

ไพบลิ่งหลัง "ตัวเลข"

เครือข่ายข้อมูลโรคมะเร็ง

ไบโพลิงual "ตัวเลข" เครือข่ายข้อมูลโรคมะเร็ง

เลขมาตรฐานสากล 978-616-11-0461-0

พิมพ์ครั้งที่ 1
ที่ปรึกษา

กันยายน 2553
นพ.พินิจ พ้าอำนวยผล
คุณพรธรรมาภา ผึ้งผดุง
นพ.วิจิษฐ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

บรรณาธิการ
ผู้เขียน

อภิญญา ตันทวีวงศ์
รัตนา พงษ์วานิชอนันต์

ประสานงานวิชาการ
กองบรรณาธิการ

ศิริพร คำภูไทย
ภคมาศ วิเชียรศรี
ปิยวรรณ กิจเจริญ

การ์ตูนประกอบ
ออกแบบรูปเล่ม
ผลิตโดย

ทิววัฒน์ ภัทรกุลวณิชย์
วัฒน์สินธุ์ สุวรรตนานนท์
สำนักพิมพ์ "ต้นคิด"
ห้อง 3D ถกสุขเพลส 115 ถนนเทอดดำริ
เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

ผู้จัดพิมพ์

สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ
(Health Information System Organization)
70/7 ห้อง 408 ชั้น 4 อาคารเอไอเอนนท์
ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

สำนักงานกองทุน
สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

พิมพ์ที่

บริษัท ที คิว พี จำกัด

คำนำ

การพัฒนานโยบายและแผนงานสร้างเสริมสุขภาพ และ
บริการสาธารณสุขให้สัมพันธ์กับปัญหาและความต้องการของ
ประชาชน และนำไปสู่การใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรและ
งบประมาณที่มีอยู่จำกัดให้เกิดความคุ้มค่าสูงสุดนั้นไม่อาจเป็น
ไปได้เลย หากไม่รู้ว่าสถานการณ์เกี่ยวกับ "ปัญหา" และ
"โอกาส" ที่เกิดขึ้นจริงในแต่ละช่วงเวลาคืออะไร

ในช่วงร้อยปีที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบ
ฐานข้อมูลด้านสุขภาพมาเป็นลำดับ ทั้งข้อมูลการเกิด ภาวะ
สุขภาพ การเจ็บป่วย และการตาย แต่จนถึงวันนี้ผู้เกี่ยวข้องใน
แวดวงการพัฒนาด้านสุขภาพต่างตระหนักดีว่าระบบข้อมูลข่าว
สารด้านสุขภาพของประเทศของเรายังมี "ช่องว่าง" ที่จำเป็น
ต้องเร่งเติมเต็มในอีกหลายด้าน

เป้าหมายสำคัญก็คือ ทำอย่างไร สถานการณ์ความ
เคลื่อนไหวว่าด้วยการเกิด การเจ็บป่วย การตาย ร่องรอย
ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคร้ายไข้เจ็บที่ป้องกันได้ ของคนไทยทั้ง
ประเทศจะแสดงตัวให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสามารถติดตาม
ศึกษา วิเคราะห์ และนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงป้องกันได้อย่าง
สะดวกและรวดเร็ว จนถึงขั้นที่ว่า "เกิดเหตุเมื่อไร รายงานเมื่อ
นั้น"



สารบัญ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านระบบการสื่อสารด้วยเครือข่ายอินเทอร์เน็ต และโปรแกรมรวมรวมบันทึก และประมวลข้อมูลอันมหาศาลได้ภายในเวลาอันรวดเร็ว เป็นปัจจัยท้าทายให้การปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศไทยขยับใกล้เป้าหมายดังกล่าวยิ่งขึ้น

หนังสือ “ต้นคิด” ชุดแรกนี้ นำเสนอความเคลื่อนไหวของปฏิบัติการปฏิรูประบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ได้มีส่วนร่วมผลักดัน ผ่านพ็อกเก็ตบุ๊กขนาดกะทัดรัด เพื่อบอกเล่าถึงความก้าวหน้าสำคัญๆ ที่เกิดขึ้นในสังคมของเรา ด้วยความตั้งใจและทุ่มเทอย่างยิ่งของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

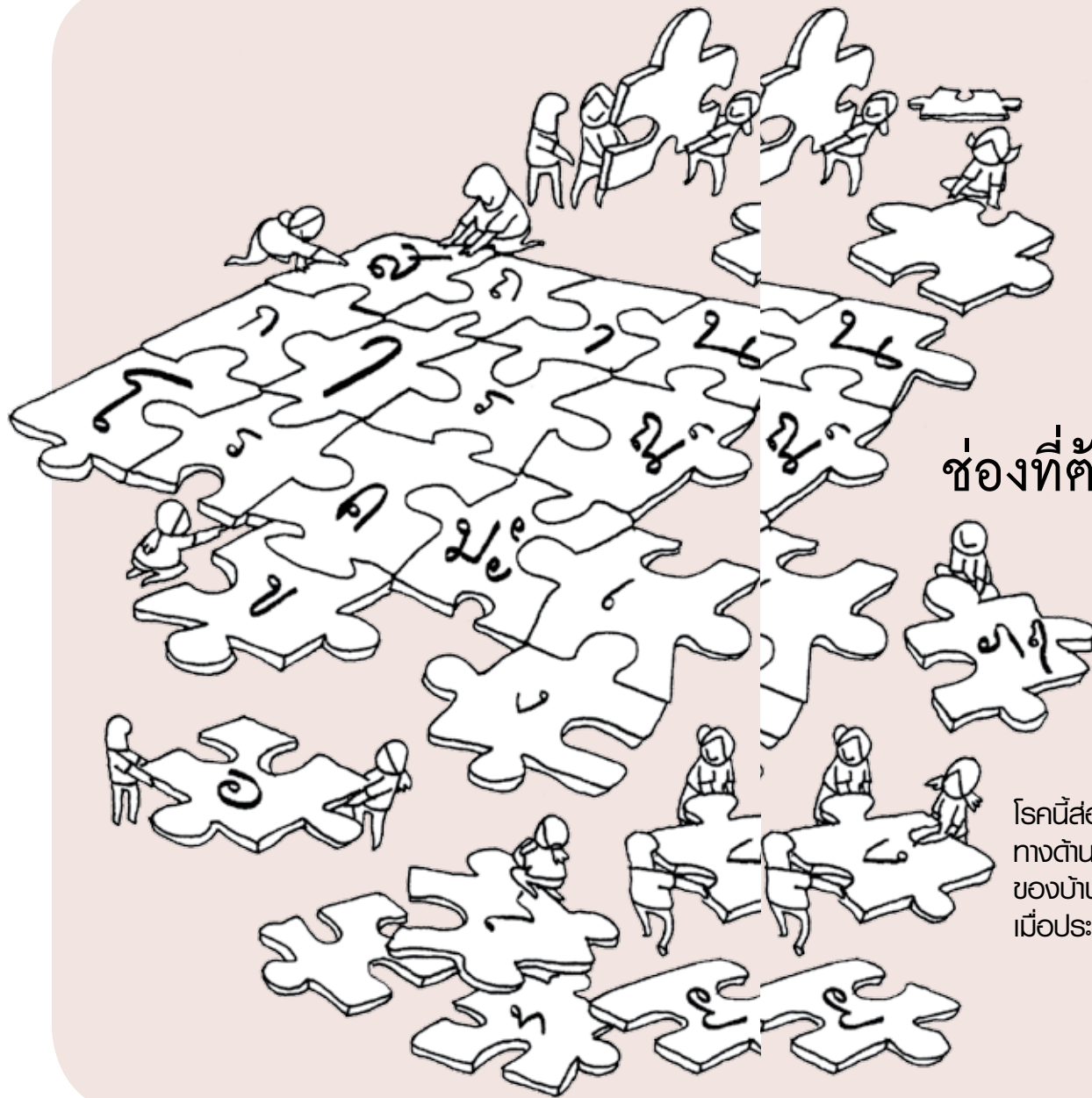
ปฏิบัติการเหล่านี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้น เมื่ออ่านแล้วเชื่อว่าทุกท่านจะเห็นตรงกันกับเราว่าเรื่องราวที่ดูเหมือนเต็มไปด้วยเทคนิควิชาการอันซับซ้อน แท้ที่จริงแล้วมีที่มาและที่ไปอันเรียบง่าย และไม่อาจแยกออกจากชีวิตของเราแต่ละคนได้

เพราะหัวใจของการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพก็คือกระจกสะท้อนความเป็นไปในชีวิตของคนไทยให้ปรากฏแจ่มชัด เพื่อนำไปกำหนดแผนงานในการปกป้องคุ้มครองคุณภาพชีวิตให้แก่เราทุกคนนั่นเอง

นพ.พินิจ ฟ้าอำนวยผล

ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

1. ช่องที่ต้องถมให้เต็ม!	6
2. คลื่นปฏิรูป	12
3. สามัคคีคือพลัง	26
4. กว่าจะเห็นเป็น “เครือข่าย”	48
5. วันนี้ และ พรุ่งนี้	60



1

ช่องที่ต้องถมให้เต็ม!

โรคนี้สื่อเค้าให้คิดว่าเป็นปัญหาสำคัญ
ทางด้านสาธารณสุขระดับประเทศ
ของบ้านเราอย่างชัดเจน
เมื่อประมาณ 50 ปีก่อน

แม่โลกในศตวรรษที่ 21
ก้าวหน้าไปไกลกว่ายุควันวานสุดกู่
แต่มนุษย์ชาติยังไม่อาจสลัด
“ฝันร้าย” บางเรื่องได้พ้น
หนึ่งในเรื่องที่คนทั่วโลกนับล้านยังต้องต่อสู้
และฟันฝ่าอยู่ในชีวิตจริง อีกทั้งยังเป็นภัยคุกคาม
แห่งช่วงชีวิตที่ยังมาไม่ถึงของคนทุกคน ก็คือ มะเร็ง
โรคร้ายที่ไม่มีใครอยากเผชิญ
ไม่ว่ากับตนเองหรือบุคคลผู้เป็นที่รัก

ยากที่จะประมาณได้ว่าโรคร้ายนี้ได้กลืนกินความ
ทุกข์ ความเศร้าโศก ทรัพย์สินเงินทอง ทรัพยากร และความ
ทุ่มเท มานะพยายาม ไปจากมนุษย์เรามากมายมหาศาล
เพียงไร กระนั้นก็ดูเหมือนสิ่งเหล่านั้นให้ผลตอบแทนน้อย
เสียจนน่าใจหาย เพราะทุกวันนี้วงการแพทย์ยังก้าวไม่พ้น
สภาพอับจนในการรักษาโรคร้ายนี้ให้หายขาดได้ ขณะ
เดียวกัน แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นิ่งไม่แสดงให้เห็นว่า
จะลดทาลง

อย่างไรก็ตาม ท่ามกลางความเคลื่อนไหวที่เกาะเกี่ยว
อยู่กับการต่อกรกับโรคร้ายที่ว่า ยังปรากฏความก้าวหน้าบาง
เรื่องให้เราได้เห็น และเป็นความหวังต่ออนาคตที่ดีขึ้น

หนึ่งในจำนวนนั้นก็คือ เรื่องราวของ “เครือข่ายข้อมูล
โรคมะเร็ง” ซึ่งก่อตัวและเดินหน้าไปอย่างต่อเนื่องในประเทศ
ไทยด้วยการ “ประสานมือ” ระหว่างผู้คนจำนวนนับร้อย

เกิดเพื่อ “แก้”

สังคมไทยรู้จักโรคมะเร็งมาตั้งแต่อดีตกาล โรคนี้น่า
เศร้าให้เห็นว่าเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขระดับ



ประเทศของบ้านเราอย่างชัดเจนเมื่อประมาณ 50 ปีก่อน โดยมีการจัดตั้ง **สถานตรวจโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก** ขึ้นที่โรงพยาบาลหญิง (โรงพยาบาลราชวิถีในปัจจุบัน) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2505 ต่อมา คณะรัฐมนตรีในยุค จอมพลถนอม กิตติขจร อนุมัติให้มีการตั้ง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2508 และมีการประกาศให้วันที่ 10 ธันวาคม ของทุกปี เป็นวันต่อต้านโรคมะเร็งแห่งชาติ มาตั้งแต่ปี 2511

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากโครงสร้างการบริหารของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ไม่ได้ถูกออกแบบให้มุ่งเน้นเฉพาะงานวิชาการเพียงอย่างเดียว แต่ดำเนินงานด้านอื่นๆ ทุกด้าน รวมถึงการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ระบบข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งในระดับชาติไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่

สำหรับคนทั่วไป เราอาจได้เห็น ได้ยิน การอ้างอิงสถิติตัวเลขจำนวนผู้ป่วย ผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจากข่าวสารข้อมูลรอบตัวอยู่เป็นระยะ แต่ผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานวิชาการด้านโรคมะเร็งหรือข้อมูลด้านสาธารณสุขทราบดีว่า นั้นไม่ใช่ข้อมูลที่แสดงจำนวนตามความเป็นจริง แต่เป็นข้อมูลโดยประมาณการ

นั่นเป็นเพราะผู้ป่วยโรคมะเร็งนั้นกระจายอยู่ทั่วไปตามโรงพยาบาลทุกสังกัด เช่น กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน ฯลฯ ในขณะที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ไม่มีอำนาจสั่งการให้โรงพยาบาลใดมีหน้าที่ “ต้อง” ส่งข้อมูลผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเข้ามาเพื่อจัด

ทำฐานข้อมูล นอกจากนี้ ยังขาดระบบการตรวจสอบข้อมูลที่ได้รับจากสถานพยาบาลต่างๆ ให้แน่ใจว่าไม่มีความซ้ำซ้อนหรือผิดพลาด

สิ่งที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติทำได้ก็คือ การตั้งหน่วยจัดทำทะเบียนมะเร็งขึ้นตามภูมิภาคต่างๆ เพื่อทำหน้าที่ติดตามบันทึก ตรวจสอบ และสรุปข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของประชากรในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยการประสานงานกับสถานพยาบาลในพื้นที่ขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนและมรณบัตร อย่างไรก็ตาม หน่วยงานดังกล่าวมิได้กระจายอยู่ทั่วทุกจังหวัดในประเทศไทย อีกทั้งกระบวนการจัดเก็บและตรวจสอบข้อมูลยังไม่ได้รับการพัฒนาให้ได้คุณภาพตามมาตรฐานสากลอย่างทั่วถึง

สภาพเช่นนี้ทำให้ประเทศไทยตกที่นั่งเสมือน “เดินไล่ตาม” ปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขในด้านนี้

จนกระทั่งมีแรงผลักดันสำคัญจากโลกภายนอกในช่วงประมาณ 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดการเคลื่อนไหวครั้งสำคัญในการพัฒนาระบบข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย โดยมีองค์ความรู้รองรับบนฐานความร่วมมือจากสถาบันการแพทย์ทุกภูมิภาค เพื่อถม “ช่องว่าง” นี้ให้หมดไป

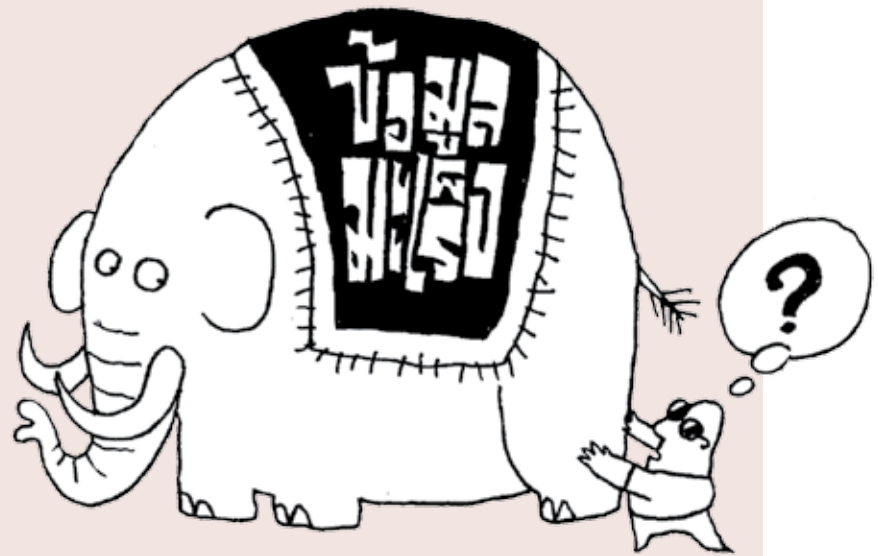
นำไปสู่กำเนิด “เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งในประเทศไทย” ซึ่งมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนให้เกิดระบบข้อมูลโรคมะเร็งในมิติใหม่ขึ้นในอีกไม่กี่ปีต่อมา



2

คลื่นปฏิรูป

การพัฒนากระบวนการข้อมูลดังกล่าว
ไม่ได้ตั้งโจทย์ที่การได้มาซึ่ง
“ตัวเลข” ในภาพรวม
แต่มุ่งที่การพัฒนา
“ฐาน” การเก็บข้อมูล
ให้มีคุณภาพ



จุดเริ่มต้นพัฒนาระบบข้อมูลโรคมะเร็งของไทย
เกิดขึ้นจากความร่วมมือระหว่าง
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ และ หน่วยงานสากล
ที่มีชื่อว่า International Agency for Research
on Cancer (IARC) เมื่อประมาณปี 2530
IARC เป็นส่วนหนึ่งขององค์การอนามัยโลก
มีภารกิจในการประสานงานและดำเนินการวิจัย
เกี่ยวกับสาเหตุของโรคมะเร็ง
และพัฒนากลยุทธ์ทางวิทยาศาสตร์
เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง
การเข้ามาของ IARC ในครั้งนั้น
ก็เพื่อต้องการให้ประเทศไทยจัดทำ
ฐานข้อมูลมะเร็งประชากรที่เป็นระบบ
เพื่อสะท้อนสถานการณ์อุบัติการณ์ของโรคมะเร็ง
ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยอย่างเป็นมาตรฐานสากล

หลังจากที่หัวหน้าคณะทำงานของ IARC ใน
ขณะนั้น คือ ดร.โดนัลด์ แมกซ์เวลล์ พาร์กิน (D.Maxwell
Parkin) เข้ามาศึกษาระบบการเก็บข้อมูลโรคมะเร็งของไทย
ตามวิธีการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติดำเนินการอยู่ในขณะนั้น
เขาได้ให้ข้อคิดเห็นว่า การเก็บข้อมูลลักษณะนี้ไม่อาจแสดง
ให้เห็นสถานการณ์ที่เป็นจริง

IARC เสนอให้มีการบุกเบิกวิธีอีกแบบหนึ่ง ซึ่งเป็น
แนวทางที่ IARC นำไปใช้ในระดับสากล โดยแทนที่จะ
รวบรวมจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตทุกรายจากสถานพยาบาล
ทั่วประเทศเข้ามาที่ส่วนกลาง ซึ่งได้พิสูจน์แล้วว่ายากที่จะ
ทำได้อย่างครบถ้วน ปรับมาเป็นการกำหนดจุดรวบรวม
ข้อมูลขึ้นในภูมิภาคหลักๆ ของประเทศ ที่จังหวัดใดจังหวัด
หนึ่งในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ
ภาคใต้ โดยกำหนดเป้าหมายข้อมูลที่จะรวบรวมไว้ที่ ร้อยละ
10 ของประชากรในจังหวัดนั้นๆ อันเป็นสัดส่วนที่คาดว่า
หน่วยรวบรวมข้อมูลแต่ละจุดสามารถทำได้จริงอย่างมี



คุณภาพสำหรับระยะเริ่มต้น จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้จากแต่ละจุดมาคำนวณออกมาเป็นค่าประมาณการของประเทศ

วิธีการนี้ไม่ได้มุ่งที่การแสดงสถานการณ์ในภาพรวมระดับประเทศเป็นเป้าหมายหลัก แต่ให้ความสำคัญต่อการสะท้อนภาพสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในระดับภูมิภาคออกมาอย่างมี “คุณภาพ” หมายถึงการเก็บได้ครบถ้วนตามเป้าหมาย และมีการตรวจสอบข้อมูลให้ได้ตามมาตรฐานว่า ไม่มีข้อมูลซ้ำซ้อนหรือข้อมูลผิดพลาด

จะเห็นว่าแนวทางการพัฒนาระบบฐานข้อมูลดังกล่าวไม่ได้ตั้งโจทย์ที่การได้มาซึ่ง “ตัวเลข” ในภาพรวม แต่มุ่งที่การพัฒนา “ฐาน” การเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพก่อนเป็นอันดับแรก โดยมีการออกแบบจำนวนและที่ตั้งของ “ฐานราก” ที่จะก่อตัวขึ้นเป็นระบบข้อมูลโรคมะเร็งในลักษณะของการจัดทำทะเบียนมะเร็ง (registry) ให้มีการกระจายตัวอย่างครอบคลุมทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ

ขณะเดียวกันก็คำนึงถึง “ศักยภาพ” ของจุดที่จะทำหน้าที่ยุทธศาสตร์ดังกล่าว ซึ่งสะท้อนวิถีคิดในเชิงยุทธศาสตร์ของ IARC ได้อย่างน่าสนใจ โดยหน่วยงานที่ IARC และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลือกชักชวนเข้ามาทำหน้าที่ดังกล่าวก็คือ “โรงเรียนแพทย์” หรือคณะแพทยศาสตร์ในมหาวิทยาลัย 3 ภูมิภาคหลัก ซึ่งมีการดำเนินงานในภาคปฏิบัติและศึกษาวิจัยในโรงพยาบาลที่สังกัดคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งนั้น ได้แก่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

การชักชวนให้คณะแพทยศาสตร์ในสถาบันทั้ง 3 แห่ง เข้าร่วม ถือได้ว่าเป็นเสมือนการยิงปืนนัดเดียวได้นกหลายตัวพร้อมกัน ประการแรก ก็คือ โรงพยาบาลในสังกัดโรงเรียนแพทย์ เป็นสถานพยาบาลระดับตติยภูมิ จึงเป็นจุดศูนย์กลางระดับภูมิภาคที่ผู้ป่วยโรคที่มีความรุนแรงอย่างเช่นโรคมะเร็งนิยมเลือกเดินทางมารักษาตัว รวมทั้งถูกส่งตัวมาจากสถานพยาบาลในระดับชุมชนเข้ามารับการตรวจวินิจฉัยและรับการรักษาขั้นสูง เนื่องจากมีความพร้อมทั้งด้านแพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์การแพทย์ ที่นี่จึงเป็นแหล่งที่มีการบันทึกข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยของโรคนี้อย่างดีที่สุดในระดับภูมิภาค

ประการที่สองคือ จากการทำเป็นโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งนี้ จึงเป็นแหล่งรวมของแพทย์ที่สนใจงานวิชาการ การศึกษาวิจัย ริเริ่มสิ่งใหม่ ซึ่งถือเป็นพื้นฐานที่พร้อมในการพัฒนาบุคลากรสำหรับจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็งตามมาตรฐานสากลในระดับภูมิภาค ขณะเดียวกันยังมีศักยภาพในการศึกษา “ต่อยอด” ฐานข้อมูลที่รวบรวมได้ ให้ไปสู่องค์ความรู้เกี่ยวกับเงื่อนไขปัจจัยของโรคมะเร็ง และการนำไปใช้ประโยชน์เชิงรักษาและป้องกันที่เหมาะสมกับสภาพบริบทในภูมิกษณณันๆ ได้ต่อไป

อีกประการหนึ่งก็คือ โครงการนี้ช่วยเป็น “ข้อต่อ” ให้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสถานการณ์โรคมะเร็งจากสถานพยาบาล



สังกัดโรงเรียนแพทย์ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญแต่ที่ผ่านมายากจะเข้าถึงได้ เนื่องจากโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่ได้อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จึงไม่มีภาระผูกพันในการส่งข้อมูลให้แก่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ หรือกระทรวงสาธารณสุข

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นหน่วยงานแรกที่ตอบรับเข้าร่วมบุกเบิกการจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็งกับ IARC โดยมี **ผศ.พญ.นิมิต มาร์ติน** เป็นแกนนำ เพราะที่นั่นมีการเก็บข้อมูลมายาวนาน โดยมี **หน่วยทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็ง โครงการโรคมะเร็ง** อยู่ในภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มาตั้งแต่ปี 2504

คณะทำงานของ ผศ.พญ.นิมิต สามารถเก็บข้อมูลโรคมะเร็งได้ครอบคลุมทั้งจังหวัด จึงเกิด **ทะเบียนมะเร็งประชากร** แห่งแรกของประเทศไทยขึ้นที่จังหวัดเชียงใหม่ หลังจากนั้น IARC จึงขยายความร่วมมือไปสู่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นลำดับต่อไป โดยมี **ศ.นพ.วันชัย วัฒนศัพท์** คณบดีคณะแพทยศาสตร์ในขณะนั้นเป็นแกนนำสำหรับส่วนกลางคือกรุงเทพฯ เนื่องจากมีมหาวิทยาลัยอยู่หลายแห่ง จึงให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติรับผิดชอบในการประสานงานกับมหาวิทยาลัยต่างๆ และเก็บข้อมูลมารวมกัน

จากภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการนำร่องการทำฐานข้อมูลโรคมะเร็งป่วยหน้าสู่ภาคใต้ โดยมุ่งไปที่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งขณะนั้น **ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช** อดีตผู้อำนวยการสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) คนแรก มีตำแหน่งเป็นคนบตี



รศ.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง อาจารย์ด้านพยาธิแพทย์ ผู้รับผิดชอบโครงการนี้

อาจารย์ผู้ใหญ่ของคณะแพทยศาสตร์ในช่วงเวลานั้น เช่น ศ.นพ.วิจารณ์ พานิช ศ.นพ.ธนพล ไหมแพง ศ.นพ. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย ฯลฯ ต่างก็เห็นว่าโครงการนี้น่าสนใจและจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนา งานของโรงพยาบาล แต่ต่างก็มีภาระงานรัดตัว จึงได้ทาบทาม **รศ.นพ.หัชชา ศรีปลั่ง** อาจารย์ด้านพยาธิแพทย์ในคณะให้เป็นผู้รับผิดชอบโครงการนี้

“เขามาพร้อมกับหนังสือ 2 เล่ม ซึ่งผมใช้เวลาปีกว่าจึงอ่านรู้เรื่อง” คุณหมอหัชชา เล่าถึงจุดเริ่มต้นที่ก้าวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้ร่วมปฏิรูประบบข้อมูลโรคมะเร็งในประเทศไทย เมื่อประมาณ 20 ปีก่อน พร้อมกับหัวเราะเบาๆ และเล่าถึงสาเหตุที่ต้องใช้เวลาในการศึกษาข้อมูลขั้นต้นนานถึงเพียงนั้น



“ที่ใช้เวลาเนานาก็เพราะมีเรื่องที่ต้องทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับวิธีคำนวณสถิติอะไรต่างๆ แล้วพอมันติด ผมก็ต้องพัก มานั่งพินิจแล้วก็กลับมาอ่านใหม่ การที่ให้เวลาเป็นปีเพราะคิดว่ามันต้องมีวิธีคิดที่ถูกต้องถึงจะทำงานได้ ดีกว่าทำตามๆ กันไปโดยไม่อ่าน ไม่ศึกษาให้เข้าใจถึงที่มาให้ชัดเจนก่อน ซึ่งจะทำให้ผิดพลาดได้ง่าย พออ่านแล้วจะมองเห็นภาพเลยว่า เรื่องข้อมูลโรคมะเร็งนั้นมีการทำกันมา 100 กว่าปีแล้ว และประสบการณ์เหล่านั้นมันถูกเขียนถ่ายทอดออกมาเป็นความรู้หมดแล้ว แต่ถ้าไม่อ่านมัน ก็จะไม่รู้เลย”

ในที่สุด คุณหมอหัชชาก็ตัดสินใจตอบรับด้วยเหตุผลว่าเป็นงานที่ทำหาย

“แรงกระตุ้นหลักของผมคือ การมีอาจารย์เป็นตัวอย่างที่ดี เช่น อาจารย์วิจารณ์ อาจารย์ไม่คิดอะไรแค่เล็กๆ อาจารย์คิดใหญ่ เราก็เลยเรียนรู้ที่จะคิดใหญ่ตาม อาจารย์ย้ำเสมอว่า เวลาจะทำอะไรต้องทำให้เกิดผลกระทบระดับประเทศ”

หลังจากไปศึกษาดูงานจากโครงการของคุณหมอนิมีต ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ คุณหมอวันชัย ที่คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่เดินล่วงหน้าไปก่อนแล้ว คุณหมอหัชชาก็เริ่มต้นงานนี้ในปี 2532 ด้วยทีมงานเล็กๆ ที่มีกันอยู่เพียง 2 คน โดยทำงานด้วยความกระตือรือร้นตามแบบฉบับของนักวิชาการทั่วไปที่ชอบทำงานแบบเงียบๆ ไม่ต้องยุ่งเกี่ยวกับผู้คนมากมาย

“สนุกดีครับ ทำคนเดียว แล้วก็ก็มีลูกน้องอีก 1 คน ที่เป็นพยาบาลช่วยเก็บข้อมูลเท่านั้นเอง เราเก็บข้อมูลทั้งจังหวัดสงขลาด้วยกันแค่ 2 คน

“พอทำไปตอนแรกผมเห็นโปรแกรมที่เขาให้มาไม่มีข้อดีอยู่เลยอะ พอตีผมมีความรู้เรื่องการเขียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์อยู่บ้าง ก็เลยเขียนโปรแกรมใหม่เพิ่มขึ้นมาเอง แต่ก่อนเวลาเช็คชื่อซ้ำ จะใช้การเช็คด้วยตาซึ่งมันยากที่จะทำได้สมบูรณ์ แต่ผมให้คอมพิวเตอร์เช็คให้ เขาก็เลยเอาแนวคิดนี้ไปแก่โปรแกรมเขาเป็นเวอร์ชันใหม่ แต่ต้องบอกว่าโปรแกรมที่ผมทำขึ้นมากก็ไม่ถึงขั้นทำได้สมบูรณ์ทีเดียว เพราะตัวสะกดชื่อในภาษาไทยบางที่ชื่อเดียวกันออกเสียงเหมือนกัน แต่สะกดต่างกัน หรือว่าชื่อบางที่สะกดผิด ก็หาไม่เจอเหมือนกัน”

การจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็ง หรือที่เรียกว่า “ทะเบียนมะเร็ง” ที่ภาคใต้นี้มีด้วยกัน 2 ชุด ชุดแรกเป็นทะเบียนมะเร็งของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในฐานะที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์กลางของภาคใต้ ที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของโรคที่ต้องการวิธีการรักษาขั้นสูง อีกชุดหนึ่งเป็นทะเบียนมะเร็งของจังหวัดสงขลา ซึ่งรวบรวมจากโรงพยาบาลที่รักษาโรคมะเร็งในจังหวัดสงขลา เพื่อสะท้อนสถานการณ์สุขภาพของประชากรระดับจังหวัด

ในการจัดเก็บข้อมูลสำหรับทะเบียนมะเร็งชุดแรก ซึ่งเป็นการประสานงานภายในคณะแพทยศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่คุณหมอหัชชาทำงานอยู่นั้น



ไม่ยากนักเมื่อเทียบกับการจัดเก็บข้อมูลสำหรับทะเบียนชุดที่สอง ที่ต้องเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลอื่นๆ ที่อยู่ต่างสังกัดเข้ามารวมกัน ได้แก่ โรงพยาบาลสงขลา และโรงพยาบาลหาดใหญ่ ส่วนโรงพยาบาลระดับอำเภอพบว่าแทบไม่มีข้อมูลให้บันทึก เพราะคนไข้โรคนี้จะมุ่งตรงไปที่โรงพยาบาลใหญ่ๆ เป็นหลัก

“ช่วงแรกเราทดลองโดยขอให้ทางโรงพยาบาลเก็บข้อมูลให้เรา แต่พบว่ามีโอกาสผิดพลาดเยอะ เราเลยให้คนของเราลงไปเก็บเอง วิธีการก็คือ ต้องค้นเวชระเบียนทุกรายที่มีรายงานเข้ามาว่าเป็นมะเร็ง โดยทางโรงพยาบาลจะคิดไว้ให้แล้ว และนัดวันมาว่าให้เราเข้าไปดูได้เมื่อไร เราก็เข้าไปคัดลอก เราจะเข้าไปเดือนละ 2-3 วัน ซึ่งถือว่าบ่อย แต่ทำให้งานแต่ละครั้งไม่หนักเกินไป เคสเก่าดูเรื่องการปรับให้เป็นปัจจุบัน เคสใหม่จึงคัดลอก สิ่งที่สรุปเป็นรายงานออกมาก็คือจำนวนผู้ป่วย ดูจำนวนผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่และผู้เสียชีวิตไป รวมทั้งอัตราการรอดชีวิต จึงมีเรื่องของการติดตามผล (follow up) ด้วย”

คุณหมอหัชชาวางแผนการทำงานเรื่องนี้ไว้เป็นภาพระยะยาว โดยแบ่งแผนงานออกเป็น 3 ระยะๆ ละ 5 ปี ระยะแรกเป็นการพัฒนาระบบฐานข้อมูลมะเร็งที่นี้ให้ลงตัว ระยะที่สองเป็นการพัฒนาคุณภาพข้อมูลและรักษาคุณภาพให้คงเส้นคงวา ระยะที่สามเป็นการนำข้อมูลเชิงสถิติไปยกระดับสู่งานวิจัยเพื่อตอบโจทย์ในการแก้ไขและป้องกันปัญหา

โรคมะเร็งของภาคใต้ ซึ่งเป็นงานที่อยู่ปลายทางของการทำฐานข้อมูลโรค

“ถ้าไปไม่ถึงตรงนั้น เราก็เหมือนรูดการ์ นิ่งเก็บข้อมูลไปเรื่อยๆ โดยไม่ได้นำข้อมูลนั้นมาใช้ประโยชน์อะไร เป้าหมายของการทำทะเบียนมะเร็งไม่ใช่แค่เก็บข้อมูล แต่ต้องนำไปสู่การวางแผนควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งให้ได้”

ในระยะเวลาเริ่มต้นปีแรกๆ ขณะที่คุณหมอหัชชาสนุกกับการพัฒนาฐานข้อมูลโรคมะเร็งในจังหวัดสงขลาให้เป็นระบบสามารถสะท้อนภาพสถานการณ์ของจังหวัดได้ชัดเจนและถูกต้อง รวมทั้งการนำสถิติต่างๆ ที่เก็บได้มาวิเคราะห์ แต่ต่อมากลับพบว่าสิ่งที่ทำอยู่นี้เป็นเพียง “ภาพแยกส่วน” ที่ยากจะสมบูรณ์ได้หากปราศจากภาพในมุมที่กว้างออกไปเข้ามาเชื่อมต่อให้เกิดมุมมองที่คมชัดพอที่จะสะท้อนความจริงออกมาได้

“หลังจากที่เราเก็บข้อมูลมาได้สักพักหนึ่งแล้ว IARC ได้ทาบทามให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นเจ้าภาพ ประสานทีมทั้ง 4 ทีม มาร่วมกันทำหนังสือ *Cancer in Thailand* ทำให้ทุกทีมมีโอกาสได้มาเจอกันครบทั้งหมดเป็นครั้งแรก”

สาเหตุหลักเบื้องหลังคือ IARC หวังให้หน่วยหลักๆ ที่สร้างฐานข้อมูลโรคมะเร็งจังหวัดที่เป็นตัวแทนภูมิภาคทั้ง 4 มาระยะหนึ่งแล้ว ได้ยกระดับไปอีกขั้นในการแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน อันจะทำให้เกิดมุมมองเชิงเปรียบเทียบ และกระตุ้นให้มีพัฒนาการขึ้นไป



กระบวนการจัดทำหนังสือเล่มดังกล่าว ได้ใช้เวลาเตรียมข้อมูลในเมืองไทยกันก่อนระยะหนึ่ง จากนั้นช่วงการเขียนหนังสือใช้เวลาเพียงหนึ่งสัปดาห์ โดยยกทีมไปถึงสำนักงานแม่ของ IARC ที่เมืองลียง (Lyon) ประเทศฝรั่งเศส การทำงานมีขั้นตอนการระดมข้อมูลอย่างเข้มข้น และสร้างความประทับใจให้แก่คุณหมอหัชชา ในฐานะตัวแทนของภาคได้

“ต้องหอบข้อมูลไปที่โน่นกันเลย แล้วก็นั่งคุยกันทุกเช้า เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน หลังจากนั้น ตกบ่ายก็เอาประเด็นไปเขียนเป็นภาษาอังกฤษ เข้าวันต่อมาก็ประชุมกันอีกรอบ แล้วก็เอาไปเขียนต่อ ทำกันอยู่อย่างนี้ 1 สัปดาห์ก็เสร็จ กราฟอะไรต่างๆ เขาทำให้หมด

“ทีมงานของ IARC ทำงานมีประสิทธิภาพมาก อย่าง J. Ferlay ซึ่งเป็นคนรวบรวมข้อมูลโรคมะเร็งจากทั่วโลกไว้ในคอมพิวเตอร์ของเขา เขาเป็นคนทำกราฟ และวิเคราะห์อะไรต่างๆ ให้ ส่วน D.M. Parkin เป็นคนที่อ่านหนังสือเยอะมาก ความจำแม่น สถิติของประเทศอะไรเป็นเท่าไรเขาจำได้หมด จำชื่อคนได้แม่น เขารู้ว่าประเทศนี้ใครรับผิดชอบบ้าง จำได้หมดเลย”

กล่าวได้ว่าการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ประสบผลสำเร็จเกินกว่าเป้าหมาย เพราะนอกจากแกนนำของคณะทำงาน ที่พัฒนารฐานข้อมูลโรคมะเร็งจากทุกภูมิภาคของประเทศไทยได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนและร่วมงานกันเป็นครั้งแรก อีกทั้งได้หนังสือ Cancer in Thailand ซึ่งเป็นเอกสาร

รวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับประเทศเล่มแรกของประเทศไทยเป็นผลลัพธ์ที่จับต้องได้ ยังจุดประกายความคิดใหม่ๆ ให้กับแกนนำที่เข้าร่วม

“ผมคิดว่า เป็นวัตถุประสงค์อันหนึ่งของ D.M. Parkin คือให้เราไปเห็นว่าคนอื่นเขาทำงานอย่างไร องค์กรนานาชาติเขาทำอย่างไร เพื่อที่เราจะได้มีแรงกระตุ้นไปถึงระดับนั้นบ้าง และเราก็ได้เห็นระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ

“สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้ผมมองเห็นประเด็นสำคัญว่า การทำงานแบบนี้ต้องมี “เครือข่าย”

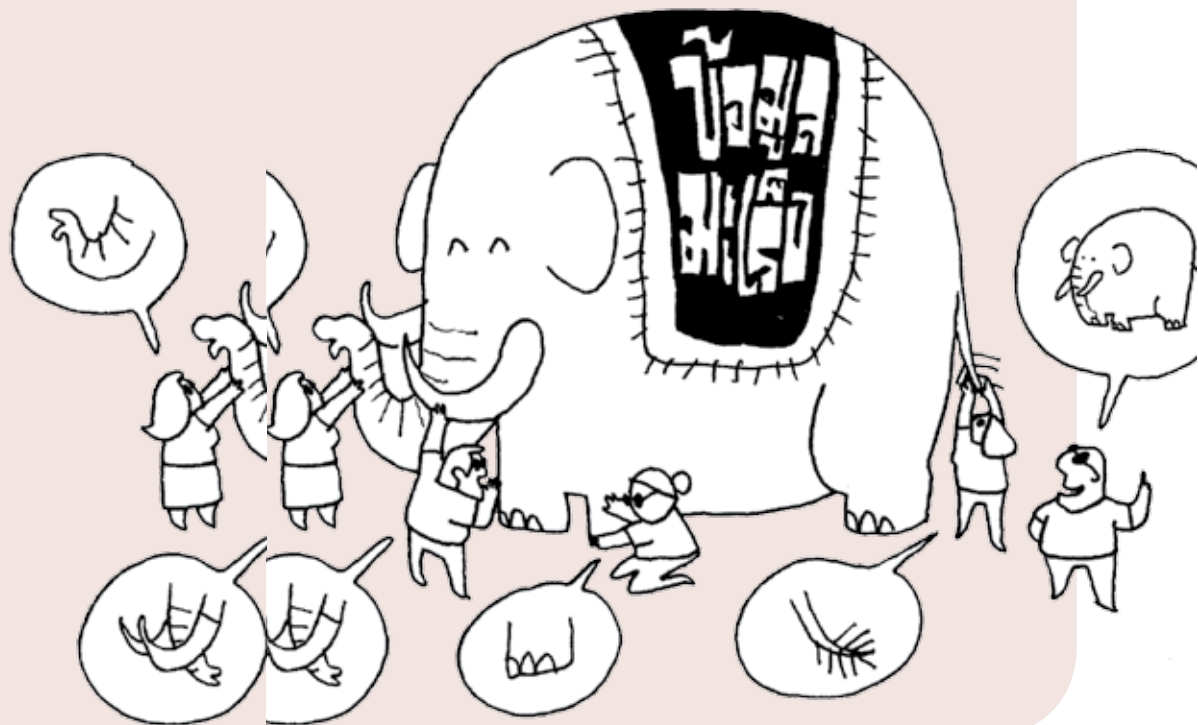
“เพราะเราได้เห็นแล้วว่า การทำงานคนเดียวไม่มีประโยชน์เท่าไร มันต้องมีการทำงานร่วมกันจากคนที่มาจากต่างที่ต่างสาขาความเชี่ยวชาญ จึงได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ จากการเปรียบเทียบ ตรวจสอบ แลกเปลี่ยน และแข่งขันกัน อย่างสร้างสรรค์”

กล่าวได้ว่านี่คือ แรงบันดาลใจที่นำไปสู่การก่อตั้งของ **“เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็ง”** ของประเทศไทยขึ้นในเวลาต่อมา

3

สามัคคีคือพลัง

การมีมาตรฐานให้ยึดถือร่วมกัน
ในการนำเสนอผลงานเช่นนี้
ทำให้ภาคีในเครือข่ายต้องฟังพา
และถือกุหลาบกันโดยอัตโนมัติ



การจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็ง
ใน 4 จังหวัดหลัก จาก 4 ภูมิภาคของประเทศ
โดยการเชื่อมประสานงานกับ IARC
และการจัดทำหนังสือ Cancer in Thailand
เล่มต่อๆ มา ด้วยกระบวนการ
ดังที่กล่าวในบทที่ 2 ได้ดำเนินสืบเนื่องมา
ทำให้ทีมงานเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญ
พัฒนามุมมองต่อการสร้างระบบฐานข้อมูลโรค
ขณะเดียวกันก็เอื้ออำนวย
ให้ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นขึ้น

จนถึงวันนี้ การจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็งใน
4 ภูมิภาค โดยสถาบันทั้ง 4 แห่งดังกล่าวยังคงดำเนินการ
อยู่ และหนังสือ Cancer in Thailand ราย 3 ปี ได้จัดทำ
มาถึงเล่มที่ 5 แล้ว โดยในช่วงการจัดทำหนังสือลำดับที่ 4
ได้สะท้อนให้เห็นถึงการเติบโตอย่างเป็นรูปธรรมด้วยการเพิ่ม
สัดส่วนข้อมูลที่เก็บ จาก ร้อยละ 10 เป็น ร้อยละ 15 ของ
ประชากรทั้งหมด โดยมีปัจจัยสนับสนุนสำคัญประการหนึ่ง
จากการที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งมีบทบาทเป็น “เจ้าภาพ
หลัก” ฝ่ายไทยในการจัดทำหนังสือนี้ ได้ขยายจำนวนหน่วย
จัดทำข้อมูลทะเบียนมะเร็งระดับจังหวัดขึ้นในหลายจังหวัด
และได้มีการคัดเลือกจังหวัดที่จัดทำทะเบียนมะเร็งได้ตาม
มาตรฐานเข้าร่วมเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ดังนั้นในการจัดทำหนังสือ Cancer in Thailand
เล่มที่ 2 จำนวนจังหวัดที่นำฐานข้อมูลโรคมะเร็งจึงมีเพิ่มขึ้น
โดยเพิ่มจังหวัดลำปางขึ้นมาจากจังหวัดหนึ่งรวมเป็น 5
จังหวัด ต่อมา ในเล่มที่ 4 ได้เพิ่มเป็น 9 จังหวัด โดยมีน้อง
ใหม่คือ อุตรดิตถ์ นครพนม ระยอง และประจวบคีรีขันธ์
เข้าร่วมไว้ด้วย



อีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างยิ่งที่ทำให้ฐานข้อมูลโรคมะเร็งของประเทศไทยมีความสืบเนื่องและมีพัฒนาการก็คือ การทำงานร่วมกันอย่างเป็น “เครือข่าย” ซึ่งเป็นมิติใหม่ที่ก่อตัวขึ้นหลังกระบวนการจัดทำหนังสือ Cancer in Thailand เล่มที่ 1 โดยหลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำต้นฉบับเสร็จสิ้น คณะทำงานจาก 4 ภูมิภาคก็ยังคงติดต่อกัน มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีวาระการจัดทำหนังสือ Cancer in Thailand ราย 3 ปี ที่ IARC ยังคงให้การสนับสนุนจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังเป็นแรงผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็งในประเทศไทยเกาะเกี่ยวกันเรื่อยมาจนถึงวันนี้ ด้วยเหตุผลที่คุณหมอทัชชา ผู้ซึ่งเป็นที่ปรึกษาหลักที่ร่วมในการจัดทำหนังสือเล่มนี้มาตั้งแต่ฉบับปฐมฤกษ์จนถึงฉบับล่าสุดเล่าว่า

“เพราะว่าตอนที่คำนวณเป็นค่าประมาณของประเทศมันต้องเอาข้อมูลทั้งหมดมารวมกัน ถ้าไม่รวมกันก็จะไม่ได้ข้อมูลของทั้งประเทศ เพราะฉะนั้นต่างคนต่างทำไม่ได้ และถ้าใครมีข้อมูลตกลงไปเราต้องรีบไปช่วย เพราะไม่เช่นนั้นเดี๋ยวจะทำให้ข้อมูลภาพรวมของประเทศผิด”

การมีมาตรฐานให้ยึดถือร่วมกันในการนำเสนอผลงานเช่นนี้ ทำให้ภาคีในเครือข่ายต้องพึ่งพาและเกื้อกูลกันโดยอัตโนมัติ

รศ.นพ.สุรพล เวียงนนท์ กุมารแพทย์แห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ซึ่งร่วมกิจกรรมกับ



รศ.นพ.สุรพล เวียงนนท์ กุมารแพทย์แห่งคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เครือข่ายฯ มานานนับ 10 ปี และมีส่วนสนับสนุนอย่างสำคัญในการร่วมพัฒนาคุณภาพข้อมูลมะเร็ง อธิบายให้เห็นภาพชัดเจนถึงสถานการณ์ปัญหาและความสำคัญของเรื่องนี้ว่า

“ผมเข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายฯ ครั้งแรกเมื่อปี 2543 ตอนนั้นเป็นการประชุมของ International Association of Cancer Registries (IACR) ที่ จังหวัดขอนแก่น แล้วเลยยาวมาจนถึงตอนนี้

“พอเห็นข้อมูลที่ต่างฝ่ายต่างทำส่งมาก็คิดว่า เออ คุณภาพไม่เหมือนกัน ยังไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพราะต่างคนต่างทำ ทำให้เกิดแนวคิดที่จะพัฒนาทะเบียนมะเร็งขึ้นมาแบบเป็นเครือข่าย เพื่อช่วยกันดูเรื่องคุณภาพ ถ้าเราทำไม่ดี ใครเขาจะไปเชื่อถือ



“การลงทะเบียนข้อมูลทั้งหลายต้องทำอย่างมีมาตรฐาน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ซึ่งมีความแตกต่างกันไปในแต่ละส่วน ตัวอย่างเช่น กรณีของมะเร็งตับ หลักฐานการวินิจฉัยเราสามารถยอมรับในลักษณะที่เป็นการทำ imaging การทำ MRI หรืออัลตราซาวด์ แต่สำหรับมะเร็งปากมดลูก ต้องมีผลตรวจชิ้นเนื้อและระยะระยะพัฒนาการของโรคที่ชัดเจน บางกรณีปัญหามาจากคุณภาพในการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วย ถ้าคนไข้มาด้วยอาการต่อมน้ำเหลืองโต หมอเขียนแค่ว่าเป็นมะเร็งระยะแพร่กระจาย ไม่ระบุหลักฐานการวินิจฉัยที่ชัดเจน เวลาเจ้าหน้าที่ทำทะเบียนมะเร็งมาคัดลอก ข้อมูลก็ลงไปตามนั้น ก็เขาไม่ได้ดูคนไข้เองแล้วจะกล้าแก้เป็นอย่างอื่นได้หรือ หรืออย่างมรณบัตร ซึ่งผู้ใหญ่นานเป็น คนลงสาเหตุการตาย เราไม่เคยเชื่อเลยว่าคนอายุน้อยจะเป็นมะเร็งตับ สุดท้ายพอไปหาข้อมูลมา พบว่าเป็นเอดส์ตาย แต่สมัยก่อนสังคมรับไม่ได้ รังเกียจเยาะหยันสุดขีด ก็ทำให้ได้ ข้อมูลที่ไม่จริงมา

“หากข้อมูลแห่งตรงโน้นนิด ตรงนี้หน่อย เรียกว่า ข้อมูลไม่สมบูรณ์ คุณภาพไม่ได้มาตรฐาน เมื่อนำไปรายงาน หรือใช้ในการวางนโยบายเพื่อวางแผนป้องกันรักษาาก็ผิดพลาด ข้อมูลที่ใช้ประโยชน์ได้จริงต้องเป็นข้อมูลที่สะท้อนความเป็นจริง ไม่ใช่ทำแบบมั่วๆ สั่วๆ อย่างกรณีบางพื้นที่ในเขตนิคมอุตสาหกรรมที่ว่ามีมลพิษ ข้อมูลที่จะตอบได้ว่าเกิดผลกระทบจริงหรือไม่ มากแค่ไหนก็คือทะเบียนมะเร็งนี่ละ แต่ต้องไปดูว่าข้อมูลปีต่อปีมากขึ้นหรือเปล่า การบันทึกต้องได้มาตรฐาน

ถูกต้อง และต้องมีการวิเคราะห์สาเหตุด้วย ไม่ใช่รายงานแค่จำนวน หรือการบันทึกขยะ หรือบันทึกประเภทที่ตอบได้ว่าเป็นมะเร็ง แต่ของอะไรไม่รู้ หรือได้แต่จำนวนการตายจากใบมรณบัตรเยอะๆ

“ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต้องให้รายละเอียดสำคัญครบถ้วน เช่น เป็นมะเร็งเต้านม เต้านมซ้าย อยู่ตรงไหนของเต้านม อยู่ในระยะที่มีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองหรือไม่ ผลทางพยาธิสภาพระบุว่า positive estrogen receptor เป็นต้น อย่างนี้เรียกว่าเป็นข้อมูลที่มีคุณภาพ เพราะได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ชัดเจนรอบด้าน”

เหล่านี้คือ ข้อเท็จจริงที่ชี้ให้เห็นว่าขั้นตอนการ “ชำระ” ตัวเลข และวิธีการที่จะทำให้ได้มาซึ่งตัวเลขในฐานะข้อมูลที่มีคุณภาพนั้นเกี่ยวข้องกับผู้เกี่ยวข้องในระบบข้อมูลข่าวสาร สุขภาพมากมายหลายฝ่าย และต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจอย่างมากหากต้องการปฏิรูปให้เกิดการพัฒนา การรวมกลุ่ม แลกเปลี่ยนข้อมูล ประสบการณ์ และความรู้อันร่วมกันจึงช่วยให้เกิดอาการ “ตาสว่าง” และย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขระบบงานได้ไม่มากนัก

ในขั้นต่อมา IARC ได้เพิ่มโจทย์ท้าทายให้อีกรายการหนึ่งและเป็นการยกระดับศักยภาพเครือข่ายให้สูงขึ้น นั่นคือ การเปิดโอกาสให้ประเทศต่างๆ ที่เก็บข้อมูลโรคมะเร็งได้มาตรฐานตามที่กำหนดไว้นำเสนอผลงานวิจัยเข้าลงตีพิมพ์ ในหนังสือ Cancer Incidence in Five Continents ซึ่ง



เป็นหนังสือรายงานสถานการณ์โรคมะเร็งระดับโลกที่ได้รับ
การยอมรับอย่างสูงระดับสากล

กองบรรณาธิการผู้จัดทำหนังสือเล่มนี้จะพิจารณา
ผลงานที่ส่งเข้ามาตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ และประเมิน
ผลงานออกมาเป็นเกรด ผลงานที่ทำได้ถึงคุณภาพระดับที่
กำหนดไว้เท่านั้นที่จะได้ลงตีพิมพ์

“การได้ลงข้อมูลในหนังสือเล่มนี้ต่อให้ไม่มีชื่อตัวเอง
ปรากฏอยู่ แต่มันจะเป็นเครดิต เพราะเล่มนี้เป็นหนังสือ
อ้างอิงระดับโลก เนื่องจากเขามีเกณฑ์คุณภาพ เพราะฉะนั้น
ถ้าได้ลงในนี้แสดงว่าทะเบียนของเรามีคุณภาพ

“ทุกคนก็อยากจะเอาข้อมูลของตนลงในหนังสือเล่มนี้
เพราะฉะนั้นก็ต้องพัฒนาตนเองขึ้นมาจนกระทั่งเอาข้อมูล
ลงได้ มีเล่มหนึ่งที่ทางเชียงใหม่ได้ลง แต่สงขลาไม่ได้ลง พอ
ไม่ได้ลงเราก็บอกว่าเล่มต่อไปเราต้องได้ลง ก็พยายามทำให้
ดีขึ้น แล้วเราก็ได้ลง” คุณหมอหัชชาเล่าย้อนอดีตถึงเรื่องราว
ที่สะท้อนให้เห็นเงื่อนไขหนึ่ง ที่ทำให้การโยงโยงระหว่าง
เครือข่ายสืบเนื่องมายาวนานกว่าสิบปี ขณะเดียวกัน การที่
ข้อมูลโรคมะเร็งของประเทศไทยจากนักวิชาการกลุ่มนี้ได้ลง
ตีพิมพ์ในหนังสือดังกล่าวอย่างสม่ำเสมอ ได้สะท้อนให้เห็น
ด้วยว่า มาตรฐานการรายงานข้อมูลโรคมะเร็งของประเทศไทย
จากหลายหน่วยงานได้มีการพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับใน
ระดับสากล

และนั่นก็เป็นผลมาจากการมีความเป็น “เครือข่าย”
รองรับเป็นพื้นฐานสนับสนุนนั่นเอง

“แต่เดิมข้อมูลของจังหวัดสงขลาเราเองไม่ได้อยู่ใน
หนังสือ *Cancer Incidence in Five Continents* เราก็ได้
พยายามพัฒนาคุณภาพข้อมูลจนได้ลงอย่างที่เรา
จังหวัดหลุดมาตรฐาน เขาก็อยากให้เราเข้าไปช่วยดูว่าทำ
อย่างไรถึงจะตรงคุณภาพตรงนั้นเอาไว้ได้ นำไปสู่การปรับ
เปลี่ยนคน หรืออย่างเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ลงรหัส เมื่อมีปัญหา
เขาก็จะเขียนอีเมลมาหา แม้กระทั่งศิริราช ซึ่งเป็นจุดหนึ่งที่
รายงานข้อมูลกรุงเทพฯ ไปที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติก็อีเมลมา
ถาม เนื่องจากผมสอนวิชาการเกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่ ตรงนี้แหละ
คือตัวอย่างเล็กๆ ที่สะท้อนให้เห็นภาพที่ทำให้เครือข่าย
ทำงานร่วมกันเรื่อยมา”

จากการโยงโยงในระยะแรกเป็นไปโดยธรรมชาติ ต่อ
มา หลังร่วมกันทำหนังสือ *Cancer in Thailand* เล่มที่ 3
เครือข่ายก็ตกลงใจที่จะรวมตัวกันอย่างจริงจังในรูปของ ชมรม
ระบาดวิทยาโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ที่แม้ไม่มีภารกิจ
ทะเบียนเป็นสมาคมอย่างเป็นทางการ แต่ก็มีกิจกรรมการ
พบปะแลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่องเรื่อยมา จากประสบการณ์
การทำงานร่วมกันมานานหลายปี และสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการ
ส่งผลงานลงตีพิมพ์ในหนังสือ *Cancer Incidence in Five
Continents* นักวิชาการกลุ่มนี้จึงเห็นพ้องกันให้มีการกำหนด
มาตรฐานผลงานที่จะนำลงตีพิมพ์ในหนังสือ *Cancer in
Thailand* ในลักษณะเดียวกัน ทำให้เป็นเงื่อนไขในการ “จับ
มือกันเดินไปข้างหน้า” ขึ้นอีกทางหนึ่ง



จนกระทั่ง ประมาณปี 2548 ชมรมแห่งนี้ก็ก้าวมาถึงจุดเปลี่ยนโฉมหน้าอย่างสำคัญอีกครั้งหนึ่ง จากการพึ่งพากันเพื่อนำเสนอภาพรวมร่วมกัน มาสู่การทำงานร่วมกันเพื่อให้เกิดประโยชน์ที่มากกว่าเดิม

"ตอนนั้น คุณหมอฟินิจ ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพในปัจจุบัน) มาเรียนต่อปริญญาเอกที่คณะ ทำให้มีโอกาสได้คุยกันเป็นครั้งคราว ตอนนั้นคุณหมอมองทำวิจัยเรื่องการกระจายของการตายด้วยโรคต่างๆ ในประเทศไทย รวมถึงโรคมะเร็งด้วย ผมก็เลยเล่าให้ฟังว่า เครือข่ายเรามีข้อมูลของอัตราการเป็นโรคมะเร็งอยู่ ซึ่งน่าจะเอามาประสานเข้าด้วยกัน จากจุดนั้นคุณหมอฟินิจเลยชวนให้เสนอโครงการมาที่แผนงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ เพื่อพัฒนาเครือข่ายการทำงานในเรื่องนี้

"ตอนนั้นอย่างที่เล่าไปแล้วว่าเรามีการรวมตัวเป็นชมรมกันอยู่ หลังจากนั้นก็ค่อยๆ ปรับตัวมาเป็นการทำงานแบบเครือข่ายอย่างจริงจัง แต่ที่สำคัญว่านั่นก็คือการปรับมุมมองในการผลิตข้อมูลไปจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

"ที่ผ่านมาในการทำข้อมูลเราไม่ได้คิดอะไรมากมายเรามองจากด้านของผู้ผลิตข้อมูลด้านเดียว พอมาร่วมงานกันคุณหมอฟินิจพยายามกระตุ้นให้เราเปลี่ยนโจทย์มุมมองจากด้านของผู้ใช้ข้อมูลด้วย เพื่อข้อมูลที่เราผลิตขึ้นมาจะได้ถูกนำไปใช้ประโยชน์คุ้มค่า

"ถึงผมเริ่มทำข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งมาตั้งแต่ปี 2532 แต่มานึกย้อนดูก็เรียกได้ว่าเป็นการเริ่มต้นแบบผิวเผิน แล้วค่อยๆ ลึกลงเรื่อยๆ เป็นการเข้าไปเล่นกับตัวสถิติตัวเลขโดยมองแต่จากมุมมองของเราเอง หลังจากนั้น พอเริ่มทำหนังสือ Cancer In Thailand ด้วยกัน เราก็ได้เห็นภาพของคนอื่นบ้าง แต่ก็ยังไม่สะกดติดกับมันเท่าไร จนกระทั่งคุณหมอฟินิจตั้งประเด็นนี้ขึ้นมา ผมก็เลยเห็นภาพชัดขึ้นเลยว่า การที่เครือข่ายเราคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นนั้น มันทำให้เราเห็นว่าบางเรื่องก็เป็นเรื่องเฉพาะของเรา เพราะที่อื่นไม่เป็นแบบเรา ขณะที่บางเรื่องก็เป็นปัญหาเหมือนกัน ซึ่งประเด็นเหล่านี้ทำให้เกิดมุมมองหรือโจทย์ในการวิจัยหรือพัฒนาข้อมูลที่คมชัดและเกิดประโยชน์มากยิ่งขึ้น

"ในความคิดผม นักวิชาการควรจะมาทำงานด้วยกันแบบนี้ เพราะถ้าไม่มาร่วมกันคิด บางทีมันก็ไม่แตกฉานเพราะไม่เห็นมุมมอง หรือข้อมูลในแง่อื่น พอมาทำตรงนี้แล้วเห็นชัดว่าพอเราได้ฟังความเห็นจากหลายๆ คน ทำให้เรามองเห็นภาพที่ชัดเจนและถูกต้องมากขึ้น และพอเราเริ่มมีการจับกลุ่มกันในลักษณะนี้ เครือข่ายก็ค่อยๆ ขยายตัวออกไป มีคนใหม่ๆ ที่เห็นคุณค่าของการแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างข้อมูลที่มีคุณภาพเริ่มเข้ามาเพิ่มขึ้น"

สมาชิกของ เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งไทย (Thai Cancer Information Network - TCIN) ในปี 2552 อันเป็นที่ 5 ของการทำงานร่วมกับสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นอาจารย์คณะ



แพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในจังหวัดที่เป็นหน่วยจัดทำฐานข้อมูลโรคมะเร็ง ได้แก่ เชียงใหม่ ขอนแก่น และสงขลา รวมถึงสถาบันมะเร็งแห่งชาติซึ่งอยู่ในกรุงเทพฯ และมีเครือข่ายย่อยที่เป็นเครือข่ายลูกคือ เครือข่ายทะเบียนมะเร็งไทย (Thai Network of Cancer Registries - TNCR) ได้แก่ หน่วยงานที่ทำทะเบียนมะเร็งประชากรในจังหวัดต่างๆ ซึ่งเป็นเครือข่ายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติประมาณ 30 แห่งทั่วประเทศ รวมทั้ง ราชวิทยาลัยแพทยสาขาต่างๆ หรือกลุ่มนักวิชาการที่สนใจศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งในด้านต่างๆ เช่น โรคมะเร็งในเด็ก มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก เป็นต้น โดยมีคุณหมอหัชชา ทำหน้าที่ประสานทั้งสองเครือข่าย

หากสังเกตดีๆ จะเห็น “ยุทธศาสตร์” สำคัญประการหนึ่งของการขับเคลื่อนงานเครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งไทย นั่นคือ การให้เกียรติหน่วยงานที่มีภารกิจเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยตรง และจัดวางบทบาทเครือข่ายในลักษณะหน่วยงานที่คอยกระตุ้น สนับสนุนให้เกิดการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ด้วยวิธีการทำงานแบบไม่เป็นทางการ

“แนวคิดที่เราเห็นพ้องต้องกันและพัฒนามาเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มต้นก็คือ เราจะไม่อ้างตัวเองว่าเป็นเจ้าของข้อมูลที่มีการเผยแพร่ออกไป เพราะต้องการให้เกียรติหน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่เครือข่าย ดังนั้น ถ้าดูในภาพที่แสดงความเชื่อมโยงระหว่างเครือข่ายเรากับหน่วยงานอื่นๆ ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง เราจะอยู่ส่วนล่างสุด”



รศ.พญ.สายบัว ชี้เจริญ แห่งภาควิชาสูติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

สมาชิกเครือข่ายไม่ได้มาจากการสมัคร แต่มาจากการเจาะจงเชิญเข้าร่วมกิจกรรม อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนเหล่านี้เป็นไปในลักษณะไม่เน้นให้เป็นทางการ เพราะไม่ต้องการให้มีบรรยากาศของการเป็นหน่วยงาน หรือสายบังคับบัญชา แต่ให้เป็นเรื่องของความสมัครใจ

รศ.พญ.สายบัว ชี้เจริญ แห่งภาควิชาสูติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กล่าวถึงสิ่งที่ทำให้เข้าร่วมกิจกรรมกับเครือข่ายมายาวนานหลายปีว่า

“ดิฉันสนใจเรื่องมะเร็งปากมดลูก โดยทำงานในส่วนของ clinician เน้นพื้นที่การทำงานในโรงพยาบาล เราตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงไทย จากประมาณ 18-19 รายต่อประชากรแสนคน ให้ลดลงเหลือน้อยกว่า 10 รายต่อประชากรแสนคน ขณะที่ทาง



เครือข่ายที่คุณหมอบทหาเป็นประธานนี้ให้ความสนใจกับเรื่องทะเบียนมะเร็ง ซึ่งไม่เกี่ยวกับโดยตรงแต่ก็มีส่วนที่คาบเกี่ยวกันอยู่บางส่วน เพราะข้อมูลที่น่ามาแลกเปลี่ยนกันทำให้มองภาพการทำงานในส่วนที่ตัวเองสนใจได้ชัดเจนขึ้น

“ขอบในแง่ที่ว่าได้ไปเห็นอีกในแง่มุมหนึ่ง เห็นความเชี่ยวชาญในด้านหนึ่ง ซึ่งถ้าเราอยู่ในชีวิตประจำวันเราจะไม่เห็น และไม่คอยถูกกระตุ้นให้มองแบบนั้น ได้เห็นว่าเขามาจากหลายภาค ทั่วประเทศเลยนะ เมื่อก่อนนี้อาจเคยคิดทำนองว่าถ้าแข่งกันคิดว่าเราเหนือกว่าแน่ แต่พออยู่ไปอยู่ไป ก็พบว่า เราทำอะไรเขาไม่ได้ เอ๊ะ ทำไมเขามีการศึกษาหรือทำอะไรต่อเนื่อง มีบางด้านที่ดีกว่าเรา มันเป็นการเรียนรู้แบบที่ไม่สามารถจะไปหาได้จากที่ไหน มันต้องไปแชร์อย่างนี้ถึงจะรู้ว่า เออ...ในภูมิภาคอื่นที่เขารับผิดชอบเหมือนๆ เรา เขามีการทำอะไรที่แตกต่างไปจากเรา เขามีผลงานที่ดี ทำไมเราไม่ทำอย่างเขา ทำไมเราไม่มีลงไปในพื้นที่ หรือทำอะไรอย่างนั้นบ้าง เป็นข้อมูลที่มีคุณค่ามากค่ะ มันทำให้เกิดสิ่งที่เรียกว่าแรงบันดาลใจ เพราะเวลาบัณฑิตอยู่กับบัณฑิตมันก็จะเกิดพุทธิปัญญากันทั้งสองฝ่าย (หัวเราะ) นั่นล่ะค่ะคือคำเปรียบเทียบสำหรับการมาอยู่ในเครือข่ายลักษณะแบบนี้”

แม้การรวมตัวเป็นเครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งไทยไม่เน้นความเป็นทางการหรือจัดตั้งขึ้นเป็นสถาบัน แต่เพราะมุ่งที่การทำงานอย่างมีคุณภาพจึงทำให้เป็นที่รู้จักพอสมควรในแวดวงสากล อย่างเช่น **นพ.อาร์. พาลเมอร์ บีสลีย์ (Dr.R. Palmer Beasley)** เจ้าของรางวัลเจ้าฟ้ามหิตล เมื่อ

ปี 2542 ก็สนใจทำโครงการร่วมกับเครือข่ายในการศึกษาสาเหตุการเกิดมะเร็งปอดในผู้หญิงไทย

“พาลเมอร์เข้ามาสนใจทำวิจัยกับทางเครือข่ายฯ เมื่อเกือบ 2 ปีที่แล้ว เขายกมือว่าไม่รู้จักใครมาก่อน เพราะเราไม่มีเว็บไซต์ภาษาอังกฤษ จากนั้นเขาก็หาจนกระทั่งมาเจอเครือข่ายเรา หลังจากนั้นเขาก็ยังกลับมาหาเราอีกด้วยอีกโครงการหนึ่ง เพราะเขาเชื่อว่าเราสามารถทำโครงการวิจัยนี้ได้ เขายกมือว่าเขาไม่รู้หรอกนะว่าเขาจะหาทุนนี้ได้หรือเปล่า ขณะที่ผมเองก็นึกเหมือนกันว่าเราจะทำได้หรือเปล่า และสุดท้ายเราจะทำได้ทำหรือเปล่าผมก็ไม่แน่ใจ แต่ว่าสิ่งหนึ่งที่รู้แน่ๆ ก็คือ เครือข่ายเราได้เชื่อมโยงกับนักวิจัยที่มีความสามารถระดับนี้ เขายกมือว่าในเอเชียทั้งหมดมีแต่ประเทศไทยเท่านั้นที่ทำได้ เพราะเราเกาะกลุ่มกันเป็นเครือข่ายได้ และเขาเชื่อในเครือข่ายของเรา เราเสนอให้ทำวิจัยแบบ multi center เพราะฉะนั้นทุกคนในเครือข่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วม แต่เราไม่ได้นำเสนอผลในนามเครือข่าย แต่ระบุชื่อกลุ่มของทะเบียนมะเร็งเป็นผู้จัดทำผลงาน ตอนที่เรตอบรับกลับไปเขาก็ถามกลับมาว่าทำไมตอบรับเร็ว ผมก็ตอบกลับไปว่า เพราะเรามีแนวคิดที่จะทำวิจัยร่วมกันอยู่แล้ว ทำให้ตัดสินใจได้เร็วมาก”

กิจกรรมที่เครือข่ายให้ความสำคัญก็คือ การมาร่วมนัดประชุมพบปะกันอย่างสม่ำเสมอประมาณเดือนละ 1 ครั้ง โดยใช้เวลา 1-2 วัน ทั้งเพื่อ “อัปเดต” สถานการณ์ข่าวคราวความเป็นไปของแต่ละฝ่าย ตลอดจนความเคลื่อนไหวใน



แวดวงวิชาการสถานการณ์ข้อมูลโรคมะเร็ง ขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับงาน และใช้โอกาสดียวกันนี้ในการทำงานวิจัยบางชิ้นร่วมกัน โดยยังคงจับเรื่องของฐานข้อมูลทะเบียนมะเร็งเป็นประเด็นหลัก เพราะจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งได้ทดลองประชุมผู้เกี่ยวข้องจากหลายหน่วยงาน โดยตั้งประเด็นอื่นๆ พบว่ายากที่จะประสานความสนใจเข้าด้วยกันได้ จึงเลือกใช้ประเด็นกลางๆ ที่ทุกคนมีส่วนร่วมและนำไปใช้ประโยชน์ในงานของแต่ละคนได้

เรื่องของการสร้างระบบจัดเก็บข้อมูลนั้นเป็นส่วนที่ก้าวผ่านมาแล้ว ขณะนี้ จุดเน้นหนักในการแสวงหาความร่วมมือจากเครือข่ายก็คือ การพัฒนาคุณภาพข้อมูลให้มีความน่าเชื่อถือพอที่จะนำไปใช้เป็นฐานสำหรับการคาดการณ์สถานการณ์ในอนาคต 5-10 ปี ข้างหน้าได้แม่นยำ

ตัวอย่างหนึ่งก็คือเรื่องของสถานการณ์โรคมะเร็งตับ ซึ่งข้อมูลในปี 2543 ยังอยู่ในระดับต่ำไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ปรากฏว่าต่อมากลับเพิ่มสูงขึ้นจนดูแปลกตา

“นักศึกษาปริญญาโทของเราวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อศึกษาแนวโน้มโรคมะเร็งตับที่สงขลา พบว่า สงขลาเรามีการฉีดวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี มาตั้งแต่ปี 2535 เมื่อถึงปี 2543 เด็กๆ กลุ่มนี้น่าจะอายุราวๆ 15 ปี ถ้าวรอไปนานกว่านั้นเขาจะไม่ใช่เป็นมะเร็ง แต่เมื่อตัวเลขกลับเพิ่มขึ้น ก็น่าสงสัยว่าเกิดอะไรขึ้น เลยเอาข้อมูลนี้ส่งให้อาจารย์ธาดา (ศ.นพ.ธาดา ยิบอินซอย) อาจารย์ธาดาก็ตั้งคำถาม เพราะอาจารย์เก่งเรื่อง

ตั้งคำถาม อาจารย์ธาดาบอกว่า วิธีวินิจฉัยโรคนี้เปลี่ยนไปหรือไม่ ผมก็นำมมนี้มาวิเคราะห์ต่อ ปรากฏว่าวิธีวินิจฉัยเปลี่ยนจริงๆ โดยในช่วงปีหลังเริ่มใช้การเจาะเลือดวินิจฉัย ซึ่งเป็นวิธีที่มีความไว (sensitivity) มาก ก็พบว่าตัวเลขผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งตัวเลขสูงขึ้นมากทั้งผู้ชายและผู้หญิง

“แต่ที่มันแปลกกว่านั้น เนื่องจากมะเร็งตับมี 2 ชนิดคือ มะเร็งของเซลล์ตับ และมะเร็งของท่อน้ำดีตับ มะเร็งของท่อน้ำดีตับนั้นมันเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตลอดตั้งแต่ต้นแล้ว ซึ่งเราเห็นแต่แรกแล้วว่ามันเพิ่มขึ้น แต่สิ่งที่เราไม่คิดคือ มะเร็งของเซลล์ตับมันเพิ่มขึ้นด้วย ผมก็อยากจะดูจากที่อื่นๆ ด้วย ก็เลยส่งข้อมูลการคำนวณนี้ไปให้เครือข่ายในที่ต่างๆ แล้วสร้างแผนภูมิออกมาดูร่วมกันและช่วยกันวิเคราะห์ โดยใช้เวทีการประชุมเครือข่ายมานั่งคุยกันว่า สถานการณ์ในแต่ละแห่งมีภาพเดียวกันนี้หรือเปล่า ถ้าไม่มีจะอย่างไร”

นั่นคือกรณีตัวอย่างหนึ่งที่ชี้ให้เห็นคุณค่าของการมีเครือข่ายในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ทั้งการตรวจสอบสถิติที่มีอยู่ และการทำความเข้าใจกับเหตุปัจจัยก่อโรค ตลอดจนรู้ทันความเปลี่ยนแปลงว่า มะเร็งอะไรที่ “มาแรง” โดยไม่สายเกินการณ์

อีกกรณีหนึ่งก็คือ สถานการณ์โรคมะเร็งปอด ที่เกิดกับผู้หญิงในเอเชีย ซึ่งเป็นความร่วมมือกับ นพ.ปีสลีย์ ดังที่ได้เกริ่นในตอนต้นของบทนี้

“นพ.ปีสลีย์ มีคำถามว่า ทำไมผู้หญิงถึงเป็นมะเร็งปอดมากกว่าที่คาดไว้ ซึ่งเป็นการคำนวณจากสาเหตุการสูบบุหรี่



บุหรี โดยเขาคำนวณอัตราการสูบบุหรี่ในผู้หญิงของทุกประเทศในเอเชีย แล้วพบว่า ถ้าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้หญิงอยู่ในระดับนี้ มะเร็งปอดควรจะมิต่างนี้ แต่ในอัตราจริงมันสูงกว่านั้นหลายเท่า เขาก็เลยตั้งใจคิดว่าทำไม ส่วนเกินนั้นมาจากไหน อะไรเป็นสาเหตุของส่วนเกินอันนั้น

“เขาสนใจถามเรื่องนี้ขึ้นมา แล้วเราก็กำลังเจอปัญหานี้พอดีว่า ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปอดที่เราวิจัยเองก็ดูมีปัญหาที่ผ่านๆ มา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) พยายามให้คนไทยลดการสูบบุหรี่ แต่ถึงลดอย่างไร มะเร็งปอดก็ไม่ลดลง มีแต่จะเพิ่มขึ้น เพราะมะเร็งปอดมี 2 ชนิด คือ squamous cell carcinoma กับ adenocarcinoma ตอนนี้ squamous cell carcinoma ซึ่งเกิดจากการสูบบุหรี่ ลดลงมาและนิ่งอยู่ในระดับหนึ่งแล้ว แต่ adenocarcinoma เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพราะฉะนั้นต่อไปนี่การที่จะพูดว่าเพื่อจะลดมะเร็งปอดให้เลิกสูบบุหรี่นั้นจะมีปัญหาแล้ว เพราะมะเร็งปอดมีหลายชนิด การรณรงค์ไม่ให้สูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ไม่สามารถครอบคลุมสาเหตุทั้งหมดได้ ถึงลดบุหรีลง มันก็ลงไม่ได้อีกแล้ว แล้วต้องทำอะไรมันถึงจะลงได้ ก็ต้องให้ความสนใจต่อการค้นหาสาเหตุและทำงานเชิงป้องกันในเรื่องอื่นๆ ควบคู่ไปด้วย

“เมื่อพบกับ นพ.บีสลีย์ เราก็เลยคุยกัน คิดว่าน่าจะใช้เวลาอีกประมาณ 5 ปี ถึงจะได้คำตอบ ตอนนี้ที่วางแผนไว้คือ จะขอทุนจาก NIH (National Institutes of Health) ที่สหรัฐอเมริกา และจะขอทุนภายในประเทศด้วย”

กรณีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับบุหรี การณ์การเกิดโรคนี้นักหญิงไทย ก็เป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่ต่อองอาศัยการทำงานเป็นทีมระหว่างเครือข่ายวิจัยไบรติสนาอันยุ่งเหยิงได้

“เรื่องมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจคัดกรองนี่ก็เป็นอีกเรื่องหนึ่งที่สำคัญ เพราะสิ่งที่เราพบในประเทศอื่นมันเป็นอย่างหนึ่ง แต่ที่พบในประเทศไทยเป็นอีกอย่างหนึ่ง ในประเทศทางแถบนอร์ดิก (ตอนเหนือของทวีปยุโรป) เวลาเขาทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุก เขาจะพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ยิ่งหามากขึ้นก็จะพบเพิ่มขึ้น เนื่องจากเขาตรวจได้ค่อนข้างครอบคลุม คือ ประมาณ ร้อยละ 80 ของประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผลการวิจัยก็จะพบตัวเลขในลักษณะเพิ่มขึ้นแล้วจากนั้นก็ลดลงเรื่อยๆ ทุกประเทศในนอร์ดิกจะเป็นแบบนี้โดยใช้เวลาประมาณ 7-10 ปี สิ่งที่เราคาดตอนแรกตั้งไว้ว่า มะเร็งจะลดลงภายใน 5 ปีหลังการตรวจคัดกรองอย่างจริงจัง แต่ข้อมูลของนอร์ดิกที่เราวิจัยชี้ให้เห็นว่าต้องใช้เวลา 7-10 ปีเป็นอย่างน้อย

“ส่วนสถิติของทางอังกฤษ เขาตรวจคัดกรองได้ครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 60 พอๆ กับเรา ตัวเลขเขาขึ้นนิดหน่อยเท่านั้นเอง และใช้เวลานานมากทีเดียวกว่าจะลง แต่สุดท้ายก็ลง ใช้เวลาประมาณ 15 ปี

“แล้วของไทยเราเป็นอย่างไร ของไทยแปลกไปกว่านั้น ดูเฉพาะที่สงขลาอย่างเดียว เราตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกอย่างจริงจังในปี 2545 ปรากฏว่าแนวโน้มการ



พบผู้ป่วยไม่ขึ้นเลย คำถามคือมันเกิดอะไรขึ้น ผู้เชี่ยวชาญจาก IARC ชื่อ นพ.สังขะ (R.Sankaranarayanan) วิเคราะห์ว่า เรามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยความสมัครใจ มานานแล้ว เช่น การตรวจหลังคลอด เพราะฉะนั้นคนที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งหนึ่งในชีวิตมีมากกว่าที่นักวิจัยของเราเคยคิดถึง เครือข่ายเราไม่เคยคิดประเด็นนี้มาก่อน ผมเดาว่าถ้ามีการตรวจหลังคลอดทุกราย จำนวนผู้ที่เคยผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจจะเพิ่มขึ้นไปถึง ร้อยละ 70-80 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงแล้วก็ได้ เพราะฉะนั้นเท่ากับเราผ่านตรงนี้มานานแล้ว อย่างไรก็ตาม นี่เป็นแค่สมมุติฐาน ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเรื่องนี้มาช่วยดูรูปแบบ

“ถ้าเป็นอย่างนั้นจริง เราต้องกลับมาคิดใหม่เลยว่า มันจะเกิดอะไรขึ้น เมื่อเราเข้าใจเงื่อนไขของเราได้ถ่องแท้ จึงนำมาสู่การคิดสูตรคำนวณเพื่อคาดการณ์แนวโน้มอนาคตที่เที่ยงตรงตามบริบทของประเทศเรา ชั้นแรกเราต้องการข้อมูลที่ยืนยันจากของแต่ละภาคว่า แนวโน้มที่พบที่ จังหวัดสงขลา เป็นสิ่งที่พบในภาคอื่นด้วยหรือเปล่า นี่เป็นภาพรวมของประเทศหรือเป็นแค่เฉพาะที่ หลังจากนั้น ก็ต้องไปหาข้อมูลด้านอื่นๆ เข้ามาประกอบให้เกิดความเข้าใจชัดเจน”

จากกรณีทั้ง 3 นี้จะเห็นภาพชัดเจนว่า ลำพังการรวบรวมสถิติตัวเลขให้ครอบคลุมประชากร หรือสามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศได้ และทำด้วยวิธีการที่ถูกต้องได้มาตรฐาน ซึ่งก็นับว่าเป็นสิ่งที่ยากเย็นและต้องใช้เวลามากแล้ว ยังถือเป็นแค่ “ก้าวแรก” ของการสร้างองค์ความรู้

เพราะตัวเลขเหล่านั้นจะมีความหมายและเกิดประโยชน์ได้ก็ต่อเมื่อผ่านการตรวจสอบ วิเคราะห์ และตีความให้เกิดความเข้าใจ ด้วยธรรมชาติของโรคมะเร็งนั้นเป็นโรคเรื้อรัง ที่ก่อตัวขึ้นในระยะเวลาอันยาวนาน เกี่ยวเนื่องกับเงื่อนไขปัจจัยจำนวนมาก ทั้งธรรมชาติแห่งพันธุกรรมระดับบุคคล และเผ่าพันธุ์ ร่วมกับปัจจัยภายนอก เช่น อาหาร วิถีการดำเนินชีวิต และสภาพแวดล้อม ฉะนั้น การ “ลากเส้น” เพื่อให้คำอธิบายว่าอะไรคือสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดมะเร็งแต่ละชนิด และสิ่งผลักดันให้พบมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละสถานที่และช่วงเวลา จึงเป็นเรื่องสลับซับซ้อนเกินกว่าจะขีดได้ด้วยเส้นเดียวเดียวๆ

ในเมื่อกำหนดวิสัยทัศน์ไว้สูงและไกลถึงขั้นของการทำให้ฐานข้อมูลโรคมะเร็งของประเทศไทยเป็นสถิติตัวเลขมีชีวิต และมี “แสงสว่างในตัวเอง” อย่างเข้มข้นจนสามารถส่องชี้ให้เห็นแนวทางแก้ไขป้องกันที่มีประสิทธิภาพได้จริง จึงมีงานก้าวต่อไปซึ่งเป็นงานขั้น “หิน” รออยู่ เพราะต้องอาศัยศาสตร์หลายด้านประกอบกัน และรอบรู้ถึงข้อเท็จจริงมากมายที่เกิดขึ้นในแวดวงสาธารณสุขและวิถีชีวิตของประชาชน และความเป็นไปในสังคมแต่ละยุค

และด้วยวิสัยทัศน์เช่นนี้เองที่ทำให้ก่อเกิดและเกาะเกี่ยว “เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งในประเทศไทย” เอาไว้จนถึงวันนี้ และยังคงก้าวต่อไปข้างหน้าอย่างมีชีวิตชีวา





4

กว่าจะเห็นเป็น "เครือข่าย"

มีรูปภาพที่ค่อยๆ
ก่อเกิดในระหว่างการทำงาน
แบบช่วยเหลือเกื้อกูล
และมีเป้าหมายร่วมกันเป็นระยะๆ
คือแรงเหวี่ยงนำอย่างสำคัญ

ในยุคปัจจุบัน “เครือข่าย”
ดูเป็นเหมือนขั้นตอนภาคบังคับในการทำงาน
พัฒนางานเรื่องต่างๆ
แต่แอดวานซ์คนทำงานที่หวังเห็นคุณภาพ
และความมั่งคั่งอย่างแท้จริงรู้ดีว่า
การก่อตัวและดำรงอยู่ของเครือข่ายที่มีชีวิตชีวา
นั้นไม่ใช่เรื่องที่เกิดขึ้นได้เองล้วนๆ
แต่ต้องอาศัยการบริหารจัดการ
ด้วยความเข้าใจต่อธรรมชาติของการรวมกลุ่ม
ในลักษณะเช่นนี้อยู่พอดี

อายุอานามของเครือข่ายข้อมูลโรคมะเร็ง ที่ก่อ
ตัวอย่างไม่เป็นทางการเมื่อประมาณสองทศวรรษก่อน และ
ยังเติบโตเรื่อยมาจนถึงวันนี้นับได้มากกว่า 20 ปี พร้อมกับ
ผลิตผลงานที่มีคุณภาพที่อาศัย “จุดแข็ง” ของความเป็น
เครือข่าย นั่นคือ โอกาสในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ และ
ช่วยเหลือเกื้อกูล เป็นองค์ประกอบสนับสนุนสำคัญ เป็น
บทพิสูจน์ถึงความสามารถในการบริหารจัดการด้านนี้ได้
อย่างน่าสนใจ

ในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และเรียกได้ว่าเป็นหนึ่งใน
ตัวตั้งตัวตีสำคัญในการก่อรูปและผลักดันให้เครือข่ายข้อมูล
โรคมะเร็งก้าวมาจนถึงวันนี้ คุณหมอหทัยวีเคราะห์ถึงเงื่อนไข
ปัจจัยต่างๆ ที่ผ่านการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ซึ่งเริ่ม
ต้นตั้งแต่ระดับศูนย์ ในการทำงานวิจัยแบบ “เป็นเครือข่าย”

เงื่อนไขสำคัญประการแรก ก็คือ การพบปะแลกเปลี่ยนกันอย่างสม่ำเสมอ โดยมีงานบางชิ้นที่ต้องทำร่วมกัน
และเป็นงานที่เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายได้พัฒนาศักยภาพไป
พร้อมๆ กับสามารถนำไปใช้ในงานประจำได้ เป็นเงื่อนไขที่
ทำให้พยายามหาโอกาสมาพบกันจนได้



การมี “ผู้สนับสนุน” อย่าง IARC และสำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ ที่ตระหนักถึง “พลังทวีคูณ” ที่จะเกิดขึ้นจากการรวมพลังความคิดจากหน่วยย่อยเข้าด้วยกัน อีกทั้งเข้าใจถึงข้อเท็จจริงที่ว่า การมีโอกาสพบปะแลกเปลี่ยนอย่างสม่ำเสมอคือพื้นฐานสำคัญที่ทำให้พลังแห่งความร่วมมือค่อยๆ ก่อเกิด ทำให้การประชุมเครือข่ายเกิดได้อย่างต่อเนื่อง และกลายเป็นกิจกรรมหลักที่ยึดโยงความสัมพันธ์ให้ดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ ไม่ใช่การมุ่งเฉพาะกิจกรรมที่ทำให้ได้แต่ผลงานเฉพาะหน้า

คุณหมอหัชชาคิดว่าเรื่องของงานล้วนๆ ไม่ใช่กุญแจสำคัญเพียงดอกเดียวที่ทำให้กิจกรรมการประชุมรายเดือนดำเนินต่อเนื่องมายาวนานหลายปี โดยได้รับการตอบรับเข้าร่วมประชุมจากสมาชิกเครือข่ายอย่างอุ้นหนาฝาคั่งเสมอ แต่เรื่องของมิตรภาพที่ค่อยๆ ก่อเกิดในระหว่างการทำงานแบบช่วยเหลือเกื้อกูลและมีเป้าหมายร่วมกันเป็นระยะๆ คือแรงเหนี่ยวนำอย่างสำคัญ

“อย่างหนึ่งที่ทำให้เราค่อนข้างสนิทกัน คือ เราเคยทำโครงการหนึ่งร่วมกัน ตอนนั้น ทางสถาบันทันตกรรม ต้องการทำสถิติในเรื่องของมะเร็งในช่องปาก เรามีการประชุมกันในวันหยุดเหมือนที่ทำกันทุกวันนี้ี่ละ ในกลุ่มนักวิชาการที่มาประชุมมีคุณหมอคนหนึ่ง ชื่อ**คุณหมอกนกวรรณ (ทพญ. กนกวรรณ นิสกุลธรร)** แก่เป็นคนที่คุยสนุก พวกเราก็เลยสนุกสนานกันมาก พอประชุมวันหยุดมันจะได้บรรยากาศ

เป็นอีกแบบหนึ่ง ไม่เหมือนประชุมกันอย่างเป็นทางการ กลายเป็นแรงดึงดูดให้พวกเราอยากมาประชุมด้วยกัน

“พอมารวมตัวเป็นเครือข่ายกันชัดเจนในระยะหลัง บางครั้งเราจัดประชุมต่างจังหวัด เพื่อที่จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ส่วนตัวกันด้วย พอรู้จักกัน พูดอะไรมันจะร่วมมือร่วมใจกันง่ายขึ้น บางทีไปประชุมต่างจังหวัด อาจารย์ที่เป็นเจ้าภาพก็พาไปดูกล้วยไม้ เกิดเป็นความสนใจร่วมกัน ทำให้มีเรื่องแลกเปลี่ยนกันมากขึ้น พอมีความสนิทส่วนตัวกันแบบนี้แล้ว เมื่อใครได้รับการติดต่อหรือทราบข่าวคราวอะไรก็จะนำเรื่องนั้นเข้ามาหารือกัน ช่วยกันตกลงหน่อยสิว่าจะทำอย่างไรดี บางครั้งก็เป็นเรื่องที่ต้องตกลงในฐานะตัวแทนระดับประเทศ”

คุณหมอเผยว่า ระเบียบวาระการประชุมแต่ละครั้งจำเป็นต้องจัดอย่างหลวมๆ เพราะคำนึงถึงธรรมชาติแห่งวิชาชีพของผู้เข้าร่วม ที่ต่างก็มีงานรัดตัว และมีเรื่องที่ยากแลกเปลี่ยนกันมากมาย

“การประชุมนี้เราถือเป็นเรื่องใหญ่ โดยปกติ ประมาณครึ่งแรกของวันในตอนเช้าจะเป็นเรื่องไม่เป็นทางการ คุยกันสนุกสนานเลยว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง หลังจากนั้น ประมาณสัก 10 โมงเช้า หลังเบรกแล้ว เราถึงจะเริ่มเข้าเรื่อง แต่ค่อนข้างเป็นเรื่องที่ไม่หนักก่อน เรื่องหนักๆ เอาไว้คุยในตอนหลัง

“ปัจจัยหลักอยู่ตรงที่ว่า แต่ละคนทำงานหลายอย่าง ทำให้ไม่สามารถจดจ่อกับงานใดงานหนึ่งอย่างเดียวยังได้ ส่วนใหญ่สมาชิกเครือข่ายเราเป็นอาจารย์แพทย์ ซึ่งมีงานยุ่ง



มาก ตอนแรกเราประชุมกันวันธรรมดา แต่ว่างไม่ตรงกัน
นัดไม่ได้ เราก็เลยเปลี่ยนมาประชุมวันเสาร์-อาทิตย์ ทีนี้พอ
ประชุมวันเสาร์-อาทิตย์บ่อยๆ ก็กลายเป็นว่าทำงานกัน
7 วัน ไม่มีวันหยุด ก็มีปัญหาอีก บางทีก็เลยต้องไปประชุม
ต่างจังหวัด เพื่อให้ได้งานด้วย ได้พักผ่อนไปพร้อมกันด้วย

“ด้วยความที่แต่ละคนงานยุ่งอย่างนี้ สมมุติประชุม
กันครวก่อนแล้วตกลงกันว่า ครวหน้าต้องทำการบ้านเรื่องนี้
มา แล้วมาประชุมกันต่อนะ ในความเป็นจริงก็มักทำไม่ได้
ไม่มีใครส่งการบ้าน ก็เลยใช้วิธีว่าเราจะเว้นช่วงบ่ายของวัน
หนึ่งไว้ ให้ทุกคนได้นั่งทำงาน เสร็จแล้ววันรุ่งขึ้นตอนเช้าก็ส่ง
งาน คือให้ทำตรงนั้นในที่ประชุมเลย แล้วตอนเช้าก็มา
รายงาน”

การจัดวางกิจกรรมการประชุมให้เป็นกระบวนการ
พบปะสังสรรค์เรื่องจรรวรอบด้าน ทั้งชีวิตและงานเดินคู่กันไป
เช่นนี้ได้กระชับสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเครือข่าย ไปสู่
ความร่วมมือในการพัฒนางานในด้านใหม่ๆ โดยอัตโนมัติ

“ต้องทำให้เกิดความเป็นเพื่อนกัน พอเป็นเพื่อนกัน
แล้ว มันก็คุยกันง่ายขึ้น มันไม่เหมือนเป็นการเอาตัวแทนของ
หน่วยงานมาคุยกัน ซึ่งมันจะมีกำแพงขวางกัน ผมรู้สึกว่าคุณ
คุยกันในแบบของตัวเองแทนจากหน่วยงานทุกคนก็เยี่ยม “ถอด
หมวก” ของตัวเองออก มันคุยยาก เพราะแต่ละคนก็จะเอา
ผลประโยชน์ของหน่วยงานเป็นที่ตั้ง ซึ่งบางทีมันขัดกัน แย่ง
กัน แย่งกัน แต่ตรงนี้พอเป็นเพื่อนกันมันก็ไม่ต้องแข่งกัน เรา
ช่วยกัน”

นอกจากความเป็นเพื่อน ทักษะในการทำงานวิชาการ
แบบเปิดกว้าง ไม่รีบสรุปตามความเห็นของตนถือเป็นอีกสิ่ง
หนึ่งที่ดึงดูดนักวิชาการกลุ่มหนึ่งเข้ามาทำงานร่วมกันแบบ
เครือข่าย

“บุคลิกอีกส่วนหนึ่งที่จะทำให้สามารถที่จะประสาน
คนอื่นได้ คือ ต้องช่างถาม แล้วพยายามหาคำตอบแต่ว่าไม่
สรุป เพราะถ้าสรุปแล้วมันจบ มันไม่มีคำถามต่อ มันต้อง
ถามไปเรื่อยๆ แล้วมันจะเกิดอะไรใหม่ๆ ต่อไปเรื่อยๆ ถ้า
เราสรุปแล้วมันจบเลย มันตัดตอนเลย อันนี้ก็เป็นอันหนึ่งที่มี
ความสำคัญมากสำหรับเครือข่ายวิชาการ ถ้าใครที่ชอบสรุป
จะทำงานวิชาการไม่ได้ ต้องเป็นนักบริหาร (หัวเราะ)”

อีกปัจจัยหนึ่งที่คุณหมอหัชชามองเห็นว่ามี ความ
สำคัญ และพยายามรักษาไว้มาโดยตลอดก็คือ ทำให้
บรรยากาศการรวมตัวไม่เป็นแบบทางการ

“สมมุติถ้าเกิดว่าผมเริ่มมาจากอะไรที่ผมไม่รู้จักใคร
เลย แล้วจะต้องไปสร้างเครือข่ายกับคนโน้นคนนี้ เพราะเขา
อยู่ในหน่วยงานนั้นหน่วยงานนี้ ผมว่า เครือข่ายแบบนี้เดิน
หน้าต่อไปได้ยาก เพราะมันจะกลายเป็นรูปแบบการติดต่อ
กันระหว่างหน่วยงานกับหน่วยงาน ไม่ใช่ส่วนตัวกับส่วนตัว
พอเป็นแบบหน่วยงานแล้วมันก็จะมีการกั้นอย่างที่ว่า คุย
กันไปสักพักก็งวด

“แน่นอนว่า ในการที่เราจะผลักดันงานหรือข้อมูล
ออกไปให้เกิดประโยชน์ เช่น เป็นนโยบายต่างๆ ที่มีผลต่อ
คนจำนวนมาก ก็จำเป็นต้องชักชวนบางคนจากหน่วยงานที่



เกี่ยวข้องกับเข้ามาช่วยรับทราบและประชุมกับเรา ในกรณีแบบนี้ก็ต้องเลือกคนที่รู้จัก หรือดูคนที่ถูกใจกันก่อน นั่นคือจุดเริ่มต้น เมื่อเข้าใจกันแล้ว เขาเห็นความสำคัญและอยากให้งานเกิดขึ้นเหมือนกับเราแล้ว หลังจากนั้นเขาจะช่วยเชื่อมต่อคนที่เหมาะสมกับการผลักดันเรื่องนั้นมาให้กับเราที่ตัวเอง”

การที่ให้ความสำคัญกับความถูกใจ รู้ใจกันเป็นอันดับแรก เป็นเพราะมองว่า นี่คือธรรมชาติพื้นฐานของพลังในการขับเคลื่อนงานผ่านเครือข่าย ซึ่งเป็นการรวมตัวแบบไม่เป็นทางการ ไม่มีโครงสร้างบทบาทหน้าที่หรือสายบังคับบัญชารองรับอย่างเป็นทางการให้ถึงจุดหมาย

“ผมว่าเครือข่ายถ้าจะให้พัฒนาไปได้มันต้องมีความเป็นส่วนร่วมกันก่อน ไม่อย่างนั้นมันไปไม่รอด พอเกิดอุปสรรคทุกคนก็เสียกำลังใจกันหมด แล้วก็เลิกกันไป แต่ถ้าเป็นเพื่อนกันมาก่อนแล้ว เราจะต้องสู้ด้วยกัน มีแรงฮึดช่วยกัน”

ในฐานะสมาชิกต่อเนื่องผู้หนึ่งของเครือข่ายนี้ คุณหมอสายบัว ร่วมวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้เครือข่ายฯ เติบโตมาจนถึงวันนี้ว่ามาจาก 3 ส่วน ได้แก่ การบริหารจัดการที่ดี ภูมิหลังของผู้เข้าร่วม และได้รับแรงสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

“สองเรื่องแรกถือว่าสำคัญที่สุด ในเรื่องของการบริหารจัดการนั้นก็คือ การทำให้เครือข่ายมีชีวิตด้วยการติดต่อสื่อสารกันอย่างต่อเนื่อง แค่นายไปสัก 2-3 สัปดาห์คนก็เริ่มคิดแล้วว่าทำอะไรจะอยู่ต่อไม่ได้ ถ้าถึงเดือน หรือยาวไปครึ่งปีขาดการติดต่อกันไปเลยแบบนี้ตายสนิทค่ะ นอกจากนี้ยังต้องมีการบริหารให้ทุกฝ่ายรู้สึกว่ายังได้ประโยชน์จากการมา

รวมกลุ่มกัน ในกรณีเครือข่ายนี้ประโยชน์ที่สำคัญก็คือเรื่องการทำงานได้ผลดีขึ้น

“เรื่องที่สองคือผู้เข้าร่วมนั้น คือ ต้องมีความสนใจหรือ “อิน” เหมือนๆ กัน ถ้าสมมุติมาเพราะว่าเจ้านายบังคับ เพราะเห็นว่า เออๆ ต้องร่วมกับเขาหน่อย หรือมาเพราะเกรงใจอย่างนี้ไม่อยู่ยาวหรอกค่ะ และถ้าอยู่ก็เป็นภาวะด้วยค่ะ เพราะจะตัดก็ไม่ได้ มันก็ต้องหู่ซื่อๆ กันไป หัวใจก็คือว่าเขามาเพราะมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน หรือถ้าไม่ได้มาเพราะจุดมุ่งหมายเดียวกัน แต่มีผลประโยชน์ในเรื่องเดียวกัน อันนี้มันก็พออยู่ได้นะ แต่ว่ามันก็อยู่แบบที่ว่าเมื่อไหร่ที่ประโยชน์นั้นหมดไปเขาอาจจะไปทำเรื่องอื่น ซึ่งก็ไม่แปลกเลยนะคะเรื่องแบบนี้ แต่ถ้ามาเพราะความศรัทธา มันเป็นเรื่องที่ลึกซึ้งกว่าและทำให้เครือข่ายนั้นทำงานประสบความสำเร็จ

“จำนวนสมาชิกที่กระตือรือร้นและมีความสามารถสูงเหมือนถ้าเปรียบเป็นนักฟุตบอลก็อยู่พรีเมียร์ลีก ก็สำคัญมาก ดิฉันคิดว่าต้องมีคนประเภทนี้อยู่ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 ของสมาชิกเครือข่าย ก็น่าจะเป็นสัดส่วนขั้นต่ำที่ทำให้เครือข่ายเดินหน้าไปได้

“สุดท้ายคือ การมีผู้สนับสนุนที่ดี เครือข่ายจะดำรงอยู่ได้ต้องมีผู้สนับสนุนมาร่วลงทุน เพราะเขาเห็นความสำคัญว่าทำแล้วจะเกิดประโยชน์อะไร จึงไว้ใจ สนับสนุนให้เราทำงาน”

และในฐานะที่รับบทบาทเป็นผู้บริหารเครือข่ายมานานหลายปี คุณหมอหัชชา ค้นพบว่า บทบาทของผู้ที่เป็นแกนเครือข่ายก็เป็นเงื่อนไขกำหนดทิศทางที่สำคัญด้วย



“ผมว่าหลายๆ คนในเครือข่ายยอมให้ผมเป็นประธานก็เพราะบุคลิกที่ผมเป็นคนประนีประนอม และไม่สนใจเรื่องการเลื่อนยศ เลื่อนตำแหน่ง เป็นศาสตราจารย์เป็นอะไร เอาไว้ทีหลัง ไม่ต้องไปคิดว่าจะได้อะไรจากการทำงานแบบนี้ พอมีโครงการอะไรมากก็ถามกันว่าใครจะรับอันนี้ ใครจะรับอันนั้น ไม่ได้เอาไว้ก่อน แต่เสร็จแล้วเขาก็มักบอกว่าให้ผมรับไปเถอะ เพราะดูแล้วผมน่าจะใช้เวลาทำมากกว่าคนอื่น สุดท้ายก็รับมาเองเยอะเยาะ เพราะคนอื่นเขาไม่มีเวลา” คุณหมอล่าพลางหัวเราะพลาง

“อีกเรื่องหนึ่งที่ผมคิดว่ามันมีความสำคัญในการทำงานกับเครือข่าย แต่มันค่อนข้างยาก คือต้องรู้จักนิสัยของแต่ละคนที่เป็นสมาชิก ผมเองก็ค่อนข้างไวกับเรื่องนี้ เวลานั่งประชุมกันผมจะดูิริยาท่าทางแล้วก็สรุปออกมาเป็นบุคลิกของแต่ละคน ใครเป็นอย่างไรมผมจะเก็บข้อมูลของแต่ละคนแล้วก็จะมาบอกน้องๆ ที่เป็นผู้ประสานงานเครือข่ายว่า คนนี้เขาเป็นอย่างนั้นะ อย่าทำแบบนี้แบบนี้กับเขา เพราะบางทีมันเป็นจุดที่อ่อนไหวสำหรับแต่ละคน ถือเป็นเรื่องสำคัญมากในการทำงานด้วยกันระยะยาวแบบนี้”

และประเด็นสำคัญที่น่าจะเป็น “จุดสลับ” ของการทำงานเครือข่ายมาแล้วไม่น้อยก็คือ การกำหนดเป้าหมายให้พอดี พอเหมาะกับศักยภาพ และความพร้อมของสมาชิก ซึ่งต่างก็มีงานประจำล้นมือกันอยู่แล้ว

“แกนนำเครือข่ายต้องไม่วางตัวใหญ่เกินไปถึงขั้นบอกให้ใครทำอะไร เมื่อไหร่ ถึงแม้ผมจะเป็นประธานผมก็ไม่

สามารถที่จะบอกว่ามันจะต้องเป็นอย่างนั้นอย่างนี้ได้ ต้องฟังเสียงคนอื่น ทำได้ไม่ได้ก็มาคุยกัน บางทีเราระดมสมองก่อนคิดได้ใหญ่โตเลย เสร็จแล้วมาดูว่าทำได้จริงหรือเปล่า ถ้าทำไม่ได้เราก็เก็บไว้หลังๆ สุดท้ายมันก็ตกไปเอง ลืมไปเอง เพราะบางอย่างมันน่าทำนะครับ แต่มันทำไม่ได้ ยังไม่ถึงเวลาที่ควรทำ ไม่มีการสนับสนุน หรือไม่มีอะไรแล้วแต่เราไม่มีคน ไม่มีกำลังพอ มันก็ต้องตกไป แต่เราก็ไม่ปิดกั้นความคิด

“ตอนที่อาจารย์ธาดาขอให้ตั้งเครือข่ายขึ้นขึ้นมา ผมบอกอาจารย์ว่าอย่าเพิ่งหวังอะไร ภายใน 5 ปี อาจารย์ต้องหวังเป็น 10 ปี ผมก็บอกอาจารย์ไปตรงๆ อย่างนั้น แต่แกก็จะทวงผลงานทุก 6 เดือน ผมก็ไม่มีตัวสถิติให้ เพราะไม่มีตัวหาร 6 เดือนให้ ตัวหารพอเป็นสถิติที่เป็นอุปบัติการณ์มันจะเป็นต่อปี ตัวหารของเราคือประชากรต่อปี พออาจารย์ถาม 6 เดือน ผมไม่รู้จะหารยังไง ผมก็ต้องต่อรองกับอาจารย์บอกว่า 6 เดือน มันทำไม่ได้หรอกนะอาจารย์ 10 ปีได้ไหม (หัวเราะ) อาจารย์ก็หัวเราะ มันก็ต้องยอมละ

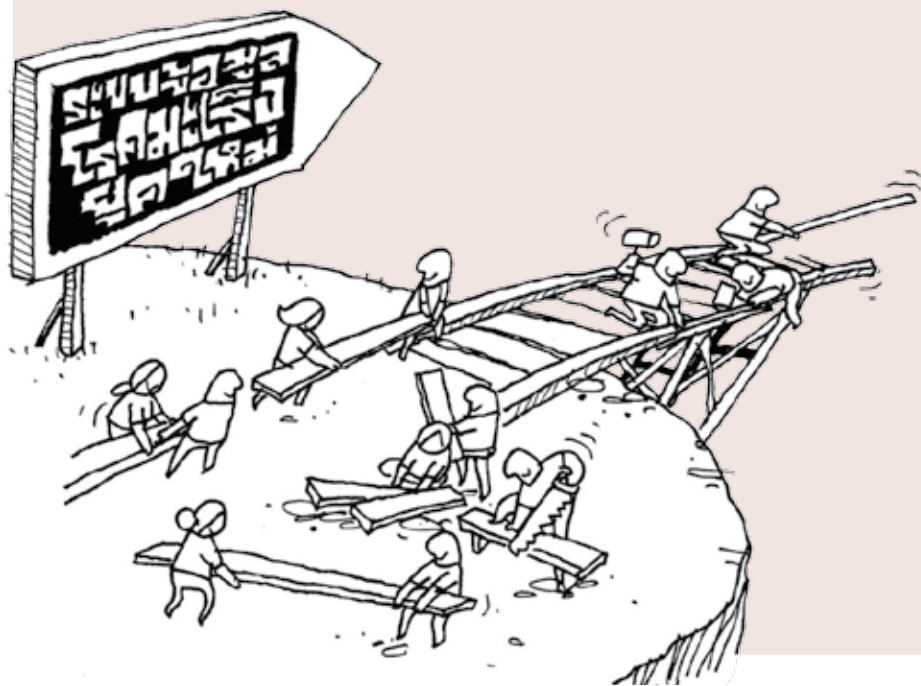
“เพราะว่าเราทำงานแบบเครือข่าย ทุกคนเท่าเทียมกัน แต่ถึงอย่างนั้น ผลงานของเราก็มีออกมาพอสมควร”

แม้อาจไม่รวดเร็วดังใจหลายๆ คน แต่ทุกผลงานคือความภูมิใจ เพราะทำบนหัวใจของความเป็นเครือข่ายที่เนื้องานมีคุณภาพจาก “กระบวนการมีส่วนร่วม” เหนือสิ่งอื่นใด



5 วันนี้ และ พรุ่งนี้

สำหรับก้าวต่อไป
เครือข่ายฯ ยังมีความสนใจ
เดินทางในอีกหลายตำบล



ในปี 2553 เครือข่ายข้อมูลมะเร็ง
ของประเทศไทยก้าวสู่ทศวรรษที่สามแล้ว
นอกจากการเติบโตทางด้านทักษะ
ความรู้ ความคิด
มองเห็นความท้าทายจากการแก้ไขภัยมากมาย
เพื่อไขตัวเลขสถิติจากฐานข้อมูล
ให้เกิดความกระจ่าง ยังมีสิ่งที่ยังองงามขึ้นจาก
ความร่วมมือและสัมพันธ์ภาพ
ที่ผ่านมามากหลายด้าน
ที่กำลังจะเผยแพร่ในปีก็คือ
หนังสือสถานการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย
ซึ่งเป็นงานในลักษณะนี้เล่มแรกของบ้านเรา
โดยเป็นการนำข้อมูลสถิติตั้งแต่ยุคอดีต
จนกระทั่งถึงปี 2543 (ค.ศ. 2000)
และใช้ข้อมูลนี้คาดการณ์ไปข้างหน้าว่า
มันจะเกิดอะไรขึ้น พร้อมข้อเสนอแนะ
ในเชิงวิจัยและนโยบาย

ความองงามอีกด้านหนึ่งก็คือ การเปิดฐาน
ข้อมูลของสมาชิกเครือข่ายแต่ละฝ่ายให้เข้าไปศึกษาร่วมกัน
ได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูล และมีนักวิจัยรุ่นใหม่ ซึ่งเป็น
นักศึกษาหลักสูตรปริญญาโทและเอกของคณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เข้าไปช่วยสนับสนุนการพัฒนานี้
พร้อมไปกับการทำวิจัยและวิทยานิพนธ์ของตนเอง ซึ่งจุดนี้
คุณหมอหัชชา ถือว่าเป็นตัวชี้วัดความก้าวหน้าของเครือข่า
ยในด้านหนึ่ง

“การนำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกันอย่างที่ผ่านมา ถือว่า
เป็นสิ่งที่เราต้องทำร่วมกันอยู่แล้ว แต่ว่าสิ่งที่ไม่เคยเกิดมา
ก่อนและเพิ่งมาเกิดขึ้นก็คือ ทุกคนยอมรับว่าจะต้องใช้หลัก
เกณฑ์ในการประเมินคุณภาพ (protocol) เดียวกัน แล้วก็
ยอมรับให้นักศึกษาที่ทำอยู่นี้เข้าไปศึกษาหรือสนับสนุนให้
เกิดสิ่งนี้ ซึ่งหมายถึงว่า ยินยอมให้นักศึกษาเข้าไปดูข้อมูล
และวิเคราะห์ข้อมูลของแต่ละฝ่าย เท่ากับสมาชิกยอมรับใน
ความมีอยู่ของเครือข่ายอื่นนี้ นี่คือนี่สิ่งหนึ่งที่ผมเห็นแล้วรู้สึก
ว่าเป็นเรื่องที่ดีมาก ๆ ถือได้ว่าเป็นความสำเร็จอีกขั้นหนึ่งของ



เครือข่ายเราเลย เพราะเรากำลังเล่นอยู่กับระบบข้อมูล เพราะฉะนั้นถ้าเครือข่ายนี้ พอวางแผนจะศึกษาเรื่องอะไร ร่วมกันแล้วไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลของสมาชิกได้ก็ต้องเกิด ปัญหาแน่นอน”

คุณหมอสายบัว สมาชิกคนหนึ่ง เครือข่ายก็มองว่า เรื่องนี้สะท้อนการไต่ระดับความแน่นแฟ้นของเครือข่ายด้วย เช่นกัน

“การรวมตัวเป็นเครือข่ายนั้น การมาพบปะ แลกเปลี่ยน ข้อมูลกันถือว่าเป็นกิจกรรมหรือความร่วมมือระดับพื้นฐาน ที่สุด ถ้าไปที่ระดับสูงขึ้นก็คือ การแลกเปลี่ยนทรัพยากรเพื่อ ไปสู่วัตถุประสงค์ด้วยกัน ระดับสูงสุดก็คือว่า ทุกอย่างเราจะ มาแชร์กันหมด และจะเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมือนกัน เพื่อ จุดมุ่งหมายเดียวกัน”

สำหรับก้าวต่อไป เครือข่ายฯ ยังมีความสนใจเดินหน้า ในอีกหลายด้าน

ด้านแรกคือ พัฒนาการจัดทำข้อมูลให้รายงาน สถานการณ์เห็นภาพมิติต่างๆ เกี่ยวกับโรคมะเร็งที่เกิดกับ ประชากรไทยได้สมบูรณ์ขึ้น

ในด้านของข้อมูล นอกจากการพัฒนาด้านคุณภาพ ตัวเลขทางสถิติที่รวบรวมให้มีความถูกต้อง และสะท้อน สถานการณ์โรคมะเร็งในแต่ละด้าน ตั้งแต่ระดับภาคจนถึง ระดับประเทศได้ชัดเจนแล้ว การพัฒนาอีกด้านหนึ่งก็คือ การพัฒนาระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงให้เห็นภาพผู้ป่วยใน ระดับบุคคลได้ว่า เขามีเส้นทางอย่างไร

“ปัจจุบันเราจับข้อมูลคนไข้ได้ในระดับพื้นที่ แต่เมื่อ เขาย้ายไปรักษาที่อื่น เช่น ที่กรุงเทพฯ เราขาดข้อมูลในส่วน นั้น หากสามารถเชื่อมต่อภาพเช่นนี้ได้ จะเกิดประโยชน์ต่อ การวางแผนบริหารบริการและทรัพยากรในระบบสาธารณสุข ด้านนี้ได้ชัดเจนขึ้น และทำให้ข้อมูลของเราเห็นภาพครบถ้วน มากขึ้นว่าเขามีความเป็นอยู่อย่างไร ได้รับการรักษาถึงที่สุด เช่นไร”

อีกด้านหนึ่งที่หวังจะพัฒนาต่อ แม้ที่ผ่านมายังไม่เกิด ความชัดเจนก็คือ การมีเครือข่ายย่อยๆ ของนักวิชาการที่ สนใจในประเด็นเฉพาะร่วมกัน

“ตอนแรกที่เราคิดนะครับ เราจะมีเครือข่ายกลางที่เป็น เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งของไทย และมีเครือข่ายย่อยๆ เป็นแบบเครือข่ายลูก เช่น เครือข่ายทะเบียน มะเร็ง กลุ่มที่สนใจด้านนโยบาย กลุ่มที่สนใจเฉพาะโรค เช่น มะเร็งปากมดลูกก็มาคุยกัน ก็คุยกันเจาะลึกลงไปในเรื่อง นั้นๆ เลย มันถึงจะเอาคนที่สนใจในเรื่องเดียวกันมานั่งคุย กันได้ ฯลฯ

“เราคาดหวังว่า การได้แลกเปลี่ยนในเรื่องเล็กๆ จะ นำไปสู่โจทย์การวิจัย และการวิจัยที่เป็นประโยชน์จริงๆ อย่าง ในต่างประเทศ เช่น ทะเบียนมะเร็งของแถบสแกนดิเนเวีย ทุกประเทศจะเป็นหน่วยงานที่ขนาดใหญ่มาก คนทำงาน ทะเบียนเป็นร้อยคน ในขณะที่หนึ่งหน่วยทะเบียนของเรามี คน 3-4 คนเท่านั้นเอง กลายเป็นสถาบันที่ต้องฝึกฝนคนขึ้น มา ในประเทศพวกนั้นเขาจะมีการสร้างคนจนถึงระดับ



ปัญญาโทจนถึงเอกจำนวนมากในปีหนึ่งๆ เพราะฉะนั้นเขาจะต้องพยายามสร้างผลงานออกมาจากทะเบียน ประเด็นจุดเล็กจุดน้อยเขาทำหมด วันนี้เราไปไม่ถึงขั้นนั้น แต่คิดว่าต้องทำให้ได้”

ประธานเครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งแห่งประเทศไทย ตั้งความหวังถึงภาพอนาคต

อีกด้านหนึ่ง ก็คือ การนำความรู้ความเชี่ยวชาญที่สะสมยาวนานไปใช้ในระดับสากล

“พอมาถึงจุดหนึ่งเราก็เริ่มคิดว่าเราต้องเป็นที่พึ่งให้กับต่างชาติแล้วนะ เพราะว่าเขาก็มาหาเราอยู่ทุกปี ทำไปทำมาตอนนี้ ประเทศไทยเป็นเหมือนศูนย์กลางของประเทศอื่นๆ ที่อยู่รอบข้าง เขาหวังจะพึ่งเรา แม้มีประเทศอื่นในเอเชีย เช่น ญี่ปุ่น เกาหลี ที่ทำทะเบียนได้ดี แต่ว่าบางประเทศ อย่างเช่น อินโดนีเซีย ภูฏาน เขายกมาให้ไปทำถึงระดับนั้นเขาทำไม่ได้หรอก เอาแค่ของไทยเป็นต้นแบบก็พอที่ผ่านมา เราได้ช่วยสร้างคนที่ทำงานด้านนี้ให้แก่ประเทศร่วมภูมิภาค ประเทศหนึ่งที่เรามีส่วนเกี่ยวข้องมากก็คือ ภูฏาน ซึ่งมีสวัสดิการสังคมด้านสาธารณสุขที่ดีมาก ทางเครือข่ายเรา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง นักวิชาการของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้ช่วยภูฏานพัฒนาระบบทะเบียนมะเร็งขึ้นมา และมีนักศึกษาจากที่นั่นมาเรียนกับเราในระดับปริญญาโทและเอกเป็นระยะๆ

“อย่างไรก็ตาม ถ้าเราจะให้ประเทศเพื่อนบ้านอื่นๆ พึ่งพาได้ เราเองก็ต้องเป็นที่ยอมรับของนานาชาติด้วย และ

ต้องพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง ไม่เช่นนั้นต่อไปเขาก็ทันเราหมด แล้วเราก็ไม่ไปถึงไหนสักที เมื่อปีที่แล้ว (พ.ศ. 2552) เราเลยคุยกับนักวิชาการหลายๆ ประเทศว่า เราน่าจะสร้างเครือข่ายระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขึ้น เพราะมีปัจจัยร่วมกันหลายด้าน ทั้งด้านลักษณะโรคและความต้องการใช้ข้อมูล ทำให้คุยกันได้ง่าย

“ความร่วมมือในการวิจัยร่วมกับต่างประเทศเราก็ต้องทำ เพื่อให้เขายอมรับในศักยภาพของประเทศไทย ผลงานที่กำลังจะเผยแพร่เร็วๆ นี้ เราส่งไปที่ The Lancet เป็นเรื่องอัตราการรอดชีพในประเทศกำลังพัฒนา เป็นการศึกษาร่วมกับ IARC โครงการอีกเรื่องหนึ่งเป็นการวางแผนการวิจัยร่วมกับ นพ.บีสลีย์ ปีที่แล้วเขามาคุยกับเราว่า อยากให้นักศึกษาของเขามาฝึกงานอยู่กับเครือข่ายเราในประเทศไทย เขาเห็นว่าเรามีเครือข่ายไปทั่วเอเชีย เลยบอกว่าอยากจะให้คนอเมริกันออกมาเห็นโลกบ้างว่าคนอื่นเขาทำอะไรกันอยู่ (หัวเราะ)”

เรื่องของการพัฒนาคุณภาพทะเบียนมะเร็ง ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อเนื้องก็ยังเป็นมิติสำคัญที่ต้องพัฒนา

คุณหมอสุรพล ผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเรื่องนี้ให้แก่เครือข่ายเห็นว่า เรื่องคุณภาพข้อมูลโรคมะเร็งยังเป็นปัญหาทุกระดับ ที่ผ่านมาเครือข่ายได้พยายามยกระดับมาตรฐานการบันทึกข้อมูลไประดับหนึ่ง แต่หากมีแรงหนุนเสริมในลักษณะของกฎหมายเพื่อการควบคุมโรคนี้นขึ้นมา



เป็นการเฉพาะ อย่างที่หลายประเทศ เช่น ไต้หวัน ฯลฯ จัดทำขึ้นมาแล้ว และมีข้อกำหนดเรื่องมาตรฐานและบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ในการจัดทำและรายงานทะเบียนมะเร็งอย่างมีคุณภาพ และมีแนวปฏิบัติโดยเคารพต่อสิทธิผู้ป่วยชัดเจน ตลอดจนมีหน่วยกำกับดูแลเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์อย่างทั่วถึงทั้งประเทศ จะทำให้ระบบข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งในประเทศไทยมีการพัฒนาอย่างเป็นระบบ และสนับสนุนให้เครือข่ายสามารถทำงานต่อยอดข้อมูลสู่การวิจัยในประเด็นสำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ต่างประเทศ พอเขามีกฎหมายมะเร็ง Cancer Act เกิดขึ้น สถานพยาบาลทุกแห่งก็มีหน้าที่รายงานเข้ามา ถ้าไม่ทำก็ไม่ผ่านการประเมิน (accredit) และเมื่อเป็นมาตรฐานบังคับเช่นนี้ก็เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายยอมรับการพัฒนาคุณภาพข้อมูลไปในตัว ทำให้ได้ฐานข้อมูลหรือทะเบียนมะเร็งที่สมบูรณ์ในภาพรวม”

อีกด้านหนึ่ง ซึ่งนับว่าท้าทายอย่างยิ่ง ก็คือ การเป็นหน่วยที่ขับเคลื่อนให้เกิดวงจร “สร้าง” และ “ใช้” ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งที่ตอบสนองความต้องการของสังคมไทยอย่างแท้จริง

“คำถามที่ว่า เครือข่ายจะสร้างข้อมูลอะไรในอนาคต คงไม่ค่อยสำคัญเท่ากับการไปถามคนที่จะนำข้อมูลไปใช้ ให้เขาตอบว่าเขาต้องการข้อมูลอะไร ต้องวิเคราะห์ดูว่าผู้เกี่ยวข้อง (stakeholder) พวกนี้คือใคร อย่างดิฉันเองที่ทำงาน clinician หรือราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ก็มีประเด็นที่อยากรู้ ระดมออก

มาให้หมดแล้วเอามาคุยกัน ขณะเดียวกันก็ต้องถามคนที่ทำข้อมูลว่าเขายังมีอะไรต้องทำ ฉะนั้นก็ต้องมีการพูดคุยกัน ดิฉันคิดว่าทุกวันนี้การแก้ปัญหาเรื่องต่างๆ อยู่ที่การมาแลกเปลี่ยน สนทนากัน คุยกัน ไม่ใช่แค่ครั้งเดียว แต่ต้องคุยกันไปจนกระทั่งได้ข้อสรุป เพื่อหาจุดที่จะมาเจอกัน ตอบความต้องการของกันและกัน เปรียบไปก็เหมือนการนัดพบแรงงาน แต่เป็นตลาดด้านการวิจัย” คุณหมอสายบัว หนึ่งในสมาชิกเครือข่ายให้ทัศนะแบบอารมณ์ดี

สิ่งท้าทายที่รออยู่ข้างหน้าเหล่านี้อาจเป็นเรื่องราวหน้าต่อไปในบทบันทึกพัฒนาการ “เครือข่ายข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งประเทศไทย” ในอนาคต



