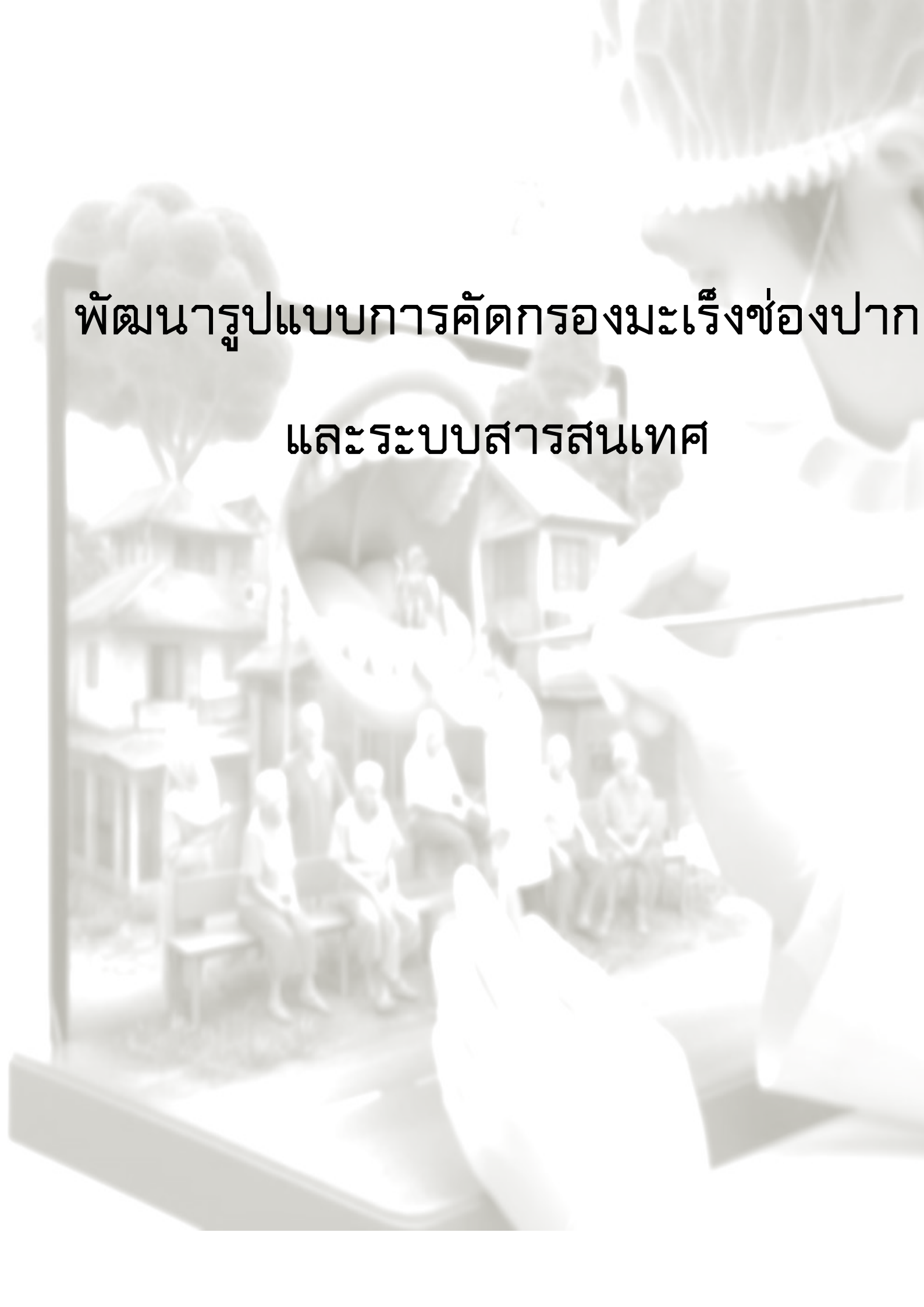


พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

และระบบสารสนเทศ



นอว ทลองน้อย
วันวิสาข ตรีสุขเมธชัย



พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

และระบบสารสนเทศ

พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากและระบบสารสนเทศ
Develop an oral cancer screening model and information system

บวร คลองน้อย
วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากและระบบสารสนเทศ
Develop an oral cancer screening model and information system

บวร คลองน้อย

พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากและระบบสารสนเทศ.— พิมพ์ครั้งที่ 3. — กรุงเทพฯ :
[ม.ป.พ.], 2568.
202 หน้า.

1. ปาก -- มะเร็ง -- การวินิจฉัย. 2. สารสนเทศทางการแพทย์ I.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย
ผู้ร่วมแต่ง. II. ชื่อเรื่อง.

362.19699431

ISBN 978-616-629-217-6

พิมพ์ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 200 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 2 กันยายน 2567 200 เล่ม

พิมพ์ครั้งที่ 3 กันยายน 2568 200 เล่ม

ราคา – บาท

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ห้ามการลอกเลียนแบบไม่ว่าส่วนใดส่วนหนึ่งของหนังสือเล่มนี้

นอกจากจะได้รับอนุญาตจากเจ้าของลิขสิทธิ์

ออกแบบปกโดย ผศ.ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

คำนิยาม

การเขียนหนังสือหรือเอกสารวิชาการถือเป็นสิ่งที่ทรงคุณค่าในการถ่ายทอดองค์ความรู้เพื่อให้เกิดการขยายผลและมีความยั่งยืนที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในการคัดกรอง และเฝ้าระวัง รวมถึงกลไกที่นำไปสู่การส่งต่อการรักษาเพื่อให้ผู้เสี่ยง ผู้ป่วย ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันทีที่ซึ่งถือเป็นระบบการเฝ้าระวังป้องกันโรค การดูแลรักษาโรคอย่างเหมาะสม

เครื่องมือคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งมะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง เสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็ง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมเสี่ยงจากการสัมผัส บุหรี่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก ฯลฯ มะเร็งช่องปากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นได้

หนังสือเล่มนี้จึงได้รวบรวม ขั้นตอนการออกแบบงานคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน การพัฒนาระบบสารสนเทศและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษาระดับชุมชนขึ้น เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ที่ทำงานในระดับรากหญ้าและด่านแรกที่สัมผัสกับประชาชน นับเป็นนวัตกรรมกระบวนการและเป็นแนวทางในการคัดกรองเพื่อแยกกลุ่มเสี่ยงออกจากกลุ่มปกติและนำไปสู่การส่งต่อรักษาตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม

ขอขอบคุณ อาจารย์และทีมงาน ที่พัฒนาเครื่องมือคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อประโยชน์ทางการเรียนการสอน การปฏิบัติงาน และเพิ่มโอกาสในการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเป็นประโยชน์ต่องานทางด้านสาธารณสุข

รองศาสตราจารย์ ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล
หัวหน้าภาควิชาอนามัยครอบครัว
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คำนำ

มะเร็งช่องปากเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงแต่กลับมีผู้ที่รู้จักโรคนี้น้อย ซึ่งประชากรไทยมีอัตราการเสียชีวิตสูงเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็ง ซึ่งสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การเคี้ยวหมาก เป็นต้น มะเร็งช่องปากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นจนถึงแก่ชีวิตในที่สุด ทั้งนี้มะเร็งช่องปากมีระยะก่อนการเกิดโรค (Pre-cancer) ที่ค่อนข้างนาน เรียกว่า ระยะ Potentially Malignant Disorders (PMD) ก่อนพัฒนาเป็นมะเร็งช่องปาก (Cancer stage) นอกจากนี้ได้มีหลักฐานด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และประสิทธิผล (cost-effectiveness) ในบริบทของต่างประเทศว่า การคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยสายตาโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะมีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญ ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง

อาการเสี่ยงของมะเร็งช่องปากสามารถตรวจเบื้องต้นได้ด้วยตนเองในทุกเช้าหรือทุกครั้งที่แปรงฟัน โดยการอ้าปากที่หน้ากระจกและตรวจตามตำแหน่งสำคัญ ตั้งแต่บริเวณริมฝีปาก เหงือก เพดานคอหอย พื้นช่องปาก ลิ้น กระพุ้งแก้ม ซึ่งวิธีการดังกล่าวสามารถที่จะนำไปฝึกปฏิบัติได้เอง หรือฝึกให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชากรในชุมชนรวมถึงสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาในชุมชนได้ ประกอบกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจำเป็นที่จะต้องข้อมูลด้านสุขภาพของประชากรที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเพื่อประโยชน์ทางการแพทย์และใช้ติดตามการรักษาดูแลรักษาสุขภาพช่องปาก ซึ่งระบบสารสนเทศทางทันตกรรม (Dental Informatics) จึงเข้ามามีบทบาทสำหรับการเก็บข้อมูลด้านมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกแบบและพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อใช้ในงานทางทันตกรรม เพื่อเก็บข้อมูลผลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน หนังสือเล่มนี้จึงได้รวบรวม ขั้นตอนการออกแบบงานคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน การพัฒนาระบบสารสนเทศและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษาระดับชุมชนขึ้น เพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของประชาชนต่อไป

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.ทพ.บวร คลองน้อย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 การตรวจป้องกันมะเร็งช่องปากเบื้องต้นด้วยตนเอง	1
การคัดกรองมะเร็งช่องปากคืออะไร	4
แนวทางในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	11
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากในชุมชนที่พบ	13
การตรวจหามะเร็งช่องปากเบื้องต้นด้วยตัวเอง	14
บทที่ 2 แนวทางการสังเคราะห์เพื่อมุ่งสู่กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	23
แนวทางในการจัดอุปสรรคของการปฏิบัติงาน	27
แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	28
ระบบการให้บริการ (Service plan)	29
บทที่ 3 รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	39
ถอดบทเรียนจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	43
แนวทางในการพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	46
กระบวนการในการเฝ้าระวังมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน	47
กระบวนการในการรักษามะเร็งช่องปาก	48
บทที่ 4 โมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปาก	53
การทดสอบโมเดลในพื้นที่	54
แนวทางการประสานงานพื้นที่	56
รูปแบบการเก็บข้อมูลคัดกรองมะเร็งช่องปาก	57
การเตรียมพื้นที่	58
วิธีประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็งช่องปาก	61
โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดนครราชสีมา	62
โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดบุรีรัมย์	63
โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดสุรินทร์	64
โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของชัยภูมิ	65
บทที่ 5 สารสนเทศการดูแลสุขภาพช่องปาก	69
การบูรณาการคอมพิวเตอร์และทันตแพทยศาสตร์	71
แบบจำลองสารสนเทศของกระบวนการทางคลินิก	72
สารสนเทศทางทันตกรรมเป็นการรวมคน งาน และอุปกรณ์เข้าด้วยกัน	75

บทที่ 6 แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	81
วงจรชีวิตของการพัฒนาระบบ (The Systems Development Life Cycle)	82
การพัฒนาระบบสารสนเทศทางทันตกรรม (Dental Informatics)	83
แนวทางและกรอบแนวคิดในการสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	83
เทคนิคการรวบรวมสารสนเทศและข้อเท็จจริง	85
กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.)	86
กลุ่มทันตภิบาล	86
กลุ่มทันตแพทย์	86
ตัวอย่างการสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	87
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	89
ช่วงเวลาคัดกรองมะเร็งช่องปาก	92
วิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค	93
ด้านการรักษามะเร็งช่องปาก	95
การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ	96
บทที่ 7 วิเคราะห์ระบบและออกแบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	103
กระบวนการหารูปแบบการพัฒนาระบบสารสนเทศ	104
การวิเคราะห์ระบบ (Analysis)	108
บทที่ 8 วิเคราะห์รูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปาก	125
รูปแบบโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	125
โมเดลพื้นที่ใหญ่	125
โมเดลพื้นที่เล็ก	129
การออกแบบ (Design) ระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	133
วิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	140
ระบบบันทึกและสำรองข้อมูลในรูปแบบ Web Base Application	148
การดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	150
บทที่ 9 ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งช่องปาก	155
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ	156
การให้คำปรึกษา	158

	หน้า
การให้คำปรึกษาด้านมะเร็งช่องปาก	158
การให้คำปรึกษาทางการแพทย์	159
ลักษณะของผู้ให้คำปรึกษา	159
ผู้รับคำปรึกษาคือใคร	161
การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ	162
ขั้นตอนเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้รับคำปรึกษา	164
ขั้นตอนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ	165
วิธีทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ	167
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 1	174
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 2	176
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 3	180
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 4	182
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 5	184
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 6	187
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 7	189
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 8	191
เฉลยคำถามท้ายบทที่ 9	192
ดัชนีคำภาษาอังกฤษ	193
ดัชนีคำภาษาไทย	197

บทที่ 1

การตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้น

บวร คลองน้อย

ระบาดวิทยาของมะเร็งช่องปากทั่วโลก

เนื้องอกเนื้อร้าย (Malignant neoplasm) เป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลว การเจ็บป่วย และการเสียชีวิตทั่วโลก มะเร็งเป็นหนึ่งในห้าสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในทุกสังคม โดยมีตำแหน่งสัมพันธ์กันแตกต่างกันไปตามอายุและเพศ ดังภาพที่ 1.1 แสดงอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากทั่วโลกซึ่งพบว่าประเทศไทยอยู่ในอันดับที่10 มีจำนวนทั้งสิ้น 2,418 รายคิดเป็น 1.8 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตในเพศหญิงพบว่าประเทศไทยสูงเป็นอันดับที่ 9 ของโลก



ภาพที่ 1.1 อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากทั่วโลกและในเพศหญิงของประเทศไทย

มะเร็งในช่องปากเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในช่วงทศวรรษที่สามถึงหกของชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่ออัตราการรอดชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สาเหตุของมะเร็งช่องปากมาจากความผิดปกติของการพัฒนาเซลล์ในช่องปาก ซึ่งอาจเกิดการกลายพันธุ์ในระดับพันธุกรรม การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก โดยมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 60 ชนิดในบุหรี่ การสูบบุหรี่ 20 มวนต่อวันเพิ่มโอกาสเกิดมะเร็งช่องปากขึ้น 10 เท่า หากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยก็จะมีความเสี่ยงเพิ่มมากถึง 15 เท่า มะเร็งช่องปากเป็นเนื้อร้ายที่เกิดและพัฒนาขึ้นในส่วนใดก็ตามที่อยู่ในช่องปาก โดยเซลล์มะเร็งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งที่บริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก หรือพื้นปาก ในกรณีที่พบได้น้อย เซลล์มะเร็งยังสามารถเกิดขึ้นได้ที่ทอนซิลด้านหลังช่องปาก ซึ่งเป็นต่อมผลิตน้ำลาย รวมถึงในบริเวณช่องคอที่เชื่อมต่อระหว่างปากกับหลอดลมหรือคอหอย ทั้งนี้มะเร็งช่องปากคือหนึ่งในกลุ่มมะเร็งในระบบศีรษะและลำคอ (Head and Neck Cancers) ซึ่งการรักษามะเร็งช่องปากอาจคล้ายกับการรักษาเนื้อเยื่ออื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกันนี้ ซึ่งอาการของมะเร็งช่องปากสามารถแสดงได้หลายลักษณะ ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะและตำแหน่งของโรค เช่น มีฝ้าขาว (Leukoplakia) หรือฝ้าแดง (Erythroplakia) ในเยื่อในช่องปากและ/หรือลิ้น มีแผลที่ไม่รู้สึกเจ็บ และรักษาไม่หายเป็นเวลานานเกิน 2-3 สัปดาห์

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลที่ประยุกต์เพื่อการนำเสนอจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า รอยโรคในช่องปาก (Oral lesion) เช่น ร้อนใน เชื้อราแผลจากของร้อน แผลจากการแพ้ยาเสพติด แผลใต้ฟันปลอม ในกลุ่มอายุ 0-4 ปี มีจำนวน 102,175 ราย และที่มีจำนวนมากสุดคือกลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนสูงถึง 152,808 ราย ในขณะที่กลุ่มโรคอาการเริ่มแรกของโรคมะเร็งช่องปากจะมีระยะที่เรียกว่า Potentially Malignant Disorders (PMD) ซึ่งเราสามารถสังเกตความผิดปกติในช่องปากได้เช่น รอยขาว (Leukoplakia) รอยแดง (Erythroplakia) ตุ่มก้อนหรือแผลเล็ก ๆ ในปาก ที่อาจทำให้รู้สึกระคายเคืองเพียงอย่างเดียว หรืออาจให้ความรู้สึกเจ็บปวดร่วมด้วย พบมากในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 3,677 ราย และกลุ่มของมะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) พบว่าเริ่มมีจำนวนเพิ่มขึ้นตั้งแต่อายุ 35-39 ปี (1,192 ราย) และในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีจำนวนถึง 30,021 ราย โดยรหัสโรคลกลุ่มรอยโรคในช่องปาก (Oral lesion) จากรหัสมาตรฐาน ICD 10 คือ K12-149 ในกลุ่ม PMD คือ รหัส K132, K1320-9 ,L43 ,L430-9 และ กลุ่มของมะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) คือรหัส C00 ,C000-089



ภาพที่ 1.2 ตัวอย่างข้อมูลรอยโรคมะเร็งในช่องปากประเทศไทย ปีงบประมาณ 2559

ในช่วงระหว่างปี 1973 ถึง 1987 มีการรายงานเกี่ยวกับมะเร็งในช่องปากทั้งหมดที่ SEER (Surveillance, Epidemiology and End Results) ซึ่งเป็นโปรแกรมของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในสหรัฐอเมริกา ยกเว้นเนื้องอกร้ายในต่อมน้ำลาย เหงือก จมูก ห่องควบคุมอากาศ และหลอดลม มีมากกว่า 95% เป็นมะเร็งเซลล์สความัส ส่วนของระบบทางเดินอาหารและการย่อยอาหารด้านบนที่เกี่ยวข้องกับการดื่มและการสูบบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งเซลล์ squamous ในช่องปากและคอ ซึ่งเป็นมะเร็งที่สำคัญในหัวและคอ มะเร็งที่เกิดขึ้นในช่องปากและคอที่เกี่ยวข้องกับการดื่มและการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก และเป็นภาระงานที่สำคัญของนักโรคมะเร็งหัวและคอทั่วโลก การให้ความสำคัญเป็นเรื่องของโรคทางเยื่อเมือก ซึ่งมะเร็งที่เกิดขึ้นนี้มักเกิดจากโรคที่มีความเสี่ยงในระยะยาว หรือสภาวะที่มีความเสี่ยงในระยะยาว ซึ่งเรียกว่า "premalignant lesions" ซึ่งเป็นสภาวะที่มีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง การครอบคลุมในส่วนนี้ น้อยกว่าส่วนอื่น ๆ โดย Premalignant lesions หมายถึง รอยโรคก่อนเกิดมะเร็ง¹ ซึ่งเป็นเนื้องอกที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง ในกรณีของมะเร็งลำไส้ใหญ่ มักเกิดจาก "polyp" ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นก้อนมะเร็ง การรู้จักและตรวจสอบรอยโรคก่อนเกิดมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญในการคัดกรองผู้ป่วย และช่วยให้เราสามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ที่ต้องได้รับการตรวจสอบเพิ่มเติม และผู้ที่สามารถติดตามอย่างปลอดภัยในการดูแลรักษา การตรวจสอบ premalignant lesions ในช่องปากและคอกมีหลายวิธีที่ง่ายและมีความแม่นยำ ซึ่งรวมถึง

1.Vital staining: ใช้สารสีที่สามารถเปลี่ยนสีเนื้อเยื่อที่เสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง การตรวจสอบนี้ไม่ต้องใช้กระบวนการผ่าตัด

2.Immunocytochemistry: ใช้เทคนิคการตรวจสอบเซลล์ที่ใช้สารประจุไฟฟ้าในการตรวจสอบเซลล์ที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง

3.Fluorescence imaging: ใช้เทคนิคการตรวจสอบเนื้องอกที่ใช้แสงส่องสว่างในการตรวจสอบเนื้องอกที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง

4.Laser confocal microscopy: ใช้เทคนิคการตรวจสอบเนื้องอกที่ใช้เลเซอร์ในการตรวจสอบเนื้องอกที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง

5.Raman spectroscopy: ใช้เทคนิคการตรวจสอบเนื้องอกที่ใช้การกระจายแสงในการตรวจสอบเนื้องอกที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง

6. Fourier transform infrared spectroscopy: ใช้เทคนิคการตรวจสอบเนื้องอกที่ใช้การกระจายแสงในการตรวจสอบเนื้องอกที่มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนเป็นมะเร็ง

โรคมะเร็งช่องปากมีอุบัติการณ์การตรวจพบที่ค่อนข้างสูงเป็นลำดับต้นๆในประเทศไทย โดยสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากยังมีที่มาไม่แน่ชัด แต่มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่ส่งเสริมการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก เช่น การสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก ดื่มแอลกอฮอล์ และการติดเชื้อ HPV (Human Papilloma Virus) ฯลฯ มะเร็งช่องปากที่พบในประเทศไทยมีแบ่งออกได้ 4 ประเภท คือ ประเภทที่ 1

Localized oral cancers ประเภทนี้จะจำกัดอยู่เฉพาะที่ ไม่มีการลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ มีขนาดเล็กกว่า 4 เซนติเมตร สามารถรักษาให้หายขาดได้หากได้รับการคัดกรองด้วยวิธีที่ถูกต้องและทันทั่วทั้งที่ ประเภทที่ 2 Regional oral cancer เป็นประเภทที่มีการลุกลามและแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ผ่านทางเส้นเลือด ต่อม้ำเหลือง และช่องต่างๆของร่างกาย เช่น ต่อมทอนซิล หลอดอาหารและปอด ประเภทที่ 3 Distance oral cancers เป็นประเภทที่มีการลุกลามและแพร่กระจายไปยังระบบอื่นๆ ที่ไม่ใช่ อวัยวะเริ่มต้น และไม่ใช่อวัยวะที่เกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งโดยตรง และ ประเภทที่ 4 ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด(Unknown) คือ ประเภทที่ไม่ทราบอวัยวะเริ่มต้นที่แน่ชัด ซึ่งเป็นประเภทที่พบบากที่สุดในประเทศไทย

โรคมะเร็งช่องปากมีอัตราการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็งเนื่องจากมีปัจจัยจากการสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก ดื่มเหล้า โรคมะเร็งช่องปากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นจนถึงแก่ชีวิตในที่สุด การตรวจในระยะเริ่มต้น และให้การรักษาอย่างรวดเร็วจะลดความพิการของบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และลดการสูญเสียชีวิต สำหรับโรคมะเร็งในช่องปากพบได้ร้อยละ 3-5 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย ซึ่งประมาณร้อยละ 90-95 เป็นชนิด Squamous cell carcinoma และพบว่าอัตราการรอดชีวิต 5 ปีต่ำกว่ามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ทั้งที่สามารถตรวจพบได้ในระยะแรกเช่นเดียวกัน โรคมะเร็งช่องปากทำให้เกิดความสูญเสียทรัพยากร และหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นจนถึงแก่ชีวิต ในที่สุดการตรวจคัดกรองเพื่อหารอยโรคที่มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งช่องปากนั้นสามารถลดการดำเนินไปของโรคมะเร็งในช่องปากได้โดยใช้การดู การคลำ การถ่ายภาพทางรังสีตลอดทั้งการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจในรายที่สงสัย ถ้าสามารถตรวจพบรอยโรคและให้การรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต รวมถึงลดการสูญเสียอวัยวะและการเกิดความพิการของบริเวณใบหน้าและขากรรไกรได้ แต่ปัญหาที่พบคือกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองไปแล้วมักจะไม่มาทำการตรวจคัดกรองซ้ำเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคและเมื่อมาตรวจพบในภายหลังก็จะกลายเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม

การคัดกรองมะเร็งช่องปากคืออะไร

การตรวจคัดกรองคือการตรวจหามะเร็งก่อนที่บุคคลจะมีอาการใดๆ ซึ่งสามารถช่วยค้นหามะเร็งได้ในระยะเริ่มแรก เมื่อพบเนื้อเยื่อหรือมะเร็งผิดปกติตั้งแต่เนิ่นๆ อาจรักษาได้ง่ายกว่า เมื่อถึงเวลาที่อาการปรากฏขึ้นมะเร็งก็อาจจะเริ่มแพร่กระจายไปแล้ว นักวิทยาศาสตร์กำลังพยายามทำความเข้าใจให้ดีขึ้นว่าคนกลุ่มใดมีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งบางประเภทมากกว่า พวกเขายังศึกษาสิ่งที่เราทำและสิ่งรอบตัวเราเพื่อดูว่าสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดมะเร็งหรือไม่ ข้อมูลนี้ช่วยให้แพทย์แนะนำว่าใครควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ควรใช้การตรวจคัดกรองแบบใด และควรทำการตรวจบ่อยเพียงใด มะเร็งเป็นกลุ่มของโรคที่เกิดจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโตมากกว่าปกติ และอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ ซึ่งในที่สุดอาจทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้นเนื่องจากขาดเลือด

ไปเลี้ยง มะเร็งมีมากกว่า 100 ชนิด ซึ่งแต่ละชนิดจะมีการดำเนินของโรคไม่เหมือนกันตัวอย่างเช่น มะเร็งปอด และมะเร็งสมองมีการดำเนินชนิดของโรคที่รุนแรง ในขณะที่มะเร็งผิวหนังมีโอกาสรักษาได้ง่ายกว่า ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำเพื่อตรวจคัดกรองและรับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการตรวจมะเร็งที่เหมาะสมสำหรับคุณ อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองและการรักษามะเร็งจำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ควรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม รวมถึงการออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง สิ่งที่สำคัญคือแพทย์หรือทันตแพทย์ไม่จำเป็นต้องคิดว่า คุณเป็นมะเร็งหากกลุ่มเสี่ยงทุกคนได้รับการแนะนำให้ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยการตรวจคัดกรองสามารถดำเนินการได้แม้ไม่มีอาการของมะเร็ง ซึ่งการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกาย และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองและการรักษามะเร็งจำเป็นต้องพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปากชนิดสควamousเซลล์คาร์ซิโนมา (Oral squamous cell carcinoma) เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในช่องปาก ซึ่งมีลักษณะเป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์สควamousในช่องปาก ส่วนใหญ่เกิดจากเซลล์สควamousในช่องปากมีลักษณะเป็นมะเร็งชนิดสควamousเซลล์ (squamous cell carcinoma) ซึ่งเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในการช่องปากสาเหตุของการเกิดมะเร็งช่องปากประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย

การบริโภคยาสูบ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ โดยผู้ที่สูบบุหรี่มีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งช่องปากสูงกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันยิ่งเสี่ยงมากขึ้น โดยการสูบบุหรี่มากกว่า 2 ซองต่อวันและการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 6 ออนซ์ของเหล้า 15 ออนซ์ของไวน์ หรือ 36 ออนซ์ของเบียร์ต่อวันเป็นต้น

การใช้ยานัตถ์และการเคี้ยวยาเส้น การเคี้ยวหมากและการบริโภคพลูในประเทศอินเดียเป็นต้นส่วนใหญ่เกิดมะเร็งช่องปากบริเวณกระพุ้งแก้ม

การดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ป่วยที่มีอาการของมะเร็งช่องปากและหลอดอาหารมักมีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งพบในเพศชาย 94% และเพศหญิง 82%

การได้รับรังสี UV การได้รับรังสีแสงแดด UV ส่วนใหญ่มาจากการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเป็นปัจจัยเสี่ยงอีกหนึ่งอย่างของการเกิดมะเร็งช่องปาก เช่น มะเร็งริมฝีปากอาจปรากฏเป็นอาการเจ็บบนริมฝีปากซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายได้

พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส Human Papillomavirus (HPV): การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 มีความเสี่ยง

มะเร็งปากมดลูกถึง 70%2 การติดต่อเชื้อ HPV สามารถเกิดขึ้นผ่านทางการมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสโดยตรง หรือการสัมผัสผิวหนัง

การเกิดมะเร็งช่องปาก

มะเร็งช่องปากมีระยะก่อนการเกิดโรค (Pre-cancer) ที่ค่อนข้างนาน เรียกว่า ระยะ Potentially Malignant Disorders (PMD) ก่อนพัฒนาเป็นมะเร็งช่องปาก (Cancer stage) ระยะที่ 1-4 ตามลำดับ การคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถทำได้ง่ายโดยการตรวจด้วยสายตา (Visual inspection) และการตรวจเยื่อในช่องปากด้วยมือ (Palpation of oral mucosa) ของผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง (oral medicine specialist) ทันตแพทย์ ทันตภิบาลที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ หรือคัดกรองด้วยตัวเองจากโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งช่องปากแก่ประชาชน วิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือ การคัดกรองด้วยสายตา มีความง่ายในการคัดกรอง จึงมีความเป็นไปได้ในการดำเนินการสูง แม้ว่าการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นจะสามารถทำได้ง่าย และมีหลักฐานด้านความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และประสิทธิผล (cost-effectiveness) ในบริบทของต่างประเทศระบุว่า การคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยสายตาโดยผู้ที่ได้รับการฝึกอบรมมาโดยเฉพาะ มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ และสามารถลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญ ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ แต่ปัจจุบันพบว่าประเทศไทยไม่มีมาตรการในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่เป็นระบบอย่างชัดเจน จึงส่งผลให้มีผู้ป่วยเพียงหนึ่งในสามเท่านั้นที่มาพบแพทย์ในระยะ PMD อีกทั้งเมื่อเริ่มดำเนินการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงหรือคนไข้ที่เป็น PMD ก็ยังคงขาดความต่อเนื่องในการติดตามให้ผู้ป่วยมาทำการตรวจแบบติดตามผลอย่างต่อเนื่อง เมื่อไม่มีความต่อเนื่องอย่างเหมาะสมในการตรวจคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อป้องกันมะเร็งช่องปากในระยะแรกจึงส่งผลให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงไม่ได้มีการมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง หรือเมื่อมาพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาก็พบว่าอาการป่วยอยู่ใน stage 3-4 ซึ่งส่งผลต่อระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานขึ้น ค่ารักษาพยาบาลที่สูงและคุณภาพชีวิตผู้ป่วยก็แย่ลงและยังส่งผลต่อการรอดชีวิตที่ต่ำ

มะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) เป็นเนื้อร้ายที่เกิดและพัฒนาขึ้นในส่วนใดก็ตามที่อยู่ในช่องปาก โดยที่เซลล์มะเร็งสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งที่บริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม เพดานปาก หรือพื้นปาก และเพดานแข็ง ซึ่งในกรณีที่พบได้น้อยคือเซลล์มะเร็งยังสามารถเกิดขึ้นได้ที่ทอนซิลด้านหลังช่องปากซึ่งเป็นต่อมผลิตน้ำลาย รวมถึงในบริเวณช่องคอที่เชื่อมต่อระหว่างปากกับหลอดลมหรือคอหอยทั้งนี้มะเร็งช่องปากคือหนึ่งในกลุ่มมะเร็งในระบบศีรษะและลำคอ(Head and Neck Cancers) ซึ่งการรักษามะเร็งช่องปากอาจคล้ายกับการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกัน ทั้งนี้อาศัยองค์ความรู้ที่ว่าก่อนการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปกติเป็นมะเร็งช่องปากนั้นจะมีระยะของรอยโรคก่อนมะเร็ง (Potentially Malignant Disorders:PMD) ซึ่ง PMD นี้ ประกอบไปด้วย Homogenous leukoplakia, Nonhomogenous leukoplakia, Verrucous leukoplakia, Erythroleukoplakia, Erythroplakia, Oral submucous Fibrosis, Lichen planus and Oral lichenoid lesions

อาการของมะเร็งช่องปาก

อาการของมะเร็งช่องปาก โดยทั่วไปมักพบว่ามีอาการบวมโต หรือพบก้อนเนื้อ หรือแผลบริเวณ ริมฝีปาก เหงือก หรือบริเวณอื่นๆในช่องปาก นอกจากนี้ยังอาจพบรอยโรคสีขาว รอยโรคสีแดง หรือสีขาวปนแดงในช่องปาก ในบางคนอาจพบว่ามีเลือดไหลผิดปกติโดยไม่พบสาเหตุในช่องปาก อาจมีอาการชา หรือเจ็บปวดไม่ทราบสาเหตุบริเวณใบหน้า ปาก และลำคอ การมีแผลบริเวณเนื้อเยื่อในช่องปากคล้ายแผลร้อนในและอาการไม่ดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ หรืออาการเจ็บปวด หรือมีก้อนติดอยู่ในลำคอ อีกทั้งอาการกลืนเคี้ยวอาหาร พูด หรืออ้าปากได้ยาก และอาการน้ำหนักลด อาการแสดงของมะเร็งช่องปากมีได้หลายลักษณะ ขึ้นอยู่กับระยะและตำแหน่งของโรค ได้แก่ การพบฝ้าขาว (Leukoplakia) หรือฝ้าแดง (Erythroplakia) ที่เยื่อในช่องปากและหรือลิ้น อีกทั้งอาจมีแผลที่ไม่รู้สึกเจ็บ และรักษาไม่หายเป็นเวลานานเกิน 2-3 สัปดาห์ โดยอาจมีตุ่มหรือก้อนในช่องปากที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งมักจะไม่มีอาการเจ็บปวด ในบางรายอาจรู้สึกเจ็บหรือมีความลำบากในการกลืนอาหาร การเคี้ยวอาหาร หรือการพูดเนื่องจากมีก้อนเนื้อออก หรือเกิดจากการเจ็บจากแผลมะเร็ง รวมถึงมีฟันโยก หรือฟันหลุด หรือฟันปลอมที่เคยใช้ ต่อมาไม่สามารถใส่ฟันปลอมได้ เนื่องจากมีก้อนเนื้อออกเกิดขึ้นบริเวณเหงือก เพดานปาก และพื้นปากพบว่ามีเลือดออกผิดปกติในช่องปากจากแผลมะเร็ง และมีอาการเสียงแหบเรื้อรังนานเกิน 3 สัปดาห์ รวมถึงเกิดอาการชาบริเวณปากหรือใบหน้า อาจพบว่ามีก้อนที่ลำคอเกิดขึ้น กัดไม่เจ็บ ซึ่งก็คือต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจากโรคมะเร็งที่ลุกลาม กรณีโรคมะเร็งช่องปากแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ อาจทำให้มีอาการตามอวัยวะนั้น ๆ ที่โรคแพร่กระจายไปเกิดขึ้นได้ เช่น เมื่อมะเร็งแพร่กระจายไปที่กระดูก อาจทำให้มีอาการปวดตามกระดูกในส่วนที่มะเร็งแพร่กระจายไป ซึ่งความรุนแรงของโรคมะเร็งช่องปากจะขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัย เช่น

- ระยะของโรค ถ้าเป็นมะเร็งช่องปากโดยรอยโรคระยะที่ 1-2 จะมีความรุนแรงน้อยกว่ารอยโรคระยะที่ 3-4 นอกจากนี้

- อายุของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมักจะทนต่อการรักษาได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากและมีผลการรักษาที่ดีกว่า

- สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงสมบูรณ์ก็จะสามารถทนต่อการรักษาได้ดีกว่าและมีผลการรักษาที่ดีกว่า

- กรณีที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เพราะโรคเหล่านี้อาจเป็นอุปสรรคต่อการรักษาและเพิ่มผลข้างเคียงจากการรักษาให้สูงขึ้นกว่าคนปกติที่ไม่มีโรคร่วมได้

ปัจจุบันพบว่ายังมีงานวิจัยด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนที่ค่อนข้างน้อย และเมื่อมีการสืบค้นเกี่ยวกับโครงการวิจัยด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยการค้นหาจากสื่อทางคอมพิวเตอร์จึงทำให้พบว่าการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่มีอยู่ในหลายโครงการนั้นจะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ซึ่งการคัดกรองมะเร็งช่องปากจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องวิเคราะห์รูปแบบเพื่อจัดทำโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่แตกต่าง

กันในแต่ละความเหมาะสมของชุมชน ซึ่งโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากต้องให้ความสำคัญกับชุมชนเป็นหลักด้วยแนวคิดให้ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ในด้านการป้องกันโรค อีกทั้งยังเป็นการลดความคับคั่งของคนไข้ที่จะเดินทางไปเข้าไปที่โรงพยาบาล และยังเป็นการสร้างโมเดลเพื่อให้เกิดแนวทางการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรกเริ่ม (Early detection) ก่อนการเกิดรอยโรคของมะเร็งช่องปาก ซึ่งแนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนสามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

การคัดกรองระดับหมู่บ้าน (Screen1:S1) ที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แสวงหา(Seeker)กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ด้วยแบบสอบถามถึงการมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก กรณีที่มีพฤติกรรมเสี่ยง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จะแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองช่องปาก โดยทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจทำแบบนำเสนอตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้สะดวกต่อการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยอาจทำแบบนำเสนอตัวเพื่อให้สะดวกต่อการคัดกรองมะเร็งช่องปากดังตัวอย่าง

ใบส่งตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากภายในcupโรงพยาบาล.....	R 1
วันที่.....พศเดือน.....	
จากหมู่บ้าน ถึง.....รพ.....สต.	
ขอส่ง นาย/นาง/นางสาวปี.....อายุ	
ที่อยู่.....	
สิทธิการรักษา	
☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ กรมบัญชีกลาง ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ.....	
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก	
ลงชื่อ.....	
อสม.ผู้คัดกรองเบื้องต้น	

ภาพที่ 1.3 ตัวอย่างใบส่งตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจคัดกรองเบื้องต้นจากหมู่บ้านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ดังเช่นตัวอย่างการเก็บข้อมูลพื้นที่ของโครงการวิจัยคือเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยจังหวัด นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ หรือเรียกกันภายใต้ชื่อ เขตนครชัยบุรินทร์ พบจังหวัดที่มีร้อยละของการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1 คือจังหวัดชัยภูมิ ที่มีกลุ่มเป้าหมายสำหรับคัดกรองมะเร็งช่องปาก 105,523 คน เข้ารับการคัดกรอง 100,138 คน (ร้อยละ 94.90)

ตารางที่ 1.1 ตารางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1

จังหวัด	เป้าหมาย	คัดกรอง	คัดกรอง(%)	เสี่ยง	ไม่เสี่ยง	ไม่พบตัว	ไม่พบตัว(%)
นครราชสีมา	203,685	177,371	87.08	84,296	82,746	10,329	5.07
บุรีรัมย์	56,946	48,961	85.98	34,035	12,062	2,864	5.03
สุรินทร์	26,242	22,848	87.07	17,354	4,844	650	2.48
ชัยภูมิ	105,523	100,138	94.90	57,003	35,616	7,519	7.13

การคัดกรองระดับชุมชน (Screen 2: S2) เป็นการรับการปฏิบัติจากการคัดกรองระดับหมู่บ้าน โดยผู้ที่มีพฤติกรรมอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อรอยโรคมะเร็งช่องปากจะได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในช่องปากโดยทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรก (Early detection) ดังนั้นหากกลุ่มเสี่ยงมีรอยโรคในช่องปากหรือไม่แน่ใจในรอยโรคจะดำเนินการส่งกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อให้ทีมทันตแพทย์ดำเนินการตรวจรักษาต่อไป เมื่อกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจากทันตภิบาลและไม่พบรอยโรคที่อาจนำไปสู่โรคมะเร็งช่องปาก แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องติดตามอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทันตภิบาลจะต้องทำใบส่งตัวกลุ่มเสี่ยงกลับไปแจ้งยังทีม อสม. เพื่อให้ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังเป็นระยะ วิธีการนี้จะสามารถ ทำให้ค้นพบรอยโรคมะเร็งช่องปากตั้งแต่วัยแรกได้ อีกทั้งความใกล้ชิดระหว่าง อสม. และคนในชุมชนที่มักจะขอคำปรึกษาเกี่ยวกับสุขภาพเป็นประจำ จึงเป็นรูปแบบที่ง่ายสำหรับการเฝ้าระวังมะเร็งช่องปากในชุมชน รวมถึงยังก่อให้เกิดความต่อเนื่องในการคัดกรองโรคมะเร็งระดับชุมชน ซึ่งสิ่งสำคัญคือการให้ความรู้และฝึกอบรมให้ อสม. ได้มีความรู้ความเข้าใจวิธีการตรวจหา มะเร็งช่องปากเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น ตัวอย่างข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากใน

ตารางที่ 1.2 ตารางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S2

จังหวัด	คัดกรองระดับ S1	คัดกรองระดับ S2 (คน)				ร้อยละ
		นัดตรวจซ้ำ 6 เดือน	นัดติดตาม 2 เดือน	ส่งต่อ รพช.	รวมคัดกรองระดับ S2	
นครราชสีมา	177,371	37,391	151	989	38,531	45.71
บุรีรัมย์	48,961	10,756	8	1,024	11,788	34.63
สุรินทร์	22,848	9,180	31	172	9,383	54.07
ชัยภูมิ	100,138	27,676	39	784	28,499	50.00

ใบส่งตัวกลุ่มเสี่ยงให้ทันตแพทย์เพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปาก		R 2
วันที่.....พศ.....เดือน.....		
จากรพ.....ถึง โรงพยาบาล.....สต.		
ขอส่ง นาย/นาง/นางสาวปี.....อายุ		
ที่อยู่.....		
สิทธิการรักษา		
☐ บัตรทอง ☐ ราชการ ☐ ประกันสังคม ☐ อื่นๆ.....		
เลขบัตรประจำตัวประชาชนเพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก		
ลงชื่อ.....		
ทันตภิบาล ผู้คัดกรองเบื้องต้น		

ภาพที่ 1.4 ตัวอย่างใบส่งตัวกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจคัดกรองซ้ำจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การคัดกรองระดับโรงพยาบาล (Screen 3: S3) กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งตัวต่อมาจากทันตภิบาล พร้อมใบส่งตัวไปยังทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชนจะได้รับการตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรคและทำการรักษาในเบื้องต้น กรณีที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งช่องปากจะได้รับการส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป เช่น ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3

ตารางที่ 1.3 ตารางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3

จังหวัด	คัดกรองระดับ S3	ริมฝีปาก		กระพุ้งแก้ม		เหงือกซ้าย		เหงือกขวา		ลิ้น/ข้างลิ้น/ใต้ลิ้น		เพดานปาก	
		บน	ล่าง	ซ้าย	ขวา	บน	ล่าง	บน	ล่าง	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา
นครราชสีมา	636	17	80	133	132	18	32	27	36	63	75	15	15
บุรีรัมย์	510	25	111	209	186	6	20	14	12	55	67	15	19
สุรินทร์	131	4	29	48	48	0	3	2	2	8	5	5	5
ชัยภูมิ	502	11	60	123	129	16	28	16	28	47	67	13	14

การเฝ้าระวังต่อโรคมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน (Surveillance) โดยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีรอยโรคแต่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจะได้รับการเฝ้าระวังทุก 6 เดือน หรือ 1 ปีดังนี้

- การเฝ้าระวังระดับชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทุก 1 ปีสำหรับผู้ที่ไม่มียโรค
- การเฝ้าระวังระดับ รพ.สต.โดยทันตภิบาล ทุก 6 เดือน สำหรับผู้ที่มีรอยโรคเล็กน้อย
- การเฝ้าระวังระดับ รพช.โดยทันตแพทย์ ทุก 6 เดือนสำหรับผู้ที่มีรอยโรคที่รักษาโดยทันตแพทย์

ตารางที่ 1.4 รายงานการเฝ้าระวังรอยโรค PMD (Surveillance)

จังหวัด	ตำแหน่งรอยโรค											
	ริมฝีปาก		กระพุ้งแก้ม		เหงือกบน		เหงือกล่าง		ลิ้น/ข้างลิ้น/ใต้ลิ้น		เพดานปาก	
	บน	ล่าง	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา	ซ้าย	ขวา
นครราชสีมา	0	6	5	4	0	0	0	2	3	5	1	0
บุรีรัมย์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
สุรินทร์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ชัยภูมิ	1	7	14	9	1	1	1	1	0	1	0	1

นอกจากนี้ระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรอง เป็นระบบสำคัญที่ต้องพัฒนาขึ้นเพื่อทำการเตือนในกลุ่ม ได้แก่ เตือนที่กลุ่มเสี่ยง เตือนที่ญาติ และเตือนที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สำหรับกรณีที่กลุ่มเสี่ยงไม่มีหมายเลขโทรศัพท์ ซึ่งการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนนั้นสิ่งสำคัญคือ การคัดเลือกพื้นที่แนวทางในการพัฒนาโมเดลการคัดกรอง และวิธีการคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากซึ่งหากนิยามสั้นๆของโมเดลนี้คือ “โมเดลคัดกรองสุขภาพเพื่อปลอดโรคมะเร็งช่องปาก”

แนวทางในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน

แนวทางในการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้กับคนในชุมชนควรเริ่มที่กลุ่มเสี่ยงที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เคี้ยวหมาก เคี้ยวยาเส้น โดยดำเนินการภายใต้ทฤษฎีการเกิดมะเร็ง (Carrington, 2015) ที่ว่าช่องปากประกอบด้วยอวัยวะต่างๆ ดังนี้ คือ ริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ลิ้น และเนื้อเยื่อโดยรอบๆ ลิ้นทั้งด้านข้างสองข้างและ ด้านหน้าใต้ลิ้น มะเร็งของอวัยวะต่างๆ เหล่านี้ จะมีสาเหตุอาการ อาการแสดง การดำเนินโรค วิธีวินิจฉัย ระยะโรค การรักษาความรุนแรงของโรคเหมือนกัน ซึ่งมะเร็งช่องปากเป็นมะเร็งที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป อายุเฉลี่ยจะประมาณ 60 ปี แต่ก็พบในคนที่อายุ 40 ปี หรืออายุต่ำกว่าได้ โดยมีสาเหตุมาจาก

1. สูบบุหรี่จัด สูบกถ้อง
2. บริโภคเมี่ยง หมาก ยาสูบ ยาเส้นเป็นประจำ
3. ดื่มสุราจัด
4. อาจมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสชนิด เอชพีวี (HPV)
5. มีความสัมพันธ์กับการอักเสบเรื้อรังชนิดไม่ติดเชื้อของเยื่อช่องปาก ซึ่งจะทำให้เยื่อช่องปากมีลักษณะเป็นฝ้าขาว หรือเป็นปื้นสีแดง

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบได้บ่อยคือ เกิดเป็นก้อนเนื้อขึ้นตามตำแหน่งต่างๆ ของอวัยวะส่วนนั้น อาจลุกลามเป็นแผลหรือไม่ก็ได้ แผลอาจมีลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำ หรืออาจเป็นแผลลึกเรื้อรัง แผลจะโตขึ้นเรื่อยๆ ไม่

หายด้วยการใส่ยาต่างๆ หรือการรักษาวิธีต่างๆไป อาจมีเลือดออกได้ง่ายและถ้ามีการติดเชื้อด้วยก็จะมีกลิ่นเหม็น นอกจากนั้นถ้าเป็นโรคในระยะลุกลามจะคลำต่อมน้ำเหลืองที่คอได้ร่วมด้วย เป็นต่อมน้ำเหลืองที่โตโดยไม่เจ็บและมักอยู่ด้านเดียวกันกับก้อนเนื้อ ซึ่งการตรวจและระยะของโรคเมื่อผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์จะได้รับการตรวจดังนี้

1. ซักประวัติและตรวจร่างกาย โดยเฉพาะของช่องปาก
2. ตัดชิ้นเนื้อเพื่อไปพิสูจน์ทางพยาธิวิทยา เมื่อวินิจฉัยได้แล้วว่าเป็นมะเร็ง ทันตแพทย์จะตรวจเพิ่มเติมดังนี้
 - ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการดูการทำงานของไขกระดูก ตับ ไต และเบาหวาน
 - ตรวจปัสสาวะเพื่อดูโครมอื่น ๆ ของโรคในระบบทางเดินปัสสาวะ
3. เอกซเรย์ปอดเพื่อดูการแพร่กระจายของโรคที่ปอด
4. อาจมีการตรวจเพิ่มเติมตามข้อบ่งชี้ เช่น การตรวจอัลตราซาวด์ตับ เพื่อดูการกระจายของโรคตับ หรือการตรวจเพิ่มเติมทางเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ การตรวจเพิ่มเติมเหล่านี้ แพทย์จะทำตามข้อบ่งชี้ ไม่เหมือนกันในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งระยะโรค มะเร็งช่องปากแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้
 - ระยะที่ 1 มะเร็งมีขนาดเล็ก ยังไม่ลุกลาม
 - ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง
 - ระยะที่ 3 ก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ขึ้นและลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียง มากขึ้น และมีการลุกลามไปต่อมน้ำเหลืองที่คอ
 - ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามเข้าอวัยวะข้างเคียงมากขึ้น ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง มากขึ้น อ้าปากไม่ได้ ต่อมน้ำเหลืองที่คอมีขนาดโตมาก หรืออาจมีโรคแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด ตับ หรือกระดูก เป็นต้น

ความรุนแรงของโรค

ความรุนแรงของโรคจะขึ้นอยู่กับหลายๆ ปัจจัยที่สำคัญได้แก่

- 1.ระยะของโรค ระยะสูงขึ้นความรุนแรงของโรคก็สูงขึ้น
- 2.สุขภาพทั่วไป ถ้าแข็งแรงการรักษาจะได้ผลดีกว่า
- 3.โรคร่วมต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคไต เป็นต้น ซึ่งจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษา
- 4.อายุ ในผู้ป่วยสูงอายุมักทนการรักษาต่างๆ ได้ไม่ค่อยดี

วิธีการรักษา

มะเร็งช่องปากมีวิธีการรักษาหลัก 3 วิธีคือ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด ซึ่งการผ่าตัด มักใช้รักษาโรคระยะที่ 1 ระยะที่ 2 หรือเริ่มๆ ระยะที่ 3 ต่อมน้ำเหลืองยังมีขนาดเล็ก หลังการผ่าตัดแพทย์จะ

ตรวจเนื้อที่ผ่าตัดออกไปทางพยาธิ ถ้ามีข้อบ่งชี้ก็จะให้การรักษาต่อเนื่องด้วยรังสีรักษาและอาจร่วมกับเคมีบำบัดด้วย

รังสีรักษาอาจเป็นวิธีการรักษาโดยใช้รังสีอย่างเดียว หรือรังสีร่วมกับการผ่าตัดหรือรังสีร่วมเคมีบำบัด หรือรังสี ผ่าตัดและเคมีบำบัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้เป็นรายๆ แตกต่างกันไป ถ้ามีการฉายรังสีมักใช้ระยะเวลาประมาณ 6-7 สัปดาห์ ฉายรังสีวันละ1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 วันตามวันทำการ อาจมีการรักษาทางรังสีโดยการใส่แร่ ซึ่งจะมีข้อบ่งชี้เฉพาะเจาะจงรักษาได้เฉพาะผู้ป่วยบางรายเท่านั้น ซึ่งแพทย์จะประเมินจากข้อบ่งชี้เช่นกัน

เคมีบำบัด เป็นการรักษาที่มักใช้ร่วมกับการผ่าตัดและรังสี แต่ในผู้ป่วยบางรายที่ผ่าตัดและทำรังสีรักษาไม่ได้ ก็อาจใช้เคมีบำบัดเพียงวิธีการอย่างเดียวซึ่งมักเป็นกรณีการรักษาเพื่อประคับประคองและเช่นเดียวกับวิธีการรักษาอื่นๆ การใช้เคมีบำบัดก็ต้องมีข้อบ่งชี้แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน

การตรวจรักษาเพื่อติดตามผลการรักษา ภายหลังรักษาครบแล้ว แพทย์จะยังนัดตรวจรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นระยะๆ ไป โดยในปีแรกหลังครบการรักษาแพทย์มักจะนัดทุก 1-2 เดือน ในปี 2-3 อาจนัดทุก 2-3 เดือน ปีที่ 3 ปีที่ 5 อาจนัดทุก 3-6 เดือน และภายหลัง 5 ปีไปแล้ว มักนัดทุก 6-12 เดือน ในการมาพบแพทย์ทุกครั้งแพทย์จะซักประวัติ ตรวจร่างกายและอาจมีการตรวจอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้แตกต่างในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน ผู้ป่วยควรพบแพทย์พร้อมญาติสายตรงหรือผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันพูดคุยปรึกษากับแพทย์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากผู้ที่มีกลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการตรวจคัดกรอง และติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้การตรวจพบมะเร็งช่องปากในระยะเริ่ม และทำการรักษาเพื่อไม่ให้ลุกลามได้ดีกว่าการไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองของกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปากในชุมชนที่พบ

ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งมะเร็งช่องปากจะพบในเพศชายมากกว่าใน เพศหญิง ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดมะเร็งช่องปากในผู้ป่วยพบว่าในร้อยละ90 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งช่องปากมากกว่า ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ 15 เท่า

กลุ่มผู้ที่เคี้ยวหมาก เคี้ยวยาสูบ อมเมี่ยง เหน็บยาสูบ เป็นประจำ มีการศึกษาพบว่าในผลหมากมีสารก่อมะเร็ง เมื่อเคี้ยวร่วมกับการใช้ยาเส้นที่มีสารก่อมะเร็งเช่นเดียวกับบุหรี่ จะยิ่งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น

ในกลุ่มคนที่ทำงานกลางแจ้ง เป็นเวลานาน หรือได้รับแสงแดดโดยตรงบริเวณใบหน้าเป็นประจำ หรือริมฝีปากที่โดนแดดแรงๆ เป็นประจำ ทั้งนี้เพราะรังสียูวีทั้งเอ และบี (UVAและUVB) ในแสงแดดอาจทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของผิวหนังและเยื่อๆ เช่น ริมฝีปาก มีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นมะเร็งที่ริมฝีปาก

การกินผักและผลไม้น้อย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, -) เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งในการเกิดมะเร็งช่องปาก โดยเฉพาะสารเคมีในพืชทั้ง **สารคลอโรฟิลล์** ที่พบในพืชใบเขียวทั่วไป เช่นคะน้า กะหล่ำ ผักใบเขียว ยังรวมถึง**สารคาโรทีนอยด์**ที่พบอยู่ในพืชที่มีสี ส้ม – เหลือง และสีแดง-ส้ม เช่น แครอท ฟักทอง มะเขือเทศ มะนาว ส้ม และผักใบเขียว นอกจากนี้สารที่เรียกว่าแอนโทไซยานิน ซึ่งพบในพืชที่มีสีน้ำเงิน ม่วงแดง เช่น หัวบีท เซอร์รี่ องุ่นม่วง-แดง และกะหล่ำม่วง สารเหล่านี้มีคุณสมบัติป้องกันมะเร็ง โดยต้านอนุมูลอิสระ การดูดซับสารพิษที่อาจก่อให้เกิดมะเร็ง รวมถึงต้านการอักเสบและเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันและยังทำหน้าที่ในการปกป้องเซลล์จากรังสียูวีที่มาจากแสงแดด

การระคายเคืองในช่องปากเรื้อรังจากฟันที่แหลมคม หรือวัสดุอุดฟันที่แตกบิ่นจนเกิดความคม ทำให้ระคายเคืองเนื้อเยื่อในช่องปาก เป็นอีกสาเหตุที่ก่อให้เกิดรอยแผลในปากและเป็นสาเหตุรอยแผลจนกลายเป็นมะเร็งช่องปากได้

ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ทำให้มีความผิดปกติของเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปากได้ เช่น โลเคน แพลนัส เพมฟิกัส เพมฟิกอยด์ ก็เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดมะเร็งช่องปากได้

การตรวจหามะเร็งช่องปากเบื้องต้นด้วยตัวเอง

การตรวจเพื่อป้องกันมะเร็งช่องปาก (บวร, 2560) สามารถทำได้ด้วยตนเอง ในทุกเช้าหรือทุกครั้งที่แปรงฟัน โดยการอ้าปากที่หน้ากระจกและตรวจตามตำแหน่งสำคัญดังนี้

บริเวณริมฝีปากมี 3 ขั้นตอนที่ต้องตรวจสอบ โดยตรวจดูทั้งริมฝีปากด้านบน และด้านล่างด้วยการสังเกตสี ที่ริมฝีปากว่ามีสีที่ผิดปกติไปจากสีทั่วไปของริมฝีปากหรือไม่ หรือมีสีที่คล้ำกว่าบริเวณอื่นของริมฝีปาก จากนั้นคลำหรือกดเบาๆ เพื่อทดสอบว่าริมฝีปากมีความยืดหยุ่นเสมอกัน และสังเกตรูปร่างของริมฝีปากว่าเปลี่ยนทรงของรูปปากไปจากเดิม หรือมีความผิดปกติอื่นๆของริมฝีปากทั้งริมฝีปากบนและริมฝีปากล่างหรือไม่เมื่อตรวจริมฝีปากทั้งบนและล่างเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนถัดไปคือการตรวจภายในช่องปาก โดยเริ่มจากการตรวจเหงือก เพดาน คอหอย พื้นช่องปาก ลิ้น และกระพุ้งแก้ม ดังนี้

การตรวจเหงือก โดยการยิ่ฟันและใช้นิ้วยกริมฝีปากบนขึ้นเพื่อ**สังเกตสี**ว่ามีสีขาวหรือแดงที่ผิดปกติหรือไม่ จากนั้นให้ **สังเกตดูว่ามีก้อน** หรือพื้นผิวที่คล้ายดอกกะหล่ำหรือไม่ โดยให้ทำเหมือนกันทั้งเหงือกบนและเหงือกล่าง

วิธีการตรวจบริเวณเพดานคอหอย โดยการอ้าปากกว้างจนสามารถเห็นลิ้นไก่ จากนั้น **สังเกตเพดาน**ว่ามีสีที่เปลี่ยนไปจากบริเวณเดียวกันหรือไม่ จากนั้น**ใช้นิ้วตรวจหาก้อน**โดยกดเบาๆไปตามเพดานปากเพื่อตรวจว่ามีก้อนหรือไม่ หากตรวจพบก้อนกระดุกแข็งบนเพดานปากลักษณะเป็นปุ่มกระดุก ไม่ใช่มะเร็ง

การตรวจพื้นช่องปากโดยการอ้าปากพร้อม**กระดกลิ้น**ขึ้นเพื่อดูว่าลิ้นหรือที่เรียกว่าพื้นช่องปากมีตำแหน่งใดผิดปกติ ด้วยการดูว่ามี**สีขาวหรือแดง**ผิดปกติมากกว่าบริเวณใกล้เคียงหรือไม่ พร้อมสังเกตว่ามี**ก้อนหรือพื้นผิว**ที่มีลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำหรือไม่

นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านยังสามารถใช้แบบสอบถามเพื่อคัดกรองความเสี่ยงของผู้ที่อยู่ในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของ อสม. ตามแบบ “ตารางคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากโดย อสม.” โดยเป็นการสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งช่องปากเกี่ยวกับประเด็นต่างได้แก่

- สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมต่อการสูบบุหรี่ว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่นั้นสูบบุหรี่มากี่ปีแล้ว หรือในกรณีที่เลิกสูบบุหรี่แล้ว ต้องสอบถามว่าเลิกสูบบุหรี่มีระยะเวลานานเท่าไร โดยที่บุหรี่มี 2 ชนิด คือ บุหรี่แบบมีควันและบุหรี่แบบไม่มีควัน โดยบุหรี่ที่มีควันมีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ บุหรี่โรงงาน หรืออาจเรียกว่าบุหรี่ซอง บุหรี่ซิการ์แลต ที่ครอบคลุมทั้งในส่วนที่มีก้นกรองและไม่มีก้นกรอง ถัดมาคือบุหรี่มวนเองเป็นบุหรี่ที่สามารถมวนได้ด้วยตนเอง หรือมวนด้วยเครื่องมือมวนบุหรี่ โดยมียาเส้นหรือยาเส้นปรุงเป็นส่วนประกอบภายใน ใช้วัสดุที่หาง่าย เช่น กระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา ใบบัว สุดท้ายคือยาสูบชนิดมีควันอื่น ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ ไปป์ ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บาลากู/ฮุกก้า/ชีชา และอื่นๆ เช่น บุหรี่ซิโย ซึ่งเป็นบุหรี่พื้นเมืองที่นิยมมากในภาคเหนือของประเทศไทย บุหรี่แบบไม่มีควัน ส่วนมากเป็นการนำยาเส้น หรือยาเส้นปรุงมาใช้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การอม หรือจุกยาฉุนทางปาก การสูดยานัตถุ์ที่มีส่วนผสมยาสูบทางจมูก และการเคี้ยวยาเส้น

- การใช้ยานัตถุ์หรือยาเส้น หรือเคี้ยว ใช้ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการใช้บุหรี่ชนิดไม่มีควัน ซึ่งประกอบด้วย ยานัตถุ์ ยาเส้น ยาจุก หรือบุหรี่ไฟฟ้า (ในบุหรี่ยี่ห้อตามีสารนิโคตินมวนละ 2 มิลลิกรัม แต่ในบุหรี่อิเล็กทรอนิกส์มีมากถึง 40 มิลลิกรัม

- การดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มเบียร์ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมตั้งแต่เหล้า เบียร์ ไวน์ เหล้าอุ หรือเหล้าไห สาโท หรือน้ำข้าว เหล้าขาว หรือเหล้ากลั่น กระแช่ หรือน้ำตาลเมายาดอง หรือเหล้าดองยา

- การเคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยว เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก หรือเคยเคี้ยวหมาก เพราะคนที่เคี้ยวหมากเป็นประจำอาจเกิดรอยผ้าสีแดงอมน้ำตาล และบ่อยครั้งจะมีรอยย่นของเยื่อเมือกในปาก อาการเหล่านี้อาจรุนแรงขึ้นจนเป็น “แผลเป็นที่ลูกกลมและเรื้อรังที่เยื่อเมือกในปาก” ซึ่งเรียกกันว่าโรคพังผืดใต้เยื่อบุผิวช่องปาก

ทำงานกลางแดดเป็นประจำ เป็นการสอบถามถึงลักษณะการทำงานว่ามีการทำงานกลางแดดเป็นประจำและเป็นเวลานานซึ่งการทำงานกลางแดด เช่น การทำนา ทำไร่ หรือการก่อสร้างกลางแดด โดยใน 1 อาทิตย์ ทำงานกลางแดดเต็มวันจำนวน 5-6 วันต่ออาทิตย์ เนื่องจากการได้รับแสงแดดโดยตรงบริเวณใบหน้าเป็นประจำ หรือริมฝีปากที่โดนแดดแรงๆ เป็นประจำอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ริมฝีปาก ทั้งนี้เพราะรังสียูวีทั้งเอและบี (UVAและUVB) ในแสงแดดอาจทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของผิวหนังและเยื่อ เช่น ริมฝีปากจึงมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปสู่การเป็นมะเร็งที่ริมฝีปาก

ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี เนื่องจากฟันปลอมที่ใส่มาเป็นเวลานานอาจชำรุด และผู้ที่ใส่ไม่เคยพบทันตแพทย์ตั้งแต่ใส่ฟัน รวมถึงบางรายอาจไปทำฟันปลอมจากผู้ที่ไม่ได้เป็นทันตแพทย์ ซึ่งฟันปลอมอาจจะไม่มีความพอดี รวมถึงในบางรายที่ใส่ฟันปลอมมานานๆอาจเกิดการหลวม หรือฟันปลอมแตก หรือบิ่นจึงอาจขูดในบริเวณที่ใส่ฟันปลอมก่อให้เกิดเป็นแผลจนลุกลาม หรือเป็นแผลเรื้อรังได้

อาการระคายเคืองในช่องปาก เป็นการสอบถามว่ามีแผล หรืออาการเจ็บในช่องปากหรือไม่ หรือกรณีมีแผลร้อนใน ที่เกิดในช่องปากควรสอบถามว่าเป็นมานาน หรือเป็นแผลในช่องปากแบบเป็นๆ หายๆ หรือไม่ รวมถึงในช่องปากมีก้อนเนื้อเป็นไต หรือฟันผิวไม่เรียบคล้ายดอกกระหล่ำหรือไม่

บทสรุป

มะเร็งช่องปากคือเนื้อร้ายที่เกิดและพัฒนาขึ้นในส่วนใดก็ตามที่อยู่ในช่องปาก โดยเซลล์มะเร็งอาจเกิดขึ้นได้ทั้งบริเวณริมฝีปาก ลิ้น เหงือก กระพุ้งแก้ม และเพดานปาก ในกรณีที่พบได้น้อย นอกจากนี้เซลล์มะเร็งยังสามารถเกิดขึ้นได้ที่ต่อมทอนซิลด้านหลังช่องปาก ซึ่งเป็นต่อมผลิตน้ำลายรวมถึงบริเวณช่องคอที่เชื่อมต่อระหว่างปากกับหลอดลมหรือคอหอย มะเร็งช่องปากเป็นหนึ่งในกลุ่มมะเร็งระบบศีรษะและลำคอ ซึ่งการรักษามะเร็งช่องปากอาจคล้ายกับการรักษามะเร็งชนิดอื่น ๆ ในกลุ่มเดียวกัน การรักษามะเร็งช่องปากมักใช้หลายวิธี ซึ่งรวมถึงการผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การรักษาด้วยเคมีบำบัด และการใช้ยารักษาแบบเจาะจง ซึ่งมะเร็งช่องปากเป็นโรคที่ควรให้ความสำคัญ แม้ว่าจะไม่ได้ติดลำดับต้นๆ ของมะเร็งในประเทศไทย แต่ก็มีความเสี่ยงที่ควรระวัง โดยอัตราการรอดชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 30 ดังนั้น ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงควรตรวจโรคนี้ปีละครั้ง หากพบรอยขาวหรือรอยแดงในช่องปาก ควรปรึกษาแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและการรักษาทันที

กลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งช่องปาก ได้แก่กลุ่มผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปและเพศชายมีความเสี่ยงสูงกว่าเพศหญิงในการเป็นมะเร็งช่องปาก นอกจากนี้การสูบบุหรี่และดื่มเหล้ายังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ โดยผู้ที่ทั้งสูบบุหรี่และดื่มเหล้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้นถึง 15 เท่า ในกลุ่มผู้ที่กินหมากและยาสูบพบว่าการเคี้ยวหมาก ยาสูบ อมเมี่ยง และเหน็บยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยง โดยที่หมากมีสารก่อมะเร็ง ดังนั้นการเคี้ยวหมากร่วมกับยาเส้นที่มีสารก่อมะเร็งเช่นเดียวกับบุหรี่ยิ่งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปากเพิ่มขึ้น การทำงานกลางแจ้งที่ได้รับแสงแดดโดยตรงบริเวณใบหน้าหรือริมฝีปากที่โดนแดดแรงๆ มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งที่ริมฝีปาก ในการดูแลอนามัยช่องปาก ความสะอาดในช่องปากมีความสำคัญ คนที่เป็นโรคมะเร็งช่องปากมักไม่ดูแลความสะอาดในช่องปากอย่างเพียงพอ การใช้ฟันปลอมที่ชำรุด หรือฟันปลอมที่ไม่ถูกสุขลักษณะอาจเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก ในด้านการกินผักและผลไม้มีประโยชน์ในการลดความเสี่ยง ส่วนผู้ที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสเอชพีวี การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก (oral sex) สามารถเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งอาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งช่องปากได้

เราสามารถตรวจหามะเร็งช่องปากเบื้องต้นด้วยตัวเอง โดยการอ้าปากที่หน้ากระจกและตรวจตามตำแหน่งสำคัญโดยบริเวณริมฝีปากด้านบน และด้านล่างการสังเกตสี ที่ริมฝีปากว่ามีสีที่ผิดปกติไปจากสี

ทั่วไปของริมฝีปากหรือไม่ หรือมีสีที่คล้ำกว่าบริเวณอื่นของริมฝีปาก การตรวจเหงือก โดยการยึ้นฟันและใช้นิ้วยกริมฝีปากบนขึ้นเพื่อสังเกตสีว่ามีสีขาวหรือแดงที่ผิดปกติหรือไม่ จากนั้นให้สังเกตดูว่ามีก้อน หรือ ฟันผุที่คล้ายดอกกระหล่ำหรือไม่ การตรวจบริเวณเพดานคอหอย โดยการอ้าปากกว้างจนสามารถเห็นลิ้นไก่ จากนั้น สังเกตเพดานว่ามีสีที่เปลี่ยนไปจากบริเวณเดียวกันหรือไม่ จากนั้นใช้นิ้วตรวจหาก้อนโดยกดเบาๆ ไปตามเพดานปากเพื่อตรวจว่ามีก้อนหรือไม่ การตรวจพื้นช่องปาก โดยการอ้าปากพร้อมกระดกลิ้นขึ้นเพื่อดูว่าใต้ลิ้นหรือที่เรียกว่าพื้นช่องปากมีตำแหน่งใดผิดปกติ ด้วยการดูว่ามีสีขาวหรือแดงผิดปกติมากกว่าบริเวณใกล้เคียงหรือไม่ การตรวจบริเวณลิ้น การตรวจลิ้นโดยการแลลิ้นออกเพื่อดูความผิดปกติบนลิ้น การตรวจบริเวณกระพุ้งแก้ม การตรวจกระพุ้งทำได้โดยการใช้นิ้วชี้แตะไปที่กระพุ้งแก้มด้านในโดยให้นิ้วโป้งอยู่ด้านนอก จากนั้นเริ่มคลำกระพุ้งแก้มเพื่อตรวจหาส่วนที่แข็งเป็นไต หรือบวมเป็นก้อนโดยคลำจากซ้ายไปขวา

ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก

สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมต่อการสูบบุหรี่ว่าระยะเวลาที่สูบบุหรี่นั้นสูบบากี่ปีแล้ว หรือในกรณีที่ไม่สูบบุหรี่แล้ว ต้องสอบถามว่าเลิกสูบบุหรี่มาระยะเวลานานเท่าไร โดยที่บุหรี่มี 2 ชนิด คือ บุหรี่แบบมีควันและบุหรี่แบบไม่มีควัน โดยบุหรี่ที่มีควันมีอยู่ 3 รูปแบบ ได้แก่ บุหรี่โรงงานหรืออาจเรียกว่าบุหรี่ยี่ห้อ บุหรี่ซิการ์และ บุหรี่คิการ์ ซึ่งทั้งสามชนิดนี้ทั้งมีควันและไม่มีควัน ถัดมาคือบุหรี่มวนเองเป็นบุหรี่ที่สามารถมวนได้ด้วยตนเอง หรือมวนด้วยเครื่องมือมวนบุหรี่ โดยมียาเส้นหรือยาเส้นปรุงเป็นส่วนประกอบภายใน ใช้วัสดุที่หาง่าย เช่น กระดาษ ใบตอง ใบจาก ใบมะกา ใบบัว สุดท้ายคือยาสูบชนิดมีควันอื่น ได้แก่ บุหรี่ซิการ์ ไปป์ ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บาลากู/สุกก้า/ซิชา และอื่นๆ เช่น บุหรี่ซิโย ซึ่งเป็นบุหรี่พื้นเมืองที่นิยมมากในภาคเหนือของประเทศไทย

การใช้ยานัตถ์หรือยาเส้น หรือเคย์ใช้ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการใช้บุหรี่ชนิดไม่มีควันซึ่งประกอบด้วย ยานัตถ์ ยาเส้น ยาจุก หรือบุหรี่ไฟฟ้า (ในบุหรี่ยี่ห้อตามีสารนิโคตินมวนละ 2 มิลลิกรัม แต่ในบุหรี่ยี่ห้ออื่นมีมากถึง 40 มิลลิกรัม)

การดื่มแอลกอฮอล์/ดื่มเบียร์ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมตั้งแต่เหล้า เบียร์ ไวน์ เหล้าอุ หรือเหล้าไห สาโท หรือน้ำข้าว เหล้าขาว หรือเหล้ากลั่น กระแช่ หรือน้ำตาลเมายาดอง หรือเหล้าดองยา

การเคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยว เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก หรือเคยเคี้ยวหมากเพราะคนที่เคี้ยวหมากเป็นประจำอาจเกิดรอยฝ้าสีแดงอมน้ำตาล และบ่อยครั้งจะมีรอยย่นของเยื่อเมือกในปาก อาการเหล่านี้อาจรุนแรงขึ้นจนเป็น “แผลเป็นที่ลุกลามและเรื้อรังที่เยื่อเมือกในปาก” ซึ่งเรียกกันว่าโรคพังผืดใต้เยื่อเมือกช่องปาก

ทำงานกลางแดดเป็นประจำ เป็นการสอบถามถึงลักษณะการทำงานว่ามีการทำงานกลางแดดเป็นประจำและเป็นเวลานานซึ่งการทำงานกลางแดด เช่น การทำนา ทำไร่ หรือการก่อสร้างกลางแดด โดยใน 1

อาทิตย์ ทำงานกลางแดดเต็มวันจำนวน 5-6 วันต่ออาทิตย์ เนื่องจากการได้รับแสงแดดโดยตรงบริเวณ ใบหน้าเป็นประจำ หรือริมฝีปากที่โดนแดดแรงๆ เป็นประจำอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ริมฝีปาก ทั้งนี้ เพราะรังสียูวีทั้งเอและบี (UVAและUVB) ในแสงแดดอาจทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของผิวหนังและเยื่อ

การใช้ยานัตถ์หรือยาเส้น หรือเคี้ยวใบ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการใช้บุหรี่ยี่ห้อที่ไม่มีควันซึ่ง ประกอบด้วย ยานัตถ์ ยาเส้น ยาจุก หรือบุหรี่ไฟฟ้า (ในบุหรี่ยี่ห้อสามารนิโคตินมีมวลละ 2 มิลลิกรัม แต่ใน บุหรี่ยี่ห้อเลกทอนิกมีมากถึง 40 มิลลิกรัม

การดื่มแอลกอฮอล์/ดืมเปียร์ เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ โดยรวมตั้งแต่ เหล้า เบียร์ ไวน์ เหล้าอุ หรือเหล้าไห สาโท หรือน้ำข้าว เหล้าขาว หรือเหล้ากลั่น กระแช่ หรือน้ำตาลเมายาแดง หรือเหล้าแดงยา

การเคี้ยวหมาก/เคี้ยวเคี้ยว เป็นการสอบถามถึงพฤติกรรมการเคี้ยวหมาก หรือเคี้ยวเคี้ยวหมากเพราะ คนที่เคี้ยวหมากเป็นประจำอาจเกิดรอยฝ้าสีแดงอมน้ำตาล และบ่อยครั้งจะมีรอยย่นของเยื่อเมือกในปาก อาการเหล่านี้อาจรุนแรงขึ้นจนเป็น “แผลเป็นที่ลุกลามและเรื้อรังที่เยื่อเมือกในปาก” ซึ่งเรียกกันว่าโรค ฟังฟัดใต้เยื่อบุผิวช่องปาก

ทำงานกลางแดดเป็นประจำ เป็นการสอบถามถึงลักษณะการทำงานว่ามีการทำงานกลางแดดเป็นประจำและเป็นเวลานานซึ่งการทำงานกลางแดด เช่น การทำนา ทำไร่ หรือการก่อสร้างกลางแดดเป็น เวลานาน โดยใน 1 สัปดาห์ ทำงานกลางแดดเต็มวันจำนวน 5-6 วันต่อสัปดาห์ เนื่องจากการได้รับแสงแดด โดยตรงบริเวณใบหน้าเป็นประจำ หรือริมฝีปากที่โดนแดดแรงๆ เป็นประจำอาจเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งที่ริม ฝีปาก ทั้งนี้ เพราะรังสียูวีทั้งเอและบี (UVAและUVB) ในแสงแดดอาจทำลายดีเอ็นเอ (DNA) ของผิวหนังและ เยื่อเป็นต้น

แบบฝึกหัดท้ายบท

1. มะเร็งช่องปากมีหลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์แบบใด
2. อาการของมะเร็งช่องปากมีในรูปแบบใดบ้าง
3. รอยโรคมะเร็งช่องปากตามภาพเป็นแบบชนิดใด



4. ภาพนี้แสดงรอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดใด



5. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก เฉพาะมะเร็งช่องปากชนิดที่เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุผิวช่องปาก (squamous cell carcinoma) มีอะไรบ้างจงอธิบาย

6.การแบ่งระยะของมะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็นกี่ระยะ จงอธิบาย

7.แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนแบ่งออกเป็นกี่วิธี จงอธิบาย

เอกสารอ้างอิง

บวร คลองน้อย. (2560). *รู้ก่อนป้องกันก่อน “มะเร็งช่องปาก” ตรวจเองได้*.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (n.d.). *กินผักผลไม้สด ลดไขมัน ป้องกันมะเร็ง*. RT Design. Retrieved from

<https://www.nci.go.th/th/Knowledge/downloads/0006.pdf>

Abdulrahman, B. I. (2023). Advancement in diagnostic aids for oral premalignant lesions.

Journal of Pharmaceutical Research International, 35(25), 11–18.

<https://doi.org/10.9734/jpri/2023/v35i257429>

Carrington, C. (2015). Oral targeted therapy for cancer. *Australian Prescriber*, 38(5), 171–

176. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.060>

Chan, K. K. W., Glenny, A., Weldon, J. C., Furness, S., Worthington, H. V., & Wakeford, H.

(2015). Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: Targeted therapy and immunotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(12),

Article CD010341. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010341.pub2>

Chi, A. C., Day, T. A., & Neville, B. W. (2015). Oral cavity and oropharyngeal squamous cell

carcinoma—An update. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 65(5), 401–421.

Mustafa, E., Parmar, S., & Praveen, P. (2021). Premalignant lesions and conditions of the

oral cavity. In K. Bonanthaya, E. Panneerselvam, S. Manuel, V. V. Kumar, & A. Rai (Eds.),

Oral and maxillofacial surgery for the clinician (pp. [หน้า ที่ ถ้ า ท ร า บ]). Springer.

https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_80

Vega Rúa, A., Okech, B.A. (2019). The Spread of Mosquito-Borne Diseases: A Major and

Global Public Health Problem. In: Picimbon, JF. (eds) *Olfactory Concepts of Insect*

Control - Alternative to insecticides. Springer, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-](https://doi.org/10.1007/978-3-030-05060-3_1)

030-05060-3_1

Walsh, T., Warnakulasuriya, S., Lingen, M. W., Kerr, A. R., Ogden, G. R., Glenny, A.-M., &

Macey, R. (2021). Clinical assessment for the detection of oral cavity cancer and

potentially malignant disorders in apparently healthy adults. *Cochrane Database of*

Systematic Reviews, 2021(12), Article CD010173.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010173.pub2>

บทที่ 2

แนวทางการสังเคราะห์กระบวนการ
คัดกรองมะเร็งช่องปาก

บวร คลองน้อย

ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแต่ละพื้นที่ พบว่าจะมีรูปแบบในการคัดกรองที่ไม่เหมือนกันโดยขึ้นอยู่กับสภาพของพื้นที่และจำนวนประชากร ซึ่งหากเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายของเขตการปกครอง เช่น เขตนครชัยบุรินทร์ อันประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดชัยภูมิ จังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ เมื่อแยกพิจารณาสภาพภูมิประเทศของแต่ละพื้นที่จะพบว่ามีทั้งพื้นที่ขนาดใหญ่ที่มีประชากรมาก พื้นที่ขนาดกลาง และพื้นที่ขนาดเล็ก จึงจำเป็นที่จะต้องนำข้อมูลประชากรทั้งหมดมาทำการสังเคราะห์เพื่อวางแผนในการลงพื้นที่คัดกรองมะเร็งช่องปาก ยกตัวอย่างการศึกษาข้อมูลประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปจากสถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (กรมการปกครอง, 2565) ของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 นครราชสีมา ของเดือนมกราคม 2564

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ของเดือน มกราคม 2564(กรมการปกครอง, 2565)

เขตสุขภาพที่ 9	จำนวนประชากร (คน)
นครราชสีมา	1,300,897
ชัยภูมิ	568,814
บุรีรัมย์	744,187
สุรินทร์	643,722
รวม	3,257,620

จากข้อมูลประชากรพบว่า จังหวัดนครราชสีมามีประชากรที่อายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป จำนวน 1,300,897 คน รองลงมาคือจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 744,187 คน ส่วนของจังหวัดสุรินทร์และชัยภูมิ มีจำนวนประชากรอยู่ที่ 643,722 คน และ 568,814 คน เมื่อทำการสังเคราะห์ข้อมูลประชากรจะพบว่า พื้นที่ขนาดใหญ่คือจังหวัดนครราชสีมา รองลงมาในส่วนที่เป็นพื้นที่ขนาดกลางคือ จังหวัดบุรีรัมย์และจังหวัดสุรินทร์ เมื่อได้ขนาดในการกำหนดพื้นที่แล้ว จากนั้นต้องดำเนินการสังเคราะห์ข้อมูลลงไปในระดับอำเภอ เพื่อทำการวางแผนในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และเมื่อสังเคราะห์จำนวนอำเภอและจำนวนประชากรของจังหวัดนครราชสีมาพบว่ามีทั้งหมด 32 อำเภอ โดยอำเภอ

เมืองนครราชสีมามีประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปสูงถึง 101,613 คน รองลงมาคือ อำเภอพิมาย จำนวน 58,546 คน และอำเภอปากช่อง มีจำนวน 55,509 คน

ตารางที่ 2.2 จำนวนอำเภอและประชากรของจังหวัดนครราชสีมาทั้งหมด 32 อำเภอ(กรมการปกครอง, 2565)

อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ
แก้งสนามนาง	ชุมพวง	บ้านเหลื่อม	ลำทะเมนชัย
11,709 คน	35,135 คน	8,022 คน	12,957 คน
ขามทะเลสอ	ด่านขุนทด	ประทาย	วังน้ำเขียว
12,350 คน	52,131 คน	34,457 คน	19,529 คน
ขามสะแกแสง	เทพารักษ์	ปักธงชัย	เสิงสาง
16,405 คน	11,243 คน	47,220 คน	24,174 คน
คง	โนนไทย	ปากช่อง	สีคิ้ว
35,983 คน	27,121 คน	55,509 คน	39,776 คน
ครบุรี	โนนสูง	พระทองคำ	สีดา
37,937 คน	42,434 คน	17,607 คน	9,970 คน
จักราช	โนนแดง	พิมาย	สูงเนิน
31,716 คน	10,227 คน	58,546 คน	34,457 คน
เฉลิมพระเกียรติ	บัวลาย	เมืองนครราชสีมา	หนองบุญมาก
15,332 คน	10,700 คน	101,613 คน	27,589 คน
โชคชัย	บัวใหญ่	เมืองยาง	ห้วยแถลง
24,051 คน	32,560 คน	9,776 คน	32,510 คน

จากการสังเคราะห์ข้อมูลประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่าจังหวัดนครราชสีมามีจำนวนประชากรสูงสุด ดังนั้นจึงต้องแบ่งพื้นที่และจำนวนประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของอีก 3 จังหวัด โดยการแบ่งการสังเคราะห์ข้อมูลในส่วนของจังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากมีจำนวนประชากรน้อยที่สุดเพื่อให้สามารถใช้ประมาณการของจำนวนประชากรในการลงพื้นที่เพื่อทำการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนเป็นขั้นตอนแรก จากนั้นทำการสังเคราะห์ข้อมูลประชากรกลุ่มเสี่ยงของจังหวัดบุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ตามลำดับ โดยเป็นการศึกษาจำนวนประชากรจากฐานข้อมูลประชากรของสำนักบริการทะเบียน กรมการปกครอง เพื่อให้ได้จำนวนประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเป็นรายอำเภอ

การสังเคราะห์ข้อมูลประชากรของจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าได้แบ่งการปกครองออกเป็น 23 อำเภอ 188 ตำบล และ 2,546 หมู่บ้าน โดยมีการปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 46 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 160 แห่ง พบว่าอำเภอที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไป สูงสุดคือ อำเภอเมืองบุรีรัมย์ มีประชากร

75,665 คน รองลงมาคืออำเภอลำปลายมาศ มีประชากร 56,970 คน และอำเภอประโคนชัย มีประชากร 54,893 คน

จังหวัดบุรีรัมย์มีการปกครองแบ่งออกเป็น 23 อำเภอ 188 ตำบล และ 2,546 หมู่บ้าน ในส่วนของการปกครองท้องถิ่น มีองค์การบริหารส่วนจังหวัด 1 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 46 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล 160 แห่ง ประชากรทั้งสิ้นในจังหวัดบุรีรัมย์มีจำนวนประชากรประมาณ 1,572,691 คน โดยมี 759,385 คนเป็นชาย และ 761,680 คนเป็นหญิง ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีจำนวนประชากรประมาณ 213,684 คน หรือร้อยละ 14.05 ส่วนที่เหลือ 1,307,381 คน หรือร้อยละ 85.95 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล อำเภอที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 40 ปีขึ้นไปมีอำเภอเมืองบุรีรัมย์ มีประชากร 75,665 คน อำเภอลำปลายมาศ มีประชากร 56,970 คน และอำเภอประโคนชัย มีประชากร 54,893 คน(เทศบาลเมืองบุรีรัมย์, 2565)

ตารางที่ 2.3 จำนวนอำเภอและประชากรของจังหวัดบุรีรัมย์ทั้งหมด 23อำเภอ (กรมการปกครอง, 2565)

อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ
เมืองบุรีรัมย์	กระสัง	หนองหงส์	โนนดินแดง
75,665 คน	43,860 คน	15,944 คน	7,489 คน
นางรอง	ละหานทราย	นาโพธิ์	เฉลิมพระเกียรติ
42,936 คน	8,492 คน	14,692 คน	5,886 คน
ประโคนชัย	บ้านกรวด	พลับพลาชัย	บ้านใหม่ไชยพจน์
54,893 คน	17,839 คน	10,970 คน	11,007 คน
พุทไธสง	คูเมือง	ห้วยราช	บ้านด่าน
21,413 คน	27,309 คน	13,671 คน	8,400 คน
ลำปลายมาศ	หนองกี่	โนนสุวรรณ	แคนดง
56,970 คน	25,686 คน	9,411 คน	11,646 คน
สตึก	ปะคำ	ชำนิ	
44,290 คน	17,002 คน	15,817 คน	

จังหวัดสุรินทร์มีการปกครองแบ่งออกเป็น 17 อำเภอ 158 ตำบล และ 2,119 หมู่บ้าน ประชากรทั้งสิ้นในจังหวัดสุรินทร์มีจำนวนประชากรประมาณ 1,367,842 คน โดยมี 80,416 คนเป็นสมาชิกครัวเรือนอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชนบท ภาษาพูดที่แตกต่างกันในจังหวัดสุรินทร์มี 3 กลุ่ม

กลุ่มที่พูดภาษาเขมร: ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในแถบอำเภอเมือง ปราสาท กาบเชิง สังขะ บัวเขต จอมพระ ศีขรภูมิ ท่าตูม ชุมพลบุรี ลำดวน

กลุ่มที่พูดภาษาส่วย: อาศัยอยู่ในแถบอำเภอสำโรงทาบ ท่าตูม สนม จอมพระ ศีขรภูมิ รัตนบุรี และกระจายอยู่ตามอำเภออื่นๆ

กลุ่มที่พูดภาษาพื้นเมืองอีสาน (ลาว): อาศัยอยู่ในแถบอำเภอสนม รัตนบุรี ท่าตูม ชุมพลบุรี และศีขรภูมิแต่ละกลุ่มมีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมที่แตกต่างกันบ้าง อย่างไรก็ตาม ประชากรทั้ง 3 กลุ่มมีความสามัคคีต่อกันเป็นอย่างดี ไม่มีปัญหาระหว่างกลุ่มชน

ตารางที่ 2.4 จำนวนอำเภอและประชากรของจังหวัดสุรินทร์ทั้งหมด 17 อำเภอ(กรมการปกครอง, 2565)

อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ	อำเภอ
เมืองสุรินทร์	ท่าตูม	กาบเชิง	เขวาสินรินทร์
100,808 คน	43,769คน	24,807คน	16,810คน
ปราสาท	สำโรงทาบ	บัวเชด	โนนนารายณ์
63,388 คน	22,724 คน	14,260คน	15,976คน
สังขะ	ชุมพลบุรี	ลำดวน	ศีขรภูมิ
53,233 คน	31,377คน	11,598 คน	59,464คน
จอมพระ	ศรีณรงค์	รัตนบุรี	สนม
25,468 คน	19,669คน	40,200 คน	18,296คน
พนมดงรัก			
15,811คน			

ในการสังเคราะห์กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของเขตนครชัยบุรีรินทร์(บวร คลองน้อย., 2565) โดยการลงพื้นที่พร้อมกันของทีมทันตแพทย์พบว่า การคัดกรองมะเร็งช่องปากไม่ได้ถูกกำหนดให้อยู่ในตัวชี้วัดของการคัดกรองรอยโรค แต่การดำเนินงานในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการนั้นต้องใช้เงินสูงมาก ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้จะมีอัตราการป่วยไม่มากนักเมื่อเทียบกับการป่วยด้วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ โดยได้มีการนำรูปแบบต่างๆเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการในส่วนของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งโรงพยาบาลปัทมชัยได้ทำการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อทำการเก็บข้อมูลในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งระบบดังกล่าวจะช่วยเสริมการเก็บข้อมูลของทันตแพทย์ภายใต้ข้อจำกัดของระบบสารสนเทศที่หน่วยงานในพื้นที่ใช้อยู่ ในด้านของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับหมู่บ้านเป็นการวางแผนโดยใช้ทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเสริมกำลังในการสอบถามด้วยแบบการคัดกรองในระดับชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลขั้นปฐมภูมิของการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคในช่องปาก จากนั้นจะมีทีมพี่เลี้ยงที่เป็นหลักในการตรวจคัดกรอง รอยโรคในช่องปาก ซึ่งการคัดกรองในระดับทุติยภูมิจะดำเนินการในรูปแบบรวม

ตรวจคัดกรองใหญ่ภายในวันเดียว โดยมีทีมพี่เลี้ยงจากทันตแพทย์โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เข้าช่วยในการตรวจคัดกรอง หากพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจะส่งต่อให้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งอุปสรรคที่พบในการดำเนินการคัดกรองของโรงพยาบาลปทุมธานี พบใน 2 ประเด็นหลัก ที่ได้จากการนำเสนอของทีมที่ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากคือ ประเด็นค่าใช้จ่ายในการคัดกรอง และประเด็นการส่งตัวผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาล โดยที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ส่งต่อเพื่อการรักษาไม่สามารถติดตามผลได้ว่าการรักษาดำเนินไปถึงขั้นตอนใด

แนวทางในการจัดอุปสรรคของการปฏิบัติงาน

รูปแบบในการจัดอุปสรรค ด้านประเด็นค่าใช้จ่ายสามารถดำเนินการโดยประสานเพื่อขอความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายการลงพื้นที่ เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และในประเด็นปัญหาการส่งตัวเพื่อการรักษาสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้นโดยการประสานกับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ เพื่อแจ้งความคืบหน้าของการรักษาซึ่งประเด็นนี้สามารถพัฒนาให้มีรูปแบบด้านการส่งตัวผู้ป่วย และการแจ้งความคืบหน้ากลับยังหน่วยงานที่ส่งตัว เพื่อให้สามารถติดตามและประสานความร่วมมือแบบต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ด้านของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้มีการทดลองรูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นในบางส่วนแต่ยังไม่ได้ดำเนินการแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังคงพบว่ามีอุปสรรคในด้านความพร้อมของทีมทันตแพทย์ที่จะดำเนินการคัดกรอง อีกทั้งการคัดกรองมะเร็งช่องปากยังไม่ปรากฏอยู่ในตัวชี้วัดของการดำเนินการคัดกรองโรค จึงเป็นการตั้งต้นเพียงแค่ทดลองในระดับชุมชนบางส่วนเท่านั้น

นอกจากนี้รูปแบบการจัดปัญหาการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จะใช้รูปแบบการทำงานร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งการนำ อสม.เข้ามาช่วยในงานของการคัดกรองมะเร็งช่องปากนี้จำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้จากทีมทันตแพทย์ในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งพื้นที่ของโรงพยาบาลนางรองจะใช้รูปแบบผสมกับการตรวจคัดกรองโรค ด้วยการกำหนดวันที่จะทำการตรวจคัดกรองทุกโรคซึ่งประกอบด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD's) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและเสริมด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ด้วยการจัดให้อสม.ไปทำการประชาสัมพันธ์ถึงกำหนดวันที่จะตรวจคัดกรองโรค รวมถึงการขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์กับอปท.เพื่อช่วยในการดำเนินงาน จากรูปแบบนี้พบว่ากลุ่ม อสม.และทันตภิบาลยังคงต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และรูปแบบการคัดกรองที่ถูกต้อง จากรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลนางรอง ด้วยการถอดบทเรียนการปฏิบัติงานพบว่าอุปสรรคในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากคือ คนในชุมชนยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก จึงยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ

คัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจทั้งในส่วนของคนทั่วไปและอสม. นอกจากนี้ในส่วนของการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลปากช่อง จะได้รับการสนับสนุนทีมทันตแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในการลงพื้นที่เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยจะมีรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชนโดยใช้แบบสอบถามในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลชัยภูมิที่มีรูปแบบการคัดกรองคล้ายคลึงกับทีมพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งโรงพยาบาลชัยภูมิได้รับการสนับสนุนด้านการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ด้านการจัดทำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ดำเนินการด้วยการจัดอบรมวิธีการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้กับทันตแพทย์และทันตภิบาล เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรอยโรคในช่องปากคร่าวๆ ก่อนการลงคัดกรองในชุมชน จากนั้นจะใช้แบบสอบถามด้านปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดรอยโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งแบบสอบถามที่นำมาใช้มีรูปแบบคล้ายคลึงกับแบบสอบถามที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาใช้ในการคัดกรอง นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมียังได้พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในรูปแบบของการบันทึกข้อมูลออนไลน์ตามแนวทางการปฏิบัติงานที่เน้นให้อสม. ใช้สมาร์ตโฟนในการบันทึกข้อมูล ซึ่งพบว่าในกลุ่มอสม.ที่ไม่ถนัดในเรื่องของการใช้สมาร์ตโฟนจะใช้แบบสอบถามในการคัดกรองเบื้องต้น นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคด้านงบประมาณที่จะใช้ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงได้ประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณรวมถึงขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.) ในการร่วมปฏิบัติงาน โดยได้จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) โดยทันตแพทย์ ซึ่งพื้นที่ของจังหวัดชัยภูมิจะมีรูปแบบการคัดกรองด้วยการแบ่งตามปีงบประมาณ ตัวอย่างเช่น ปีงบประมาณ 2562 ทำการคัดกรองด้วยแบบสอบถามที่ดำเนินการโดย อสม.เฉพาะชุมชนจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเอง และในปีงบประมาณ 2563 จะนำข้อมูลของชุมชนที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบสอบถามจากปีที่ผ่านมา ให้เข้ารับการตรวจภายในช่องปากที่ รพ.สต. โดยทีมทันตแพทย์และทันตภิบาล

จากนั้นในปีงบประมาณ 2564 จะนำกลุ่มที่ผ่านการคัดกรองจาก รพ.สต.และพบว่ามียโรคเข้ารับการตรวจโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ ซึ่งอุปสรรคของพื้นที่ชัยภูมิอยู่ที่ข้อจำกัดของงบประมาณในการดำเนินงานและอุปสรรคด้านความรู้ที่จะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ทันตแพทย์สามารถใช้อ้างอิงในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากได้ ซึ่งพื้นที่ชัยภูมิต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ทีมทันตแพทย์เพื่อให้สามารถคัดกรองมะเร็งช่องปากได้นอกจากนี้ในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรอง

มะเร็งช่องปากโดยใช้เครือข่ายการปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาช่วยเป็นกำลังเสริมในการทำงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากอีกด้วย ทั้งนี้การนำเครือข่ายเข้ามาร่วมในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนนั้นจะทำให้เกิดความเป็นเจ้าของต่องานนั้นๆ อันจะส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนต่อไป

การสร้างเสริมและป้องกันโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ทำเป็นรูปแบบการป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นงานในส่วนของท่านตาทิบาลและทันตแพทย์ ซึ่งเมื่อมีการป้องกันโรคแล้วสิ่งที่เรายังขาดคือการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งสำหรับกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งที่การพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในมุมมองงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ต้องมาพิจารณาว่าทีมทันตาทิบาลจนไปถึงทีมทันตแพทย์ได้สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยและคนในชุมชนจึงมีความสำคัญโดยเฉพาะสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก ควรจะใช้เป็นตัวนำในการลงชุมชน ซึ่งจุดนี้ต้องพิจารณาว่าใครจะทำ เพราะหากเรามีการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนด้านมะเร็งช่องปากก็จะเป็นการทำงานที่ยิ่งใหญ่เพราะงานด้านนี้ยังไม่มีใครมองลงไปถึงและยังไม่มีหน่วยงานใดทำ เพราะโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยจะเป็นการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการ ทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ก็จำเป็นต้องมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และการให้ความรู้แก่ประชาชน

ระบบการให้บริการ (Service plan)

ระบบการให้บริการ (Service plan)(กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข, 2561-2565) สาขาโรคมะเร็ง ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดเป็น 2 ระดับ โดยระดับที่ 1 (Outcome Indicator) คือตัวชี้วัด ระดับเป้าประสงค์ และระดับที่ 2 (Process Indicator) คือตัวชี้วัด ระดับยุทธศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน ด้วยการเน้นที่ 7 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 Primary Prevention

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Screening and Early Detection

ยุทธศาสตร์ที่ 3 Cancer Diagnosis

ยุทธศาสตร์ที่ 4 Cancer Treatment

ยุทธศาสตร์ที่ 5 Palliative Care

ยุทธศาสตร์ที่ 6 Cancer Informatics

ยุทธศาสตร์ที่ 7 Cancer Research

ตารางที่ 2.5 รายการตัวชี้วัด ของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

ระดับเป้าประสงค์		
ลำดับที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1	ลดอัตราการตาย	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับไม่เกิน 24 คนต่อแสนประชากร
2	ลดอัตราป่วย	สัดส่วนของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2 รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
3	ลดระยะเวลาการรอคอย	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วยรังสี ≤ 6 สัปดาห์
4	สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง แต่ละระดับของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2.6 แสดง 7 ระดับยุทธศาสตร์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง

ระดับยุทธศาสตร์		
ลำดับที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1	การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ≥ 80
2	การตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหาเริ่มแรก (Screening and Early Detection)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก
3	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology	3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ≤ 2 สัปดาห์ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย (Cancer Diagnosis) โรคมะเร็ง
4	การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาหลัก 4.1 ภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด ร้อยละของผู้ป่วยที่ 4.2 Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง
5	การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 5.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการ

ระดับยุทธศาสตร์		
		ระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
6	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	ระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry)
7	การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และ ผลิตผลงานวิจัย

ที่มา: นิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง

เป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง มีทั้งหมด 4 เป้าประสงค์ คือลดอัตราการตาย ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย รวมถึงสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน ซึ่งในการดำเนินการวิจัยของโครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นการสร้างโมเดลในการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยเริ่มตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ภายใต้การหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งช่องปากได้ (van der Waal, 2013) จากนั้นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงจะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในรายที่มีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาโดย ทันตแพทย์ ดังนั้นการสร้างโมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน จึงเน้นไปยังผู้แสวงหา (Seeker) กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งผู้ที่ทีมวิจัยให้ความสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มาทำหน้าที่ในการเป็นผู้แสวงหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน และในการสร้างนวัตกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบขั้นบันได สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อตอบโจทย์ เป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็งได้

ด้านระดับยุทธศาสตร์ พบว่าทั้ง 7 ลำดับ โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโครงการวิจัยสามารถดำเนินได้สอดคล้องตั้งแต่การป้องกัน และการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) ด้วยการนำประชากรในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านที่ดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านภายใต้แบบคัดกรองที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น จึงเป็นการวิจัยที่ลงปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชนเป็นการตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ของ Service plan สาขามะเร็งไม่ได้กำหนดเรื่องมะเร็งช่องปากไว้ ดังนั้นการดำเนินงานของโครงการวิจัยในการสร้างโมเดลตั้งแต่ระดับชุมชนจึงเป็นการเริ่มต้นแนวทางในการคัดกรองรอยโรคมะเร็งระดับชุมชนของงานทางด้านการบริการทันตกรรม

ตัวอย่างการวางแผนงานวิจัยก่อนลงพื้นที่

พื้นที่ดำเนินการวิจัย : อำเภอเมืองนครราชสีมา

ข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา ทั้งสิ้น 38 แห่ง ทั้งนี้ โรงพยาบาลศูนย์มหาราชนครราชสีมา จะทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในตรวจคัดกรองรอยโรคเบื้องต้น กรณีที่ตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากที่วิจัยจะประสานงานเพื่อทำการส่งตัวเข้ารับการรักษาในขั้นตอนต่อไป

ตารางที่ 2.7 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอเมืองนครราชสีมา

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ	ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพศ.	รพศ.มหาราชนครราชสีมา	20	รพ.สต.	รพ.สต.ทุ่งกระโดน
2	รพช.	เทพรัตนนครราชสีมา	21	รพ.สต.	รพ.สต.กระฉอด
3	สสอ.	เมืองนครราชสีมา	22	รพ.สต.	รพ.สต.หนองไข่น้ำ
4	รพ.สต.	รพ.สต.โคกสูง	23	ศพช.	ศพช.ศูนย์กาชาด 4
5	รพ.สต.	รพ.สต.โตนด	24	ศพช.	ศพช.โพนสูง
6	รพ.สต.	รพ.สต.หนองพะลาน	25	รพ.สต.	รพ.สต.หนองยารักษ์
7	รพ.สต.	รพ.สต.หลักร้อย	26	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 7 โคกกรวด
8	รพ.สต.	รพ.สต.หนองกระทุ่ม	27	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 8 ชุมชนเมือง
9	รพ.สต.	รพ.สต.พลกรัง	28	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 9 ราชภัฏ
10	รพ.สต.	รพ.สต.โนนฝรั่ง	29	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ จอหอ
11	รพ.สต.	รพ.สต.ขนาย	30	ศพช.	ศพช.มะค่า
12	รพ.สต.	รพ.สต.บ้านใหม่	31	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 1 หัวทะเล
13	ศพช.	ศพช.ศีร์ษะละเลิง	32	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 2
14	รพ.สต.	รพ.สต.พุดซา	33	ศพช.	ศพช.ศูนย์แพทย์ 3 วัดบุรพ์
15	รพ.สต.	รพ.สต.ระกาย	34	รพช.	รพช.ค่ายสุรนารี
16	รพ.สต.	รพ.สต.ไชยมงคล	35	รพ.สต.	รพ.สต.หนองพลวงมะนาว
17	ศพช.	ศพช.หนองปลิง	36	รพ.สต.	รพ.สต.หนองปรู

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ	ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
18	รพ.สต.	รพ.สต.ยางใหญ่	37	รพ.สต.	รพ.สต.บ้านพระ
19	รพ.สต.	รพ.สต.สีมูม	38	รพ.สต.	รพ.สต.มะเร็งน้อย

ตัวอย่างพื้นที่ดำเนินการวิจัย อำเภอโนนสูง :

ข้อมูลสถานพยาบาลของอำเภอโนนสูง มีจำนวน รพ.สต.ทั้งสิ้น 15 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชนโนนสูง ซึ่งเป็นพื้นที่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3 โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับทีมทันแพทย์จาก รพศ.มหาราชนครราชสีมา

ตารางที่ 2.8 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอโนนสูง

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ	ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพช.	รพช.ประทาย	8	รพ.สต.	รพ.สต.หันห้วยทราย
2	รพ.สต.	รพ.สต.สีเหล็ก	9	รพ.สต.	รพ.สต.คอกหมู
3	รพ.สต.	รพ.สต.โนนไผ่ล้อม	10	รพ.สต.	รพ.สต.หญ้าคา
4	รพ.สต.	รพ.สต.โคกสี	11	รพ.สต.	รพ.สต.หนองช้างตาย
5	รพ.สต.	รพ.สต.บ้านประทาย	12	รพ.สต.	รพ.สต.แย้ตะแบง
6	รพ.สต.	รพ.สต.หัวหนอง	13	รพ.สต.	รพ.สต.โคกกลาง
7	รพ.สต.	รพ.สต.สำโรง	14	รพ.สต.	รพ.สต.หนองคู

ตัวอย่างพื้นที่ดำเนินการวิจัย : อำเภอประทาย

ข้อมูลสถานพยาบาลของอำเภอประทาย มีจำนวน รพ.สต.ทั้งสิ้น 13 แห่งและ รพช.อีก 1 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชนประทายเป็นพื้นที่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3 โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับทีมทันแพทย์จาก รพศ.มหาราชนครราชสีมา

ตารางที่ 2.9 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอประทาย

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ	ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพช.	รพช.ประทาย	8	รพ.สต.	รพ.สต.หันห้วยทราย
2	รพ.สต.	รพ.สต.สีเหล็ก	9	รพ.สต.	รพ.สต.คอกหมู
3	รพ.สต.	รพ.สต.โนนไผ่ล้อม	10	รพ.สต.	รพ.สต.หญ้าคา
4	รพ.สต.	รพ.สต.โคกสี	11	รพ.สต.	รพ.สต.หนองช้างตาย
5	รพ.สต.	รพ.สต.บ้านประทาย	12	รพ.สต.	รพ.สต.แย้ตะแบง
6	รพ.สต.	รพ.สต.หัวหนอง	13	รพ.สต.	รพ.สต.โคกกลาง
7	รพ.สต.	รพ.สต.สำโรง	14	รพ.สต.	รพ.สต.หนองคู

ตัวอย่างพื้นที่ดำเนินการวิจัย : อำเภอพระทองคำ

ข้อมูลสถานพยาบาลอำเภอพระทองคำมีจำนวน รพ.สต. 5 แห่ง และ รพช. 1 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชนพระทองคำเป็นพื้นที่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3 โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับทีมทันแพทย์จาก รพศ. มหาราชนครราชสีมาจึงเป็นตัวแทนของพื้นที่ขนาดเล็กในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 2.10 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอพระทองคำ

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพช.	รพช.พระทองคำ
2	รพ.สต.	รพ.สต.มาบกราด
3	รพ.สต.	รพ.สต.พังเทียม
4	รพ.สต.	รพ.สต.ทัพร้าง
5	รพ.สต.	รพ.สต.หนองหอย
6	รพ.สต.	รพ.สต.ทำนบพัฒนา

ตัวอย่างพื้นที่ดำเนินการวิจัย : อำเภอโนนไทย

ข้อมูลสถานพยาบาลอำเภอโนนไทยมีจำนวน รพ.สต. 12 แห่ง และ รพช. 1 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชนโนนไทยเป็นพื้นที่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3 โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับทีมทันแพทย์จาก รพศ. มหาราชนครราชสีมาจึงเป็นตัวแทนของพื้นที่ขนาดเล็กในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 2.11 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภอโนนไทย

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ	ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพช.	รพช.พระทองคำ	7	รพ.สต.	รพ.สต.บ้านวัง
2	รพ.สต.	รพ.สต.ด่านจาก	8	รพ.สต.	รพ.สต.คูเมือง
3	รพ.สต.	รพ.สต.ใหม่นารี	9	รพ.สต.	รพ.สต.สระตะเภา
4	รพ.สต.	รพ.สต.สำโรง	10	รพ.สต.	รพ.สต.สายออ
5	รพ.สต.	รพ.สต.สระพัง	11	รพ.สต.	รพ.สต.ถนนโพธิ์
6	รพ.สต.	รพ.สต.ค้ำพลู	12	รพ.สต.	รพ.สต.หนองดุม
7	รพ.สต.	รพ.สต.ตะคร้อ			

ตัวอย่างพื้นที่ดำเนินการวิจัย : อำเภอขามทะเลสอ

ข้อมูลสถานพยาบาลอำเภอขามทะเลสอมีจำนวน รพ.สต. 7 แห่ง และ รพช. 1 แห่ง มีโรงพยาบาลชุมชนขามทะเลสอเป็นพื้นที่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S3 โดยทีมวิจัยจากมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับทีมทันตแพทย์จาก รพศ. มหาราชนครราชสีมาจึงเป็นตัวแทนของพื้นที่ขนาดเล็กในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 2.12 แสดงข้อมูลสถานบริการในเขตอำเภออำเภอขามทะเลสอ

ลำดับ	ประเภท	สถานบริการ
1	รพช.	รพช.ขามทะเลสอ
2	รพ.สต.	รพ.สต.พันดุง
3	รพ.สต.	รพ.สต.โคกแขวน
4	รพ.สต.	รพ.สต.หนองสรวง
5	รพ.สต.	รพ.สต.หนองตะครอง
6	รพ.สต.	รพ.สต.บึงอ้อ
7	รพ.สต.	รพ.สต.โป่งแดง
8	รพ.สต.	รพ.สต.กุ่มพะยา

บทสรุป

รูปแบบการจัดปัญหาการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จะใช้รูปแบบการทำงานร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งการนำ อสม.เข้ามาช่วยในงานของการคัดกรองมะเร็งช่องปากนี้จำเป็นที่จะต้องได้รับความรู้จากทีมทันตแพทย์ในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งพื้นที่ของโรงพยาบาลนางรองจะใช้รูปแบบผสมกับการตรวจคัดกรองโรค ด้วยการกำหนดวันที่จะทำการตรวจคัดกรองทุกโรคซึ่งประกอบด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD's) การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและเสริมด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ด้วยการจัดให้อสม.ไปทำการประชาสัมพันธ์ถึงกำหนดวันที่จะตรวจคัดกรองโรค รวมถึงการขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์กับอปท.เพื่อช่วยในการดำเนินงาน

การสร้างเสริมและป้องกันโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ทำเป็นรูปแบบการป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นงานในส่วนของท่านาภิบาลและทันตแพทย์ ซึ่งเมื่อมีการป้องกันโรคแล้วสิ่งที่เรายังขาดคือการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพะที่ดีขึ้น ทั้งสำหรับ

กลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งที่การพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในมุมมองงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ต้องมาพิจารณาว่าทีมทันตภิบาล จนถึงทีมทันตแพทย์ได้สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยและคนในชุมชนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก ควรจะใช้เป็นตัวนำในการลงชุมชน ซึ่งจุดนี้ต้องพิจารณาว่าใครจะทำ เพราะหากเรามีการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนด้านมะเร็งช่องปากก็จะเป็นการทำงานที่ยิ่งใหญ่เพราะงานด้านนี้ยังไม่มีใครมองลงไปถึงและยังไม่มีหน่วยงานใดทำ เพราะโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยจะเป็นการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการ ทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ก็จำเป็นต้องมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และการให้ความรู้แก่ประชาชนการสร้างเสริมและป้องกันโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ทำเป็นรูปแบบการป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นงานในส่วนของทีมทันตภิบาลและทันตแพทย์ ซึ่งเมื่อมีการป้องกันโรคแล้วสิ่งที่เรายังขาดคือการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งสำหรับกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งที่การพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ในมุมมองงานด้านสร้างเสริมสุขภาพ ต้องมาพิจารณาว่าทีมทันตภิบาล จนถึงทีมทันตแพทย์ได้สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างไร ผู้ป่วยเข้าใจหรือไม่ ดังนั้นการสื่อสารสุขภาพกับผู้ป่วยและคนในชุมชนจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก ควรจะใช้เป็นตัวนำในการลงชุมชน ซึ่งจุดนี้ต้องพิจารณาว่าใครจะทำ เพราะหากเรามีการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนด้านมะเร็งช่องปากก็จะเป็นการทำงานที่ยิ่งใหญ่เพราะงานด้านนี้ยังไม่มีใครมองลงไปถึงและยังไม่มีหน่วยงานใดทำ เพราะโครงสร้างของระบบบริการสาธารณสุขประเทศไทยจะเป็นการพึ่งตนเองและการพึ่งบริการ ทำอย่างไรจึงจะให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ก็จำเป็นต้องมีการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจ และการให้ความรู้แก่ประชาชน

คำถามท้ายบท

1. การคัดกรองมะเร็งช่องปากควรมีรูปแบบที่เหมือนกันในทุกที่หรือไม่
2. รูปแบบในการจัดปัญหาการคัดกรองมะเร็งช่องปากควรมีแนวทางอย่างไร
3. ระบบการให้บริการ (Service plan) ด้านการคัดกรองโรคโดยเฉพาะมะเร็งมีความครอบคลุมหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กรมการปกครอง. (2565). สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน). Retrieved from <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2561-2565). *นิยามตัวชี้วัด สาขาโรคมะเร็ง Service Plan*. (pp. 34). ประเทศไทย.
- เทศบาลเมืองบุรีรัมย์. (2565). *ที่ตั้งและประชากร*. Retrieved from <https://www.buriramcity.go.th/index.php/introducebrmu/datageneralmenu/locationmenu>
- บวร คลองน้อย, วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, & สิริบังอร พิบูลนิยม โขวิฑูรกิจ. (2565). *รูปแบบการสร้าง
ความเชื่อมโยงระหว่างการคัดกรองการเฝ้าระวังและการรักษามะเร็งช่องปากอย่างครบวงจร
ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิในเขตนครชัยบุรีรินทร์. ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปากและผ่าตัด
ขากรรไกร, คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- van der Waal, I. (2013). Are we able to reduce the mortality and morbidity of oral cancer; Some considerations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 18(1), e33–e37. <https://doi.org/10.4317/medoral.18486>

บทที่ 3

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

บวร คลองน้อย

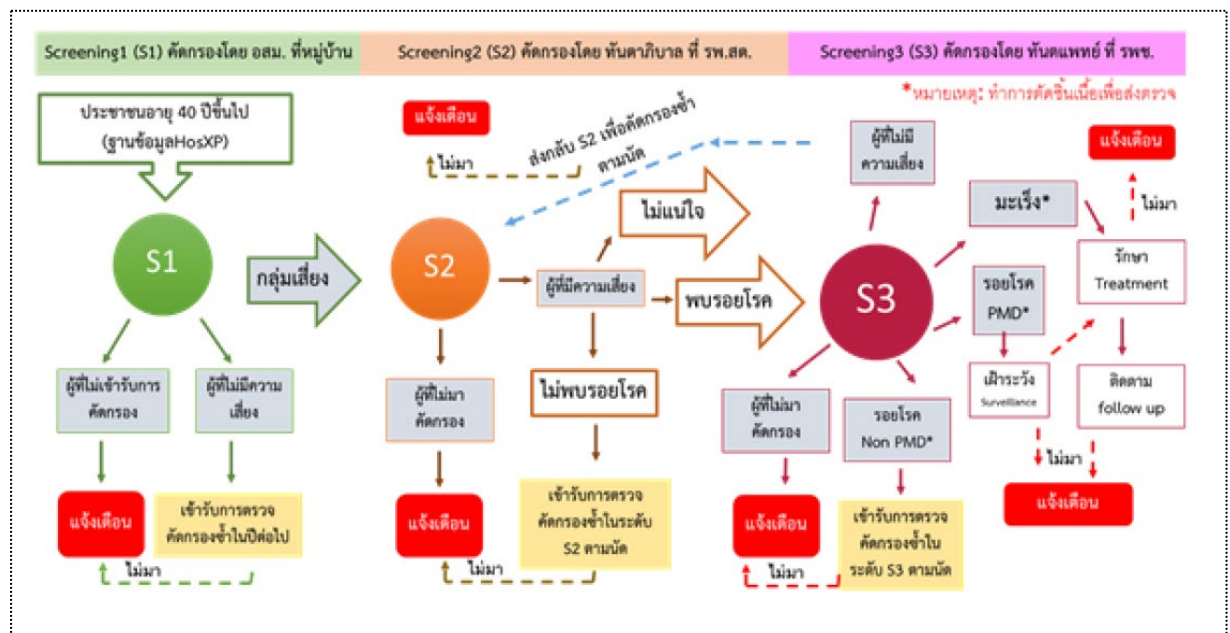
การสังเคราะห์แบบจำลองการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยจัดเวทีเพื่อทบทวนกระบวนการเดิมที่แต่ละพื้นที่กำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งสามารถปรับแก้เพื่อขจัดปัญหาในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในแต่ละพื้นที่ เพื่อหาแบบจำลองที่เหมาะสมกับบริบทการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ ดังนั้น ก่อนดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในแต่ละพื้นที่ ควรสังเคราะห์กระบวนการเดิมในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ได้ข้อมูลกระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากก่อนเริ่มดำเนินการ การสังเคราะห์รายละเอียดก่อนดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก จะทำให้แบบจำลองการดำเนินงานสะดวกยิ่งขึ้น รวมถึงการวางแผนหากเกิดอุปสรรคในการดำเนินงานในชุมชน โดยจะยกตัวอย่างการสังเคราะห์แบบจำลองการดำเนินงานในจังหวัดนครราชสีมา

ตารางที่ 3.1 การสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากตามแนวทางที่เหมาะสมของจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมา	ระบบคัดกรองเดิม	ระบบของโครงการวิจัย
โรงพยาบาลอำเภอ ประทาย	การคัดกรองมะเร็งตาม Service Plan - ในการดำเนินกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งของพื้นที่อำเภอประทายที่ดูแลด้านการคัดกรองตามตัวชี้วัดโดยจะออกทำการคัดกรองมะเร็งด้านมคัดกรองมะเร็งลำไส้ และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามระยะเวลาที่กำหนด - การคัดกรองมะเร็งช่องปาก ไม่มี การดำเนินกิจกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน - รูปแบบการรักษา จะใช้รูปแบบการตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล - ไม่มีระบบการติดตามหลังการ	การคัดกรองมะเร็งช่องปาก - การคัดกรองแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย การคัดกรองระดับชุมชน(S1) โดยกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การคัดกรองระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(S2) โดยทันตภิบาล การคัดกรองระดับโรงพยาบาลชุมชน(S3) โดยทันตแพทย์ - การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงในคนไข้ก่อนรอยโรคมะเร็งช่องปาก(PMD) - รูปแบบการรักษาและการส่งต่อ - ตัดชิ้นเนื้อ การใช้เลเซอร์เพื่อรักษา - มีระบบการติดตามกลุ่มเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

จังหวัดนครราชสีมา	ระบบคัดกรองเดิม	ระบบของโครงการวิจัย
	รักษา ไม่มีระบบการเตือนให้เข้ารับ การติดตามผล - ไม่มีระบบการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง โรคมะเร็งช่องปาก	และระบบติดตามกลุ่มผู้ป่วยในระยะ PMD เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการ รักษา
โรงพยาบาลอำเภอ โนนสูง	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก - คนไข้เดินเข้ามา รพ. ด้วยตนเอง - ไม่มีรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่อง ปาก - การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนิน กิจกรรมตามService Plan ในการ คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก	การคัดกรองมะเร็งช่องปาก - อสม.ทำการคัดกรองในระดับชุมชน (S1) โดยใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ โครงการวิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อสอบถาม ถึงการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้น้ำยา/ เส้น/เคย์ ต้มเหล้า/ต้มเปียร์ เคี้ยว หมาก/เคี้ยวหมาก ทำงานกลาง แดดเป็นประจำ ใส่ฟันปลอมมานาน กว่า 1 ปี มีอาการระคายเคืองในช่อง ปาก - ทันตภิบาล ทำการตรวจคัดกรอง จากกลุ่มคนที่ได้ผ่านการคัดกรองโดย อสม.และมีปัจจัยเสี่ยง - ทันตแพทย์ การตรวจในระดับS3 เป็นการตรวจคัดกรองในระดับ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทีมวิจัยจะลง ไปทำการตรวจคัดกรองพร้อมทันต- แพทย์ของรพช. - การตัดสินใจในรายที่มีรอยโรคโดย ทันตแพทย์ของทีมวิจัยและนำขึ้น เนื้อส่งตรวจ: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล - การติดตามผลและการเฝ้าระวังโดย ทีมวิจัยที่ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่
โรงพยาบาลอำเภอ พระทองคำ	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก - ไม่มีรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่อง ปาก - การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนิน กิจกรรมตามService Plan ในการ	- อยู่ระหว่างการวางแผนลงดำเนิน กิจกรรมของโครงการวิจัย

จังหวัดนครราชสีมา	ระบบคัดกรองเดิม	ระบบของโครงการวิจัย
	คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก	
โรงพยาบาลอำเภอ โนนไทย	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -ไม่มีรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่อง ปาก -การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนิน กิจกรรมตามService Plan ในการ คัดกรองมะเร็งเต้านม	-อยู่ระหว่างการวางแผนลงดำเนิน กิจกรรมของโครงการวิจัย



ภาพที่ 3.1 ภาพแสดงขั้นตอนการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปาก

จากการสังเคราะห์แบบจำลองเดิมของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในจังหวัดนครราชสีมาพบว่ายังไม่มีแบบจำลองการดำเนินงานที่แน่นอน ส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองโรคตามแผนบริการ (Service Plan) เช่น โรงพยาบาลอำเภอประทาย ที่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน มีเพียงรูปแบบการรักษารอยโรคในช่องปากเท่านั้น ส่วนการคัดกรองมะเร็งช่องปากใช้รูปแบบการตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล

โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก จังหวัดชัยภูมิ โดยสังเคราะห์แบบจำลองจากระบบเดิมเพื่อให้สามารถวางแผนได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยง การวางแผนการ

ทำงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ และการจัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของคนในชุมชน

ตารางที่ 3.2 การสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากและแนวทางของจังหวัดชัยภูมิ

จังหวัดชัยภูมิ	ระบบคัดกรองเดิม	ระบบของโครงการวิจัย
โรงพยาบาลอำเภอ แก้งคร้อ	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -ไม่มีรูปแบบการคัดกรองมะเร็ง ช่องปาก	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนิน กิจกรรมตามService Plan ในการ คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก -ทันตแพทย์ การตรวจในระดับS3 เป็นการตรวจคัดกรองในระดับ โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งทีมวิจัยจะลง ไปทำการตรวจคัดกรองพร้อมกับทีม ของทันตแพทย์ของโรงพยาบาล ชุมชน -การตัดสินใจในรายที่มีรอยโรคโดย ทันตแพทย์ของทีมวิจัยและนำขึ้น เนื้อส่งตรวจ: คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โรงพยาบาลอำเภอ ภูเขียว	รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -ไม่มีรูปแบบการคัดกรองมะเร็ง ช่องปาก -การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนิน กิจกรรมตามService Plan ในการ คัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก	อยู่ระหว่างการวางแผนลงดำเนิน กิจกรรมของโครงการวิจัย

ในด้านรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดสุรินทร์ พบว่าไม่มีแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับจังหวัด ส่วนโรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ และโรงพยาบาลอำเภอศรีณรงค์มีเพียงการคัดกรองในระดับชุมชนที่ดำเนินกิจกรรมตามแผนบริการคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น จึงเป็น 2 โรงพยาบาลที่ขอจัดทำรูปแบบของการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากตามแนวปฏิบัติของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 3.3 การสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากและแนวทางการคัดกรองของ
จังหวัดสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์	ระบบคัดกรองเดิม	แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
โรงพยาบาลอำเภอ เขวาสินรินทร์	-ไม่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนินการ กิจกรรมตามService Plan ในการคัด กรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็ง ปากมดลูก	อยู่ระหว่างการวางแผนลงดำเนิน กิจกรรมของแนวทางการคัดกรอง มะเร็งช่องปาก
โรงพยาบาลอำเภอ ศรีณรงค์	-ไม่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปาก -การคัดกรองระดับชุมชนจะดำเนินการ กิจกรรมตามService Plan ในการคัด กรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็ง ปากมดลูก	อยู่ระหว่างการวางแผนลงดำเนิน กิจกรรมของแนวทางการคัดกรอง มะเร็งช่องปาก

จากการสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแต่ละโรงพยาบาลในเขตบริการ
สุขภาพที่ 9 พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนเพื่อดำเนินการคัดกรองในระดับชุมชน จึงจำเป็นต้อง
ที่จะต้องถอดบทเรียนเพื่อให้ได้รู้ถึงสาเหตุและข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่

ถอดบทเรียนจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ในการดำเนินงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากจำเป็นต้องมีหน่วยงานในพื้นที่ต้อง
จัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการลงสอบถามเชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลจากหน่วยงานที่ปฏิบัติงานจริง
รวมถึงปัญหาในการดำเนินของพื้นที่และแนวทางในการแก้ปัญหาเพื่อให้สามารถดำเนินการคัดกรอง
มะเร็งช่องปากในระดับชุมชนได้ ดังตัวอย่างการถอดบทเรียนที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และโรงพยาบาลนางรองจึงพบว่ามีหลายประเด็นดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 สรุปประเด็นแนวทางและรูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ประเด็นจากเวทีฯ	ประเด็นจากสอบถามในพื้นที่	รูปแบบที่ควรจัดทำ
1.ประเด็นค่าใช้จ่ายในการคัด กรองมะเร็งช่องปาก	1.ไม่ มี งบประมาณ จาก ส่วนกลางให้ดำเนินการเพราะ ไม่ใช่ตัวชี้วัด	1.ขอสนับสนุนงบประมาณจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการจัดทำโครงการคัดกรอง มะเร็งช่องปากร่วมกัน
2.ประเด็นการส่งตัวผู้ป่วยมะเร็ง	2.การส่งตัวเพื่อรักษาต่อ	2.มีใบนำส่งตัวตั้งแต่ในชุมชนไป

ประเด็นจากเวทีฯ	ประเด็นจากสอบถามในพื้นที่	รูปแบบที่ควรจัดทำ
ช่องปากเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ส่งต่อเพื่อการรักษาไม่สามารถติดตามผลได้ว่าดำเนินไปถึงขั้นตอนใด	โรงพยาบาลเมื่อทำเรื่องส่งต่อเพื่อการรักษาก็จะถือว่าจบกระบวนการ	จนถึงโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถติดตามและการเกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและเมื่อคนใช้ออกจากโรงพยาบาลควรมีใบแจ้งส่งตัวกลับเพื่อโรงพยาบาลหรือรพ.สต.จะได้ติดตามผลหลังการรักษาและดูแลได้อย่างต่อเนื่อง
3.อุปสรรคในด้านความพร้อมของทีมทันตแพทย์ที่จะดำเนินการคัดกรองฯ	3.ทันตภิบาลและทันตแพทย์ยังมีความรู้และความเชี่ยวชาญไม่มากพอที่จะตรวจคัดกรองโดยเฉพาะเมื่อพบรอยแผลในปากผู้ป่วย มักเกิดความไม่แน่ใจว่าเป็นแผลลักษณะใด	3.ควรจัดทำเวปไซต์ที่เป็นแหล่งให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจรวมถึงควมมีการรวบรวมภาพถ่ายของรอยโรคให้ทันตภิบาลและทันตแพทย์เอาไว้อ้างอิงจะทำให้เกิดความมั่นใจในการตรวจมากขึ้น
4.ใช้รูปแบบการทำงานร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) โดยอสม.จะได้รับการให้ความรู้จากทีมทันตแพทย์ในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	4.ใช้เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีผู้ใหญ่บ้านเข้ามาร่วมในการเป็นตัวกลางชักชวนคนในชุมชนให้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยการอาสาส่งผู้ที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้วยตนเองได้โดยการนำรถกระบะของผู้ใหญ่บ้านมารับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพาไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าพบว่าผู้ใหญ่บ้านได้จัดตั้งศูนย์ อสม.เพื่อให้เป็นแหล่งในการเรียนรู้สำหรับกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยมีทีมทันตภิบาล	4.จัดทำโมเดลต้นแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในรูปแบบศูนย์อสม.ต้นแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยตัวเอง และใช้ศูนย์เป็นแหล่งการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติ โดยจะต้องได้รับการสนับสนุนสื่อความรู้ด้านมะเร็งช่องปากเพื่อให้คนในชุมชนได้เข้ามาหาความรู้เพื่อการป้องกันโรคในชุมชน

ประเด็นจากเวทีฯ	ประเด็นจากสอบถามในพื้นที่	รูปแบบที่ควรจัดทำ
	เป็นพี่เลี้ยงและทำการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งงานที่โดดเด่นคือการฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านให้สามารถช่วยงานทันตภิบาลตรวจฟันน้ำนมเด็กในโรงเรียน	
5. พบว่าทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และทันตภิบาลยังคงต้องให้การสนับสนุนด้านความรู้และรูปแบบการคัดกรองที่ถูกต้อง อุปสรรคในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ได้จากการถอดบทเรียนคือ คนในชุมชนยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็ง ช่องปาก จึงยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก	5. ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง เช่น การเคี้ยวหมาก การสูบบุหรี่ รวมถึงความเชื่อที่ว่าหากพบรอยแผลในปากไม่ควรเข้ารับการผ่าตัดเพราะจะทำให้เสียชีวิตได้ หากไม่ผ่าตัดเชื่อว่าจะอยู่ได้นานกว่าเพราะในปากไม่น่าจะเกิดมะเร็งได้ อีกทั้งการเคี้ยวหมากก็มีมานานและไม่พบว่าคนรุ่นเก่าที่กินหมากไม่มีอาการป่วยและยังมีฟันที่แข็งแรงอีกด้วย	5. ควรจัดทำสื่อความรู้การคัดกรองมะเร็งช่องปากและพัฒนาเว็บไซต์เพื่อเผยแพร่สื่อความรู้ด้านขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากทั้งด้วยตนเองและสื่อสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทันตภิบาล ทันตแพทย์
6. พบว่าในมุมมองของทันตแพทย์ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องของขั้นตอนการตรวจมะเร็งช่องปาก โดยควรมีการสนับสนุนให้เกิดความรู้และความชำนาญกับทันตแพทย์ที่ประจำอยู่ตามโรงพยาบาลระดับอำเภอ เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระงานด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงการป้องกันการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากซึ่งในรูปแบบการคัดกรอง	6. ต้องการแหล่งอ้างอิงหรืออาจเป็นเว็บไซต์ที่รวบรวมเป็นคลังภาพของรอยโรคที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปาก PMD รอยโรคต่าง	6. พัฒนาระบบสารสนเทศคลังภาพรอยโรคมะเร็งช่องปากเพื่อให้ทันตแพทย์ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงในการตรวจโรค จัดทำสื่อหรือเป็นโมดูลให้ทันตแพทย์เข้ามาเรียนรู้ด้วยตนเองด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก
7. ยังได้รับการสนับสนุนจากทีมให้คำปรึกษา (Counseling	7. ขาดทีมที่จะให้คำปรึกษากับคนไข้ที่เป็นมะเร็งช่องปาก	7. จัดทำหลักสูตรหรือเป็นโมดูลเทคนิคการให้คำปรึกษาสำหรับ

ประเด็นจากเวทีฯ	ประเด็นจากสอบถามในพื้นที่	รูปแบบที่ควรจัดทำ
team) ของอาจารย์ นพ.ทพ. ประสานที่นำทีมพยาบาลมาร่วม ให้คำปรึกษาต่อผู้ที่ต้องเข้ารับ การทำ Biopsy	เนื่องจากไม่มีการจัดอบรมด้าน นี้เพราะทีมCounseling มีความสำคัญมากแต่ไม่มี หน่วยงานใดจัดอบรม โดยเฉพาะด้านมะเร็งช่องปาก	คนไข้มะเร็งช่องปาก โดย อาจ จะ ให้ นัก วิ ช า ก า ร สาธารณสุขที่ประจำอยู่ตามรพ. เข้ารับการอบรมเพื่อให้เข้ามา ช่วยงานด้านทีมให้คำปรึกษา
8.การส่งชิ้นเนื้อไปตรวจพบว่า มาตรฐานการตรวจในแต่ละแลป ไม่เท่ากัน ซึ่งตอนหลังจึงเลือกส่ง ตรวจคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	8.การส่งชิ้นเนื้อไปตรวจตาม แลปมักพบปัญหาว่ามาตรฐาน การตรวจไม่เท่ากันบางครั้งต้อง ตัดชิ้นเนื้อรอบสอง บางทีก็ต้อง ส่งไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่นคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	8. พื้นที่ต้องการให้ทีมวิจัย มหิดลช่วย แก้ ปัญ หา และ ข้อเสนอแนะ

แนวทางในการพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

เมื่อนำประเด็นจากการประชุมร่วมกับพื้นที่ในด้านกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแต่ละพื้นที่ พบว่ามีการออกแบบการเก็บข้อมูลที่คล้ายคลึงกันแต่ยังไม่เป็นระบบที่ครอบคลุม โดยเมื่อทำการสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีสัมผัสปัจจัยเสี่ยงได้แก่ การดื่มเหล้า เคี้ยวหมาก ใช้นยาเส้น ทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน จากนั้นจึงนัดหมายวันที่เพื่อให้เข้ารับการตรวจช่องปากโดยทีมทันตแพทย์ จากประเด็นดังกล่าวโครงการวิจัยจึงได้นำกระบวนการของพื้นที่มาสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองเพื่อให้เกิดความครอบคลุมโดยแบ่งกระบวนการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับได้แก่

การคัดกรองระดับชุมชน กำหนดให้เป็นการคัดกรองระดับ S1 ดำเนินการสำรวจผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่/เคยสูบ ใช้นยาเส้น/ยาเส้น/เคยใช้ ดื่มเหล้า/เบียร์ เคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยว ทำงานกลางแจ้งเป็นประจำ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี อาการระคายเคืองในช่องปาก และมีประวัติเป็นโรคมะเร็ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะเป็นผู้ทำการสำรวจ ซึ่งงานวิจัยจะใช้เกณฑ์อายุของกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปซึ่งจะแตกต่างจากการคัดกรองที่ดำเนินในพื้นที่ ซึ่งจะกำหนดอายุอยู่ที่ 60 ปีขึ้นไป ในการสำรวจกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จะดำเนินการตามคัมที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน รับผิดชอบ และหากผู้ตอบมีพฤติกรรมตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปจะถูกส่งรายชื่อให้ไปรับการตรวจคัดกรองช่องปากโดยทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

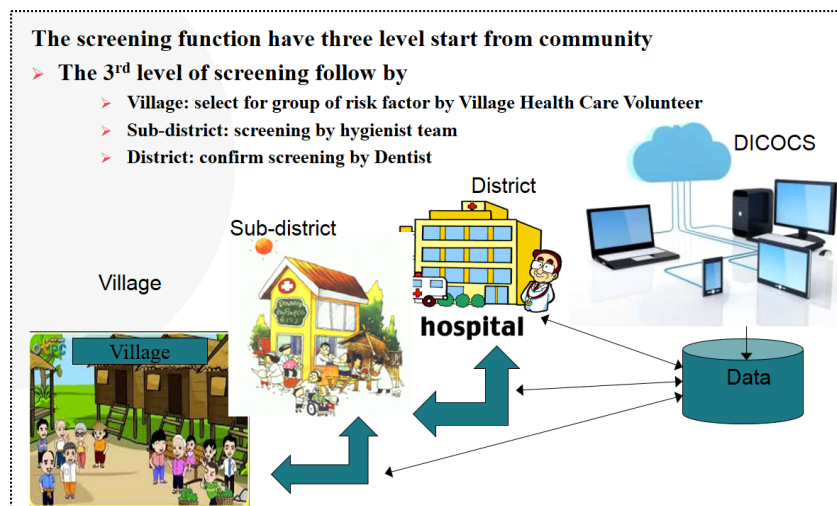
ในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาลระดับ S2 เป็นการออกแบบเพื่อให้เป็นแบบสอบถามสำหรับทันตภิบาลใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการคัดกรองระดับ S2 โดยผู้ที่ถูกสำรวจการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จะได้รับการนัดหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองช่องปากเบื้องต้น โดยทีมของทันตภิบาลจะสอบถามถึงพฤติกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งช่องปาก จากนั้นทันตภิบาลจะตรวจรอยโรคในช่องปาก ตั้งแต่มีฟันปลอมที่ทำให้ระคายเคืองในช่องปาก ฟันปลอมหลวม หรือกดทับ หรือเก่มาก หรือฟันปลอมเถื่อน อีกทั้งภายในช่องปากมีฟันผุที่ต้องอุดหรือถอน รวมถึงมีเหงือกบวม อักเสบ หรือมีหินปูน จากนั้นตรวจเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก (ริมฝีปากด้านใน-ด้านนอก เพดานปาก กระพุ้งแก้มข้าง-ขวา ลิ้น ใต้ลิ้น) และการจัดการภายหลังการตรวจว่าต้องให้การรักษาหรือไม่ หากต้องให้การรักษากจะทำการส่งรายชื่อไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อตรวจรักษาโดยทีมทันตแพทย์ หรือหากไม่มีรอยโรคแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงทีมของทันตภิบาลจะนัดติดตามอย่างต่อเนื่อง

การส่งกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อตรวจคัดกรองว่ามีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาหรือไม่ โดยจะกำหนดวันเพื่อเข้ารับการตรวจโดยทันตแพทย์จะใช้แบบสำหรับทันตแพทย์ใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยง (S3) โดยทันตแพทย์จะทำการตรวจคัดกรองช่องปากของกลุ่มเสี่ยงว่ามีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาหรือไม่หากมีทันตแพทย์จะใช้แบบสำหรับการรักษาเพิ่มอีก 1 แบบ การตรวจรักษาของทันตแพทย์(Richards, 2010)กรณีที่ตรวจพบว่ามีรอยโรคทันตแพทย์จะใช้แบบบันทึกการรักษามะเร็งช่องปากจะมีทั้งหมด7หน้า โดยทีมของทันตแพทย์จะทำการบันทึกข้อความตามรายการแบบ จากนั้นจึงส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย การตรวจรักษาของทันตแพทย์ (Richards, 2010)กรณีที่ตรวจพบว่ามีรอยโรคทันตแพทย์จะใช้แบบบันทึกการรักษามะเร็งช่องปากจะมีทั้งหมด7หน้า โดยทันตแพทย์จะทำการบันทึกข้อความตามรายการแบบ จากนั้นจึงส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

ประเด็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากทันตแพทย์ผู้ให้การรักษามะเร็งช่องปาก กรณีที่ต้องส่งต่อเพื่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่นและไม่สามารถติดตามความต่อเนื่องของผลการรักษาได้ จากประเด็นนี้จึงได้มีการพัฒนาแบบสำหรับติดตามผลการรักษาในคนไข้มะเร็งช่องปาก เพื่อให้ทันตแพทย์มีข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่อง อีกทั้งในการติดตามการรักษาแต่ละครั้งจำเป็นต้องมีข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยขณะทำการรักษาเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการประเมินทั้งด้านการรักษาพยาบาล ด้านสภาพจิตใจ ด้านการกลืนและการบริโภคอาหาร รวมถึงการประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป

กระบวนการในการเฝ้าระวังมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน

จากการสังเคราะห์กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากพบว่าไม่มีการเฝ้าระวังและการติดตามกลุ่มที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงไม่มีการติดตามผลหลังจากส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ จึงทำให้หลังการรักษาขาดระบบการติดตามและการเฝ้าระวังมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน ประกอบด้วย ระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน(Klongnoi et al., 2021) ซึ่งระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากนี้ประกอบไปด้วยวิธีการ 3ระดับได้แก่ การคัดกรองระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ ดังแผนภาพ



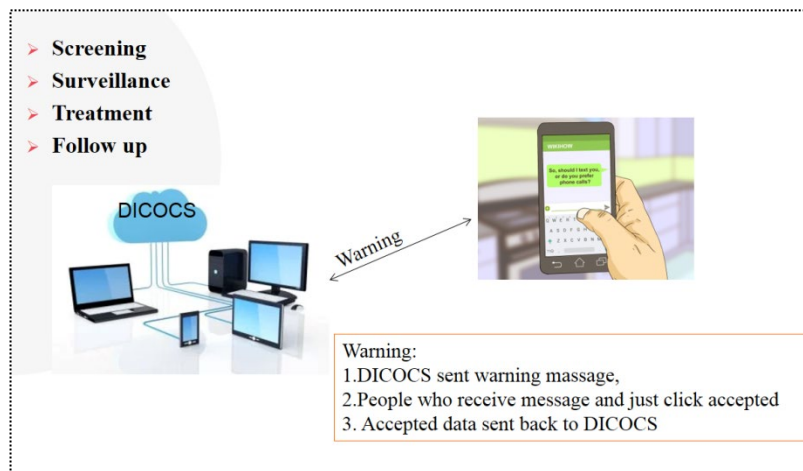
ภาพที่ 3.2 แผนผังกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับชุมชน

ระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นการเตือนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

การเตือนระดับที่ 1 โดยการส่งข้อความเตือนไปที่โทรศัพท์มือถือของกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้เข้ารับการสำรวจความเสี่ยงมะเร็งช่องปากกับ อสม.

การเตือนระดับที่ 2 เป็นการเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากกับทันตภิบาลที่ รพ.สต.กรณีทีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับการตรวจตามทีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเตือนระดับที่ 3 เป็นการเตือนซ้ำเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นการเตือนซ้ำ

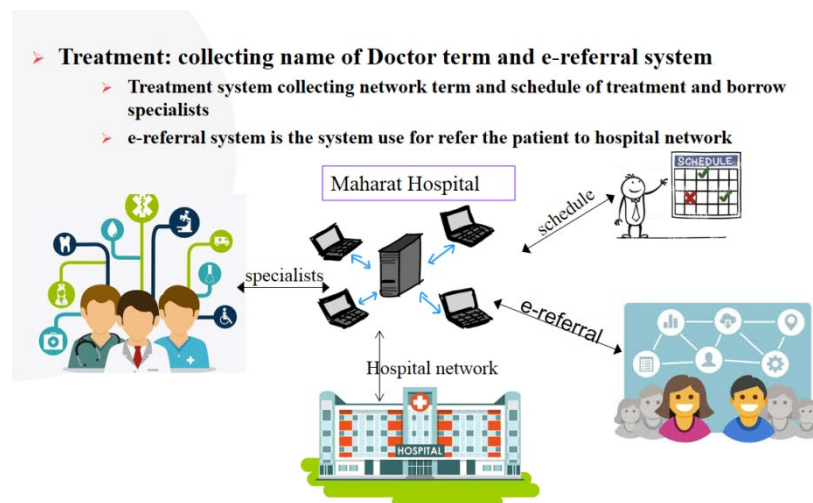


ภาพที่ 3.3 แผนผังระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การเฝ้าระวังรอยโรคในช่องปากระดับชุมชน ในการเฝ้าระวังจะใช้แบบสำหรับการเฝ้าระวังรอยโรค PMD โดยทันตแพทย์จะใช้สำหรับเก็บข้อมูลกรณีที่ตรวจพบว่าเป็นรอยโรค PMD ซึ่งทันตแพทย์จะนัดตามระยะเวลา 2 สัปดาห์ 1 2 3 6 เดือน

กระบวนการในการรักษามะเร็งช่องปาก

กรณีที่ตรวจพบว่ามีรอยโรคทั้งPMD หรือมะเร็งช่องปากจะทำการส่งตัวเข้ารับการรักษาระบบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยรวมถึงการจัดทำระบบเครือข่ายแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านมะเร็งช่องปาก กรณีที่โรงพยาบาลขาดแคลนทีมแพทย์ที่จะให้การรักษา นอกจากนี้ยังพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบ e-referral ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น



ภาพที่ 3.4 แผนผังกระบวนการส่งต่อเพื่อรักษา

บทสรุป

แนวทางในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในแต่ละพื้นที่ที่มีขั้นตอนการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ดังนั้นก่อนที่จะเริ่มจัดทำโครงการคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากจึงควรประชุมเพื่อสำรวจว่าในแต่ละพื้นที่ได้จัดให้มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากไปบ้างแล้วหรือไม่ เพื่อจัดหาโมเดลที่เหมาะสม การพัฒนาแบบสำหรับเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชนไปจนถึงขั้นตอนการรักษา การจัดรูปแบบการเฝ้าระวังหลังจากที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากในกลุ่มเสี่ยงแต่ไม่พบรอยโรค ควรมีวิธีการเฝ้าระวังอย่างไร ซึ่งระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นการเตือนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจะแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

การเตือนระดับที่ 1 โดยการส่งข้อความเตือนไปที่โทรศัพท์มือถือของกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้เข้ารับการสำรวจความเสี่ยงมะเร็งช่องปากกับ อสม.

การเตือนระดับที่ 2 เป็นการเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากกับทันตภิบาลที่ รพ.สต.กรณีในกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับการตรวจตามที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเตือนระดับที่ 3 เป็นการเตือนซ้ำเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นการเตือนซ้ำ

กรณีที่ตรวจพบว่ามีรอยโรคทั้ง PMD หรือมะเร็งช่องปากจะทำการส่งตัวเข้ารับการรักษาระบบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยรวมถึงการจัดทำระบบเครือข่ายแพทย์และทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านมะเร็งช่องปาก กรณีที่โรงพยาบาลขาดแคลนทีมแพทย์ที่จะให้การรักษา นอกจากนี้ยังพัฒนาเพื่อให้เกิดระบบ e-referral ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรักษายังโรงพยาบาลอื่น

คำถามท้ายบท

1. การสังเคราะห์แบบจำลองการคัดกรองมะเร็งช่องปากมีประโยชน์ต่อการวางแผนในการดำเนินงานระดับชุมชนอย่างไร
2. การคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับชุมชนควรเน้นคัดกรองในรูปแบบใด
3. การคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากระดับชุมชนมีทั้งหมดกี่ระดับอะไรบ้าง
4. อธิบายระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากมีทั้งหมดกี่ระดับ

เอกสารอ้างอิง

- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, & อัศวรธรณ์ อัสตารักษ์. (2562). การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. ใน *Proceedings การประชุมวิชาการระดับชาติ ปอมท.ประจำปี 2562 เรื่อง “อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context)”* (pp.XXX). เดอะ ไทด์ รีสอร์ท, จังหวัดชลบุรี.
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จิรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพึ้ง, & คณะ. (2021). การสร้างสรรค์นวัตกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking). ใน *Poster Presentation มหกรรมมหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021)*.
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-o. P., Fuangtharntip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from 4 northeastern provinces in Thailand. *18*(17), 9390.
- Richards, D. (2010). Clinical recommendations for oral cancer screening. *Evid Based Dent*, *11*(4), 101–102. <https://doi.org/10.1038/sj.ebd.6400750>

บทที่ 4

โมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปาก

บวร คลองน้อย

การคัดกรองมะเร็งช่องปาก(Hung et al., 2020) พบว่าได้มีบางพื้นที่ใช้ความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อช่วยในการสนับสนุนเรื่องงบประมาณ นอกจากนี้การใช้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขในการช่วยด้านการประชาสัมพันธ์ถึงกำหนดการคัดกรองมะเร็งช่องปาก จากประเด็นการสังเคราะห์ของเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้พบว่า มีความสอดคล้องกับการสอบถามเชิงลึกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโบสถ์และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ใช้เครือข่ายอปท.โดยมีผู้ใหญ่บ้านเข้าร่วมในการเป็นตัวกลางชักชวนคนในชุมชนให้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ด้วยการอาสาส่งผู้ที่ไม่สามารถเดินทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วยตนเองได้โดยการนำรถกระบะของผู้ใหญ่บ้านออกรับผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อพาไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวถนนพบว่าผู้ใหญ่บ้านได้จัดตั้งศูนย์อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเพื่อให้เป็นแหล่งในการเรียนรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านโดยมีทันตภิบาลเป็นที่เลี้ยงและทำการอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งงานที่โดดเด่นคือการฝึกอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านให้สามารถช่วยทันตภิบาลตรวจฟันน้ำนมเด็กในโรงเรียน ซึ่งนับว่าเริ่มมีการใช้เครือข่าย อปท.เข้าร่วมเป็นเครือข่ายในการคัดกรองโรคทางทันตกรรม ซึ่งจะพบว่าหากนำโมเดลเครือข่ายทันตกรรมและ อปท.เข้าร่วมงานกันจะก่อให้เกิดความยั่งยืนของโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน

นอกจากนี้ ประเด็นที่เป็นปัญหาซึ่งเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ยกขึ้นมาเพื่อให้เห็นถึงประเด็นอุปสรรคของการนัดคนในชุมชน แต่พบว่ามีบางส่วนไม่ยอมเข้ารับการคัดกรอง พบว่าคนในชุมชนส่วนใหญ่กลัวการไปพบหมอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเด็นหลักคือคนในชุมชนไม่เข้าใจว่าทำไมจึงต้องไปตรวจที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อตนเองไม่มีรอยแผลในปากหรือไม่มีฟันผุ รวมถึงคนในชุมชนยังไม่รู้จักว่ามะเร็งช่องปากคืออะไรเนื่องจากได้รับรู้เพียงการไปตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก แต่ในมุมเวทีแลกเปลี่ยนรู้ได้รับทราบ ว่า คนในชุมชนมีความกลัวที่จะปรึกษาอาการป่วยกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมากกว่าและหากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านแนะนำให้ไปพบหมอเพื่อตรวจคัดกรองจึงจะยอมไปเข้ารับ การตรวจ ซึ่งประเด็นนี้ยังไม่สามารถแก้ไขได้ถึงแม้จะมีการติดตามซ้ำโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านให้เข้ารับการตรวจคัดกรองก็ตาม ซึ่งประเด็นนี้ก็สอดคล้องกับการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและรพ.นางรอง

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางที่ผู้ใหญ่บ้านของตำบลหัวถนนที่จะขอเสนอให้ใช้ศูนย์ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านของหัวถนนเป็นต้นแบบในการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมาฝึกตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วยตัวเองจากนั้นเป็นการนำร่องให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไปตรวจคัดกรองเบื้องต้นด้วยแบบสอบถามและตรวจช่องปากเบื้องต้นให้กับคนในชุมชน เพื่อเป็นการคลายความหวาดกลัวก่อนไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

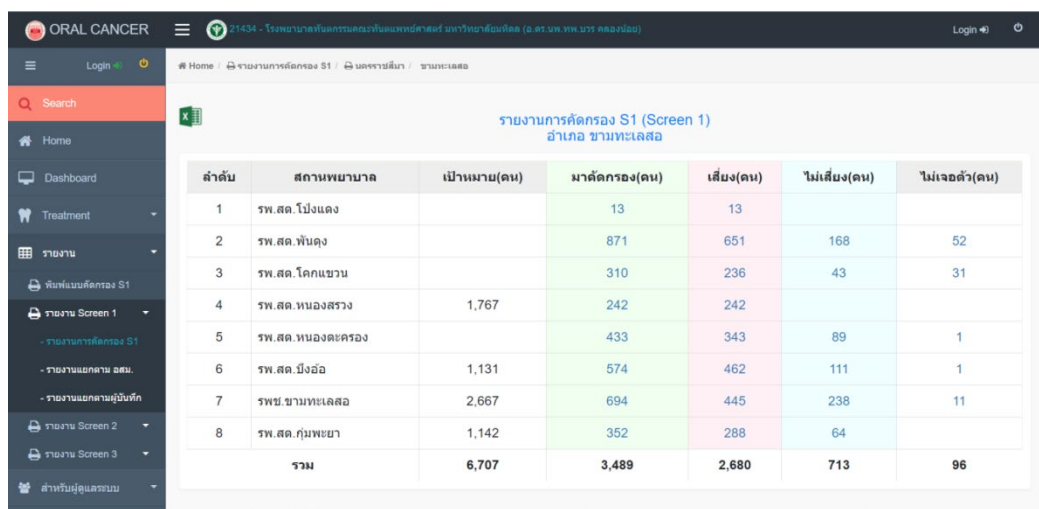
อีกทั้งยังมีอุปสรรคด้านการสื่อสารสุขภาพ(Davis, Williams, Marin, Parker, & Glass, 2002)รวมถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงเช่น การเคี้ยวหมาก การสูบบุหรี่ รวมถึงความเชื่อที่ว่าหากพบรอยแผลในปากไม่ควรเข้ารับการผ่าตัดเพราะจะทำให้เสียชีวิตได้ หากไม่ผ่าตัดเชื่อว่าอยู่ได้นานกว่าเพราะในปากไม่น่าจะเกิดมะเร็งได้ อีกทั้งการเคี้ยวหมากก็มีมานานและไม่พบว่าคนรุ่นเก่าที่กินหมากไม่มีอาการป่วยและยังมีฟันที่แข็งแรงอีกด้วย ประเด็นนี้วิทยากรได้สังเคราะห์ว่าเป็นประเด็นที่สำคัญเพราะการสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพควรนำมาใช้เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เนื่องจากคนส่วนใหญ่เข้ารับการตรวจเพียงฟันผุ เหงือกอักเสบ แต่ไม่เคยมีการพูดถึงการตรวจมะเร็งช่องปาก จึงนับว่าเป็นบุกเบิกการคัดกรองโรคแนวทางใหม่ที่จะนำวิธีการสื่อสารสุขภาพในการป้องกันมะเร็งช่องปากเข้ามาร่วมในการลงพื้นที่ จากมุมมองของวิทยากรนี้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่จากการสอบถามเชิงลึกว่าควรจะทำปายขนาดใหญ่เพื่อสื่อสารให้คนในชุมชนเข้าใจโรคมะเร็งช่องปาก และควรมีสื่อที่เป็นวิดีโอหรือเว็บไซต์ที่สามารถเข้าไปศึกษาข้อมูลด้านมะเร็งช่องปาก โดยขอให้โครงการวิจัยจัดทำเว็บไซต์และผลิตสื่อที่สามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทันตภิบาล ทันตแพทย์เข้าไปศึกษาวิธีการหรือขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก เนื่องจากสื่อที่จะให้ความรู้ด้านนี้ไม่มี

การทดสอบโมเดลในพื้นที่

การทดสอบโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้นำไปใช้ที่โรงพยาบาลขามทะเลสอเป็นสถานที่ในการลงพื้นที่คัดกรองตามแนวทางที่โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้วางแผนไว้ โดยจัดทำเป็น ขั้นตอนไว้ เพื่อเป็นการทดสอบขั้นตอนการดำเนินงานในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก การทดสอบแบบที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ขั้นตอนการตัดสินใจ และขั้นตอนการศึกษาระบบสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับการบันทึกข้อมูลด้านงานทันตกรรมซึ่งพบว่าใช้ระบบสารสนเทศที่พื้นที่ใช้งานอยู่จะมีเพียงการบันทึกเฉพาะการรักษาโรคทางทันตกรรม โดยในการตรวจคัดกรองจะดำเนินการตามขั้นตอนในการคัดกรอง 3 ระดับโดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองในระดับชุมชนที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และคัดกรองประชากรในชุมชนที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปที่มีสัมผัสปัจจัยเสี่ยง ที่มีข้อคำถามใน 8 ข้อ หากประชากรที่ได้รับการคัดกรองสัมผัสปัจจัยเสี่ยงเพียง 1 ข้อ เช่นสูบบุหรี่ ก็จะมีนัดให้เข้ารับการตรวจช่องปากโดยทันตภิบาลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในขั้นตอนการตรวจช่องปากที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทันตภิบาลจะใช้แบบคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

โดยทันตภิบาล ซึ่งแบบคัดกรองนี้จะแบ่งออกเป็นข้อมูลทั่วไป ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามด้านข้อมูลบุคคล ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก เป็นการสอบถามถึงจำนวนของการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง โดยเป็นการขยายจากข้อคำถามในการคัดกรองเบื้องต้นจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จากนั้นเป็นการตรวจในช่องปากโดยทันตภิบาล

ในการทดสอบโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้ดำเนินการทดสอบการบันทึกข้อมูลในการคัดกรองระดับ S1 เข้าสู่ระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก (Oral Cancer) และเรียกดูจำนวนรายงานการคัดกรองระดับ S1 (Screen1) อำเภอลำทะลุ



ลำดับ	สถานพยาบาล	เป้าหมาย(คน)	มาคัดกรอง(คน)	เสี่ยง(คน)	ไม่เสี่ยง(คน)	ไม่เจอตัว(คน)
1	รพ.สต. โป่งแดง		13	13		
2	รพ.สต. พินดุง		871	651	168	52
3	รพ.สต. โคกแขวน		310	236	43	31
4	รพ.สต.หนองสรวง	1,767	242	242		
5	รพ.สต.หนองละครทอง		433	343	89	1
6	รพ.สต. บึงอ้อ	1,131	574	462	111	1
7	รพช. ขามทะเลสอ	2,667	694	445	238	11
8	รพ.สต. กุ่มพะยา	1,142	352	288	64	
รวม		6,707	3,489	2,680	713	96

ภาพที่ 4.1 รายงานการคัดกรอง S1 ของโรงพยาบาลขามทะเลสอ

ในการคัดกรองระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทันตภิบาล ได้มีการทดสอบการตรวจตามโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1 รวมถึงการบันทึกข้อมูลในระดับ S2 และการเรียกดูรายงานผ่านโปรแกรมคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ORAL CANCER

Login

Home

Dashboard

Treatment

รายงาน

พิมพ์แบบฟอร์ม S1

รายงาน Screen 1

รายงาน Screen 2

รายงาน Screen 3

21434 - รายงานผลการบันทึกผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (ส.ส.พ. พ.พ.ว. คณะทันต)

รายงานการบันทึกข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก (Screen 2) อำเภอ ขามทะเลสอ

ลำดับ	สถานพยาบาล	มา Screen 1 (คน)	เสี่ยง (คน)	S1 เสี่ยง แต่ ไม่มา S2 (คน)	ผลการตรวจ (คน)			Screen 2 (คน)		
					ปกติ	ผิดปกติ	ไม่แน่ใจ	นัดตรวจซ้ำอีก 6 เดือน	นัดติดตามต่อใน 2 เดือน	ส่งต่อ รพช.
1	รพ.สต. โป่งแดง	13	13			15				15
2	รพ.สต. พินดุง	871	651	553	90	9		91	8	99
3	รพ.สต. โคกแขวน	310	236	121	112	3		112	3	115
4	รพ.สต. หนองสรวง	242	242	2	209	31	4	209	35	244
5	รพ.สต. หนองละครทอง	433	343	298	38	7		38	7	45
6	รพ.สต. บึงอ้อ	574	462	350	98	10	4	98	14	112
7	รพช. ขามทะเลสอ	694	445	266	272	11		272	2	283
8	รพ.สต. กุ่มพะยา	352	288	178	97	11	2	98	2	110
รวม		3,489	2,680	1,768	916	97	10	918	4	1,023

ภาพที่ 4.2 รายงานการคัดกรอง S2 ของโรงพยาบาลขามทะเลสอ

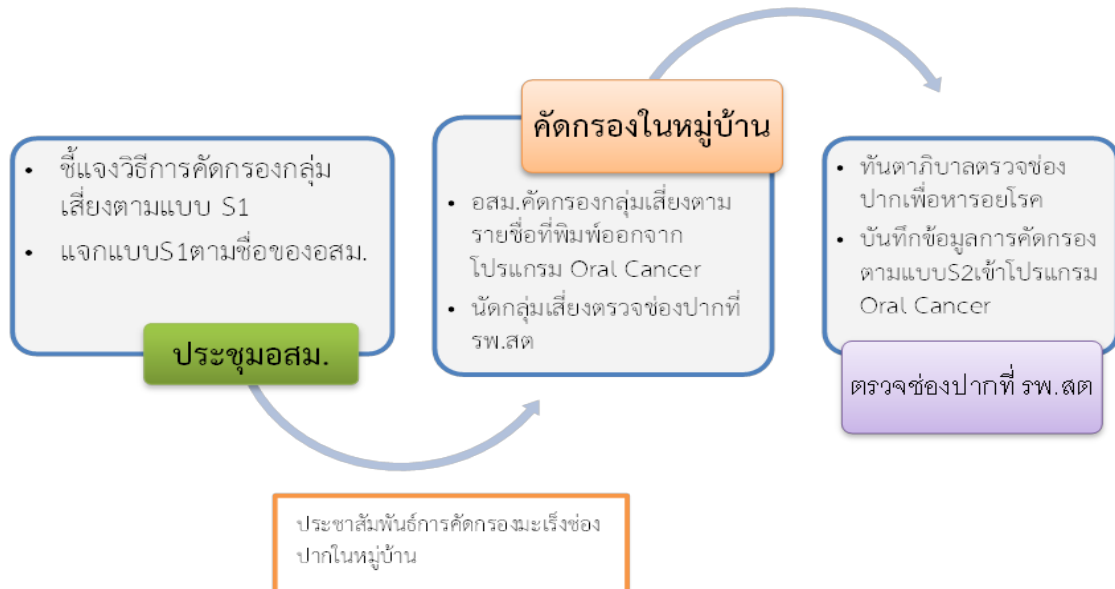
นอกจากนี้ได้มีการทดสอบเฉพาะโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับS3 ซึ่งเป็นการตรวจคัดกรองรอยโรคมะเร็งช่องปากในระดับโรงพยาบาลชุมชนที่โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีการออกหน่วยคัดกรองมะเร็งช่องปากนำโดยทีมทันตแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาอยู่แล้ว ในประเด็นนี้นับว่าเป็นจุดแข็งของอำเภอต่างๆในจังหวัดนครราชสีมา แต่เป็นการเพิ่มภาระงานให้กับทีมทันตแพทย์ของโรงพยาบาลในการออกหน่วยเพื่อทำการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ประกอบกับพื้นที่จังหวัดนครราชสีมามีขนาดใหญ่จึงส่งผลให้การคัดกรองมะเร็งช่องปาก ในการตรวจคัดกรองในระดับ โรงพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นการตรวจโดยทีมวิจัยร่วมกับทันตแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน เป็นการตรวจหารอยโรคในช่องปาก ในกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคบางรายจะต้องทำการตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ และในบางรายอาจใช้เลเซอร์ในการรักษา จากนั้นได้ทำการลงพื้นที่คัดกรองมะเร็งช่องปากในพื้นที่โรงพยาบาลโนนสูง โดยมีกระบวนการประสานพื้นที่ก่อนที่จะลงคัดกรองมะเร็งช่องปากก่อนเสมอ

เมื่อคัดกรองในระดับS3 และทำการคัดชิ้นเนื้อส่งตรวจไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล แล้วในขั้นตอนหลังจากนี้คือการนัดเพื่อฟังผลชิ้นเนื้อ กรณีรายที่มีผลแจ้งของการเป็นมะเร็งช่องปาก จะมีการส่งตัวเข้าสู่ระบบการรักษาปฐมภูมิ โดยการส่งตัวต่อเข้ารับการรักษา มะเร็งช่องปาก (Azhar et al., 2018) ที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลชัยภูมิ หรือโรงพยาบาลสุรินทร์ การส่งตัวเพื่อรักษาจะส่งยังโรงพยาบาลจังหวัดที่ผู้ป่วยอาศัย หรือในรายที่ผลตรวจเป็นPMD จะมีการรักษาและนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และจะมีการนัดติดตามอาการและเก็บข้อมูลการติดตามผลหลังการรักษาและการเฝ้าระวังโรคโดยเก็บข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังรอยโรค PMD กรณีการส่งตัวเข้ารับการรักษาจะเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการรักษามะเร็งช่องปาก และแบบบันทึกการติดตามผลหลังการรักษา มะเร็งช่องปาก

แนวทางการประสานงานพื้นที่

การประสานงานกับโรงพยาบาลประทายเพื่อให้รวบรวมจำนวนประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้ทราบจำนวนประชากรประมาณการซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากจำนวนประมาณการของประชากรจะสัมพันธ์กับการวางแผนของทีมนักวิจัยที่จะลงพื้นที่ทั้งในด้านของการใช้เวลาพื้นที่ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลประทายทำการคัดกรองผู้ที่มีอายุ 40 ปีและเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งช่องปากในวันที่ทีมนักวิจัยจะลงพื้นที่ไปทำการตรวจคัดกรองรอยโรคในระดับ S3 ที่โรงพยาบาลประทาย เมื่อได้จำนวนประมาณการของประชากรแล้วทีมนักวิจัยจะกำหนดวันเพื่อลงพื้นที่ชี้แจงโครงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่

ระดับหมู่บ้าน ไปที่ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงอธิบายความหมายของแบบที่ใช้คัดกรองในรูปแบบงานวิจัย



ภาพที่ 4.3 แผนผังกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1และ S2

รูปแบบการเก็บข้อมูลคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลหัวทะเล อำเภอเมือง ดำเนินคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยใช้โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากขนาดใหญ่เริ่มตั้งแต่

1. การเตรียมข้อมูลประชากรของพื้นที่อำเภอเมืองนครราชสีมา ด้วยการตั้งเกณฑ์กลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งข้อมูลประชากรจะทำการเลือกจากฐานข้อมูล HIS เพื่อให้ได้ข้อมูลตั้งแต่ กลุ่มประชากร หมู่บ้าน บ้านเลขที่ และรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน) เพื่อให้ได้รายชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ดูแลประชากรในแต่ละคุ้ม โดยในพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลหัวทะเลจะดูแลรับผิดชอบจำนวน 18 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 1 ศูนย์บริการสาธารณสุขศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำส่งรายชื่อประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยเป็นการพิมพ์รายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องได้รับการสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งเรียกว่าการคัดกรองระดับ S1 โดยใช้เวลาในการคัดกรองเบื้องต้นจากทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ของแต่ละหมู่บ้าน ประมาณ 1-2 วัน

การเตรียมพื้นที่

เนื่องจากสถานการณ์โควิดระบาด ทีมวิจัยจึงใช้รูปแบบการประชุมผ่านระบบ Zoom ระหว่างหน่วยงานโรงพยาบาลหัวทะเล อำเภอเมืองนครราชสีมา โรงพยาบาลกระสัง อำเภอกะสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โครงการวิจัยรูปแบบการสร้างเชื่อมโยงระหว่างภาคีการคัดกรอง การเฝ้าระวังและการรักษามะเร็งช่องปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิในเขตนครชัยบุรินทร์ และโครงการวิจัยพัฒนาศูนย์สารสนเทศทางทันตกรรมในการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปากมหาราชโมเดลและสื่อความรอบรู้สุขภาพของการป้องกันมะเร็งช่องปาก เพื่อชี้แจงและทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย รวมถึงการสอนออนไลน์สำหรับการใช้งานโปรแกรมคัดกรองมะเร็งช่องปาก ดังนี้

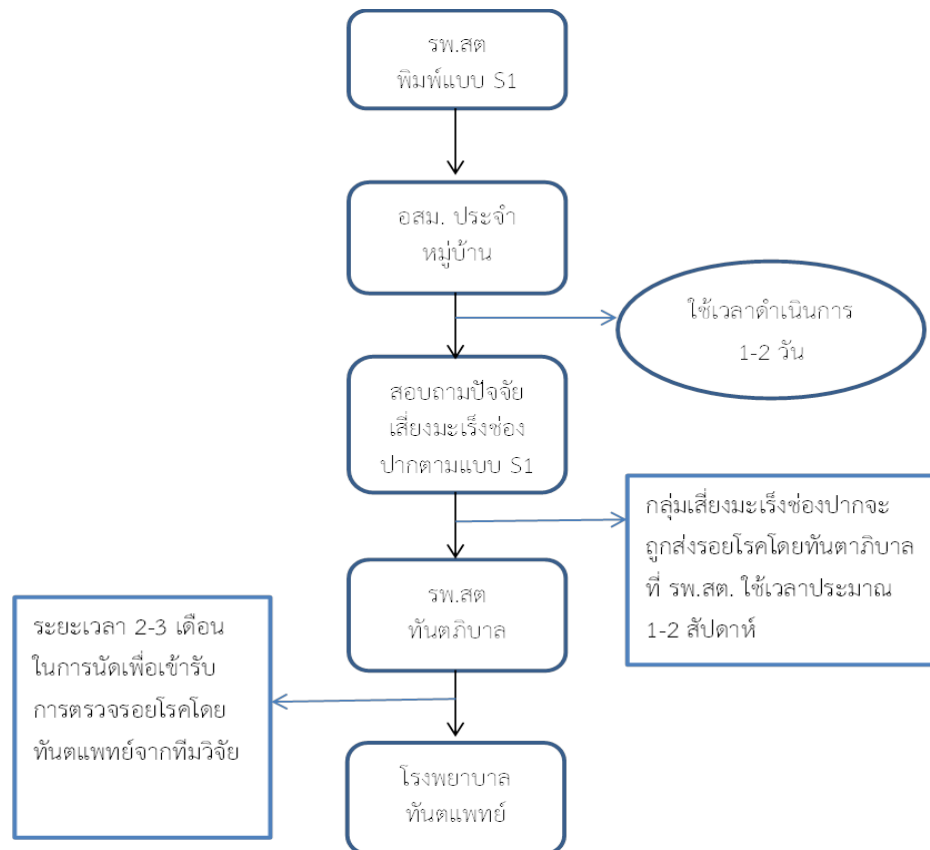
1. ชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับที่มา รวมถึงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยการคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงกระบวนการในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนที่ต้องดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ดำเนินการโดยทันตภิบาลในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับโรงพยาบาลชุมชน โดยทีมวิจัยร่วมกับทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล

2. อบรมการบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ได้ข้อมูลตั้งแต่ระดับ S1-3 โดยเป็นการอบรมผ่านระบบZoom โดยมีทันตภิบาลและทันตแพทย์ของโรงพยาบาลหัวทะเล อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และโรงพยาบาลกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ เข้าร่วมประชุมและอบรม

3. เป็นการตอบคำถามในประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากและการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปากของพื้นที่ทั้งสองแห่ง

ระยะเวลาในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดย ทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะใช้เวลา 2-3 สัปดาห์ในการพิมพ์รายชื่อกลุ่มเสี่ยงของแต่ละหมู่บ้านที่มีชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ดูแลอยู่ด้วย จากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยงของประชากรในหมู่บ้านที่ตนเองดูแลรับผิดชอบ เพื่อนำไปสอบถามว่าสัมผัสปัจจัยเสี่ยงใดบ้างในจำนวน 8 ข้อ ซึ่งจะใช้เวลาในการสอบถามในชุมชนประมาณ 1- 2 วัน โดยผู้ที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยง 1 ข้อขึ้นไป จะถูกนัดหมายให้ไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาลที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะใช้เวลาในการนัดหมายเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้เข้ารับการตรวจโดยทันตภิบาล โดยจะนัดตรวจในช่วงวันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่มีการตรวจโรคอื่นๆ ซึ่งในกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคชัดเจน หรือกรณีทันตภิบาล ไม่แน่ใจในรอยโรคจะทำการนัดหมายเพื่อให้เข้ารับการตรวจรอยโรคโดยทีมทันตแพทย์

จากโครงการวิจัย ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 2-3 เดือน เนื่องจากต้องเตรียมสถานที่ที่โรงพยาบาลและ
ต้องการรับคนไข้ทันตกรรมของโรงพยาบาลที่ต้องใช้เป็นสถานที่ในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก



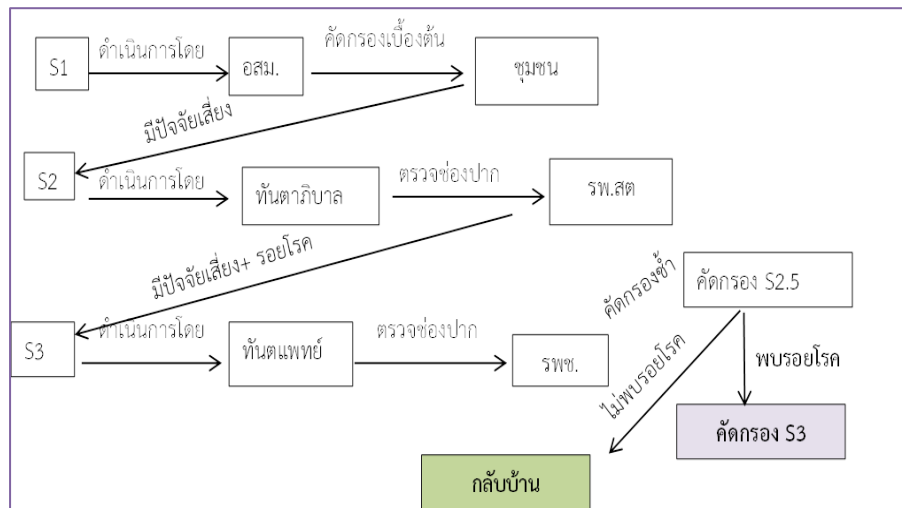
ภาพที่ 4.4 แผนผังกระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอเมืองนครราชสีมา

กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากเขตพื้นที่อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์

1. ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยการเตรียมข้อมูล
ขั้นพื้นฐานของประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

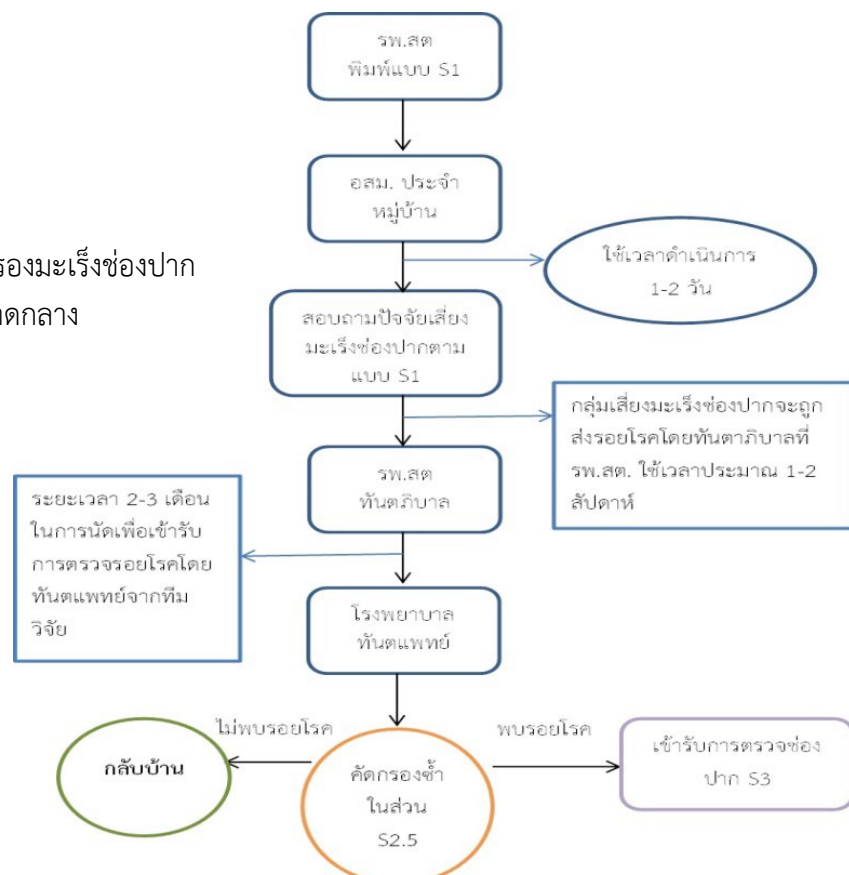
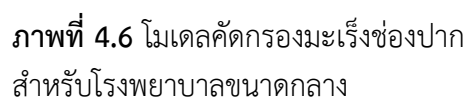
2. ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จะดำเนินการตาม
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากมหาราชโมเดล(ประยุกต์) โดยเริ่มจาก อาสาสมัครสาธารณสุข
หมู่บ้านที่ได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่รับผิดชอบ ไปทำการสอบถามการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงตาม
แบบสอบถามS1 ที่พิมพ์ออกจากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เมื่อ อาสาสมัครสาธารณสุข
หมู่บ้านดำเนินการแล้วเสร็จ จะนำแบบเก็บข้อมูลส่งไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ที่
ดูแล จากนั้นจะทำการนัดหมายผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล ในรายชื่อที่มีรอยโรคจะถูกส่งตัวให้เข้ารับการตรวจรอยโรคด้วยทีมทันตแพทย์ของ

โครงการวิจัยจากคณะทันตแพทยศาสตร์ และทีมจากทันตแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา



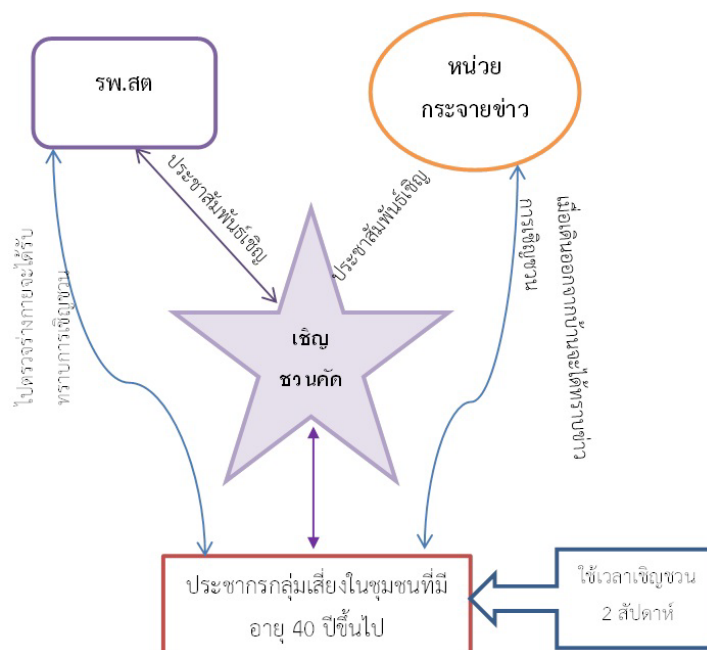
ภาพที่ 4.5 ขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลกระสัง

โมเดลที่เหมาะสมของโรงพยาบาลกระสังที่เป็นรูปแบบของโรงพยาบาลขนาดกลาง และในพื้นที่อำเภอกระสังมีจำนวนของทันตภิบาลที่ประจำอยู่ในพื้นที่ไม่เพียงพอ ดังนั้นในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีเพียงนักวิชาการสาธารณสุขจะทำการนัดหมายให้เข้าคัดกรองในระดับ S2.5 ที่โรงพยาบาลกระสัง



วิธีประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็งช่องปาก

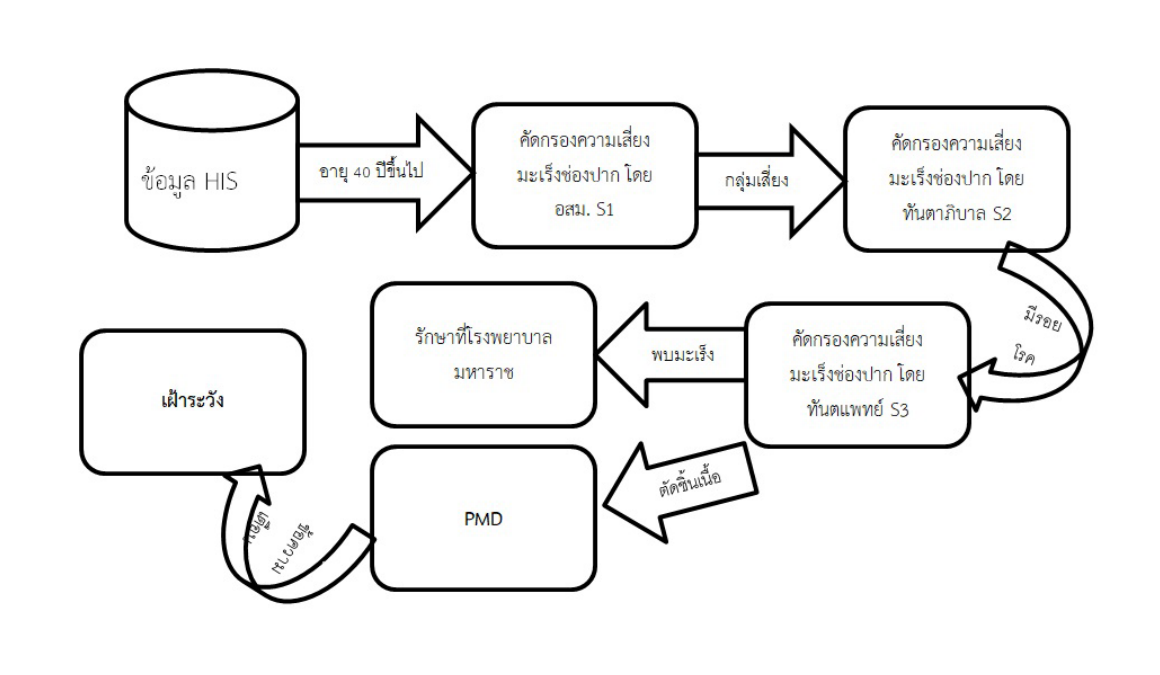
จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองที่ โรงพยาบาลชุมชนกระสังในวันแรกของการปฏิบัติงาน จำนวน 277 คน เนื่องจากจำนวนกลุ่มเสี่ยงมาเป็นจำนวนมากดังนั้นจึงได้มีการตั้งฐานการคัดกรองในระดับ S2.5 ซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ได้กลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคชัดเจนทำให้สามารถคัดกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีรอยโรคออกไปจำนวน 100 คน โดยพบกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคชัดเจน จำนวน 177 คน และในการดำเนินคัดกรองวันที่สองของการปฏิบัติงานก็จะดำเนินการเช่นเดียวกัน ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีลูกหลานมาส่งที่โรงพยาบาลชุมชนกระสัง และในบางส่วนจะเดินทางกันมาเป็นกลุ่มพร้อมกัน ซึ่งในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน กระสังถึงความสำเร็จในการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากเป็นจำนวนประมาณ 500 คน พบว่าทางโรงพยาบาลกระสังใช้การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยมีการใช้รูปแบบของหน่วยกระจายข่าวในชุมชนเมื่อคนในชุมชนเดินออกจากบ้านจะได้รับข้อมูลเชิญชวน เช่นทำโปสเตอร์ไปติดไว้ตามแหล่งกระจายข่าวในชุมชน หรือกรณีที่ใช้รูปแบบเชิญชวนให้คัดกรองมะเร็งช่องปากให้แก่ผู้ป่วยที่เดินทางไปที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล



ภาพที่ 4.7 แนวทางการประชาสัมพันธ์ในชุมชน

โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดนครราชสีมา

จังหวัดนครราชสีมาเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ที่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทีมทันตแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดังนั้นผลงานวิจัยจึงพบว่ากระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถที่จะดำเนินการตามขั้นตอนที่โครงการวิจัยกำหนดได้ โดยการใช้ข้อมูลตั้งต้นด้านอายุกลุ่มเสี่ยงจากข้อมูลของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Health Information System: HIS) ด้วยการเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้ง 40 ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นของโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก



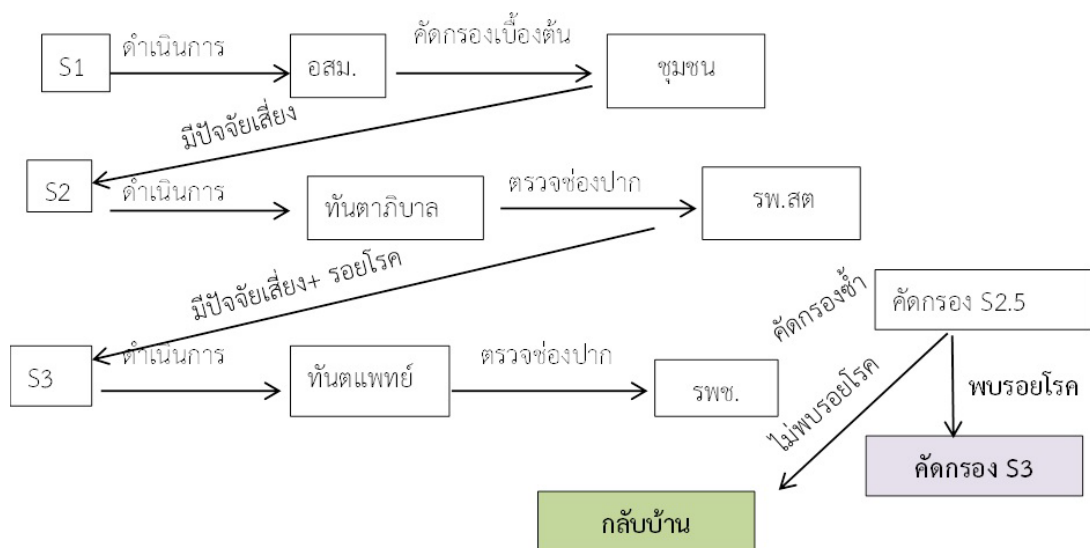
ภาพที่ 4.8 โมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดนครราชสีมา

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดนครราชสีมาเป็นรูปแบบโมเดลพื้นที่ขนาดใหญ่ โดยเริ่มจากการคัดกรองระดับหมู่บ้านดำเนินการสอบ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดำเนินการสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่อาจเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งช่องปาก ด้วยแบบคัดกรองมะเร็งช่องปาก S1 โดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ซึ่งผลจากการคัดกรองพบว่า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนด (ร้อยละ 100.78) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีษะละเลิง (ร้อยละ 104.42) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด (ร้อยละ 102.38) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเร็งน้อย (ร้อยละ 103.62) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หนองยารักษ์ (ร้อยละ 101.42) มีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากมากกว่าการตั้งเป้าหมายจากโครงการวิจัย ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดและอาสาสมัครไม่สามารถตามพบตัวได้ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดนด จำนวน 513 คน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระฉอด จำนวน 315 คน ซึ่ง

ประชากรส่วนใหญ่ออกไปปฏิบัติงานในเมือง จึงส่งผลต่อจำนวนการไม่พบตัวของกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเข้ารับการคัดกรองมีจำนวนสูงใน 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังกล่าว

โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดบุรีรัมย์

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จะดำเนินการตามรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากมหาราชโมเดล(ประยุกต์) โดยเริ่มจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่รับผิดชอบ ไปทำการสอบถามการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามแบบสอบถามS1 ที่พิมพ์ออกจากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านดำเนินการแล้วเสร็จจะนำแบบเก็บข้อมูลส่งไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ที่ดูแล จากนั้นจะทำการนัดหมายผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในรายที่มีรอยโรคจะถูกส่งตัวให้เข้ารับการตรวจรอยโรคด้วยทีมทันตแพทย์ของโครงการวิจัยจากคณะทันตแพทยศาสตร์ และทีมทันตแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชมรรคาราชสีมา



ภาพที่ 4.9 โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก จังหวัดบุรีรัมย์

อำเภอกระสัง

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก เนื่องจากมีการใช้ระบบประชาสัมพันธ์ตามหมู่บ้าน โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้วยเสียงตามสายของหมู่บ้าน และติดป้ายประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

อำเภอละหานทราย

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอละหานทรายจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของจังหวัดสุรินทร์

จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่ขนาดเล็กที่มีจำนวนบุคลากรทันตภิบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่เพียงพอ ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงเป็นการประยุกต์โมเดลให้มีขนาดเล็กลง โดยทำการรวบในส่วนขั้นตอนของการคัดกรองระดับ S2และ S3 ไปดำเนินการในคราวเดียวกันโดยทีมวิจัยที่โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ และโรงพยาบาลศรีณรงค์

อำเภอศรีณรงค์

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

อำเภอเขวาสินรินทร์

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอเขวาสินรินทร์จังหวัดสุรินทร์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร

โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของชัยภูมิ

ชัยภูมิเป็นจังหวัดที่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับหมู่บ้านอยู่ก่อนแล้ว ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นคัดกรองมะเร็งช่องปากต่อในระดับ S2-S3 และจังหวัดชัยภูมิได้รับแนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากเดิมมาใช้โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโครงการวิจัยฯ โดยข้อมูลของจังหวัดชัยภูมิที่ดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปากใน 3 อำเภอประกอบด้วย อำเภอบำเหน็จณรงค์ อำเภอภูเขียว อำเภอแก้งคร้อ

อำเภอบำเหน็จณรงค์

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

อำเภอภูเขียว

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

อำเภอแก้งคร้อ

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

ข้อวิจารณ์

เนื่องจากการคัดกรองมะเร็งช่องปากนี้เป็นการวิเคราะห์ระบบและรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ซึ่งเป็นเพียงเขตสุขภาพเดียวจากทั้งหมด 13 เขตสุขภาพ จึงอาจเป็นเพียงรูปแบบที่เหมาะสมเฉพาะของพื้นที่ที่ลงทำการวิจัย ซึ่งหากหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานทางด้านทันตกรรมจะนำโมเดลตามโครงการวิจัยไปใช้งาน อาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงบริบทของพื้นที่ที่จะนำไปใช้ รวมถึงในด้านของระบบสารสนเทศที่ใช้บันทึกข้อมูล การคัดกรองมะเร็งช่องปากอาจต้องมีการปรับปรุงโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ใช้งาน ทั้งนี้เพราะการเก็บข้อมูลความต้องการเพื่อใช้งานข้อมูลในการคัดกรองมะเร็งช่องปากนั้นเป็นเพียงการเก็บข้อมูลจากทันตแพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งการใช้ข้อมูลทางทันตกรรมที่เรียกว่า Electronic Dental Record (EDR) อาจมีความต้องการใช้ข้อมูลที่มากกว่าของโครงการวิจัยฯ นอกจากนี้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากเป็นเพียง Web base application เริ่มต้นของสารสนเทศทางทันตกรรมจึงยังต้องมีการปรับรูปแบบการรับข้อมูลให้มากขึ้น เช่นการรับข้อมูลในรูปแบบ 2D หรือ 3D รวมถึงต้องเพิ่มระบบการเก็บภาพถ่ายของคนไข้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากในทุกครั้งเพื่อให้ทันตแพทย์ได้มีข้อมูลภาพถ่ายเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจทางการรักษา รวมถึงควรเพิ่มข้อมูลภาพถ่ายรอยโรคเพื่อจัดทำเป็นระบบคลังภาพเพื่อให้ทันตแพทย์ได้ใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการตรวจรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก

ในด้านความรู้ทางสุขภาพจากการลงเก็บข้อมูลของโครงการวิจัยสามารถแยกเป็นประเด็นในด้านผู้ปฏิบัติงานทางสาธารณสุข และประชาชนทั่วไปดังนี้

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) มีเพียงจำนวนน้อยหรือในบางแห่งไม่รู้จักโรคมะเร็งช่องปากเลย เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะได้รับการอบรมความรู้ในเรื่องของมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม ซึ่งถูกบรรจุอยู่ใน Service Plan ของการตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้นเท่านั้น จึงทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่สามารถให้ความรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพช่องปากรวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งช่องปากได้

ทันตภิบาล ส่วนใหญ่ไม่สามารถแยกรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากได้เนื่องจากการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากต้องใช้ทันตแพทย์เฉพาะทาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของทันตภิบาลจึงมีข้อจำกัดในการตรวจช่องปากเบื้องต้นเพื่อแยกรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากได้

ทันตแพทย์ พบว่าตามโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะไม่มีทันตแพทย์เฉพาะทางที่สามารถตรวจรอยโรค มะเร็งช่องปากได้ เนื่องจากทันตแพทย์เฉพาะทางส่วนใหญ่จะประจำอยู่ตามโรงพยาบาลศูนย์ ดังนั้นจึงเป็นอุปสรรคสำคัญในการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

จากงานนี้สามารถพัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อมูลทางทันตกรรม หรือ Electronic Dental Record (EDR) ด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากจนนำไปสู่การใช้ข้อมูลเพื่อการคัดกรอง เฝ้าระวังและรักษาโรค มะเร็งช่องปากครบวงจรตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นการสร้างรูปแบบสารสนเทศทางทันตสาธารณสุขโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติงานแบบการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเชิงรุก ซึ่งนับว่าเป็นเครื่องมือในการป้องกันโรค มะเร็งช่องปากระดับชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ตื่นตัวและรู้จักภัยเงียบของโรค มะเร็งช่องปาก

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของโครงการวิจัยฯ ควรผลักดันให้หน่วยงานสาธารณสุขเพิ่มแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ บุคลากรทางทันตกรรมให้มากขึ้นโดยเฉพาะทันตภิบาลซึ่งเป็นด่านหน้าในการตรวจช่องปากให้ประชาชน รวมถึงการเพิ่มสื่อหรือเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค มะเร็งช่องปากให้กับประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความตระหนักถึงความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

คำถามท้ายบท

1. ยกตัวอย่างแนวทางประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน
2. อธิบายขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ไปที่ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับ โรงพยาบาลชุมชน
3. จงอธิบายพร้อมยกตัวอย่างพื้นที่ขนาดกลางที่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, & อัครวรรณ์ อัสดารักษ์. (2562). การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. ใน *Proceedings การประชุมวิชาการระดับชาติ ปอมท.ประจำปี 2562 เรื่อง “อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context)”* (pp.xx). เดอะ ไทด์ รีสอร์ท, จังหวัดชลบุรี.
- Azhar, N., Sohail, M., Ahmad, F., Fareeha, S., Jamil, S., Mughal, N., & Salam, H. (2019). Risk factors of oral cancer: A hospital-based case-control study. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 10(4), e396–e401. <https://doi.org/10.4317/jced.54618>
- Davis, T. C., Williams, M. V., Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health literacy and cancer communication. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(3), 134–149. <https://doi.org/10.3322/canjclin.52.3.134>
- Hung, L.-C., Kung, P.-T., Lung, C.-H., Tsai, M.-H., Liu, S.-A., Chiu, L.-T., & Tsai, W.-C. (2020). Assessment of the risk of oral cancer incidence in a high-risk population and establishment of a predictive model for oral cancer incidence using a population-based cohort in Taiwan. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*, 17(2), 665.
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-o. P., Fuangtharnthip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from 4 northeastern provinces in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public*

บทที่ 5

สารสนเทศการดูแลสุขภาพช่องปาก

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

“ในสังคมยุคหลังอุตสาหกรรมจะไม่ใช่มนุษย์ที่ขับเคลื่อนด้วยน้ำมัน แต่จะมุ่งสู่สินค้าใหม่ที่เราเรียกว่าปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence: AI) อันเป็นการนำความรู้ไปฝังอยู่ในซอฟต์แวร์และฮาร์ดแวร์ของสถาปัตยกรรม AI ซึ่งจะกลายเป็นรากฐานของความมั่งคั่งที่โดดเด่นยิ่งกว่าวัตถุที่เป็นเชื้อเพลิงจากการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งแรก ทั้งนี้สถาปัตยกรรม AI ไม่มีรูปแบบที่จับต้องได้ แต่เป็นการเน้นความสามารถในการไหลของข้อมูลที่ไม่มีรูปแบบเป็นวัสดุที่จับต้องได้ทางกายภาพ คงเป็นเพียงรูปแบบการส่งสัญญาณทางไฟฟ้าเท่านั้น”

Raymond Kurzweil

ทุกอย่างที่เราดำเนินงานในทางทันตกรรมทั้งที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย การสอน การบริหาร หรือการดูแลผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับการสร้าง การจัดเก็บ และการจัดการข้อมูล ซึ่งกระบวนการทั้งหมดนี้สำหรับการจัดการด้านข้อมูลทางทันตแพทยศาสตร์ จึงเป็นเช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ คือ หน่วยความจำของมนุษย์ที่ได้รับการสนับสนุนจากข้อมูลที่ถูกพิมพ์หรือเขียนเก็บไว้ในหนังสือหรือวารสารต่างๆ ปัจจุบันพบว่ามีอินเทอร์เน็ตเฟรมมากมายของเทคโนโลยีต่างๆ ที่ถูกเพิ่มเข้ามาในระบบ ทั้งนี้เพื่อให้การสนับสนุนกับอุปกรณ์ต่อพ่วง และการเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานทางทันตกรรม ตัวอย่างได้แก่ สื่อบันทึกอิเล็กทรอนิกส์และฟิล์ม x-ray ระบบสื่อสารด้วยเสียงอิเล็กทรอนิกส์ (โทรศัพท์) เครื่องพิมพ์ดีดอิเล็กทรอนิกส์และโปรแกรมประมวลผลคำ พบว่าในบางภาคส่วนของสังคมนั้นคอมพิวเตอร์กลายเป็นโหมดหลักสำหรับการจัดเก็บข้อมูลในทางที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น สำหรับการจัดการและการใช้ข้อมูล จากแนวโน้มดังกล่าวจึงได้ส่งผลกระทบต่อวิชาชีพทางทันตกรรมมากขึ้น

ในการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ปัจจุบันได้มีการรวบรวมและประมวลผลข้อมูล ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และประเมินการตัดสินใจเหล่านั้นผ่านการดูแลติดตามผล โดยทันตแพทย์จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ เพื่อนร่วมงานในฐานะผู้เรียนตลอดชีวิต โดยใช้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่สุด การปรึกษาหารือกับเพื่อนร่วมงานดำเนินการโดยการสื่อสารเป็นลายลักษณ์อักษรหรือการพูดจากสถานที่หนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่งผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ซึ่งการถ่ายโอนข้อมูลนี้ต้องแม่นยำและรวดเร็ว การจัดการผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จนั้นจำเป็นต้องให้ทันตแพทย์เป็นผู้ช่วยเหลือด้วยความเห็นอกเห็นใจ คอยแนะนำผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างระมัดระวังผ่านการตัดสินใจที่ซับซ้อน

เกี่ยวกับการรักษา การติดตามผล และการป้องกันโรคทางทันตกรรม การทำทันตกรรมจึงเป็นทั้งการดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพและการทำธุรกิจขนาดเล็ก บ่อยครั้งที่ทันตแพทย์ต้องเลือกสิ่งที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากกว่าธุรกิจ การเปลี่ยนจากกระบวนทัศน์ของงานด้านทันตกรรมที่เน้นกระดามาใช้หน่วยความจำเพื่อให้เป็นหนึ่งเดียวในเทคโนโลยีจึงเป็นรูปแบบของการบูรณาการด้านงานทางทันตกรรม

การพัฒนามาตรฐานในทุกด้านของคอมพิวเตอร์เป็นรากฐานในการสร้างรูปแบบของการเริ่มบูรณาการคอมพิวเตอร์ส่วนที่เหลือ ได้มีงานวิจัยในหลายๆชิ้นที่พิสูจน์ว่าอินเทอร์เน็ตเฟสที่เป็นธรรมชาติและโปร่งใสมีความสำคัญเท่าเทียมกัน อย่างไรก็ตาม ดูเหมือนว่าเพื่อสนับสนุนการใช้งานในวงกว้างและเพื่อเป็นพื้นฐานในการพัฒนาอินเทอร์เน็ตเฟส ดังนั้นการพัฒนามาตรฐานจึงจำเป็นต้องมาก่อน โดยวิธีมาตรฐานจึงหมายถึงการสื่อสารข้อมูลผ่านช่องทางที่มีอยู่ ไม่ว่าข้อมูลจะถูกส่งโดยสายโทรศัพท์หรือดาวเทียม สิ่งที่จะออกไปจะต้องอยู่ในสภาพสมบูรณ์และพร้อมใช้งานสำหรับผู้ใช้งานหลายคน มาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับความเร็วการส่งแพคเกจและการกำหนดเส้นทางของข้อมูลต้องได้รับการพัฒนาเพื่อให้การถ่ายโอนข้อมูลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การจัดเก็บและการใช้ข้อมูลต้องเป็นไปตามมาตรฐาน ทั้งนี้เพราะการนำเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์มาใช้จะส่งผลให้การทำงานทางทันตกรรมมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยที่มาตรฐานต้องระบุถึงข้อมูลที่จัดเก็บวิธีการและรูปแบบที่จะเข้าถึงได้ โดยต้องระบุว่าใครสามารถเข้าถึงข้อมูลใดได้บ้างซึ่งหมายถึงความปลอดภัยของข้อมูล

จากการสื่อสารที่ได้รับการปรับปรุงรวมถึงอินเทอร์เน็ตเฟสที่ผู้ใช้ไม่สามารถมองเห็นได้ จึงไม่มีเหตุผลใดที่ผู้ใช้แต่ละรายต้องแบกรับภาระหน้าที่ในการออกแบบ บำรุงรักษา และอัปเดตฐานข้อมูลแยกต่างหาก ในการใช้งานระบบสารสนเทศของผู้ใช้แต่ละคน ที่มีฐานข้อมูลเป็นจำนวนมากอันเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานทางทันตกรรมในยุคของเทคโนโลยีสารสนเทศ และในอนาคตอันใกล้ผู้ป่วยจะมีประวัติสุขภาพตลอดชีวิต ซึ่งการบันทึกข้อมูลทางทันตกรรมจะเป็นส่วนหนึ่งของฐานข้อมูลสุขภาพ โดยผู้ป่วยอาจจะพกอินเทอร์เน็ตเฟสที่บันทึกข้อมูลสุขภาพนี้ติดตัวไปด้วยและสื่อที่เก็บข้อมูลจะมีขนาดกะทัดรัด หรืออาจจะมีความหนาที่ไม่ใหญ่กว่าบัตรเครดิต เพื่อให้การบันทึกข้อมูลสุขภาพนี้เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้เพราะในอนาคตสถานที่ให้บริการสุขภาพแต่ละแห่งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาคงจะไม่เพียงแต่จะต้องติดตั้งอุปกรณ์เพื่อเข้าสู่การใช้ ข้อมูลใหม่ทั้งหมด อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงฐานข้อมูลระดับชาติจำนวนหนึ่งเพื่อให้กระแสข้อมูลเป็นปัจจุบันและต่อเนื่อง

ในการออกแบบฐานข้อมูลจึงต้องสร้างแบบไดอะแกรมที่เป็นแผนผังแสดงรูปแบบของข้อมูลที่อาจไหลเข้าและออกจากศูนย์กลางของการบันทึกข้อมูลสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งสามารถเก็บข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมได้แบบตลอดชีพ โดยฐานข้อมูลระดับชาติบางส่วนจะได้ถูกนำไปใช้ในอนาคต ซึ่งจะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ข้อมูลสำหรับการรักษาทางทันตกรรม ดังนั้นเมื่อมีการนำระบบฐานข้อมูลเข้ามาใช้ในการเก็บข้อมูลทางทันตกรรม จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการหาความหมายว่า

สารสนเทศทางด้านทันตกรรมคืออะไร ซึ่งการมองหาแหล่งข้อมูลที่เป็นทางการที่ให้คำจำกัดความสำหรับทันตสารสนเทศนั้นไร้ผลไม่มีความหมายตามที่ตกลงกันอย่างเป็นทางการ ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องพิจารณาไปที่สาขาสันตศาสตร์ทางสุขภาพ หรือ Health Informatics และใช้หลักการทั่วไปที่ชัดเจนเกี่ยวกับคำจำกัดความของคำว่าสารสนเทศ หรือ Informatics โดยเพิ่มคุณสมบัติเฉพาะสำหรับทันตแพทยศาสตร์ จึงได้มีการอ้างอิงถึง Morris Collen ซึ่งเป็นผู้บุกเบิกงานด้านสารสนเทศ ซึ่ง Collen ได้ให้นิยามไว้ว่า สารสนเทศด้านสุขภาพเป็นขอบเขตใหม่ของความรู้ที่รวมเอาวิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์และสารสนเทศ วิศวกรรมศาสตร์และเทคโนโลยีในทุกสาขาของสุขภาพและการแพทย์เพื่อรวมการวิจัย การศึกษา และการปฏิบัติ หากกล่าวเพิ่มเติมว่าฟังก์ชันด้านสารสนเทศนี้สามารถนำไปใช้กับการแก้ปัญหาและการตัดสินใจทางด้านทันตกรรมนั้นก็คือระบบสารสนเทศทางทันตกรรม หากพิจารณาจากวิสัยทัศน์ของ Neidel สำหรับอนาคตของงานทางทันตกรรมยังได้รวมถึงการตรวจสอบและการวิจัย วิสัยทัศน์ของการขยายพื้นฐานสำหรับการดูแลที่รวมไปถึงการรักษาผู้ป่วย

การบูรณาการคอมพิวเตอร์และทันตแพทยศาสตร์

หลังจากผ่านไปครึ่งศตวรรษของระบบอิเล็กทรอนิกส์อัตโนมัติ เราควรทราบว่าเป็นทศวรรษที่ห้าของการใช้งานคอมพิวเตอร์ในทางทันตกรรมด้วย ในช่วงเวลานี้การปฏิบัติงานทางทันตกรรมจะก้าวทันความก้าวหน้าในทฤษฎีและเทคโนโลยีอัตโนมัติ ปัจจุบันสารสนเทศทางทันตกรรมได้เติบโตเต็มที่จนถึงจุดที่ความพยายามเหล่านี้สามารถกลายเป็นการพึ่งพาตนเองได้ และด้วยเหตุนี้จึงได้มีการเตรียมงานทันตกรรมสำหรับอนาคตที่เป็นในรูปแบบอัตโนมัติอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับกระบวนการของวิชาชีพ จากนั้นจึงจะวางแผนได้ว่าจะใช้เทคโนโลยีระบบอัตโนมัติที่เหมาะสมกับอนาคตของงานด้านทันตกรรมได้อย่างไรและที่ใด

ตลอดทศวรรษที่ผ่านมา ระบบทันตกรรมอัตโนมัติมุ่งเน้นที่งานเป็นหลัก เช่นเดียวกับการปฏิบัติในภาคส่วนอื่นๆ ของสังคมที่แยกการทำงานด้านการจัดการหรือทางคลินิกออกจากระบบคอมพิวเตอร์ ทฤษฎีสารสนเทศได้พัฒนามาถึงขั้นตอนที่คาดการณ์การดำเนินงานในอนาคตขององค์กร กิจกรรมการทำงานขององค์กรทั้งหมดได้รับการประเมิน และค้นหาโซลูชันระบบอัตโนมัติแบบบูรณาการที่มีการประสานงานกัน ซึ่งสารสนเทศทางทันตกรรมเป็นวิธีการในการพิจารณาว่าระบบอัตโนมัตินั้นมีปฏิสัมพันธ์ และช่วยเหลือสุขภาพของผู้ป่วยทั้งหมด ทั้งในด้านสุขภาพและการดูแลสุขภาพทั้งหมดได้อย่างไร ในทุกด้านที่เกี่ยวข้องกับงานรักษาคอนโซทางทันตกรรมที่จัดไว้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายนี้ จึงต้องพิจารณาสารสนเทศทางทันตกรรมจากมุมมองของทันตแพทยศาสตร์ทั้งหมด ในด้านการปฏิบัติงานทางคลินิก ด้านวิชาการ ด้านการวิจัย ด้านการจัดการโปรแกรม รวมถึงการสนับสนุนจากสมาคมวิชาชีพและการรองรับจากอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้อง

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยตามวิชาชีพด้านทันตกรรมนั้นจุดเน้นของการดูแลผู้ป่วยคือกระบวนการทางคลินิก โดยกระบวนการทางคลินิกมุ่งเน้นไปที่การศึกษาผู้ป่วยการให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อสภาพแวดล้อมในช่องปากใบหน้าและขากรรไกร หากมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีสารสนเทศในปัจจุบันกับกระบวนการทางคลินิก รวมถึงหน้าที่สนับสนุน และบริการเสริมของทันตกรรม จึงอาจสร้างกลยุทธ์ด้านระบบข้อมูลอัตโนมัติให้บริการได้อย่างเหมาะสมสำหรับวิชาชีพทั้งหมด

แบบจำลองสารสนเทศของกระบวนการทางคลินิก

กระบวนการทางคลินิกอาจประยุกต์จากรูปแบบจำลองน้ำตก (waterfall model) ขั้นตอนแรกในกระบวนการทางคลินิก การได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวข้องกับการสร้างความประทับใจครั้งแรกของผู้ป่วย การได้รับข้อมูลประวัติ การตรวจร่างกาย และบันทึกข้อมูลที่พัฒนาโดยกิจกรรมเหล่านี้ เนื้อหาของข้อมูลที่ต้องการจึงต้องจัดการข้อมูลให้เป็นระบบซึ่งจะอยู่ในรูปแบบของฐานข้อมูล จำเป็นอย่างยิ่งที่วิธีการจัดระเบียบฐานข้อมูลนี้จะต้องไม่มีอิทธิพลมากเกินไปต่อวิธีการและขั้นตอนที่ใช้ในการพัฒนาข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจึงถูกเรียกว่าคือกระบวนการวินิจฉัย ที่ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งในแบบนิรนัยและแบบอุปนัย โดยแต่ละองค์ประกอบในฐานข้อมูลจะได้รับการประเมินความสำคัญและความเกี่ยวข้องกับงานนั้น โดยต้องพยายามปรับให้เข้ากับรูปแบบของความรู้ การวิเคราะห์อาจเกิดขึ้นในขณะการทำงานของทันตแพทย์ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล ซึ่งนำไปสู่ชุดของการวินิจฉัยโดยสันนิษฐาน สิ่งเหล่านี้มักจะใช้เพื่อแยกขอบเขตของความสัมพันธ์ที่เป็นไปไม่ได้หรือไม่น่าจะเป็นไปได้สูง ซึ่งจะเป็นแนวทางในการรับข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น การวิเคราะห์หมักเกี่ยวข้องกับการเรียกซ้ำ การส่งคืนผู้ป่วยหรือแหล่งข้อมูลอื่นๆ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม ผลของการวิเคราะห์ข้อมูลคือการวินิจฉัยแยกโรค โดยเป็นชุดของข้อสรุปที่เป็นไปได้ซึ่งแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับความน่าจะเป็นของความเหมาะสมที่ถูกต้องรวมถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้อง บ่อยครั้งที่การวินิจฉัยแต่ละครั้งเกี่ยวข้องกับแผนการรักษาหนึ่งแผนหรือมากกว่า ซึ่งแผนการรักษาแต่ละแผนมีความเกี่ยวข้องกับการพยากรณ์โรค

โดยเริ่มจากการได้มาของข้อมูลทางคลินิกโดยเฉพาะข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งช่องปาก เพื่อให้ได้แหล่งข้อมูลว่าความมาจากที่ใดและลักษณะของข้อมูลเป็นแบบใด ใครคือผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลนั้นควรมาจากการค้นหาปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปากอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับจากคลินิกซึ่งหมายถึงแผนกทันตกรรมมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เห็นโครงสร้างของข้อมูลว่าเป็นลักษณะใด เป็นข้อมูลที่ต้องเชื่อมต่อมาจากแหล่งข้อมูลอื่น หรือเป็นข้อมูลที่ได้รับจากคนไข้โดยตรง ซึ่งหากเป็นข้อมูลที่ต้องเชื่อมต่อมาจากแหล่งอื่นต้องทำการวิเคราะห์โครงสร้างของข้อมูลรูปแบบของข้อมูลเช่น เขตข้อมูล (field) ในการเก็บ Name ใช้เก็บชื่อ LastName ใช้เก็บนามสกุล

เป็นต้น นอกจากนี้ต้องวิเคราะห์ ลักษณะของฐานข้อมูลเนื่องจาก Databaseหรือฐานข้อมูล ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาตั้งแต่ปี 1960 เริ่มต้นจาก hierarchical และ network databases จนมาถึงปี 1980 มีการนำเอา object-oriented-databases (OODBMS) มาใช้งาน ซึ่งเป็นพื้นฐานของระบบ relation database ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันนี้

เมื่อเราพิจารณาถึงลักษณะของ Database หรือฐานข้อมูล เราสามารถจัดแบ่งประเภทได้ตามรูปแบบของชนิดข้อมูล เช่น ตัวเลข,ตัวอักษร หรือ รูปภาพ บางครั้งก็อาจจะแบ่งตามความนิยมของ relational database เช่น distributed database, cloud database หรือ NoSQL database ซึ่ง Relational database ถูกคิดค้นขึ้นโดย E.F. Codd (IBM) ในปี 1970 ด้วยการเริ่มต้นสร้างขึ้นมาจากกลุ่มของ ตาราง (table) ที่มีข้อมูลภายในโดยแบ่งออกตามประเภทที่ตั้งไว้ แต่ละตาราง (table) จะมีอย่างน้อย 1 ชนิดของแต่ละ คอลัมน์ (column) และแต่ละบรรทัด (row) จะมีข้อมูลตามชนิดที่ คอลัมน์column ได้กำหนดไว้ นอกจากนี้ยังมีรูปแบบของภาษามาตรฐานที่ใช้ในการจัดสร้างฐานข้อมูลนั่นคือ Standard Query Language (SQL) เป็นมาตรฐานที่ผู้ใช้งาน และ ระบบอื่นๆ ใช้เชื่อมต่อกับ relational database ซึ่งง่ายต่อการเพิ่มข้อมูลเข้าไป โดยไม่กระทบต่อโปรแกรมอื่นที่ใช้งานร่วมกันอยู่

นอกจากนี้ยังพบฐานข้อมูลแบบใหม่ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันได้แก่ Cloud database เป็นฐานข้อมูลแบบใหม่ ที่ถูกปรับปรุงและสร้างขึ้นบนระบบ virtualized แบบเดียวกับ hybrid cloud, public cloud หรือ private cloud โดยเราสามารถขยายขนาดเพิ่มขึ้น หรือ ปรับแต่ง resource ได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ใช้งาน และหากจำเป็นที่จะต้องกระจายข้อมูลเพื่อการใช้งานก็จะพบว่ามีการใช้ NoSQL database ซึ่งถูกใช้ในรูปแบบ ที่เป็นการกระจายของข้อมูล รูปแบบของฐานข้อมูลนี้จึงมีประสิทธิภาพสูงสำหรับข้อมูลขนาดใหญ่ (big data) เพราะ relational database ไม่ถูกออกแบบให้รองรับข้อมูลขนาดใหญ่ จึงนิยมใช้กับการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่ที่ไม่ค่อยมีรูปแบบตายตัว

ดังนั้นในการเริ่มดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเก็บข้อมูลในการคัดกรองมะเร็งของรอยโรคช่องปากจึงเป็นการประยุกต์การดำเนินงานภายใต้แบบจำลองน้ำตกหรือ Waterfall Model ซึ่งเป็นแบบจำลองกระบวนการแรกๆที่นำมาใช้ โดยในแบบจำลองน้ำตกแต่ละเฟสจะต้องเสร็จสิ้นก่อนที่จะเริ่มเฟสถัดไปและไม่มีการทับซ้อนกันในเฟส ซึ่งแบบจำลองน้ำตก(Waterfall Model) เป็นวิธีการแบบลำดับเชิงเส้นของ Software Development Life Cycle (SDLC) เป็นวิธีการสำหรับการพัฒนาซอฟต์แวร์ที่เก่าแก่ที่สุด โดยแบบจำลองน้ำตกจะแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนาซอฟต์แวร์ในลำดับขั้นตอนเชิงเส้นโดยมีลำดับขั้นตอนที่เกิดขึ้น และมีความเหมาะสมในการดำเนินการตลอดวงจรชีวิตของโครงการซึ่งแบบจำลองน้ำตกเป็นเฟสแรกของ SDLC และแบ่งออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การรวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการ (Requirements Gathering and Analysis) ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้งาน ระบุปัญหา และกำหนดเป้าหมายของโครงการ
2. การออกแบบระบบ (System Design) ขั้นตอนนี้เป็นการออกแบบสถาปัตยกรรมของระบบ กำหนดโครงสร้าง โมดูล และส่วนประกอบต่าง ๆ ของซอฟต์แวร์
3. การดำเนินการ (Implementation) ขั้นตอนนี้เป็นการเขียนโปรแกรมตามการออกแบบที่กำหนดไว้
4. การทดสอบ (Testing) ขั้นตอนนี้เป็นการทดสอบซอฟต์แวร์เพื่อหาข้อผิดพลาดและตรวจสอบว่าระบบทำงานได้ตรงตามความต้องการ
5. การปรับใช้ (Deployment) ขั้นตอนนี้เป็นการติดตั้งซอฟต์แวร์ให้ผู้ใช้สามารถใช้งานได้ใช้งานจริง
6. การซ่อมบำรุง (Maintenance) ขั้นตอนนี้เป็นการแก้ไขข้อผิดพลาด เพิ่มเติมฟีเจอร์ และดูแลระบบหลังจากการใช้งานจริง

ดังนั้นเมื่อนำมาประยุกต์ใช้จึงหมายความว่าเฟสใด ๆ ในกระบวนการพัฒนาจะเริ่มต้นก็ต่อเมื่อเฟสก่อนหน้านั้นเสร็จสมบูรณ์ ดังนั้นในแบบจำลองน้ำตกนี้เฟสการทำงานจึงไม่ทับซ้อนกัน ซึ่งขั้นตอนในการพัฒนาประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 Problem Study วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ จากการประชุมเครือข่ายของทันตแพทย์และทันตภิบาลในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ขั้นที่ 2 Requirement Gathering and analysis หมายถึงข้อกำหนดที่เป็นไปได้ทั้งหมดของระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่จะพัฒนาถูกบันทึกไว้ในขั้นตอนนี้และบันทึกไว้ในเอกสารข้อกำหนดการพัฒนาระบบ

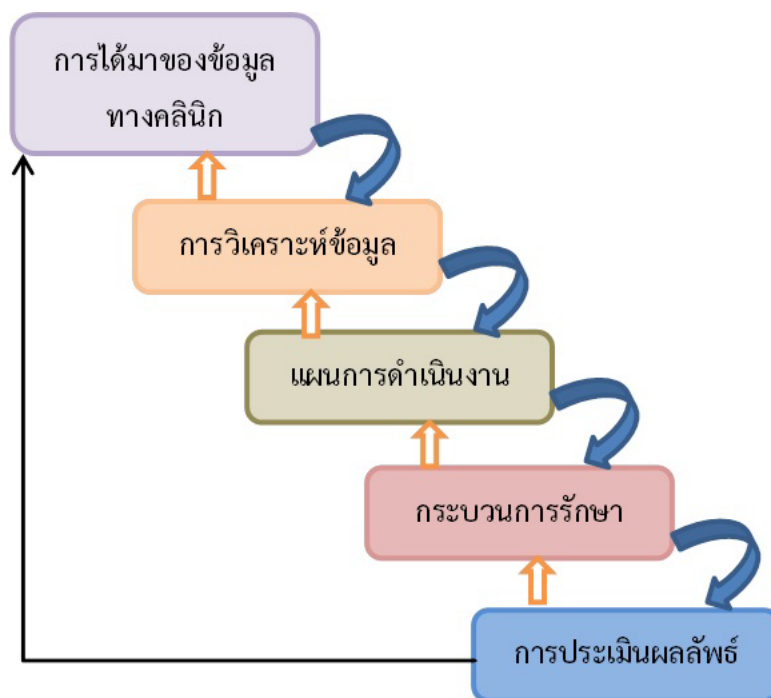
ขั้นตอนที่ 3 System Design เป็นการศึกษาข้อกำหนดจากเฟสแรกที่ได้ดำเนินการมาและเตรียมการออกแบบระบบ ซึ่งการออกแบบระบบนี้ช่วยในการระบุข้อกำหนดของฮาร์ดแวร์และระบบรวมถึงช่วยในการกำหนดสถาปัตยกรรมระบบโดยรวม

ขั้นตอนที่ 4 Implementation ด้วยอินพุตจากการออกแบบระบบที่ได้รับการพัฒนาครั้งแรกในโปรแกรมขนาดเล็กที่เรียกว่าหน่วยซึ่งจะรวมอยู่ในเฟสถัดไป แต่ละหน่วยได้รับการพัฒนาและทดสอบการทำงานซึ่งเรียกว่าการทดสอบหน่วย

ขั้นตอนที่ 5 Integration and Testing เป็นการพัฒนาในขั้นตอนของการใช้งานจะรวมเข้ากับระบบหลังจากการทดสอบของแต่ละหน่วย โปสต์การรวมระบบทั้งหมดได้รับการทดสอบเพื่อหาข้อบกพร่องและความล้มเหลว

ขั้นตอนที่ 6 Deployment of system เมื่อทำการทดสอบการทำงานและไม่ทำงานแล้วระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากได้นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์

ขั้นตอนที่ 7 Maintenance เมื่อใช้งานระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากและพบปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมการทำงานภายใต้การคัดกรองมะเร็งช่องปากในส่วนจากระดับ S1 –S3 จึงดำเนินการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นจากนั้นและปรับปรุงระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากจากเดิมที่เป็นระบบผสมระหว่าง Standalone และ Online สู่อะบบการบันทึกข้อมูลแบบ Online เต็มรูปแบบ



ภาพที่ 5.1 แบบจำลองน้ำตกของกระบวนการทางคลินิก

สารสนเทศทางทันตกรรมเป็นการรวมคน งาน และอุปกรณ์เข้าด้วยกัน

แนวทางปฏิบัติด้านทันตสุขภาพมีวิวัฒนาการในระดับภูมิภาคทั่วโลก สิ่งเหล่านี้สอดคล้องกับองค์ประกอบทางวัฒนธรรม สังคม และการเมืองของประเทศ ภูมิภาคทางภูมิศาสตร์ องค์ประกอบ

ของประชากร และความคาดหวังของประชาชนที่ให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม มีความผันแปรอย่างมากในด้านการบริหาร กฎระเบียบ การส่งมอบ และการสนับสนุนทางด้านการดูแลสุขภาพฟัน ซึ่งแนวทางที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศ ภูมิภาค หรือรัฐหนึ่งอาจใช้ไม่ได้ผลในที่อื่นๆ ในขณะที่เมื่อกล่าวถึงระบบจะหมายถึงองค์ประกอบต่างๆ เช่น เครื่องจักร โปรแกรม อุปกรณ์สนับสนุน ปฏิสัมพันธ์ของมนุษย์ สภาพแวดล้อมการทำงาน และวัสดุสิ้นเปลือง ดังนั้นในคำอธิบายระบบนี้ ส่วนประกอบหลักคือมนุษย์ เครื่องจักร และองค์ประกอบของโปรแกรม ซึ่งระบบอัตโนมัติไม่สามารถแทนที่บุคลากรและกิจกรรมของมนุษย์ได้ หากแต่เป็นการเพิ่มความขีดความสามารถของมนุษย์และปรับปรุงหน้าที่รวมถึงการดำเนินงานของระบบคลินิกด้านทันตกรรม

มนุษย์อาศัยอยู่ในขอบเขตของข้อมูล ดังนั้นเครื่องจักรจึงทำงานภายใต้ขอบเขตของข้อมูลนั้นๆ ซึ่งคอมพิวเตอร์ทำการประเมินข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของเหตุการณ์เหล่านั้น ซึ่งเมื่อประกอบกับระบบการวินิจฉัยที่ออกแบบมาอย่างแม่นยำ คอมพิวเตอร์จะบันทึกระดับการอักเสบของเหงือกหรือระดับความมีชีวิตของฟันได้อย่างแม่นยำขึ้น โดยมี 11 ขั้นตอนในการดำเนินการข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นขั้นตอนของการประมวลผลเชิงตรรกะ ของคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เตรียมข้อมูลสำหรับการใช้งานข้อมูลด้านสารสนเทศทางทันตกรรมดังนี้

1. **การจัดเก็บข้อมูล (Data Capture)** หรือบันทึกข้อมูลจากเหตุการณ์หรือการสังเกต เช่น บันทึกการสังเกตการตรวจแบบอัตโนมัติ
2. **การตรวจสอบเพื่อยืนยันข้อมูล (Data Verification)** หรือตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเพื่อให้แน่ใจว่าเป็นตัวแทนของเหตุการณ์หรือการสังเกตที่แท้จริง เช่น ขั้นตอนป้อนกลับในการตรวจฟันอัตโนมัติซึ่งยืนยันว่ามีการบันทึกเกิดขึ้นและเหตุการณ์ที่ระบุนั้นถูกบันทึกไว้จริง
3. **การจัดหมวดหมู่ (Classification)** การจำแนกประเภทด้วยการวางองค์ประกอบข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่เฉพาะที่มีความหมายต่อผู้ใช้งาน เช่น หมวดหมู่ประชากรในฐานข้อมูลผู้ป่วย
4. **การเตรียมการ (Arrangement)** ด้วยการจัดเรียงเพื่อวางองค์ประกอบของข้อมูลในลำดับที่กำหนดไว้ล่วงหน้าตามที่ผู้ใช้เห็นว่าต้องการ เช่นเดียวกับการจัดเรียงที่อยู่ของผู้ป่วยตามรหัสไปรษณีย์
5. **การรวบรวม (Aggregation)** หรือการสรุปข้อมูลเป็นการคิดในทางคณิตศาสตร์หรือการรวบรวมเชิงตรรกะ เช่น การรวมจำนวนคนไข้ที่เข้ารับการรักษาจากคลินิกบัณฑิตวิทยาลัยทางด้านของทันตกรรมประดิษฐ์
6. **การจำแนก (Decomposition)** ข้อมูลโดยการแบ่งข้อมูลที่จัดกลุ่มออกเป็นองค์ประกอบย่อยๆ เช่น ในการศึกษาระบาดวิทยาเกี่ยวกับความชุกของการบูรณะฟัน

7. **การคำนวณ (Calculation)** ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการข้อมูลทางเลขคณิตหรือทางตรรกศาสตร์ในการวิเคราะห์การผ่าตัดขากรรไกร หรือการผ่าตัดกระดูกขากรรไกร
8. **การจัดเก็บ (Storing)** สถานที่ในการจัดเก็บข้อมูลซึ่งมีทั้งสถานที่แบบชั่วคราว หรือแบบถาวรซึ่งต้องมีความพร้อมในการที่จะจัดเก็บข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยทั่วไปจะเป็นการจัดเก็บในรูปแบบของเซิร์ฟเวอร์
9. **การดึงข้อมูล (Retrieval)** กระบวนการค้นหา รวบรวม และนำข้อมูลที่เก็บไว้ออกมาแสดงให้ปรากฏ โดยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์
10. **การทำสำเนา (Reproduction)** ข้อมูลจากแบบฟอร์มหนึ่งหรือสื่อหนึ่งไปยังอีกสื่อหนึ่งภายในขีดจำกัดที่ผู้ใช้กำหนด เช่น ในการพิมพ์แบบฟอร์มการเรียกเก็บเงินของผู้ป่วย
11. **การสื่อสาร (Communication)** เผยแพร่หรือถ่ายโอนข้อมูลจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง ซึ่งจะส่งไปถึงผู้ใช้คนสุดท้ายในเวลาที่เหมาะสม ตัวอย่างของการสื่อสารดังกล่าวแสดงผลลัพธ์ของการวิเคราะห์ฐานข้อมูลการวิจัยบนจอภาพวิดีโอ

คอมพิวเตอร์ทำงานได้ดีที่สุดในฐานะตัวคูณของฟังก์ชัน การทำงานธรรมดาๆ ซ้ำๆ และทำซ้ำๆ ได้ดีอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่ประสิทธิภาพของมนุษย์จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป คอมพิวเตอร์สามารถสื่อสารตามปกติด้วยความเร็วและความแม่นยำมากกว่ามนุษย์ คอมพิวเตอร์สามารถทำกิจกรรมการคำนวณขนาดใหญ่ให้สำเร็จ รวมถึงการคำนวณที่ใช้ในการประมวลผลภาพได้เร็วกว่าที่มนุษย์จะทำได้ คอมพิวเตอร์มีความสามารถมากขึ้นสำหรับความแม่นยำและรวดเร็วที่ใช้ในการตรวจจับและควบคุมอุปกรณ์ จุดแข็งในการประมวลผลคือการจัดการข้อมูลจำนวนมากที่ขาดการเชื่อมต่อ พร้อมการจัดเรียงใหม่และการย้ายตำแหน่งในพื้นที่จัดเก็บ คอมพิวเตอร์มีความถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ และรูปแบบเช่นนี้สามารถเลียนแบบกระบวนการคิดแบบนัยขึ้นพื้นฐานได้

บทสรุป

ดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเก็บข้อมูลในการคัดกรองมะเร็งของรอยโรคช่องปากจึงเป็นการประยุกต์การดำเนินงานภายใต้แบบจำลองน้ำตกหรือ Waterfall Model ซึ่งเป็นแบบจำลองกระบวนการแรกที่น่ามาใช้ โดยในแบบจำลองน้ำตกแต่ละเฟสจะต้องเสร็จสิ้นก่อนที่จะเริ่มเฟสถัดไปและไม่มีการทับซ้อนกันในเฟส ซึ่งแบบจำลองน้ำตก (Waterfall Model) เป็นวิธีการแบบลำดับเชิงเส้นของ Software Development Life Cycle (SDLC) เป็นวิธีการสำหรับการพัฒนาซอฟต์แวร์ที่เก่าแก่ที่สุด โดยแบบจำลองน้ำตกจะแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการพัฒนาซอฟต์แวร์ในลำดับขั้นตอนเชิงเส้นโดยมีลำดับขั้นตอนที่เกิดขึ้น และมีความเหมาะสมในการดำเนินการตลอดวงจรชีวิตของโครงการซึ่งแบบจำลองน้ำตกเป็นเฟสแรกของ SDLC และแบ่งออกเป็นขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การรวบรวมและวิเคราะห์ความต้องการ (Requirements Gathering and Analysis) ขั้นตอนนี้มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความต้องการของผู้ใช้งาน ระบุปัญหา และกำหนดเป้าหมายของโครงการ
2. การออกแบบระบบ (System Design) ขั้นตอนนี้เป็นการออกแบบสถาปัตยกรรมของระบบ กำหนดโครงสร้าง โมดูล และส่วนประกอบต่าง ๆ ของซอฟต์แวร์
3. การดำเนินการ (Implementation) ขั้นตอนนี้เป็นการเขียนโปรแกรมตามการออกแบบที่กำหนดไว้
4. การทดสอบ (Testing) ขั้นตอนนี้เป็นการทดสอบซอฟต์แวร์เพื่อหาข้อผิดพลาดและตรวจสอบว่าระบบทำงานได้ตรงตามความต้องการ
5. การปรับใช้ (Deployment) ขั้นตอนนี้เป็นการติดตั้งซอฟต์แวร์ให้ผู้ใช้จริง
6. การซ่อมบำรุง (Maintenance) ขั้นตอนนี้เป็นการแก้ไขข้อผิดพลาด เพิ่มเติมฟีเจอร์ และดูแลระบบหลังจากการใช้งานจริง

ดังนั้นเมื่อนำมาประยุกต์ใช้จึงหมายความว่าเฟสใด ๆ ในกระบวนการพัฒนาจะเริ่มต้นก็ต่อเมื่อเฟสก่อนหน้านั้นเสร็จสมบูรณ์ ดังนั้นในแบบจำลองน้ำตกนี้เฟสการทำงานจึงไม่ทับซ้อนกัน ซึ่งขั้นตอนในการพัฒนาประกอบด้วย

ขั้นที่ 1 Problem Study วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ จากการประชุมเครือข่ายของทันตแพทย์และทันตภิบาลในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ขั้นที่ 2 Requirement Gathering and analysis หมายถึงข้อกำหนดที่เป็นไปได้ทั้งหมดของระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่จะพัฒนาถูกบันทึกไว้ในขั้นตอนนี้และบันทึกไว้ในเอกสารข้อกำหนดการพัฒนาระบบ

ขั้นตอนที่ 3 System Design เป็นการศึกษาข้อกำหนดจากเฟสแรกที่ได้ดำเนินการมาและเตรียมการออกแบบระบบ ซึ่งการออกแบบระบบนี้ช่วยในการระบุข้อกำหนดของฮาร์ดแวร์และระบบรวมถึงช่วยในการกำหนดสถาปัตยกรรมระบบโดยรวม

ขั้นตอนที่ 4 Implementation ด้วยอินพุตจากการออกแบบระบบระบบได้รับการพัฒนาครั้งแรกในโปรแกรมขนาดเล็กที่เรียกว่าหน่วยซึ่งจะรวมอยู่ในเฟสถัดไป แต่ละหน่วยได้รับการพัฒนาและทดสอบการทำงานซึ่งเรียกว่าการทดสอบหน่วย

ขั้นตอนที่ 5 Integration and Testing เป็นการพัฒนาในขั้นตอนของการใช้งานจะรวมเข้ากับระบบหลังจากการทดสอบของแต่ละหน่วย โพรสดีการรวมระบบทั้งหมดได้รับการทดสอบเพื่อหาข้อบกพร่องและความล้มเหลว

ขั้นตอนที่ 6 Deployment of system เมื่อทำการทดสอบการทำงานและไม่ทำงานแล้วระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากได้นำไปใช้ในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์

ขั้นตอนที่ 7 Maintenance เมื่อใช้งานระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากและพบปัญหาบางอย่างที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมการทำงานภายใต้การคัดกรองมะเร็งช่องปากในส่วนของระดับ S1 –S3 จึงดำเนินการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นจากนั้นและปรับปรุงระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากจากเดิมที่เป็นระบบผสมระหว่าง Standalone และ Online สู่ระบบการบันทึกข้อมูลแบบ Online เต็มรูปแบบ

คำถามท้ายบท

1. อธิบายวิธีการแบบลำดับเชิงเส้นของ Software Development Life Cycle (SDLC)
2. อธิบายแบบจำลองน้ำตกนี้เฟสการทำงานจึงไม่ทับซ้อนกัน ซึ่งเป็นการประยุกต์ขั้นตอนในการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก
3. อธิบายขั้นตอนของการประมวลผลเชิงตรรกะ ของคอมพิวเตอร์เพื่อใช้เตรียมข้อมูลสำหรับการใช้งานข้อมูลด้านสารสนเทศทางทันตกรรม

เอกสารอ้างอิง

- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, & อัศวรธรณ์ อัสตารักษ์. (2562). *การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน*. ใน รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ ปอมท. ประจำปี 2562: อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context) (หน้า xxx-xxx). เดอะ ไทด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี: ปอมท.
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จิรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพึ้ง, & คณะ. (2021). *การสร้างสรรคัณฑ์การคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking)*. นำเสนอใน มหกรรมมหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021).
- Colleen, M. (1990). Dental informatics: What, why, who, where and when. In R. Hoff, O. Lindberg, S. J. Sally, J. Zimmerman, & M. Ball (Eds.), *Dental informatics: Strategic issues for the dental profession* (Vol. 39, p. 1). Springer-Verlag.
- Petersen, K., Wohlin, C., & Baca, D. (2009). The waterfall model in large-scale development. In F. Bomarius, M. Oivo, P. Jaring, & P. Abrahamsson (Eds.), *Product-focused software process improvement: PROFES 2009* (Lecture Notes in Business Information Processing, Vol. 32). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-02152-7_29
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S. P., Fuangtharnthip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from 4 northeastern provinces in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9390. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179390>
- Sresumatchai, V., Klongnoi, B., Nityasuddhi, D., Klaewkla, J., & Akko, M. (2021). The development of dental informatics of oral cancer screening for prevention in community level: A prototype study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3865–3873.
<https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.12.3865>

บทที่ 6

แนวทางการพัฒนาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

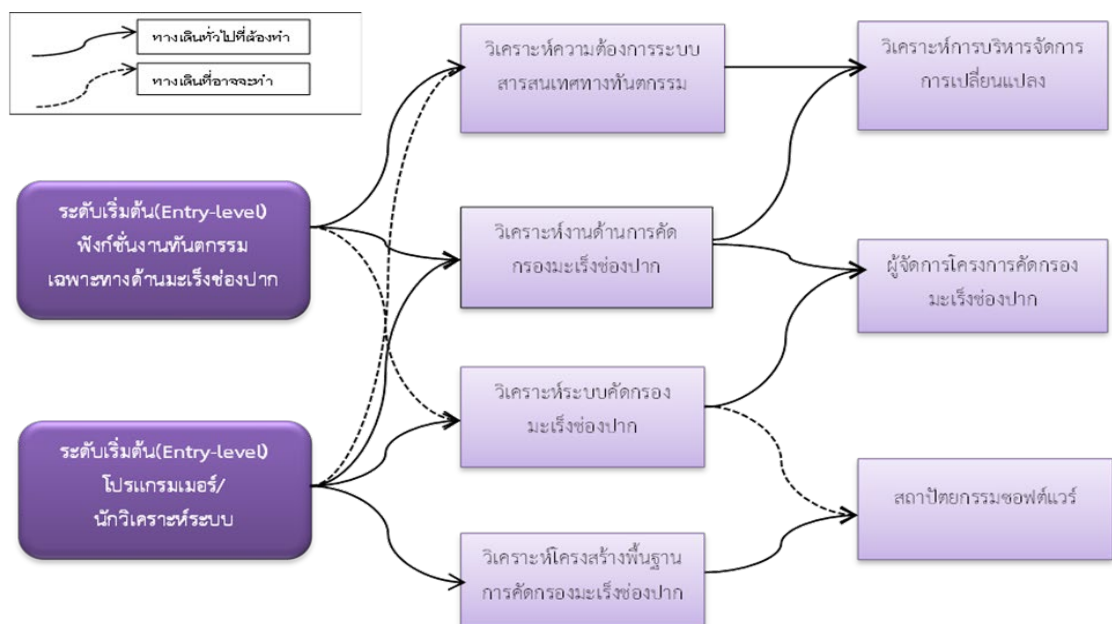
ปัจจุบันได้มีการนำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการปฏิบัติงานทางการแพทย์มากขึ้นแต่ระบบสารสนเทศทางการแพทย์ยังคงมีข้อจำกัดการใช้งานด้วยระบบใหญ่อยู่ในโรงพยาบาล รองลงมาคือการใช้งานทางคลินิก ทั้งคลินิกการรักษาโรทางอายุรกรรมและคลินิกทันตกรรม ซึ่งเป็นเพียงการใช้ข้อมูลเพื่อช่วยในระบบบริหารจัดการทางโรงพยาบาลและคลินิกเท่านั้น แต่ในทางปฏิบัติงานของระบบบริการทางสุขภาพไม่ได้มีอยู่เพียงระบบโรงพยาบาล แต่ระบบโยงใยลงไปถึงชุมชนซึ่งเป็นจุดตั้งต้นของการตรวจคัดกรอง การเฝ้าระวัง การติดตาม รวมถึงการป้องกันโรคในชุมชนเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค รวมถึงเป็นการลดความคับคั่งที่โรงพยาบาล แต่การที่จะเฝ้าระวังและติดตามเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือการสืบค้นเพื่อหาผู้ป่วยในระยะแรก (early detection) เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที ป้องกันผลแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาในภายหลัง (secondary prevention) จำเป็นต้องใช้ข้อมูลในการค้นหาและติดตามผลดังกล่าวแต่จะเป็นการยุ่งยากเนื่องจากข้อมูลของการคัดกรองและเฝ้าระวังมีเป็นจำนวนมากจึงทำให้เกิดช่องว่างในการที่จะติดตามเพื่อค้นหาผู้ป่วยในระยะแรกได้โดยเฉพาะ โรคมะเร็งช่องปากที่มีอัตราการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับที่ 6 ของโรคมะเร็งเนื่องจากมีปัจจัยจากการสูบบุหรี่ เคี้ยวหมาก ดื่มเหล้า

โรคมะเร็งช่องปากหากไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นจนถึงแก่ชีวิตในที่สุด การตรวจในระยะเริ่มต้น และให้การรักษาอย่างรวดเร็วจะลดความพิการของบริเวณใบหน้า ขากรรไกร และลดการสูญเสียชีวิต สำหรับโรคมะเร็งในช่องปากพบได้ร้อยละ 3-5 ของมะเร็งที่เกิดขึ้นทั้งร่างกาย ประมาณร้อยละ 90-95 เป็นชนิด Squamous cell carcinoma และพบว่าอัตราการรอดชีวิต 5 ปีต่ำกว่ามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกทั้งที่สามารถตรวจพบได้ในระยะแรกเช่นเดียวกัน โรคมะเร็งช่องปากก่อให้เกิดความสูญเสียทรัพยากรและหาก ไม่ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วจะทำให้เกิดการแพร่กระจายของเนื้อร้ายสู่อวัยวะอื่นจนถึงแก่ชีวิตในที่สุด การตรวจคัดกรองเพื่อหารอยโรคที่มีโอกาสเปลี่ยนเป็นมะเร็งช่องปากนั้นสามารถลดการดำเนินไปของโรคมะเร็งในช่องปากได้โดยใช้การดู การคลำ การถ่ายภาพทางรังสีตลอดทั้งการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจในรายที่สงสัยถ้าสามารถตรวจพบรอยโรคและให้การรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตลดการสูญเสียอวัยวะและการเกิดความ พิการของบริเวณใบหน้าและขากรรไกรได้ ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ

การตรวจคัดกรองไปแล้วมักจะไม่ได้มาทำการตรวจคัดกรองซ้ำเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคและเมื่อมาตรวจพบในภายหลังก็จะกลายเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม

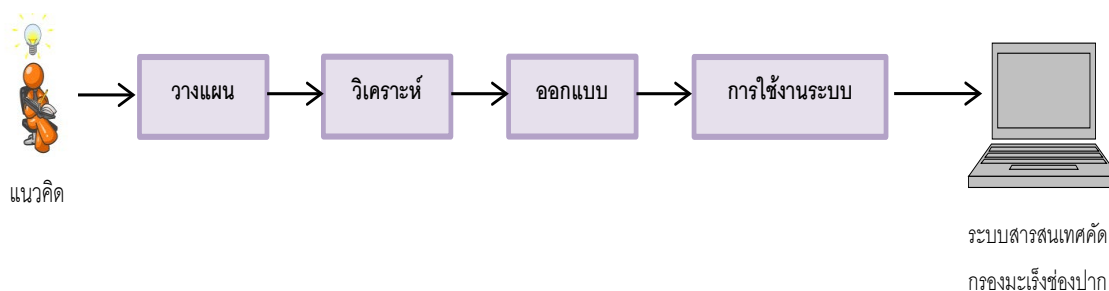
วงจรชีวิตของการพัฒนาระบบ (The Systems Development Life Cycle)

การสร้างระบบสารสนเทศคล้ายคลึงกับการสร้างบ้าน ดังนั้นในประการแรกเจ้าของระบบงานต้องอธิบายวิสัยทัศน์ของงานให้นักพัฒนาระบบได้ทราบเพื่อทำความเข้าใจก่อน ประการที่สองแนวคิดของงานจะถูกแปลงเป็นภาพร่างและภาพวาดที่แสดงให้เจ้าของระบบงานเห็นและปรับ จนกว่าเจ้าของระบบงานจะยินยอมให้รูปภาพแนวคิดแสดงถึงสิ่งที่เจ้าของระบบงานต้องการ ประการที่สามทำการพัฒนาชุดของภาพพิมพ์เขียวที่มีรายละเอียดซึ่งแสดงข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเกี่ยวกับ (เช่น กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง เป็นต้น) สุดท้ายระบบสารสนเทศจะถูกพัฒนาตามแบบแผนภาพและอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการของผู้ใช้งานระบบ (Alan Dennis, 2012)



ภาพที่ 6.1 เส้นทางการพัฒนาระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล Systems development life cycle: SDLC มีขั้นตอนพื้นฐานสี่ขั้นตอนที่คล้ายกัน ได้แก่ การวางแผน การวิเคราะห์ การออกแบบ และการใช้งาน แต่ละขั้นตอนประกอบด้วยชุดของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก



ภาพที่ 6.2 วงจรชีวิตของการพัฒนาระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การพัฒนาสารสนเทศทางทันตกรรม (Dental Informatics)

การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล SDLC หรือ Systems development life cycle มีขั้นตอนพื้นฐานสี่ขั้นตอนที่คล้ายกัน ได้แก่ การวางแผน การวิเคราะห์ การออกแบบ และการใช้งาน แต่ละขั้นตอนประกอบด้วยชุดของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การวางแผน

การวางรูปแบบของสารสนเทศทางทันตกรรม (Dental Informatics) หมายถึงกระบวนการในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ใช้แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทันตภิบาล และทันตแพทย์ การเริ่มต้นพัฒนาสารสนเทศทางทันตกรรมประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการจัดเวทีถอดบทเรียนจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อให้ได้โมเดลในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่เหมาะสมของพื้นที่รวมถึงเพื่อให้ได้แนวทางในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรอง

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนจากนั้นทำการบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่โครงการวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา “ORAL CANCER”

แนวทางและกรอบแนวคิดในการสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐาน (วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, 2562) เริ่มจากดำเนินการวิเคราะห์ชุมชนและวิเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อหาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามวิถีของพื้นที่นั้นๆ

ด้วยรูปแบบที่ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus group) กับทีมของทันตแพทย์ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและ ผู้ใหญ่บ้าน โดยดำเนินการสนทนากลุ่มจากคลินิกหมอครอบครัวหนองโบสถ์ คลินิกหมอครอบครัวองค์การบริหารส่วนตำบลนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน และแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์เชิงลึกกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยแบ่งหมวดของคำถามเพื่อสนทนากลุ่มประกอบด้วย กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (S1) ศึกษากระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาล(S2) และ ศึกษากระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตแพทย์ (S3) เครื่องบันทึกเทป บันทึกภาพภาคสนาม และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มกับบุคคลที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานระดับชุมชนที่มีความสนใจในการสนทนาและยินยอมให้บันทึกเสียงขณะสนทนา การสนทนากลุ่มดำเนินการในห้องทันตกรรมของโรงพยาบาลนางรอง และห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คลินิกหมอครอบครัวหนองโบสถ์ และคลินิกหมอครอบครัวองค์การบริหารส่วนตำบลนางรอง การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยคำถามหลักประกอบด้วยรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน ช่วงเวลาที่ใช้ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแต่ละพื้นที่ วิธีปฏิบัติเมื่อพบหรือไม่พบรอยโรคมะเร็งช่องปาก รูปแบบการเตือนให้คนในชุมชนเข้ารับการตรวจคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรับทราบว่ามีโรคคัดกรองมะเร็งช่องปาก และสื่อความรู้สุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก การสนทนากลุ่มดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน

การพัฒนาข้อคำถามของควอรอยู่ภายใต้ขอบเขตและวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งประกอบด้วยทันตแพทย์ 3 ท่าน ทันตภิบาล 3 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุขในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน 1ท่าน โดยเลือกจากลักษณะโครงสร้างของรูปแบบชุมชน ได้แก่รูปแบบชุมชนนอกเขตเมือง ชุมชนกึ่งเขตเมือง และชุมชนเขตเมืองของหน่วยงานสาธารณสุขของอำเภอนางรอง ซึ่งจังหวัดบุรีรัมย์นับได้ว่าเป็นพื้นที่ที่มีการจัดทำรูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านแห่งความสุขบนพื้นฐานคุณธรรม 9 ประการ ในการจัดทำกรสนทนากลุ่มด้วยการซักถามและการถอดข้อความจากเครื่องบันทึกเสียง ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจะถูกแบ่งออกเป็นกรสนทนากับกลุ่มทันตแพทย์ด้านกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก การสนทนากับทันตภิบาล โดยสองกลุ่มนี้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนางรองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ด้านการสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานในระดับชุมชนโดยจะรวมผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับนโยบายของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่ชุมชน ประกอบด้วยกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและผู้ใหญ่บ้าน

ข้อคำถามที่ใช้ในการสนทนากับกลุ่มทันตแพทย์เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลนางรอง รวมถึงมีขั้นตอนอย่างไรในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อรอยโรคมะเร็งช่องปากจากคลินิกหมอครอบครัวหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทันตแพทย์กำหนดวันเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้กับกลุ่มเสี่ยงกี่วัน กรณีที่ตรวจพบรอยโรคหรือไม่พบรอยโรคในกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อเพื่อรักษาดำเนินการอย่างไร มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไร มีกระบวนการจัดทำสื่อสารความเสี่ยงมะเร็งช่องปากกับชุมชนและผู้ป่วยเพื่อให้รับรู้และเข้าใจต่อการเกิดมะเร็งช่องปากหรือไม่ ด้านการสนทนากลุ่มกับทีมทันตภิบาลเกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากดำเนินการอย่างไรใช้แบบคัดกรองหรือไม่และนำกลุ่มเสี่ยงที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่งต่อมาเพื่อตรวจอย่างไร ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากทุกเดือนหรือไม่และมีกระบวนการเตือนกลุ่มเสี่ยงให้เข้าพบ ทันตภิบาลอย่างไร และหากพบรอยโรคมีกระบวนการส่งต่ออย่างไร มีสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับทันตภิบาลให้ศึกษาเพิ่มเติมหรือไม่ การสนทนากลุ่มกับทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคระดับชุมชนโดยจะสนทนาในหัวข้อการกำหนดเกณฑ์สำหรับเลือกกลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับต้นอย่างไร มีแบบสำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากหรือไม่

เทคนิคการรวบรวมสารสนเทศและข้อเท็จจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม(Focus group) กับทันตแพทย์ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และ ผู้ใหญ่บ้าน โดยดำเนินการในคลินิกหมอครอบครัวหนองโบสถ์ คลินิกหมอครอบครัว องค์การบริหารส่วนตำบลนางรอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวถนน และแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวนผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 13 คน เพื่อรวบรวมสารสนเทศและข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากรวมถึงสารสนเทศหรือสื่อที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันมะเร็งช่องปาก

กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.)

นอกจากนี้การพัฒนาแบบสอบถามเพื่อดำเนินการใช้ข้อคำถามในการสนทนากับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของพื้นที่ที่ต้องการพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตามตัวอย่างแบบสอบถาม โดยแบบดังกล่าวเป็นการใช้เพื่อสอบถามแนวทางในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดำเนินการตามแนวทางในการป้องกันโรค

กลุ่มทันตภิบาล

โดยการสัมภาษณ์ทันตภิบาล เกี่ยวกับแนวทางและรูปแบบในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และรูปแบบการลงคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากดำเนินการอย่างไรใช้แบบคัดกรองหรือไม่และนำกลุ่มเสี่ยงที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านส่งต่อมาเพื่อตรวจอย่างไร รูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากทุกเดือนหรือไม่ และมีกระบวนการเตือนกลุ่มเสี่ยงให้เข้าพบทันตภิบาลอย่างไร และหากพบรอยโรคมีกระบวนการส่งต่ออย่างไร มีสื่อความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับทันตภิบาลให้ศึกษาเพิ่มเติมหรือไม่

กลุ่มทันตแพทย์

การสัมภาษณ์ทันตภิบาล เกี่ยวกับแนวทางและรูปแบบในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ดำเนินการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการสนทนากลุ่มทันตแพทย์เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของแผนกทันตกรรมโรงพยาบาลนารอง รวมถึงขั้นตอนอย่างไรในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อรอยโรคมะเร็งช่องปากจากคลินิกหมอบริเวณหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทันตแพทย์กำหนดวันตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้กับกลุ่มเสี่ยงกี่วัน กรณีที่ตรวจพบรอยโรคหรือไม่พบรอยโรคในกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อเพื่อรักษาดำเนินการอย่างไร มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไร มีกระบวนการจัดทำสื่อสารความเสี่ยงมะเร็งช่องปากกับชุมชนและผู้ป่วยเพื่อให้รับรู้และเข้าใจต่อการเกิดมะเร็งช่องปากหรือไม่

ในการสำรวจระบบงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และการรวบรวมสารสนเทศที่ใช้งานในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากจากกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้องสามารถนำมาสรุปเป็นข้อเท็จจริงเพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนและการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อทดแทนการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ซึ่งประเด็นที่สรุปได้จากการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจะประกอบด้วยประเด็นด้านรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ประเด็นช่วงเวลาคัดกรองมะเร็งช่องปาก วิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค กรณีตรวจไม่พบรอยโรคดำเนินการอย่างไร กรณีไม่แน่ใจในผลการตรวจ ดำเนินการอย่างไร กรณีพบว่าเป็นมะเร็งช่องปาก ดำเนินการอย่างไร กรณีที่ต้องให้การรักษาดำเนินการอย่างไร กรณีส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นดำเนินการอย่างไร กรณีส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นดำเนินการอย่างไร มีกระบวนการเตือนให้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไร มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่ามีการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไร มีสื่อให้ความรู้ด้านมะเร็งช่องปากหรือไม่

กรณีมีสื่อให้ความรู้ไม่พอท่านอยากได้สื่อเพิ่มเติมหรือไม่ และอยากได้สื่อให้ความรู้รูปแบบใด รวมถึงประเด็นความต้องการสื่อที่สนับสนุนการทำงาน

ตัวอย่างการสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การสังเคราะห์กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของเขตนครชัยบุรีรินทร์ พบว่าการคัดกรองมะเร็งช่องปากไม่ได้ถูกกำหนดให้อยู่ในตัวชี้วัดของการคัดกรองรอยโรค แต่การดำเนินงานในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะต้นทุนในการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการนั้นต้องใช้งบประมาณสูงมาก ซึ่งนับว่าเป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วย ถึงแม้จะมีอัตราการป่วยไม่มากนักเมื่อเทียบกับการป่วยด้วยมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดของแต่ละพื้นที่ โดยได้มีการนำรูปแบบต่างๆ เข้ามาช่วยในการบริหารจัดการในส่วนของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งโรงพยาบาลปัทมชัยได้ทำการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อทำการเก็บข้อมูลในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งระบบดังกล่าวจะช่วยเสริมการเก็บข้อมูลของทันตแพทย์ ภายใต้ข้อจำกัดของระบบสารสนเทศที่ทางโรงพยาบาลใช้อยู่ และเมื่อสังเคราะห์ในด้านของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับหมู่บ้าน จะใช้ทีมของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเสริมกำลังในการสอบถามด้วยแบบการคัดกรองในระดับชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลขั้นปฐมภูมิของการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคในช่องปาก

จากนั้นจะมีทีมพี่เลี้ยงที่เป็นหลักในการตรวจคัดกรองรอยโรคในช่องปาก ซึ่งการตรวจคัดกรองในระดับทุติยภูมิจะดำเนินการในรูปแบบรวมตรวจใหญ่ภายในวันเดียวโดยมีทีมพี่เลี้ยงจากทันตแพทย์โรงพยาบาลมหาราชเข้าช่วยในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก หากพบผู้ป่วยมะเร็งช่องปากจะส่งต่อให้เข้ารับการรักษาที่รพ.มหาราชนครราชสีมา ซึ่งอุปสรรคที่พบในการดำเนินการคัดกรองของรพ.ปัทมชัยพบใน 2 ประเด็นหลัก ที่ได้จากการนำเสนอของทีมการคัดกรองโรคคือ ประเด็นค่าใช้จ่ายในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และประเด็นการส่งตัวผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเพื่อรับการรักษาที่โรงพยาบาลโดยที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ส่งต่อเพื่อการรักษาไม่สามารถติดตามผลได้ว่าดำเนินไปถึงขั้นตอนใด

รูปแบบในการจัดอุปสรรค ของประเด็นค่าใช้จ่ายโดยการประสานเพื่อขอความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายการลงพื้นที่เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และในประเด็นการส่งตัวเพื่อการรักษาได้รับการแก้ปัญหาเบื้องต้นโดยได้รับการแจ้งผลกลับถึงความคืบหน้าของการรักษาซึ่งประเด็นนี้ควรมีรูปแบบในด้านการส่งตัวผู้ป่วยและการแจ้งความคืบหน้ากลับยังหน่วยงานที่ส่งตัวเพื่อให้สามารถติดตามและประสานความร่วมมือแบบต่อเนื่องได้ ในด้านของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้มีการทดลองรูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นใน

บางส่วนแต่ยังไม่ได้ดำเนินการแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังคงมีอุปสรรคในด้านความพร้อมของทีมทันตแพทย์ที่จะดำเนินการคัดกรองฯ อีกทั้งยังไม่ปรากฏอยู่ในตัวชี้วัดของการดำเนินการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงเป็นการตั้งต้นเพียงแค่ทดลองในระดับชุมชนบางส่วนเท่านั้น รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลนางรอง จังหวัดสุรินทร์จะใช้รูปแบบการทำงานร่วมระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดยเป็นการให้ความรู้จากทีมทันตแพทย์ในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งในพื้นที่นางรองจะใช้รูปแบบผสมผสานกับการลงชุมชน ด้วยการกำหนดวันที่จะทำการตรวจคัดกรองทุกโรคประกอบด้วยโรค NCD's การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและเสริมด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ด้วยการจัดให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านทำการประชาสัมพันธ์ถึงกำหนดวันที่จะตรวจคัดกรองโรค รวมถึงการขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์ไปยังหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อช่วยในการดำเนินงาน โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และทันตภิบาลยังคงต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้และรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ถูกต้อง

อุปสรรคในด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ได้จากการถอดบทเรียนคือ คนในชุมชนยังขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก จึงยังไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจทั้งในส่วนของคนทั่วไปและอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลปากช่อง จะได้รับการสนับสนุนทีมทันตแพทย์จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในการลงพื้นที่เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยจะมีรูปแบบการคัดกรองตั้งแต่ระดับชุมชนโดยใช้แบบสอบถามในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองมะเร็งช่องปากของโรงพยาบาลขามทะเลสอ ได้รับการสนับสนุนด้านการตรวจคัดกรองจากทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา รวมถึงการเข้าร่วมปฏิบัติงานคัดกรองมะเร็งช่องปาก ซึ่งพบว่าในมุมมองของทีมทันตแพทย์ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้องของขั้นตอนการตรวจมะเร็งช่องปาก โดยควรมีการสนับสนุนให้เกิดความรู้และความชำนาญกับทันตแพทย์ที่ประจำอยู่ตามโรงพยาบาลระดับอำเภอเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระงานด้านการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงการป้องกันการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปากซึ่งในรูปแบบการตรวจคัดกรอง และยังได้รับการสนับสนุนจากทีมให้คำปรึกษา (Counseling team) ที่นำทีมพยาบาลมาร่วมให้คำปรึกษาต่อผู้ที่ต้องเข้ารับการตรวจ Biopsy และการส่งชิ้นเนื้อไปตรวจ ซึ่งพบว่ามาตรฐานการตรวจในแต่ละห้องปฏิบัติการไม่เท่ากัน ซึ่งตอนหลังจึงเลือกส่งไปตรวจที่คณะทันตแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น

การเรียนรู้เพิ่มเติมจากทันตแพทย์โรงพยาบาลชัยภูมิที่มีรูปแบบการคัดกรองคล้ายคลึงกับทีมพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา โดยโรงพยาบาลชัยภูมิที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในการจัดทำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ด้วยการจัดอบรมให้กับทันตแพทย์และทันตภิบาล เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรอยโรคมะเร็ง

ช่องปากเบื้องต้นก่อนการลงคัดกรองในชุมชน จากนั้นจะใช้แบบคัดกรองโรคที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกับแบบฯที่รพ.มหาราชใช้ในการคัดกรอง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในรูปแบบของการบันทึกข้อมูลออนไลน์ตามแนวทางการปฏิบัติงาน ที่เน้นให้อสม.ใช้สมาร์ทโฟนในการบันทึกข้อมูล ซึ่งพบว่าในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่ถนัดในเรื่องของการใช้สมาร์ทโฟนจะใช้แบบสอบถามในการคัดกรองเบื้องต้น

นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคด้านงบประมาณที่จะใช้ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงได้ประสานงานกับอปท.เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการร่วมปฏิบัติงาน รวมถึงได้จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทันตแพทย์ ซึ่งพื้นที่ของชัยภูมิจะมีรูปแบบการคัดกรองแบ่งตามปีงบประมาณ โดยปีงบประมาณ 2562 ทำการคัดกรองด้วยแบบสอบถามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเฉพาะชุมชนจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเอง และในปีงบประมาณ 2563 จะนำข้อมูลของชุมชนที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบสอบถามจากปีที่ผ่านมา ให้เข้ารับการตรวจภายในช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยทีมทันตแพทย์และทันตภิบาล จากนั้นในปีงบประมาณ 2564 จะนำกลุ่มที่ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพบว่ามีย่อยโรคเข้ารับการตรวจโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ อุปสรรคของพื้นที่ชัยภูมิอยู่ที่ข้อจำกัดของงบประมาณในการดำเนินงานและอุปสรรคด้านความรู้ที่จะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ทันตแพทย์สามารถใช้อ้างอิงในการตรวจคัดกรองฯได้ ซึ่งพื้นที่ชัยภูมิต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ทันตแพทย์เพื่อให้สามารถคัดกรองมะเร็งช่องปากได้

รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ทันตแพทย์จะดำเนินการภายใต้ตัวชี้วัดการคัดกรองมะเร็งที่มีเพียง 3 ตัวชี้วัด คือการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ส่วนการคัดกรองมะเร็งช่องปากเป็นการดำเนินงานในเชิงตั้งรับ โดยคนไข้เดินเข้ามา รพ. ด้วยตนเองเนื่องจากไม่มีงบประมาณด้านนี้ ขณะทำงานของทันตภิบาลไม่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพราะไม่มีรวมอยู่ใน service planแต่จะเป็นเพียงให้ความรู้เมื่อลงตรวจคัดกรองมะเร็ง การคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโดยการ ลงพื้นที่ในหมู่บ้านเพื่อให้คำแนะนำโดยส่วนมากพบกับผู้สูงอายุจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปากพร้อมทำการคัดกรองโดยมีทีมของทันตแพทย์ร่วมด้วย ซึ่งปัญหาที่พบคือ ผู้สูงอายุกลัวการตรวจโรค ดังนั้นผู้ทำงานในด้านการคัดกรองโรคจะใช้เครือข่ายสมาชิก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผ่านไลน์ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลประชาชนในพื้นที่ของตนขณะที่อาสาสมัคร

สาธารณสุขหมู่บ้าน(อสม.)จะรู้แต่เพียงว่ามีเรื่องมะเร็งช่องปาก อีกทั้งยังไม่เคยมีการเรียกมาทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และงานส่วนใหญ่ในระดับของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะรับผิดชอบเพียงด้านพัฒนาการเด็กและผู้ป่วยติดเตียง

กรณีที่มีการคัดกรองโรคจะทำการแจ้งประชากรชุมชนให้เข้ารับการคัดกรองตามรายชื่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแจ้งมา และรูปแบบที่ดำเนินการคือให้ประชาชนในชุมชนเข้ารับการคัดกรอง ปีละ 2 ครั้ง รูปแบบการประชาสัมพันธ์ด้วยการโฆษณาผ่านเสียงตามสายของกำนันผู้ใหญ่บ้าน และในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน หรือใช้วิธีโทรตาม ตลอดจนติดตามที่บ้าน การบอกต่อ เมื่อไม่มาคัดกรองโรคในวันนั้นก็ดำเนินการโทรตามอีกครั้ง ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ที่ตามไม่มาเข้ารับการคัดกรองโรคก็ด้วยสาเหตุที่กลัวหมอ นอกจากนี้ในการลงคัดกรองโรคในชุมชนได้มีการอธิบายเรื่องมะเร็งช่องปากให้ชาวบ้านได้รู้จักด้วยการให้ความรู้เช่น การกินหมาก ให้ระวังการเป็นมะเร็งช่องปาก ถ้าพบแผลในปากให้เดินทางไปพบทันตแพทย์ การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีวิธีการชักจูงให้ชาวบ้านเข้ารับการคัดกรองรอยโรคในช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยให้ความรู้ว่าดีต่อตนเองหากตรวจพบรอยโรคโดยเร็วจะสามารถรักษาได้ทัน แต่คนในชุมชนส่วนใหญ่ยังคงกลัวที่ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคจากทันตแพทย์ ประการสำคัญคือกลัวตรวจแล้วพบว่าตนเองมีรอยโรคในช่องปากจึงไม่เดินทางไปเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นอกจากนี้กลุ่มคนส่วนใหญ่เมื่อเข้ารับการตรวจแล้วไม่พบรอยโรคใดๆ จึงทำให้ไม่เห็นความจำเป็นในการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค ด้านมุมมองของนักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้ใหญ่บ้าน มีมุมมองที่ตรงกันว่าคนในชุมชนจะแตกต่างจากคนที่อาศัยอยู่ในเมือง กลุ่มคนพวกนี้จะกลัวการไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ซึ่งจะเรียกว่า “หมอใหญ่” กลัวเข็มฉีดยา ไม่ชอบกลิ่นของโรงพยาบาล ดังนั้นจึงเลือกที่จะปรึกษากับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในชุมชนมากกว่า การใช้ประโยชน์จากการให้ความรู้และวิธีการตรวจโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านน่าจะเป็นการช่วยเหลือทันตภิบาลได้อีกทาง

ตารางที่ 6.1 การรวบรวมประเด็นรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ส่วนใหญ่คนไข้เดินเข้ามาพบที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง	ใช้โอกาสในเวทีสุขภาพของทุกวิชาชีพในการให้ความรู้ โดยจะมีการแทรกข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก โดยในเวทีสุขภาพจะจัดขึ้น 2 ครั้งต่อเดือน โดยมีทีมของทันตแพทย์ร่วมด้วย	-รู้แต่เพียงว่ามีเรื่องมะเร็งช่องปาก ยังไม่เคยมีการเรียกมาตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยส่วนใหญ่จะรับผิดชอบในด้าน พัฒนาการเด็ก ผู้ป่วยติดเตียง ได้แต่เพียงแจ้งชาวบ้านให้เข้ารับการคัดกรองตามรายชื่อที่ โรงพยาบาลส่งเสริม

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ส่วนใหญ่คนไข้เดินเข้ามาพบที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง		สุขภาพตำบลแจ้งมาโดยบอกให้เข้ารับการคัดกรอง ปี 2 ครั้ง โฆษณาผ่านเสียงตามสายของกำนันผู้ใหญ่บ้าน และในการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้านและยังไม่ได้จัดทำเป็นนโยบายหลัก โดยทำนอกนโยบาย บุคคลที่มีกลุ่มเสี่ยงหรือมีปัจจัยให้เข้ามาทำการตรวจคัดกรอง
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ปี 2560 – 2562 ได้มีการทำโครงการคัดกรอง โดยมี รพ. มหาราชเป็นแม่ข่าย โดยงบเงินบำรุงของ รพ. เอง โดยไม่มีงบจากเขตมาสนับสนุน	ไม่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพราะไม่มีรวมอยู่ใน service plan แต่จะเป็นเพียงให้ความรู้เมื่อลงตรวจคัดกรองมะเร็งการคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโดยการ ลงพื้นที่ในหมู่บ้านเพื่อให้คำแนะนำโดยส่วนมากพบกับผู้สูงอายุ โดยจะมีการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก พร้อมทำการคัดกรองโดยมีทันตแพทย์ร่วมด้วย โดยปัญหาที่พบคือผู้สูงอายุกลัวการตรวจ	-โทรตาม ติดตามที่บ้าน การบอกต่อ เมื่อไม่มาในวันนั้นก็โทรตามอีกครั้ง ส่วนใหญ่ที่ตามไม่มาด้วยสาเหตุที่กลัวหมอมีการอธิบายเรื่องมะเร็งช่องปากให้ชาวบ้านได้รู้จัก โดยให้ความรู้เช่น การกินหมาก ให้ระวังการเป็นมะเร็งช่องปาก ถ้าพบแผลในปากให้เดินทางไปพบแพทย์ การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ไม่ดี และมีวิธีการชักจูงให้ชาวบ้านไปรับการคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยให้ความรู้ที่ดีต่อตนเอง หากตรวจพบจะได้รักษาได้ทัน แต่ส่วนใหญ่กลัวตรวจแล้วเจอจะไม่เดินทางมาทำการตรวจ และกลุ่มคนส่วนใหญ่มาตรวจแล้วไม่พบจะมีจำนวนมากจึงทำให้ไม่เห็นความจำเป็นในการเข้าตรวจ
รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ปี 2561 ได้รับงบสนับสนุนจากเขตสุขภาพที่ 9 สมทบ	ผู้ทำงาน จะใช้เครือข่ายสมาชิก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผ่านไลน์ของ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลในการดูแลประชาชนในพื้นที่ของตน	การเดินทางไปตรวจคัดกรองจะมีญาติมาส่ง หรือมาพร้อมกับเพื่อนบ้าน

ช่วงเวลาคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การปฏิบัติงานของทันตแพทย์ที่ดำเนินการอยู่โดยทำการตรวจคัดกรองทุกวันแต่เน้นที่การตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล โดยไม่ได้ทำงานเชิงรุกในชุมชน ส่วนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่จะถูกรวมอยู่ในการตรวจสุขภาพช่องปากทั่วไป โดยทันตภิบาลใช้วิธีการบอกกล่าวในชุมชนผ่าน ไลน์กลุ่มสมาชิก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือเสียงตามสายในหมู่บ้าน พบว่าจะมีคนสนใจเข้ามาตรวจคัดกรองประมาณ 10 – 20 คนส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนรักสุขภาพ ซึ่งในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้ให้ความเห็นว่ามะเร็งช่องปากยังไม่ถูกกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน จึงยังไม่มีกระบวนการให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านดำเนินการในเรื่องดังกล่าว นอกจากนี้ได้มีการใช้ภาพของมะเร็งช่องปากเพื่อจัดให้ความรู้ในงานของจังหวัดส่วนใหญ่ ประชาชนไม่เคยได้รับรู้ในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปาก ไม่มีความรู้เรื่องเชื้อ HPV เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก ที่สามารถพบได้ในกลุ่มวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ระดับชั้น ป.5 รวมถึงนำเสนอภาพรอยโรคของมะเร็งช่องปาก เพื่อก่อให้เกิดความตระหนัก ช่วยทำให้คนงดการกินหมากกลางได้ ในบางพื้นที่มีการจัดทำลิเกสอดแทรกความรู้ จึงนำส่วนของมะเร็งช่องปากไปแฝงเพื่อให้ความรู้แก่คนในชุมชน

ตารางที่ 6.2 การรวบรวมประเด็นด้านช่วงเวลาในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ช่วงเวลาคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ตรวจคัดกรองทุกวันโดยเน้นการตั้งรับ ไม่ได้ทำในเชิงรุก	ทำตามทันตภิบาล แจ้งมา มีการคัดกรองร่วมกับทันตแพทย์ 2 ครั้ง/เดือน (ในวันอังคารของสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของแต่ละเดือน)ในกรณีที่พบกลุ่มเสี่ยงจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจะใช้การบอกกล่าวในชุมชนผ่าน ไลน์กลุ่มสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน, เสียงตามสายในหมู่บ้าน, จะมีคนสนใจเข้ามาตรวจคัดกรองประมาณ 10 – 20 คนโดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนรักสุขภาพ	มีการคัดกรองมะเร็ง ปีละ 2 ครั้ง แต่ไม่ใช่มะเร็งช่องปาก ยังไม่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งในช่องปาก แต่จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1-2 ครั้งต่อปี โดยจะพบสาเหตุคือปัญหาของการย้ายถิ่นที่อยู่ไปมาทำให้การตรวจคัดกรองทำไม่ได้เมื่อพบว่าประชากรที่มาคัดกรองมีปัจจัยเสี่ยง จะดำเนินการให้ความรู้

วิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะเป็นผู้ที่คอยแนะนำชาวบ้านให้เดินทางไปตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีผู้นำชุมชนพาไปเข้าตรวจคัดกรองพร้อมกันกับเพื่อนบ้านอื่นๆ หรือเจ้าหน้าที่ลงไปทำการคัดกรองรอยโรคในพื้นที่ซึ่งจะได้ผลมากกว่า แต่วิธีการลงคัดกรองมะเร็งช่องปากในพื้นที่หรือในชุมชนไม่มีงบประมาณสนับสนุนส่วนใหญ่จะเป็นการใช้งบส่วนตัวของเจ้าหน้าที่เองจึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ นอกจากนี้ปัญหาที่พบคือคนไข้ไม่ยอมเดินทางไปรับการรักษาต่อ ทันตภิบาลจะใช้วิธีโทรหา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือในบางครั้งอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจำเป็นต้องโทรหาสามีหรือภรรยาหรือบุตร ให้ช่วยพุดกับผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

ตารางที่ 6.3 การรวบรวมประเด็นด้านวิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
วิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค	หาสาเหตุก่อนวินิจฉัย ถ้าพบอาการนัดมา ติดตามอาการหรือส่งต่อ รพ.บุรีรัมย์ รพ.มหาราช และการตรวจสุขภาพ ช่องปากปกติก็จะมีการ ตรวจดูรอยโรคอยู่แล้วซึ่ง ส่วนใหญ่คนไข้จะมาเมื่อ มีอาการผิดปกติในช่อง ปาก	ถ้าตรวจพบรอยโรคจะทำ การส่งตัวต่อไปที่ โรงพยาบาล กรณีศึกษา คนปกติสุขภาพแข็งแรง มี แผลที่กระพุ้งแก้มเกิดจาก ตัวฟันที่คมสัมผัสบริเวณ กระพุ้งแก้ม จึงนัดมาทำ การลบคมของตัวฟันออก ยังคงมีอาการเจ็บปวดอยู่ ไม่หายทำการตรวจต่อพบ เป็นมะเร็งช่องปากจึงส่ง ต่อทำการรักษาที่ รพ.	โดยส่วนใหญ่พบคนเคี้ยว หมากจะแนะนำให้ทำความ สะอาด แปรงฟัน ให้เดินทาง มาทำการตรวจคัดกรอง มะเร็งช่องปาก และมะเร็ง ช่องปากยังไม่ถูกกำหนดเป็น นโยบายที่ชัดเจน จึงยังไม่มี กระบวนการ นอกจากนี้ได้มี การใช้ภาพของมะเร็งช่อง ปากไปจัดให้ความรู้ในงาน ของจังหวัดส่วนใหญ่ ประชาชนไม่รับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของมะเร็งช่องปาก ไม่รู้ว่า HPV เป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งพบ กลุ่มวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่ระดับชั้น ป.5 รวมถึง นำเสนอรูปของมะเร็งช่อง ปาก ก่อให้เกิดความ ตระหนัก ช่วยทำให้คนงด การกินหมากลงได้ ในบาง

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
			พื้นที่มีการจัดทำลิเก สอดแทรกความรู้ จึงนำส่วนของมะเร็งช่องปากไปแฝงด้วย
วิธีดำเนินการเมื่อพบรอยโรค			ชาวบ้านมีวิธีการเดินทางไปตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยมีผู้นำชุมชนพามาเข้าตรวจคัดกรอง มาพร้อมกันกับเพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่ลงไปทำในพื้นที่จะได้ผลมากกว่า แต่ไม่มีงบประมาณสนับสนุนใช้บางส่วนตัวจึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการต่อได้ และปัญหาที่พบคนไข้ไม่ยอมเดินทางไปรับการรักษา ต่อ จะใช้วิธีโทรหาอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โทรหา สามี-ภรรยา บุตร ให้ช่วยพูดกับผู้ป่วย
ถ้าตรวจไม่พบรอยโรคดำเนินการอย่างไร	นัดติดตามอาการระยะยาว มีการโทรติดตามในบางราย ถ้าไม่มาก็ไม่มีการติดตามด้วยช่องทางอื่น ได้มีการให้คำแนะนำโดยส่วนใหญ่ผู้ที่มีรอยโรคจะปฏิบัติตาม ส่วนผู้ไม่มีรอยโรคจะไม่ทำตาม	ให้ความรู้ เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสูบบุหรี่ เคี้ยวหมากและถ้าประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มารับการคัดกรอง จะติดตามไปดูที่บ้านทุก 6 เดือน	แนะนำให้แปรงฟัน สูดบู่หรือน้ำยาล้างปากที่ให้ได้ รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงจะพูดแนะนำเรื่อยๆ ให้ตระหนักถึงความสำคัญ แต่ส่วนใหญ่จะไม่ยอมมาตรวจคัดกรองด้วยสาเหตุ กลัวหมอ และเข็ม ควรให้มีโครงการรณรงค์ให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตามไปที่บ้านและให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
ตำบลติดตาม			
ถ้าไม่แน่ใจในผลการตรวจดำเนินการอย่างไร	ส่งต่อ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา		
	หลังจากทำการรักษาจะส่งกลับมาให้ ดูแลติดตามอาการต่อ		
ถ้าพบว่าเป็นมะเร็งช่องปากดำเนินการอย่างไร	มีการติดตามโดยการโทรสอบถามกับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือมีการนำส่งด้วยใบส่งตัวโดยจะมีฐานข้อมูลของคนไข้		

ด้านการรักษามะเร็งช่องปาก

การรักษามะเร็งช่องปากส่วนใหญ่จะส่งตัวรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเป็นหลัก กรณีที่ต้องส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นจะดำเนินการประสานทางโทรศัพท์ก่อนที่จะทำใบส่งตัวต่อเพื่อการรักษา

ตารางที่ 6.4 การรวบรวมประเด็นด้านการรักษาโรคมะเร็งช่องปาก

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล
กรณีที่ต้องให้การรักษาดำเนินการอย่างไร	ส่งรักษาต่อที่ โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา	
กรณีส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นดำเนินการอย่างไร	โทรแจ้งไปยังโรงพยาบาลที่ส่งต่อ, มีใบนำส่งตัวเพื่อการรักษาต่อ	

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล
มีกระบวนการเตือนให้เข้ารับ การคัดกรองมะเร็งช่องปาก อย่างไร	โทรติดตามกลุ่มเสี่ยงโดยตรง จะ ได้ผลดีกว่าติดต่อผ่าน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือติดต่อ ผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน	ส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการคัด กรองจะเป็นผู้มีอาการจึง เดินทางเข้ามาทำการตรวจ คัดกรอง ในกลุ่มผู้ที่มีรอย โรคแต่ไม่มีอาการจะไม่มา พบเพื่อทำการตรวจคัด กรอง

การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบ

การประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่ามีการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไรวนั้น ในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลมีการประชาสัมพันธ์เรื่องโรคมะเร็งช่องปาก แต่ยังไม่มีการดำเนินการตรวจคัดกรองให้กับกลุ่มเสี่ยงทั่วไป มีแต่รูปแบบประชาสัมพันธ์การคัดกรองโรคของโครงการอื่นๆที่เข้าไปให้ความรู้สุขภาพแก่นักเรียนในโรงเรียน โดยเน้นเป้าหมายตามตัวชี้วัด ในประชาชนกลุ่มอายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่ถูกจัดเป็นประชาชนโดยทั่วไปแต่ไม่ได้รับการให้ความรู้ตามตัวชี้วัดมากนัก ซึ่งกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มบุคคลที่สัมผัสความเสี่ยง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการสัมผัสเชื้อ HPV ส่วนในด้านการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าประชาชนมักไม่ฟังการชักนำเพื่อให้เข้าไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ด้วยคิดว่าตนไม่เป็นอะไรไม่มีความจำเป็นในการเดินทางไปตรวจคัดกรอง จึงพบว่าผู้ที่ยินดีเข้ารับการตรวจคัดกรองจะเป็นกลุ่มคนที่รักสุขภาพ ส่วนรูปแบบในการเข้าตรวจคัดกรองมีทั้งในการนำรถไปรับคนในชุมชนเพื่อเข้ารับการตรวจ และที่เดินทางเข้ารับการตรวจคัดกรองเองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกระบวนการในระดับชุมชนที่ดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านพบว่าการเข้าไปดำเนินการในโรงเรียน แต่เป็นการแนะนำในเรื่องการให้สูดศึกษาทางช่องปาก ในขณะที่เด็กกลุ่มมัธยมที่สัมผัสความเสี่ยงพบว่าไม่มีการให้ข้อมูลหรือให้ความรู้กับกลุ่มดังกล่าวอีกทั้งเจ้าหน้าที่เองก็ยังขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก รวมถึงขาดสื่อที่จะช่วยในการสอนหรือให้ความรู้ นอกจากนี้คนในชุมชนส่วนใหญ่มองประเด็นเดียวคือการกินหมาก ไม่ได้ตระหนักถึงปัจจัยอื่นที่อาจทำให้เกิดมะเร็งช่องปากได้

ด้านสื่อให้ความรู้ด้านมะเร็งช่องปาก พบว่าโรงพยาบาลเคยทำเอง และเคยปรากฏว่าได้รับเอกสารเผยแพร่จากสำนักทันตสาธารณสุข แต่เนื้อหาเน้นไปในทางความรู้สุขภาพช่องปาก ขณะที่ทีมของทันตภิบาลให้ความเห็นว่า สื่อที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งช่องปากยังไม่มีปรากฏให้เห็น มีเพียงของกระทรวงสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่เป็น Poster ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในช่องปาก การแปรงฟัน และในกรณีมีหรือมีสื่อให้ความรู้ไม่พอท่านอยากได้สื่อเพิ่มเติมหรือไม่ และอยากได้สื่อให้

ความรู้รูปแบบใดนั้น ในมุมมองของทันตแพทย์พบว่าในด้านสื่อความรู้ถ้ามีคลังภาพรอยโรคจะมีประโยชน์ต่อการทำงานของทันตแพทย์ หากจัดทำสื่อด้านความเสี่ยงมะเร็งช่องปากควรแยกตามกลุ่มวัย ควรเริ่มที่กลุ่มวัยทำงานจะน่าสนใจมากกว่า โดยเนื้อหาควรทำให้เป็นที่สนใจของแต่ละช่วงวัย ด้านทันตภิบาลอยากให้มีการจัดทำคู่มือประชาชนเกี่ยวกับโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งมีความจำเป็นมาก โดยเนื้อหาควรแยกกลุ่มเสี่ยงออกเป็นช่วงวัยต่างๆ (วัยรุ่น-วัยเรียน, วัยแรงงาน, วัยผู้สูงอายุ) และมีการให้ความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งช่องปาก ด้านทันตภิบาลและผู้ใหญ่บ้านอยากให้คู่มือประชาชนในการให้ความรู้ โดยอยากให้แยกออกเป็นช่วงวัยต่างๆ อยากให้มี วิดีโอ ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ของมะเร็งช่องปากให้ผู้นำชุมชนไปเปิดเสียงตามสายในหมู่บ้าน รวมถึงอยากให้ มี หน้าเว็บไซต์ที่เปิดโอกาสให้เข้าไปเรียนรู้เพิ่มเติมได้

ตารางที่ 6.5 การรวบรวมประเด็นการประชาสัมพันธ์และสื่อให้ความรู้มะเร็งช่องปาก

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน
มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบว่ามีการคัดกรองมะเร็งช่องปากอย่างไร	การประชาสัมพันธ์ของโรคมะเร็งช่องปากยังไม่การดำเนินการ คงมีแต่การประชาสัมพันธ์การคัดกรองโรคของโครงการอื่นๆที่เข้าไปให้ความรู้สุขภาพแก่นักเรียนในโรงเรียน โดยเน้นเป้าหมายตามตัวชี้วัด ในประชาชนกลุ่มอายุ 13 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่ถูกจัดเป็นประชาชนโดยทั่วไปแต่ไม่ได้รับการให้ความรู้ตามตัวชี้วัดมากนัก โดยกลุ่มบุคคลดังกล่าวเป็นกลุ่มบุคคลที่สัมผัสความเสี่ยง คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการสัมผัสเชื้อ HPV	ประชาชนมักไม่ฟังการชักนำในการให้เข้าไปรับการตรวจคัดกรอง ด้วยคิดว่าตนไม่เป็นอะไรจึงไม่มีความจำเป็นในการเดินทางไปตรวจคัดกรอง โดยผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ก็จะเป็นกลุ่มคนที่รักสุขภาพและในการเข้าตรวจคัดกรองมีทั้งในการนำรถมารับมาเพื่อเข้ารับการตรวจ และที่เดินทางมาเองด้วยการขี่จักรยานหรือ จักรยานยนต์	มีการลงเข้าไปในโรงเรียน แต่เป็นการแนะนำในเรื่องการให้สุขศึกษาทางช่องปาก และเด็กกลุ่มมัธยมที่สัมผัสความเสี่ยงจะไม่มีการลงไปในข้อมูลอีกทั้งเจ้าหน้าที่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งช่องปาก ขาดสื่อที่ช่วยในการสอน โดยส่วนใหญ่มองประเด็นเดียวคือการกินหมากไม่ได้ตระหนักถึงปัจจัยอื่น

ประเด็น	ทันตแพทย์	ทันตภิบาล	อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน
มีสื่อให้ความรู้ ด้านมะเร็งช่อง ปากหรือไม่	โรงพยาบาลเคยทำเอง และ เคยปรากฏว่าได้รับเอกสาร เผยแพร่จากสำนักทันต สาธารณสุข แต่เนื้อหาเน้น ไปในทางความรู้สุขภาพช่อง ปาก	สื่อที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง ช่องปากยังไม่มีปรากฏ ให้เห็น มีเพียงของ กระทรวงสาธารณสุขที่ ส่วนใหญ่เป็น Poster ที่ เนื้อหาเกี่ยวข้องกับการ ดูแลสุขภาพในช่องปาก การแปรงฟัน	
กรณีมีหรือมีสื่อ ให้ความรู้ไม่พอ ท่านอยากได้สื่อ เพิ่มเติมหรือไม่ และอยากได้สื่อ ให้ความรู้ รูปแบบใด	มีแนวทางจาก รพ.มหาราช และมีการจัดทำขึ้นเอง	การจัดทำคู่มือประชาชน เกี่ยวกับโรคมะเร็งช่อง ปาก มีความจำเป็นมาก โดยเนื้อหาควรแยกกลุ่ม เสี่ยงออกเป็นช่วงวัย ต่างๆ (วัยรุ่น-วัยเรียน, วัยแรงงาน, วัยผู้สูงอายุ) และมีการให้ความรู้ใน ด้านปัจจัยเสี่ยงต่างๆ	อยากให้มี วิธีดี ให้ ความรู้เกี่ยวกับ ความรู้ของมะเร็งช่อง ปากให้ผู้นำชุมชนไป เปิดเสียงตามสายใน หมู่บ้าน
สื่อที่สนับสนุน การทำงาน	ในด้านสื่อความรู้ถ้ามีคลัง ภาพรอยโรคจะมีประโยชน์ ต่อการทำงานด้านการคัด กรองรอยโรคของ ทันตแพทย์	โดยอยากให้ มี ห นั ก เว็บไซต์ที่เปิดโอกาสให้ เข้าไปเรียนรู้เพิ่มเติมได้	อยากให้เข้าพื้นที่ไป อ อ บ าย ให้ ก บ ประชาชน อยากให้มี คู่มือประชาชนในการ ให้ความรู้ โดยอยาก ให้แยกออกเป็นช่วง วัยต่างๆ
	การแยกกลุ่มวัย ควรเริ่มที่ กลุ่มวัยทำงานจะน่าสนใจ มากกว่า โดยเนื้อหาควรทำ ให้เป็นที่น่าสนใจของแต่ละช่วง วัย		พบการให้ความรู้บ้าง ในที่วิ แต่เป็นการให้ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง แต่ไม่มีการจำเพาะ ต่อมะเร็งช่องปาก อ ย า ก ให้ มี คู มื อ ประชาชนในการให้ ความรู้ โดยอยากให้ แยกออกเป็นช่วงวัย ต่างๆ

ตารางที่ 6.6 การรวบรวมสารสนเทศและข้อเท็จจริง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน นักวิชาการ
สาธารณสุข ผู้นำชุมชน

ประเด็น	พยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน	นักวิชาการสาธารณสุข	ผู้นำชุมชน
รูปแบบการคัด กรองมะเร็งช่อง ปาก	ไม่มีรูปแบบการคัดกรอง มะเร็งช่องปาก เนื่องจาก ต้องคัดกรองตาม Service plan เพื่อให้ ตอบตัวชี้วัดในการ ทำงาน จึงอยากให้บรรจุ การคัดกรองมะเร็งช่อง ปากลงในservice plan	การคัดกรองมะเร็งจะอยู่ ในservice plan ของ กลุ่มมะเร็งซึ่งจะมีเพียง การคัดกรองมะเร็งเต้านม การคัดกรองมะเร็ง ลำไส้ การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก และที่ เป็นโครงการมาให้ทำ บ้างก็จะเป็นการคัด กรองมะเร็งท่อน้ำดี ไม่มีรูปแบบในการ ปฏิบัติงานด้านการคัด กรองมะเร็งช่องปาก เพราะไม่ได้เป็นตัวชี้วัด ในการปฏิบัติงาน	ควรผลักดันให้เป็นนโยบาย เพราะผู้สูงอายุยังคงกินหมาก และดื่มเหล้าอยู่ในกลุ่มผู้ชาย อยากให้มีการอบรมความรู้ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านได้มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคต่างๆอย่างเช่น มะเร็งช่องปากเป็นเรื่องใกล้ตัว และหมู่บ้านนี้ส่วนใหญ่่อสม.จะ ได้รับการอบรมมาจาก โรงพยาบาลอำเภอ
มีกระบวนการ เตือนให้เข้ารับ การคัดกรอง มะเร็งช่องปาก อย่างไร			อยากให้ทีมวิจัยนำศูนย์ที่ชุมชน จัดตั้งขึ้นเพื่อให้เป็นจุดรวมของ อสม.นำไปใช้ประโยชน์ในการ ช่วยเหลือการคัดกรองมะเร็ง ช่องปาก
มีสื่อให้ความรู้ ด้านมะเร็งช่อง ปากหรือไม่		สื่อด้านมะเร็งช่องปากมี แต่ไม่ตรงเท่าไร คนใน ชุมชนไม่ยังเข้าไม่ถึงสื่อ	

บทสรุป

การสร้างระบบสารสนเทศคล้ายคลึงกับการสร้างบ้าน ดังนั้นในประการแรกเจ้าของระบบงานต้องอธิบายวิสัยทัศน์ของงานให้นักพัฒนาระบบได้ทราบเพื่อทำความเข้าใจก่อน ประการที่สองแนวคิดของงานจะถูกแปลงเป็นภาพร่างและภาพวาดที่แสดงให้เจ้าของระบบงานเห็นและปรับ จนกว่าเจ้าของระบบงานจะยินยอมให้รูปภาพแนวคิดแสดงถึงสิ่งที่เจ้าของระบบงานต้องการ ประการที่สามทำการพัฒนาชุดของภาพพิมพ์เขียวที่มีรายละเอียดซึ่งแสดงข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเกี่ยวกับ (เช่น กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง เป็นต้น) สุดท้ายระบบสารสนเทศจะถูกพัฒนาตามแบบแผนภาพและอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการของผู้ใช้งานระบบ

การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล SDLC หรือ Systems development life cycle มีขั้นตอนพื้นฐานสี่ขั้นตอนที่คล้ายกัน ได้แก่ การวางแผน การวิเคราะห์ การออกแบบ และการใช้งาน แต่ละขั้นตอนประกอบด้วยชุดของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การวางแผน

การวางรูปแบบของสารสนเทศทางทันตกรรม(Dental Informatics) หมายถึงกระบวนการในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ใช้แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทันตภิบาล และทันตแพทย์ การเริ่มต้นพัฒนาสารสนเทศทางทันตกรรมประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการจัดเวทีถอดบทเรียนจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อให้ได้โมเดลในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่เหมาะสมของพื้นที่รวมถึงเพื่อให้ได้แนวทางในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรองโรค

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนจากนั้นทำการบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่โครงการวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา “ORAL CANCER”

การสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐานเริ่มจากดำเนินการวิเคราะห์ชุมชนและวิเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อหาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามวิถีของพื้นที่นั้นๆ ด้วยรูปแบบที่ใช้การสนทนากลุ่ม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม(Focus group) กับทันตแพทย์ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และ ผู้ใหญ่บ้าน นอกจากนี้

การพัฒนาแบบสอบถามเพื่อดำเนินการใช้ข้อคำถามในการสนทนากับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของพื้นที่ที่ต้องการพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตามตัวอย่างแบบสอบถาม โดยแบบดังกล่าวเป็นการใช้เพื่อสอบถามแนวทางในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านดำเนินการตามแนวทางในการป้องกันโรค

คำถามท้ายบท

1. อธิบายเส้นทางการพัฒนาระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปาก
2. การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล SDLC หรือ Systems development life cycle

เอกสารอ้างอิง

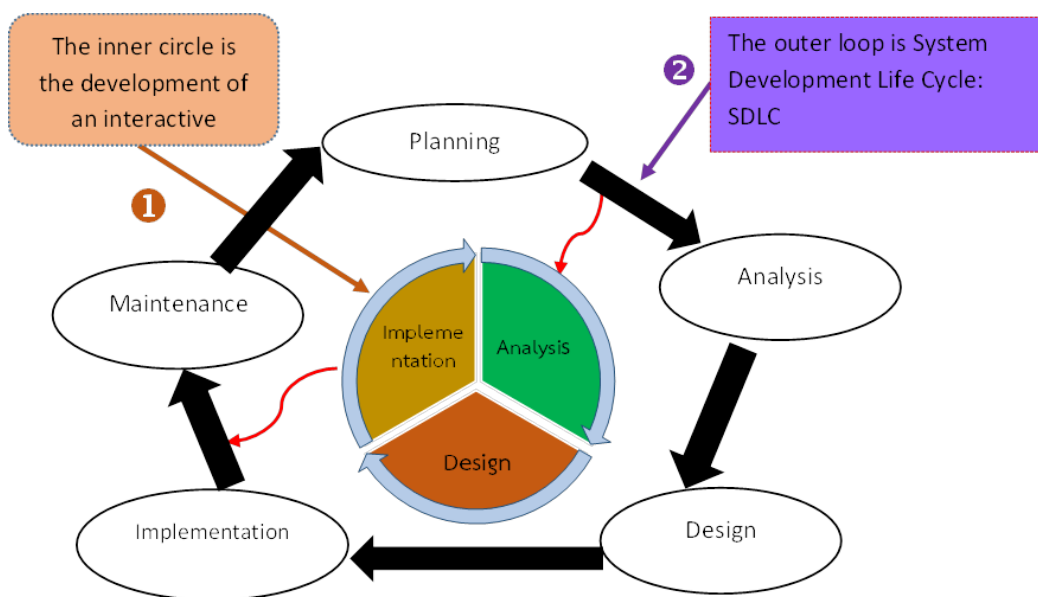
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, และ อัครวรรณ์ อวิสตาร์กษ์. (2562). การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชนโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. ใน *อนาคตอุดมศึกษาไทยภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context)*. เดอะ ไทด์ รีสอร์ท, จังหวัดชลบุรี.
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จิรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพั้ง, อังคณา วิสุทธาจารย์, มงคล อักโข, พัชรินทร์ ธนทรัพย์บุรุษิต, & ภาณุวัฒน์ ชมหอม. (2021). การสร้างสรคัณฑ์วัดกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking). *โปสเตอร์นำเสนอในการประชุม มหกรรมมหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021), 2021*.
- Dennis, A., Wixom, B. H., & Roth, R. M. (2014). *Systems analysis and design* (6th ed.). Wiley. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=gu9EBOAAOBAJ>
- Colleen, M. (1990). Dental informatics: What, why, who, where and when. In O. Rienhoff & D. Lindberg (Eds.), *Lecture notes in medical informatics* (Vol. 39, p. 1). In J. Sally, J. Zimmerman, & M. Ball (Eds.), *Dental informatics: Strategic issues for the dental profession*. Springer-Verlag.
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-O. P., Fuangtharnthip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from 4 northeastern provinces in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9390. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179390>
- Petersen, K., Wohlin, C., & Baca, D. (2009). The waterfall model in large-scale development. In F. Bomarius, M. Oivo, P. Jaring, & P. Abrahamsson (Eds.), *Product-focused software process improvement* (Lecture Notes in Business Information Processing, Vol. 32). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-02152-7_29
- Sresumatchai, V., Klongnoi, B., Nityasuddhi, D., Klaewkla, J., & Akko, M. (2021). The development of dental informatics of oral cancer screening for prevention in community level: A prototype study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3865-3873.

บทที่ 7

วิเคราะห์ระบบและออกแบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

วิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปาก และได้ระบบสารสนเทศการติดตามผลคนไข้มะเร็งช่องปากเขตนครชัยบุรินทร์ โดยใช้แนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากจะเลือกใช้ SDLC (Gurung, Shah, & Jaiswal, 2020) ที่มีรูปแบบเป็น Iterative and Incremental Development โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) และการบำรุงรักษา (Maintenance)



ภาพที่ 7.1 แสดงวงจรการพัฒนาและออกแบบระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปาก

การวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนแรก เป็นการพัฒนาในลักษณะ Interactive คือการพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบ Pilot version จะมีการทดลองใช้ในพื้นที่เป็นเวลาประมาณ 1 ปี เพื่อทดสอบรูปแบบการบันทึกข้อมูลตั้งแต่การคัดกรองระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดย Pilot version จะมุ่งเน้นที่รูปแบบการคัดกรองและทดสอบการใช้แบบในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1-S3 จากนั้นจะมุ่งสู่การพัฒนาระบบสารสนเทศใน เวอร์ชันถัดไป โดยจะเริ่มใช้วงจรการ

พัฒนาระบบ ในส่วนที่ 2 จะเป็นการวิเคราะห์ระบบโดยจะมีจุดเชื่อมจากการจำลองแบบโดยมีวงรอบด้านนอก ซึ่งจะมีอยู่ 3 ขั้นตอนที่ต้องวนรอบทำซ้ำและทำเพิ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) เริ่มจากการพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากของรอบที่ 1 ของ SDLC หลังจากสิ้นสุดการดำเนินงานในขั้นตอนการวางแผนพัฒนาระบบ โดยทำการวางแผนจำนวนรอบที่จะทำซ้ำและระบบที่ต้องพัฒนาเพิ่ม โดยเป็นการดำเนินการในวนรอบทำซ้ำและทำระบบเพิ่มในขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบ การออกแบบ การพัฒนาและติดตั้งระบบ โดยจะดำเนินการซ้ำในจุดของการวิเคราะห์ที่ปรากฏลูกศรจากวงของด้านนอกคือ SDLC เข้าเชื่อมต่อตำแหน่ง ของการวิเคราะห์ที่วงด้านในคือการพัฒนา ระบบแบบ Interactive โดยในแต่ละรอบด้านในจะมีการทำฟังก์ชันงานต่างๆเพิ่มจนครบ เมื่อพัฒนาในวงรอบด้านนอกตามรูปแบบการพัฒนาโดยยึดตามแนวทาง Waterfall Model แล้วจะได้ระบบสารสนเทศการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก Version 1 ในแนวทางการวางแผนเพื่อพัฒนาและติดตั้งระบบสารสนเทศใน Version 1 แล้วจึงเข้าสู่การขั้นตอนการซ่อมบำรุงระบบโดยจะเป็นการเก็บข้อมูลและเก็บความผิดพลาดในบางส่วนของระบบสารสนเทศในระหว่างที่มีการใช้ระบบงานจริงในพื้นที่สำหรับการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยทีมวิจัย จะดำเนินการกระทำซ้ำต่อการพัฒนาระบบทั้งนี้รอบในการดำเนินการซ้ำจะขึ้นอยู่กับข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับ

กระบวนการหารูปแบบการพัฒนาระบบสารสนเทศ

การแบ่งกิจกรรมและจัดตารางงานจะใช้แนวทางการวางแผนเพื่อให้ทีมวิจัยสามารถดำเนินการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ได้ตามช่วงเวลาโดยการจัดแบ่งกิจกรรม ประกอบด้วย การศึกษาระบบเดิม การรวบรวมความต้องการ การออกแบบรายงาน การออกแบบหน้าจอ การออกแบบฐานข้อมูล การจัดทำเอกสารเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ การเขียนโปรแกรม ทดสอบโปรแกรม การติดตั้งโปรแกรม

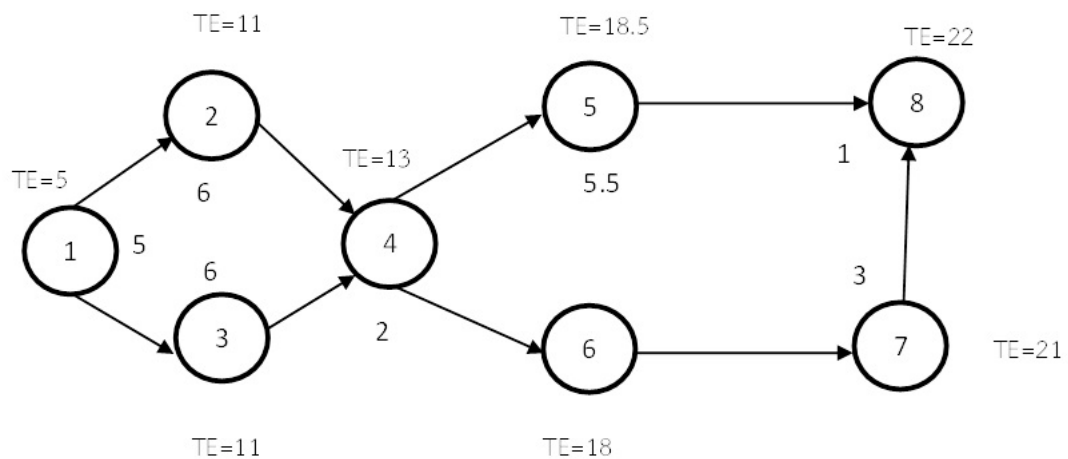
ตารางที่ 7.1 แผนงานในการเริ่มพัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลคัดกรองมะเร็งช่องปาก

กิจกรรม	กิจกรรมก่อนหน้า
1. รวบรวมความต้องการ	-
2. การออกแบบรายงาน	1
3.การออกแบบหน้าจอ	1
4. ออกแบบฐานข้อมูล	2,3
5. การจัดทำเอกสารเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศ	4
6. การเขียนโปรแกรม	4
7. ทดสอบโปรแกรม	6
8.การติดตั้งโปรแกรม	5,7

จากตารางการศึกษาเพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรอง การเฝ้าระวังและการติดตามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากเพื่อแก้ปัญหาด้านการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์จากการวิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากและได้ระบบสารสนเทศการติดตามผลคนไข้มะเร็งช่องปากเขตนครชัยบุรีรินทร์

ID	Task Name	Duration	Feb 2019				Mar 2019				Apr 2019				May 2019				Jun 2019				Jul 2019					
			3/2	10/2	17/2	24/2	3/3	10/3	17/3	24/3	31/3	7/4	14/4	21/4	28/4	5/5	12/5	19/5	26/5	2/6	9/6	16/6	23/6	30/6	7/7	14/7	21/7	28/7
1	1. ขั้นตอนแนวคิด	2w																										
2	1.1 ประเมินระบบปัจจุบัน	1w																										
3	1.2 กำหนดความต้องการ	3d																										
4	1.2.1 กำหนดความต้องการสารสนเทศ	2d																										
5	1.2.2 กำหนดความต้องการสื่อ	1d																										
6	1.3 กำหนดหน้าที่หลักของระบบ	1d																										
7	1.4 กำหนดความเสี่ยงและแนวทางแก้ไข	1d																										
8	1.5 จัดทำแผนงานโครงการ	4d																										
9	1.6 ประชุมสรุปงานแก่ทีมงาน	1d																										
10	2. ขั้นตอนการออกแบบระบบสารสนเทศ	1w 2d																										
11	3. พัฒนาระบบสารสนเทศ	24w																										
12	4. ทดสอบ	1w 2d																										
13	5. ประกอบการใช้งานระบบในพื้นที่	12w																										
14	6. ทำworkshopกับผู้บริหารและทีมงาน	2d																										

ภาพที่ 7.2 รายการแสดงเป้าหมายและช่วงเวลาในการพัฒนาสารสนเทศระบบเรื่องช่องปาก



TE = Time Earlies ช่วงเวลาที่เร็วที่สุดของแต่ละกิจกรรม

ภาพที่ 7.3 แสดงช่วงเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม

การวางแผนจำนวนรอบที่จะทำซ้ำและระบบที่ต้องพัฒนาเพิ่ม โดยเป็นการดำเนินการวนรอบทำซ้ำและทำระบบเพิ่มในขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบ การออกแบบ การพัฒนาและติดตั้งระบบ โดยจะดำเนินการซ้ำในจุดของการวิเคราะห์จากวงของด้านนอกคือ SDLC (Stefanou, 2003) เข้าเชื่อมต่อตำแหน่งของการวิเคราะห์ที่วงด้านในคือการพัฒนาระบบแบบ Interactive โดยในแต่ละ

รอบด้านในจะมีการทำฟังก์ชันงานต่างๆเพิ่มจนครบ ซึ่งจะเมื่อพัฒนาในวงรอบด้านนอกตามรูปแบบการพัฒนาโดยยึดตามแนวทาง Waterfall Model แล้วจะได้ระบบสารสนเทศการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก Version1ในแนวทางการวางแผนเพื่อพัฒนาและติดตั้งระบบสารสนเทศใน Version 1 แล้วจึงเข้าสู่การขั้นตอนการซ่อมบำรุงระบบโดยจะเป็นการเก็บข้อมูล และเก็บความผิดพลาดในบางส่วนของการใช้งานระบบสารสนเทศในระหว่างที่มีการใช้ระบบงานจริงในพื้นที่สำหรับการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยทีมวิจัยจะดำเนินการกระทำซ้ำต่อการพัฒนาระบบทั้งนี้รอบในการดำเนินการซ้ำจะขึ้นอยู่กับข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับดังตารางแสดงกิจกรรมของแบบจำลอง เทคนิคและเครื่องมือในขั้นตอนการวางแผน

ตารางที่ 7.2 แสดงกิจกรรม แบบจำลอง เทคนิค และเครื่องมือในขั้นตอนการวางแผน

กิจกรรม	แบบจำลอง เทคนิค และเครื่องมือ
1. กำหนดขอบเขตของโครงการวิจัยที่ลงเก็บข้อมูลในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์	สมการทางการเงิน(งบการเงิน) เทคนิคการวิเคราะห์และวางแผนการใช้งบประมาณทุนวิจัย (Cost-Benefit Analysis Technique), เทคนิคการรวบรวมสารสนเทศและข้อเท็จจริง (Fact-Finding and Information Gathering), PERT Chart, Gant Chart
2. ศึกษาการวางแผนลงพื้นที่เพื่อวิจัย โดยเลือกพื้นที่ขนาดใหญ่ ขนาดกลางและขนาดเล็ก	
3. แบ่งกิจกรรมและจัดตารางงาน	
4.ระบุและประเมินความเสี่ยง	
5.จัดทำแผนงานโครงการ	

การวางแผนโครงการพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อกำหนดขอบเขตของโครงการพัฒนาและเพื่อวางแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปากดังนี้

กำหนดขอบเขตของการพัฒนาระบบสารสนเทศการคัดกรองและติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปากโดยกำหนดรายละเอียดที่ต้องศึกษาได้แก่ ปัญหาของระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และการติดตามผู้ป่วย โอกาสที่จะพัฒนาระบบ ผลที่คาดว่าจะได้รับ ความต้องการระบบใหม่ และวิธีวัดผลโครงการ โดยสรุปดังนี้

ตารางที่ 7.3 ศึกษาขอบเขตของปัญหาการคัดกรองมะเร็งช่องปากในเขตนครชัยรินทร์

ขอบเขตประเด็น	รายละเอียด
1.รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	ปี 2560 – 2562 ได้มีการทำโครงการคัดกรอง โดยมี รพ.มหาราช เป็นแม่ข่าย และใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก
2.รูปแบบการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม	แบบสอบถามที่ได้ไม่มีการบันทึกข้อมูลเก็บเป็นกระดาษเท่านั้น
3.ระบบสารสนเทศที่ใช้เพื่อเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	โดยทั่วไปไม่มีระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก แต่มีบางพื้นที่ได้พัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากแต่เป็นการพัฒนาเพื่อใช้เพียงพื้นที่ของตนเองเท่านั้น
4. มีระบบสารสนเทศใดสำหรับการปฏิบัติงาน	ใช้โปรแกรม HIS ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ใช้งานอยู่ทั่วในระบบโรงพยาบาล เพื่อบันทึกข้อมูลการรักษาทางทันตกรรมแต่ไม่มีระบบบันทึกข้อมูลการคัดกรอง
5.การติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก	ไม่มีการติดตามอย่างเป็นระบบทำให้ไม่สามารถทราบว่าผู้ป่วยที่ส่งไปรักษายังโรงพยาบาลอื่นได้กลับบ้านหรือยังเพราะพื้นที่จะต้องดูแลผู้ป่วยต่อ และในบางครั้งทันตแพทย์หรือทันตภิบาลต้องโทรศัพท์สอบถามไปยังโรงพยาบาลที่ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาเพื่อสอบถามความคืบหน้าของอาการ
6.ควรมีระบบสารสนเทศเพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน	ควรมีแนวทางในการพัฒนาระบบสารสนเทศทางด้าน ทันตกรรม โดยเฉพาะหรืออาจเป็นระบบที่ติดตามผู้ป่วยที่จะสามารถดูได้ว่าการส่งต่อเพื่อรักษาอยู่ในขั้นตอนไหน และหากโรงพยาบาลที่รับต่อเพื่อการรักษาเมื่อส่งตัวผู้ป่วยกลับภูมิลำเนาควรมีระบบแจ้งกลับไปยังโรงพยาบาลเดิมเพื่อจะได้เข้าสู่ระบบการติดตามผล และการดูแลหลังการรักษา
7.ความต้องการระบบใหม่	ควรมีโปรแกรมที่สะดวกและสามารถบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ปัจจุบันเริ่มมีการคัดกรองบ้างแล้วซึ่งเมื่อมีโครงการวิจัยเข้ามาอยากให้ทีมวิจัยได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้ใช้ในการบันทึกข้อมูลการคัดกรองในระดับชุมชน อีกทั้งโปรแกรมเดิมที่ใช้งานอยู่ก็ไม่มีระบบที่จะให้บันทึกข้อมูลโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจึงอยากให้มีการพัฒนาโปรแกรมที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านสามารถใช้งานได้

การวิเคราะห์ระบบ (Analysis)

การวิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปาก และได้ระบบสารสนเทศการติดตามผลคนไข้มะเร็งช่องปากเขตนครชัยบุรินทร์ ได้การศึกษาระบบสารสนเทศเดิมจากพื้นที่โรงพยาบาลปทุมธานีและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ พบว่ามีเพียงสองหน่วยงานที่พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และรูปแบบในการคัดกรองของทั้งสองนี้จะมีรูปแบบที่แตกต่างกัน โดยโรงพยาบาลปทุมธานี จะเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากจนถึงการเก็บข้อมูลการรักษาโรค ในขณะที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิพัฒนา Web Application เพื่อเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งทั้งสองแห่งไม่มีระบบการแจ้งเตือนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก นอกจากนี้ได้จัดอบรมให้ความรู้เบื้องต้นแก่ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อให้สามารถตรวจและสอนคนในชุมชนให้สามารถตรวจมะเร็งช่องปากด้วยตนเองได้ จนกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านสามารถสร้างเรื่องการรณรงค์เพื่อป้องกันมะเร็งช่องปากจากชุมชนได้ (Photo Novella) ซึ่งจากการอบรมครั้งนี้จึงได้มีการพัฒนาโมดูลอบรมการสื่อสารความเสี่ยงมะเร็งช่องปากและเทคนิคการให้คำปรึกษาแก่ชุมชนด้านการป้องกันมะเร็งช่องปาก โดยจะเริ่มจัด Workshop กับชุมชนซึ่งเริ่มต้นที่อำเภอหนองบัวลำภูบุรีรัมย์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในชุมชนและสอดคล้องกับ SDG เป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนเป้าหมายที่ 3 รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ เป้าหมายย่อยเพื่อเสริมขีดความสามารถสำหรับทุกประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา ในเรื่องการแจ้งเตือนล่วงหน้า การลดความเสี่ยง และการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพในระดับประเทศและระดับโลก

การลงพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เพื่อศึกษาระบบสารสนเทศเดิมที่ใช้งานอยู่ว่ามีระบบใดบ้าง โดยเป็นการประชุมกลุ่มย่อยกับงานทันตสาธารณสุข ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้นำเสนอถึงแนวทางในการคัดกรองมะเร็งช่องปากระบุถึงโรงพยาบาลชัยภูมิที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในการจัดทำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ด้วยการจัดอบรมให้กับทีมทันตแพทย์ และทันตภิบาลเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคคร่าวๆก่อนการลงคัดกรองในชุมชน จากนั้นจะใช้แบบที่มีรูปแบบคล้ายคลึงกับรูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากตามที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชสิมาใช้ในการคัดกรอง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้พัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากในรูปแบบของการบันทึกข้อมูลออนไลน์ตามแนวทางการปฏิบัติงานที่เน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านใช้สมาร์ตโฟนในการบันทึกข้อมูล ซึ่งพบว่าในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ไม่ถนัดในเรื่องของการใช้สมาร์ตโฟนจะใช้แบบสอบถามในการคัดกรองเบื้องต้น นอกจากนี้ยังพบอุปสรรคด้าน

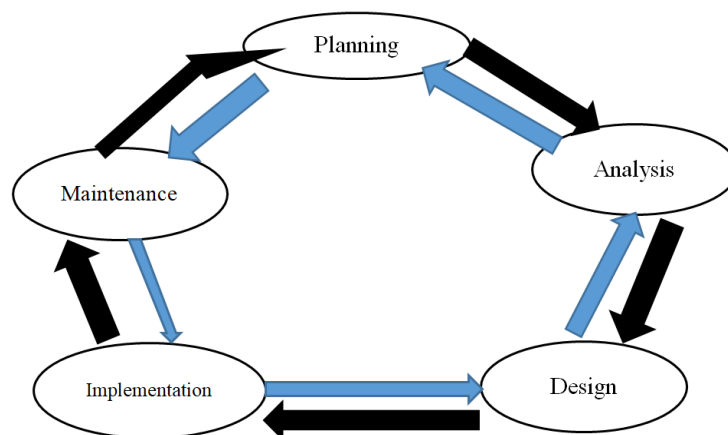
งบประมาณที่จะใช้ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากจึงได้ประสานงานกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอสนับสนุนงบประมาณ รวมถึงขอความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในการร่วมปฏิบัติงาน รวมถึงได้จัดให้มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทันตแพทย์ ซึ่งพื้นที่ของชัยภูมิจะมีรูปแบบการคัดกรองแบ่งตามปีงบประมาณ โดยปีงบประมาณ 2562 ทำการคัดกรองด้วยแบบสอบถามโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเฉพาะชุมชนจากนั้นบันทึกข้อมูลลงในระบบสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นเอง และในปีงบประมาณ 2563 จะนำข้อมูลของชุมชนที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบสอบถามจากปีที่ผ่านมา ให้เข้ารับการตรวจภายในช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยทีมทันตแพทย์และทันตภิบาล จากนั้นในปีงบประมาณ 2564 จะนำกลุ่มที่ผ่านการคัดกรองจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพบว่ามียโรคเข้ารับการตรวจโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชัยภูมิ

อุปสรรคของพื้นที่ชัยภูมิอยู่ที่ข้อจำกัดของงบประมาณในการดำเนินงานและอุปสรรคด้านความรู้ที่จะเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ทันตแพทย์สามารถใช้อ้างอิงในการตรวจคัดกรองฯได้ ซึ่งพื้นที่ชัยภูมิต้องการให้มีการอบรมให้ความรู้แก่ทันตแพทย์เพื่อให้สามารถคัดกรองมะเร็งช่องปากได้ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิได้พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลในรูปแบบ Web application โดยเป็นการคัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและดำเนินการในระดับชุมชนเท่านั้นยังไม่มี การดำเนินการคัดกรองระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการสังเคราะห์ ข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยของทันตแพทย์ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์หาจุดอ่อนและจุดแข็งของการคัด กรองมะเร็งช่องปากเมื่อนำประเด็นจากการประชุมร่วมกับพื้นที่ในด้านกระบวนการคัดกรองมะเร็ง ช่องปากของแต่ละพื้นที่ พบว่ามีการออกแบบการเก็บข้อมูลที่คล้ายคลึงกันแต่ยังไม่เป็นระบบที่ ครบคลุม โดยเมื่อทำการสำรวจกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงได้แก่ ดื่มเหล้า เคี้ยวหมาก ใช้น้ำยาสูบ ทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน จากนั้นจึงนัดหมายวันที่เพื่อให้เข้ารับการตรวจ ช่องปากโดยทีมทันตแพทย์ จากประเด็นดังกล่าวโครงการวิจัยจึงได้นำกระบวนการของพื้นที่มา สังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองเพื่อให้เกิดความครอบคลุมโดยแบ่งกระบวนการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับได้แก่

การคัดกรองระดับชุมชน กำหนดให้เป็นการคัดกรองระดับ S1 ดำเนินการสำรวจผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป และมีพฤติกรรมสูบบุหรี่/เคี้ยวยาสูบ ใช้น้ำยาสูบ/ยาเส้น/เคี้ยว ดื่มเหล้า/เบียร์ เคี้ยว หมาก/เคี้ยวหมาก ทำงานกลางแจ้งเป็นประจำใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี อาการระคายเคืองในช่อง ปาก และมีประวัติเป็นโรคมะเร็งโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) จะเป็นผู้ทำการสำรวจ ซึ่ง งานวิจัยจะใช้เกณฑ์อายุของกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป ซึ่งจะแตกต่างจากการคัดกรองที่ดำเนินใน พื้นที่ซึ่งจะกำหนดอายุอยู่ที่ 60 ปีขึ้นไป ในการสำรวจกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านจะดำเนินการตามคัมที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านรับผิดชอบ และหากผู้ตอบมีพฤติกรรม

ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปจะถูกส่งรายชื่อให้ไปรับการตรวจคัดกรองช่องปากโดยทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการทดสอบโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องตามทีโครงการวิจัยได้ออกแบบไว้ เพื่อเป็นการ ทดสอบขั้นตอนการตรวจคัดกรองตั้งแต่ระดับS1-3 เพื่อทดสอบการใช้แบบเก็บข้อมูล ก่อนนำไปพัฒนาเป็นระบบสารสนเทศ

จากการเก็บข้อมูลของผู้ที่ใช้ระบบสารสนเทศในการคัดกรองมะเร็งช่องปากของ 4 จังหวัด (Klongnoi et al., 2021) พบว่าระบบสารสนเทศในการคัดกรองมะเร็งช่องปาก Beta version มีจุดที่ต้องปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้สามารถใช้งานได้ตรงตามวัตถุประสงค์ จึงได้วางแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาให้ระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้อยู่ในรูปแบบweb based (Sresumatchai V.et.al., 2021) โดยมีแนวทางในการพัฒนาดังนี้



ภาพที่ 7.4 แสดงวงจรในการพัฒนาระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (System Development Life Cycle: SDLC)

การวางแผน (Planning) หลังจากที่ได้แต่ละพื้นที่ได้ใช้ระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปาก(Beta version)เพื่อบันทึกข้อมูลในระดับการคัดกรอง S1 S2 S3 ซึ่งS1 การคัดกรองด้วยแบบสอบถามในระดับชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จากนั้นแบบดังกล่าวจะถูกส่งไปบันทึกข้อมูลโดยทีมของทันตภิบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อข้อมูลในระดับS1 ถูกบันทึกจนครบแล้วจะได้ข้อมูลของประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ซึ่งกลุ่มที่ผ่านการคัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงจะได้รับการตรวจคัดกรองโดยทันตภิบาลด้วยแบบคัดกรอง S2 และได้รับการตรวจภายในช่องปากซึ่งหากประชากรกลุ่มเสี่ยงมีรอยโรคที่ปรากฏให้เห็นหรือไม่แน่ใจเกี่ยวกับรอยโรคนั้น ทันตภิบาลจะบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อส่งตัวไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนโดยทีมวิจัยร่วมกับทีมของทันตแพทย์ในพื้นที่ โดยจะกำหนดวันเพื่อนำประชากรกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคส่งไปยังโรงพยาบาล

รหัสข้อมูล

Sync data

Sync data

dSA

กราฟ.สค

บัลเบต 2 มี ที่ ทับ

การปอง ซึ่งรเเมง อัดคตมกเรปโ

รับครลุมอ้าก็ ทับ

Application process

Script Server-side

Import ราชงาน

สจ.นกรราชสีมา

ลคิ หั ลาคิ วาม

รตสาคคทณั ทะฉั ทคิ วนงลุม มอ้อ ขงจอรปัส

ด.เวทคตัชู้ กั ท

จากการใช้งานโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อใช้ในการบันทึกข้อมูลในเขตนครชัยบุรีนทร์ เป็นระยะเวลา 1 ปีและเป็นการใช้งานโปรแกรมครบตามจำนวนพื้นที่ที่ได้วางแผนการลงเก็บข้อมูลไว้ ในการดำเนินงานช่วงถัดมาคือการลงเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ใช้งานโปรแกรมการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยทำการเก็บข้อมูลในรูปแบบการจัดประชุมกลุ่มย่อยของตัวแทนพื้นที่ประกอบด้วย โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา โรงพยาบาลภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ และ โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาของการบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรม ปัญหาการเข้าใช้งานโปรแกรม ปัญหาของรูปแบบรายงาน นอกจากนี้ยังเป็นการเก็บข้อมูลในส่วนของการความต้องการเพิ่มเติมต่อการใช้งาน โดย กิจกรรมที่ดำเนินการในด้านการวิเคราะห์ระบบโดยการลงพื้นที่ที่เป็นตัวแทนจำนวน 4 โรงพยาบาลประกอบด้วย โรงพยาบาลประทาย โรงพยาบาลภูเขียว โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ และโรงพยาบาล

ละหนาทรายเพื่อรวบรวมประเด็นปัญหาของการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Beta Version)

ตารางที่ 7.4 สรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
โรงพยาบาลปราชัย

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค ขั้นเตรียม	แนวทางการแก้ไข ปรับแก้ไข
-การเชื่อมฐานข้อมูลรายชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบกลุ่มเป้าหมาย พบว่า รายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านขึ้นในโปรแกรมคัดกรองฯ ไม่ครบทุกคน เช่น หมู่บ้านมี อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 8 คนแต่ขึ้นในโปรแกรมแค่ 5 คน	-เพิ่มรายชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในเอกสาร (paper) ด้วยลายมือ ข้อมูลที่แสดงในโปรแกรมและหน้าเว็บไซต์ กับข้อมูลที่สำรวจจริงจึงไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
-รายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านรับผิดชอบจริงมีมากกว่ารายชื่อที่แสดงในโปรแกรม เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 1 คนรับผิดชอบกลุ่มเป้าหมายจริง 10 คน แต่ในโปรแกรมฯ ขึ้นรายชื่อที่รับผิดชอบเพียง 5 คน	-ให้ลบรายชื่อออกจากใบรายชื่อของกลุ่มเป้าหมายที่พิมพ์มาจากโปรแกรมคัดกรองฯ
-รายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่เสียชีวิตแล้ว คัดรายชื่อออกจากฐานข้อมูล HIS แล้วแต่ในโปรแกรมคัดกรองฯ ยังมีรายชื่ออยู่	-ชี้แจงให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ตรวจสอบคัดกรองเฉพาะผู้ที่อยู่และรับผิดชอบจริง
-มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ซ้ำซ้อนแสดงในโปรแกรมคัดกรอง เช่น กลุ่มเป้าหมาย 1 คน แต่ มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่รับผิดชอบ มากกว่า 1 อสม	-แก้ไขที่อยู่ในเอกสาร (paper) ด้วยลายมือ
-ที่อยู่ของกลุ่มเป้าหมายในโปรแกรมคัดกรองฯ ไม่ถูกต้อง ตามไปตรวจสอบจากฐานข้อมูลในHIS พบว่าถูกต้อง เช่น นาย ก. อยู่หมู่บ้าน A แต่ที่อยู่ในโปรแกรม ไปอยู่หมู่บ้าน B	-ไม่ได้ลงข้อมูลในโปรแกรมฯ แต่เก็บเอกสารสำรวจ(paper) ไว้ติดตามข้อมูล -ชี้แจงผู้คีย์ข้อมูลทุกคนให้เลือกลงข้อมูลผลการคัดกรองเพียงรายชื่อเดียว -ส่งต่อข้อมูลให้กำชับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านต่อไป -ไม่ได้ลงข้อมูลในข้อที่ 9 เพราะเอกสารสำรวจที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ไม่มีให้ไปสำรวจข้อนี้
ขั้นคัดกรองระดับ S1 (อาสาสมัครสาธารณสุข	ขั้นคัดกรองระดับ S1 (อาสาสมัคร

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค ชั้นเตรียม	แนวทางการแก้ไข ปรับแก้ไข
หมู่บ้าน)	สาธารณสุขหมู่บ้าน) แก้ไข
-พิมพ์เอกสาร S1 มีรายชื่อกลุ่มเป้าหมายให้สำรวจ กลุ่มเสี่ยงแต่เมื่อจะลงข้อมูล S1 ในโปรแกรมฯ ค้นหารายชื่อดังกล่าวไม่เจอ ไม่สามารถลงข้อมูล S1 ได้	ไม่พบอุปสรรคในการคัดกรองระดับหมู่บ้าน
-รายชื่อกลุ่มเป้าหมายค้นหาจากโปรแกรมแสดง รายชื่อซ้ำกัน มากกว่า 1 รายชื่อ เช่น ค้นหา นาย ก แสดงรายชื่อ นาย ก 2 ชื่อ ผู้ศึยข้อมูลบางท่านศึย ข้อมูลทุกรายชื่อเมื่อสรุปข้อมูลผู้ได้รับการคัดกรองมี รายชื่อมากกว่าจำนวนเป้าหมาย เช่น เป้าหมาย10 คน แต่มีผู้ได้รับการคัดกรอง 12 คน	ปรับแก้ไขโปรแกรมให้ตรวจสอบข้อมูลซ้ำ ในขณะบันทึกข้อมูล
-อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่ได้สำรวจตามที่ มอบหมาย ไม่ได้จัดส่งเอกสารตามกำหนดเวลา - อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านบางท่านไม่ได้ลง สำรวจจริงหรือลงข้อมูลสำรวจจากคำบอกเล่าของ เพื่อนบ้านหรือญาติโดยไม่ได้ซักถามจาก กลุ่มเป้าหมายโดยตรง	จัดประชุมเพื่อทบทวนกระบวนการสำรวจ ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงอีกครั้ง
-เอกสารแบบสำรวจS1 ที่พิมพ์จากโปรแกรมมีให้ สำรวจ 8 ข้อ แต่ในโปรแกรมที่ให้ลงข้อมูลมี 9 ข้อ (ข้อที่เพิ่มมาจากใบสำรวจคือ บุคคลในครอบครัวมี ประวัติเป็นโรคมะเร็งหรือไม่)	ปรับแก้ไขโปรแกรมให้จำนวนข้อตรงกับ แบบสำรวจ
ขั้นคัดกรองระดับ S2 (ทันตภิบาล)	ขั้นคัดกรองระดับ S2 (ทันตภิบาล) แก้ไข
- กลุ่มเสี่ยงมีจำนวนมาก ด้วยเวลาที่จำกัดส่งผลให้ ไม่สามารถเลือกระบุให้เฉพาะผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมา คัดกรองได้ เป็นการประชาสัมพันธ์โดยรวมว่าจะมี เจ้าหน้าที่ไปตรวจคัดกรอง ผู้ที่มาคัดกรอง S2 จึงมี จำนวนมากทั้งผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและไม่เสี่ยง	-เจ้าหน้าที่ตรวจทุกคนที่มารับการคัดกรอง ก็พบว่ามิผู้ที่ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจาก S1 พบรอย โรคในช่องปากจากการมาคัดกรองด้วย ตนเอง รวมถึงพบว่าบางรายเป็นผู้ป่วยที่ ไม่ได้ผ่านการคัดกรองระดับ S1 มารับการ ตรวจด้วย (new screen)
-เอกสารแบบสำรวจS2มีรายละเอียดที่ต้องกรอก ข้อมูลเป็นจำนวนมากบางประเด็นเป็นการกรอก ข้อมูลซ้ำเช่น บัตรประชาชนเบอร์โทรศัพท์ ที่อยู่	-ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อไป

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค ชั้นเตรียม	แนวทางการแก้ไข ปรับแก้ไข
-ข้อมูลทั่วไปที่ให้กรอกในเอกสารแบบสำรวจ S2 เมื่อจะทำการลงข้อมูลในโปรแกรมพบว่าข้อมูลที่ขึ้นในโปรแกรมอยู่เดิมไม่สามารถแก้ไขให้ตรงตามที่สำรวจมาได้ เช่น สถานภาพ การศึกษา อาชีพ	-ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อไป
-ช่วงเวลาในการตรวจ จากที่กำหนดตารางเวลาการออกตรวจมีทั้งช่วงเช้าและบ่าย ส่วนใหญ่พบว่าช่วงบ่ายจะมีผู้มาคัดกรองน้อย เพราะกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร รวมทั้งผู้สูงอายุไม่สะดวกออกมาในช่วงบ่ายเนื่องจากอากาศร้อน	-ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อไป
- จุดที่ตั้งหน่วยคัดกรองอยู่ไกลจากหมู่บ้าน ด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่และระยะเวลาที่จำกัด ไม่สามารถกระจายไปตรวจ ทุกหมู่บ้านได้ จึงจำเป็นต้องกำหนดให้ 1 จุดคัดกรอง มีกลุ่มเป้าหมายจาก 3-4 หมู่บ้านมาคัดกรอง หมู่บ้านที่ใกล้จุด คัดกรองก็จะมามาก แต่ที่ไกลออกไปก็จะมาน้อย	-ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อไป
- ผู้ที่เป็นกลุ่ม new screen ที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรอง S1 หรือผู้ที่ผ่าน S1 แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มเสี่ยงแล้วมาคัดกรอง S2 พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงจากการสัมภาษณ์ซ้ำของเจ้าหน้าที่ S2 และทำการลงผลการตรวจในโปรแกรม พบว่าไม่ขึ้นข้อมูลผลการตรวจและรายละเอียดหน้า screen S2	-IT ทำการเชื่อมต่อข้อมูลให้แสดงผลการคัดกรองหน้า Screen S2
-การลงข้อมูลผลการคัดกรอง S2 ต้องเลือกรายชื่อจากหน้ากลุ่มเสี่ยงของ S1 ซึ่งมีจำนวนมาก ไม่สะดวกและใช้เวลาในการค้นหามาก	-IT เพิ่มช่องค้นหารายชื่อจากเลขบัตรประชาชนและรายชื่อให้ลงข้อมูลได้เร็วขึ้น

การสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขการคัดกรองมะเร็งช่องปากฯ รวมถึงประเด็นปัญหาการใช้งานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในเบต้าเวอร์ชันเพื่อนำไปวิเคราะห์และปรับปรุงแก้ไข โดยเป็นการเก็บประเด็นต่างๆจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากทั้งในกลุ่มทันตภิบาล และกลุ่มของทันตแพทย์โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ตารางที่ 7.5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. ทึนครราชสีมา อยากให้นำโปรแกรมไปใช้แทนระบบสารสนเทศที่มีอยู่ เพราะมีการเก็บข้อมูลด้านการรักษาทางทันตแพทย์	1.ปรับปรุงให้ระบบสารสนเทศมีความครอบคลุมในด้านการบันทึกข้อมูลการรักษาทางทันตกรรม
2. ระบบสารสนเทศที่ใช้งานอยู่ควรเป็นรูปแบบ cloud ถ้า Server ของระบบดับ จะเสียข้อมูลไม่ได้	2. ต้องพิจารณาความปลอดภัยของข้อมูลในการนำระบบขึ้น cloud เนื่องจากเป็นข้อมูลการรักษาของคนไข้
3. ข้อมูลสถานบุคคลที่ย้ายไปอยู่ที่อื่น แต่ตัวคนที่คัดกรองอยู่ในพื้นที่ อสม จะปล่อยคนที่คัดกรองคนนั้นเลย	3.ปรับแก้ไขโดยทำหน้าจอให้สามารถเพิ่มข้อมูลบุคคลเข้าสู่โปรแกรมได้ รวมถึงให้สามารถปรับปรุงข้อมูล อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้
4. ชี้แจงการทำงานของโปรแกรม oral cancer การดึงข้อมูลจาก ระบบ HIS และข้อมูลคนในพื้นที่ข้อมูลของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	4. ปรับวิธีการดึงข้อมูลจากระบบHISให้ดึงเพียงครั้งแรกของการเริ่มใช้งานโปรแกรมเท่านั้น จากนั้นเพิ่มหน้าจอสำหรับการบันทึกข้อมูลประชากรที่ไม่ปรากฏชื่อในระบบHIS
5. เพิ่มชื่อบุคคลรายใหม่ เพิ่มชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน โดย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5. ปรับปรุงโปรแกรมให้เพิ่มหน้าจอสำหรับรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
6. ข้อมูลคนที่ถูกคัดกรองซ้ำซ้อน ในกรณีคนถูกคัดกรอง ที่ไม่มี อสม ดูแล (ตามระบบ HIS)	6. ปรับปรุงรูปแบบการเชื่อมความสัมพันธ์ของฐานข้อมูลใหม่
7. Citizen ID ไม่ได้เป็น unique ในแต่ละปีที่ทำ การทดลอง	7.ปรับปรุงโดยการเพิ่มเงื่อนไขให้โปรแกรมเช็คซ้ำการบันทึกข้อมูล
8. ถ้ารู้ว่า คนที่ถูกคัดกรองอยู่ในความดูแลของ อสม1 คน แต่ ข้อมูลคนที่ถูกคัดกรองไม่มีชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน สามารถให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใส่ให้ได้ไหม	8. ตามข้อ 5-6
9. เปลี่ยนชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่รับผิดชอบคนที่ถูกคัดกรองไม่ได้ (อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ลาออก เสียชีวิต หรืออื่นๆ) (ลงผิดที่ในบัญชีครัวเรือนจะลบชื่อ อสม ไม่ได้อีกเลย)	9.ตามข้อ 5-6

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
10. ระบบเตือนว่า คนคัดกรองคนนี้ถูกคัดกรองแล้ว ในแต่ละปี ที่ S1 S2 S3	10.วิเคราะห์และปรับปรุงระบบเตือน
11. ชื่อนามสกุลของในระบบคัดกรอง กับ ในระบบ HISไม่เหมือนกัน หากมีการแปลงนามสกุล	11. ตามข้อ 4
12. ชื่อหมู่บ้านซ้ำกัน เวลาค้นหาอาจหา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ไม่เจอ	12. ตามข้อ 6
13. การคีย์ข้อมูล S2 ยังไม่ครบ จะสามารถคีย์ได้ถึง วันไหน (45 วันหลัง S3)	13.ตามขั้นตอนงานวิจัย
14. กรองข้อมูลคนที่มาคัดกรองแล้ว แต่ข้อมูลไม่เข้าที่ S2	14. ตามข้อ 6
15. การจำกัดข้อมูลคนไข้ที่บริเวณรอบๆ ใน รพ ไม่ได้ หรือ admin ไม่สามารถดูข้อมูลเชิงลึกได้	15. ปรับปรุงในversionใหม่
16. การเชื่อมต่อระหว่างโปรแกรมกับ HIS ยังมี ปัญหา ควรจะเชื่อมเพื่อดึงข้อมูลคนในพื้นที่แล้วจบ การเชื่อมกับ ระบบสารสนเทศที่ใช้ ให้มาเพิ่มเติม หรือแก้ไขในโปรแกรม Oral Cancer	16. ตามข้อ4.
17. แบบคัดกรอง S1 การอบรมสอนใช้โปรแกรม และความเข้าใจในแบบสอบถาม (มีการระคายเคือง มีรอยโรค ไม่มีความเสี่ยง แต่เป็นโรค Oral cancer อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่ไปถามยายจริงๆ แต่ make แบบ S1 ส่งมา)การระคายเคือง มีแผล มีร้อนในภายในช่องปาก	17. ต้องสอนทบทวนการใช้แบบสอบถาม หรืออาจจัดทำคู่มือการใช้แบบสอบถาม
18. สอนคัดกรอง Module 0 สำหรับ อสม Module1 ทันตภิบาล Module 2 ทันตแพทย์	18.จัดทำ Module training สำหรับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทันตภิบาล และทันตแพทย์
19. สื่อเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งช่องปาก (สมุดภาพ)	19.เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อให้ความรู้ ในระดับชุมชน
20. หากทำ S3 ครบแล้ว ทุกท่านจะอยากใช้ โปรแกรม และทำการคัดกรองในปีต่อๆ ไปไหม? (ตอนนี้ยังอยู่ในช่วงกรอกข้อมูล) ทำอย่างไรให้มัน ยั่งยืน มะเร็งช่องปากไม่ใช่เป็นปัญหาหลักของพื้นที่ ไม่ใช่KPI	20.ต้องนำงานวิจัยเสนอในระดับผู้จัดทำ นโยบาย

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
21. การทำการคัดกรองและรักษาให้ได้ครอบคลุม เป็นไปได้ยาก เพราะ คนไข้อยู่น้อย การเดินทางไป รพ.เพื่อรักษาได้ยาก การทนต่อการรักษาด้วยเคมี ความยากลำบาก อัตราอดชีพต่ำ	21. สรุปจากผลงานวิจัยพบว่าสามารถ ดำเนินการ 2 โมเดลคือ พื้นที่ขนาดใหญ่และ อยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์ สามารถใช้รูปแบบ การคัดกรอง โดย อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้าน(S1)จากนั้นนัดกลุ่มเสี่ยงไปตรวจที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(S2)และ กลุ่มที่มีรอยโรคนัดเข้าตรวจโดยทันตแพทย์ ที่โรงพยาบาลอำเภอ(S3) พื้นที่ขนาดกลาง และขนาดเล็กสามารถใช้รูปแบบเพื่อนช่วย เพื่อน โดยการคัดกรองระดับ อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านและระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล(S1-S2) สามารถให้ ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลและทันตภิบาล ลงคัดกรองในชุมชนซึ่งจะทำให้ได้กลุ่มที่มี รอยโรคชัดเจนจากนั้นนัดกลุ่มที่มีรอยโรค เข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอ(S3)
22.ชี้แจงเรื่องการ Follow up ที่ S1 S2 ประจำทุก 6 เดือน (ทางพื้นที่แจ้งว่า สามารถทำได้ปีละ 1 ครั้ง) (ตรวจผู้สูงอายุปีละครั้ง)(ช่วงวัยทำงานไม่ได้ อยู่ในพื้นที่)(การทำงานตามตัวชี้วัด ก่อนวัยเรียน ถึง ป6 และ ผู้สูงอายุ นอกนั้นอยู่ในช่วงทำงานปกติ ไม่นับเป็น KPI แต่มีสิทธิการรักษาให้)	22.สามารถผนวกงานวิจัยเข้ากับงานประจำ ได้

ประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข การคัดกรองมะเร็งช่องปาก โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งประเด็นปัญหาจะมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่

ตารางที่ 7.6 สรุปประเด็นปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โรงพยาบาลละหานทราย

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. ยกตัวอย่าง ยายใส คนที่ผ่านการคัดกรองจาก พื้นที่อำเภอประทายว่า ไม่มีปัจจัยเสี่ยง แต่ยายใส มารักษามะเร็งช่องปากที่ลิ้นภายหลังจากการคัด กรองไม่นาน	1. ต้องแก้ปัญหาด้วยการจัดอบรมModule “0”ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เพื่อให้เข้าใจรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่อง ปากในระดับชุมชน

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
2. กระบวนการของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในแต่ละขั้นตอนต้องชัดเจน(หรือ guideline)และทุกคนที่ช่วยเก็บข้อมูลต้องปฏิบัติตาม กระบวนการที่วางไว้อย่างครบถ้วน	2.ควรจัดทำรูปเล่ม guideline เพื่อให้ผู้ที่เก็บข้อมูลรวมถึงใช้เป็นเกณฑ์ในการปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
3. โมเดล S1, S2, S3 (ประทาย) และโมเดล S1+S2, S3 ที่อำเภอละหานทราย S1 อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน S2 ทันตภิบาลและทันตแพทย์ (โมเดลที่พื้นที่ประยุกต์) เนื่องจากบุคลากรไม่พอและโปรแกรมยังไม่ค่อยสมบูรณ์ (ตัวอย่างโมเดลขนาดเล็ก)	3.สรุปจากผลงานวิจัยพบว่าสามารถดำเนินการ2 โมเดลคือ พื้นที่ขนาดใหญ่และอยู่ใกล้โรงพยาบาลศูนย์ สามารถใช้รูปแบบการคัดกรอง โดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน(S1)จากนั้นนัดกลุ่มเสี่ยงไปตรวจที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(S2)และกลุ่มที่มีรอยโรคนัดเข้าตรวจโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลอำเภอ(S3) พื้นที่ขนาดกลางและขนาดเล็กสามารถใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยการคัดกรองระดับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(S1-S2) สามารถให้ทันตแพทย์ของโรงพยาบาลและทันตภิบาลลงคัดกรองในชุมชนซึ่งจะทำให้ได้กลุ่มที่มีรอยโรคชัดเจนจากนั้นนัดกลุ่มที่มีรอยโรคเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลอำเภอ(S3)
4.การเตรียมข้อมูลผู้ที่ต้องถูกคัดกรองให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	4. ปรับปรุงโปรแกรมให้เป็นระบบออนไลน์
5. Bug ของระบบสารสนเทศเดิมในการจัดการอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และข้อมูลผู้ย้ายเข้ามาใหม่และไม่เคยมาใช้บริการการรักษา จะไม่มีข้อมูลอยู่ในระบบ HIS	5.เพิ่มหน้าจอให้สามารถเพิ่มหรือลดรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและเพิ่มหน้าจอให้สามารถเพิ่มข้อมูลประชากรได้
6. ควรเพิ่มชื่อคนในพื้นที่ได้	6. ดำเนินการดังข้อ 5
7. ไม่ควรตั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็นหลัก ควรจะเอา กลุ่มประชากรเป็นหลักและเอาชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน เป็น tag ไว้ด้านหลัง	7.ปรับปรุงวิธีการทางด้านฐานข้อมูลโดยการรับเข้าข้อมูลจากระบบHISเพียงครั้งแรกครั้งเดียวจากนั้นปรับรูปแบบการเชื่อมความสัมพันธ์ของระบบฐานข้อมูล
8. report รายชื่อกลุ่มประชากรที่ S1 และ S2ให้มีรูปแบบที่เป็นลักษณะเดียวกันคือให้แยกชื่อกลุ่มประชากรตามหมู่บ้าน	8.ปรับระบบรายงานให้แยกรายงานประชากรกลุ่มเสี่ยงเป็นรายหมู่บ้าน

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
9. citizen id ของผู้มาคัดกรองซ้ำซ้อนกันในปีที่คัดกรองเดียวกัน (น่าจะแก้ไขแล้ว)	9. ปรับแก้ไขโปรแกรมให้ตรวจสอบซ้ำของเลขบัตรประชาชนเพื่อกันการบันทึกข้อมูลซ้ำเรียบร้อยแล้ว
10. อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน นั่งทำแบบไม่ได้ออกไปสำรวจจริง เพราะเป็นแม่ค้าและช่วงเวลาไม่ตรงกับที่จะไปสำรวจ	10. แก้ไขโดยการจัดทำGuidelineในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
11. ต้องการลด workload ของทันตภิบาลจากการที่ต้องบันทึกข้อมูลการคัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเข้าสู่ระบบสารสนเทศการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	11. ปรับระบบสารสนเทศเดิมให้เป็นระบบออนไลน์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านสามารถบันทึกข้อมูลผ่านสมาร์ทโฟนได้เพื่อเป็นการลดภาระงานของทีมทันตภิบาล และปรับการออกรายงานให้แบ่งตามหมู่บ้าน
11.1 ให้ อสม กรอก S1 เอง	
11.2 การแบ่งคนที่มาจากแต่ละหมู่บ้าน (เรียงตามหมู่บ้าน ไม่ใช่เรียงตามชื่อคนในกลุ่มประชากร)	
12. ไม่สามารถแก้ไข ชื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ประจำบ้านได้	12. แนวทางการปรับตามข้อ 5
13. form S3 ที่แบบ กับ form S3 ในโปรแกรม ไม่เหมือนกัน	13.ปรับโปรแกรมการบันทึกข้อมูลS3ให้ตรงกับแบบที่ใช้ในการคัดกรอง
14. กลุ่มประชากร ไม่ได้อยู่ในความรับผิดชอบของอสม คนนั้นๆไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้	14. ปรับโดยการเพิ่มหน้าจอให้บันทึกแก้ไขข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ถูกต้อง
15. กลุ่มประชากร มีชาวต่างชาติบ้างไหม? แล้วจะทำการคัดกรองไหม? ทำเฉพาะคนไทยเพราะทุน วช ของประเทศไทย	15.คัดกรองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่เป็นประชากรไทย
16. ชื่อ อสม ซ้ำ (ไม่แน่ใจว่าซ้ำตั้งแต่ที่ HIS เลย หรือเปล่า)	16. ปรับแก้ตามข้อ 5
17. ตัวเลขกลุ่มเป้าหมายที่หน้าแต่ละ step ไม่เท่ากันทั้ง type ใหญ่ และเล็ก	ปรับแก้ไขที่ตัวโปรแกรม
20. เป็นไปได้ไหมที่จะดึงข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่แบบ S1 มาใส่ในแบบ S2	ปรับแก้ไขที่ตัวโปรแกรม
21. กรอกข้อมูลแบบ S3 เวลากรอกข้อมูลไปแล้วแต่ไม่สามารถแก้ไขได้	ปรับแก้ไขที่ตัวโปรแกรม

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
22. แบบ S1 + ทำงานกลางแดดประจำ สงสัยว่ามีประวัติเคยทำนา ต้องตอบอย่างไร ประวัติการเป็นมะเร็ง เอาเฉพาะตัวเองหรือครอบครัวด้วยหรือไม่ ระบายเคืองช่องปากหรือไม่	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
23. ไม่เสี่ยง ไม่มา(คัดกรอง) ช่องของเจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านไม่มีความเข้าใจจึงเลือกมาทั้งสองช่อง	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
24. ตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
25. แบบ S1 ใช้กระดาษเยอะมาก อยากให้เป็น Excel ด้วยเพราะช่องมันกว้างและเปลืองกระดาษ	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
26. Line ID ไม่มีข้อมูลที่ถูกรอก แทบจะ 100% แล้วถามไปเพื่ออะไร	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
27. ระบบแจ้งเตือนสามารถใช้งานได้ไหม	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
28. การผลักดันให้เป็น นโยบาย และอุปสรรคบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอต่อการคัดกรอง 100% ของกลุ่มประชากร	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
29. S3 ยังบันทึกข้อมูลอยู่ การกรอก S1 และ S2 กระชั้นชิดมากในบางพื้นที่	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
30. การตั้ง follow-up ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะคัดกรองคน 35 ปีขึ้นไป ทุกปีอยู่แล้ว จะเพิ่มคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วย ส่วนแบบ S2 ค่าเฉลี่ยของการดื่มเหล้า คนกรอกจะต้องนั่งประมาณให้แทบทุกคน ควรจะมีช่อง ติดตามเทศกาล ดื่มมาก ดื่มน้อย ดื่มเครื่องดื่มสุราประเภทอื่นๆ	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
31. หมาก ยาเส้น ยาจุก(ใช้ในสวนที่ไม่สามารถสูบได้)	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
32. เพิ่มมุมปาก ชาย ขวา ชายและขวา	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
33. แบบ S3 กรอก 2 หรือ 3 รีชั้นไม่ได้ เช่น ริมฝีปากมีอาการอย่างหนึ่ง ลิ้นมีอาการอย่างหนึ่ง และข้อ 2. PMD และ Not PMD หรือ ระบุวิธีการรักษาแต่ละจุดไม่ได้	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล

ประเด็นปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
34. แบบ S3 ในโปรแกรม ควรจะมี default แต่ละจุดเป็นปกติ แล้วให้กรอกเฉพาะจุดที่ผิดปกติ และควรกรอกในแต่ละจุดว่าเป็น PMD และการรักษา เช่นไร	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
35. แบบ S3 ในโปรแกรม ควรจะระบุว่า คนไข้คนนั้น มีความผิดปกติที่จุดไหน เช่น มีสีแดงบนตัวอักษร ริมฝีปากบน และส่วนอื่นเป็นสีอื่น	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
36. แบบ S3 ในโปรแกรม ไม่เหมาะกับการรักษาทางทันตกรรมหลายจุด	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
37. แบบ S3 ในโปรแกรม เมื่อกรอกข้อมูลว่า ปกติ แต่เมื่อเลือก แก้ไข ระบบจะแสดงว่าผู้มาคัดกรองนี้ ผิดปกติ และการนัดจะเป็น 2week ตลอด ทั้งๆ ที่กรอกว่า นัด 3เดือน แล้ว (ทำไมเข้าหน้าแก้ไข	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
38. report ของ S3 ไม่ work เพราะ เมื่อติ๊ก ปกติ ควรระบุว่า คนไข้ปกติ แต่ขึ้นว่า ไม่วินิจฉัย	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล
39. แบบ S3 มีความสับสนในการกรอกข้อมูล เช่น หมอระบุว่า Not PMD แต่จริงๆ คือ ปกติ แล้วหมอคนที่กรอกจะกรอกอย่างไร	จัดทำคู่มือในการเก็บข้อมูล

บทสรุป

วิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปาก และได้ระบบสารสนเทศการติดตามผลคนไข้มะเร็งช่องปากเขตนครชัยบุรีรินทร์ โดยใช้แนวทางในการในการพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากจะเลือกใช้ SDLC ที่มีรูปแบบเป็น Iterative and Incremental Development โดยแบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) และการบำรุงรักษา (Maintenance) การวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนแรก เป็นการพัฒนาในลักษณะ Interactive คือการพัฒนากระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบ Pilot version จะมีการทดลองใช้ในพื้นที่เป็นเวลาประมาณ 1 ปี เพื่อทดสอบรูปแบบการบันทึกข้อมูลตั้งแต่การคัดกรองระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดย Pilot version จะมุ่งเน้นที่รูปแบบการคัดกรองและทดสอบการใช้แบบในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับ S1-S3 จากนั้นจะมุ่งสู่การพัฒนาสารสนเทศใน เวอร์ชันถัดไป โดยจะเริ่มใช้

วงจรการพัฒนาระบบ ในส่วนที่ 2 จะเป็นการวิเคราะห์ระบบโดยจะมีจุดเชื่อมจากการจำลองแบบโดยมีวงรอบด้านนอก ซึ่งจะมีอยู่ 3 ขั้นตอนที่ต้องวนรอบทำซ้ำและทำเพิ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) เริ่มจากการพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากของรอบที่ 1 ของ SDLC

การวางแผนจำนวนรอบที่จะทำซ้ำและระบบที่ต้องพัฒนาเพิ่ม โดยเป็นการดำเนินการในวนรอบทำซ้ำและทำระบบเพิ่มในขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบ การออกแบบ การพัฒนาและติดตั้งระบบ โดยจะดำเนินการซ้ำในจุดของการวิเคราะห์จากวงของด้านนอกคือ SDLC เข้าเชื่อมต่อตำแหน่งของการวิเคราะห์ที่วงด้านในคือการพัฒนาระบบแบบ Interactive โดยในแต่ละรอบด้านในจะมีการทำฟังก์ชันงานต่างๆเพิ่มจนครบ ซึ่งจะเมื่อพัฒนาในวงรอบด้านนอกตามรูปแบบการพัฒนาโดยยึดตามแนวทาง Waterfall Model แล้วจะได้ระบบสารสนเทศการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก Version 1 ในแนวทางการวางแผนเพื่อพัฒนาและติดตั้งระบบสารสนเทศใน Version 1 แล้วจึงเข้าสู่การขั้นตอนการซ่อมบำรุงระบบโดยจะเป็นการเก็บข้อมูล และเก็บความผิดพลาดในบางส่วนของการใช้งานระบบสารสนเทศในระหว่างที่มีการใช้ระบบงานจริงในพื้นที่สำหรับการคัดกรองและการติดตามผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก โดยทีมวิจัยจะดำเนินการกระทำซ้ำต่อการพัฒนาระบบทั้งนี้รอบในการดำเนินการซ้ำจะขึ้นอยู่กับข้อมูลย้อนกลับที่ได้รับดังตารางแสดงกิจกรรมของแบบจำลอง เทคนิคและเครื่องมือในขั้นตอนการวางแผน

คำถามท้ายบท

1. อธิบายรูปแบบของ Iterative and Incremental Development
2. อธิบายผังโครงสร้างการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย
3. อธิบายการทำงานของโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Beta version)

เอกสารอ้างอิง

- Gurung, G., Shah, R., & Jaiswal, D. (2020). Software development life cycle models: A comparative study. *International Journal of Scientific Research in Computer Science, Engineering and Information Technology*, 6(4), 30–37. <https://doi.org/10.32628/CSEIT206410>
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-O. P., Fuangtharntip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from four northeastern provinces in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9390. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179390>
- Sresumatchai, V., Klongnoi, B., Nityasuddhi, D., Klaewkla, J., & Akko, M. (2021). The development of dental informatics of oral cancer screening for prevention in community level: A prototype study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3865–3873. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.12.3865>
- Stefanou, C. J. (2003). System development life cycle. In H. Bidgoli (Ed.), *Encyclopedia of information systems* (Vol. 4, pp. 329–344). Elsevier.

บทที่ 8

วิเคราะห์รูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปาก

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากของพื้นที่นครชัยบุรินทร์ ที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อสอบถามวิธีการคัดกรองมะเร็งช่องปากตามรูปแบบที่เน้นการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยมุ่งที่ประชาชนในชุมชนเป็นหลัก(Philip et al., 2018) ซึ่งวิธีการที่ใช้มีความแตกต่างกันใน 2 รูปแบบ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์จากพื้นที่ทั้งหมดพบว่ารูปแบบการคัดกรองสามารถทำได้ 2 โมเดล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของพื้นที่ดังนี้

รูปแบบโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

โมเดลพื้นที่ใหญ่

โมเดลพื้นที่ใหญ่ หรือโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบที่ 1 หรือมหาราชโมเดล สามารถดำเนินการได้ในพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีบุคลากรตำแหน่งทันตภิบาลที่อยู่ประจำครบในทุก รพ.สต. โดยมีขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ปฏิบัติตั้งแต่ระดับ S1 ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปด้วยแบบคัดกรองสำหรับ อสม. S1 โดยแบบคัดกรองนั้นทีม อสม.จะสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมผัสอยู่ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า1ปี ทำงานกลางแดดเป็นประจำสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้ยาสูบ/ยาเส้น/เคยใช้ยาเส้นหรือยาสูบเคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยวหมาก ทำงานกลางแดดเป็นเวลานาน มีสิ่งระคายเคืองหรืออาการระคายเคืองในช่องปาก มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง หากผู้ที่ได้รับการคัดกรองมีปัจจัยเสี่ยง จะได้รับการนัดหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองช่องปากเบื้องต้นโดยทีมทันตภิบาล ณ รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่และแบบ S1 ที่กรอกข้อมูล

ในการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากจะประกอบไปด้วย 3 กลุ่มที่ได้ผลจากการคัดกรอง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือประชากรที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งจากข้อคำถาม กลุ่มที่ 2 คือประชากรที่ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามข้อคำถาม และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่อสม.ไม่พบตัวตามรายชื่อซึ่งหมายถึงกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองตามที่ อสม. แจ้งไว้

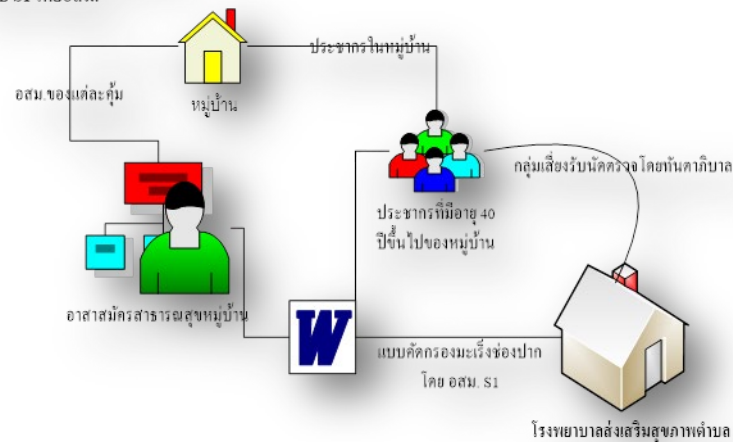
กลุ่มที่ 1 คือ ประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปาก(Irani, 2020)อย่างใดอย่างหนึ่งตามข้อคำถามจะได้รับการนัดหมายให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ 2 คือ ประชากรที่ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามข้อคำถาม ซึ่งกลุ่มนี้อสม.จะต้องทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองปีละ 1 ครั้งตามแบบตารางคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากโดย อสม.

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มประชากรที่ อสม. ไม่พบตัวในวันที่ทำการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ต่อเมื่อได้พบตัวให้เริ่มทำการคัดกรองตามตารางฯ และหากพบว่าสัมผัสปัจจัยเสี่ยงให้นัดหมายเพื่อส่งตรวจตามกลุ่มที่ 1 หรือหากกรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยงให้ดำเนินการตามกลุ่มที่ 2

อสม. ที่ทำการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากสามารถบันทึกข้อมูลความเสี่ยงมะเร็งช่องปากเข้าสู่ระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปากได้ทันที

ทางเดินข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก
ระดับ S1 โดยอสม.

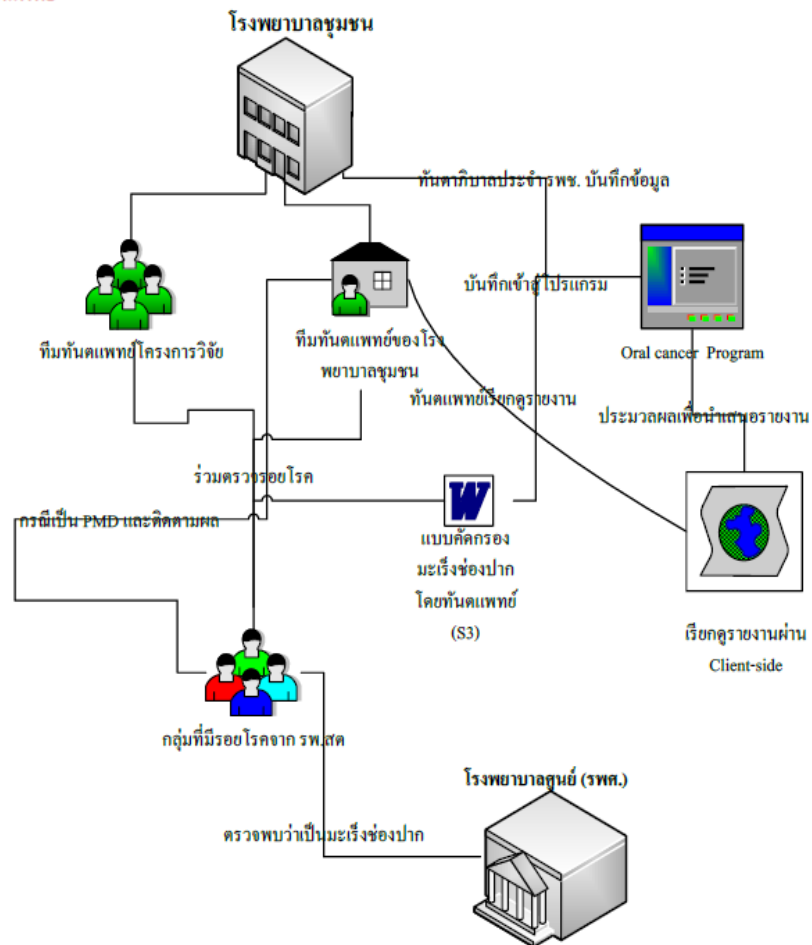


ภาพที่ 8.1 โมเดลขนาดใหญ่ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

การคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการนัดหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาลด้วยการใช้แบบสอบถามสำหรับทีม ทันตภิบาล (S2) ซึ่งขั้นตอนก่อนที่จะทำการคัดกรองให้กลุ่มเสี่ยงนั้น ทันตภิบาลต้องทำการบันทึกข้อมูลจากแบบคัดกรอง (S1) ที่ได้รับจาก อสม.เข้าสู่โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากก่อนที่จะเริ่มตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ผ่านการสอบถามโดย อสม. และทันตภิบาลต้องทำการบันทึก

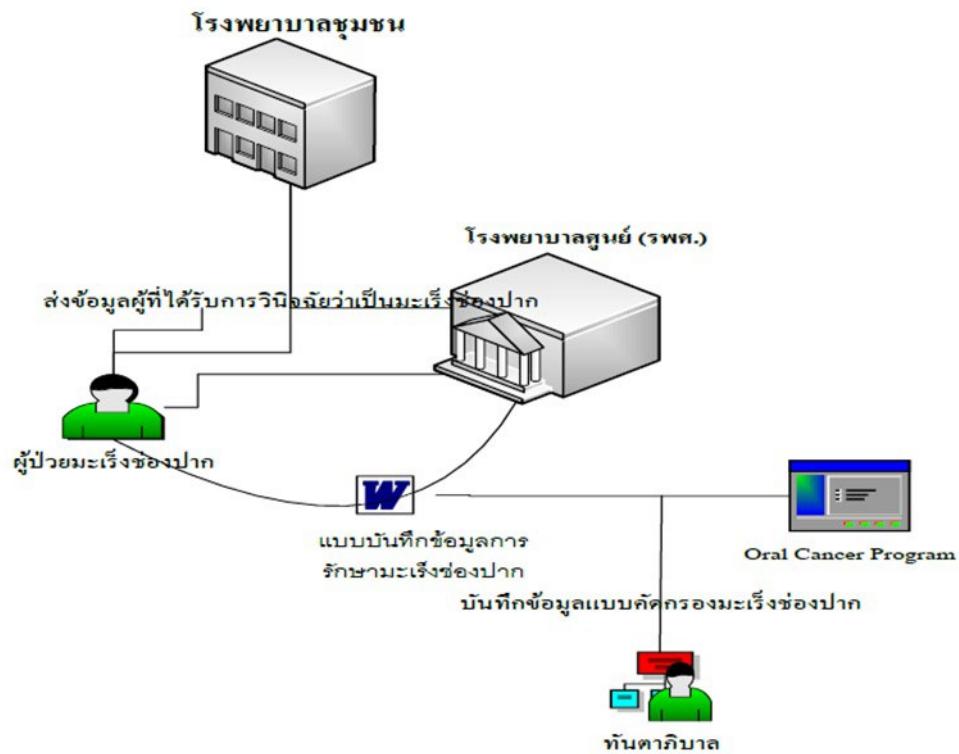
เสร็จสิ้นโครงการวิจัยจะส่งผลให้รพช.แจ้งผลขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย หากผลขึ้นเนื้อคือ PMD รพช.จะบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก กรณีพบว่าเป็นรอยโรคของมะเร็งช่องปาก จะบันทึกข้อมูลส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์

**ทางเดินข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับ S3
โดยทันตแพทย์**



ภาพที่ 8.3 ทางเดินข้อมูลการคัดกรองระดับ รพช. (ระดับ S3)

กรณีผู้ที่มีรอยโรคของมะเร็งช่องปากจะถูกตัวเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ โดยรพช.จะคลิกส่งข้อมูลเพื่อรักษามะเร็ง ซึ่งทันตแพทย์ที่รักษาผู้ที่มีรอยโรคมะเร็งจะใช้แบบการรักษาซึ่งโครงการวิจัยได้ทำการออกแบบเพื่อเก็บข้อมูลวิธีการรักษาและบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม Oral cancer

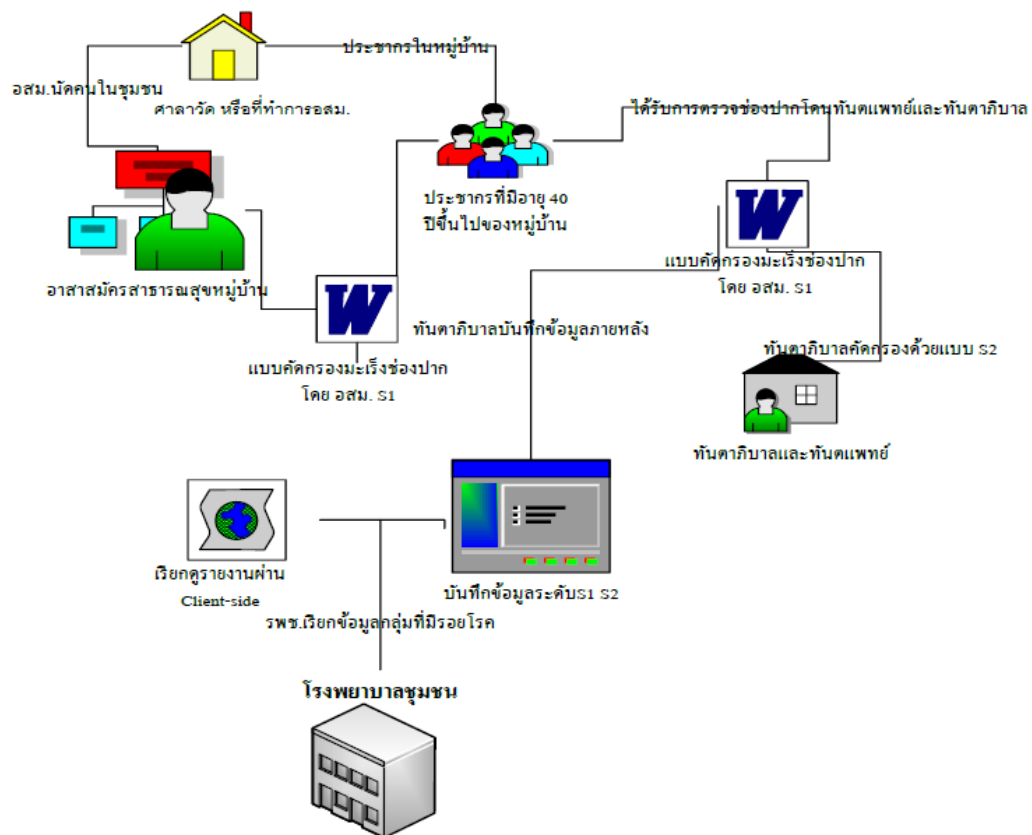


ภาพที่ 8.4 ทางเดินข้อมูลการรักษาและมะเร็งช่องปากโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์

ในรูปแบบการใช้โมเดลพื้นที่ใหญ่ หรือโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบที่ 1 หรือมหาราชโมเดล พบว่าข้อมูลของกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองจำนวนมาก ซึ่งข้อมูลส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มที่มีรอยโรคไม่รุนแรงและสามารถหายได้จากการดูแลสุขอนามัยช่องปาก และจุดอ่อนที่สำคัญเมื่อดำเนินการคัดกรองโดยแยกตามขั้นตอนตั้งแต่ทีม อสม. รพ.สต.และรพช.พบว่ามีความท้าทายในการทำงานในระดับชุมชนเนื่องจากมีพื้นที่ขนาดใหญ่ประกอบกับอสม.ส่วนใหญ่ค้าขายจึงไม่เกิดความครอบคลุมในการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน

โมเดลพื้นที่เล็ก

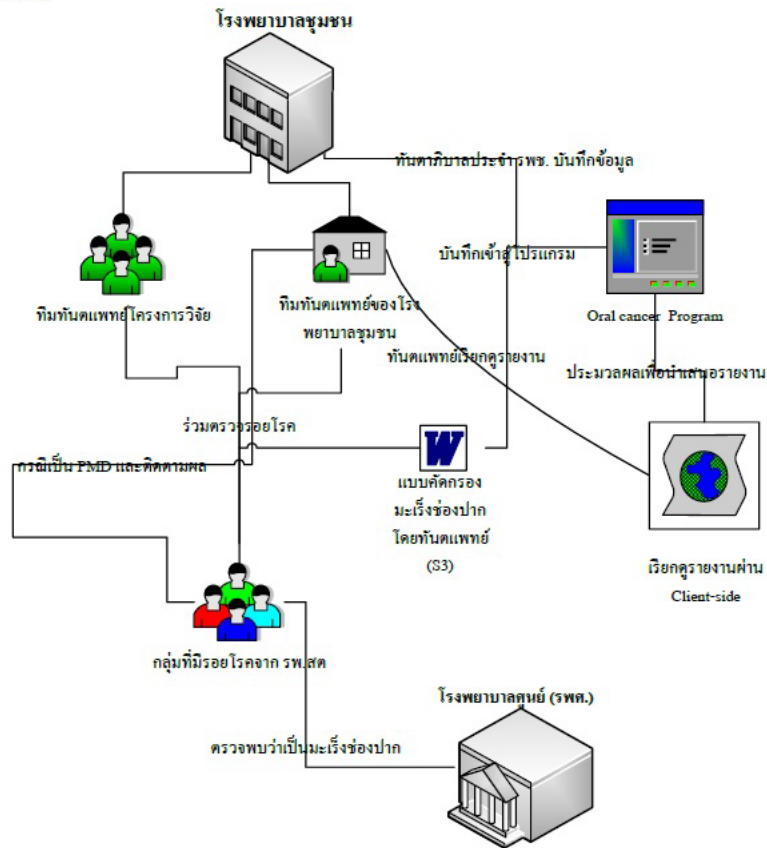
โมเดลพื้นที่เล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการรวมระดับของหมู่บ้านหรือ S1 กับระดับ รพ.สต.ไว้ด้วยกัน หรือ S2 และทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเข้าช่วยในการตรวจคัดกรองโดยการแจ้งประชากรของชุมชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ณ ชุมชน เช่นที่วัด หรือที่ทำการของอสม.ในชุมชน



ภาพที่ 8.5 ทางเดินของข้อมูลการคัดกรองระดับ S1 รวมกับ S2

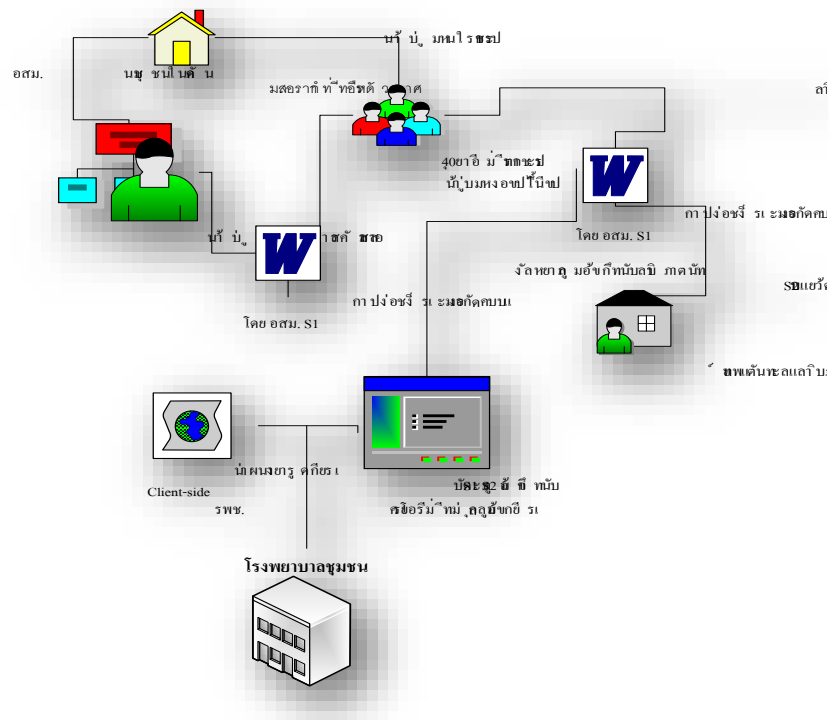
กลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคในช่องปากจะถูกนัดหมายให้เข้ารับการตรวจโดยทีมของทันตแพทย์ทีมวิจัยร่วมกับทันตแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชน(รพช.) โดยใช้แบบคัดกรองมะเร็งช่องปากสำหรับทันตแพทย์ กรณีตรวจพบรอยโรคและทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจไปยังคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อผลการตรวจเสร็จสิ้นโครงการวิจัยจะส่งผลให้รพช.แจ้งผลขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยหากผลขึ้นเนื้อคือ PMD รพช.จะบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก กรณีพบว่าเป็นรอยโรคของมะเร็งช่องปากจะบันทึกข้อมูลส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์

ทางเดินข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับ S3
โดยทันตแพทย์



ภาพที่ 8.6 ทางเดินข้อมูลการคัดกรองระดับ รพช. (ระดับ S3) ของโมเดลพื้นที่เล็ก

ในรูปแบบของโมเดลข้อมูลพื้นที่ขนาดเล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่าข้อมูลกลุ่มที่มีรอยโรคเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีรอยโรค PMD รอยโรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคแดง รอยโรคขาวที่แม่นยำขึ้น ทำให้ทีมวิจัยสามารถพบข้อมูลและกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคช่องปากอย่างชัดเจนรวมถึงให้การรักษาได้ทันก่อนที่รอยโรคอื่นจะกลายเป็นมะเร็งช่องปาก นี่คือการจุดแข็งของโมเดลพื้นที่เล็ก แต่จุดอ่อนของโมเดลนี้ทำให้ได้ข้อมูลและจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่น้อยกว่าการใช้โมเดลใหญ่ เนื่องจากต้องใช้ทันตแพทย์ลงไปช่วยตรวจคัดกรองในชุมชนเมื่อทำการรวมระดับคัดกรองของ S1 และ S2 เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งโมเดลนี้สามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีปัญหาขาดแคลนทันตภิบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องใช้ทีมทันตแพทย์จากรพ.เข้าทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่หมู่บ้าน



ภาพที่ 8.7 โมเดลขนาดเล็กการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับชุมชน

จากการวิเคราะห์การดำเนินงานเพื่อให้ได้ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากพบว่าข้อจำกัดอยู่ที่การพัฒนาโปรแกรมให้ทำงานเป็นสองส่วนคือ ส่วนการบันทึกข้อมูลระดับ S1 S2 S3 และส่วนการนำเสนอโปรแกรมในรูปแบบ Client-side เพื่อดูรายงาน นอกจากนี้การบันทึกข้อมูล ระดับ S1 S2 ที่ดำเนินการโดยทันตภิบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ต้องบันทึกข้อมูลแทน อสม.เป็นการเพิ่ม workload ให้กับทีมปฏิบัติงานที่ รพ.สต. และการใช้งานโปรแกรม oral cancer ที่มีข้อจำกัดการใช้งานในรูปแบบ Intranet ส่งผลให้การบันทึกข้อมูลมีความล่าช้า รวมถึงข้อจำกัดที่ไม่สามารถปรับแก้ไขหรือเพิ่มเติม อสม.ที่เข้าปฏิบัติงานใหม่และประชากรบางกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับบริการทางสุขภาพที่ รพ.สต. จึงไม่ปรากฏชื่อในฐานข้อมูล HIS ซึ่งเป็นฐานข้อมูลที่ โปรแกรม oral cancer ทำการ Sync data เข้าสู่ฐานข้อมูลของโปรแกรมฯ รวมถึงการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อปรับปรุงโปรแกรมจาก Beta version สู่ โปรแกรม oral cancer ฉบับสมบูรณ์

จากการวิเคราะห์โมเดลในการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนพบว่า มีจุดอ่อนในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่ขาดองค์ความรู้ในเรื่องของการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับการสื่อสารกับประชากรในหมู่บ้าน รวมถึงไม่สามารถให้คำปรึกษากับคนในชุมชนในเรื่องของอาการมะเร็งช่องปาก การที่จะดำเนินการเพื่อให้รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากยังสามารถดำเนินการต่อไปได้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืนหรือ SDGs ทั้งหมด

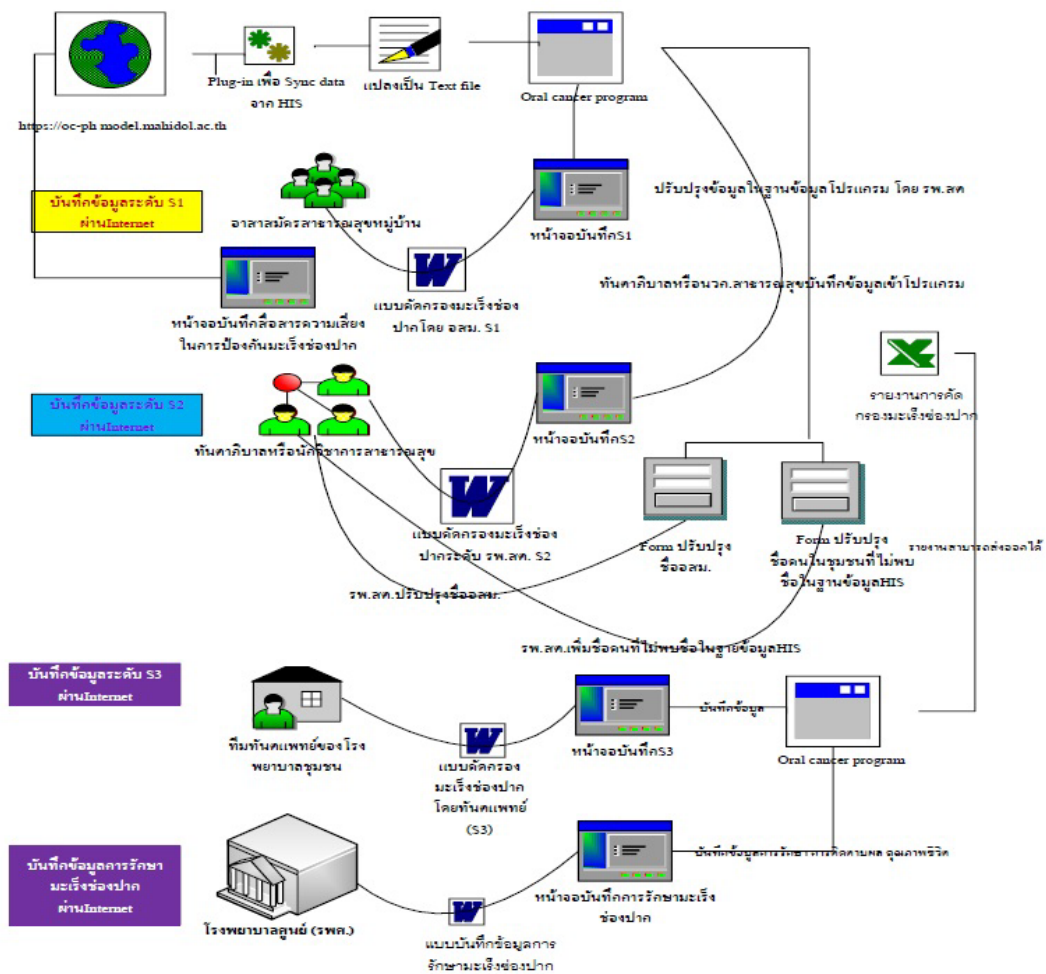
17 ประการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ 3: การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป้าหมายที่ 4: การศึกษาที่เท่าเทียม และเป้าหมายที่ 9: อุตสาหกรรม นวัตกรรม โครงสร้างพื้นฐาน



ที่มาของภาพ: <https://science.mahidol.ac.th/sdgs/SDGs-17.php>

การออกแบบ (Design) ระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

จากข้อกำหนดของโปรแกรม Beta version ที่มีรูปแบบการทำงานในสองส่วนและข้อกำหนดการใช้งานได้เพียงระบบIntranet ของหน่วยงาน ข้อกำหนดในการเรียกดูรายงานที่ไม่ครอบคลุมสิทธิ์การเข้าใช้รายงานของ รพช.ที่ไม่สามารถเรียกดูรายงานของรพ.สต.ในพื้นที่ความรับผิดชอบได้ จึงได้มีการวิเคราะห์โปรแกรม oral cancer เพื่อทำการออกแบบโปรแกรม oral cancer ให้เหลือเพียงการทำงานส่วนเดียว ทั้งในส่วนการบันทึกข้อมูลการคัดกรอง ระดับ S1 –S3 และระบบการเรียกดูรายงานให้อยู่ในรูปแบบของ home page รวมถึงการลด workload ในการบันทึกข้อมูลด้วยการจัดรูปแบบให้ออสม.เข้าบันทึกข้อมูลการคัดกรองระดับ S1 ได้และลดข้อกำหนดการใช้งานที่เป็นเพียง Intranet ให้สามารถใช้ได้ในรูปแบบ Internet



ภาพที่ 8.8 ผังการออกแบบเพื่อปรับปรุงโปรแกรม Oral cancer ให้ทำงานในรูปแบบ Internet

การสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐานของโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง จังหวัดได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ จึงสามารถสรุปเพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับพื้นที่ต่างที่มีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันได้ดังนี้

ตารางที่ 8.1 การสร้างโมเดลเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากและการบันทึกข้อมูล

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
ระดับหมู่บ้าน (Screen 1:S1)	การคัดกรองในระดับหมู่บ้าน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับความ ร่วมมือจากกลุ่มของอาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ด้วย การสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่จะ	สำหรับการคัดกรองระดับหมู่บ้านการที่ จะมีข้อมูลจำนวนผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป และอสม.ผู้ที่จะเป็นด่านแรกสำหรับการ คัดกรองนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้อง มีข้อมูลที่ถูกต้องของ อสม.ที่มีหน้าที่ดูแล

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
	ก่อให้เกิดมะเร็งช่องปาก โดยเริ่มจาก ใครบ้างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก - ผู้ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย - มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้ยาสูบ/ยาเส้น/เคยใช้ดื่มแอลกอฮอล์/เปียร์ เคี้ยวหมาก/เคี้ยวเคี้ยว ทำงานกลางแจ้งเป็นประจำ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี อาการระคายเคือง ในช่องปาก มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง - ให้ความรู้หรือสามารถอธิบายว่ามะเร็งช่องปากคืออะไร เกิดจากอะไร	คนในชุมชนแต่ละคุ้มหรือบ้านแต่ละหลัง หากชุมชนนั้นๆเป็นรูปแบบผสมระหว่างชุมชนชนบทและชุมชนเมือง จะพบประเด็นปัญหาที่จะไม่มีข้อมูลในส่วน of ชุมชนเมือง ทั้งนี้เพราะลักษณะของชุมชนเมืองจะเป็นชุมชนรุ่มรวย ซึ่งจะไม่มียอมรับผิดชอบดูแลสุขภาพซึ่งจะแตกต่างจากชุมชนชนบท ปัญหาที่พบจากงานวิจัย ชุมชนเมืองหรือชุมชนรุ่มรวย หมายถึง ชุมชนที่เป็นหมู่บ้านจัดสรร และชุมชนคอนโดมิเนียม ซึ่งทั้งสองรูปแบบของชุมชนจะมีนิติบุคคลดูแลการเข้าพื้นที่ จึงเสมือนเป็นพื้นที่ส่วนบุคคลแต่มีบ้านผู้อยู่อาศัยมากมาย ซึ่งพื้นที่ดังกล่าวจะไม่มี อสม.ดูแลสุขภาพตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข วิธีแก้ปัญหาระหว่างทำวิจัย จำเป็นต้องประยุกต์ให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ดูแลเขตพื้นที่นั้นๆ ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลและประสานงานไปยังนิติบุคคลของหมู่บ้านจัดสรรหรือคอนโดมิเนียมเพื่อขอเข้าพื้นที่ในการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับหมู่บ้าน โดยมีทีมอสม. ที่อยู่ใกล้เคียงเข้าร่วมเป็นทีมคัดกรองมะเร็งช่องปากด้วย ความเหมาะสมที่พบในงานวิจัย โมเดลขนาดใหญ่นี้เหมาะสำหรับพื้นที่สุขภาพที่มีบุคลากรมากพอทั้ง อสม. ทันตภิบาล และนักวิชาการสาธารณสุข รวมถึงการมีความรู้เบื้องต้นในรูปแบบของการคัดกรองโรคเบื้องต้น
ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	การคัดกรองและตรวจช่องปากเบื้องต้นโดยทันตภิบาลที่	สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มี ทันตภิบาลปฏิบัติงานจะ

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
ตำบล (รพ.สต) (Screen 2 : S2)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับการตรวจคัดกรองฯนี้เป็นกลุ่มที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นมาจาก อสม.แล้ว โดยเป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปนั่นคือ อาจเป็นผู้ที่ สูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้น้ำยาสูบ/ยาเส้น/เคี้ยว ใช้ ดื่มแอลกอฮอล์/เบียร์ เคี้ยวหมาก/เคี้ยวเคี้ยว ทำงานกลางแดดเป็นประจำ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี อาการระคายเคือง ในช่องปาก มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง กลุ่มเสี่ยงนี้จะได้รับการนัดหมายให้เข้ารับการตรวจช่องปากเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นจากทันตภิบาล โดยก่อนทำการตรวจทันตภิบาลจะสอบถามเกี่ยวพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปากเพื่อให้ได้ข้อมูลใน 2 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลปริมาณของปัจจัยเสี่ยง และข้อมูล การตรวจในช่องปากโดยทันตภิบาล ดังนี้ ปัจจัยเสี่ยงมะเร็งช่องปาก 1. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/สูบยาเส้นหรือไม่ ☐ 1 ไม่สูบบุหรี่ ☐ 2 สูบบุหรี่ ☐ 3 ท่านสูบบุหรี่/สูบยาเส้น สัปดาห์ละ.....มวน ☐ 4 สูบบุหรี่/สูบยาเส้นมานาน.....ปี ☐ 5 เคยสูบบุหรี่ (แต่เลิกแล้ว) ☐ 6 เคยสูบบุหรี่/สูบยาเส้นมานาน.....ปี	สามารถใช้รูปแบบการคัดกรองโดยการตรวจหารอยโรคในช่องปากเบื้องต้นได้ รวมถึงทีมของ ทันตภิบาลต้องมีความชำนาญที่จะสามารถตรวจเพื่อแยกรอยโรคได้ ซึ่งจากการลงพื้นที่วิจัยพบว่าในบางพื้นที่จะประสบปัญหาดังนี้ ปัญหาที่พบจากงานวิจัย 1.สำหรับพื้นที่ที่มีชุมชนร่วสูงหรือพื้นที่ที่มีรูปแบบเป็นชุมชนเมืองจะประสบปัญหาที่ไม่สามารถนัดกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจได้ตามเวลาที่นัดหมาย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ทำงานประจำเช่น ข้าราชการ พนักงานบริษัท จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงนี้หลุดจากการคัดกรองเบื้องต้นที่ รพ.สต. 2.ขาดหลักสูตรหรือโครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพและความชำนาญในการตรวจหารอยโรคเบื้องต้นในช่องปาก ซึ่งส่งผลให้ทันตภิบาลที่จบใหม่ไม่สามารถตรวจหารอยโรคในช่องปากเบื้องต้นได้ วิธีแก้ปัญหาระหว่างทำวิจัย 1.ชุมชนร่วสูงควรทำสื่อให้เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้น โดยเป็นการให้ความรู้ที่ถูกต้องตั้งแต่ พฤติกรรมใดบ้างที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งช่องปาก การเกิดแผลร้อนในที่มักเป็นๆหายๆบ่อยๆ ความสำคัญของการพบ ทันตแพทย์ทุก 6 เดือน หรือปีละครั้งเพื่อตรวจสุขภาพช่องปาก วิธีการตรวจช่องปากด้วยตนเองทุกเช้าหลังแปรงฟันเพื่อป้องกันมะเร็ง ฟันปลอมที่ดีเป็นอย่างไร การบริโภคอาหารเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งช่องปาก การทำงานกลางแจ้งนานนับเป็นปัจจัยเสี่ยง

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
	☐7 ท่านเลิกสูบบุหรี่/สูบบุหรี่มานาน.....ปี 2. มีบุคคลที่พ่อกอาศัยในบ้านสูบบุหรี่หรือไม่ ☐1 มี ☐2 ไม่มี 3. ปัจจุบันท่านใช้ยาสูบ/ยาเส้นหรือไม่ ☐1 ไม่ใช่ ☐2 สูบ ☐3 ท่านใช้ยาสูบ/ยาเส้นแบบจุกมานาน ปี ☐4 เคยใช้ แต่เลิกแล้ว ☐5 เคยใช้ยาสูบ/ยาเส้นแบบจุกมานาน.....ปี ☐6 ท่านเลิกใช้ยาสูบ/ยาเส้นจุกมานาน..... ปี 4. ปัจจุบันท่านดื่มเหล้า เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่ ☐1 ไม่ดื่ม ☐2 ดื่มเหล้า ☐3 ท่านดื่มเหล้าสัปดาห์ละ แก้ว (ประมาณ 200 มิลลิลิตร) ☐4 ดื่มมานาน.....ปี ☐5 เคยดื่มเหล้า (แต่เลิกแล้ว) ☐6 เคยดื่มมานาน.....ปี ☐7 ท่านเลิกดื่มเหล้ามานานปี ☐8 ดื่มเบียร์ ☐9 ท่านดื่มเบียร์สัปดาห์ละ แก้ว (ประมาณ 200 มิลลิลิตร) ☐10 ดื่มมานาน.....ปี ☐11 เคยดื่มเบียร์ (แต่เลิก	มะเร็งช่องปาก เป็นต้น 2. โครงการวิจัย จึงได้ผลิตคู่มือการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นระดับชุมชนสำหรับอสม. และบุคลากรสาธารณสุข และทีมวิจัยในพื้นที่คือแผนกทันตกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จัดอบรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากและการตรวจหารอยโรคในช่องปากให้กับอสม.และทันตภิบาลเพื่อเป็นรูปแบบนำร่องให้กับหน่วย CUP ของอำเภอเมืองนครราชสีมา พร้อมแจกคู่มือจากโครงการวิจัย ความเหมาะสมที่พบในงานวิจัย -โมเดลขนาดใหญ่สำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปากนี้เหมาะสมกับพื้นที่ที่มีทันตภิบาลครบทุก รพ.สต. รวมถึงมี CUP ที่เข้มแข็งและสามารถลงพื้นที่เพื่อเป็นพี่เลี้ยงและร่วมทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นได้ -พื้นที่ขนาดใหญ่จำเป็นต้องมีทันตภิบาลครบทุก รพ.สต. เนื่องจากต้องทำการบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในส่วน of แบบคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับ S1 ลงในระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปากให้ครบถ้วนก่อนที่จะดำเนินการคัดกรองในระดับ S2 เพื่อให้มีข้อมูลปรากฏในส่วน of หน้าจอ S2 ประเด็นปัญหาที่พบในงานวิจัยด้านการบันทึกข้อมูล 1. ข้อมูลตั้งต้นจากระบบ HIS ของบางพื้นที่พบว่าไม่มีการบันทึกข้อมูลประชากรและรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ดังนั้นพื้นที่ใด ที่ไม่มี

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
	แล้ว) ☐12 เคยดื่มมานาน.....ปี ☐13 ท่านเลิกดื่มเหล้ามา นาน.....ปี ☐14 เครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์อื่นๆโปรดระบุ ☐15ท่านดื่มเครื่องดื่มนั้น สัปดาห์ละ..... แก้ว (ประมาณ 200 มิลลิลิตร) ☐16 ดื่มมานาน.....ปี 5. ปัจจุบันท่านเคี้ยวหมากหรือไม่ ☐1 ไม่เคี้ยว ☐2 เคี้ยว ☐3 เคี้ยวมานาน.....ปี ☐4 เคยเคี้ยวหมาก แต่เลิก) (แล้ว ☐5 เคี้ยวมานาน.....ปี ☐6 ท่านเลิกเคี้ยวมานานปี การตรวจในช่องปากโดย ทันตภิบาล 8. มีฟันปลอมที่ทำให้ระคายเคือง ในช่องปาก ☐1 มี ☐2 ไม่มี 9. ฟันปลอมหลวมเก่า/กดทับ/ ฟันปลอมเลื่อน/มาก ☐1 มี ☐2 ไม่มี 10. ฟันผุที่ต้องอุด/ถอน ☐1 มี ☐2 ไม่มี 11. เหงือกบวม อักเสบ มีหินปูน ☐1 มี ☐2 ไม่มี 12. ผลการตรวจเนื้อเยื่ออ่อนใน ช่องปาก (ริมฝีปากด้านใน-ด้าน นอก เพดานปาก กระพุ้งแก้ม	ข้อมูลในระบบ HIS จึงต้องเร่งบันทึก ข้อมูลพื้นฐานก่อน 2.ทันตภิบาลในบางกลุ่มข้ามขั้นตอน การบันทึกข้อมูลในระดับ S1 โดยไปทำ การบันทึกข้อมูลในระดับ S2 เพื่อที่จะ เร่งทำการตรวจคัดกรองที่ รพ.สต.ทำให้ ไม่พบข้อมูลที่ต้องทำการบันทึก ดังนั้น หากพื้นที่ใดไม่มีการบันทึกข้อมูลทั้งสอง ส่วนในโปรแกรม HIS ก็จะส่งผลให้ไม่มี ข้อมูลเบื้องต้นนำเข้าสู่วิธีการคัดกรอง มะเร็งช่องปาก หรือ โปรแกรม ORAL CANCER

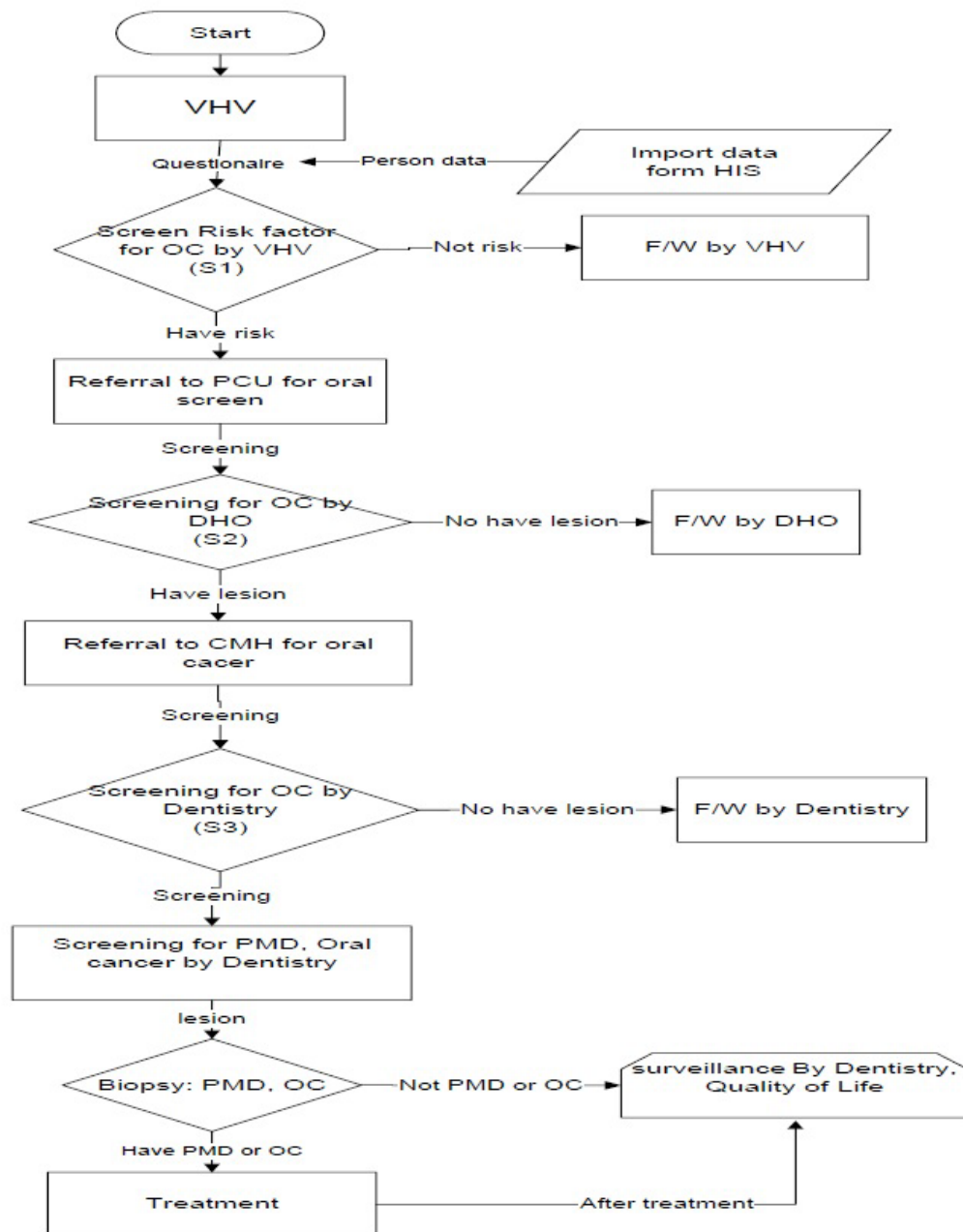
ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
	ชาย-ขวา ลึ้น ไตลึ้น) ☐ 1 ปกติ (รวมถึง normal variation) ☐ 2 ผิดปกติ ☐ 3 สงสัยว่ามีรอยโรคแต่ไม่แน่ใจ 13. การจัดการ ☐ 1 ไม่ต้องให้การรักษา ☐ 2 นัดมาติดตามต่อ ☐ 3 ส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อตรวจคัดกรอง	
ระดับโรงพยาบาลชุมชน (Screen3: S3)	โรงพยาบาลชุมชนจะเป็นฐานในการตรวจคัดกรองโดยมีทีมวิจัยที่ประกอบด้วย -ทันตแพทย์จากทีมวิจัยของคณะทันตแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล - ทีมวิจัยที่เป็นทันตแพทย์ในพื้นที่จากโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งผู้ที่ได้รับการคัดกรองคือประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจคัดกรองในช่องปากเบื้องต้นจากทีมทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพบว่ามีรอยโรค หรืออาจเป็นรอยโรคที่ทันตภิบาลตรวจแล้วไม่แน่ใจก็จะนัดหมายเพื่อส่งเข้ารับการตรวจที่ รพช. ตามเวลาที่ทีมวิจัยได้กำหนดวันกับโรงพยาบาลชุมชน ในการบันทึกข้อมูลระดับ S2 ที่ รพ.สต. จะต้องคลิกข้อมูลเพื่อส่งตรวจในระดับ S3 หาก รพ.สต. ไม่คลิกส่งข้อมูลไปตรวจในระดับ S3 ก็จะไม่มีการบันทึกข้อมูลปรากฏที่ระดับ S3 ข้อมูลที่ต้องบันทึกในระดับ S3	การคัดกรองในระดับ S3 จำเป็นต้องมีทีมในการบันทึกข้อมูลที่เพียงพอ ตั้งแต่ระดับ S2 จนถึง S3 และในการบันทึกข้อมูลระดับ S3 จะเกี่ยวข้องกับข้อมูลการตรวจในช่องปาก จึงทำให้มีช่องที่จำเป็นต้องบันทึกผลการตรวจโรคเป็นจำนวนมาก ปัญหาที่พบจากงานวิจัย ข้อมูลจากระดับ S3 เป็นการบันทึกข้อมูลการตรวจเพื่อหารอยโรคในช่องปาก และตำแหน่งของรอยโรค พบว่ายังมีการบันทึกข้อมูลน้อย วิธีแก้ปัญหาระหว่างทำวิจัย เร่งทำการบันทึกข้อมูลโดย เจ้าหน้าที่และทันตภิบาลของพื้นที่และในบางพื้นที่จะทำการบันทึกข้อมูลโดยทีมวิจัย

ระดับการคัดกรอง	วิธีการ	ความเหมาะสม
ข้อมูลการเฝ้าระวัง PMD Surveillance	ในกลุ่มเสี่ยงที่มีการตัดชิ้นเนื้อเมื่อผลตรวจส่งกลับไปพื้นที่เพื่อแจ้งให้เจ้าของชิ้นเนื้อทราบผลแล้ว จำเป็นที่ต้องมีการเฝ้าระวังซึ่งจะนัดคนไข้เข้ามาติดตามผลและทำการบันทึกข้อมูลที่เมนู การเฝ้าระวัง PMD Surveillance	

วิเคราะห์ระบบเพื่อออกแบบระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

การปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อยกระดับให้เป็น Web Based Application เนื่องจากระบบเดิมที่ดำเนินการพัฒนาในช่วงแรกของโครงการวิจัยฯ ได้รับผลกระทบจากเหตุภัยธรรมชาติ ไฟฟ้าส่งผลให้กระแสไฟฟ้าดับกระทันหันส่งผลให้หัวอ่านของ server ที่ติดตั้งอยู่ ณ สำนักงานสาธารณสุขนครราชสีมา ได้รับความเสียหายจนไม่สามารถซ่อมแซมได้ โครงการวิจัยจึงได้ดำเนินการกู้คืนข้อมูล ทั้งหมดจากนั้นทำการพัฒนาโปรแกรมใหม่ โดยใช้โครงสร้างเดิมของโปรแกรมมาทำการปรับปรุงแบบใหม่ให้อยู่ในรูปแบบการทำงานออนไลน์เต็มระบบ และติดตั้งโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นใหม่ไว้ที่ server ซึ่งตั้งอยู่ที่ศูนย์ข้อมูลคณะทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งจะส่งผลถึงระบบความปลอดภัย เนื่องจากระบบเครือข่ายของมหาวิทยาลัยมหิดล ติดตั้งระบบ Firewall ซึ่งมีความสำคัญยิ่งสำหรับระบบสารสนเทศที่ทำงานในรูปแบบออนไลน์

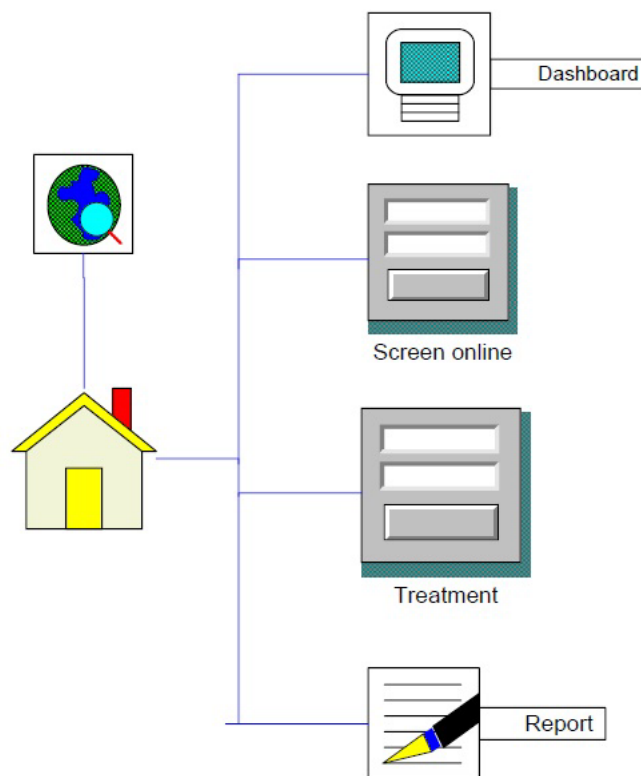
การพัฒนาระบบสารสนเทศในการบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากและการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปาก จึงต้องวิเคราะห์และออกแบบระบบใหม่ ในส่วนของเว็บเพจ และในส่วนของการนำข้อมูลเดิมที่โครงการวิจัยได้กู้คืนมาเพื่อนำเข้าสู่ระบบ รวมถึงการทดสอบโปรแกรม การทดสอบบันทึกข้อมูลจากพื้นที่วิจัยเข้าสู่โปรแกรมอันเป็นการทดสอบว่าสามารถทำงานผ่านเครือข่ายของมหาวิทยาลัยมหิดลได้ รวมถึงทดสอบการนำเข้าข้อมูลพื้นฐานจากระบบHIS (Health Information System) ที่เป็นข้อมูลกลุ่มเสี่ยงของประชากรในพื้นที่ พบว่าไม่สามารถนำเข้าข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากได้เนื่องจากติดปัญหาระบบ Firewall ดังนั้นโครงการวิจัยจึงได้สร้างโปรแกรมขนาดเล็กเพื่อฝังโปรแกรมเข้าไปในโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เพื่อทำการแปลงข้อมูลจากระบบ HIS ที่อยู่ในรูปแบบ ระบบฐานข้อมูล (database) ให้เป็นรูปแบบของไฟล์ตัวอักษร จากนั้นจึงส่งข้อมูลในลักษณะของการ ทำงานที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน (synchronize) ข้อมูลไปที่โปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยข้อมูลชุดนี้จะเข้าไปเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ประกอบไปด้วย ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลรายชื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน



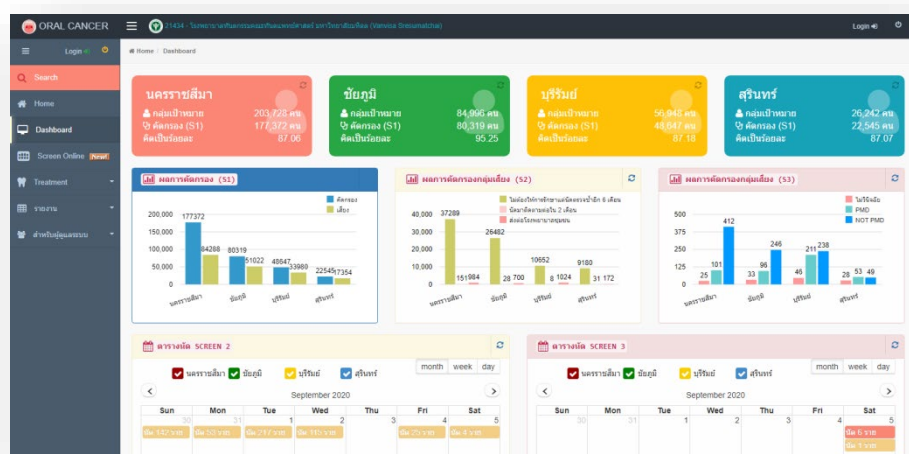
ภาพที่ 8.9 ผังแสดงการทำงานของระบบคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ผังโครงสร้างของเว็บเพจเพื่อบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากประกอบด้วย ฟังก์ชันการค้นหาข้อมูล ฟังก์ชันDashboard เพื่อแสดงภาพรวมของรายงานการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ฟังก์ชัน Screen online เพื่อบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ฟังก์ชัน Treatment เพื่อบันทึกข้อมูลการรักษารอยโรค PMD หรือ Oral Cancer และฟังก์ชัน Report

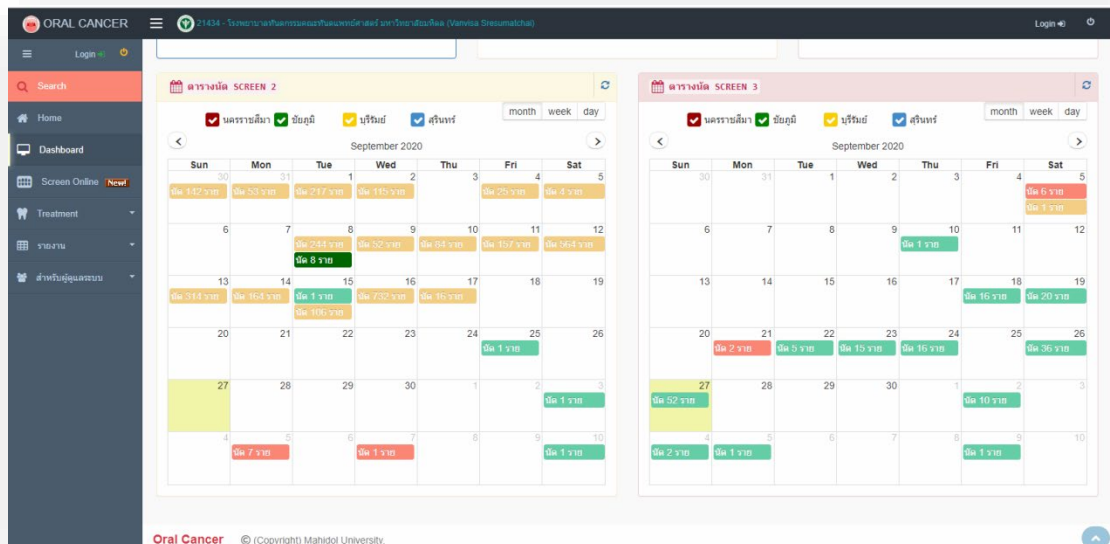


ภาพที่ 8.10 โครงสร้างของเว็บเพจ Oral Cancer Screening



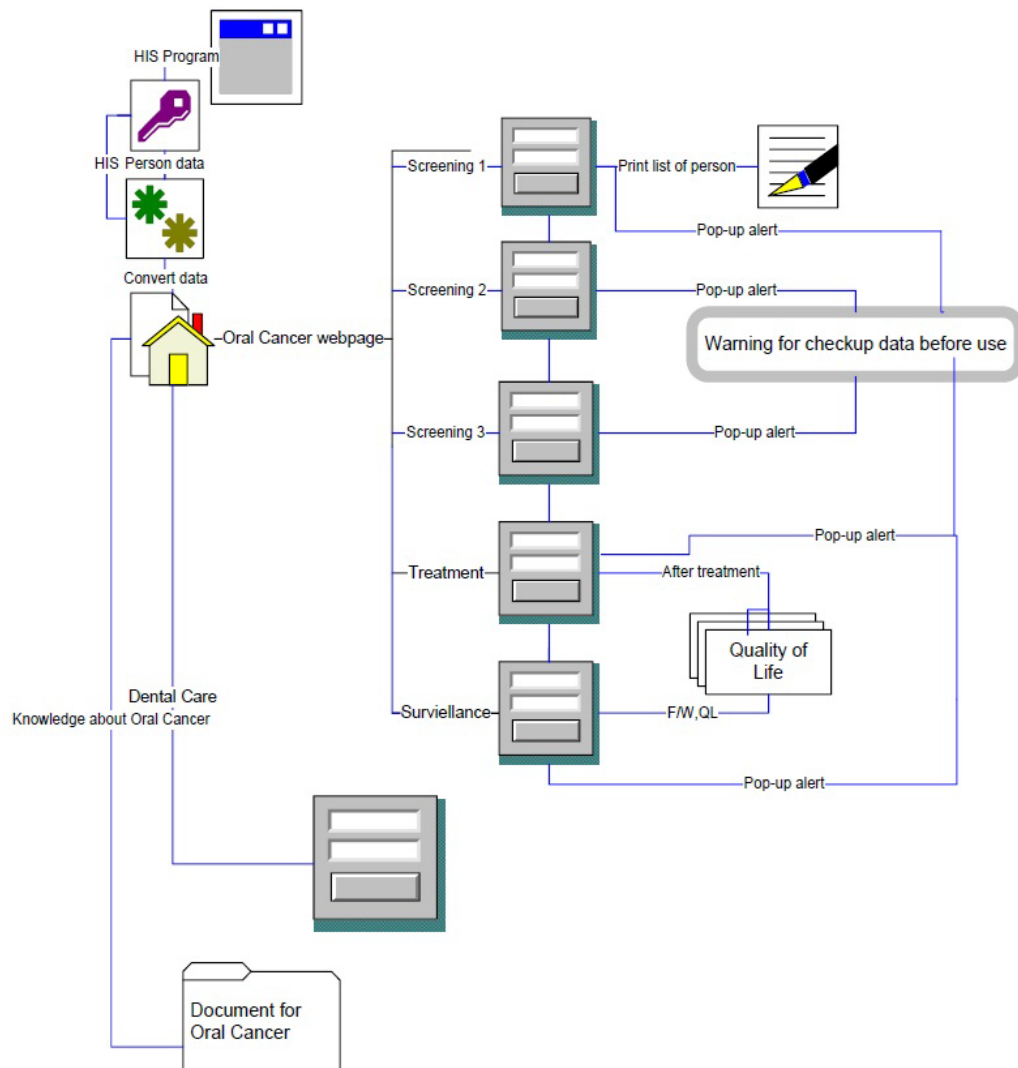
ภาพที่ 8.10.1 หน้าจอ Dashboard ที่แสดงข้อมูลภาพรวมของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ภาพหน้าจอ Dashboard ที่แสดงข้อมูลภาพรวมของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก และตารางนัดสำหรับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ในส่วนของ Screen 2 และ Screen 3 ของเขตนครชัยบุรีรินทร์



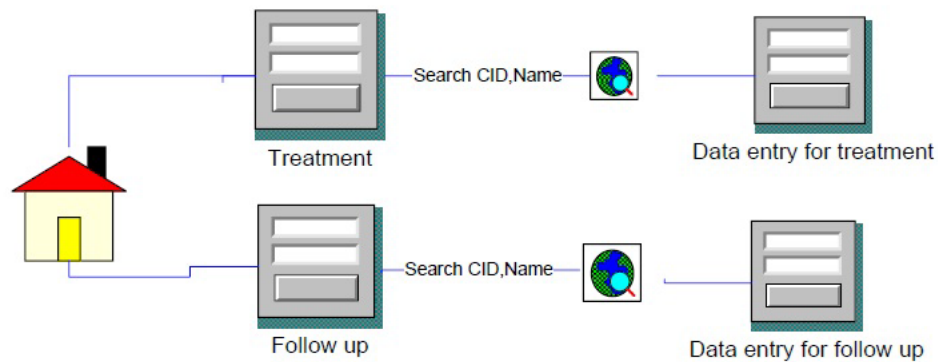
ภาพที่ 8.10.2 หน้าจอแสดงตารางการนัดหมายเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ด้านฟังก์ชันของการ Screening online จะประกอบด้วย ฟังก์ชันย่อย ของการคัดกรองระดับ Screen 1-3 โดยในส่วนของ Screen 1 สามารถพิมพ์รายชื่อของประชากรกลุ่มเสี่ยงตามรายชื่อ อสม.ที่ดูแลชุมชนนั้น ในขณะเดียวโปรแกรมจะมีข้อความเตือนกรณีของการเรียกดูรายงาน โดยให้ทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลทุกครั้งที่เปิดหน้าจอรายงาน



ภาพที่ 8.11 ฟังก์ชันของการ Screening online

ในฟังก์ชันนี้ประกอบไปด้วย 2 ฟังก์ชันย่อยได้แก่ ฟังก์ชัน Treatment และฟังก์ชัน Follow up การบันทึกข้อมูลในแต่ละฟังก์ชันต้องทำการค้นหาโดยใช้เลข CID หรือใช้ชื่อในการค้นหาได้ เมื่อได้ชื่อคนไข้ที่จะบันทึกแล้วจะปรากฏหน้าจอให้บันทึกข้อมูลการรักษา



ภาพที่ 8.12 ฟังก์ชันการบันทึกข้อมูลการรักษา (Treatment)

ในฟังก์ชันนี้ประกอบไปด้วย 2 ฟังก์ชันย่อยได้แก่ ฟังก์ชัน Treatment และฟังก์ชัน Follow up การบันทึกข้อมูลในแต่ละฟังก์ชันต้องทำการค้นหาโดยใช้เลข CID หรือใช้ชื่อในการค้นหาได้ เมื่อได้ชื่อคนไข้ที่จะบันทึกแล้วจะปรากฏหน้าจอให้บันทึกข้อมูลการรักษา ดังภาพ

ORAL CANCER

Log In

Search

Home

DashBoard

Screen Online

Treatment

Treatment

Follow Up

รายงาน

สำหรับผู้ป่วยและระบบ

ชื่อ-สกุล
น.ส. กัญญา สีนันท์

HN
0029284

CID
2105000019561

HospCode
02536

อายุ(ปี)
46

เพศ
หญิง

โทรศัพท์

Line ID

ค้นหา

ค้นหา CID หรือ ชื่อ นามสกุล...

ค้นหา

หน้า 1 (ข้อ 1 - 6)

หน้า 2 (ข้อ 7.1 - 7.3)

หน้า 3 (ข้อ 7.4 - 8)

หน้า 4 (ข้อ 9 - 12)

รูปภาพ

ประวัติการรักษา

เพิ่มรายการ

วันที่รับรักษา

เวลา

21434 - โรงพยาบาลราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แผนกทันตกรรมช่องปาก

1. รายงานการตรวจชิ้นเนื้อเบื้องต้น (Initial pathological report)

☐ 1 ไม่มี

☐ 2 Squamous cell carcinoma

☐ 3 Malignant of salivary gland

☐ 4 Sarcoma

☐ 5 Non Hodgkin lymphoma

☐ 6 Other cca

2. ตำแหน่งของรอยโรค (Site of lesion) (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1 Lip

☐ 2 Base of tongue

☐ 3 Other part of tongue

☐ 4 Other part of tongue

☐ 5 Floor of mouth

☐ 6 Palate

☐ 7 Buccal mucosa

☐ 8 Major salivary gland

☐ 9 Minor salivary gland

☐ 10 Oropharynx

☐ 11 Nasopharynx

☐ 12 Hypopharynx

☐ 13 Maxilla

☐ 14 Mandible

☐ 15 Other cca

3. การแบ่ง TNM ตามคลินิก (Clinical TNM)

☐ 1 Tx

☐ 2 T0

☐ 3 Tis

☐ 4 T1

☐ 5 T2

☐ 6 T3

☐ 7 T4a

☐ 8 T4b

☐ 9 Nx

☐ 10 N0

☐ 11 N1

☐ 12 N2a

☐ 13 N2b

☐ 14 N2c

☐ 15 Mx

☐ 16 M0

☐ 17 M1

4. การแบ่ง staging ตามคลินิก (Clinical staging)

☐ 1 Stage 0

☐ 2 Stage 1

☐ 3 Stage 2

☐ 4 Stage 3

☐ 5 Stage 4a

☐ 6 Stage 4b

☐ 7 Stage 4c

5. รูปแบบการรักษาร่วม

☐ 1 Curative

☐ 2 Palliative

6. รูปแบบการรักษาร่วม (Modality of treatment) (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

6.1 การตัดสินใจใช้วิธีการบำบัดรักษาตามข้อมูลผู้ป่วย

☐ - การผ่าตัด

☐ - การฉายแสง

☐ - เคมีบำบัด

☐ 1 มี

☐ 2 ไม่มี

☐ 1 มี

☐ 2 ไม่มี

☐ 1 มี

☐ 2 ไม่มี

6.2 การวินิจฉัย

ภาพที่ 8.12.1 หน้าจอบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งช่องปาก (Treatment)

The screenshot shows a web-based form for oral cancer follow-up. The interface is in Thai. At the top, there's a header with 'ORAL CANCER' and a search bar. Below that, there's a sidebar with navigation options like 'Home', 'Dashboard', 'Screen Online', 'Treatment', and 'Follow Up'. The main content area is titled 'ข้อมูลการติดตามผลหลังการรักษามะเร็งช่องปาก (Follow up)'. It includes fields for 'ค้นหา CID หรือ ชื่อ นามสกุล...' and 'วันที่รับบริการ' (27-09-2020). The form is divided into sections for '1. การกลับเป็นซ้ำของมะเร็งช่องปาก' and '2. การตรวจพบมะเร็งช่องปาก'. Each section has several checkboxes for clinical observations. The form is designed for data entry and tracking of patient outcomes.

ภาพที่ 8.12.2 แสดงหน้าจอการติดตามผลหลังการรักษามะเร็งช่องปาก (Follow up)

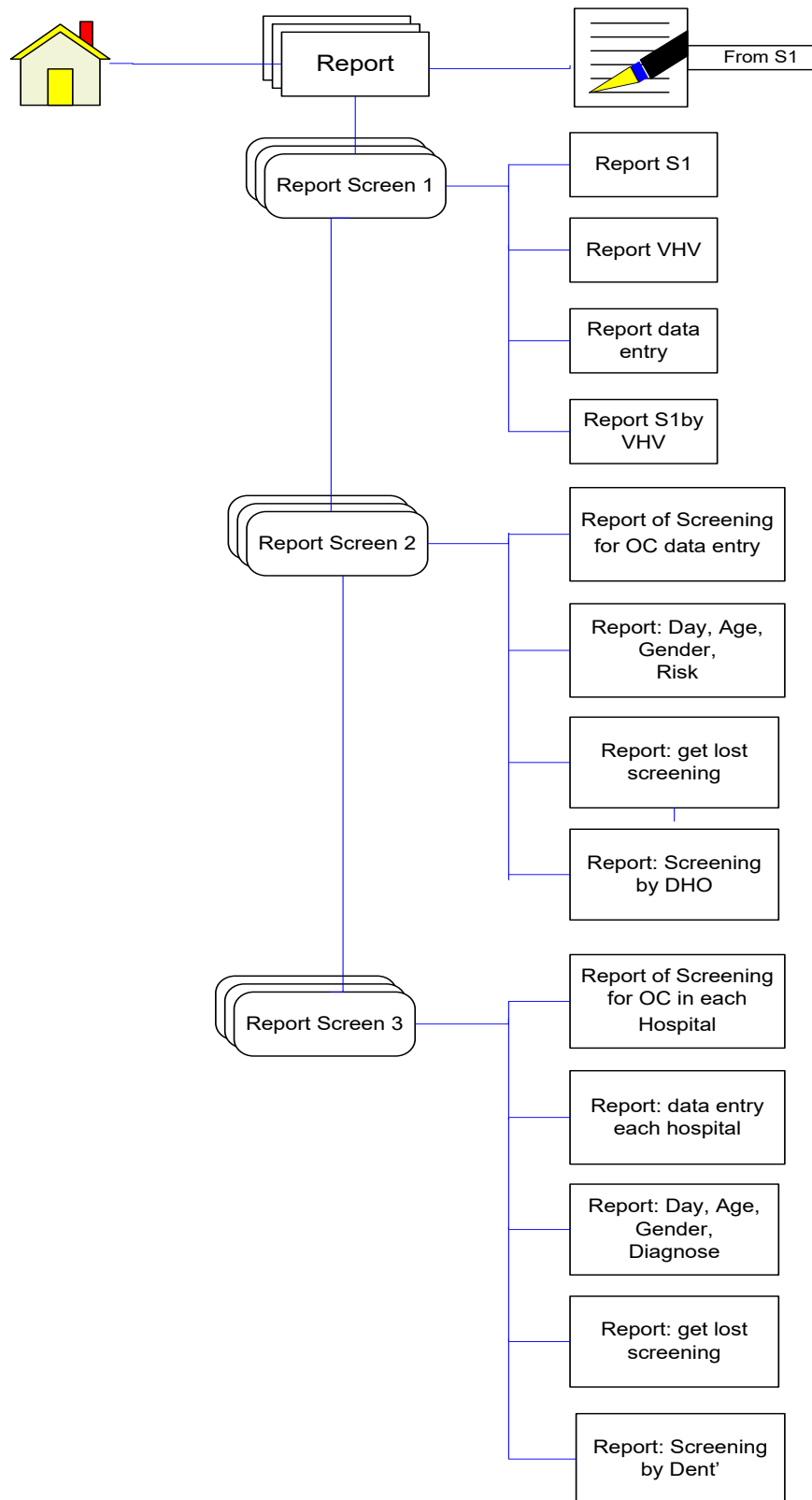
ฟังก์ชันรายงาน (Report)

ฟังก์ชันรายงานประกอบไปด้วย รายงานในการคัดกรองในระดับ S1-3 โดยแต่ละรายงานจะประกอบไปด้วยฟังก์ชันย่อย

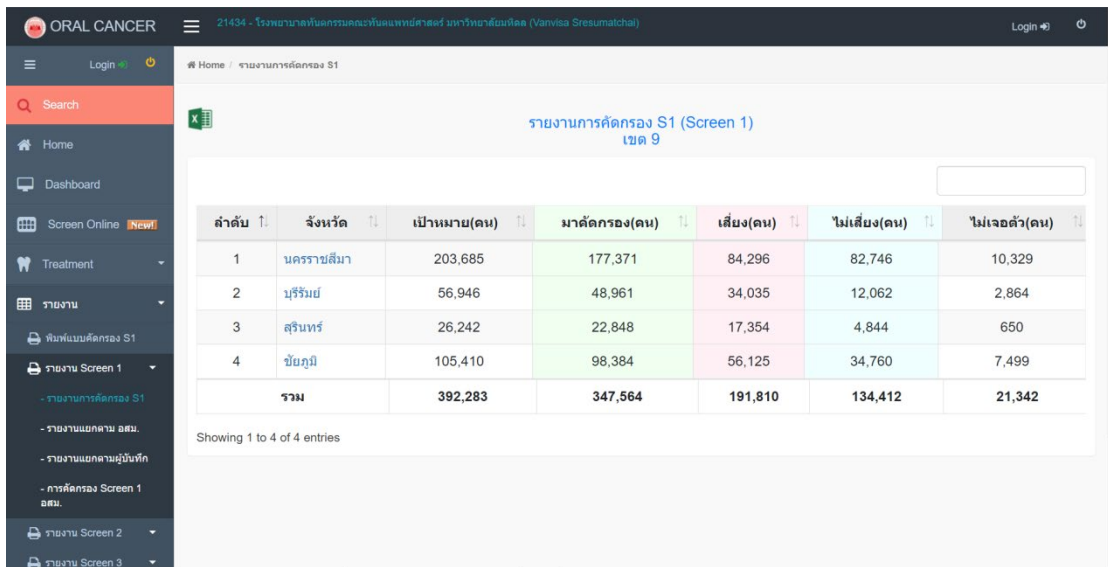
รายงานคัดกรอง หมู่บ้าน (Report Screen1) ประกอบด้วย รายงาน S1 (Report S1) รายงานของ อสม. (Report VHV) รายงานข้อมูลในแต่ละพื้นที่ (Report Data Entry) รายงานการคัดกรองระดับหมู่บ้านจากทีม อสม.(Report S1 by VHV)

รายงานคัดกรองระดับชุมชน (Report Screen 2) ประกอบด้วย รายงานการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Report of Screening for OC data entry) รายงานด้านกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่อง (Report: Day, Age, Gender, Risk) รายงานกลุ่มที่ไม่ได้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Report: get lost screening) รายงานการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาล (Report: Screening by DHO)

รายงานการคัดกรองระดับเมือง (Report Screen3) ประกอบด้วย รายงานการคัดกรองระดับโรงพยาบาล (Report Screening for OC in each hospital) รายงานการบันทึกข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาล (Report: data entry each hospital) รายงานการวินิจฉัยมะเร็งช่องปาก (Report: Day, Age, Gender, Diagnose) รายงานผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับโรงพยาบาล (Report: get lost screening) รายงานการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตแพทย์ (Report: Screening by Dent')



ภาพที่ 8.13 ฟังก์ชันรายงาน (Report)



The screenshot shows a web application titled "ORAL CANCER" with a user profile "21434 - โรงพยาบาลทันตกรรมคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Vanvise Sreematchai)". The sidebar menu includes options like Home, Dashboard, Screen Online, Treatment, and various reports. The main content area displays a table titled "รายงานการคัดกรอง S1 (Screen 1) เขต 9".

ลำดับ	จังหวัด	เป้าหมาย(คน)	มาคัดกรอง(คน)	เสี่ยง(คน)	ไม่เสี่ยง(คน)	ไม่เจอตัว(คน)
1	นครราชสีมา	203,685	177,371	84,296	82,746	10,329
2	บุรีรัมย์	56,946	48,961	34,035	12,062	2,864
3	สุรินทร์	26,242	22,848	17,354	4,844	650
4	ชัยภูมิ	105,410	98,384	56,125	34,760	7,499
รวม		392,283	347,564	191,810	134,412	21,342

Showing 1 to 4 of 4 entries

ภาพที่ 8.13.1 แสดงหน้าจอรายงานการคัดกรองS1

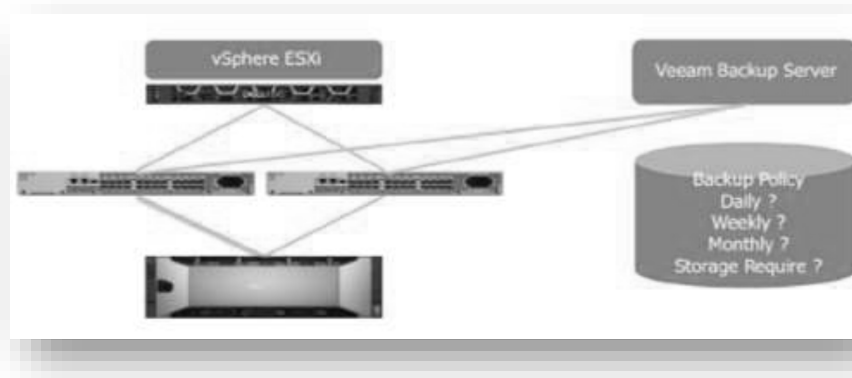
ระบบบันทึกและสำรองข้อมูลในรูปแบบ Web Base Application

จากผลการใช้งานโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก Pilot version พบว่าการทำงานของโปรแกรมแบ่งเป็น 2 ส่วนซึ่งส่วนแรกอยู่ในรูปแบบโปรแกรมที่ติดตั้งอยู่ที่เครื่องคอมพิวเตอร์ของพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย และโปรแกรมอีกส่วนอยู่ในรูปแบบของWeb base application ซึ่งส่งผลให้เกิดการส่งต่อข้อมูลไม่ครบถ้วน ดังนั้น โครงการวิจัยจึงได้ปรับรูปแบบของโปรแกรมให้อยู่ในรูปแบบของWeb base application ทั้งหมด โดยโปรแกรมห้างกล่าวจะทำงานอยู่บนอุปกรณ์ Server ที่ติดตั้งอยู่ ณ ศูนย์สารสนเทศคณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลโดยได้ทำการติดตั้งระบบสำรองข้อมูลและการดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปากโครงการวิจัยพัฒนาศูนย์สารสนเทศทางทันตกรรมในการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปากมหาราชโมเดลและสื่อความรู้สุขภาพของการป้องกันมะเร็งช่องปาก พร้อมทำการย้ายข้อมูลทั้งหมดจากโปรแกรม Pilot Version เข้าสู่ระบบสำรองข้อมูลโดยมีการวางแผนดังนี้

รายละเอียดของงาน

1. วางแผนย้าย Application server ที่ใช้งานและทำงานอยู่บน physical server และ Local Disk ให้มาอยู่บนระบบ Virtualizationที่มี SAN Storage
2. ดำเนินการบริหารจัดการเพื่อจัดทำระบบสำรองข้อมูลเพื่อป้องกันการสูญหายของระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก
3. ดำเนินการเพิ่ม Backup Server + Internal Disk สำหรับเก็บข้อมูล โดย Veeam backup software ทำหน้าที่สำรองข้อมูลตาม Policy

4. จัดทำ Restore data ตามการใช้งานของระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก



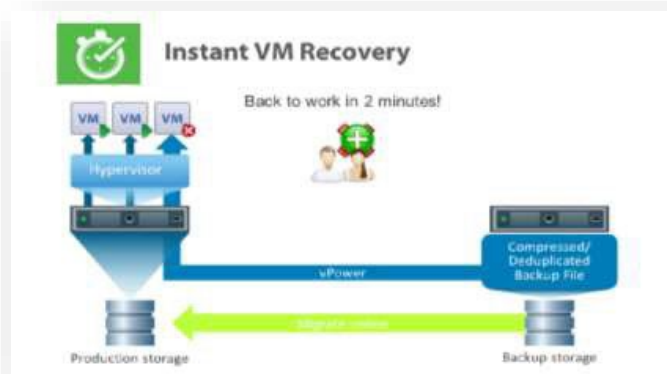
ภาพที่ 8.14 แสดงรูปแบบการทำงานของ Application server และการสำรองข้อมูลของระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

โดยดำเนินการจัดหาอุปกรณ์สำหรับจัดทำระบบสำรองข้อมูลและดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปากดังแสดงในตารางอุปกรณ์ระบบสำรองข้อมูลและดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

ตารางที่ 8.2 อุปกรณ์ระบบสำรองข้อมูลและดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

Product	Description	QTY
Backup Software	Veeam Software (Per processor)	2
	Veeam Backup & Replication Standard Includes 1st year of Basic Support	
Backup Server	Server	1
	Processor 8 core	
	Memory 32 GB	
	Network GBE 2 port Base-T	
	SAS HDD 1.8TB x 3	
	Warranty 3 Year (24x7)	
Implement	Implement	1
	Migrate 2 VM	
	Hardware basic installation	
	Install OS and Initial setup	
	Install Veeam and configuration	
	Support 3 Years	

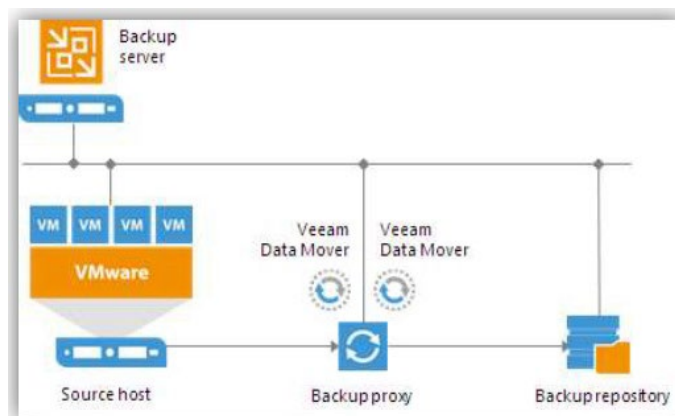
ด้านของ Software Benefit Instant VM Recovery



ภาพที่ 8.15 แสดงกระบวนการทำงานในด้านการสำรองข้อมูลด้วย VM Recovery

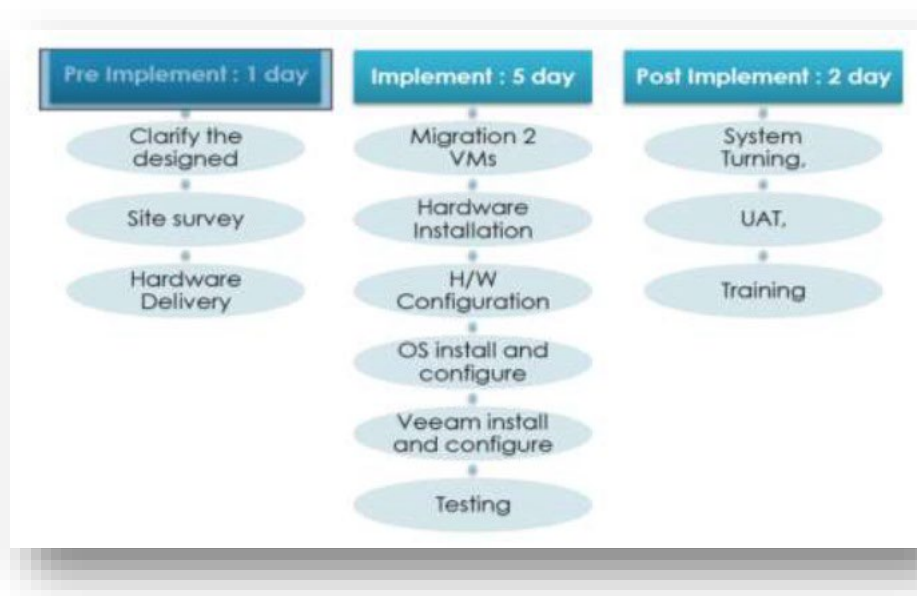
การดูแลรักษาระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก

การกู้คืนข้อมูลเครื่อง Virtual Machine ระบบสำรองข้อมูล Veeam สามารถเรียกใช้งานเครื่อง Virtual Machine (Backup VM) โดยตรงจากไฟล์สำรองในระบบ ซึ่งจะช่วยให้เวลาการกู้คืน (RTO) นั้นรวดเร็วยิ่งขึ้นผู้ใช้งานระบบสามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ดูแลระบบสามารถแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับเครื่อง Virtual Machine ที่เสียหายไปได้ ด้วยเทคโนโลยี Veeam Power จะทำการเชื่อมต่ออิมเมจ Virtual Machine กับโฮสต์ ESX (i) โดยตรงจากไฟล์สำรองข้อมูล เนื่องจากไม่จำเป็นต้องคัดลอกข้อมูลสำรองไปยังที่ระบบจัดเก็บข้อมูลจริง



ภาพที่ 8.16 แสดงแผนภาพ Veeam Architecture Diagram

โดยมีขั้นตอนการติดตั้ง (Implementation Process) และระยะเวลาในการย้ายข้อมูลทั้งหมดสามารถดำเนินการได้ภายใน 30 วัน



ภาพที่ 8.17 แสดงแผนภาพระยะเวลาในการย้ายระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปาก

บทสรุป

ในการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากจะประกอบไปด้วย 3 กลุ่มที่ได้ผลจากการคัดกรอง ได้แก่ กลุ่มที่ 1 คือประชากรที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งจากข้อคำถาม กลุ่มที่ 2 คือประชากรที่ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามข้อคำถาม และกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มที่อสม.ไม่พบตัวตามรายชื่อซึ่งหมายถึงกลุ่มที่ไม่มาคัดกรองตามที่ อสม. แจ้งไว้

กลุ่มที่ 1 คือ ประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากอย่างใดอย่างหนึ่งตามข้อคำถามจะได้รับการนัดหมายให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ 2 คือ ประชากรที่ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามข้อคำถาม ซึ่งกลุ่มนี้อสม.จะต้องทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองปีละ 1 ครั้งตามแบบตารางคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากโดย อสม.

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มประชากรที่ อสม. ไม่พบตัวในวันที่ทำการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ต่อเมื่อได้พบตัวให้เริ่มทำการคัดกรองตามตารางฯ และหากพบว่าสัมผัสปัจจัยเสี่ยงให้นัดหมายเพื่อส่งตรวจตามกลุ่มที่ 1 หรือหากกรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยงให้ดำเนินการตามกลุ่มที่ 2

โมเดลพื้นที่เล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการรวมระดับของหมู่บ้านหรือ S1 กับระดับรพ.สต.ไว้ด้วยกัน หรือ S2 และทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเข้าช่วยในการตรวจคัดกรองฯ โดยการแจ้งประชากรของชุมชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ณ ชุมชน เช่น ที่วัด หรือที่ทำการของอสม.ในชุมชน ในรูปแบบของโมเดลข้อมูลพื้นที่ขนาดเล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่าข้อมูลกลุ่มที่มีรอยโรคเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีรอยโรค PMD รอยโรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคแดง รอยโรคขาวที่แน่นย่ำขึ้น ทำให้ทีมวิจัยสามารถพบข้อมูลและกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคช่องปากอย่างชัดเจนรวมถึงให้การรักษาได้ทันก่อนที่รอยโรคอื่นจะกลายเป็นมะเร็งช่องปาก นี่คือการจุดแข็งของโมเดลพื้นที่เล็ก แต่จุดอ่อนของโมเดลนี้ทำให้ได้ข้อมูลและจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่น้อยกว่าการใช้โมเดลใหญ่ เนื่องจากต้องใช้ทันตแพทย์ลงไปช่วยตรวจคัดกรองในชุมชนเมื่อทำการรวมระดับคัดกรองของ S1 และ S2 เข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งโมเดลนี้สามารถประยุกต์ใช้กับพื้นที่ที่มีปัญหาขาดแคลนทันตภิบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางแห่งมีผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องใช้ทีมทันตแพทย์จากรพช.เข้าทำการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่หมู่บ้าน

คำถามท้ายบท

1. อธิบายแนวทางในการพัฒนาการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบโมเดลพื้นที่ใหญ่
2. อธิบายแนวทางในการพัฒนาการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบโมเดลพื้นที่เล็ก

เอกสารอ้างอิง

- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, & อัครวรรธน์ อัสตารักษ์. (2562). การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. ใน *รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ ปอมท. ประจำปี 2562: อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context)* (หน้า xx-xx). เดอะ ไทด์ รีสอร์ท, จังหวัดชลบุรี.
- วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จีรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพึ้ง, อังคณา วิสุทธาจารย์, มงคล อักโข, พัชรินทร์ ธนทรัพย์บุรุษิต, & ภาณุวัฒน์ ชมหอม. (2021). การสร้างสรรค์นวัตกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design thinking). ใน *มหกรรมมหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021)* (โปสเตอร์นำเสนอ).
- Colleen, M. (1990). Dental informatics: What, why, who, where, and when. In O. Rienhoff & D. Lindberg (Eds.), *Lecture notes in medical informatics* (Vol. 39, p. 1). In S. J. Sally, J. Zimmerman, & M. Ball (Eds.), *Dental informatics: Strategic issues for the dental profession*. Springer-Verlag.
- Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-O. P., Fuangtharnthip, P., Leelarungsun, R., & Shrestha, B. (2021). Pilot model for community-based oral cancer screening program: Outcome from four northeastern provinces in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9390. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179390>
- Irani, S. (2020). New insights into oral cancer risk factors and prevention: A review of literature. *International Journal of Preventive Medicine*, 11, 202. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_403_18
- Ndayisabye, H., Ndagijimana, A., Biracyaza, E., & Umubyeyi, A. (2022). Factors associated with oral cancer adverse outcome at the Rwanda Military Hospital: A retrospective cross-sectional study. *Frontiers in Oral Health*, 3, 844254. <https://doi.org/10.3389/froh.2022.844254>
- Petersen, K., Wohlin, C., & Baca, D. (Eds.). (2009). *The waterfall model in large-scale development*. In *Product-focused software process improvement* (pp. xx-xx). Springer Berlin Heidelberg.
- Philip, P. M., Nayak, P., Philip, S., Parambil, N. A., Duraisamy, K., & Balasubramanian, S. (2018). Population-based cancer screening through community participation:

Outcome of a district wide oral cancer screening program from rural Kannur, Kerala, India. *South Asian Journal of Cancer*, 7(4), 244–248.

https://doi.org/10.4103/sajc.sajc_104_17

Sresumatchai, V., Klongnoi, B., Nityasuddhi, D., Klaewkla, J., & Akko, M. (2021). The development of dental informatics of oral cancer screening for prevention in community level: A prototype study in Thailand. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(12), 3865–3873.

บทที่ 9

ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อป้องกันมะเร็งช่องปาก

บวร คลองน้อย

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพคืออะไร เป็นคำถามที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเข้าใจมากนัก คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร โดยมีให้คำจำกัดความต่อไปนี้:

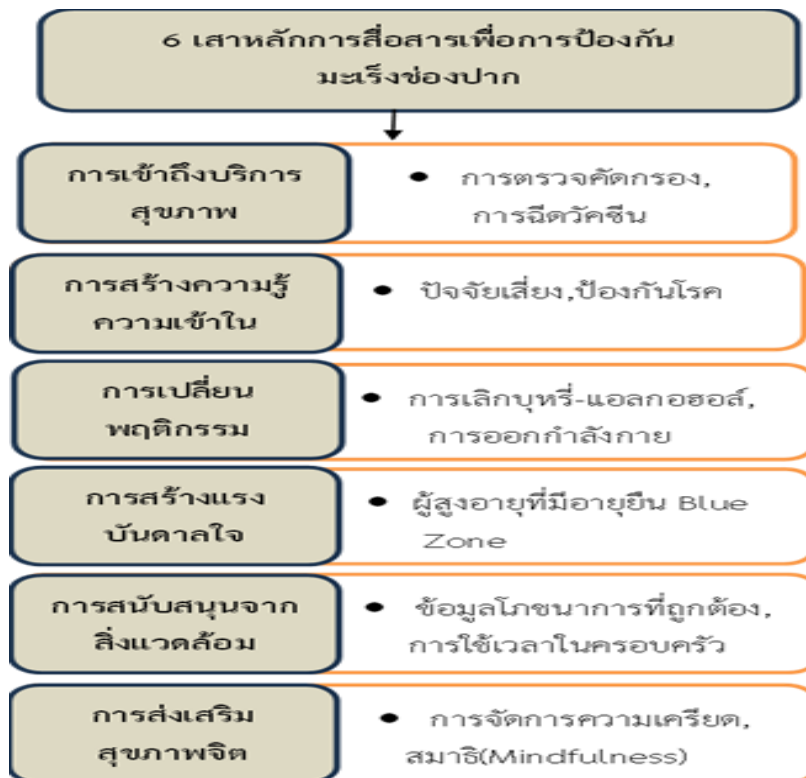
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพส่วนบุคคล คือระดับที่บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพขององค์กร คือระดับที่องค์กรโดยให้บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลรวมและบริการทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น

คำจำกัดความเหล่านี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงจากคำจำกัดความของการรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ใช้ใน Healthy People 2010 และ Healthy People 2020 มาสู่ “ระดับที่บุคคลมีความสามารถในการรับ ประมวลผล และเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและบริการที่จำเป็นในการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยคำจำกัดความใหม่จะมีจุดมุ่งเน้นคือ การเน้นความสามารถของบุคคลในการใช้ข้อมูลด้านสุขภาพมากกว่าเพียงแค่เข้าใจ การมุ่งเน้นไปที่ความสามารถในการตัดสินใจที่ “มีข้อมูลดี” มากกว่าการตัดสินใจที่ “เหมาะสม” การยอมรับว่าองค์กรมีความรับผิดชอบในการจัดการความรู้ด้านสุขภาพและการผสมผสานมุมมองด้านสาธารณสุข

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากและทุติยภูมิ

“สเลด-ซอว์เยอร์ [Slade-Sawyer] กล่าวว่า การให้ข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าใจง่ายและนำไปดำเนินการได้ จะช่วยจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้คน และยังคงคำนึงถึงความจริงที่ว่าผู้บริโภคด้านสุขภาพจำนวนมากต้องให้ความสนใจในด้านอื่นๆ เช่น สุขภาพในการทำงาน และ สุขภาพในครอบครัว” ดังนั้น การดำเนินงานของด้านสาธารณสุขจึงควรเปลี่ยนจากการบอกประชาชนในชุมชนว่าทุกคนควรทำอะไร มาเป็นการย้ำให้เห็นถึงประโยชน์ของการโรคในปัจจุบัน เพื่อมุ่งสู่สุขภาพที่ปลอดภัยในอนาคต โดยกลุ่มงานความรู้เท่าทันด้านสุขภาพที่ กระทรวงสุขภาพและบริการมนุษย์สหรัฐอเมริกา (United States Department of Health and Human Services: HHS) ได้พัฒนาแผนปฏิบัติการระดับชาติเพื่อปรับปรุงความรู้ด้านสุขภาพ (CDC, 2022) ซึ่งได้จัดทำเป็นพิมพ์เขียวสำหรับวิธีที่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสามารถสื่อสารกับสาธารณชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีขึ้น และอธิบายประโยชน์รวมถึงแรงจูงใจอย่างชัดเจน



ภาพที่ 9.1 เสาหลักการสื่อสารเพื่อป้องกันมะเร็งช่องปาก

สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนไม่ได้ถูกกำหนดโดยระบบสุขภาพเป็นหลัก ในขณะที่ระบบการรักษาพยาบาลกลับเป็นค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ของประชาชนทั่วไป ซึ่งบุคลากรทางด้านสาธารณสุขก็พยายามป้องกันไม่ให้ประชาชนออกจากระบบ ด้วยการเน้นย้ำถึงความสำคัญของการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ หากมองในมิติด้านสุขภาพทั่วโลกนั้น จะพบว่าได้มีการเน้นที่ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งจะเห็นได้จากตัวอย่างหนึ่งคือการเน้นที่การศึกษาของมารดา เพื่อนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นทั่วโลกอย่างมาก เราพบว่าโรคมะเร็ง โรคหัวใจ และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงมากในขณะที่เราสามารถที่จะป้องกันการเกิดโรดังกล่าวด้วยกระบวนการที่ไม่แพงแต่กลับมีความคุ้มค่าต่อต้นทุนการรักษาพยาบาลนั้นคือการจัดการกระบวนการสื่อสารด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ การสร้างความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพนับได้ว่าเป็นจุดเชื่อมต่อของการสร้างการสื่อสารและการศึกษาที่ดีขึ้น การพยายามเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ

การป้องกันโรคในขั้นปฐมภูมิหรือการป้องกันโรคเบื้องต้น จึงหมายถึงการกระทำที่ออกแบบมาเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วยและการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ในขณะที่การป้องกันโรคขั้นทุติยภูมินั้น หมายถึง การแทรกแซงที่มุ่งเป้าไปที่การฟื้นฟูร่างกายจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ หรือการจัดการภาวะเรื้อรังหรือความทุพพลภาพที่ส่งผลต่อการทำงานของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จากประเด็นนี้เราจะพบว่าในปัจจุบันผู้คนทั่วไปต้องการคำแนะนำง่ายๆ เกี่ยวกับสิ่งที่ทุกคนต้องทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรค นอกจากนี้ ผู้ที่ป่วยด้วยโรคประจำตัวก็ยังคงต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการสภาพหรือความทุพพลภาพของตนที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้นการสร้างให้ประชาชนทั่วไปได้มีความรอบรู้ทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจากการค้นข้อมูลในงานวิชาการพบว่าได้มีการเสนอแนวคิดเพื่อให้เกิดศักยภาพในด้านความรอบรู้เท่าทันสุขภาพเพื่อป้องกันโรคคือ ความรอบรู้เท่าทันด้านระบบสุขภาพ การสอดแทรกความรอบรู้เท่าทันสุขภาพต่อการป้องกันโรคเข้าไปในระบบการศึกษาและการใช้สื่อและเทคโนโลยีใหม่ๆ ด้านสุขภาพ(Ratzan, Filerman, & Lesar, 2000)

การสร้างประชาชนในชุมชนให้มีความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพ(Rudd, 2019)จึงเป็นความพยายามหลายแง่มุมที่ต้องดำเนินการ ซึ่ง Ratzan ได้แนะนำรูปแบบที่สามารถใช้เพื่อการปรับปรุงให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในสามโดเมนประกอบด้วย ระบบการดูแลสุขภาพ ระบบการให้ความรู้ การใช้สื่อและเทคโนโลยีสมัยใหม่ โดยระบบการดูแลสุขภาพสามารถช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลและประชากรทั่วไปด้วยการสร้างข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าใจได้ง่าย จากวิธีการฝึกอบรมผู้ให้บริการให้สามารถทำงานกับประชากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ด้วยการพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพให้ดีขึ้น ในขณะที่ระบบการให้ความรู้ก็สามารถสนับสนุนให้ประชาชนมี

ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพโดยการเพิ่มทักษะของผู้ป่วยผ่านระบบการให้ความรู้ในทุกะดับตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ระดับชุมชน ระดับประเทศ เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขสามารถทำงานร่วมกับผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจำกัด รวมถึงยังช่วยจัดเตรียมกลยุทธ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน และการเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้พร้อมในการปฏิบัติงานในชุมชนอีกด้วย

ในด้านของการใช้สื่อและเทคโนโลยีใหม่ๆ นับเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์สำหรับการเข้าถึงของผู้คนทั่วไป เพื่อให้ได้ข้อความที่น่าเชื่อถือและเข้าใจได้ ตัวอย่างเช่น การส่งข้อความ SMS (Short Message Service) เพื่อเตือนกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในชุมชนถึงระยะเวลาที่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการเข้ารับการตรวจช่องปากโดยทันตแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจเป็นวิธีหนึ่งในการเข้าถึงประชากรโดยไม่ต้องเข้าถึงเว็บเพจ

การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นกระบวนการและเป็นเรื่องของการช่วยเหลือบุคคลให้รู้จักเลือกและแก้ปัญหาได้ ซึ่งความหมายที่ชัดเจนของการให้คำปรึกษา คือการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาด้วยการให้ความช่วยเหลือแก่บุคคล โดยใช้ความรู้ทางจิตวิทยาที่ได้เรียนมาเพื่อช่วยเหลือในเรื่องนั้นๆ นอกจากนี้คำอธิบายของคอมโบส (George, 1995) ได้อธิบายถึงการให้คำปรึกษาประกอบด้วยกิจกรรมใดๆก็ตามที่ถูกต้องตามจริยธรรมที่ผู้ให้คำปรึกษากระทำ ด้วยความพยายามที่จะช่วยให้รับคำปรึกษาเกิดการกระทำพฤติกรรมประเภทที่จะช่วยนำให้ผู้รับคำปรึกษาแก้ปัญหาของตนเองได้

การให้คำปรึกษาด้านมะเร็งช่องปาก

การให้คำปรึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม: ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีชีวิตอยู่อย่างสร้างสรรค์ และมีความพึงพอใจตามที่เขาต้องการภายใต้ความจำกัดทางสังคม

ส่งเสริมทักษะในการจัดการกับปัญหาเพื่อช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะจัดการกับสถานการณ์ใหม่ๆ และการเรียกร้องใหม่ๆ จากสังคม เช่น ความกังวลต่อการที่จะต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในบางคนอาจจะมีอาการกลัวจนอาจเกิดอาการคล้ายจะเป็นลมเมื่อได้กลิ่นของน้ำยาทำความสะอาดที่โรงพยาบาล ปัญหาดังกล่าวเกิดจากความกลัวที่จะตรวจเจอว่าเป็นมะเร็ง ดังนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านในฐานะผู้ใกล้ชิดกับคนในชุมชน

รวมถึงความสบายใจที่อยากให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้ตรวจช่องปากแทนทันตภิบาล จึงต้องเป็นผู้อธิบายให้คนในชุมชนเข้าใจว่าทำไมจึงต้องทำการตรวจคัดกรอง เพราะการตรวจมะเร็งช่องปากเป็นกระบวนการป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งช่องปาก หรือหากตรวจพบแผลในปากจะได้ทำการรักษาตั้งแต่เบื้องต้นเพื่อไม่ให้เกิดเป็นแผลเรื้อรัง

กระบวนการตัดสินใจที่สามารถทำการตัดสินใจเรื่องที่สำคัญๆของผู้รับคำปรึกษาได้ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยในการตัดสินใจของผู้รับคำปรึกษา เช่น การให้คำแนะนำคนในชุมชนเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมักกลัวที่จะเข้าพบแพทย์ หรือกลัวที่ต้องไปโรงพยาบาล การปรับปรุงความสัมพันธ์เพื่อ ผู้ให้คำปรึกษาจะช่วยผู้รับคำปรึกษาให้รู้จักปรับปรุงคุณภาพชีวิตของตนเอง ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพของตนในการสร้างสัมพันธ์กับผู้อื่น และการช่วยให้เกิดความสามารถทั่วไปที่ช่วยให้รู้สึกดีขึ้น ปฏิบัติงานได้ดีขึ้น มีประสิทธิผลมากขึ้น

การให้คำปรึกษาทางการแพทย์

การให้คำปรึกษาทางการแพทย์เป็นการทำงานร่วมกันหรือเสริมงานของแพทย์ในการดูแลเอาใจใส่โดยตรงต่อความต้องการทางจิตของคนไข้ และยังเป็นการช่วยให้เกิดแรงเสริมแก่คนไข้ในการที่จะปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ ผู้ให้คำปรึกษายังช่วยให้คนไข้มีพฤติกรรมในการรักษาและป้องกันสุขภาพอนามัยของตนเอง เช่น การจัดการความเครียด โดยเฉพาะการช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัวผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยเรื้อรังในด้านการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา เช่น การพูดคุยกับคนไข้ และครอบครัว

ลักษณะของผู้ให้คำปรึกษา

ลักษณะของผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่ยอมรับประสบการณ์ของตนเอง หมายถึง ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นคนที่ยอมรับหรือพร้อมที่จะยอมรับความรู้สึก และประสบการณ์ของตนเองตามความเป็นจริง โดยจะเป็นผู้ที่ยอมรับความรู้สึกเศร้า โกรธ รังเกียจ และอื่นๆ ที่เป็นความรู้สึกทางลบ เพราะผู้ที่ยอมรับความรู้สึกของตนเองได้ทั้งทางลบและทางบวกได้ โดยไม่ปฏิเสธหรือบิดเบือนเรื่องจะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ อันจะทำให้รู้ตัวตนถึงปฏิกิริยาทางอารมณ์ของตนเองว่าควรไปในทิศทางไหน และจะทำให้สามารถเลือกอาการที่เราต้องการจะแสดงออกได้ แทนที่จะปล่อยให้ความรู้สึกมีผลต่อพฤติกรรมโดยไม่รู้ตัว ผู้ให้คำปรึกษาจะมีผลทางบวกต่อผู้รับคำปรึกษาถ้าผู้ให้คำปรึกษาสามารถยอมรับความรู้สึกที่เป็นทางลบทั้งหลายของผู้รับคำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีความรู้ในตัวเอง คือนอกจากจะเปิดเผย และยอมรับ ความรู้สึกของตนเองแล้ว ผู้ให้คำปรึกษายังต้องคิดถึง และสัมผัสกับปัญหา รวมถึงทำการแก้ไขอย่าง แท้จริง ในทางกลับกันผู้ให้คำปรึกษาที่ไม่รู้ตัวในปัญหาของตนเองจะเป็นอันตรายอย่างมากต่อผู้ให้ คำปรึกษา เพราะผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้ผู้รับคำปรึกษาเพื่อสนองความต้องการของตนเอง เช่น หากผู้ให้ คำปรึกษาเป็นผู้ชอบแสวงหาอำนาจก็อาจจะพยายามทำให้ผู้รับคำปรึกษากลายเป็นคนที่ต้องพึ่งพาใน ตัวผู้ให้คำปรึกษาตลอดไป

ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะเป็นผู้ที่มีความรู้ตัวว่าตนมีค่านิยม และความเชื่ออย่างไร จึงจะทำให้รู้ได้ว่าผู้ที่มาขอรับคำปรึกษานั้นมีสิ่งใดสำคัญสำหรับตนเอง เช่น กรณี อสม.ได้พบว่า ผู้สูงอายุบางรายไม่ยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และบอกกับ อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านว่าไม่ไปตรวจเพราะไม่มีเงินเป็นห่วงลูกที่ต้องมาเสียเงินพยายไปตรวจ เมื่อฟังเช่นนี้จะพบว่า สิ่งสำคัญของผู้สูงอายุท่านนี้ คือกลัวเปลืองเงินของลูก การให้คำปรึกษาโดย อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านควรพูดคุยกับผู้สูงอายุว่าลูกเป็นห่วงและลูกไม่เคยคิดว่าเปลืองเงิน ลูกๆอยากให้คุณยายหรือ คุณตามีสุภาพแข็งแรง โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นคนเปิดใจกว้าง คือต้องไม่ พยายามยึดเย็ดค่านิยมของผู้ให้คำปรึกษาไปยังผู้รับคำปรึกษา ด้วยการเป็นผู้ที่ยอมรับ และชื่นชมใน ความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างลึกซึ้ง และไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนให้ผู้อื่นมีค่านิยมเช่นเดียวกับ ผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นนักเสี่ยง คือเต็มใจที่จะเสี่ยงในการสร้างความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล โดยจะไม่หลบซ่อนอยู่หลังฉากโดยใช้วิชาชีพมาบังหน้า เช่น ผู้ให้คำปรึกษาเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ต้องไปทำการคัดกรองมะเร็งช่องปากในหมู่บ้าน แต่มีคนในหมู่บ้าน บางส่วนไม่กล้ามารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมีหน้าที่ต้อง ไปให้คำปรึกษาถึงสาเหตุที่ไม่ยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ แต่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านท่าน นั้นแจ้งว่าให้ผู้ที่ไม่ยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ มาพบตนเองที่บ้านเพราะตนเองเป็น อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านหากไม่มาพบไม่ต้องตรวจ เช่นนี้ไม่สามารถทำได้

ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพสามารถสร้างความอบอุ่นกับคนอื่นได้ โดยควรเป็นผู้ที่ มองเห็นคุณค่าของผู้อื่น ให้ความสนใจต่อปัญหาของผู้ที่ตนเองดูแล อสม.ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาควร แสดงให้คนในชุมชนเห็นว่ามีคนสนใจที่จะช่วยเหลือแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาที่มี ประสิทธิภาพ จะยินยอมให้ตนเองปรากฏต่อสายตาของคนอื่นตามความจริง(ต้องไม่เสแสร้ง) หมายถึง ต้องแสดงความเป็นตัวตนที่แท้จริง เรื่องใดที่ไม่ตอบได้ให้แจ้งว่าจะไปสอบถามจากผู้รู้มาตอบให้ ไม่ ควรแสดงว่าตนเองรู้ในทุกเรื่อง เพราะการให้คำแนะนำในสิ่งที่ตนเองไม่รู้อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด ต่อผู้รับคำปรึกษาได้ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ จะต้องมีการมีอารมณ์ขัน เนื่องจากการให้

คำปรึกษาเป็นงานที่เคร่งเครียด และหนักดั่งนั้นผู้ให้คำปรึกษาจึงจำเป็นต้องมีความสามารถที่จะแสดงอารมณ์ขันร่วมกับผู้รับคำปรึกษาได้

ผู้รับคำปรึกษาคือใคร

ผู้รับคำปรึกษา คือ ผู้ที่มีปัญหาทางจิตใจ และมาขอรับบริการให้คำปรึกษา เนื่องจากหมดหวังในการแก้ปัญหาของตนเอง ซึ่งเขาเหล่านั้นได้พยายามช่วยเหลือตนเองหลายๆ ทางแล้วแต่ทำไม่ได้ ผู้รับคำปรึกษาส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกมากมายถึงความเจ็บปวด ความวิตกกังวล และความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีทางออก ควบคุมชีวิตตนเองไม่ได้

อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ถือว่าเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับคนในชุมชนหรือในหมู่บ้าน โดยเฉพาะด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนในชุมชน เมื่อใดก็ตามที่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ คนแรกที่จะถูกนึกถึงคือ อสม. หากพิจารณาในเรื่องของการปรึกษาเรื่องสุขภาพแล้ว งานที่ปฏิบัติอยู่คือ งานการให้คำปรึกษาสุขภาพระดับชุมชน ซึ่งผู้รับคำปรึกษาคือ ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนที่มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้ดูแล ซึ่งผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มักอยู่อาศัยตามลำพังในบ้าน โดยลูกหลานจะเข้าไปทำงานในเมือง ดังนั้นชุมชนจึงเหลือเพียงผู้สูงอายุ และเด็กเล็ก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจึงเป็นกลุ่มที่เข้ามาเติมเต็มในการดูแลสุขภาพแทนลูกหลานที่ต้องเข้าไปทำงานในเมือง ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าผู้สูงอายุจะมีความเจ็บเหงา และจากจุดนี้เองจึงอาจโยงไปสู่ประเด็นปัญหาทางจิตใจที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจึงเข้ามามีบทบาทในการสร้างความสัมพันธ์ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนและหน่วยงานสาธารณสุข ซึ่งก่อนที่จะลงมือปฏิบัติงานด้านการให้คำปรึกษานั้น ต้องเข้าใจถึงประเภทของผู้รับคำปรึกษาว่ามีทั้งหมด 3 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทมาด้วยตนเอง กลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่กำลังประสบกับความไม่สบายใจ หรือรู้ว่าตนเองกำลังมีปัญหาบางอย่าง ซึ่งในมุมมองของผู้ที่อยู่ชุมชนแล้วมีความคิดว่า อสม. สามารถช่วยแก้ปัญหาให้ได้ เช่น มีคุณยายท่านหนึ่งในชุมชนเคี้ยวหมากมาเป็นเวลานาน เมื่อมีการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนเพื่อเป็นการรณรงค์ป้องกันมะเร็งช่องปาก แต่คุณยายกลัวหมอจึงบอกว่าขอให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเป็นผู้ตรวจให้เพราะกลัวหมอและถ้าพบว่าเป็นป่วยเป็นโรคให้หมอสอน อสม. ว่าต้องมีวิธีการอย่างไร จากนั้นให้ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านมารักษายายแทนหมอ เป็นต้น

2. ประเภทมาด้วยคำแนะนำของคนอื่น ผู้รับคำปรึกษาประเภทนี้อาจรู้ตัวว่าตนเองกำลังมีปัญหา แต่อาจไม่รู้ว่าเป็นปัญหาอะไร หรือไม่รู้ว่าจะไปขอความช่วยเหลือได้จากที่ไหน แต่เนื่องจากคำแนะนำของคนอื่นให้ไปหา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านบริการให้คำปรึกษา จึงเป็นเรื่องที่มาจาก

ภายนอก ไม่ได้เกิดจากความตั้งใจของตนเอง เช่น กรณีเรื่องเล่าจากเหตุการณ์จริงของยายใส ที่มีอาการเจ็บที่ในปาก ทานข้าวไม่ได้เพราะมีแผลที่ลิ้น และบางครั้งก็มีเลือดออก ซึ่งยายใสมีอาการดังกล่าวมานาน แต่ไม่กล้าบอกลูกหลาน จนมีเพื่อนบ้านไปเล่าว่าหมู่บ้านเรามีหมอมาตรวจมะเร็งช่องปาก ยายใสเมื่อได้ฟังจึงถามว่ามันเป็นอย่างไรมะเร็งช่องปาก และบ่นว่าตนเองมีแผลในปาก กินข้าวไม่ค่อยได้ เพื่อนบ้านจึงบอกให้ไปหา อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านเพื่อสอบถามว่ามะเร็งช่องปากเป็นอย่างไร เมื่อยายใสได้ไปพบ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านพร้อมเล่าอาการของแผลในปากว่าเป็นมานาน กินข้าวก็ไม่ได้ เลือดคอกจะออก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจึงพาไปที่โรงพยาบาลเพื่อให้ทันตแพทย์ตรวจ ภายหลังการตรวจจึงพบว่ายายใสเป็นมะเร็งที่ลิ้น ดังนี้ เป็นต้น

3. ประเพณีที่มาด้วยการถูกบังคับ ผู้รับคำปรึกษาประเพณีนี้อาจถูกส่งตัวมาโดยผู้อื่น เช่น ผู้ที่อยู่ในครอบครัว เป็นต้น กรณีเหตุการณ์ของลูกได้นำตัวคุณพ่อเข้าพบ อสม.เพื่อพามาตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก เนื่องจากพ่อมีแผลในปากมานาน และกินข้าวไม่ค่อยได้ บ่นเจ็บปาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านได้พยายามคุยจนคุณพ่อท่านนั้นยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาล เมื่อถึงโรงพยาบาลคุณพ่อท่านนั้นขอกลับบ้านบอกว่าไม่ตรวจกลัวหมอ เดี่ยวจะไปให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านตรวจที่บ้านเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ ทันตภิบาลและ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต้องร่วมมือกันในการพูดคุย และปล่อยจนคุณพ่อท่านนั้นยอมเข้ารับการตรวจโดยทีมของทันตแพทย์ ซึ่งคุณพ่อท่านนั้นถูกตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่เป็นแผลส่งตรวจ และผลการตรวจพบว่าเป็นมะเร็งช่องปาก คุณพ่อท่านนั้น ถูกส่งตัวเข้ารับการผ่าตัดเพื่อรักษาซึ่งกระบวนการก่อนเข้ารับการผ่าตัดทันตแพทย์ต้องทำการตรวจโรคทางระบบ และทำการ x-ray ปอด ทำให้พบว่าคุณพ่อท่านนั้นยังมีการวินิจฉัยโรคอีกด้วย

จากประเพณีของผู้เข้ารับคำปรึกษาทั้ง 3 ประเพณีนี้ล้วนถูกดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งสิ้น นั่นหมายถึงการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน ผู้ที่เป็นกำลังสำคัญในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Counselling) ระดับชุมชนคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีความหมายที่จะพิจารณาร่วมกันสองส่วน ได้แก่ ส่วนของการให้คำปรึกษา (Counselling) และส่วนของการดูแลสุขภาพ (Health) หรือ สุขภาวะที่มีองค์ประกอบ 4 มิติ ที่มีการเชื่อมโยงกันในด้านสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ผลของการให้คำปรึกษา

ตัวอย่างของผลหลังจากได้รับคำปรึกษา

- สามารถเข้าใจตนเอง ผู้รับการปรึกษาเกิดความกระจำในตนเอง สามารถเชื่อมโยงความคิด อารมณ์ความรู้สึกถึงความ ต้องการที่แท้จริงกับสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่
- ยอมรับปัญหาที่มีอยู่ ผู้ให้การปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถค้นหาปัญหาสาเหตุและความต้องการได้ด้วยตนเอง
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ในการเลือก และ ค้นหาวิธีการที่เหมาะสมกับผู้รับการปรึกษา

หน้าที่และคุณสมบัติของผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ที่ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาต้องมีหน้าที่และคุณสมบัติดังนี้

1. ให้ขวัญและกำลังใจ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษามีความพร้อมในการแก้ปัญหาของตนเอง
2. ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา มองเห็นปัญหา และปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวกับปัญหาของตนเอง
3. ให้ข้อมูลที่เป็นจำเป็นในการแก้ปัญหาที่ผู้รับคำปรึกษาไม่เคยทราบ
4. ให้ความช่วยเหลือทางสังคมที่จำเป็นแก่ผู้รับคำปรึกษา
5. ช่วยพัฒนาทักษะชีวิต และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นับเป็นคุณสมบัติที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา
6. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่สามารถมีส่วนร่วมรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้อื่นได้
7. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่รู้จักและยอมรับในตนเอง
8. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่รู้สึกสบายใจที่จะอยู่กับผู้อื่น
9. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความยุติธรรมและกล้าเปิดเผยตนเอง
10. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความอดทน และใจเย็น
11. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความยืดหยุ่นและปรับตัวได้ และมีความอดทนต่อสถานการณ์ต่างๆได้ดี
12. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีความจริงใจและตั้งใจที่จะช่วยเหลือผู้อื่น
13. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีท่าทีที่เป็นมิตรมองโลกในแง่ดี
14. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีปฏิภาณไหวพริบ ที่ไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น เช่น ต้องเป็นผู้ที่ช่างสังเกต
15. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่ใช้คำพูดที่เหมาะสม

16. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่มีอารมณ์ขัน
17. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี
18. ผู้ให้คำปรึกษาต้องเป็นผู้ที่ช่วยแก้ปัญหาในบางเรื่องของผู้รับคำปรึกษา

ขั้นตอนเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้รับคำปรึกษา

ขั้นตอนที่ 1. วิธีการพูดให้ชุมชนฟังเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งช่องปากระดับหมู่บ้าน เป็นการพูดถึงเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ กินหมาก ดื่มแอลกอฮอล์หรือเบียร์ หรือเหล้าที่มักเองตามงานบุญในชุมชน เมื่อเกิดแผลในช่องปากบ่อยๆควรทำอย่างไร การดูแลสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การแปรงฟัน ช่วงเช้าและก่อนนอน การบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้งเพื่อเป็นการดูแลสุขภาพช่องปาก และเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งช่องปาก

ขั้นตอนที่ 2 สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เกิดขึ้นในชุมชน โดยอธิบายให้คนในชุมชนได้เข้าใจถึง การเข้ารับการตรวจฟันปีละ 1 ครั้ง โดยทันตภิบาล หรือทันตแพทย์ ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพราะการที่ปล่อยให้ฟันผุ และปวดฟันบ่อยๆจะก่อให้เกิดความเครียดได้ ซึ่งการเข้ารับการตรวจฟันปีละ 1 ครั้งก็จะเหมือนการตรวจร่างกายปีละ 1 ครั้งเช่นกัน กรณีที่มีแผลร้อนในเกิดขึ้นไม่ว่าจะเป็นที่ลิ้น หรือกระพุ้งแก้ม หรือที่เหงือกควรไปให้ทันตภิบาล หรือทันตแพทย์ตรวจ ไม่ควรซื้อหรือใช้ยาทาเอง เช่น การใช้ยาอม่วงที่ใช้ทาหลังเด็กมาทาแผลร้อนในที่เกิดในช่องปาก เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 อธิบายให้ชุมชน หรือผู้ที่มีแผลในช่องปาก ให้เป็นที่รู้กันว่ามีแหล่งที่จะส่งต่อการรักษา เช่น หาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านพบว่าผู้ที่มีแผลในช่องปาก ก็จะมีการส่งตัวไปให้กับทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตรวจเพื่อให้เกิดการรักษาเบื้องต้น หรือในรายที่มีฟันคุด หรือฟันบิ่นจนไปขูดบริเวณข้างกระพุ้งแก้มจนเกิดเป็นแผลก็ให้แจ้งกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งต่อให้ทันตภิบาลทำการลบคมของฟันที่บิ่น

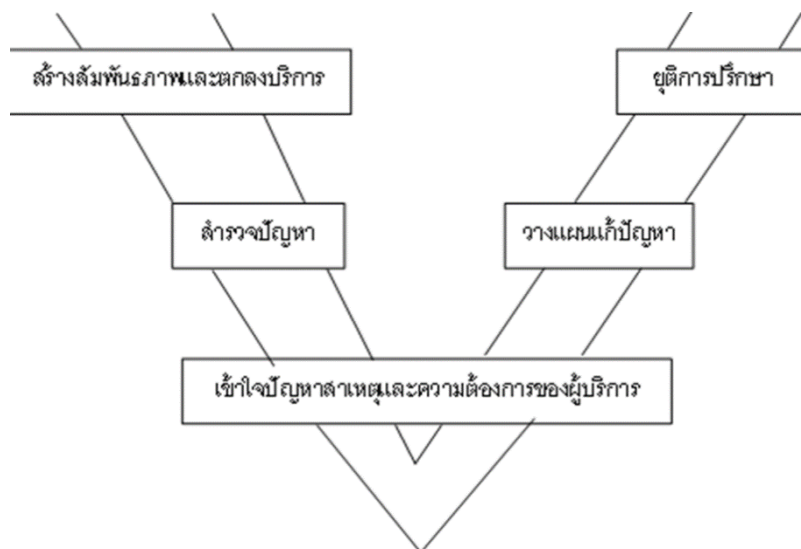
ขั้นตอนที่ 4 ช่วยส่งเสริมความพร้อมของผู้เข้ารับคำปรึกษา เป็นการชวนพูดคุยในข้อมูลเกี่ยวกับตัวของผู้รับคำปรึกษาให้ได้เข้าใจ โดยการใช้ข้อมูลจากตารางการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากที่สอบถามไปแล้ว เพื่อเริ่มให้ผู้รับคำปรึกษาสามารถพูดคุยถึงพฤติกรรมต่างๆของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่โดยสอบถามว่ามีความถี่ในการสูบบากน้อยเท่าใด การดื่มแอลกอฮอล์ มีการดื่มเป็นช่วงเวลาตามเทศกาล หรือดื่มเป็นประจำและดื่มมากน้อยเพียงใด ในการเคี้ยวหมากควรสอบถามความถี่ในการเคี้ยวหมาก และสอบถามว่ามีแผลในช่องปาก หรือกระพุ้งแก้มด้านในมีรอยผ้าหรือไม่ เนื่องจากการเคี้ยวหมากต้องใช้ยาเส้นควบคู่ด้วยอาจทำให้เกิดเป็นแผลในช่องปากได้

ขั้นตอนที่ 5 กระตุ้นผู้รับคำปรึกษา ด้วยวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งช่องปาก เนื่องจากเป็นโรคที่คนในชุมชนมักไม่ค่อยได้ยิน และไม่รู้จักเกี่ยวกับโรคดังกล่าว เพื่อให้คนในชุมชนมองเห็นว่าการสูบบุหรี่ไม่ใช่เกิดเพียงแค่โรคถุงลมโป่งพอง แต่สามารถเกิดมะเร็งช่องปากได้ การดื่มแอลกอฮอล์ไม่ใช่เกิดโรคตับแข็งอย่างเดียว แต่สามารถเกิดโรคมะเร็งช่องปากได้ด้วย การเคี้ยวหมากไม่ใช่เป็นไปตามความเชื่อว่าจะทำให้ฟันแข็งแรง แต่หมากที่มีปูนแดงและยาเส้นที่ใช้ฟันจะทำให้เนื้อเยื่อในปากเกิดรอยแผลได้ การกินอาหารตามหลักโภชนาการ คือการบริโภคผักและผลไม้จะช่วยต้านอนุมูลอิสระ ดูดซับสารพิษที่อาจก่อให้เกิดมะเร็ง ด้านการออกกำลังกาย เพิ่มระบบภูมิคุ้มกันและยังช่วยปกป้องเซลล์จากการโดนแสงแดดที่มีรังสียูวีได้อีกด้วย

ขั้นตอนที่ 6 ให้การปฐมนิเทศด้วยการบอกให้รู้ถึงบริการให้คำปรึกษา และกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เช่น การคัดกรองมะเร็งช่องปาก ให้ความรู้เรื่องการตรวจช่องปากเพื่อป้องกันมะเร็งด้วยตนเอง เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ที่เข้ารับคำปรึกษาให้เกิดความเข้าใจว่า การให้คำปรึกษาคืออะไร และ อสม.ในฐานะผู้ให้คำปรึกษาด้านการป้องกันมะเร็งช่องปากมีบทบาทอย่างไร เพื่อลดความวิตกกังวลก่อนที่ผู้รับคำปรึกษาจะเข้ารับการรักษาจริง

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

ในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ มีขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติทั้งหมด 5 ขั้นตอน ดังนี้



ภาพที่ 9.2 โมเดลการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1

เป็นช่วงแรกของการให้คำปรึกษาจึงต้องมี “การสร้างสัมพันธภาพ” เชิงการบำบัดเพื่อสร้างความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยเรื่องราวโดยเริ่มจาก

- การทักทาย (Greeting) เพื่อเป็นการแสดงมารยาทที่ดีอีกทั้งเป็นการแสดงถึงการต้อนรับที่ทำให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้สึกอบอุ่น ผ่อนคลายจากความวิตกกังวลที่มีอยู่ก่อนที่จะมาพบผู้ให้คำปรึกษา โดยอาจหาพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว เช่น การจัดทำห้องให้คำปรึกษา เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกมั่นใจว่าจะไม่มีผู้อื่นเข้ามารับรู้ปัญหาของตน

- การพูดคุยเรื่องทั่วไป (Small talk)
- การใส่ใจ (Attending) ใช้ทั้งภาษาพูดและภาษากายโดยที่ต้องสังเกตขณะพูดคุย
- ภาษาพูด (Verbal) ควรใช้ภาษาที่เป็นกันเองรวมถึงเป็นภาษาหรือคำพูดที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย

- ภาษาท่าทาง (Non-verbal) หรือภาษากาย ได้แก่ กิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหวของร่างกาย น้ำเสียง จังหวะการพูด ความดันของเสียง โดยใช้รูปแบบ SOLER ที่เริ่มต้นจาก การนั่งท่ามุมฉาก (Squarely) แสดงออกอย่างเปิดเผย (Open) การนั่งโน้มตัวมาด้านหน้าเล็กน้อย (Lean) สบตาผู้รับคำปรึกษา (Eye contact) เพื่อเป็นการแสดงออกว่าสนใจที่จะรับฟังเรื่อง และทำสภาพแวดล้อมให้ผู้รับคำปรึกษารู้สึกผ่อนคลาย (Relax)

- การเปิดประเด็น (Opening) จากนั้นเริ่มเปิดเรื่องการสนทนาหลังจากเห็นว่าผู้รับการปรึกษาเริ่มมีความไว้วางใจและเริ่มเป็นกันเอง

ขั้นตอนที่ 2

“การสำรวจและทำความเข้าใจ ปัญหา สาเหตุ และความต้องการ” โดย ผู้ให้คำปรึกษาควรดำเนินการดังนี้

- ค้นหาภูมิหลังความเป็นมา (เท่าที่จำเป็น)
- ศึกษาองค์ประกอบของปัญหา
- เนื้อหาของปัญหา
- ผลกระทบต่อผู้รับการปรึกษา
- พฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษา
- สัมพันธภาพของผู้รับคำปรึกษาต่อคนอื่น
- ศักยภาพของผู้ให้คำปรึกษา

วิธีทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและความต้องการ

1. ทบทวนและสรุปข้อมูล จากระยะเวลาที่ผ่านมาซึ่ง อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านแต่ละคนจะรู้จักและรู้ถึงพฤติกรรมของคนในชุมชนที่ตนเองดูแลเป็นอย่างดีอยู่แล้ว จึงใช้หลักการทบทวนว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาของผู้เข้ามารับคำปรึกษากับ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านนั้นเริ่มมีความเปลี่ยนแปลงจนเกิดปัญหาขึ้นในช่วงใด

2. จัดเรียงลำดับและเชื่อมโยง ว่ามีใครบ้างที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหานี้ และผลกระทบที่ได้รับมีความรุนแรงหรือไม่ ในขณะที่เดียวกันต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้รับคำปรึกษาว่ามีความรุนแรงต่อความต้องการนั้นอย่างไร เช่น หากมีผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยแต่ไม่ยอมไปพบแพทย์ ถึงแม้ว่าลูกจะพยายามพาไปอย่างไรก็ไม่ยอมไป อสม.จึงไปช่วยในการเจรจาให้ไปพบหมอ ผู้สูงอายุท่านนั้นก็ยังคงยืนยันจะอยู่บ้านไม่ยอมไปหาหมอ เมื่อเจอประเด็นแนวนี้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านชวนผู้สูงอายุคุยเพื่อจัดเรียงลำดับถึงสาเหตุที่ไม่ยอมไปหาหมอ ผู้สูงอายุเล่าว่าเป็นห่วงลูก ความหมายที่ซ่อนลึกของการห่วงลูกคือ ผู้สูงอายุคิดว่าการไปหาหมอต้องนั่งรถไป ลูกต้องเสียเงินค่ารถ เมื่อไปถึงโรงพยาบาลลูกต้องจ่ายเงินค่ารักษา และค่ายาหากหมอให้นอนโรงพยาบาลลูกก็ต้องเสียเงินมากขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุเป็นกังวลในเรื่องค่าใช้จ่ายที่ลูกต้องจ่ายหากตนเองต้องไปหาหมอ จึงใช้คำว่าห่วงลูก เมื่อ อสม.จัดเรียงลำดับ และเชื่อมโยงได้ก็จะพบว่าเป็นการกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายแต่ผู้สูงอายุจะไม่ยอมบอกว่า การรักษาที่โรงพยาบาลต้องใช้เงินเยอะ และความกังวลอีกประการคือ ลูกต้องทำงานมากขึ้นเพื่อหาเงินมาใช้จ่ายเป็นค่ารักษาของผู้สูงอายุท่านนั้น ดังนั้นเมื่อจัดลำดับและเชื่อมโยงก็จะทำให้เข้าใจว่าทำไมผู้สูงอายุจึงไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล

3. การพิจารณาและเลือกปัญหา จากประเด็นเหตุการณ์ในข้อ 2 อสม.ต้องพิจารณาและเลือกปัญหาเพื่อแก้ไข โดยพิจารณาความเร่งด่วนว่า ผู้สูงอายุท่านนั้นต้องรีบนำไปพบแพทย์ ดังนั้นการให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้สูงอายุท่านนั้นจึงต้องพูดคุยให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงประโยชน์ที่ต้องไปหาหมอเพื่อรักษา และอธิบายถึงความเป็นไปได้ในการใช้สิทธิการรักษาที่โรงพยาบาล เมื่อผู้สูงอายุได้เข้าใจถึงสิทธิการรักษาพยาบาลก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุท่านนั้นได้คลายความกังวลด้านค่าใช้จ่ายลงไปได้

ขั้นตอนที่ 3

“การวางแผนแก้ไขปัญหา” โดยเริ่มจากการพิจารณาองค์ประกอบพื้นฐาน ที่มี 3 องค์ประกอบดังนี้

1. แรงจูงใจ
2. ศักยภาพ
3. การสนับสนุนทางสังคม

วิธีการวางแผนแก้ไขปัญา โดยเริ่มจากผู้ให้คำปรึกษาต้องดำเนินการดังนี้

1. มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญา
2. กำหนดเป้าหมายได้
3. สำรวจทางเลือกต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญา
4. พิจารณาทางเลือกที่พึงประสงค์
5. กำหนดแผนการแก้ปัญาโดยละเอียด

ขั้นตอนที่ 4

“การยุติบริการ” เป็นการยุติการให้การศึกษาในแต่ละครั้งและการยุติการให้คำปรึกษาในแต่ละรายโดยมีวัตถุประสงค์

- เพื่อตรวจสอบความเข้าใจร่วมกันในสิ่งที่ได้พูดคุยในแต่ละครั้ง
- เพื่อกำหนดแนวทางปฏิบัติ เช่น การนัดหมายครั้งต่อไป การนำไปปฏิบัติจริง การส่งต่อ

เงื่อนไขการยุติบริการหลังการให้คำปรึกษา

1. หมดเวลาการให้คำปรึกษา
2. ผู้รับคำปรึกษาเริ่มรู้สึกผ่อนคลาย หรือพบแนวทางปฏิบัติ
3. สถานการณ์ เกินขอบข่ายการช่วยเหลือด้านจิตใจ/อันตราย
4. ผู้รับคำปรึกษาเกิดภาวะพึงพิง ผู้ให้คำปรึกษา เช่น ผู้รับคำปรึกษามอบหมายการตัดสินใจให้กับผู้ให้คำปรึกษา
5. ผู้รับคำปรึกษาไม่ให้ความร่วมมือ
6. ประเด็นปัญหาที่รับฟังเกินขีดความสามารถของ ผู้ให้คำปรึกษา

ทักษะในการให้คำปรึกษาทางสุขภาพ

โดยเริ่มที่การฟัง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องปฏิบัติโดยที่ต้องให้ผู้รับคำปรึกษาได้มีโอกาสรบายความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และได้เรียนรู้เข้าใจตนเองและผู้อื่น เข้าใจสิ่งที่เป็นปัญหา ยอมรับ แยกแยะความรู้สึก และเลือกทางแก้ด้วยตนเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษา ต้องสามารถจับประเด็นปัญหา และแกะรอยตามปัญหาของผู้เข้ารับคำปรึกษาให้ได้ ที่สำคัญคือผู้ให้คำปรึกษาและ ผู้รับคำปรึกษา ต้องเข้าใจปัญหาดตรงกัน

หลักในการรับฟังปัญหา

หลักในการรับฟังปัญหาของผู้ให้คำปรึกษาต้องยึดปฏิบัติ ดังนี้

การฟังอย่างใส่ใจ(LADDER)

มองตา LOOK = มองประสานสายตา ตั้งใจ มีสติ พยายามจับประเด็น

สอบถาม ASK = ถามในจุดที่สงสัย แะรอยตามประเด็น

ไม่ขัดจังหวะ DO NOT INTERRUPT = ไม่แทรกขัดจังหวะ

ไม่เปลี่ยนเรื่อง DO NOT CHANGE THE SUBJECT = ไม่เปลี่ยนเรื่อง

ใส่ใจ EMOTION = ใส่ใจการแสดงออกทางอารมณ์

ตอบสนอง RESPONSE = แสดงสีหน้าท่าทางตอบสนอง

การสังเกต เป็นทักษะการใส่ใจ เพื่อรับรู้ในพฤติกรรมต่างๆ ที่ ผู้รับคำปรึกษาแสดงออกมาเพื่อให้คำปรึกษาสามารถเลือกใช้ทักษะได้อย่างเหมาะสม

การถาม เป็นช่วงเวลาที่ไม่มี การสื่อสารด้วยวาจา ระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา การเงียบเงียบสนิท เงียบที่มีเสียงบางอย่าง ซึ่งลักษณะการเงียบมีดังนี้

- “เงียบบวก” : เว้นจังหวะการพูด รู้สึกเจ็บใจหรือเสียใจ เพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาพูด เพื่อคิด และเพื่อพักฟื้นจากความเหน็ดเหนื่อย

- “เงียบลบ” : แสดงความไม่สบายใจ ไม่อยากพูดเรื่องตนเอง

การทวนซ้ำ ผู้ให้คำปรึกษาต้องทำการทวนซ้ำ เพื่อแสดงถึงความสนใจในการให้คำปรึกษา ดังนี้

- เป็นการพูดในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาได้บอกเล่าอีกครั้งโดยไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งภาษาและความรู้สึก

- ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจชัดเจนในสิ่งที่ต้องการปรึกษา
- เป็นวิธีสื่อความใส่ใจของ ผู้ให้คำปรึกษาที่มีต่อผู้รับคำปรึกษา
- ผู้รับคำปรึกษาเปิดเผยตนเองมากขึ้น และพูดต่อไป
- ตรวจสอบว่า สิ่งที่ ผู้ให้คำปรึกษาได้ยินถูกต้องหรือไม่
- ทวนซ้ำอย่างเดียวกับ สิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดทุกคำ
- ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนาม
- ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นสำคัญเพียงส่วนเดียว
- ทวนซ้ำแบบสรุป

การสะท้อนความรู้สึก ผู้ให้คำปรึกษาต้องสะท้อนความรู้สึกของตนเองเพื่อเป็นการแสดงความสนใจและจริงใจในการรับคำปรึกษา

- เป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ที่ผู้รับคำปรึกษา ได้แสดงออกมาด้วยวาจาหรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนเป็นภาษาพูดให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ปัญหาของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น
- ผู้รับคำปรึกษาเกิดความไว้วางใจ เนื่องจากผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจความรู้สึกในปัญหาของตนเอง (ผู้รับคำปรึกษา)

การให้ข้อมูล

การให้ข้อมูลของผู้ให้คำปรึกษามีหลักการเบื้องต้น ดังนี้

1. ต้องสำรวจความรู้ความเข้าใจ การปฏิบัติตัวของผู้รับคำปรึกษา
2. วิเคราะห์หาความถูกต้องของปัญหา วิเคราะห์หาส่วนที่ผิดของปัญหา และวิเคราะห์เพื่อหาส่วนที่ขาดหายไปของปัญหา
3. จากนั้นให้ข้อมูลแก่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขส่วนที่เข้าใจผิด รวมทั้งเพิ่มเติมส่วนที่ขาดไปให้สมบูรณ์
4. ควรบอกหรืออธิบายวิธีแก้ปัญหให้เป็นลำดับอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรมหรืออาจสาธิตให้ดู
5. ตรวจสอบว่าผู้รับคำปรึกษาเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามได้จริง
6. คอยติดตามสอบถามเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้รับคำปรึกษา

การพิจารณาทางเลือก (เป็นทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหา)

- ผู้รับคำปรึกษา พอละได้แนวทางแต่ยังลังเล ไม่มั่นใจในการตัดสินใจ ควรพูดคุยเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความมั่นใจมากขึ้น
- ใช้วิธีพิจารณาแนวทางการแก้ไขปัญหาค่ะด้าน จนกระทั่งชัดเจนว่าแต่ละด้านมีข้อดีข้อเสียอะไรบ้าง

การเสนอแนะ ผู้ให้คำปรึกษาต้องมีแนวทางในการเสนอแนะต่อผู้รับคำปรึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต อันเป็นการชี้แนะแนวทางปฏิบัติในการแก้ปัญหาแก่ ผู้รับคำปรึกษา โดย

- ผู้รับคำปรึกษา จะเป็นผู้เลือกปฏิบัติเองในการแก้ปัญหาโดยผู้ให้คำปรึกษา (อสม.) ไม่ควรชี้นำว่าต้องเลือกแบบนี้ หรือแบบนั้น
- ผู้รับคำปรึกษา ทราบแนวทางปฏิบัติตัวว่าควรจะทำแบบใด ผู้ให้คำปรึกษา (อสม.) ไม่ควรชี้นำการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับคำปรึกษาเพื่อป้องกันการพึ่งพิง หากผู้ให้คำปรึกษาชี้นำจะทำให้ผู้รับคำปรึกษาต้องพึ่งพิง ผู้ให้คำปรึกษา (อสม.) ตลอดเวลาจนไม่กล้าหาแนวทางในการปฏิบัติด้วยตนเอง

- ผู้รับคำปรึกษา สามารถวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม โดยผู้ให้คำปรึกษา (อสม.) ทำหน้าที่เสนอแนวทางให้ผู้รับคำปรึกษาวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาด้วยตนเองเพื่อลดการพึ่งพิง
- ผู้ให้คำปรึกษาต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับคำปรึกษา ได้มีโอกาสพิจารณาข้อเสนอแนะว่าเหมาะสมกับตน หรือไม่

วิธีการให้ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้คำปรึกษาควรสำรวจว่า ผู้รับคำปรึกษา สามารถคิดหาแนวทางปฏิบัติได้เองหรือไม่
2. สำรวจหรือสอบถามว่าผู้รับคำปรึกษา เคยแก้ปัญหาประเภทนี้มาก่อนหรือไม่
3. ให้การเสนอแนะโดยบอกวิธีปฏิบัติ หรือสนับสนุนให้ปฏิบัติตามประสบการณ์
4. ตรวจสอบปฏิกิริยาโต้ตอบของผู้รับคำปรึกษา

การให้กำลังใจ

- เป็นทักษะที่ใช้ด้านจิตใจเพื่อช่วยให้ ผู้รับคำปรึกษา ได้พูดหรือแสดง ความรู้สึกออกมา และให้การแก้ปัญหาดำเนินต่อไปด้วยดีมักทำเมื่อ ผู้รับคำปรึกษา ขาดความมั่นใจ วิตกกังวลมองดูตัวเองด้อยเกินกว่าที่จะแก้ไขปัญหา ซึ่งต้องอิงอยู่บนศักยภาพของ ผู้รับคำปรึกษา ไม่ใช่มาจาก ผู้ให้คำปรึกษา หรือการปลอบใจที่ใช้ในสังคมทั่วไป

วิธีการให้กำลังใจ

1. ผู้ให้คำปรึกษาควรสำรวจอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาว่ามีอารมณ์ท้อแท้ หดหู่หรือไม่มี
2. ผู้ให้คำปรึกษาควรมีการจับสังเกตและการสะท้อนความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษาว่ามีความรู้สึกดีขึ้นหรือแย่ลง
3. โดยผู้ให้คำปรึกษาต้องค้นหาศักยภาพของ ผู้รับคำปรึกษาว่ามีความโดดเด่นด้านใดเพื่อนำมาใช้เป็นจุดกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ
4. จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาควรเร่งสื่อสารเพื่อสนับสนุนศักยภาพของผู้รับคำปรึกษา

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

การพัฒนาระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงการสร้าง ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคให้ประชากร การพัฒนาให้อาสาสมัครสาธารณสุข หมู่บ้านสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาระดับชุมชนได้ซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการใช้ข้อมูล ทางทันตกรรม หรือ Electronic Dental Record (EDR) ด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากจนนำไปสู่การ

ใช้ข้อมูลเพื่อการคัดกรอง เฝ้าระวังและรักษามะเร็งช่องปากครบวงจรตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด เป็นการสร้างรูปแบบสารสนเทศทางทันตสาธารณสุขโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ค้นหากลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นการปฏิบัติงานแบบการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งช่องปากเชิงรุก ซึ่งนับว่าเป็นเครื่องมือในการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากระดับชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนได้ตื่นตัวและรู้จักภัยเงียบของโรคมะเร็งช่องปาก

ข้อเสนอแนะ

จากข้อค้นพบของโครงการคัดกรองมะเร็งช่องปากและการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อจัดเก็บข้อมูลด้านการป้องกันโรค พบว่าควรผลักดันให้หน่วยงานสาธารณสุขเพิ่มแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก รวมถึงควรจัดอบรมเพื่อเพิ่มทักษะในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากให้บุคลากรทาง ทันตกรรมให้มากขึ้น โดยเฉพาะทันตภิบาลซึ่งเป็นด่านหน้าในการตรวจช่องปากให้ประชาชน รวมถึงการเพิ่มสื่อหรือเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งช่องปากให้กับประชาชนทั่วไป เพื่อให้เกิดความตระหนักรวมถึงความเข้าใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งช่องปากได้

คำถามท้ายบท

1. ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพคืออะไร
2. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพส่วนบุคคลคืออะไร
3. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพขององค์กรคืออะไร

เอกสารอ้างอิง

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข, อัครวรรธน์ อัสตารักษ์. การสร้างโมเดลเบื้องต้น เพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings), การประชุมวิชาการระดับชาติ ปอ มท. ประจำปี 2562 เรื่อง “อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก (The Future of Thai Higher Education in Global Context)” วันที่ 24-25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ณ เดอะ ไทด์ รี สอร์ท จังหวัดชลบุรี

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จีรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพึ้ง, อังคณา วิสุทธาจารย์, มงคล อักโข, พัชรินทร์ ธนทรัพย์บุรโชติ, ภาณุวัฒน์ ชมหอม การ สร้างสรรค์นวัตกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking). Poster Presentation มหกรรม มหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021), 2021.

CDC. (2022). Health Literacy. *What Is Health Literacy?*

George, R. L. C. T. S. (1995). *Counseling : theory and practice*. Boston: Allyn and Bacon.

Klongnoi B., Sresumatchai V., Khovidhunkit S. P., Fuangtharnthip P., Leelarungsun R. and Shrestha B. Pilot Model for Community Based Oral Cancer Screening Program: Outcome from 4 Northeastern

Ratzan, S. C., Filerman, G. L., & Lesar, J. W. (2000). Attaining global health: challenges and opportunities. *Popul Bull*, 55(1), 1-48.

Rudd, R. E. (2019). Health Literacy Considerations for a New Cancer Prevention Initiative. *The Gerontologist*, 59(Suppl 1), S7-S16. doi:10.1093/geront/gnz032

เฉลยคำถามบทที่1

1. มะเร็งช่องปากมีหลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์แบบใด?

ตอบ มะเร็งช่องปากมีหลายชนิด ที่พบบ่อยที่สุดเป็นชนิดที่เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุผิวช่องปาก (squamous cell carcinoma)

2. อาการของมะเร็งช่องปากมีในรูปแบบใดบ้าง

ตอบ เป็นก้อนเนื้อที่โตยื่นออกมาจากพื้นผิวช่องปากอย่างรวดเร็ว ผิวขรุขระไม่เรียบ อาจมีลักษณะเหมือนผิวดอกกะหล่ำ หรืออาจมีแผลบนก้อน แต่บางชนิดก็อาจจะมีผิวเรียบได้เช่นกัน

3. รอยโรคมะเร็งช่องปากตามภาพเป็นแบบชนิดใด



ตอบ แสดงรอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดปุ่มแดงปนขาว เช็ดไม่ออกที่บริเวณเพดานปาก

4. ภาพนี้แสดงรอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดใด



ตอบ รอยโรคมะเร็งช่องปากชนิดแผลมีขอบนูนแข็งบริเวณข้างลิ้น อาจมีอาการเจ็บร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้

5. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งช่องปากเฉพาะมะเร็งช่องปากชนิดที่เกิดจากเซลล์ของเยื่อบุผิวช่องปาก (squamous cell carcinoma) มีอะไรบ้างจงอธิบาย

ตอบ 1. เพศ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2 เท่า

2. อายุ ส่วนใหญ่พบในผู้อายุมากกว่า 40 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่ตรวจพบประมาณ 55-60 ปี อย่างไรก็ตามพบประมาณ 5% ของผู้ป่วยมะเร็งช่องปากชนิดนี้ มีอายุน้อยกว่า 40 ปี สำหรับมะเร็งช่องปากชนิดอื่นๆ อาจพบได้ในอายุเฉลี่ยที่น้อยกว่านี้

3. การสูบบุหรี่และการใช้ยาเส้นในช่องปาก โดยพบว่าในบุหรี่ยาสูบมีสารก่อมะเร็งมากกว่า 10 ชนิด 4. การดื่มสุรา

5. การเคี้ยวหมาก พบว่าในหมากมีสารก่อมะเร็งหลายชนิด

6. รังสียูวี (เฉพาะมะเร็งบริเวณริมฝีปากล่าง)

6. การแบ่งระยะของมะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็นกี่ระยะอย่างไรจงอธิบาย

ตอบ มะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็น 4 ระยะตามขนาดและการลุกลามของมะเร็ง ขนาดและจำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่โต และการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ห่างไกลออกไป ซึ่งผู้ป่วยระยะแรกๆ จะมีโอกาสรักษาหายขาดสูงกว่าผู้ป่วยระยะท้ายๆ

7. แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนแบ่งออกเป็นกี่วิธีจงอธิบาย

ตอบ แนวทางการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชนสามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

1. **การคัดกรองระดับหมู่บ้าน (Screen 1:S1)** ที่ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน หรือ อสม.ที่ทำหน้าที่เป็นผู้แสวงหา(Seeker)กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ด้วยแบบสอบถามถึงการมีพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ด้วยแบบสอบถามถึงการมี

2. **การคัดกรองระดับชุมชน (Screen 2:S2)** เป็นการรับการปฏิบัติจากการคัดกรองระดับหมู่บ้าน โดยผู้ที่มีพฤติกรรมอันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปากจะได้รับการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในช่องปากโดยทันตภิบาลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อเป็นการตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรก (Early detection)

3. **การคัดกรองระดับโรงพยาบาล (Screen 3:S3)** กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการส่งตัวต่อมาจากทันตภิบาล พร้อมใบส่งตัวไปยังทันตแพทย์ที่โรงพยาบาลชุมชน จะได้รับการตรวจเพื่อการ วินิจฉัยโรคและทำการรักษาในเบื้องต้น กรณีที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งช่องปากจะได้รับการส่งตัวต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์เพื่อเข้ารับการรักษาต่อไป

4. **การเฝ้าระวังต่อโรคมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน (Surveillance)** โดยกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีรอยโรคแต่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงจะได้รับการเฝ้าระวังทุก 6 เดือน หรือ 1 ปีดังนี้

- การเฝ้าระวังระดับชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ทุก 1 ปีสำหรับผู้ที่ไม่มียโรค
- การเฝ้าระวังระดับ รพ.สต.โดยทันตภิบาล ทุก 6 เดือน สำหรับผู้ที่มีรอยโรคเล็กน้อย
- การเฝ้าระวังระดับ รพช.โดยทันตแพทย์ ทุก 6 เดือนสำหรับผู้ที่มีรอยโรคที่รักษาโดยทันตแพทย์

เฉลยคำถามท้ายบทที่ 2

1. การคัดกรองมะเร็งช่องปากควรมีรูปแบบที่เหมือนกันในทุกที่หรือไม่

ตอบ การคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถปรับรูปแบบให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงานของแต่ละพื้นที่ การจัดทำรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน ดำเนินการด้วยการจัดอบรมวิธีการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้กับทันตแพทย์และทันตภิบาลเพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับรอยโรคในช่องปากคร่าวๆ ก่อนการลงคัดกรองในชุมชน การสร้างเสริมและป้องกันโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ทำเป็นรูปแบบการป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นงานในส่วนของท่านทันตภิบาลและทันตแพทย์ ซึ่งเมื่อมีการป้องกันโรคแล้วสิ่งที่เรายังขาดคือการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) อันเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมโดยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งสำหรับกลุ่มคนปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มที่เจ็บป่วย โดยมุ่งที่การพัฒนาปัจจัยกำหนดสุขภาพทุกด้านให้เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชน

2. รูปแบบในการจัดปัญหาการคัดกรองมะเร็งช่องปากควรมีแนวทางอย่างไร

ตอบ รูปแบบในการจัดอุปสรรคด้านประเด็นค่าใช้จ่ายสามารถดำเนินการโดยประสานเพื่อขอความร่วมมือกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายการลงพื้นที่ เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก และในประเด็นปัญหาการส่งตัวเพื่อการรักษาสามารถแก้ปัญหาเบื้องต้น โดยการประสานกับโรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ เพื่อแจ้งความคืบหน้าของการรักษาซึ่งประเด็นนี้สามารถพัฒนาให้มีรูปแบบด้านการส่งตัวผู้ป่วยและการแจ้งความคืบหน้ากลับยังหน่วยงานที่ส่งตัวเพื่อให้สามารถติดตามและประสานความร่วมมือแบบต่อเนื่องได้ นอกจากนี้ด้านของโรงพยาบาลศรีสะเกษ ได้มีการทดลองรูปแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นในบางส่วนแต่ยังไม่ได้ดำเนินการแบบต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังคงพบว่ามีอุปสรรคในด้านความพร้อมของทีมทันตแพทย์ที่จะดำเนินการคัดกรอง อีกทั้งการคัดกรองมะเร็งช่องปากยังไม่ปรากฏอยู่ในตัวชี้วัดของการดำเนินการคัดกรองโรค ควรเพิ่มชนิดของการคัดกรองโรคมะเร็งให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ระบบการให้บริการ (Service plan) ด้านการคัดกรองโรคโดยเฉพาะมะเร็งมีความครอบคลุมหรือไม่

ตอบ ยังไม่ครอบคลุมตามเป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง มีทั้งหมด 4 เป้าประสงค์ คือลดอัตราการตาย ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย รวมถึงสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน ซึ่งในการดำเนินการวิจัยของโครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นการสร้างโมเดลในการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยเริ่มตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ภายใต้การหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งช่องปากได้ จากนั้นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงจะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในรายที่มีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาโดย ทันตแพทย์ ดังนั้นการสร้างโมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน จึงเน้นไปยังผู้แสวงหา (Seeker) กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งผู้ที่ทีมวิจัยให้ความสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มาทำหน้าที่ในการเป็นผู้แสวงหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน และในการสร้างนวัตกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบขั้นบันได สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อตอบโจทย์เป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็งได้ ด้านระดับยุทธศาสตร์ พบว่าทั้ง 7 ลำดับ โมเดลการคัด

กรองมะเร็งช่องปากของโครงการวิจัยสามารถดำเนินการได้สอดคล้องตั้งแต่การป้องกัน และการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) ด้วยการนำประชากรในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านที่ดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านภายใต้แบบคัดกรองที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น จึงเป็นการวิจัยที่ลงปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชนเป็นการตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ของ Service plan สาขามะเร็งไม่ได้กำหนดเรื่องมะเร็งช่องปากไว้ ดังนั้นการดำเนินงานของโครงการวิจัยในการสร้างโมเดลตั้งแต่ระดับชุมชนจึงเป็นการเริ่มต้นแนวทางในการคัดกรองรอยโรคมะเร็งระดับชุมชนของงานทางด้านการบริการทันตกรรม

ระบบการให้บริการ (Service plan) สาขาโรคมะเร็ง ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดเป็น 2 ระดับ โดยระดับที่ 1 (Outcome Indicator) คือตัวชี้วัด ระดับเป้าประสงค์ และระดับที่ 2 (Process Indicator) คือตัวชี้วัด ระดับยุทธศาสตร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ลดอัตราการตาย ลดอัตราป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย และสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน ด้วยการเน้นที่ 7 ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ดังนี้

- ยุทธศาสตร์ที่ 1 Primary Prevention
- ยุทธศาสตร์ที่ 2 Screening and Early Detection
- ยุทธศาสตร์ที่ 3 Cancer Diagnosis
- ยุทธศาสตร์ที่ 4 Cancer Treatment
- ยุทธศาสตร์ที่ 5 Palliative Care
- ยุทธศาสตร์ที่ 6 Cancer Informatics
- ยุทธศาสตร์ที่ 7 Cancer Research

ตารางที่ 1 รายการตัวชี้วัด ของ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

ระดับเป้าประสงค์		
ลำดับที่	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
1	ลดอัตราการตาย	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตบไม่เกิน 24 คนต่อแสนประชากร
2	ลดอัตราป่วย	สัดส่วนของผู้ป่วย มะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 และ 2รวมกัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
3	ลดระยะเวลาการรอคอย	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรอคอยการรักษาด้วย รังสี ≤ 6 สัปดาห์
4	สถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามมาตรฐานของ สถานบริการสุขภาพในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขามะเร็ง แต่ละระดับของโรงพยาบาล

ตารางที่ 2 แสดง 7 ระดับยุทธศาสตร์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง

ระดับยุทธศาสตร์		
ลำดับที่	ยุทธศาสตร์	ตัวชี้วัด
1	การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)	ร้อยละของการจัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง ≥ 80
2	การตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)	ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม และ มะเร็งปากมดลูก
3	การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis) : Pathology	3.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ≤ 2 สัปดาห์ 3.2 ร้อยละของผู้ป่วยที่ Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการตรวจวินิจฉัย (Cancer Diagnosis) โรคมะเร็ง
4	การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาหลัก 4.1 ภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด ร้อยละของผู้ป่วยที่ 4.2 Refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง
5	การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)	5.1 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) 5.2 ระดับความสำเร็จของการดำเนินการจัดการระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
6	สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)	ระดับความสำเร็จของการทำทะเบียนมะเร็ง (Cancer Registry)
7	การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)	ระดับความสำเร็จของการจัดตั้ง Research Center และ ผลิตผลงานวิจัย

ที่มา: นิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง

เป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็ง มีทั้งหมด 4 เป้าประสงค์ คือลดอัตราการตาย ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย รวมถึงสถานบริการสุขภาพได้มาตรฐาน ซึ่งในการดำเนินการวิจัยของโครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นการสร้างโมเดลในการคัดกรองโรคเบื้องต้น โดยเริ่มตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ภายใต้การหาผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งช่องปากได้ (van der Waal, 2013) จากนั้นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงจะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลในรายที่มีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาโดย ทันตแพทย์ ดังนั้นการสร้างโมเดลคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน จึงเน้นไปยังผู้แสวงหา (Seeker) กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ซึ่งผู้ที่ทีมวิจัยให้ความสำคัญคือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ที่มา

ทำหน้าที่ในการเป็นผู้แสวงหากลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน และในการสร้างนวัตกรรมการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบขั้นบันได สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานวิจัยเพื่อตอบโจทย์เป้าประสงค์ของ Service plan สาขาโรคมะเร็งได้

ด้านระดับยุทธศาสตร์ พบว่าทั้ง 7 ลำดับ โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากของโครงการวิจัยสามารถดำเนินได้สอดคล้องตั้งแต่การป้องกัน และการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention) ด้วยการนำประชากรในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ตั้งแต่ระดับหมู่บ้านที่ดำเนินการ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านภายใต้แบบคัดกรองที่ทีมวิจัยได้พัฒนาขึ้น จึงเป็นการวิจัยที่ลงปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน โดยให้ชุมชนเป็นผู้จัดกิจกรรมตรวจคัดกรองเพื่อป้องกันและรณรงค์เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับชุมชนเป็นการตรวจคัดกรองและการตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ซึ่งในแผนยุทธศาสตร์ของ Service plan สาขามะเร็งไม่ได้กำหนดเรื่องมะเร็งช่องปากไว้ ดังนั้นการดำเนินงานของโครงการวิจัยในการสร้างโมเดลตั้งแต่ระดับชุมชนจึงเป็นการเริ่มต้นแนวทางในการคัดกรองรอยโรคมะเร็งระดับชุมชนของงานทางด้านการบริการทันตกรรม

เฉลยคำถามท้ายบทที่3

1.การสังเคราะห์แบบจำลองการคัดกรองมะเร็งช่องปากมีประโยชน์ต่อการวางแผนในการดำเนินงานระดับชุมชนอย่างไร

ตอบ มีประโยชน์ในการคัดกรองโรคตั้งแต่ระดับชุมชนเปรียบเหมือนตระแกรงร่อนในการหารอยโรคเบื้องต้น ซึ่งกระบวนการของพื้นที่มาสังเคราะห์รูปแบบการคัดกรองเพื่อให้เกิดความครอบคลุมโดยแบ่งกระบวนการคัดกรองออกเป็น 3 ระดับได้แก่ การคัดกรองระดับชุมชน กำหนดให้เป็นการคัดกรองระดับ S1 ดำเนินการสำรวจผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปและมีพฤติกรรมสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้น้ำยา/ยาเส้น/เคยใช้ดื่มเหล้า/เบียร์ เคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยว ทำงานกลางแดดเป็นประจำ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี อาการระคายเคืองในช่องปาก และมีประวัติเป็นโรคมะเร็ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านจะเป็นผู้ทำการสำรวจ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาลระดับ S2 เป็นการออกแบบเพื่อให้เป็นแบบสอบถามสำหรับทันตภิบาลใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการคัดกรองระดับ S2 การส่งกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคไปยังโรงพยาบาลชุมชนเพื่อตรวจคัดกรองว่ามีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาหรือไม่ โดยจะกำหนดวันเพื่อเข้ารับการตรวจโดยทันตแพทย์จะใช้แบบสำหรับทันตแพทย์ใช้คัดกรองกลุ่มเสี่ยง (S3) โดยทันตแพทย์จะทำการตรวจคัดกรองช่องปากของกลุ่มเสี่ยงว่ามีรอยโรคที่ต้องให้การรักษาหรือไม่ การตรวจรักษาของทันตแพทย์ กรณีที่ตรวจพบว่ามีรอยโรคทันตแพทย์จะใช้แบบบันทึกการรักษา มะเร็งช่องปากจะมีทั้งหมด 7 หน้า โดยทีมของทันตแพทย์จะทำการบันทึกข้อความตามรายการแบบจากนั้นจึงส่งผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการรักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย

จากการสังเคราะห์แบบจำลองเดิมของการคัดกรองมะเร็งช่องปากในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ายังไม่มีแบบจำลองการดำเนินงานที่แน่นอน ส่วนใหญ่เป็นการคัดกรองโรคตามแผนบริการ(Service Plan) เช่น โรงพยาบาลอำเภอประทาย ที่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน มีเพียงรูปแบบการรักษารอยโรคในช่องปากเท่านั้น ส่วนการคัดกรองมะเร็งช่องปากใช้รูปแบบการตั้งรับอยู่ที่โรงพยาบาล

โครงการคัดกรองมะเร็งช่องปาก จังหวัดชัยภูมิ โดยสังเคราะห์แบบจำลองจากระบบเดิมเพื่อให้สามารถวางแผนได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การประเมินประชากรกลุ่มเสี่ยง การวางแผนการทำงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ และการจัดทำแบบสอบถามเกี่ยวกับการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงของคนในชุมชน

2.การคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนควรเน้นคัดกรองในรูปแบบใด

ตอบ จากการสังเคราะห์กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากพบว่าไม่มีการเฝ้าระวังและการติดตามกลุ่มที่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงไม่มีการติดตามผลหลังจากส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ จึงทำให้หลังการรักษาขาดระบบการติดตามและการเฝ้าระวังมะเร็งช่องปากในระดับชุมชน ประกอบด้วย ระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก ระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก

3.การคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากระดับชุมชนมีทั้งหมดกี่ระดับอะไรบ้าง

ตอบ มี3 ระดับประกอบด้วย การคัดกรอง ระดับ S1 คัดกรองโดย อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน การคัดกรองระดับS2 คัดกรองโรคทันตภิบาลเพื่อค้นหารอบโรคในช่องปากเบื้องต้น และการคัดกรองระดับ S3 เป็นการคัดกรองโรคมะเร็งช่องปากโดยทันตแพทย์

4. อธิบายระบบการเตือนเพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากมีทั้งหมดกี่ระดับ

ตอบ เตือนเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากจะแบ่งออกเป็น3 ระดับ คือ

การเตือนระดับที่ 1 โดยการส่งข้อความเตือนไปที่โทรศัพท์มือถือของกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้เข้ารับการสำรวจความเสี่ยงมะเร็งช่องปากกับ อสม.

การเตือนระดับที่ 2 เป็นการเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากกับ ทันตภิบาลที่ รพ.สต.กรณีทีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับการตรวจตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การเตือนระดับที่ 3 เป็นการเตือนซ้ำเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นการเตือนซ้ำ

เฉลยคำถามท้ายบทที่ 4

1. ยกตัวอย่างแนวทางประชาสัมพันธ์การคัดกรองมะเร็งช่องปากในชุมชน

ตอบ ตัวอย่างการประชาสัมพันธ์ เช่น จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลชุมชนกระสังในวันแรกของการปฏิบัติงาน จำนวน 277 คน เนื่องจากจำนวนกลุ่มเสี่ยงมาเป็นจำนวนมากดังนั้นจึงได้มีการตั้งฐานการคัดกรองในระดับ S2.5 ซ้ำอีกครั้งเพื่อให้ได้กลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคชัดเจนทำให้สามารถคัดกลุ่มเสี่ยงที่ไม่มีรอยโรคออกไปจำนวน 100 คน โดยพบกลุ่มเสี่ยงที่มีรอยโรคชัดเจนจำนวน 177 คน และในการดำเนินคัดกรองวันที่สองของการปฏิบัติงานก็จะดำเนินการเช่นเดียวกัน ซึ่งกลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีลูกหลานมาส่งที่โรงพยาบาลชุมชนกระสัง และในบางส่วนจะเดินทางกันมาเป็นกลุ่มพร้อมกัน ซึ่งในการสัมภาษณ์เชิงลึกจากทันตแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน กระสังถึงความสำเร็จในการประชาสัมพันธ์ให้มีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เป็นจำนวนประมาณ 500 คน พบว่าทางโรงพยาบาลกระสังใช้การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้คนในชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดกรองมะเร็งช่องปาก โดยมีการใช้รูปแบบของหน่วยกระจายข่าวในชุมชนเมื่อคนในชุมชนเดินออกจากบ้านจะได้รับข้อมูลเชิญชวน เช่นทำโปสเตอร์ไปติดไว้ตามแหล่งกระจายข่าวในชุมชน หรือกรณีที่ใช้รูปแบบเชิญชวนให้คัดกรองมะเร็งช่องปากให้แก่ผู้ป่วยที่เดินทางไปที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.อธิบายขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ไปที่ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับ โรงพยาบาลชุมชน

ตอบ รวบรวมจำนวนประชากรที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป เพื่อให้ทราบจำนวนประชากรประมาณการซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากจำนวนประมาณการของประชากรจะสัมพันธ์กับการวางแผนของทีมีวิจัยที่จะลงพื้นที่ทั้งในด้านการให้เวลาพื้นที่ที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลประทายทำการคัดกรองผู้ที่มีอายุ 40 ปีและเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะต้องเข้ารับการคัดกรองมะเร็งช่องปากในวันที่ทีมีวิจัยจะลงพื้นที่ไปทำการตรวจคัดกรองรอยโรคในระดับ S3 ที่โรงพยาบาลประทาย เมื่อได้จำนวนประมาณการของประชากรแล้วทีมีวิจัยจะกำหนดวันเพื่อลงพื้นที่ชี้แจงโครงการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยในการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ไปที่ระดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และระดับ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงอธิบายความหมายของแบบที่ใช้คัดกรองในรูปแบบงานวิจัย กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากสามารถที่จะดำเนินการตามขั้นตอน โดยการใช้ข้อมูลตั้งต้นด้านอายุกลุ่มเสี่ยงจากข้อมูลของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Health Information System: HIS) ด้วยการเลือกเฉพาะผู้ที่มีอายุตั้ง 40 ปี เพื่อใช้เป็นข้อมูลตั้งต้นของโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

3.จงอธิบายพร้อมยกตัวอย่างพื้นที่ขนาดกลางที่มีการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตอบ การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ จะดำเนินการตามรูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากมหาราชโมเดล(ประยุกต์) โดยเริ่มจาก อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่ได้รับรายชื่อกลุ่มเสี่ยงที่รับผิดชอบ ไปทำการสอบถามการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามแบบสอบถามS1 ที่พิมพ์ออกจากโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งช่องปาก เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านดำเนินการแล้วเสร็จ จะนำแบบเก็บข้อมูลส่งไปยัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่ที่ดูแล จากนั้นจะทำการนัดหมายผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงให้เข้ารับการตรวจช่องปากที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในรายที่มีรอยโรคจะถูกส่งตัวให้เข้ารับการตรวจรอยโรคด้วยทีมทันตแพทย์ของโครงการวิจัยจากคณะทันตแพทยศาสตร์ และทีมทันตแพทย์ของโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

อำเภอกระสัง

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก เนื่องจากการใช้ระบบประชาสัมพันธ์ตามหมู่บ้าน โดยดำเนินการประชาสัมพันธ์ด้วยเสียงตามสายของหมู่บ้าน และติดป้ายประชาสัมพันธ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

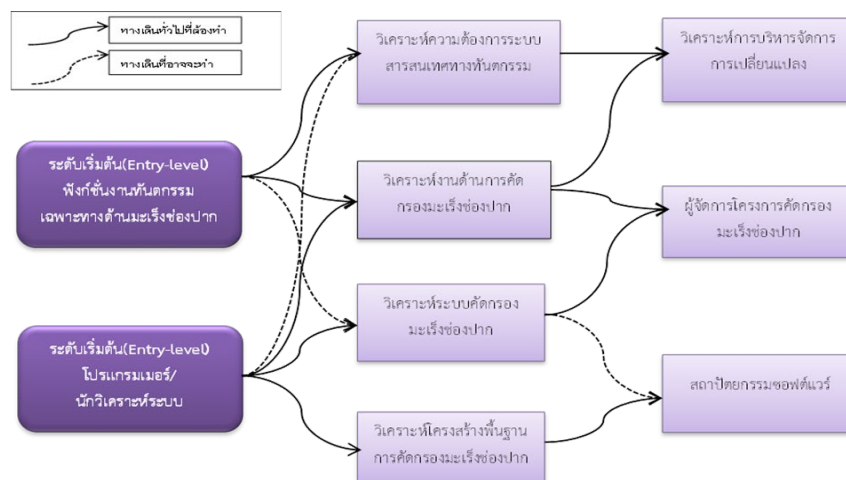
อำเภอละหานทราย

การคัดกรองมะเร็งช่องปากของอำเภอละหานทรายจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงที่เข้ารับการคัดกรองในระดับS1 จำนวนมาก และจำนวนร้อยละของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากในการคัดกรองระดับ S1 สูง อาจเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์รวมถึงการทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานานเนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม

เฉลยคำถามท้ายบทที่ 6

1. อธิบายเส้นทางการพัฒนาระบบสารสนเทศคัดกรองมะเร็งช่องปาก

ตอบ การสร้างระบบสารสนเทศคล้ายคลึงกับการสร้างบ้าน ดังนั้นในประการแรกเจ้าของระบบงานต้องอธิบาย วิสัยทัศน์ของงานให้นักพัฒนาระบบได้ทราบเพื่อทำความเข้าใจก่อน ประการที่สอง แนวคิดของงานจะถูก แปลงเป็นภาพร่างและภาพวาดที่แสดงให้เจ้าของระบบงานเห็นและปรับ จนกว่าเจ้าของระบบงานจะยินยอม ให้รูปภาพแนวคิดแสดงถึงสิ่งที่เจ้าของระบบงานต้องการ ประการที่สาม ทำการพัฒนาชุดของภาพพิมพ์เขียวที่มีรายละเอียดซึ่งแสดงข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นเกี่ยวกับ (เช่น กระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากตั้งแต่ ระดับชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลศูนย์ผู้ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรอง เป็นต้น) สุดท้ายระบบสารสนเทศจะถูกพัฒนาตามแบบแผนภาพและอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความต้องการของ ผู้ใช้งานระบบ



2. การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล SDLC หรือ Systems development life cycle

ตอบ การสร้างระบบข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยใช้โมเดล SDLC หรือ Systems development life cycle มีขั้นตอนพื้นฐานสี่ขั้นตอนที่คล้ายกัน ได้แก่ การวางแผน การวิเคราะห์ การ ออกแบบ และการใช้งาน แต่ละขั้นตอนประกอบด้วยชุดของขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

การวางแผน

การวางรูปแบบของสารสนเทศทางทันตกรรม(Dental Informatics) หมายถึงกระบวนการในการคัด กรองมะเร็งช่องปากที่ใช้แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย แบบสอบถามที่ดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุข

หมู่บ้าน ทันตภิบาล และทันตแพทย์ การเริ่มต้นพัฒนาสารสนเทศทางทันต-กรรมประกอบด้วย การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและส่วนของการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เป็นการจัดเวทีถอดบทเรียนจากผู้ปฏิบัติงานด้านการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อให้ได้โมเดลในการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่เหมาะสมของพื้นที่รวมถึงเพื่อให้ได้แนวทางในการวิเคราะห์และพัฒนาระบบสารสนเทศในการคัดกรองโรค

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

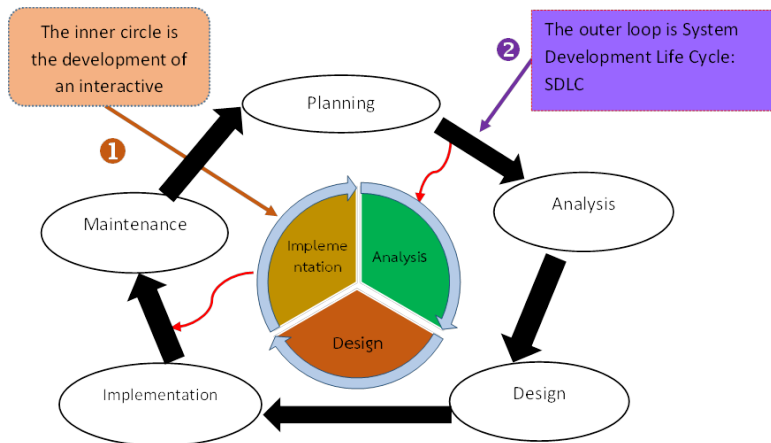
เป็นการเก็บข้อมูลจากแบบคัดกรองมะเร็งช่องปากในระดับชุมชนจากนั้นทำการบันทึกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่โครงการวิจัยได้พัฒนาขึ้นมา “ORAL CANCER”

การสร้างโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นที่เหมาะสมโดยใช้ชุมชนและบ้านเป็นฐาน เริ่มจากดำเนินการวิเคราะห์ชุมชนและวิเคราะห์รูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากเพื่อหาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากให้มีรูปแบบที่เหมาะสมตามวิถีของพื้นที่นั้นๆ ด้วยรูปแบบที่ใช้การสนทนากลุ่ม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม(Focus group) กับทันตแพทย์ ทันตภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาล ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน และ ผู้ใหญ่บ้าน นอกจากนี้การพัฒนาแบบสอบถามเพื่อดำเนินการใช้ข้อคำถามในการสนทนากับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคัดกรองมะเร็งช่องปากของพื้นที่ที่ต้องการพัฒนาโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากตามตัวอย่างแบบสอบถาม โดยแบบดังกล่าวเป็นการใช้เพื่อสอบถามแนวทางในการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ดำเนินการตามแนวทางในการป้องกันโรค

เฉลยคำถามท้ายบทที่7

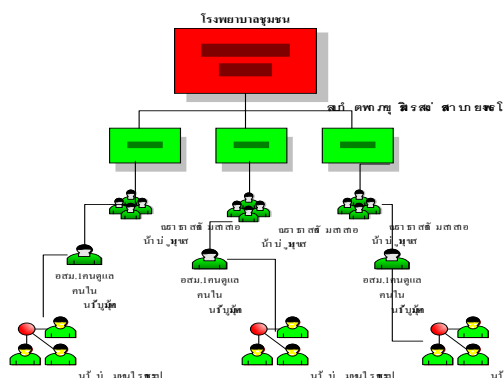
1. อธิบายรูปแบบของ Iterative and Incremental Development

รูปแบบ Iterative and Incremental Development แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน (Planning) การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ(Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) และการบำรุงรักษา(Maintenance)



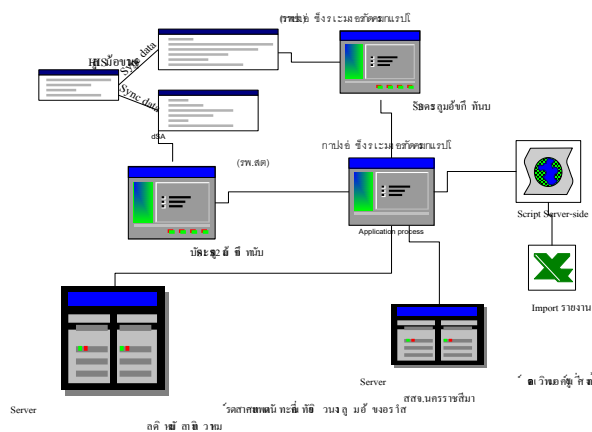
การวิเคราะห์เพื่อพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามกลุ่มเสี่ยงมะเร็งช่องปากแบ่งออกเป็น 2 ส่วนประกอบด้วย ส่วนแรก เป็นการพัฒนาในลักษณะ Interactive คือการพัฒนาระบบการคัดกรองมะเร็งช่องปากแบบ Pilot version เพื่อทดสอบรูปแบบการบันทึกข้อมูลตั้งแต่การคัดกรองระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดย Pilot version จะมุ่งเน้นที่รูปแบบการคัดกรองและทดสอบการใช้แบบในการคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยจะเริ่มใช้วงจรการพัฒนาในระบบ ในส่วนที่ 2 จะเป็นการวิเคราะห์ระบบโดยจะมีจุดเชื่อมจากการจำลองแบบโดยมีวงรอบด้านนอก ซึ่งจะมีอยู่ 3 ขั้นตอนที่ต้องวนรอบทำซ้ำและทำเพิ่ม ประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ(Design) การพัฒนาและติดตั้ง (Implementation) เริ่มจากการพัฒนาระบบสารสนเทศในการติดตามคนไข้มะเร็งช่องปากของรอบที่ 1 ของ SDLC หลังจากสิ้นสุดการดำเนินงานในขั้นตอนการวางแผนพัฒนาระบบ โดยทำการวางแผนจำนวนรอบที่จะทำซ้ำและระบบที่ต้องพัฒนาเพิ่ม โดยเป็นการดำเนินการในวนรอบทำซ้ำและทำระบบเพิ่มในขั้นตอนการวิเคราะห์ระบบการออกแบบ การพัฒนาและติดตั้งระบบ โดยจะดำเนินการซ้ำในจุดของการวิเคราะห์ที่ปรากฏลูกศรลากจากวงของด้านนอกคือ SDLC เข้าเชื่อมต่อตำแหน่งของการวิเคราะห์ที่วงด้านในคือการพัฒนาแบบ Interactive โดยในแต่ละรอบด้านในจะมีการทำฟังก์ชันงานต่างๆเพิ่มจนครบ ซึ่งจะเมื่อพัฒนาในวงรอบด้านนอกตามรูปแบบการพัฒนาโดยยึดตามแนวทาง Waterfall Model

2. อธิบายผังโครงสร้างการดูแลสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนของประเทศไทย



ตามแผนผังโรงพยาบาลชุมชนดูแลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยการ
บริหารงานเป็นการกำกับดูแลอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของ
ประชากรในหมู่บ้าน โดย อสม. 1 คนดูแลคนในหมู่บ้าน 1 คุ่ม หรือประมาณ 10 หลังคาเรือน โดย อสม. จะทำ
หน้าที่ในการช่วยเหลือทีมงานของ รพ.สต. ในการคัดกรองโรคเบื้องต้น

3.อธิบายการทำงานของโปรแกรมบันทึกข้อมูลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (Beta version)



โปรแกรมทำการเชื่อมโยงเพื่อนำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องจากโปรแกรม HIS โดยฐานข้อมูลจะ Sync data ไปยังโปรแกรมคัดกรองมะเร็งช่องปากที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เฉลยคำถามท้ายบทที่ 8

1. อธิบายแนวทางในการพัฒนาการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบโมเดลพื้นที่ใหญ่

ตอบ โมเดลพื้นที่ใหญ่ หรือโมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบที่ 1 หรือมหาราชโมเดล สามารถดำเนินการได้ในพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีบุคลากรตำแหน่งทันตภิบาลที่อยู่ประจำครบในทุกรพ.สต. โดยมีขั้นตอนการคัดกรองมะเร็งช่องปากที่ปฏิบัติตั้งแต่ระดับ S1 ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในหมู่บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไปด้วยแบบคัดกรองสำหรับ อสม. S1 โดยแบบคัดกรองนั้นทีม อสม.จะสอบถามถึงปัจจัยเสี่ยงที่สัมผัสอยู่ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใส่ฟันปลอมมานานกว่า 1 ปี ทำงานกลางแจ้งเป็นประจำสูบบุหรี่/เคยสูบบุหรี่ ใช้น้ำยาสูบ/ยาเส้น/เคยใช้น้ำยาสูบหรือยาเส้น เคี้ยวหมาก/เคยเคี้ยวหมาก ทำงานกลางแจ้งเป็นเวลานาน มีสิ่งระคายเคืองหรืออาการระคายเคืองในช่องปาก มีประวัติเป็นโรคมะเร็ง หากผู้ที่ได้รับการคัดกรองมีปัจจัยเสี่ยง จะได้รับการนัดหมายให้เข้ารับการตรวจคัดกรองช่องปากเบื้องต้นโดยทีมทันตภิบาล ณ รพ.สต.ที่อยู่ในพื้นที่และแบบ S1 ที่กรอกข้อมูล

กลุ่มที่ 1 คือ ประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งช่องปากอย่างใดอย่างหนึ่งตามข้อคำถามจะได้รับการนัดหมายให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปากโดยทันตภิบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มที่ 2 คือ ประชากรที่ไม่สัมผัสปัจจัยเสี่ยงตามข้อคำถาม ซึ่งกลุ่มนี้อสม.จะต้องทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังและคัดกรองปีละ 1 ครั้งตามแบบตารางคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปากโดย อสม.

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มประชากรที่ อสม. ไม่พบตัวในวันที่ทำการคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งช่องปาก ต่อเมื่อได้พบตัวให้เริ่มทำการคัดกรองตามตารางฯ และหากพบว่าสัมผัสปัจจัยเสี่ยงให้นัดหมายเพื่อส่งตรวจตามกลุ่มที่ 1 หรือหากกรณีไม่มีปัจจัยเสี่ยงให้ดำเนินการตามกลุ่มที่ 2

2.อธิบายแนวทางในการพัฒนาการคัดกรองมะเร็งช่องปากรูปแบบโมเดลพื้นที่เล็ก

ตอบ โมเดลพื้นที่เล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน เป็นการรวมระดับของหมู่บ้านหรือ S1 กับระดับ รพ.สต.ไว้ด้วยกัน หรือ S2 และทันตแพทย์จากโรงพยาบาลชุมชนเข้าช่วยในการตรวจคัดกรองฯโดยการแจ้งประชากรของชุมชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งช่องปาก ณ ชุมชน เช่นที่วัด หรือที่ทำการของอสม.ในชุมชน ในรูปแบบของโมเดลข้อมูลพื้นที่ขนาดเล็ก หรือโมเดลเพื่อนช่วยเพื่อน พบว่าข้อมูลกลุ่มที่มีรอยโรคเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่มีรอยโรค PMD รอยโรคมะเร็งช่องปาก รอยโรคแดง รอยโรคขาวที่แม่นยำขึ้น ทำให้ทีมวิจัยสามารถพบข้อมูลและกลุ่มที่ป่วยด้วยโรคช่องปากอย่างชัดเจนรวมถึงให้การรักษาได้ทันก่อนที่รอยโรคอื่นจะกลายเป็นมะเร็งช่องปาก นี่คือจุดแข็งของโมเดลพื้นที่เล็ก แต่จุดอ่อนของโมเดลนี้ทำให้ได้ข้อมูลและจำนวนกลุ่มเสี่ยงที่น้อยกว่าการใช้โมเดลใหญ่ เนื่องจากต้องใช้ทันตแพทย์ลงไปช่วยตรวจคัดกรองในชุมชนเมื่อทำการรวมระดับคัดกรองของ S1 และ S2 เข้าไว้ด้วยกัน

เฉลยคำถามท้ายบทที่ 9

1. ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพคืออะไร

ตอบ คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพขององค์กร

2. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพส่วนบุคคลคืออะไร

ตอบ คือระดับที่บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลและบริการเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น

3. ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพขององค์กรคืออะไร

ตอบ คือระดับที่องค์กรช่วยให้บุคคลสามารถค้นหา ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลรวมและบริการทางสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันเพื่อแจ้งการตัดสินใจและการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสำหรับตนเองและผู้อื่น

ดัชนีคำภาษาอังกฤษ

A	
Analysis	122
B	
Biopsy	99
C	
Cancer Diagnosis	33
Cancer Informatics	33
Cancer stage	6
Cancer Treatment	33
Cloud database	81
Cost-Benefit Analysis Technique	117
cost-effectiveness	7
Counseling team	99
D	
Database	80
Dental Informatics	91
Deployment	82
Distance oral cancers	4
DNA	5
E	
Early detection	8, 10, 89
EDR	73
Electronic Dental Record	73
Erythroplakia	2, 7, 8

F

Fibrosis	7
Fluorescence imaging	4
Focus group	92
Fourier transform infrared spectroscopy	4

H

Head and Neck Cancers	2, 7
Health Informatics	78
Health Information System	69
Homogenous leukoplakia	7
HPV	4, 107
Human Papilloma Virus	4

I

ICD 10	2
Immunocytochemistry	3
Implementation	81
Informatics	78
Interactive	114
Iterative and Incremental Development	114

L

Laser confocal microscopy	4
Leukoplakia	2, 8
Lichen planus	7
Localized oral cancers	4

M

Malignant neoplasm	1
--------------------	---

N

Nonhomogenous leukoplakia	7
---------------------------	---

O

object-oriented-databases	80
---------------------------	----

oral medicine specialist	7
--------------------------	---

Oral Cancer	2, 7
-------------	------

ORAL CANCER	91
-------------	----

Oral lesion	2
-------------	---

Oral lichenoid lesions	7
------------------------	---

Oral submucous	7
----------------	---

Outcome Indicator	32
-------------------	----

P

Palliative Care	33
-----------------	----

Palpation of oral mucosa	6
--------------------------	---

Photo Novella	119
---------------	-----

Pilot version	114
---------------	-----

PMD	2, 6, 7, 12
-----	-------------

polyp	3
-------	---

Potentially Malignant Disorders	2, 6, 7
---------------------------------	---------

premalignant lesions	3
----------------------	---

Primary Prevention	34
--------------------	----

Process Indicator	32
-------------------	----

R

Raman spectroscopy	4
--------------------	---

Regional oral cancer	4
----------------------	---

relation database	80
-------------------	----

Requirements Gathering and Analysis	81
-------------------------------------	----

S	
Screen 2	10
Screen 3	11
Screen1	9, 61
Screening and Early Detection	34
SDLC	90, 114
secondary prevention	89
Seeker	34
service plan	100
Service plan	32
Software Development Life Cycle	81
SQL	80
squamous	3, 5
squamous cell carcinoma	5
Squamous cell carcinoma	89
Standard Query Language	80
Surveillance	3, 12
Surveillance, Epidemiology and End Results	3
System Design	81
Systems development life cycle	90
U	
Unknown	4
UVA	13,16,19
UVB	13,16,19
V	
Vital staining	3
W	
waterfall model	79

Waterfall Model	115
Web Application	119
Web base application	73

ดัชนีคำภาษาไทย

ก	
กระพุ้งแก้ม	18
ก้อนเนื้องอก	8
ก่อนพัฒนาเป็นมะเร็งช่องปาก	6
การคัดกรองมะเร็งช่องปาก	5
การคัดกรองระดับS1	61
การดูแลเพื่อประคับประคอง	33
การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง	33
การเฝ้าระวัง	12
การรักษาโรคมะเร็ง	33
การวางแผน (Planning)	121
การวิเคราะห์	122
การวิเคราะห์ระบบ	119
การสนทนากลุ่ม	92
การสร้างโมเดล	33
การสังเคราะห์กระบวนการ	98
การออกแบบฐานข้อมูล	78
การออกแบบระบบ	81
ข	
ข้อมูลทางพันธุกรรม	73
ข้อมูลในระดับ S2	62
ข้อมูลประชากร	64
ค	
ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพ	169

ความรุนแรง	14
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพขององค์กร	169
ความรู้เท่าทันด้านสุขภาพส่วนบุคคล	169
ความเสี่ยงในระยะยาว	3
คัดกรองในระดับS3	62
คัดกรองมะเร็งช่องปาก	26, 30, 97
คัดกรองระดับ S2	126
คัดกรองระดับชุมชน	10
คัดกรองระดับโรงพยาบาล	11
คัดกรองระดับหมู่บ้าน	9
เคมีบำบัด	14

จ

จังหวัดสุรินทร์	71
-----------------	----

ช

ชุมชน	8, 10, 11, 12, 13, 15, 18, 19
-------	-------------------------------

ฐ

ฐานข้อมูล	80
-----------	----

ด

ด้านการสื่อสารสุขภาพ	60
ดื่มแอลกอฮอล์	6
ไดอะแกรม	78

ต

ตติยภูมิ	114
ตรวจเยื่อในช่องปาก	6
ตรวจวินิจฉัยตั้งแต่แรก	10
ตรวจเหงือก	16

ต่อน้ำเหลือง 8

ท

ทิมให้คำปรึกษา 99

ทฤษฎี 114

น

เนื้องอกเนื้อร้าย 1

บ

แบบจำลองน้ำตก 79

ป

ปฐมภูมิ 114

ประชาสัมพันธ์เชิงรุก 59

ประสิทธิผล 7

ปัจจัยเสี่ยง 5

โปรแกรมคัดกรองมะเร็งช่องปาก 62

ผ

ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง 7

ผู้รับคำปรึกษา 176

ผู้แสวงหา 34

ผู้ให้คำปรึกษา 174

แผลร้อนใน 8

พ

พฤติกรรมทางเพศ 6

ฟันช่องปาก 17

พีดานคอคอย 17

ฟ	
ฟันโยก	8
ฟันหลุด	8
ม	
มะเร็งช่องปาก	2
มะเร็งเซลล์	3
มะเร็งปากมดลูก	6
มะเร็งระยะเริ่มต้น	34
โมเดล	8, 13, 18
โมเดลการคัดกรองมะเร็งช่องปาก	62
ย	
ยานัตถ์	6
ยาสูบ	6, 15, 19, 21
ยาเส้น	6
ร	
รหัสมาตรฐาน	2
รอยโรคในช่องปาก	2
รอยโรคสีขาว	7
รอยโรคสีแดง	7
ระดับพุทิตยภูมิ	29
ระบบการให้บริการ	32
ระบบสารสนเทศ	29
ระบบสารสนเทศมะเร็งช่องปาก	61
ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล	69
ระยะก่อนการเกิดโรค	6
ระยะของโรค	8
ระยะที่ 1-4	6
ระยะแรก	89

รังสี UV	6
รังสีรักษา	14
รายงานเกี่ยวกับมะเร็ง	3
ริมฝี	16

ล

ลดความเสี่ยง	34
ลึ้น	2, 7, 8, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 20, 21

ว

วิธีการรักษา	14
--------------	----

ศ

ศีรษะและลำคอ	2
เศรษฐศาสตร์	7

ส

สนเทศศาสตร์ทางสุขภาพ	78
สมาร์ทโฟน	31
สารก่อมะเร็ง	2
สารพันธุกรรม	5
สารสนเทศทางด้านทันตกรรม	78
สารสนเทศทางทันตกรรม	79, 91
สารสนเทศโรคมะเร็ง	33
สาเหตุของมะเร็งช่องปาก	2
สีขาวยปนแดง	7
สื่อให้ความรู้	107
เสียงตามสาย	70

ท

หมู่บ้าน	29
----------	----

อ	
อสม.	9
อาการเสียงแหบเรื้อรัง	8
อาการแสดง	13
อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน	9, 176
อำเภอแก้งคร้อ	72
อำเภอเขวาสินรินทร์	71
อำเภอบำเหน็จณรงค์	72
อำเภอภูเขียว	72
อำเภอศรีณรงค์	71

ประวัติผู้แต่งหนังสือ

ผศ.ดร.นพ.ทพ.บวร คลองน้อย

Assistant Professor Dr. Boworn Klongnoi

DDS, MD, Dr. Med., Dr. Med. Dent., F.R.C.D.T.

Facharzt fuer Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

(German Board of Oral and Maxillofacial Surgery),

Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery



Birth date: 20.02.1969

Birth place: Bangkok, Thailand

Religion: Buddhism

Educational background:

1974-1980 Primary School: Assumption College Thonburi

1980-1985 Secondary School: Suankularb College

1985-1991 Doctor of Dental Surgery (0.0.5.), Department of Dentistry, Chulalongkorn University

1994-1999 Doctor of Medicine (MD), Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University

2001-2006 Facharzt fuer Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (German Board of Oral and Maxillofacial Surgery), Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Friedrich-Alexander University Erlangen-Nuremberg, Germany

2006 Doctors Der Medicine (Dr. Med.), Friedrich-Alexander University Erlangen-Nuremberg, Germany

2006 Doctors Der Zahnheilkunde (Dr. Med. Dent.), Friedrich Alexander University Erlangen-Nuremberg, Germany

2008 Thai Board of Oral and Maxillofacial Surgery

Job Experiences

2008-Present Staff in Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry Mahidol University

1993-2008 Staff in Department of Hospital Dentistry, Faculty of Dentistry, Mahidol University

1991-1993 Dental Practitioner, Pattaya International Hospital, Chon Buri

การดำรงตำแหน่งด้านการบริหาร การบริการวิชาการ

- คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบสาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล สาขาศัลยศาสตร์ช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล
- คณะกรรมการอำนวยการฝ่ายการศึกษาและวิจัย สมาคมศัลยศาสตร์ช่องปากและ แม็กซิลโลเฟเชียลแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
- ผู้อำนวยการแผนบูรณาการรูปแบบการสร้างเชื่อมโยงระหว่างการค้ากรอง การเฝ้าระวังและการรักษา มะเร็งช่องปากอย่างครบวงจรตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิในเขตสุขภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีงบประมาณ 2562
- ผู้ควบคุมหน่วยผู้ป่วยใน คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- ที่ปรึกษาคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก กระทรวงสาธารณสุข

รางวัล/เกียรติประวัติ

- ปี 2560 รางวัลข้าราชการ ลูกจ้าง และพนักงานมหาวิทยาลัยดีเด่น ระดับคณะ ประจำปี 2560
- ปี 2563 รางวัลมหาวิทยาลัยมหิดล ประจำปีการศึกษา 2562 ประเภทดีเด่นเฉพาะทาง สาขาการบริการ ผลงานการบริการ “การจัดการและการดูแลรักษาผู้ป่วยเนื้องอกและมะเร็งช่องปาก”
- ปี 2565 รางวัลทันตแพทย์ดีเด่น ด้านบริการทันตกรรม ทันตแพทย์สภา

ผลงานตีพิมพ์

1. Klongnoi, B., Sresumatchai, V., Khovidhunkit, S.-O.P., (...), Leelarungsun, R., Shrestha, B., Pilot model for community based oral cancer screening program: Outcome from 4 northeastern provinces in Thailand; International Journal of Environmental Research and Public Health 18(17),9390:2021
2. Pongpanich, M., Sanguansin, S., Kengkarn, S., (...), Klongnoi, B., Kitkumthorn, N., An integrative analysis of genome-wide methylation and expression in ameloblastoma: A pilot study; Oral Diseases 27(6), pp. 1455-1467:2021
3. Worakhajit, P., Fuangtharntip, P., Khovidhunkit, S.-O.P., Chiewwit, P., Klongnoi, B., The relationship of tobacco, alcohol, and betel quid with the formation of oral potentially malignant disorders: A community-based study from northeastern Thailand; International Journal of Environmental Research and Public Health 18(16),8738:2021

4. Peanchitlertkajorn, S., Jaroenyong, R., Chalidapongse, P., Klongnoi, B., Boonpratham, S., Pediatric obstructive sleep apnea: The role of orthodontic management; *Journal of the Medical Association of Thailand* 104(2), pp. 326-336:2021
5. Sresumatchai, V., Klongnoi, B., Nityasuddhi, D., Klaewkla, J., Akko, M., The Development of Dental Informatics of Oral Cancer Screening for Prevention in Community Level: A Prototype Study in Thailand; *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 22(12), pp. 3865-3873:2021
6. Rungraungrayabkul, D., Panpradit, N., Lapthanasupkul, P., (...), Klongnoi, B., Khovidhunkit, S.-O.P., Detection of Human Papillomavirus and p16INK4a Expression in Thai Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma; *Head and Neck Pathology*:2021
7. Bumalee, D., Lapthanasupkul, P., Tamboon, E., (...), Klongnoi, B., Kitkumthorn, N., Low frequency of human papillomavirus and epstein-barr virus dna in ameloblastoma of Thai patients, *World Journal of Dentistry* 11(6), pp. 446-450:2020
8. Lapthanasupkul, P., Klongnoi, B., Mutirangura, A., Kitkumthorn, N., Investigation of pten promoter methylation in ameloblastoma; *Medicina Oral Patologia Oral y Cirugia Bucal* 25(4), pp. e481-e487:2020
9. Wangpermtam, P., Petmitr, S., Punyarit, P., Klongnoi, B., Sanguansin, S., Down-regulation of mitochondrial NADH and cytochrome b gene associated with high tumor stages in head and neck squamous cell carcinoma; *Archives of Oral Biology* 99, pp. 107-112:2019
10. Klongnoi, B., Kaewpradub, P., Boonsiriseth, K., Wongsirichat, N., Effect of single dose preoperative intramuscular dexamethasone injection on lower impacted third molar surgery; *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 41(3), pp. 376-379:2012
11. Boonsiriseth, K., Klongnoi, B., Sirintawat, N., Saengsiravin, C., Wongsirichat, N., Comparative study of the effect of dexamethasone injection and consumption in lower third molar surgery; *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 41(2), pp. 244-247:2012
12. Chindasombatjaroen, J., Poomsawat, S., Klongnoi, B., Calcifying cystic odontogenic tumor associated with other lesions: Case report with cone-beam computed tomography findings; *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology* 113(3), pp. 414-420:2012
13. Schlegel, K.A., Zimmermann, R., Thorwarth, M., (...), Nkenke, E., Felszeghy, E., Sinus floor elevation using autogenous bone or bone substitute combined with platelet-rich plasma; *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology* 104(3), pp. e15-e25:2007

14. Klongnoi, B., Rupprecht, S., Kessler, P., (...), Wiltfang, J., Schlegel, K.A., Lack of beneficial effects of platelet-rich plasma on sinus augmentation using a fluorohydroxyapatite or autogenous bone: An explorative study; *Journal of Clinical Periodontology* 33(7), pp. 500-509: 2006
15. Klongnoi, B., Rupprecht, S., Kessler, P., (...), Wiltfang, J., Schlegel, K.A., Influence of platelet-rich plasma on a bioglass and autogenous bone in sinus augmentation: An explorative study; *Clinical Oral Implants Research* 17(3), pp. 312-320: 2006

ชื่อ ผศ.ดร.วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย

สังกัด ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เบอร์โทร: 0843601154

e-mail: vanvisamu@gmail.com, vanvisa.sre@mahidol.ac.th



คุณวุฒิ

คุณวุฒิ	สาขาวิชา	สำเร็จการศึกษาจาก	
		สถาบัน	พ.ศ.
PhD.Sc.	วิทยาศาสตร์สาธารณสุข (Good Level)	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	2560
วท.ม.	สารสนเทศทางสุขภาพ (Health Informatics)	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	2544
ศ.บ.	เศรษฐศาสตร์การคลัง	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	2530

ประกาศนียบัตรและการอบรม

ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย สาขาเวชกรรมไทย	มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข
ประกาศนียบัตรการแพทย์แผนไทย สาขาเภสัชกรรมไทย	มูลนิธิการแพทย์แผนไทยพัฒนา กระทรวงสาธารณสุข
ประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรระบดวิทยาประยุกต์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
หลักสูตรรูปแบบการวิจัยสุขภาพและการใช้สถิติขั้นสูง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข
การจัดการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องมือทางสถิติที่ทันสมัย	ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์
โดยเฉพาะโปรแกรม STATA	มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานระดับบริหาร	ได้รับการขึ้นทะเบียนจากกรมสวัสดิการและคุ้มครอง
ตามกฎหมายกระทรวง กำหนดมาตรฐานในการบริหารและ	แรงงาน เลขทะเบียนที่ จป.59-048 การจัดการด้าน
ความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2549	

Certificate of Achievement has completed: Improving online teaching and learning: Practical workshops for academics (10 Hours) from Macquarie University. มหาวิทยาลัยมหิดลและ Macquarie School of Education Macquarie University. 4October .2021

งานบริหาร

1.รองประธานสภาคณาจารย์ คนที่2 มหาวิทยาลัยมหิดล

งานบริการวิชาการ

1.คณะกรรมการประเมินผลงานให้ดำรงตำแหน่งของแพทย์แผนไทยชำนาญการ-ชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รางวัลด้านงานวิจัย

1.รางวัลดีเด่นด้านงานวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ ประจำปี 256 ระดับบุคคล

งานวิจัยที่สนใจ

- 1 .สารสนเทศทางทันตกรรม การคัดกรองมะเร็งช่องปาก
- 2 .การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
- 3 .สารสนเทศโภชนาการ
- 4 .เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข
- 5 .การบำบัดเด็กพิเศษด้วยการนวดสัมผัส

ทุนวิจัยที่ได้รับ

- 1.โครงการวิจัย “พัฒนาศูนย์สารสนเทศทางทันตกรรมในการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งช่องปาก มหाराชโมเดลและสื่อความรอบรู้สุขภาพของการป้องกันมะเร็งช่องปาก” แหล่งทุนที่ได้รับ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) จำนวนเงินทุน 9,177,200 บาท (ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์)
- 2.โครงการวิจัย “การพัฒนาแผ่นแปะดำรับสมุนไพรพอกเขาเพื่อบรรเทาอาการปวดจากข้อเข่าเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ” แหล่งทุนที่ได้รับ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) จำนวนเงินทุน 2,280,000 บาท ปีงบประมาณ 2566 (ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์)
- 3.โครงการวิจัย “ศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพชุมชนตำบลท่าบุญมีตามหลักการแพทย์แผนไทยเพื่อนำไปสู่อานภาพสังคมผู้สูงวัยต้นแบบสุขภาพดี 100 ปี” แหล่งทุนที่ได้รับ กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย จำนวนเงินทุน 300,000.00 บาท(ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์)

ผลงานวิจัยที่ได้รับการจัดแจ้งลิขสิทธิ์

1.ผลงานประเภทวรรณกรรม ลักษณะงานโปรแกรมคอมพิวเตอร์ชื่อผลงาน “โปรแกรมบันทึกข้อมูล ORAL CANCER ONLINE” ทะเบียนข้อมูลเลขที่ ว1.010359 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2566

2.ผลงานประเภทวรรณกรรม ลักษณะงานนิพนธ์ ชื่อผลงาน “คู่มือการคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นระดับชุมชน” ทะเบียนข้อมูลเลขที่ ว.050043 เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2566

ผลงานวิจัย

Boworn Klongnoi and **Vanvisa Sresumatchai**. Analysis and Design Information System in Dentistry. Journal of Health Education, January-June 2017 Vol.40 No.1:147-64

Sompopcharoen M, **Sresumatchai V**. Systematic review: marketing communication of Thai Herbal products to enhance potential in becoming global products. The 1st International Conference on Innovative Communication and Sustainable Development in ASIAN 2015;1:243–253.

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, มลีนี สมภพเจริญ. การสังเคราะห์ข้อเสนอเพื่อพัฒนาการนวดไทยมุ่งสู่มาตรฐานองค์การอนามัยโลก.วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2561; 4 (3):459-471.

มลีนี สมภพเจริญ, **วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย**, กวิตา พวงมาลัย. ช่องทางการสื่อสารสุขภาพจิต และข้อความส่งเสริมสุขภาพจิต กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วารสารการประชาสัมพันธ์และการโฆษณา 2561;11(2) :149-166.

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, มงคล อักโข,อัศววรรณ อัสตารักษ์.การสร้างโมเดลเบื้องต้นเพื่อคัดกรองมะเร็งช่องปากตามบ้านระดับชุมชน โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการ (Proceedings), การประชุมวิชาการระดับชาติ ปอมท.ประจำปี 2562 เรื่อง “อนาคตอุดมศึกษาไทย ภายใต้บริบทโลก(The Future of Thai Higher Education in Global Context)” วันที่ 24-25 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ณ เดอะ ไฮด์ รีสอร์ท จังหวัดชลบุรี”

Boworn Klongnoi , **Vanvisa Sresumatchai** ,Siribang-on Piboonniyom Khovidhunkit, Pornpoj Fuangtharnthip , Rachatawan Leelarungsun and Binit Shrestha. *Pilot Model for Community Based Oral Cancer Screening Program: Outcome from 4 Northeastern Provinces in Thailand*, Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18(17), 9390.

วันวิสาข์ ศรีสุเมธชัย, บวร คลองน้อย, เดชาวุธ นิตยสุทธิ, จิรนนท์ แก้วกล้า, หรินทร์ คล้ายพึ้ง, อังคนา วิสุทธาจารย์, มงคล อักโข, พัชรินทร์ ธนทรัพย์บุรุษิต, ภาณุวัฒน์ ชมหอม *การสร้างสรรค่นวัตกรรมคัดกรองมะเร็งช่องปากเบื้องต้นเพื่อตอบสนองความต้องการระดับชุมชน โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (Design Thinking)*. Poster Presentation มหกรรมมหิดลเพื่อสังคม: MU Social Engagement Forum (MUSEF 2021),2021.

Vanvisa Sresumatchai, Boworn Klongnoi, Dechavudh Nityasuddhi, Jeeranun Klaewkla, Mongkol Akko. *The Development of Dental Informatics of Oral Cancer Screening for Prevention in Community Level: A Prototype Study in Thailand*. Asian Pac J Cancer Prev,2021, 22 (12),3865-3873.

Rungraungrayabkul D., Panpradit N., Lapthanasupkul P., Kitkumthorn N., Klanrit P., Subarnbhesaj A.,

Sresumatchai V., Klongnoi B., Piboonniyom Khovidhunkit S. Detection of Human Papillomavirus and p16INK4a Expression in Thai Patients with Oral Squamous Cell Carcinoma . Head and Neck Pathology.doi.org/10.1007/s12105-021-01381-x,2022.

Klongnoi, B., **Sresumatchai, V.**, Clypuing, H. et al. Histopathological and risk factor analyses of oral potentially malignant disorders and oral cancer in a proactive screening in northeastern Thailand. BMC Oral Health 22, 613 (2022).
<https://doi.org/10.1186/s12903-022-02646-9>,2022.

Deeam, K., Pankam, J., Sresumatchai, V. et al. Presence of Candida and its associated factors in participants attending oral cancer screening in the lower northeastern area of Thailand. BMC Oral Health 23, 527 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03198-2>

Ekkert, Sutthipoach; Deeam, Krongkan; Klongnoi, Boworn; Sresumatchai, Vanvisa; Pimolbutr, Kununya; Khovidhunkit, Siribang-on Piboonniyom. Prevalence of Xerostomia and Hyposalivation Among Individuals Attending Oral Cancer Screening in Thailand: A Cross-Sectional Study. Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry 14(3):p 233-242, May-June 2024. | DOI: 10.4103/jispcd.jispcd_156_23

พัฒนารูปแบบการคัดกรองมะเร็งช่องปาก

และระบบสารสนเทศ

