

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนเอกสารรายงานวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลอู่เม่า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ทั้งจากหนังสือวิชาการ วารสาร อินเทอร์เน็ต และเอกสารรายงานวิจัยต่างๆ ได้สรุปเนื้อหาและเรียบเรียงนำเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. สถานการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
2. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. แรงสนับสนุนทางสังคม
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

สำนักวิจัยมะเร็งนานาชาติ (IARC : International Agency for Research a Cancer) รายงานว่าอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสตรีไทย เท่ากับ 23.5 ต่อ ประชากรสตรี 100,000 คน (ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก, 2550) พ.ศ. 2543 ข้อมูลสถิติจากสำนักงานวิจัยนานาชาติ ได้รายงาน ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 รายหรือประมาณครึ่งหนึ่งซึ่งถ้าคิดเป็นวันแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกวันละเกือบ 9รายอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 10.79 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน สูงกว่าอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากการคลอดลูกซึ่งเท่ากับ 6.5 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยมารับบริการรายใหม่ที่ศูนย์มะเร็งอุดรธานีทั้ง 19 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือปี2551 พบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง 1,054 ราย มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด คือจำนวน 219 ราย ร้อยละ 20.8 ถ้าจำแนกตามช่วงอายุที่พบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือช่วงอายุ 50 - 54 ปี จำนวน 42 ราย ร้อยละ 19.2 และเริ่มมีการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในช่วงอายุ 25 – 29 ปี จำนวน 2 ราย ร้อยละ 0.9 ส่วนมากพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 ร้อยละ 39.7 ซึ่งเป็นระยะที่มะเร็งได้ลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และผนังช่องคลอดส่วนบน (ศูนย์มะเร็งอุดรธานี, 2552)

สำหรับข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2552 มีสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 11,499 ราย จากสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 29,941 ราย คิดเป็นร้อยละ 38.4 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 31 ราย จากการอ่านผลทางเซลล์วิทยาทั้งหมด 7,149 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.43 แยกเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง จำนวน 29 ราย ระยะเป็นมะเร็ง จำนวน 2 ราย (กัลยา คงยังยืน, 2552)

ข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัยบ้านโคกศรี ตำบลอุ่มเม่า อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2552 พบว่ากลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ 35 - 60 ปี ทั้งหมด 873 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 149 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.1 เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย และได้เสียชีวิตซึ่งผู้ป่วยมารับการตรวจคัดกรองเมื่อเชื่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้ลุกลามไปมากแล้ว

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในสตรีไทยทั้งๆ ที่มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ เพราะหลังจากได้รับ เชื้อ Human papilloma virus (HPV) มีระยะเวลาในการเกิดโรคประมาณ 10-15 ปี ปากมดลูกที่ปกติ จึงจะเปลี่ยนเป็นความผิดปกติที่ปากมดลูก และเป็นมะเร็งปากมดลูกในที่สุด การค้นหาสตรี ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็ง จึงเป็นแนวทางที่ดีที่สุดและให้ผลคุ้มค่าซึ่งประเทศไทยได้นำเอาวิธีการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา (Pap smear) มาทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีไทยมากกว่า 40 ปี แต่ความครอบคลุมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีเพียงประมาณ 10 % ของสตรีกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น จากรายงานสถานะสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ.2543 มีสตรีไทยเกือบ ร้อยละ 60 ยังไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากลักษณะทางสังคม และวัฒนธรรมไทยโดยเฉพาะในชนบท ที่สตรีจำนวนมากรู้สึกอายที่จะมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(สุนัยอนามัยที่ 9 พิษณุโลก, 2550)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ได้ตั้งเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2553 คือสตรีที่มีอายุ 30-60 ปีหรือเกิดปีพ.ศ.2493-2523 จำนวนทั้งหมด 183,173 ราย โดยทีมแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่ละอำเภอแต่งตั้งคณะทำงานการวางแผนสุขภาพระดับอำเภอ เคลื่อนที่ออกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในพื้นที่เขตรับผิดชอบ โดยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาก่อนที่โรคละลุกลาม ข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ ในปี 2552 พบว่าสตรีอายุ 35 - 60 ปี เป้าหมายทั้งหมด 8,467 ราย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2,644 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.2 ผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 3 ราย แยกเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง จำนวน 2 ราย ระยะเป็นมะเร็งจำนวน 1 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอยางตลาด, 2552)

ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ(Silva IT, Griep RH& Rotenberg L, 2009) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐในนครริโอ เดอจาเนโร ประเทศบราซิล พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านวัตถุสิ่งของสนับสนุนการปฏิบัติงาน ด้านอารมณ์ ด้านความรัก ด้านปฏิสัมพันธ์เชิงบวกต่อสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริกาญจน์ ชิวเรืองโรจน์ (2549) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอบางพลี จังหวัดนครพนม พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีสัดส่วนของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวทางการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านการประเมินผล ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ ไปประยุกต์ใช้หาสาเหตุที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเป็นการวางแผนป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยส่งเสริมให้สตรีได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

มะเร็ง คือ เนื้อร้ายภายในร่างกายที่เจริญเติบโตขึ้นโดยปราศจากการควบคุม

ปากมดลูก คือ อวัยวะในร่างกายสตรี เป็นส่วนหนึ่งของมดลูก อยู่ในช่องคลอดมีหน้าที่ ป้องกันสิ่งแปลกปลอมภายนอกร่างกายและเป็นทางผ่านของสิ่งคัดหลั่งจากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นเนื้อร้ายที่เกิดขึ้นบริเวณปากมดลูก สามารถแพร่ขยายลุกลามและกดเบียด อวัยวะใกล้เคียงมดลูกภายในอุ้งเชิงกราน และสามารถกระจายไปยัง ปอด ตับ ลำไส้ หรือสมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะเหล่านั้น ตามมาได้

1. **สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก** สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งยังไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุที่สำคัญเท่าที่วิทยาการระบาดทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบันคือการติดเชื้อฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส หรือเชื้อเอชพีวี บริเวณอวัยวะเพศโดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก จากการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 22 ประเทศ จำนวนมากกว่า 1,000 ราย รวมทั้งจากประเทศไทยด้วย โดยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) พบว่าตรวจพบ ดีเอ็นเอ ของเชื้อไวรัสชนิดนี้สูงถึงร้อยละ 99.7 ชิ้นเนื้อของผู้ป่วย 2 รายที่ตรวจไม่พบเอชพีวี ดีเอ็นเอ อาจจะไม่ได้เกิดจากเชื้อเอชพีวี จริงๆ หรืออาจจะเป็นเพราะไวรัสแปรรูป ลำดับเอชพีวี ดีเอ็นเอ เปลี่ยนไป หรือมีระดับเอชพีวีต่ำ มากจึงทำให้ตรวจไม่พบเอชพีวี ดีเอ็นเอด้วยวิธี PCR ซึ่งเป็นวิธีที่มีความไวสูงมาก จาก

หลักฐานดังกล่าวจึงสรุปได้ว่าเอชพีวีเป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของมะเร็งปากมดลูกเป็นเพียงปัจจัยทำให้ปากมดลูกที่มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีมากขึ้นหรือง่ายขึ้น เช่น การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อยเป็นต้น ปัจจัยนอกจากนี้อาจเป็นเพียงปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยร่วมที่ทำให้ติดเชื้อเอชพีวีคืบหน้าหรือดำเนินโรคต่อไปจนเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าเชื้อไวรัส HPV เป็นสาเหตุที่ชักนำให้ปากมดลูกเกิดความผิดปกติกลายเป็นมะเร็ง โดยเชื้อไวรัส HPV นี้เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดหูดหงอนไก่ และเมื่อสตรีได้รับเชื้อไวรัส HPV มาจากการมีเพศสัมพันธ์ เชื้อชนิดนี้จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมภายในเซลล์ปากมดลูก จนกลไกการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ถูกกระตุ้นขึ้น ตามมาด้วยการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ซึ่งไม่อาจหยุดยั้งได้ของเซลล์นี้ออก

2. ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง

- 2.1.1 การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น
- 2.1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้จะมีแนวโน้มต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี
- 2.1.3 การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 - 3 เท่า
- 2.1.4 มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน
- 2.1.5 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ ถ้านานกว่า 5 ปี และ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่า และ 2.5 เท่า ตามลำดับ
- 2.1.6 ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน

2.2 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย เนื่องจากระดับของการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ จึงกล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวี (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีและเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชายได้แก่

- 2.2.1 สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาต
- 2.2.2 สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 2.2.3 ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.2.4 ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย

2.2.5 ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน

2.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายหรือเร็วขึ้นได้แก่

2.3.1 การสูบบุหรี่

2.3.2 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ และการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน

2.3.3 สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

ส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศ มีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์จึงอาจกล่าวได้ว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวีอยู่แล้ว (ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อเอชพีวี) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชพีวี และเป็นมะเร็งได้ในภายหลัง อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชพีวีจากผู้ชายที่เป็นพาหะของเชื้อเอชพีวีไปสู่คู่นอนโดยการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวสูงถึง ร้อยละ 50-65 การติดเชื้อเอชพีวีไม่ได้ทำให้สตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกราย มีเพียงร้อยละ 1 เท่านั้นที่ปรากฏอาการของหูดหงอนไก่ซึ่งมองเห็นด้วยตาเปล่าร้อยละ 4 ตรวจพบว่ามี การติดเชื้อเอชพีวีโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาและการตรวจทางคอลโปสโกปี แต่ไม่ปรากฏอาการและร้อยละ 10 ตรวจพบ ดีเอ็นเอ ของเอชพีวี ในเซลล์ที่หลุดออกมาจากอวัยวะเพศ

3. อาการของโรคมะเร็งปากมดลูกอาการของมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติและตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจจะพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้แก่

3.1 การตกเลือดทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 - 90

ของผู้ป่วยที่มีอาการ ลักษณะเลือดที่ออกอาจจะเป็น

3.1.1 เลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน

3.1.2 เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์

3.1.3 มีน้ำออกปนเลือด

3.1.4 ตกขาวปนเลือด

3.1.5 เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน

3.2 อาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น ได้แก่

3.2.1 ขาบวม

3.2.2 ปวดหลังรุนแรง ปวดก้นกบและต้นขา

3.2.3 ปัสสาวะเป็นเลือด



3.2.4 ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

3.3 ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ

3.3.1 ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อเมือกปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า “แปปสเมียร์”

3.3.2 ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ/หรือผนังช่องคลอดส่วนบน

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกรานและ/หรือผนังช่องคลอดส่วนล่างหรือกดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมขึ้น

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้หรืออวัยวะอื่นๆ

4. การวินิจฉัยมะเร็งเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) วิธีการวินิจฉัยมะเร็งเร็งปากมดลูกได้แก่

4.1 การตรวจภายใน พบก้อนมะเร็งเร็งปากมดลูกชัดเจน ต้องตรวจยืนยันโดยการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

4.2 การตรวจทางเซลล์วิทยา หรือ แปปสเมียร์ ตรวจพบเซลล์มะเร็งเร็งซึ่งต้องสืบค้นต่อโดยการตรวจภายในและการตรวจด้วยกล้องขยาย เพื่อตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

4.3 การตรวจด้วยกล้องขยาย หรือคอลโปสโคป ร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา

4.4 การตรวจอื่นๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งเร็งปากมดลูก ได้แก่

4.4.1 การขูดภายในปากมดลูก

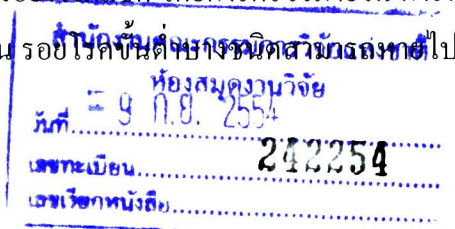
4.4.2 การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

4.4.3 การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

5. การรักษามะเร็งเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) วิธีการรักษามะเร็งเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของมะเร็งเร็งปากมดลูก ความต้องการธำรงภาวะเจริญพันธุ์ และโรคทางนรีเวชที่เป็นร่วมด้วย แบ่งวิธีการรักษามะเร็งเร็งปากมดลูกตามระยะของมะเร็งเร็งได้ดังนี้

5.1 ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม รักษาได้หลายวิธีได้แก่

5.1.1 การตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด โดยการตรวจภายใน การทำแปปสเมียร์ และการตรวจด้วยกล้องขยาย ทุก 4 - 6 เดือน รอยโรคขั้นต้นบางชนิดสามารถหายไปเองภายใน 1 - 2



ปี ภายหลังการตัดเนื้อออกตรวจ

5.1.2 การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

5.1.3 การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น

5.1.4 การจี้ด้วยเลเซอร์

5.1.5 การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

รอยโรคในระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายได้โดยไม่จำเป็นต้องตัดมดลูกออก เพราะมีผลการรักษาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

5.2 ระยะลุกลาม การเลือกวิธีรักษาร่วมกับโรคประจำตัวของผู้ป่วย ระยะของมะเร็ง และความพร้อมของโรงพยาบาลหรือแพทย์ผู้ดูแลรักษา

5.2.1 ระยะที่ 1 และระยะที่ 2 บางราย รักษาโดยการตัดมดลูกออกแบบกว้าง ร่วมกับการเลาะต่อมน้ำเหลืองเชิงกรานออก

5.2.2 ระยะที่ 2 ถึง ระยะที่ 4 รักษาโดยการฉายรังสีร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด

6. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) การป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

6.1 การป้องกันปฐมภูมิ คือการป้องกันโดยหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ การป้องกันปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูกได้แก่

6.1.1 การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน

6.1.1.1 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย

6.1.1.2 การคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัย

6.1.1.3 การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อ

เอชพีวี

6.1.1.4 การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย

6.1.1.5 การงดสูบบุหรี่

6.2 การป้องกันทุติยภูมิ คือการค้นหามะเร็งเริ่มแรกซึ่งสามารถรักษาได้ผลดี สำหรับมะเร็งปากมดลูกคือการตรวจคัดกรองโรคโดยการทดสอบแปบสเมียร์ (Pap smear) เพื่อหามะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง อย่างน้อยทุก 5 ปี ถ้าเป็นไปได้สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคน ควรตรวจทุก 1-2 ปี หากผลปกติ 2-3 ครั้งก็สามารถเว้นระยะห่างออกไปได้ (มงคล เบญจาทิบาล, 2548) 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ไม่มีประจำเดือนแล้วให้มาได้ตามสะดวก

6.3 การป้องกันติดยกม คือการรักษาโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายตามท้องคการอนามัยโลก กำหนดไว้เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง มีชีวิตที่ดีอย่างยืนยาว มีคุณภาพที่ดีขึ้น

การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกควรจะใช้หลายวิธีร่วมกันทั้งการป้องกันปฐมภูมิและการป้องกันทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่การรณรงค์ให้มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการทดสอบแปปสเมียร์ อย่างจริงจังและต่อเนื่อง และให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สง่า ไชยนา, 2547)

1. วิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจเพื่อวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะก่อนระยะลุกลามซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าจำเป็นต้องอาศัยวิธีที่ละเอียดรอบคอบและได้ผลการตรวจที่ชัดเจนการตรวจที่นิยมใช้ (สง่า ไชยนา, 2547) วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1.1 การทำแปปสเมียร์ (Papaicolaou smear : Pap smear) ปากมดลูกเป็นอวัยวะที่ตรวจได้ง่าย ไม่เจ็บ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกปกติจนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลาม นั้นเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ใช้เวลาประมาณ 5 – 10 ปี ดังนั้น จึงมีเวลามากในการวินิจฉัยให้ได้ ตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม โดยการทำ Pap smear การตรวจภายในร่วมกับการตรวจ Pap Smear เป็นการประเมินเซลล์ที่เกิดขึ้นใหม่ (Neoplastic cell) จากของเหลวหรือมูกที่ไหลจากช่องคลอดและปากมดลูก เป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเบื้องต้นที่ท่ง่ายไม่เจ็บไม่ปวด เสียค่าใช้จ่ายน้อย ได้ผลดีมีความจำเพาะสูงมีความเชื่อมั่นระดับปานกลางในการตรวจคัดกรองและรอยโรคชนิด High grade จากการรายงานของ The Agency of Health Care Policy and Research : ACHPCR. พบว่ามีความจำเพาะ 0.98 (95% ช่วงความเชื่อมั่น 0.97 – 0.99) และมีความไว 0.51 (95% ความเชื่อมั่น 0.37 – 0.66) เป็นการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยาเท่านั้นหากพบมีความผิดปกติ การตรวจวินิจฉัยครั้งสุดท้ายจะต้องมีการตรวจเพิ่มเติมอื่นๆอีก

1.2 การส่องตรวจปากมดลูกทางช่องคลอดด้วยกล้อง Colposcope เป็นการใช้กล้องที่สามารถขยายได้ถึง 40 เท่า ถ้ากล้องมีกำลังขยายมากถึง 200 เท่า เรียกว่า Colpomicroscope ส่องตรวจเยื่อบุผนังช่องคลอด และคอมดลูกส่วนนอก (Ectocervix) กล้องนี้จะมีหลอดไฟชนิดพิเศษที่สามารถโฟกัสเข้าสู่บริเวณปากมดลูกพอดี เมื่อใส่กรดน้ำส้ม (Acetic acid) 3 – 5 % เข้าไปแล้วถ้าพบความผิดปกติส่วนใด ก็สามารถตัดชิ้นเนื้อตรวจได้ (Colposcopic directed biopsy)

1.3 การตรวจโดยใช้ไอโอดีนทดสอบ (Schiller's test) เป็นการตรวจหาตำแหน่งที่ผิดปกติบริเวณปากมดลูกโดยใช้น้ำยาไอโอดีน 3% หรือ Lugol 5% ทาบริเวณปากมดลูกปกติ

Squamous cell ที่ปกคลุมบริเวณปากมดลูกด้านนอกจะมีไกลโคเจน เมื่อใช้น้ำยาไอโอไดน์ทา จะติดสีน้ำตาลเข้มเรียกว่า Schiller's Test Negative ซึ่งเป็นภาวะปกติ แต่หากเซลล์ผิดปกติหรือมีการอักเสบ จะไม่มีไกลโคเจนภายในเซลล์และเมื่อใช้ไอโอไดน์ทาจะไม่ติดสีเรียกว่า Schiller's test positive

1.4 การตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (Punch biopsy) เป็นการตัดชิ้นเนื้อที่สงสัยจะเป็นมะเร็งปากมดลูกส่งตรวจ โดยทำร่วมกับการตรวจทางช่องคลอดโดยใช้ไอโอไดน์ทดสอบโดยใช้เครื่องมือ Punch biopsy forcep

1.5 การควั่นปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) ที่เอเซลล์ส่วนใหญ่ที่พบมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะบริเวณ Squamocolumna Junction ของ Cervical Epithelium และบริเวณที่ผิดปกติไปตรวจ

1.6 การขูดปากมดลูก (Curettage) เป็นการใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Curetted สอดผ่านปากมดลูกเข้าไปขูดเอาเซลล์ตำแหน่งที่ต้องการออกมาตรวจ

2. ประโยชน์ของการทำ Pap smear จากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปกติจนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลามนั้น เป็นกระบวนการที่ดำเนินไปอย่างช้า ๆ จึงมีเวลาอย่างมากในการตรวจวินิจฉัยได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก ด้วยการทำ Pap smear ทำให้สามารถติดตามในรายที่เซลล์มีความผิดปกติ เป็นการเฝ้าระวังโรคและในรายที่พบในระยะเริ่มแรกจะสามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองโดยวิธี Pap smear นี้พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ดี เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป (สง่า ไชยนา, 2547)

3. ความถี่ในการตรวจ Pap smear มะเร็งปากมดลูกจะค่อยๆ พัฒนามาจากรอยโรคก่อนมะเร็ง (Precursor lesion) ฉะนั้นการตรวจคัดกรองจึงไม่จำเป็นต้องตรวจถี่เกินไปนัก การตรวจคัดกรองทุกๆ 3 ปี ยังคงมีผลลดการตาย และทุพพลภาพลงได้ใกล้เคียงกับการตรวจทุกๆ ปี แม้แต่การตรวจที่กระทำทุกๆ 10 ปี ก็ยังมีผลลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีนัยสำคัญ ความถี่ที่เหมาะสมสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งสตรีออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

3.1 กลุ่มสตรีทั่วไป ควรเริ่มตรวจเมื่ออายุ 18 ปี หรือเริ่มมีเพศสัมพันธ์ โดยแบ่งเป็น

3.1.1 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ มีการร่วมเพศกับชายหลายคน มีเศรษฐกิจต่ำๆ ควรตรวจ Pap smear ทุกปี จนถึงอายุ 65 ปี

3.1.2 กลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่ำ หลังจากตรวจพบว่า ได้ผลปกติ 2 ปีติดต่อกัน ระยะห่างครั้งต่อไปขึ้นอยู่กับดุลพินิจของแพทย์ (ประมาณ 3 – 5 ปี)

3.2 สตรีที่เคยได้รับ Diethylstilbestrol (DES) ควรเริ่มตรวจตั้งแต่เริ่มมีระดู หรือเมื่อมีอายุ 14 ปี หรือเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ โดยตรวจทุก 6 – 12 เดือน

3.3 สตรีภายหลังการตัดมดลูก ควรตรวจอย่างน้อยทุก 3 – 5 ปี

3.4 สตรีที่เคยมีความผิดปกติในระยะก่อนลูกตามของมะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการตรวจทุก 4 – 6 เดือน ใน 2 ปี แรกหลังจากรักษา จากนั้นควรตรวจทุก 1 ปี

3.5 สตรีหลังรักษามะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการตรวจทุก 3 เดือนใน 2 ปีแรกหลังรักษา จากนั้นตรวจทุก 6 เดือน

4. วิธีการทำ Pap smear วิธีการทำ Pap smear วิธีที่ดีที่สุดคือ วิธีซีอีเทคนิค (V-C-E technique) ซึ่งเป็นการสเมียร์เซลล์จากช่องคลอด ปากมดลูก และปากมดลูกด้านใน (Vagina, cervix and endocervix) ลงบนสไลด์แผ่นเดียวกัน แต่การสเมียร์จากช่องคลอดให้ผลค่อนข้างต่ำ ในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกก็อาจทำเพียง ซีอีเทคนิค (C-E technique) ตำแหน่งที่ควรทำมีอยู่ 3 แห่ง (สง่า ไชยนา, 2547)

4.1 ช่องคลอดส่วนบนด้านหลัง (Post fornix) เป็นตำแหน่งที่รวมของเซลล์ที่หลุดมาจากส่วนต่างๆ ที่อยู่เหนือขึ้นไป โดยเฉพาะเอ็นโดเมทริอัลเซลล์ (Endometrial cell) ซึ่งตำแหน่งนี้ให้ผลลบลง (False negative) ได้สูงมากประมาณร้อยละ 50 ในกรณีของการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

4.2 ปากมดลูกด้านนอก (Ectocervix) เป็นเซลล์ที่ได้จากบริเวณปากมดลูก การวินิจฉัยบริเวณนี้จะแม่นยำมากขึ้น และได้ผลลบลงน้อยกว่าพวกช่องคลอดส่วนบนด้านหลัง

4.3 ปากมดลูกด้านใน (Endocervix) ทำโดยการใช้สำลีพันปลายไม้ ซึ่งการสเมียร์บริเวณนี้เป็นบริเวณที่ดีที่สุดเพราะจะอยู่บริเวณ T-zone ซึ่งเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มได้บ่อย

ภายหลังการสเมียร์แล้วต้องใส่แผ่นสไลด์ลงในน้ำยารักษาเซลล์ทันที ก่อนที่สเมียร์จะแห้งเพื่อให้ น้ำยาซึมเข้าไปในเซลล์อย่างรวดเร็วและรักษารูปร่างลักษณะของเซลล์ไว้คงเดิม ก่อนส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการต่อไป

การเตรียมตัวของสตรีก่อนทำ Pap smear

1. ไม่ควรสอดยาในช่องคลอดและไม่กินยาก่อนมาตรวจอย่างน้อย 1 วัน
2. ไม่ควรสวนล้างช่องคลอดก่อนมาตรวจ 1 วัน
3. ไม่ควรร่วมเพศก่อนมาตรวจอย่างน้อย 1 วัน
4. ไม่ควรตรวจภายในก่อนทำ Pap smear

แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) (สุปรียา ตันสกุล, 2548)

การให้ความช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ ชี้นำ กระตุ้นตักเตือนการให้กำลังใจแก่กัน ของสมาชิกในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์ในระดับปฐมภูมิที่เริ่มจากสมาชิกในครอบครัวที่เป็นกลุ่มเล็กๆที่มีการขยายกว้างออกไปเป็นเครือข่ายในระหว่างครอบครัวและสังคมที่มีการอยู่ร่วมกัน

เป็นลักษณะเครือข่ายให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน บุคคลที่ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับใครไม่อาศัยใครอยู่ตัวคนเดียว บุคคลนั้นก็จะอยู่ในสังคมไม่ได้ ฉะนั้นเครือข่ายสังคมจะต้องมีการติดต่อสื่อสารให้การช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

การติดต่อกันและการได้สื่อสารกันทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข่าวสาร สร้างความสนิทสนมคุ้นเคย ทำให้มีโอกาสเกื้อหนุนซึ่งกันและกันมีการช่วยเหลือกัน บางครั้งบุคคลหนึ่งอาจจะเป็นฝ่ายให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่น แต่บางครั้งอาจเป็นผู้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย การสนับสนุนเกื้อกูลกันทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางด้านสังคม และจิตวิทยา ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาทางด้านสังคมและจิตวิทยาถึงผลกระทบของแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยซึ่งถ้าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้คนมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพก็จะทำให้สุขภาพของบุคคลหรือกลุ่มนั้นดี

1. ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม (สุปรียา ตันสกุล, 2548)

คอบบ์ (Cobb, 1976, p.300 – 314 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ค่อนข้างกว้าง โดยกล่าวว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเขาเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่า ยกย่อง รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คาห์น (Kahn, 1979, p.85 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) กล่าวว่าปฏิสัมพันธอย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อกัน มีการยอมรับนับถือ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุซึ่งกันและกัน ยอมรับในพฤติกรรมซึ่งกันและกัน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งหมดหรือเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง

นอร์เบค (Norbeck, 1982, p.22 – 29 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลงจากการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เรียนรู้วิธีการเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพทำให้บุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง สามารถป้องกันการเกิดโรคและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมจึงมีความจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล

ทอยท์ส (Thoits, 1982, p. 145 – 159 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ให้ความหมายว่าเป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของ และข้อมูล ซึ่งเกิดจากการติดต่อกับบุคคลอื่น โดยการช่วยเหลือนี้จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและการตอบสนองต่อความเครียดได้รวดเร็วขึ้น

สรุปแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคล ได้รับการสนับสนุนและการช่วยเหลือ ในด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านวัตถุสิ่งของ การเงินและแรงงาน ด้านการประเมินผล ทำให้ผู้ได้รับมีความตระหนักในการส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วยบุคคล 2 ฝ่ายคือฝ่ายผู้ให้ กับฝ่ายผู้รับ

แหล่งแรงสนับสนุนทางสังคม

แคปแลนและคณะ (Kaplan, et al., 1977, p. 50 – 51 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ได้กล่าวไว้ว่าแรงสนับสนุนทางนั้นต้องพิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่มีอยู่ของแหล่งที่ให้การสนับสนุนคือได้จากคนที่มีความสำคัญต่อกัน คนนั้นและคนที่มีความสำคัญดังกล่าวเป็นคนที่อยู่ในเครือข่าย (Social Network) ของแต่ละคน (Norbeck, 1982, p. 23 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) และจากการศึกษาของแคปแลนและคณะพบว่าคนที่ขาดการติดต่อกับคนในสังคมจะทำให้เกิดโรคสังคมแตกแยก (Social breakdown syndrome) คือเป็นโรคอาการที่ไม่เป็นตัวของตัวเอง ตัดสินใจไม่ได้ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองและไม่สามารถดูแลตัวเองได้ และในทางตรงกันข้าม คนเราอยู่ในสังคมเมื่อประสบปัญหา มักจะได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายของบุคคลนั้น ๆ จึงทำให้ความคาดหวังของแต่ละคนเป็นจริง แรงสนับสนุนทางสังคมจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหา

เฮาส์(House,1981 cited by Cohen & Syme, 1985, p. 94 – 103 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ได้จำแนกบุคคลที่เป็นแหล่งแรงสนับสนุนทางสนับสนุนทางสังคมไว้ 2 กลุ่ม ตามลักษณะความสัมพันธ์คือ

1. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างไม่เป็นทางการ หมายถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่น โดยมีความสัมพันธ์กันตามธรรมชาติ ไม่เกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงาน หรือวิชาชีพ ได้แก่คู่สมรส เครือญาติ เพื่อนฝูง

2. กลุ่มที่มีความสัมพันธ์อย่างเป็นทางการ หมายถึงบุคคลที่ให้การช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยเกี่ยวข้องกับบทบาทการทำงานหรือวิชาชีพซึ่งจะมีลักษณะการช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจงประเภทใดประเภทหนึ่งเป็นส่วนมากเช่นแพทย์ พยาบาล/ทีมสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 257 – 259 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) แบ่งแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น

1. กลุ่มที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ (Natural support systems) ได้แก่ครอบครัวซึ่งเป็นกลุ่มแรงสนับสนุนทางสังคมระดับปฐมภูมิ เช่นบิดาและมารดาคอยดูแลช่วยเหลือบุตรให้กำลังใจและให้คำแนะนำแก่บุตรหรือสมาชิกของครอบครัว

2. กลุ่มเพื่อน (Peer support systems) คนกลุ่มนี้ส่วนมากเคยได้รับประสบการณ์ที่มีผลกระทบที่รุนแรงในชีวิต ประสบความสำเร็จในการปรับตัวและมีการพัฒนาในทางที่ดีขึ้น ทำให้คนกลุ่มนี้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งเกิดขึ้นในตนเองจึงสามารถให้คำแนะนำในการแก้ปัญหาในส่วนที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เขาเคยประสบมากับเพื่อนได้

3. กลุ่มองค์กรทางศาสนา (Organized religious support systems) เป็นกลุ่มองค์กรที่มีการพบปะกันในสถานที่ทางกลุ่มศาสนาจัดไว้เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนบุคคลในศาสนานั้นๆ

4. กลุ่มองค์กรที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือหรือการให้ความช่วยเหลือขององค์กรทางวิชาชีพ (Organized support systems of care giving or helping professional) ได้แก่ กลุ่มผู้ดูแลสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือที่มีทักษะและการบริการที่เฉพาะเจาะจงที่ให้แก่ผู้รับบริการ บุคคลจะแสวงหา กลุ่มสนับสนุนทางสังคมกลุ่มนี้ก็ต่อเมื่อได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนไม่เพียงพอหรือแรงสนับสนุนนั้นไม่ได้ผล กลุ่มบุคคลในวิชาชีพด้านสุขภาพเช่น แพทย์และพยาบาล จะเข้ามาให้การช่วยเหลือสนับสนุนในส่วนนี้ได้

5. กลุ่มองค์กรที่ไม่ใช่กลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Organized support groups not directed by health professional) ประกอบด้วยกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กลุ่มอาสาสมัครเป็นกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถจะจัดหาบริการให้แก่ตนเองได้ ส่วนกลุ่มที่ให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเป็นกลุ่มบุคคลที่พยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสมาชิกหรือส่งเสริมการปรับตัวไปจนถึงการเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่เช่นกลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง กลุ่มบุคคลที่เจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือกลุ่มบุคคลที่ติดเชื้อเอดส์เหมือนกัน

3. ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม (สุปรียา ดันสกุล, 2548) การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกันหรือการให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นอยู่ในแต่ละสังคมนั้นมีหลายอย่าง ซึ่งถ้าจัดเป็นประเภทก็จะสามารถแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมได้หลายประเภทตัวอย่างเช่น

ไวส์ (Weiss, 1974 cited by Diamond & Jones, 1983, p. 235 – 236 อ้างถึงในสุปรียา ดันสกุล, 2548) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 6 ชนิดคือ

1. ความผูกพันและรักใคร่สนิทสนมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากความใกล้ชิดซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเป็นที่รักและได้รับความเอาใจใส่ดูแลเกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งมักจะได้รับความผูกพันใกล้ชิดเช่นคู่สมรส ญาติพี่น้องสมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะรู้สึกเดียวดาย

2. การมีส่วนร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การที่บุคคลมีโอกาสร่วมในกิจกรรมของสังคมทำให้การแบ่งปันแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันทั้งในด้านความคิด กำลังทรัพย์และกำลังบุคคลตามโอกาสอันควร รวมทั้งทำให้เกิดความหวังใจซึ่งกันและกันถ้าบุคคลขาดแรง

สนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณแยกออกจากสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ขาดเพื่อน ขาดที่ปรึกษา เป็นผลทำให้บุคคลขาดกำลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการมีชีวิตอยู่

3. การได้มีโอกาสเลี้ยงดูผู้อื่น หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือช่วยเหลือบุคคลอื่นแล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นและผู้อื่นพึ่งพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจและรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า

4. การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าแห่งตน หมายถึงการที่บุคคลได้รับการยอมรับ ยกย่อง และชื่นชมจากสถาบันครอบครัวหรือเพื่อน ที่บุคคลนั้นสามารถแสดงบทบาทในครอบครัวหรือในอาชีพถ้าบุคคลขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้ความเชื่อมั่นหรือความรู้สึกในคุณค่าของตนเองลดลง

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี แรงสนับสนุนนี้เป็นความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

6. การได้รับการชี้แนะหมายถึงการได้รับความจริงใจในการช่วยเหลือทางอารมณ์และชี้แนะข้อมูลข่าวสารจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่นเมื่อเกิดความเครียดหรือภาวะวิกฤต เพื่อผ่อนคลายภาวะตึงเครียดที่กำลังประสบอยู่ถ้าขาดแรงสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง

เฮาส์ (House, 1981 cited by tilden, 1985, p. 201 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน โดยเน้นถึงการแลกเปลี่ยนระหว่างบุคคลดังนี้

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการแสดงออกถึงการยกย่อง เห็นคุณค่าความรัก ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ

2. แรงสนับสนุนด้านการให้การประเมินผล (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตัวเองหรือข้อมูลที่นำไปใช้ในการประเมินตนเอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ การเปรียบเทียบกับสังคม

3. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ได้แก่การให้คำแนะนำ ชี้แนะ ชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลที่สามารนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. แรงสนับสนุนทางด้านวัตถุ สิ่งของ การเงิน และแรงงาน (Instrumental support) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคนในเรื่องวัสดุ สิ่งของ เงิน แรงงาน

เพนเดอร์ (Pender, 1996, p. 257 อ้างถึงในสุปรียา ตันสกุล, 2548) ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แบ่งชนิดของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ

1. แรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) เป็นการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนการมีส่วนร่วมซึ่งอาจเป็นการช่วยในสภาวะซึมเศร้า

2. แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือบุคคลให้เกิดความเข้าใจว่าควรทำอย่างไรจึงจะมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อตนเอง

3. การช่วยเหลือด้านทรัพยากร (Instrumental aid) เป็นการให้ความช่วยเหลือในเรื่องงาน เช่น ช่วยเตรียมอาหารหรือช่วยดูแลบุตรเพื่อให้มารดาได้มีเวลาในการทำกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การยอมรับ (Affirmation) การยอมรับช่วยเหลือให้บุคคลแต่ละคนเข้าใจภาวะและศักยภาพที่เป็นจริงของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคมนับเป็นปัจจัยภายนอกที่สามารถสนับสนุนชักจูงหรือเอื้ออำนวยให้บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนเกิดการปฏิบัติตัวหรือมีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหรือแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ให้จึงน่าจะนำมาประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งปกติสังคมไทยมีการเกื้อกูลต่อกันมาเป็นเวลาช้านานแล้ว ถ้านำแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในกิจกรรมการสร้างเสริมหรือปรับเปลี่ยนหรือมากกว่าก็ได้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของประชาชนน่าจะต้อง

1. คัดเลือกบุคคลที่จะเป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะถามกับกลุ่มเป้าหมายก็ได้ว่าบุคคลใดที่กลุ่มเป้าหมายเชื่อถือ ศรัทธา ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมอาจจะคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่าก็ได้

2. เตรียมความพร้อมให้กับผู้ที่จะให้แรงสนับสนุนทางสังคมให้มีความรู้ ความเข้าใจในสิ่งที่จะให้กับกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับเช่นผู้ให้แรงสนับสนุนถ้าจะทำหน้าที่แนะนำหรือกระตุ้นเตือนให้กลุ่มเป้าหมายแปร่งฟันให้ถูกต้อง ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมจะต้องปฏิบัติได้ถูกต้องและสามารถสาธิตให้แก่คนอื่นได้ (บางครั้งอาจจะต้องฝึกอบรมผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมก่อนที่จะให้ไปทำหน้าที่)

3. กำหนดบทบาทให้ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมได้ทราบและเข้าใจเพื่อจะได้นำไปปฏิบัติได้ถูกต้องเช่นให้แรงสนับสนุนประเภทใด แก่ใคร บ่อยแค่ไหนและที่ไหน และอาจมีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ให้แรงสนับสนุนด้วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินตนา ตันประเสริฐ (2549) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรี 35 – 60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การได้รับ การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย กับ

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=0.95$ $p\text{-value}=0.001$)

ชุดิมา นามกุล (2550) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นสามีของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในช่วงรณรงค์ปี พ.ศ. 2548 – 2549 จำนวน 50 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมาย 50 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม สร้างแรงจูงใจการนำเสนอตัวแบบสามีที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับภรรยาและมารดาเจ็บป่วยและเสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ารูปแบบการใช้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสของสตรีในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกครบ 50 คน

จำปี ยังวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35 – 60 ปี จำนวน 350 คน โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่โครงสร้างอวัยวะสืบพันธุ์สตรีและการเกิดโรค ตลอดจนปัจจัยเสี่ยง การป้องกันและการรักษา พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในปี พ.ศ. 2550 การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอหาดูพนม จังหวัดนครพนม พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้มากขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัดส่วนของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ธิดารัตน์ พลแสน (2550) ศึกษาแรงสนับสนุนจากสามีเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยบ้านเหล่าหลวง อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหารกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วที่มีอายุ 35 – 60 ปี จำนวน 50 คน ได้จากการเลือกแบบสุ่มเจาะ ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองในการตรวจมะเร็งปากมดลูก และแรงสนับสนุนจากสามีให้การกระตุ้นเตือนทำให้มีการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สุวิมล บุญจันทร์ (2550) ศึกษาปัจจัยด้านประชากร กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า อายุเฉลี่ย 46.58 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 77.3 ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ด้วยกันร้อยละ 70.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 44.3 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.3 เคยตั้งครรภ์ร้อยละ 87.7 และคลอดปกติร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่มีบุตร จำนวน 2 คนมากที่สุด ร้อยละ 53.7 เคยคุมกำเนิดร้อยละ 78.3 ไม่เคยคุมกำเนิดเลย ร้อยละ 21.7 วิธีคุมกำเนิดมากที่สุดคือ การทำหมันร้อยละ 66.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่า รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคุมกำเนิด และวิธีคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Pimsurang T, Jaranit K, Pratap S, Wijitr F & Sarigapan W. (2005) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะการบำบัดด้วยรังสี โดยศึกษาจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะการบำบัดด้วยรังสี ของโรงพยาบาลรามารับดี โรงพยาบาลราชวิถี และจากศูนย์มะเร็งทั้ง 5 แห่ง (ลำปาง อุบลราชธานี ลพบุรี ชลบุรี และสุราษฎร์ธานี) จำนวน 488 ราย ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย คุณลักษณะส่วนบุคคล(อายุ การศึกษา รายได้ อาชีพ) ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (ด้านอารมณ์ ด้านข่าวสาร ด้านเครื่องมือ และด้านการประเมินผล) ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม(ทั้ง 4 ด้าน) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับปัจจัยของกระบวนการรับรู้ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

Silva IT, Griep RH & Rotenberg L (2009) ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม ระหว่างกลุ่มพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลของรัฐในนครริโอ เดอจาเนโร ประเทศบราซิล จำนวน 3 แห่ง จากกลุ่มตัวอย่าง 1,505 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2548 ถึง เดือน กุมภาพันธ์ 2549 โดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบมาแล้ว และใช้สถิติ ไคสแคว์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมรวม 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านวัตถุสิ่งของสนับสนุนการปฏิบัติงาน ด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้ง 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก ผู้ศึกษาจึงได้นำเอาความรู้ในเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและสร้างแบบสัมภาษณ์ต่อไป