



REFERENCES

- Arisara Chuchart et al. (1995). Education Technique for Participatory Development. Institute for Health Development, Mahidol University Salaya, Nakornpathom Thailand.
- Abelin, T., Brzezinski, J., Carstairs, L. (n.d.) Measurement in health promotion and protection. World Health organization regional Publication, European series No.22.
- Ajayi, I. O.; Adewole, I.F. (Mar1998). Determinants of utilization of cervical cancer screening facility in a low socio-economic setting, Journal of Obstetrics & Gynaecology.
- Anulux, Y. (2000). Health education process and health behavior development: step for the year 2000. Bangkok: Zigma Design Graphic.
- Bussabong Jaathanond. (1997). Effectiveness of Participatory Health Education Program on Vector-Borne Diseases Control (Malaria Filariasis and Dengue Haemorrhagic Fever) among Primary School Students in Tak Province. Social and Health Behavior Modification Section, Malaria Division, Nonthaburi Thailand.

Bussabong Jaathanond et al. (2000). The Effectiveness of Participatory Program on Infantry Soldiers for Malaria Prevention in Pitsanulok Province. Social and Health Behavior Modification Section, Malaria Division, Nonthaburi Thailand.

Carol, Taylor, Fitz-Gibbon, Lynn Lyons Morris. (1987). How to Design a Program Evaluation. Program evaluation kit (2nd Ed.) United States of America. Library of congress Cataloging (in-publication-Data).

Clark, J.M.(1992).Nurse in the community. Connecticut: Appleton & Lange.

Downie, S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). Health promotion: Model and Values. Oxford: University press.

Ewles, L.& Simneet, I. (1996). Promotion health: A practical guide. (3rd). London: Bailliere Tindall

International Agency for Research on Cancer (IARC) World Health Organization. (1992-1994). Cancer in Thailand, Technical report Vol. II.

JHPIEGO Corporation, (July 1997). Training of QA Trainers. Participant's Handbook.

JHPIEGO Corporation. (July 1997). Training of QA Trainers. Reference Manual.

- Kim, Simon.; Parks, B. Sue. (Jul/Aug 1996). Effects of participatory learning programs in middle and high school civic education. *Social Studies.*
- Mariani, Elizabeth.; Klaus David. (August 1996). Training Manager's Guide. Quality Assurance Training Series.
- National Cancer Institute. (1998). Ministry of Public Health, National Policy and Plan of Control and Protection cancer. The 8th Social and Economic Development Plan Thailand.
- Nuchanad Chugiart. (1996). Ways of motivating rural women in Dankhunted District of Nakhonratchasima Province to Attend Pap smear test. Thesis of Master of Science (Public Health) major in Health Education. Mahidol University Thailand.
- Pornranee Surin.(1992). The Application of Social Marketing Approach in Promoting Pap Smear Examination among Rural Women in Surin Province. Theses of Master of Science (Public Health) majors in Health Education. Mahidol University Thailand.
- Roi-Et Provincial Health Office. (2000). Handbook Empowerment Training Project Facilitator Province and District Level. Participatory in Health Education for Health Problem Solving (Thai Version).

Somboon Boonyakiat. (January 1998). Health Behavior Concerning Cervical Carcinoma of Out Patients Attending the Gynaecological Department, Vajira Hospital. Vajira Medical Journal, Vol.42 No.1.

Somkit Promjui. (1999). Project Evaluation Technique. Sukhothaithamathiraj University, Thailand (Thai Version).

Vanida Senavongse. (1992). The Effectiveness of Health Education Program with Husbands' Support on Seeking Pap Smear Examination among Married woman Workers in Nonthaburi Province. Thesis of Master of Science (Public Health) major in Health Education. Mahidol University Thailand.

Whyte. S. (2000). Community participatory in essential national health research. Geneva: Council on health Research for Development.

APPENDICES

APPENDIX 1

Definition

1. **Married women:** a group of 15-44 year old married (Couple/ Divorce/ Widow) having children/ no children.
2. **Knowledge:** knowledge about facts, criteria, and structure learned from study and research or knowledge about places, things and people learned from the training program by observation and experience.
 - 2.1 **Knowledge about cervical cancer** such as causal factors, sign and symptoms, treatment centers and treatment methods.
 - 2.2 **Knowledge about risk factors of cervical cancer:** know that oneself is at risk of developing cervical cancer
 - 2.3 **Knowledge about degree of severity of cervical cancer:** know that this cancer may cause death, which subsequently affect to family and social situation.
 - 2.4 **Advantages of cervical cancer screening:** know that screening of cervical cancer at early stage is advantageous as the early stage diagnosed could be easily cured and prevented and subsequently reduce the rate of incidence and death.
- 3 **Cervical cancer screening service:** examination of the cervix for presence of pre-cancerous cells at public health service center.
- 4 **A training program by participatory learning:** the training program organized for a group of female village leaders and village health volunteers, by the

facilitators about cervical cancer knowledge. The learning approach was by exchange of knowledge, opinions and experience among the participants. The participants were also encouraged to identify their related problems and to analyze the problems and their causes using critical thinking process. The rest of the learning procedure involves setting up of resolution plan, implementation and development of ongoing problem solving strategies to achieve the long-term goal of the project.

- 5 **Effectiveness of the training program:** outcomes of the training program, which results in improvement of knowledge about cervical cancer, risk factors, level of severity and advantages of screening.

APPENDIX 2

QUESTIONNAIRES

No:.....

Fertile married women with age of 15-44 years old

Name: Ms.....Surname:.....

Address No:..... Moo:..... Linfa Sub-district, Chaturaphukphiman
District, Roi-Et Province

Interviewed Date:.....Interviewer's Name:.....

Section 1: General Information

Please tick / in () or write your answer that mostly respond to you in the blank provided following.

1. Age at time of the interview:.....years old
2. Highest level of education:.....
3. What is your main occupation?.....
4. How much is your total family income per month?.....Baht
5. Are you living with your husband? () Yes. () No.
6. What was your age at the time of first marriage?years old
7. How many children have you got?children
8. What was your age at the time of first pregnancy?.....years old

9. Have you ever received screening for cervical cancer? () Yes. () No.

(If NO. please go to Question 14)

10. When was the last time you received cervical cancer screening?.....

11. What were your reasons for cervical cancer screening?

() 1. Screening after delivery () 2. Recommend by staff when receiving other services.

() 3. Vaginal itchiness () 4. Abnormal vaginal discharge

() 5. Abdominal pain () 6. Friends invited to come with

() 7. Other, please specify

12. What was the result of your last screening?

() 1. Normal () 2. Abnormal () 3. Not know the result

13. How long after the screening before you received the result?.....

14. What are your reasons for not receiving screening service?

() 1. Not having abnormal symptoms () 2. Afraid of pain during screening

() 3. Shy () 4. Do not have time () 5. Do not like staff

() 6. Distant residence, inconvenient transportation

() 7. Other, please specify.....

15. Have you ever perceived any information about cervical cancer?

() Yes Please specify source of information.....

() No.

Section 2 : Knowledge about cervical cancer

a) General knowledge in cervical cancer

Instruction: Please chooses only one correct answer for the following questions about cervical cancer.

1. What causes cervical cancer?

- () 1. Because of your fate or karma
- () 2. doing a hard work
- () 3. Eating contaminated food
- () 4. Do not know exact causes
- () 5. Other, please specify.....

2. What do you think is the early-stage symptom of cervical cancer?

- () 1. No apparent symptoms
- () 2. Serious abdominal pain
- () 3. Abnormal vaginal discharge and itchiness
- () 4. Bleeding after vaginally sexual intercourse
- () 5. Other, please specify.....

3. What do you think is the advanced stage symptom of cervical cancer?

- () 1. Abdominal pain and vaginal discharge with unpleasant odour.
- () 2. Vaginal itchiness
- () 3. Abnormal vaginal discharge (Leucorrhoea)
- () 4. No abnormal symptoms
- () Other, please specify.....

4. What should you do, if you have suspected symptoms such as abnormal vaginal discharge and itchiness?
- 1. Buy vaginal suppository capsules and apply them by yourself
 - 2. Go to see a doctor
 - 3. it is humiliating for women and should not be told
 - 4. It is bad luck, go to make merit
 - 5. Other, please specify.....
5. What do you think women should do to prevent cervical cancer?
- 1. Say a prayer for God/Buddha bless
 - 2. Go for cervical cancer screening every year
 - 3. Cleaning the genital every time after excreta activities
 - 4. Take preventive medicines
 - 5. Other, please specify.....
6. What is the correct treatment method for early-stage cervical cancer?
- 1. Herbal medicine
 - 2. Contemporary medicine
 - 3. Uterus operation
 - 4. Radiotherapy with chemotherapy
 - 5. Other, please specify.....
7. When should women go for cervical cancer examination?
- 1. Before marriage
 - 2. Every women who have sexual intercourse experience should go
 - 3. After having children

- () 4. Should not go for screening if do not have any abnormal symptoms
- () 5. Other, please specify.....
8. Which of the following categories of women is in the risk group in developing cervical cancer?
- () 1. Women whose mother/sister develop cervical cancer
- () 2. Women who seriously smoke
- () 3. Women who get married at very young age.
- () 4. Women with many children
- () 5. Women with several sexual partners or whose partner has several partners.
- () 6. All groups of women mentioned above
9. Which of the following health service centers do you think is providing screening service for cervical cancer?
- () 1. National Cancer Institute
- () 2. Regional hospital
- () 3. Provincial hospital
- () 4. District hospital
- () 5. the public health center of Linfa Sub-district
- () 6. All above answers are correct

b) Perception of risk factors, severity and screening advantages of cervical cancer

Instruction: Please consider each question carefully and tick (/) in the blank box that mostly reflects your opinion or feeling.

Knowledge in risk factors of cervical cancer

Question	Strongly disagree	Dis-agree	Un-sure	Agree	Strongly agree
1. Every married women have a chance in developing cervical cancer					
2. Only women who have children will have a chance in developing cervical cancer					
3. Women with healthy body will not get cervical cancer					
4. Women who do a hard work may develop cervical cancer					
5. Only regular cleaning of cervical track can prevent cervical cancer					
6. Infection of venereal diseases or Gonorrhoea can cause cervical cancer.					
7. Eating wrong food can cause cervical cancer					
8. Women with several sexual partners or whose male spouse has sexual intercourse with several women have high risks in developing cervical cancer.					
9. Women who have many children have higher risks in developing cervical cancer than women with small number of children.					
10. Smoking women tend to develop cervical cancer more than women who do not smoke.					

Knowledge in degree of severity of cervical cancer

Question	Strongly disagree	Dis-agree	Unsure	Agree	Strongly agree
1. Cervical cancer is not a serious disease and there is no need for screening if there is no symptom.					
2. Women who develop cervical cancer at early stage may not have any abnormal symptoms.					
3. Treatment of cervical cancer in early stage costs less than in the advanced stage.					
4. Cervical cancer may spread to other parts of the body.					
5. Cervical cancer patients cannot be cured no matter at what stage of diagnosis					
6. Cervical cancer patients at advanced stage will not have painful symptoms and can live normal life as early-stage cervical cancer patients.					
7. Not every advanced cervical cancer cases will result in death.					
8. Advanced cervical cancer patients can be cured by herbal medicine.					
9. Patients with any stage of cervical cancer will have the similar life span					

Knowledge in advantages of cervical cancer screening

Question	Strongly disagree	Dis-agree	Unsure	Agree	Strongly agree
1. Cervical cancer screening will help to detect cancer cells at early stage.					
2. Cervical cancer screening is very painful					
3. Cervical cancer screening will cause abnormal symptoms such as abdominal pain and abnormal vaginal discharge.					
4. Cervical cancer cells detected at early stage can be curable.					
5. Receiving cervical cancer screening service can waste a lot of your time.					
6. Receiving cervical cancer screening service makes you very humiliated.					
7. You will feel uncomfortable and shy to receive screening service from the staff you know.					



APPENDIX 3

FACTS ABOUT CERVICAL CANCER

1. What is cervical cancer?

Cervical cancer is a severe type of cancer occurring in cervix tissue and is a female productive system cancer with the highest incidence among other cancers found in women, according to the statistic of the National Cancer Institute (Cancer in Thailand, 1992-1994). The incidence rates of the 5 most cancer types found in women are compared in Table A1.

Table A1. Incidence rate of five most cancers found in women

Type	Incidence rate (per 100,000 populations)
1. Cervical cancer	23.4
2. Breast cancer	16.3
3. Liver cancer	15.5
4. Lung cancer	11.1
5. Colon and rectum cancer	7.5

The precise causes of cervical cancer are not clear and believed to be due to the following:

- Having sexual intercourse at young age
- Having many children (3 children or more)
- Having sexual intercourse with several partners
- Infection from Herpes virus type II (or HSV 2 Pappillomavirus), Cytomegalovirus, Chamydia trachomatis and Trichomonas vaginalis

- Persistent wound or irritation of cervical tissues
- Incorrect personal hygienic education regarding female productive organs.

Development of cervical cancer can occur over a long period of time. It was found that normal cervical cells could develop into cancer cells over 5-10 years (Somkiat Srisupandith, editor, 1989:48). Cervical cancer symptoms are generally divided into two stages, which are early and advanced stage symptoms as follows.

1. Early stage: there is no physical symptom found, however, pre-cancerous cells of the cervix can be detected at this stage.
2. Advanced stage: there is abnormal period cycle and bleeding after sexual intercourse. Patients with advanced stage cervical cancer may have malodourous vaginal discharge containing blood and yellow curd. The chronic bleeding could lead to weakness and weary as a symptom of cooperative Anemia. Moreover, there might be abdominal pain causing from the death of cancer cells. In some advanced stage cases cancer cells can spread to the urinary bladder and large intestine. Other symptoms found are breeding during excreta activities, uremia, difficult urinary, difficult breathing and swelling of body parts.

Early stage cervical cancer can be 100 % curable with simplicity and at least cost by surgical removal of the cancerous cells at every general hospital in Thailand. Treatment of advanced stage cervical cancer can be difficult, complicated and highly expensive and may require combination of several treatment methods. For example, the treatment

by means of special surgery in combination with radiotherapy can take long time to see effective results and cannot be done at any general hospital. The most critical thing about this treatment is that the result is only 50-60% effective, compared to 100% treatment result of early stage cervical cancer.

The most common ages of women for diagnosis of advanced stage cervical cancer is between 45 and 55 years old (average age of 48 years old) while early stage cervical cancer is mostly found in younger age group of women with average age of 38 years old. At present there is an increase in the number of cervical cancer cases with age of 20 years old or below.

2. Pap Smear screening

The Pap Smear screening method is a direct method of examination of cervical cancer cells at early stage. The word “Pap” derives from “Papanicolaou” which is the name of the doctor who discovered this screening method in 1943. The screening requires two types of tissues from the cervix, which are Ectocervical and Endocervical tissues.

Ectocervix contains several tissue layers lined with **squamous epithelial cells**.

Morphological change at the cell layers controlled by two types of ovarian hormones.

The nucleuses of squamous epithelial cells have different characteristics. **Endocervix**,

(in others word cervical canal) has a canal connected to the Uterus. Its internal tissues

contain cells that produce mucus called” **Mucin secreting cells**” which are single layer

cells with nucleus lined as the base of the layer, called **Columnar Epithelium**. There is

an interfaced area, called Squamo-Columnar junction or Transitional zone, where these

two tissues contact. This contact tissue is where the pre-cancerous cells normally start to develop into true cancer cells and should be detected for any morphological change in cells at early stage.

Self-preparation prior to screening by Pap Smear

- Must not be during menstrual period or recently had an abortion
- Must not previously have an internal examination within last 24 hours
- Must not clean the genital and must discontinue using vaginal suppository medicines for at least 24 hours

Instruments used for Pap Smear

1. Glass slide or Frosted end
2. Glass writ able pencil or normal pencil for recording name and age of a patient
3. Bivalve speculum
4. Ayer's Spatula (wooden or plastic)
5. Fixative agent containing 95% alcohol solution for slide cleaning.

Screening procedure

1. Write name, surname and age of a patient with a pencil on a cloudy edge of a Frosted slide or write on a piece of paper clipped on a normal slide.
2. Use dry cotton to clean the cervix in case of having vaginal discharge
3. Use an Ayer's spatula to gently scrap the cervical tissues by 360 degree circular motion
4. Lightly smear the tissues on the slide in longitudinal direction with no overlapping of the tissue layers

5. Immediately place the smeared slide in a bottle or deep-bottom container previously filled with 95% alcohol solution and leave it in the solution for approximately 30 minutes but should not be longer than 1 hour.
6. Take the slide out of the solution to dry

Slide dispatch for inter-lab examination

1. Protect the slide by wrapping it with several pieces of paper and place it in a box previously divided into cells with paper sheets to separate and secure each slide.
2. Record details of the health center's name and address including the names of the patients on the slide dispatch form and attach it to the slide samples for the return of the screening results.
3. Arrange an appointment with the patient to inform the screening result after 1 month

Report of screening results

1. Class I = Negative
2. Class II = Negative atypical, there are some morphological change of cells, however, not serious and may be resulted from common inflammation.
3. Class III = Suspicious, there are some suspicious cancer cells which require further examination.
4. Class IV = Very suspicious, there are a lot of suspicious cancer cells which urgently require further examination

Cervical cancer in Thailand

INCIDENCE

Cancer of the cervix is the most common cancer in Thai women with an estimated 5 462 new cases in 1993. The incidence is highest in Chiang Mai (ASR = 23.7) followed by Lampang (ASR = 23.1), Bangkok (ASR = 18.5), Khon Kaen (ASR = 18.0) and Songkhla (ASR = 15.8). The age-specific incidence of early increase (starting before age 20), with a steep rise to about ages 45-50, followed by a plateau and a decline 80-86% of the cases are squamous cell carcinoma, with adenocarcinoma accounting for 12-19% in all of the five cancer registries. Histological verification in all five registries was high and ranged from 73.6 % (Khon Kaen) to 98.8 % (Chiang Mai). It is clear that stage at diagnosis is often very advanced, compared with developed countries. In general, rates of this cancer are higher in economically developing societies. Rates are declining in those parts of the developed world with widespread screening programmes.

RISK FACTORS

The main causal agents are sexually transmitted almost certainly the human papillomaviruses (HPVs) (Bosch, 1992; Munoz et al; 1992; IARC; 1995). The family of human papillomaviruses includes strains that cause only benign infections, such as warts, and strains that can cause fatal invasive cancer of the uterine cervix. Women infected with HPV-16 and HPV-18 have a 60- fold greater risk of developing cervical cancer than uninfected women; these two types have been identified in approximately 84 % of cervical cancers (de Villiers, 1992). HPV-DNA was found in 82-91 % of cervical carcinomas in Thai females (63-65% were HPV-16 and HPV- 18), while HPV-DNA was found only 9.4% of normal cervical smears (Sukvirach et al., 1994; Bhattarakosol et al., 1996). The study of Chichareon et al. (1998) confirms the very high risks associated with HPV infection; OR of 119 (95% CI = 64,222) for squamous cell tumors and OR of 53 (95% CI = 17-163) for adenocarcinomas. These authors found that the number of sexual partners of women remained a significant risk after adjustment for HPV, although in other studies, there has been no residual effect, suggesting that risk associated with sexual

behavior is mediated entirely by HPV (Bosch et al., 1994). It is probable that HPV early proteins E6 and E7 interact with cellular proteins involved in growth control and apoptosis (Pillai et al., 1996 especially the retinoblastoma (Rb) and p53 proteins.

Previously identified risk factors for cervical cancer that are now thought to be mediated by HPV include age at first intercourse, number of sexual partners and number of partner's sexual partners (Bosch et al., 1994). Studies in Thailand (Punyaratabandhu et al., 1982; Chichareon et al., 1998) have also found that number of sexual partners of women was a clear determinant of risk. However, it has been pointed out (Skegg et al., 1982). That, in countries such as Thailand, where for the most part women do not commence intercourse until after marriage, and generally have only one lifetime partner, the high risk of cervix cancer in the population cannot be due to female sexual behavior. All studies in Thailand find that women have few sexual partners, even in urban settings, 11% of control women in Bangkok in the study of Wangsuphachart et al., (1987) and 19% in women from Hat Yai, southern Thailand (Chichareon et al., 1998) with more than a single sexual partner. Thai men, in contrast, generally have many sexual partners, and visits to prostitutes are a common behavior. Niruthisard and Trisukosol (1991) interviewed the husbands of cervical cancer cases and controls. They found that a history of venereal diseases (VD) in the husband was associated with an increased risk of cervix cancer (OR = 2.1), and that visits to prostitutes were common (83% of control husbands). Even without a history of VD, prostitute visits were associated with a clear risk factor for cervix cancer in the wives (OR=6.5). Furthermore, the failure to use condoms during prostitute visits was associated, with a risk 4.9 times greater than for husbands who did use condoms on these occasions. These results were confirmed in a larger study by Thomas *et al.* (1996), who found a trend in risk with a number of prostitute visits of the husband, and the age at which prostitute visits had begun.

Many studies, both in Thailand (Punyaratabandhu et al., 1982 Wangsupachart et al., 1987), and elsewhere (Brinton et al., 1989; ElufNeto et al., 1994) suggest that high parity contributes to the risk of cervix cancer. In these latter studies, the parity-associated risk is independent of HPV infection, suggesting that it somehow contribute independently to carcinogenic risk. However, the study by Chichareon et al., (1998) in southern Thailand

found no independent effect of parity, after adjustment for HPV. Clearly, further work on this important aspect is required.

Cigarette smoking has been shown to be associated with cervix in many studies (Clarke et al., 1982; Schiffman et al., 1987; Gram et al., 1992). However, it probably does not have any marked independent effect; the finding is due to the confounding between smoking and sexual activity. Adjustment for HPV status (rather than sexual variables) generally eliminates the effect.

Use of steroid oral contraceptives may also increase the risk of cervical cancer, with an increasing risk of adenocarcinoma associated with long-term use (Meisels et al., 1977; Vessey et al., 1983; Brinton et al., 1987; Ebeling et al., 1987). Recently, Thomas and Ray (1995) reported that no trend in risk was observed with duration of Depotmedroxy progesterone acetate (DMPA) use, the time since first or last use, or age at first use. The result provides reassurance that use of DMPA for over four years does not enhance risk of adenomatous cervical carcinomas, and risk is not increased after a potential latent period of over 12 years since initial exposure.

Neither of the National Academy of Sciences reports, *Diet, Nutrition and cancer* (NAS, 1982) and *Diet and Health* (NAS, 1989), nor the WHO report *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases* (WHO, 1990) came to any conclusion about any relationship between dietary factors and the risk of cervical cancer. Diets high in vegetables and fruits, and in carotenoids, vitamin C and E, found in foods of plant origin, are possibly protective (WCRF/AICR, 1997).

Survival

Survival rates for cervical cancer are generally good, most of the early cases surviving five years after initial diagnosis. Overall five-year survival is 68.2% in Chiang Mai and 54.5% in Khon Kaen.

It is clear also, from the limited data available in Thailand (Vatanasapt et al., 1998; Martin et al., 1998) that survival is considerably better for cancer cases diagnosed in early stages.

Appendix 4

โปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วมกลุ่มผู้นำสตรีและอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี
ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

กิจกรรม “มารู้จักกันเถอะ”

วัตถุประสงค์

- ละลายพฤติกรรม
- สร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม
- กระตุ้นให้เกิดความตื่นตัวและพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการอบรม

สถานที่ ห้องโล่งกว้าง ไม่ต้องใช้โต๊ะ เก้าอี้

อุปกรณ์

1. แผ่นป้ายกระดาษแข็งร้อยเชือกสำหรับคล้องคอ
2. ปากกาเคมี

ขั้นตอน

1. วิทยากรแจกกระดาษแข็งที่ร้อยเชือกสำหรับให้ผู้เข้ารับการอบรมเขียนชื่อและลักษณะเด่นของคนที่ต้องการให้คนอื่นทราบ ทุกคนคล้องป้ายชื่อไว้
2. ให้ทุกคนพบปะพูดคุย โดยกล่าวคำสวัสดิกับเพื่อนใหม่ ถ้ามีลักษณะบนแผ่นป้ายตรงกัน ให้ยกฝ่ามือตบกัน 1 ครั้ง ถ้าเหมือนกัน 2 หรือ 3 ลักษณะ ตบมือกัน 2 และ 3 ครั้งตามลักษณะที่เหมือนกัน ถ้าพบลักษณะไม่เหมือนกันกับตนเองให้คำนับให้เพื่อนคนนั้น - พยายามให้มีการพบปะกันทุกคน
3. ให้ผู้เข้ารับการอบรมจำชื่อและลักษณะเด่นของเพื่อน ผู้ที่จำได้มากที่สุด ออกไปแนะนำเพื่อนใหม่ ให้ที่ประชุมรู้จักทุกคนปรบมือให้

กิจกรรม “ฝันดี ฝันร้าย”

วัตถุประสงค์

1. กำหนดข้อตกลงและตั้งวัตถุประสงค์ของการอบรมร่วมกัน
2. ประเมินความต้องการและความพร้อมของผู้เข้ารับการอบรม

สถานที่ ห้องโถง ไม่มีโต๊ะ เก้าอี้

อุปกรณ์

1. ปากกาเคมี
2. กระดาษโปสเตอร์สีติดไว้บนบอร์ดหรือผนังห้องที่เหมาะสม

ขั้นตอน

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมนับ 1-3 เพื่อแบ่งเป็น 3 กลุ่มๆละ 10 คนแจกกระดาษและปากกาเคมีให้กลุ่มละ 1 ชุด แบ่งกระดาษออกเป็น 2 ช่องเขียนข้อความ ฝันดี-ฝันร้าย
2. ให้แต่ละกลุ่มเข้าแถวตอนเรียงหนึ่ง
3. ให้ทุกคนเขียนความคาดหวังที่ตนเองต้องการจะได้รับจากการอบรมลงในกระดาษด้านฝันดี และเขียนความคาดหวังที่ไม่ต้องการให้เกิดขึ้นลงด้านฝันร้ายคนละ 1 คำ โดยเริ่มจากหัวแถว และค่อยๆไปที่ละคน โดยไม่ให้คำซ้ำกับคนแรกที่เขียน เมื่อสมาชิกเขียนข้อความแล้ววิ่งไปต่อท้ายแถว
4. แข่งขันระหว่างกลุ่มโดยการจับเวลา โดยข้อความที่ซ้ำกันนับเป็น 1 คะแนนกลุ่มที่เขียนได้มากที่สุด ในเวลาที่กำหนดจะเป็นกลุ่มที่ชนะ

กิจกรรม “โยงโยโรคร้าย....เป็นได้แต่ผู้หญิง”

วัตถุประสงค์

1. จุดประกายให้ผู้เข้ารับการอบรมตระหนักถึงปัญหาแม่เร่ร้างปากมดลูก
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รู้จักการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา
3. ให้ผู้เข้าอบรมสามารถมองเห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาในภาพรวมได้เข้าใจมากขึ้น

ขั้นตอน

1. วิทยากรจะตั้งคำถาม “โรคร้าย...ที่เป็นได้เฉพาะผู้หญิง” เพื่อเป็นการกระตุ้นและนำเข้าสู่ประเด็นปัญหา จากนั้นจึงนำเข้าสู่นโยบายและปัญหาแม่เร่ร้างปากมดลูกและปัญหาในการตรวจคัดกรอง โดยการให้ผู้เข้ารับการอบรมค้นหาคำตอบจากการเล่าประสบการณ์

Sharing experience (การเล่าประสบการณ์)

โดย แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็น 3 กลุ่มในแต่ละกลุ่มให้แต่งตั้งหัวหน้ากลุ่ม เลขานุการและสมาชิกกลุ่ม แต่ละกลุ่มให้เล่าประสบการณ์ในกลุ่มของตน ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 9 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยตรวจ ให้สนทนากลุ่มในหัวข้อ “ทำไมจึงมาตรวจแม่เร่ร้างปากมดลูก”

กลุ่มที่ 2 มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 9 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่เคยมาตรวจให้สนทนากลุ่มในหัวข้อ “ทำไมจึงไม่มาตรวจแม่เร่ร้างปากมดลูก”

กลุ่มที่ 3 มีสมาชิกกลุ่มจำนวน 12 คน เป็นกลุ่มผู้นำสตรี ให้สนทนากลุ่มในหัวข้อ “ทำอย่างไรผู้หญิงจึงจะมาตรวจแม่เร่ร้างปากมดลูก” เมื่อจบการสนทนาให้ทุกกลุ่มสรุปการสนทนาและเขียนลงในกระดาษโปสเตอร์และนำเสนอในที่ประชุมใหญ่

Identification problem (การระบุปัญหา)

แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมใหม่ เป็นกลุ่ม A กลุ่มB และกลุ่มC โดยทุกกลุ่มจะมีทั้งผู้ที่เคยตรวจ ผู้ที่ไม่เคยตรวจและกลุ่มสตรีผู้นำ ให้ทุกกลุ่มมีสมาชิกกลุ่มละ 10 คนเท่ากัน ให้แต่ละกลุ่มช่วยกันสรุปปัญหาและสาเหตุในการมาและไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อจบการสนทนาให้ทุกกลุ่มสรุปการสนทนาและนำเสนอในที่ประชุมใหญ่

เมื่อผู้เข้ารับการอบรมจบการนำเสนอวิทยากรจะเป็นผู้สรุปประเด็นปัญหาต่างๆในที่ประชุมกลุ่มใหญ่และให้ความรู้แก่ผู้เข้ารับการอบรมในส่วนที่ยังขาดอยู่ และเปิดโอกาสให้ผู้เข้ารับการอบรมซักถามประเด็นที่ยังไม่เข้าใจ

กิจกรรม “เก็บเมล็ดข้าว”

วัตถุประสงค์

1. ความสนุกสนาน
2. กระตุ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมตื่นตัว
3. ฝึกทักษะในการวางแผนและการทำงานร่วมกัน

อุปกรณ์

1. เมล็ดข้าวเขียว
2. จาน 6 อัน
3. แก้ว 6 ตัว
4. นกหวีด

เวลา 30 นาที

สถานที่ ห้องโถง กว้าง

ขั้นตอน

1. ให้สมาชิกกลุ่ม A B และ C ทั้งหมดเข้าแถวตอนเรียง 1 วนครบ 10 คน
2. นำแก้ว ไปตั้งไว้หน้าแถวกลุ่ม A B C จำนวน 3 ตัว ด้านหลังแถวอีก 3 ตัว
3. จัดเมล็ดข้าวเขียวใส่จานประมาณจานละ 20 เมล็ดจำนวน 3 จานนำไปวางไว้บนแก้วด้านหน้า และนำจานเปล่า 3 จานไปวางไว้แก้วด้านหลัง
4. ให้แต่ละกลุ่มแข่งขันกันเก็บเมล็ดข้าว โดยสมาชิกกลุ่มที่อยู่ด้านหลังสุดจะเป็นคนวิ่งขึ้นมาเก็บเมล็ดข้าวเป็นคนแรกและส่งให้คนต่อไปโดยไม่ให้เมล็ดข้าวตก กติกาคือต้องหยิบทีละ 1 เมล็ดเท่านั้น และหยิบส่งต่อให้กันทุกคนเพื่อนำไปวางไว้ที่จานเปล่าด้านหลัง ถ้าทำเมล็ดข้าวตกผู้ที่อยู่ด้านหลังสุดจะ

เป็นคนวิ่งขึ้นมาหยิบเมล็ดใหม่ส่งต่อไป ในเวลาที่กำหนดให้ประมาณ 3-5 นาทีกลุ่มไหนหยิบได้มากที่สุดจะเป็นกลุ่มที่ชนะ กลุ่มที่ทำผิดกติกาจะถูกปรับ แพ้การแข่งขัน เมื่อการแข่งขันเสร็จสิ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถามว่าได้อะไรจากการเล่นเก็บเมล็ดถั่ว และวิทยากรจะเป็นผู้สรุปวัตถุประสงค์ในการเล่นอีกครั้ง

กิจกรรม “แนวทางพิชิตปัญหา”

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รู้จักวิธีการวิเคราะห์แนวทางในการแก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหา
2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถมองเห็นการแก้ไข และตัดเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเพื่อแก้ไขปัญหาในแต่ละขั้นตอนนี้
3. เสริมสร้างความเข้าใจวิธีการในการแก้ปัญหาในแต่ละจุดอย่างต่อเนื่อง

อุปกรณ์

1. กระดาษชาร์ทขนาดใหญ่ จำนวน 3 แผ่น
2. ปากกาสีน้ำเงิน ดำ แดง ฯลฯ
3. กระดาษชุดเดิมที่นำเสนอจากกิจกรรมระบุปัญหา

Analysis and priority setting การวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไข

ให้สมาชิกกลุ่ม A กลุ่มB และกลุ่มC วิเคราะห์ปัญหาการไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และนำเสนอในที่ประชุมกลุ่มใหญ่

กิจกรรม “นกน้อยทำรัง”

วัตถุประสงค์

1. มองเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วม
2. ฝึกความรวดเร็วและพร้อมเพรียง
3. ฝึกทักษะในการวางแผนการทำงานร่วมกัน

อุปกรณ์

1. นกหวีด
2. ยางวง
3. หลอดดูดขนาดสั้นจำนวน 30 อัน

เวลา 20 นาที

สถานที่ ห้องโถ่งกว้าง

ขั้นตอน

จัดกลุ่มและแถวตอนเหมือนกับการเล่นเก็บถั่ว แต่ใช้ยางวงวางแทนเมล็ดถั่วให้ผู้เล่นทุกคนคาบหลอดดูดไว้เมื่อได้ยินสัญญาณนกหวีดผู้ที่อยู่ท้ายแถวจะเป็นคนวิ่งไปหยิบยางวงคล้องไว้ที่หลอดดูดที่คาบไว้ แล้วส่งต่อให้คนยืนถัดไปเรื่อยๆ กติกาคือต้องส่งต่อด้วยปากเท่านั้นห้ามใช้มือช่วย ในขณะที่ส่งต้องเอามือไขว่หลังเมื่อส่งถึงคนสุดท้ายให้ทุกคนในแถวรีบนั่งลง กลุ่มที่ส่งได้เร็วที่สุดจะเป็นผู้ชนะเมื่อการแข่งขันเสร็จสิ้นให้ผู้เข้ารับการอบรมตอบคำถามว่าได้อะไรจากการเล่น “นกน้อยทำรัง” และวิทยากรจะเป็นผู้สรุปวัตถุประสงค์ในการเล่นอีกครั้ง

Problem solving and planning (การวางแผนแก้ไขปัญหา)

ให้สมาชิกกลุ่ม A กลุ่ม B และกลุ่ม C ช่วยกันหาแนวทางและจัดทำแผนเพื่อส่งเสริมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และให้นำเสนอผลงานกลุ่ม จัดประกวดแผนโดยการโหวตคะแนนของผู้เข้ารับการอบรมและมอบรางวัลที่ 1,2,3 นำแผนที่ได้อันดับที่ 1,2 และ 3 มารวมกัน โดยผู้เข้ารับการอบรมทุกคนช่วยกันสรุปให้เป็นแผนใหม่ของตำบลเพื่อนำไปปฏิบัติต่อไป

กลุ่มสัมพันธ์ “ดอกไม้ให้คุณ”

วัตถุประสงค์

- ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
- สร้างความสามัคคีในกลุ่ม
- สร้างทักษะการยอมรับฟังความคิดเห็นของคนอื่นและยอมรับความสามารถของแต่ละบุคคล

บุคคล

สถานที่ ห้องโถ่งกว้างไม่มีโต๊ะและเก้าอี้

อุปกรณ์

1. ใบไม้และดอกไม้ต่างๆ
2. กระดาษสี
3. ริบบิ้น

เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง

ขั้นตอน

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรมทุกคนหาดอกไม้และใบไม้แล้วแต่จะสามารถหาได้
2. ให้แต่ละคนนำดอกไม้และใบไม้ที่หามาได้มารวมกันในกลุ่มของตน
3. วิทยากรแจกกระดาษและรึ้นบิ้นให้ทุกกลุ่ม
4. ให้ทุกกลุ่มจัดช่อดอกไม้และอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้สวยงาม
5. วิทยากรถามความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมทั้งหมดว่าช่อดอกไม้จากกลุ่มใดสวยงามที่สุด
6. ผู้เข้าอบรมแต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมาให้เหตุผล
7. วิทยากรสรุปวัตถุประสงค์ของกิจกรรม

หมายเหตุ เพื่อเพิ่มความสุขสนุกสนานจะประกวดการจัดช่อดอกไม้ก็ได้

กิจกรรม “บทบาทสมมุติ”

วัตถุประสงค์

1. ฝึกทักษะความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ กล้าแสดงออก
2. ฝึกทักษะทางการติดต่อสื่อสารและมนุษยสัมพันธ์
3. การยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

อุปกรณ์ ตามความถนัด

เวลา ประมาณ 1 ชั่วโมง

สถานที่ ห้องอบรม

ให้แต่ละกลุ่มออกมาแสดงบทบาทสมมุติ “เมื่อไปชักชวนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก”

ขั้นตอน

1. กำหนดเวลาให้กลุ่มละ 10-15 นาที ให้แต่ละกลุ่มแสดงบทบาทสมมุติในการเข้าไปชักชวนให้กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้านมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
 2. เมื่อกลุ่ม A จบการแสดงให้กลุ่ม B สรุปและติชมการแสดงของกลุ่ม A
 3. เมื่อกลุ่ม B จบการแสดงให้กลุ่ม C สรุปและติชมการแสดงของกลุ่ม B
 4. เมื่อกลุ่ม C จบการแสดงให้กลุ่ม A สรุปและติชมการแสดงของกลุ่ม C
- เมื่อจบบทบาทสมมุติวิทยากรสรุปวัตถุประสงค์ของกิจกรรมอีกครั้ง

กิจกรรม “พันธะสัญญา”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ระลึกหน้าที่ที่จะต้องทำอย่างต่อเนื่อง
2. ประเมินขอบวนการอบรม

อุปกรณ์

1. กระดาษโปสเตอร์สีตัดเป็นรูปหัวใจขนาดใหญ่ 1 รูป นำไปติดไว้ที่บอร์ดหน้าห้อง
2. กระดาษ โปสเตอร์สีตัดเป็นรูปหัวใจขนาดเล็กจำนวนเท่ากับผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากร
3. กาว

เวลา 30 นาที

สถานที่ บอร์ดหน้าห้องอบรม

ขั้นตอน

1. แจกกระดาษรูปหัวใจขนาดเล็กให้ผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากรทุกคน ให้เขียนข้อความถึงสิ่งที่จะปฏิบัติต่อไปหลังอบรมหรือความประทับใจที่ได้รับจากการอบรมลงในรูปหัวใจขนาดเล็ก
2. วิทยากรและผู้เข้ารับการอบรมเดินเรียงแถวทีละ 1 คน นำรูปหัวใจขนาดเล็กไปติดไว้ที่หัวใจขนาดใหญ่เพื่อเป็นการให้สัญญาว่าร่วมกันว่าจะดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง
3. นำโปสเตอร์หัวใจไปติดไว้หน้าห้อง

Appendix 5

โครงการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มอัตราการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก
ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1. หลักการและเหตุผล

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทยโดยมีอัตราป่วย 23.4 / แสนประชากร เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 30 ของสตรีที่เป็นมะเร็ง แต่มะเร็งปากมดลูกก็เป็นมะเร็งที่มีลักษณะพิเศษที่แตกต่างจากมะเร็งชนิดอื่น ๆ คือสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก การรักษาจะสามารถทำได้ง่ายและเสียค่าใช้จ่ายน้อย ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขในสังกัดตั้งเป้าหมายการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ครอบคลุมร้อยละ 15 แต่อัตราการรับบริการในจังหวัดร้อยเอ็ดทำได้เพียงร้อยละ 7.5 ส่วนในอำเภोजตุรพักตรพิมานทำได้เพียงร้อยละ 5.1 เท่านั้น

สถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า ได้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม และให้บริการโดยไม่คิดมูลค่าทุกวันพุธในคลินิกวางแผนครอบครัว อย่างไรก็ตามอัตราการรับบริการก็ต่ำกว่าเป้าหมายเช่นเดียวกับระดับอำเภอและจังหวัด คือทำได้ครอบคลุมร้อยละ 6.6 แม้ว่าผลการตรวจจะไม่พบเซลล์มะเร็งก็ตาม แต่ก็พบความผิดปกติเช่น ปากมดลูกอักเสบ ตกขาวและเชื้อราสูงถึงร้อยละ 35.9 และมีรายงานการตายจากมะเร็งปากมดลูกในปี 2541 จำนวน 1 คนคิดเป็นอัตราราย 24.28/ แสนประชากร ซึ่งนับเป็นความสูญเสียทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมต่อครอบครัว ไม่ว่าจะนับเป็นตัวเงินหรือความสูญเสียที่ประเมินค่าไม่ได้ในทางด้านจิตใจ เพราะสตรีวัยเจริญพันธุ์เป็นวัยแรงงานและเป็นกำลังสำคัญของสถาบันครอบครัว การสูญเสียดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศชาติ จากปัญหาดังกล่าวสถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้าซึ่งรับผิดชอบงานในพื้นที่ 9 หมู่บ้าน ได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงมีแนวคิดที่จะแก้ไขปัญหาคือการไม่มารับบริการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยประยุกต์โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาจัดเป็นโครงการฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้นำสตรีในหมู่บ้าน เพื่อให้เป็นแกนนำในการถ่ายทอดความรู้แก่สตรีวัยเจริญพันธุ์คนอื่นๆ ในหมู่บ้านต่อไป

2. วัตถุประสงค์

จัดโครงการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมแก่กลุ่มผู้นำสตรีและสตรีอาสาสมัครอาสาสมัคร ตำบล
ลิ้นฟ้า อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เป้าหมาย ผู้เข้ารับการอบรมประกอบด้วย

3.1 ผู้นำกลุ่มสตรีในหมู่บ้านจำนวน 12 คน

3.2 อาสาสมัครอาสาสมัครที่เป็นสตรีจำนวน 18 คน

รวมผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 30 คน

4. กลวิธีดำเนินงาน

4.1 ประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4.2 คัดเลือกผู้เข้ารับการอบรมตามเป้าหมายที่กำหนด

4.3 สัมภาษณ์และทดสอบความรู้ของผู้เข้ารับการอบรมก่อนจัดการอบรม

4.4 ดำเนินการอบรมตามโปรแกรมการอบรม

4.5 ประเมินผลและติดตามสนับสนุนหลังการจัดอบรม

5. ระยะเวลา

5.1 ระยะเวลาที่ 1 อบรมแกนนำระหว่างวันที่ 18 – 19 กันยายน 2543 รวม 2 วัน

5.2 ระยะเวลาที่ 2 ติดตามสนับสนุนและประเมินผลหลังการอบรมครั้งแรก วันที่ 19 ตุลาคม 2543 รวม 1
วัน

5.3 ประเมินผลเปรียบเทียบอัตราการรับบริการหลังการจัดโครงการ 6 เดือน – 1 ปี

6. งบประมาณ จากเงินบำรุงของสถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้าโดยจัดสรรดังนี้

6.1 ค่าวัสดุในการอบรม รวม 2,000

บาท

6.2 ค่าจ้างเหมาจัดอาหารสำหรับผู้เข้ารับการอบรมและวิทยากร 1,000 บาท/วัน รวม 2,000 บาท

6.3 ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้ารับการอบรม 100 บาท / คน / วัน รวม 6,000 บาท

รวม 10,000 บาท

(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน)

7.วิทยากร

- 7.1 จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน
- 7.2 จากโรงพยาบาลอำเภอจตุรพักตรพิมาน
- 7.3 จากสถานีอนามัยใน โซน 3 ของอำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

8. การประเมินผล

- 8.1 การสังเกต สอบถาม
- 8.2 แบบทดสอบก่อน- หลังการจัดอบรม
- 8.3 เปรียบเทียบอัตราการรับบริการก่อน- หลังการจัดทำโครงการ

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ในหมู่บ้าน และสามารถเป็นแกนนำในการแนะนำและชักชวนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก จนสามารถเพิ่มอัตราการรับบริการได้ตามเป้าหมายต่อไป

ผู้เสนอโครงการ.....

(นางลัดดาวัลย์ พรหมพักตร์)

หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(นายจุลพันธ์ สุวรรณ)

นักวิชาการสาธารณสุข 7 สสอ.จตุรพักตรพิมาน

ผู้เห็นชอบโครงการ

.....
(นายประพันธ์ ลิ้มรัตนพันธุ์)

สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน

ผู้อนุมัติโครงการ

.....
(ว่าที่ร้อยตรีชลธิศ กอบเดช)

นายอำเภอจตุรพักตรพิมาน

ตารางการอบรม

ระหว่างวันที่ 18 – 19 กันยายน 2543

วัน/ เวลา	
18 กันยายน 2543	
08.00-09.00	ผู้เข้ารับการอบรมลงทะเบียน
09.00-09.30	พิธีเปิดการอบรม
09.30-10.00	ละลายพฤติกรรม “มารู้จักกันเถอะ”
10.00-10.30	“ฝันดี ฝันร้าย”
10.30-11.00	“โยงโยโรคร้าย...เป็นได้แต่ผู้หญิง”
11.00-12.00	เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและอภิปรายกลุ่มในประเด็นการมา/ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก
	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-13.30	“นำเสนอผลการอภิปรายกลุ่ม”
13.30-14.00	“เก็บเมล็ดถั่ว”
14.00-15.00	“ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก”
15.00-16.30	แบ่งกลุ่มวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มะเร็งปากมดลูก และนำเสนอผลงานกลุ่ม
19 กันยายน 2543	
08.30-09.00	“นกน้อยทำรัง”
09.00-10.30	แบ่งกลุ่มวางแผนแก้ไขปัญหาและนำเสนอ
10.30-12.00	ประกวดผลงานกลุ่ม
	และรวมแผนให้เป็นแผนปฏิบัติการของตำบล
	พักรับประทานอาหารกลางวัน
13.00-14.30	“ดอกไม้ให้คุณ”
14.30-15.30	บทบาทสมมติ “การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและชักชวนให้หญิงวัยเจริญพันธุ์มารับบริการ”
	ซักถามปัญหาและมอบหมายภาระกิจ
15.30-16.00	“พันธะสัญญา”
16.00-16.30	ปิดการอบรม





ฉบับที่ 840
วันที่ 5 / 10 / 43

ที่ รอ. 0333.1/สอ. 01/ 33

สถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

1 กันยายน 2543

เรื่อง ขอวิทยากรในการอบรม

เรียน สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการฝึกอบรมและตารางการอบรม จำนวน 1 ชุด

สถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำโครงการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มอัตราการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ในตำบลลิ้นฟ้าในการจัดอบรมครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(Participatory Learning) แก่กลุ่มผู้นำสตรีและสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 30 คน

การนี้จึงขอความอนุเคราะห์วิทยากรผู้มีความรู้ความสามารถจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน สถานีอนามัยโนนโชน 3 อำเภอจตุรพักตรพิมาน และจากโรงพยาบาลอำเภอจตุรพักตรพิมานซึ่งผ่านการอบรมการสร้างพลังเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม ดังรายชื่อต่อไปนี้

1. นายจตุพันธ์ สุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขระดับ 7 จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน
2. นางสาวแสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 จากโรงพยาบาลอำเภอจตุรพักตรพิมาน
3. นายรงค์ชัย ทุมจิ้น นักวิชาการสาธารณสุขระดับ 5 จากสถานีอนามัยบ้านเมืองหงส์
4. นางบุญบง พิษสิงห์ พยาบาลวิชาชีพระดับ 5 จากสถานีอนามัยบ้านข่าใหญ่
5. นางภัทรา ผือโย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชนระดับ 5 จากสถานีอนามัยบ้านข่าใหญ่

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

สาธารณสุขอำเภอจตุรพักตรพิมาน
- เพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางลัดดาวัลย์ พรหมพัคตร์)

หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า

สถานีอนามัยตำบลลิ้นฟ้า
นางสาว... (ลายเซ็น)
เห็นสมควรแล้วผู้ใดเรียก

(นายจตุพันธ์ สุวรรณ)
นักวิชาการสาธารณสุข 7

15/09/43

INFORM CONSENT SHEET (Participants group)

My name is Laddawan Promphuk, master public health student, Health System Development, College of Public Health, Chulalongkhorn University. I am studying “Participatory learning; A training program for increasing cervical cancer screening”. If you would like to participant this project I would interview you. You would through participatory learning two days at 8.00 a.m. to 16.00 p.m., Linfa Heath Center Chaturaphukphiman District Roi- Et Province. If you uncomfortable for participation in the project you can’t participate and health team take care your as the past. This is no cost to participate this project and no financial reward. If you have any question or opposite ideas during project participating, please contract me.

Thank you very much.

Missis Laddawan Promphuk

For Participants

This study information has been explained and I voluntarily agree to give my consent to participate in this study.

.....

(Name of Participant)

Presentation

**Participatory Learning;
A training programs for increasing
cervical cancer screening**

LADDAWAN PROMPHUK

Outline

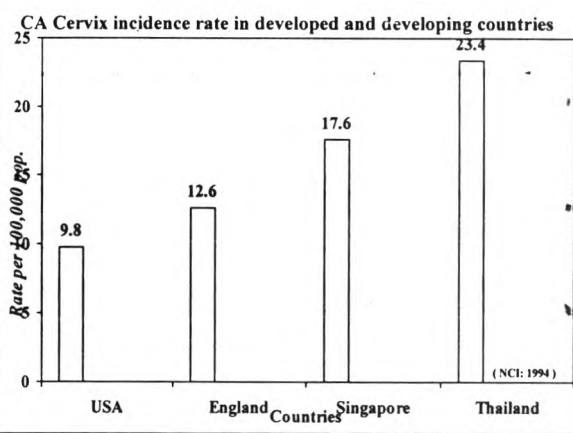
- ☞ Background and Rationale
- ☞ Project Description
- ☞ Project Evaluation
- ☞ Discussions and conclusions
- ☞ Recommendations

Background and Rationale

Problem of cervical cancer in Thailand.....

- 1st cause of dead cancer in Thai women
- Incidence rate 23.4 / 100,000 population
- In the past 40 year the incidence rate of CA Cervix was not decrease

(NCI :1994)



A comparison rate of cervical cancer screening

Thailand

Developed Countries

> 10 %

< 75%

(NCI: 1994)

Danger and Impact of CA Cervix

- Complicated treatment
- Costly
- Needed specialists (Gynecologists, Radiologist)
- Long term treatment
- Curable 50-60 %
- Suffering and Death
- Social effect

Cervical cancer screening: Early detection cervical cancer

Advantage of cervical cancer screening

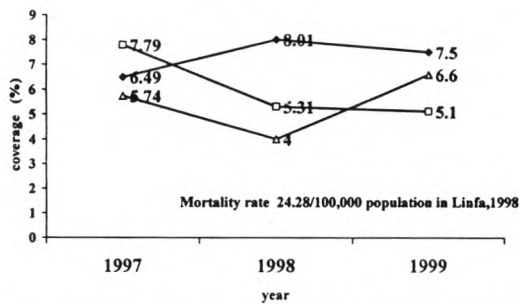
- Simple technique
- Available in health center and hospital
- Low cost
- Cost- Effectiveness
- 100 % cure rate if was found the patient in first state and start treatment

Why cervical cancer screening be able to decrease cervical cancer rate?

- Screening once in age 35-40, the CA CX rate will be decreased 20 % of cervical cancer cases
- Repeat screening every 5 year, the CA CX rate will be decreased 77 % of cervical cancer cases
- Coverage 50 % of women age 35-40, the CA CX rate will be decreased 44 % of cervical cancer cases

(WHO 1992)

Cervical Cancer Screening in Roi-Et Province (1997-1999)



Mortality rate 24.28/100,000 population in Linfa,1998

Goals

To increasing cervical cancer screening rate in married women

General Objectives

- To increase CA cervix knowledge for the married women by participatory learning

Specific Objectives

1. To increase CA cervix knowledge for the married women on;
 - General knowledge in cervical cancer
 - Risk factors
 - Severity of cervical cancer
 - Importance and advantages of cervical cancer screening
2. To compare CA cervix knowledge before and after training

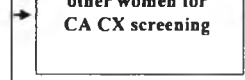
Conceptual framework of the project

Participatory learning of female village health volunteer and village leaders regarding;

- Knowledge of;
- General aspects of cervical cancer
 - Risk factors
 - Severity
 - Importance of screening

Advise and encourage other women for CA CX screening

Increasing of screening service rate in Linfa Sub-district



Participants

Group	Purposive selection	Member
1	Village health volunteers who never been done CA cervix screening	9
2	Village health volunteers who had been done CA cervix screening; in 1998	9
3	Village leader women	12
Total participants		30

Inclusive Criteria

- Ability to read and write
- Willing to participate in the program
- Reside in the area through out the period of the study
- Married

Procedure

Step 1 Preparation	Step 2 Training two days	Step 3 First outcome evaluate	Step 4 Second outcome evaluate	Step 5 Project conclusion and Report
-----------------------	--------------------------------	--	---	--

Step 1 : Preparation

- Recruitment of 30 participants
- Pre-test

Step 2 : Participatory Learning Approach; 2-Days training

1. Sharing experience in cervical cancer and screening
2. Problem identification
3. Priority setting
4. Problem solving and planning
5. Assignment and commitment

Step 3 First outcome evaluation

1. Post-test of knowledge levels
2. Group discussion to follow up the implementation

Step 4 : Second outcome evaluation

- Number of CA Cervix screening test in Linfa Health Center and Chaturaphakpinan hospital

Step 5 : Conclusion and report

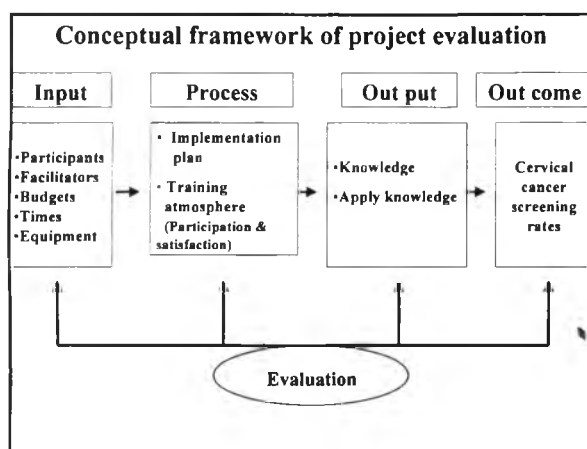
Project Evaluation

Evaluation design

- *Summative Evaluation*

Purposes

1. To evaluate input
2. To evaluate process
3. To evaluate output



Input Evaluation

Four Questions

1. Who will evaluate this project?
2. What are the selection criteria of the facilitators for this project to achieve the project goal?
3. Who will provide the financial support for this project, is the budget sufficient?
4. Are the materials and equipment necessary for this project adequate?

2. Process Evaluation

Four question

1. Is the training process in accordance with the project plan?
2. How to measure the participation of the participants?
3. Are the participants satisfied with the training by participatory learning approach and with the facilitators? How?
4. Are there any problems during group discussion activities? And how to solve the problems?

3. Output Evaluation

• Two question

1. Do the participants gain their knowledge after joining the participatory learning training? And how to measure it?
2. How to measure the participants further apply their knowledge gained from the training program?

Data Collection

Quantitative and Qualitative methods

☞ Quantitative data

- Questionnaires (Pre and Post-test)

☞ Qualitative data

- Observation
- Informal - interviewing

Data Analysis

• Quantitative data

- Frequency percentage
- Mean, Standard deviation
- Pair t-test

• Qualitative data

- Content analysis

Results

1. General information and demographically data of the participants
2. Summary of two days training activities
3. Levels of cervical cancer knowledge of the participants before and after the training
4. First outcome evaluation; 1 month after the training
5. Project assessment; 6 month after the training

Results: General Data

General Information		Number (n=30)	%
Gender	Female	30	100
Age	Less than 25 years old	1	3.3
	26-35 years old	19	63.3
	36-40 years old	9	30
	41-45 years old	1	3.3
	average	33.6	
Education level	Primary school	24	80
	Secondary school	4	13.3
	Tertiary education	2	6.6
Occupation	Agriculture (Rice Farmer)	30	100

Results: General Data

General Information		Number (n=30)	%
Family monthly income	Not more than 2,800 Baht	17	56.6
	2,800 - 5,000 Baht	9	30
	More than 5,000 Baht	4	13.3
Marital Status	Married	29	96.6
	Divorced	1	3.3

Results: General Data

General Information		Number (n=30)	%
Age at the time of first marriage	Younger than 15 years old	1	3.3
	15-20 years old	20	66
	21-25 years old	8	26.6
	26-30 years old	1	3.3
	Average	19.8	
Age at the time of first pregnancy	Younger than 15 years old	1	3.3
	15-20 years old	14	46.6
	21-25 years old	14	46.6
	26-30 years old	1	3.3
	Average	20.7	
Number of children	1-2 children	27	90
	3 children	2	6.6
	No children	1	3.3

Results: General Data

Variables	Number	%
Screening experience	N=30	
• Have screening experience	21	70
• Never have screening experience	9	30
Last time of screening	N=21	
• 1-2 year	16	76.1
• 3-5 years	4	19
• More than 5 years	1	4.7
Reason for screening	N=21	
• Having abnormal symptoms	11	52.3
• Accompany with friends	4	19
• Recommend by staff during another service session	3	14.2
• Other	3	14.2
Screening results		
• Normal (negative)	17	80.9
• Positive	3	14.2
• Don't know the result	1	4.7

Results: General Data

Variables	Number	%
Time length before receiving screening results		
• Within 1 month	12	57.1
• More than 1 month	9	42.8
Reason for not participating in screening	N=9	
• Not having abnormal sign and symptoms	6	66.6
• Afraid of positive results	1	11.1
• Afraid of pain during screening	1	11.1
• Shyness	1	11.1
Perception on cervical cancer information	N= 30	
• Yes	25	83.3
• No	5	16.6
Source of cervical cancer information	N=25	
• Sub-district Health Center	23	92
• District Hospital	2	8

Summary of two days training activities

I) Group discussion - sharing experience

Group 1 discussion topic; The reason for not receiving cervical cancer screening.

- Shyness
- Afraid of positive test results
- They think that the screening expenses
- Do not have any abnormal symptoms
- Believe that CA cervix is not serious

Summary of two day training activities

Group 2 discussion topic; The reason for participating in cervical cancer screening

- Afraid of developing cervical cancer
- Having abnormal sign and symptoms
- Test to ensure that they are okay
- Accompany with friends

Summary of two days training activities (con)

Group 3 discussion topic; To encourage women to come for cervical cancer screening

- The screening service should be free of charge
- The female leader should encourage other women to come for screening
- Health education on CA cervix and screening
- CA CX screening should provide by non local health staff (Mobile unit) because they shy the local health that they known

Conclusions of three groups discussions

II) Problem identification:

1. Not understand the importance of screening and not know the danger of the cervical cancer
2. Most women are shy to expose themselves for screening
3. Misbelieve
4. Not knowing that the screening service is free of charge
5. Afraid of pain during screening
6. Waste their time to come for screening
7. Poor relationship between health staff and clients

III) Priority setting

Problem of women

- Lack of knowledge
- Shyness
- Misbelieve
- Afraid

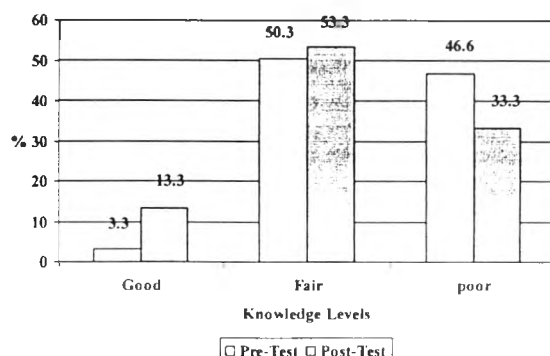
Problem of Health staff

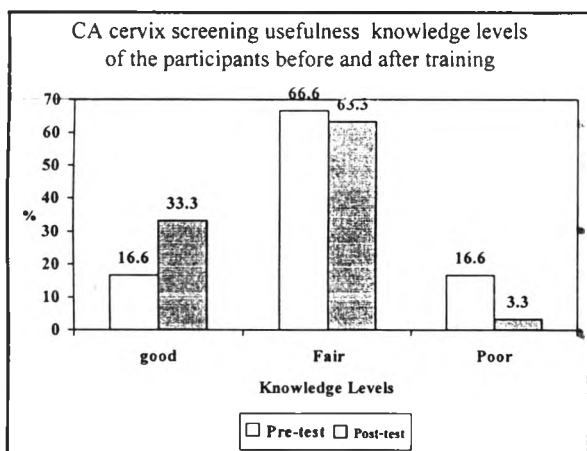
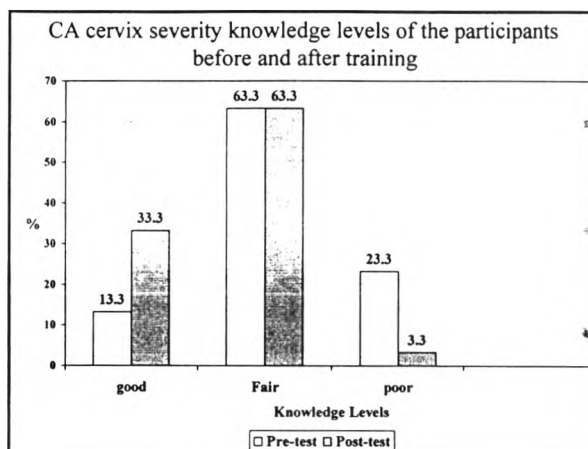
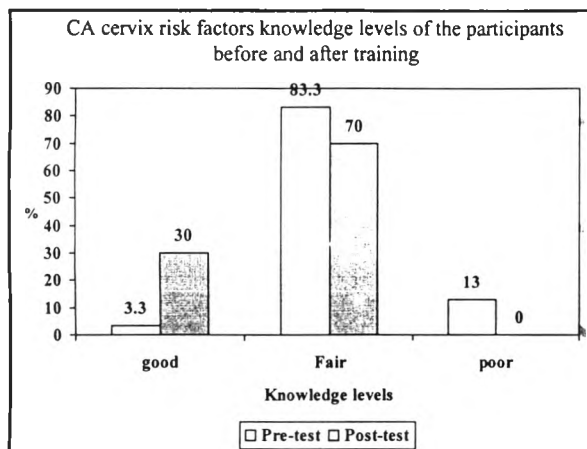
- Insufficient provision of knowledge and information
- Relationship

IV) Problem solving and planning (All participants)

1. Health educate about cervical cancer and advantages of screening by; Groups, Individual, Local broadcast news, etc.
2. Weekly scheduling for CA cervix screening with announcement by participants
3. Door to door advising for CA cervix screening, and listing married women in the village
4. Make an appointment for follow up.

CA cervix knowledge levels of the participants before and after training





Comparative means of the participants' knowledge in cervical cancer pre and post-test

Knowledge level	Mean (n=30)	S.D	P-value
1. General knowledge			
- Pre-test	5.4	1.3	0.002
- Post-test	6.2	1.1	
2. Risk factors			
- Pre-test	34.6	4.4	0.000
- Post-test	38.1	3.5	
3. Degree of severity			
- Pre-test	30.8	4.9	0.000
- Post-test	34.1	4.4	
4. Usefulness of screening			
- Pre-test	24.2	4.7	0.001
- Post-test	27.1	3.2	

First outcome evaluation one month after the training

- 682 married women were survey
- 124 out of 682 married women would come for CA cervix screening

Second outcome six months after the training

- 100 women received CA cervix screening (Achieved 98.8 % of the Linfa Health Center plan)
 - 64 women received service at Linfa health center
 - 36 women received service at the district hospital

Discussions and Conclusions

Participatory learning process assisted

- Increasing CA Cervix knowledge of participant
- Development of self- awareness of participants
- The community participate in CA cervix problems solving
- Increasing of screening service rate

Recommendation

- * Participatory learning process should be adopted in greater extent to promote in solving other health problems such as family planing, maternal and child
- * The next project should include control group
- * Project impact should be studied
- * Should conduct on a larger sample to obtain more reliable data
- * The project should not emphasis only married women however the ethical issue such as Thai cultural should be considered

Lesson learned



- Sharing experience between health staff and community
- To know the structure of related agencies are useful in coordination
- Applying knowledge and skills for solving health problems by community involving for sustainable developing.

Thank you **for your time and your kind attention**

- Professor Edgar J. Love, M.D., Ph. D
 - Assistant Professor Khanitta Nuntaboot, Ph. D
 - Ajarn Ratana Samronthong, M.A.
 - Ajarn Watcharin Tanyanont, M.s.
- And many other people who assisted me along my way

CURRICULUM VITAE

Name: Laddawan promphuk

Date of birth: 1 December 1959

Sex: Female

Nationality: Thai

Education:

1998 – 2001 **Master of Public Health (Health Systems Development)**
Chulalongkorn University

1993 – 1995 **Bachelor of Public Health (Occupational Health and**
Safety) Sukhothai Thammathirat Open University

1989 – 1992 **Bachelor of Public Health (Public Health**
Administration) Sukhothai Thammathirat Open
University

1977 – 1979 **Certificate in Midwifery Rajaburi Midwifery School**

Employment:

1990 – Present **Head of Health Center**

1979 – 1989 **Health Worker**

Mailing Address: 73 Moo.1, LINFA sub- district, Chaturapkukphiman
District, Roi-Et Province 45180, Thailand

