้อง	สูง	ปรับใช้ให้เหมาะกับบริบทชุมชน
ปัจจัยด้านบุคลากร	คุณภาพของ อสม.	สูงมาก	เป็นคนในชุมชนที่ได้รับความไว้วางใจ
	การมีส่วนร่วมของชุมชน	สูงมาก	ชุมชนเข้าร่วมตั้งแต่การวางแผน
	ความมุ่งมั่นของ อสม.	สูง	อสม. มีความเต็มใจสูง

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จและข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มปัจจัย	ปัจจัยย่อย	ระดับอิทธิพล	คำอธิบาย
ปัจจัยด้านเทคโนโลยี	ความเหมาะสมของ HPV Self Sampling	สูงมาก	ตอบโจทย์ปัญหาการเข้าถึงบริการ
	ความสะดวกในการใช้	สูง	ใช้งานง่าย ไม่ซับซ้อน
	ความแม่นยำของผลตรวจ	สูง	ผลการตรวจเชื่อถือได้
ปัจจัยด้านการสนับสนุน	การสนับสนุนจากโรงพยาบาล	สูงมาก	ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
	การสนับสนุนจาก อบต.	สูง	สนับสนุนงบประมาณและนโยบาย
	การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน	สูง	ผู้นำมีบทบาทสำคัญ

8.2 อุปสรรคและข้อจำกัด

ตารางที่ 2 อุปสรรคและข้อจำกัด

ประเภทอุปสรรค	รายละเอียด	ระดับผลกระทบ	แนวทางแก้ไข
อุปสรรคด้านเทคนิค			
การเก็บรักษาส่งตรวจ	ต้องควบคุมอุณหภูมิและความชื้น	ปานกลาง	จัดหาตู้เก็บมาตรฐาน
การขนส่งส่งตรวจ	ระยะทางไปห้องปฏิบัติการไกล	ปานกลาง	ประสานรถรับส่งประจำ
ระยะเวลาผล	7-10 วัน ทำให้ผู้รับบริการกังวล	น้อย	ชี้แจงให้เข้าใจล่วงหน้า
อุปสรรคด้านพฤติกรรม			
ความลังเลของสตรีวัยสูงอายุ	กลุ่ม >55 ปี ยอมรับได้ยาก	ปานกลาง	เพิ่มการให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม
ความกังวลเรื่องความแม่นยำ	สงสัยผลการตรวจด้วยตนเอง	น้อย	แสดงหลักฐานทางวิทยาศาสตร์
อุปสรรคด้านระบบ			
ระบบฐานข้อมูลไม่เชื่อมโยง	ข้อมูลกระจัดกระจาย	ปานกลาง	พัฒนาระบบ IT ที่เชื่อมโยง
การขาดแนวทางมาตรฐาน	ยังไม่มี Guideline ระดับชาติ	น้อย	เสนอให้กระทรวงพิจารณา

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง "การพัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี 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.) และ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบ ช่วยให้รูปแบบมีประสิทธิภาพและความยั่งยืน ความสำเร็จของการวิจัยครั้งนี้ไม่เพียงแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของ HPV Self Sampling ในการเป็นทางเลือกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังเป็นตัวอย่างของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืนผ่านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทรัพยากรท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพของ อสม. แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน การเพิ่มขึ้นของความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของ อสม. ไม่เพียงช่วยในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ยังสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบสุขภาพชุมชนโดยรวม

การที่ชุมชนยอมรับและมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงความเหมาะสมและความยั่งยืนของรูปแบบ ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญต่อการพัฒนาโยบายสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะในการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับประชาชนในพื้นที่ห่างไกลและด้อยโอกาส รูปแบบนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการป้องกันและควบคุมโรคอื่นๆ ได้ โดยเฉพาะโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการคัดกรองเชิงรุก การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์อย่างเป็นระบบในการออกแบบแทรกแซงด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการมีฐานทฤษฎีที่มั่นคงในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพ การบูรณาการทฤษฎี Self-Efficacy และ Social Support ให้ผลลัพธ์ที่เสริมกันและสร้างความแข็งแกร่งให้กับ การแทรกแซง^{4,5,6,7} ข้อจำกัดของการวิจัย โดยเฉพาะเรื่องขนาดตัวอย่างและระยะเวลาการติดตาม เป็นแนวทางสำหรับการวิจัยในอนาคต การศึกษาในระยะยาวและในพื้นที่ที่หลากหลายจะช่วยยืนยันประสิทธิผลและความสามารถในการขยายผลของรูปแบบ

โดยสรุป การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีคุณค่าทั้งในเชิงวิชาการและการปฏิบัติ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพให้กับประชาชนในวงกว้าง การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้ทรัพยากรท้องถิ่น และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีอย่างเหมาะสม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การพัฒนามีประสิทธิภาพและยั่งยืน ท้ายที่สุด การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยีที่ซับซ้อนหรือทรัพยากรจากภายนอกเพียงอย่างเดียว แต่สามารถสร้างนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยการบูรณาการเทคโนโลยีที่เหมาะสม ทรัพยากรมนุษย์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของประชาชน การวิจัยครั้งนี้จึงเป็นแบบอย่างที่ดีของการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็ก (สตรีกลุ่มเป้าหมาย 27 คน) ทำให้การอ้างอิงผลไปยังประชากรกว้างมีข้อจำกัด และอาจส่งผลกระทบต่อสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

2. การขาดกลุ่มควบคุม การวิจัยไม่มีกลุ่มควบคุม (Control group) ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบประสิทธิผลกับวิธีการอื่นได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร ควรจัดการอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับ HPV Self Sampling และการทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

2) การปรับปรุงระบบบริการ ควรปรับปรุงระบบการรับส่งตรวจ การแจ้งผล และการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ

3) การสร้างความร่วมมือกับชุมชน ควรสร้างความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้นำชุมชนในการสนับสนุนการดำเนินงาน

2. สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข

1) การพัฒนาทักษะการสื่อสาร ควรพัฒนาทักษะการสื่อสารและการให้คำปรึกษาของอาสาสมัครสาธารณสุขให้สามารถจัดการกับปัญหาที่ซับซ้อนได้มากขึ้น

2) การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ควรสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

3) การใช้เทคโนโลยี ควรส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น แอปพลิเคชันมือถือ ในการสนับสนุนการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

3. สำหรับชุมชน

1) การสร้างความตระหนัก ควรดำเนินกิจกรรมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2) การสร้างกลุ่มสตรีธรรมรงค์ ควรส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่มสตรีธรรมรงค์สุขภาพในทุกหมู่บ้านเพื่อสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม

3) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1) การศึกษาผลกระทบระยะยาว ควรศึกษาผลกระทบระยะยาวของรูปแบบต่อการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5-10 ปี

2) การศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ ควรศึกษาการวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness analysis) ของรูปแบบเปรียบเทียบกับวิธีดั้งเดิม

3) การศึกษาคุณภาพชีวิต ควรศึกษาผลกระทบของรูปแบบต่อคุณภาพชีวิตของสตรีและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2018). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. WHO Press.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. (2565) รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.
3. กระทรวงสาธารณสุข. (2554). แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
4. House, J. S. (1981). Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.
5. Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. Oxford University Press.
6. Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and Company.
7. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World Development, 8(3), 213-235.