

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการนำเสนอรูปแบบบริการในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ผู้วิจัยได้ ทบทวนค้นคว้า ตำรา เอกสาร วารสาร บทความ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลจากโครงข่าย Internet ครอบคลุมหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
2. แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear
3. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม
4. การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
6. กรอบแนวคิดการวิจัย

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ความหมายของโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก คือการที่เซลล์เยื่อเมือกปากมดลูก มีการแบ่งตัวอย่างผิดปกติ (Cervical intraepithelium Neoplasia : CIN) โดยความผิดปกติแบ่งระดับความรุนแรง ตามความหนาของเยื่อ ซึ่งมีเซลล์เรียงอยู่กันหลายชั้น (เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2550, หน้า 64)

2. สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าสาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ Human papillomavirus (HPV) ชนิดก่อมะเร็ง จากการติดเชื้อเนื้อบริเวณมะเร็งปากมดลูกของผู้ป่วย 22 ประเทศ จำนวนมากกว่า 1,000 ราย โดยตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) ตรวจพบ DNA ของเชื้อ HPV สูงถึงร้อยละ 99.7 (Walboomers, et al., 1999 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2551, หน้า 2) ชนิดของเชื้อ HPV ที่ทำให้เกิดโรคที่อวัยวะเพศและทวารหนัก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามความเสี่ยงหรือศักยภาพในการก่อมะเร็ง (จตุพล ศรีสมบุญ, 2551, หน้า 3) คือ

2.1 กลุ่มความเสี่ยงต่ำ คือเชื้อที่ทำให้เกิด condyloma และ low grade squamous intraepithelial ได้แก่ สายพันธุ์ 6, 11, 42-44, 53-55, 62 และ 70 เชื้อ HPV เหล่านี้ไม่ก่อมะเร็ง

2.2 กลุ่มความเสี่ยงสูง คือ เชื้อ HPV ที่ทำให้เกิด high-grade SIL และมะเร็งปากมดลูกได้ จึงเรียกว่า “oncogenic HPV” ได้แก่ สายพันธุ์ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66-68, 73 และ 82 HPV 16 มีศักยภาพก่อมะเร็งสูงมาก โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) มากกว่า 500 ในขณะที่ HPV 18 มีค่าดังกล่าวประมาณ 200 ดังนั้นจากหลักฐานดังกล่าวนี้สรุปได้ว่า เชื้อ HPV เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก สาเหตุและปัจจัยอื่นๆ เป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV ได้สูงขึ้นหรือง่ายขึ้น

3. ปัจจัยเสริมและปัจจัยร่วมของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยต่อไปนี้อาจถือว่าเป็นปัจจัยเสริมและปัจจัยร่วมคือ พบมากในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกกว่าในกลุ่มเปรียบเทียบหรือสตรีที่ไม่ได้เป็นมะเร็งปากมดลูก ได้รวบรวมไว้ดังนี้

3.1 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Factor)

3.1.1 การสูบบุหรี่ นิโคตินและสารผลิตภัณฑ์ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่สามารถตรวจพบจากมูกบริเวณปากมดลูกในสตรีที่สูบบุหรี่ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าการสูบบุหรี่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส โดยมีค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ตั้งแต่ 2-10 เท่าขึ้นอยู่กับปริมาณและระยะเวลาที่สูบ กลไกของการก่อมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่สูบบุหรี่ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด สันนิษฐานว่าอาจจะเกิดการกระตุ้นของนิโคตินที่พบบริเวณปากมดลูก ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำที่ปากมดลูกหรือเป็นผลร่วมกันของกลไกทั้งสองนี้ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในปัจจุบันไม่พบถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่และการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดต่อม (Green, et al., 2003 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 20)

3.1.2 น้ำหนักตัว การประเมินผลของน้ำหนักตัวต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกทำได้ยาก เนื่องจากสตรีที่มีภาวะอ้วนมักจะมีปัจจัยอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องด้วยกันหลายปัจจัย อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าสตรีที่อ้วนมีแนวโน้มที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดต่อมได้สูงขึ้นแต่ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส (Lacy, et al., 2003 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 20)

3.1.3 การใช้ยาคุมกำเนิด จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) พบว่าสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่ว่าจะเป็นชนิดสแควมัสหรือชนิดต่อมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในรายการที่มีการใช้ติดต่อกันนานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม การศึกษาพบว่าการใช้ยาคุมกำเนิดที่ประกอบด้วยโปรเจสเทอโรนอย่างเดียวไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อ

การเกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งสองชนิดแต่อย่างใด (Green, et al., 2003 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 20)

3.1.4 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งชนิดสแควมัสและชนิดต่อม มีความสัมพันธ์เป็นสัดส่วนโดยตรงกับจำนวนคู่นอน ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดมะเร็งปากมดลูกและอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์นั้น ยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนเนื่องจากมีผลการศึกษาทั้งที่พบและไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว (Ngelandgel, et al., 1998 , Green, et al., 2003 ,Chichreon, et al., 1998 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549 หน้า 21)

3.1.5 จำนวนครั้งของตั้งครรภ์และการมีลูก พบว่าสตรีที่เป็น CIN หรือ มะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 25.11 มีการตั้งครรภ์ ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี รวมทั้งสตรีที่มีบุตรมากก็มีโอกาสเกิด Cervical Intraepithelial Neoplasia ได้มากขึ้น เนื่องจาก มีฉีกขาดและซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย ในประเทศอินเดียพบมะเร็งปากมดลูกมากในสตรีที่มีลูกมากหรือตั้งครรภ์บ่อยครั้ง โดยเฉพาะถ้าตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย แต่ศึกษาบางแห่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน (Kristopherson and Park, 1965 อ้างอิงใน ยุพิน เพียรมงคล, 2547, หน้า 8)

3.1.6 การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อ Chlamydia trachomatis โดยเฉพาะ serotype G จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยเชื้อ Chlamydia trachomatis จะยับยั้งกระบวนการตายของเซลล์ (apoptosis) ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่พบจากการติดเชื้อ HPV ดังนั้นเมื่อมีการติดเชื้อร่วมกันก็อาจจะส่งเสริมให้มีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้น (Koskela, et al., 2000, Anttila, et al., 2001 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า, 21)

3.1.7 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่อุดมด้วยวิตามินเอจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวกับการรับประทานอาหารจำพวกวิตามินซี วิตามินอี โฟเลต และเบต้าแคโรทีน ดังนั้นสตรีที่มีภาวะขาดวิตามินเอก็อาจจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกภายหลังจากการติดเชื้อ HPV ได้ (Shannon, et al., 2002 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 21)

3.1.8 สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำและฐานะยากจนมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า ในประเทศหรือชุมชนที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักจะพบมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายกว่าในประเทศหรือชุมชนที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจเนื่องจากสุขอนามัยส่วนบุคคลของสตรีเป็นส่วนสำคัญ (ยุพิน เพียรมงคล, 2547, หน้า 7)



3.2 ปัจจัยทางร่างกายของผู้ติดเชื้อ (Host-Related Factor)

3.2.1 ระบบฮอร์โมนในร่างกายโดยเฉพาะอย่างยิ่งฮอร์โมนเอสโตรเจน เชื่อว่าระดับของเอสโตรเจนที่สูงตลอดการตั้งครรภ์เป็นกลไกหลักของปัจจัยเสริมด้านร่างกายของผู้ที่มีการติดเชื้อ HPV เนื่องจากเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นให้เกิด metaplasia ที่บริเวณเขตเซลล์แปรรูปอย่างมาก ส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อ HPV ได้ง่าย นอกจากนี้ในรายการที่มีการติดเชื้อ HPV อยู่ก่อนแล้ว เอสโตรเจนจะสัมพันธ์กับการก้าวหน้าของรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกไปเป็นมะเร็งได้ (Brabin et al., 2000 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 21)

3.2.2 เชื้อชาติ อาจมีอิทธิพลในการเกิด CIN และ มะเร็งปากมดลูกโดยพบมากในสตรีบางกลุ่ม เช่น ในคนไทย ในอเมริกันนิโกร แต่ไม่พบในสตรีอเมริกันขาวและชาวยิว เป็นต้น อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ สังคม และ เชื้อชาติ โดยจะอุบัติการณ์ต่ำในสตรีชาวยิว คือ 3.60 ต่อประชากรสตรีแสนคน และสูงสุดในสตรีชาวเปอร์โตริโก 97.60 ต่อประชากรสตรีแสนคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2536 อ้างอิงใน ยุพิน เพียรมงคล, 2547)

3.3 ปัจจัยทางเชื้อไวรัส (Viral Factor)

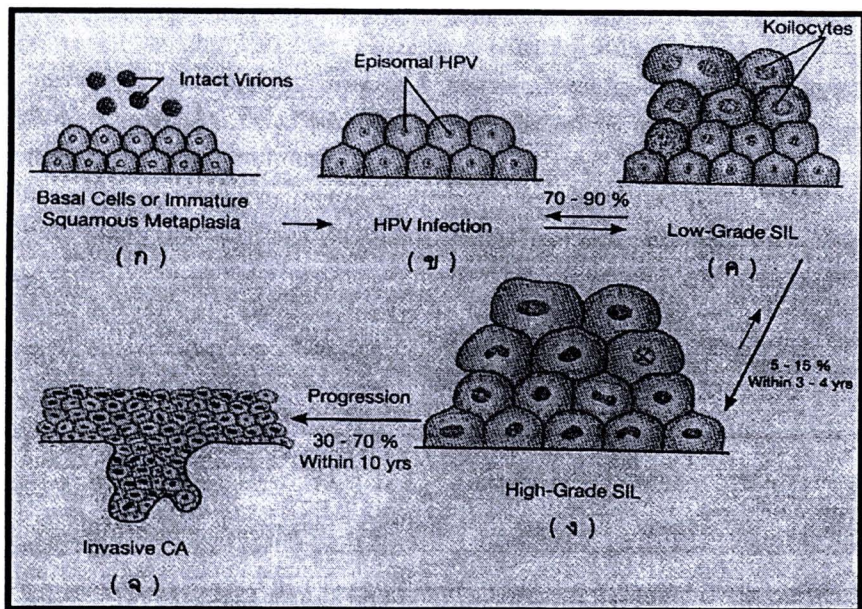
ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า มีเชื้อ HPV บางสายพันธุ์เท่านั้นที่มีศักยภาพในการก่อมะเร็งปากมดลูกได้ แต่อย่างไรก็ดีพบว่า แม้เชื้อ HPV ความเสี่ยงสูงเองก็มีศักยภาพในการก่อมะเร็งที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ยังสามารถพบการติดเชื้อ HPV หลายสายพันธุ์ได้ในสตรีคนเดียวกัน ในปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปว่าการติดเชื้อ HPV ร่วมกันหลายสายพันธุ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ มีการศึกษาพบว่าไวรัส (Viral load) ในปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกโดยอาจจะเป็นปัจจัยพยากรณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในอนาคตได้ (Moberg, et al., 2004 อ้างอิงใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2549, หน้า 22)

จากข้อมูลในปัจจุบันแสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูงที่ปากมดลูกนั้นเป็นเพียงกระบวนการเริ่มต้นของการก่อมะเร็งเท่านั้น การที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นจะต้องอาศัยปัจจัยเสริมซึ่งเท่าที่ทราบในปัจจุบันนั้นส่วนใหญ่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของการมีเพศสัมพันธ์ องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสริมทั้งที่ทราบในปัจจุบันและจากการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตจะช่วยบอกถึงคุณลักษณะของสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกภายหลังการติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูงซึ่งจะทำให้สามารถเฝ้าระวังและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



4. พยาธิสภาพและการแบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

การก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจากเชื้อ HPV การดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นจากการติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูง ที่เยื่อเมือกมดลูก เชื้อ HPV จะเข้าไปในนิวเคลียสของ basal cells, reserve cell หรือ immature squamous metaplastic cells ที่อยู่ใน transformation zone ในระยะแรก DNA ของเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมหรือจีโนม (genome) จะเข้าไปในนิวเคลียสเซลล์ดังกล่าว และจะอยู่ในรูปจีโนมอิสระ เรียกว่า episome สารพันธุกรรมนี้ยังไม่รวมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียสและยังไม่ได้มีการเพิ่มจำนวน ในระยะนี้ถ้าทำ HPV test อาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้ ขึ้นกับความไวของวิธีการตรวจ และถ้าทำ Pap Smear จะปกติ เพราะยังไม่มี ความผิดปกติที่นิวเคลียสของเซลล์ เมื่อจีโนมของ HPV ผสมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียส จะมีการเพิ่มจำนวน (replication) ของเชื้อ HPV จำนวนมากในนิวเคลียสและมีการกระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัวเพิ่มจำนวน (proliferation) ด้วย ในระยะนี้ถ้าทำ HPV test จะได้ผลบวก และ Pap Smear จะผิดปกติ เซลล์จะมีลักษณะของการติดเชื้อ HPV เช่น koilocytes และมีพยาธิสภาพเป็น HPV infection / CIN 1 หรือ LSIL ซึ่งส่วนใหญ่แล้ว ร้อยละ 70-90 จะหายได้เอง ถ้าไม่หายเอง มีการคงอยู่ (persistence) ของเชื้อ HPV และมีปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยอื่นร่วมกระตุ้นด้วย จะทำให้จำนวนเชื้อ HPV สูงมากขึ้น เมื่อความผิดปกติของนิวเคลียสรุนแรงขึ้น รอยโรคจะคืบหน้าเป็น HSIL ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 5-15 ภายในระยะเวลา 3-4 ปี ในระยะนี้ ถ้าทำ HPV test จะให้ผลบวก และ Pap smear จะผิดปกติ พยาธิสภาพ HSIL นี้เป็นระยะสุดท้ายของรอยโรคภายในเยื่อเมือกปากมดลูกก่อนที่จะลุกลาม ทะลุ membrane เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (จตุพล ศิริสมบุญ, 2549, หน้า 19)



ภาพ 1 แสดง กระบวนการก่อมะเร็งปากมดลูก

ที่มา : จตุพล ศรีสุมบุญ, 2549, หน้า 19

ดังนั้นถ้าตรวจพบพยาธิสภาพ HSIL จึงต้องให้การรักษาเพราะมีโอกาสลุกลาม คืบหน้าเป็นมะเร็งได้ประมาณร้อยละ 30-70 ภายในระยะเวลา 10 ปี การติดเชื้อ HPV ความเสี่ยงสูง อาจจะข้ามขั้น (bypass) การเกิดพยาธิสภาพ LSIL เป็น HSIL เลยก็ได้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงหรือศักยภาพก่อมะเร็ง (oncogenicity) ของเชื้อ HPV ปริมาณของเชื้อ (viral load) การผนวก (integration) จีโนมของเชื้อ HPV เข้ากับ จีโนมของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก และขึ้นกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกอาจจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ HSIL ช่วงสั้นๆ และดำเนินโรคต่อไปอย่างรวดเร็ว เป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ถ้าสภาวะดังกล่าวข้างต้นเชื้ออานวยอย่างมาก แต่กรณีนี้พบได้น้อยมาก ในบริเวณรอยโรคเดียวกันบนปากมดลูกอาจมีพยาธิสภาพทั้ง LSIL และ HSIL ปนอยู่ด้วยกัน เพราะการติดเชื้อ HPV อาจเกิดจากหลายสายพันธุ์ การดำเนินโรคและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันก็อาจแตกต่างกันได้ (จตุพล ศรีสุมบุญ, 2549, หน้า 18-19)

การแบ่งตามระยะของมะเร็งปากมดลูก นิยมแบ่งตามหลักเกณฑ์ ของ The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) ที่กำหนดขึ้นมีการแก้ไขในปี ค.ศ.1994 ซึ่งเป็นการประเมินทางคลินิก ประกอบด้วยการตรวจภายใน การตรวจทางทวารหนัก ถ่ายภาพรังสีทรวงอก Intravenous pyelography (IVP), Cytoscopy, Proctoscopy และการตรวจค่าเคมีในเลือด (Montrel, 1994 อ้างอิงใน ณัฐพงศ์ อิศรางกูล ณ อยุธยา, 2551, หน้า 220) ดังนี้

ระยะ 0 ก้อนเนื้ออกไม่มีการลุกลามต่อมน้ำเหลือง

ระยะ I มะเร็งจำกัดขอบเขตอยู่เฉพาะปากมดลูก

ระยะ IA เป็นระยะเริ่มแรกของมะเร็งปากมดลูกที่ยังไม่มีการแสดงที่ผิดปกติ (Preclinical Carcinoma) จะวินิจฉัยได้จากการตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

ระยะ IA1 มะเร็งลุกลามลึกถึงชั้นสโตรมา (Stroma) มีความลึกไม่เกิน 3 มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร

ระยะ IA2 มะเร็งลุกลามลึกไปในชั้นสโตรมา มากกว่า 3 มิลลิเมตร และกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร

ระยะ IB มีการตรวจพบทางคลินิก ขนาดของรอยโรค จำกัดอยู่ภายนอกมดลูกหรือรอยโรคมีขนาดใหญ่กว่าระยะ IA

ระยะ IB1 ขนาดของมะเร็งไม่เกิน 4 เซนติเมตร

ระยะ IB2 ขนาดของมะเร็งมากกว่า 4 เซนติเมตร

ระยะ II มะเร็งลุกลามออกไปนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังของอุ้งเชิงกราน มะเร็งมีการลุกลามไปที่ช่องคลอด 1 ใน 3 ส่วน นับจากส่วนบนลงมาและมาไม่ถึงช่องคลอดส่วนล่าง

ระยะ II A ไม่มีการลุกลามไปยัง Parametrium ชัดเจน

ระยะ II B มีการลุกลามไปยัง Parametrium ชัดเจน

ระยะ III มะเร็งลุกลามออกไปถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน เมื่อตรวจทางทวารหนักไม่พบช่องว่างมะเร็งกับผนังด้านข้างของเชิงกราน มะเร็งมีการลุกลามไปยังส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด และถ้ามีภาวะไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน (Non Functioning Kidney) ให้กำหนดว่าอยู่ในระยะ III ยกเว้นว่าเกิดจากสาเหตุอื่น

ระยะ IIIA มะเร็งลุกลามไปยังส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด แต่ยังไม่ถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน

ระยะ IIIB มะเร็งลุกลามออกไปถึงผนังด้านข้างของเชิงกราน และ/หรือมีภาวะไตบวมน้ำหรือไตไม่ทำงาน

ระยะ IV มะเร็งลุกลามออกไปนอกอุ้งเชิงกราน หรือลุกลามเยื่อกระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ตรง (Rectum)

ระยะ IVA มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง

ระยะ IVB มะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป

5. อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก

สมชัย นิรุตติศาสตร์ (2547, หน้า 187-188) กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการที่ผู้ป่วยไปรับการตรวจภายใน และทำ Pap smear ประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีอาการมักมาพบแพทย์บ่อยที่สุดได้แก่

5.1 เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีระดูยาวนานกว่าปกติ ระดูออกมากในแต่ละวัน หรือเลือดออกกะปริดกะปรอย ในรายที่มีระดูออกมากอาจตกเลือดจนมีภาวะซีดและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ในลักษณะของเลือดที่ชวนให้คิดถึงโรคนี้คือ เลือดออกหลังร่วมเพศ (postcoital bleeding)

5.2 ตกขาว อาจมีของเหลวสีชมพูขาว หรือเลือดจางออกมาหลังปัสสาวะ ในรายที่เป็นมากอาจมีตกขาวคล้ายหนองมีกลิ่นเหม็นหรือมีลักษณะคล้ายมีน้ำไหลออกตลอดเวลา

5.3 อาการปวด พบในผู้ป่วยที่เป็นระยะท้าย หรือมีการกระจายไปแล้ว โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า ตามทิศทางของ sciatic nerve มักแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกหรือกดเส้นประสาทแล้ว แต่จะไม่พบอาการปวด ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วไปโดยเฉพาะในระยะแรก

5.4 อาการอื่น ๆ ซึ่งพบได้น้อย ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร และทางเดินปัสสาวะ เป็นอาการมะเร็งปากมดลูกที่มักพบในระยะลุกลาม

6. การตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่า ระยะก่อนมะเร็ง (precancerous) และระยะก่อนลุกลาม (preinvasive) ซึ่งปัจจุบันมีความพยายามนำวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรูปแบบต่างๆ มาใช้ เท่าที่มีผู้นำไปใช้และศึกษาอยู่มีดังนี้

6.1 Pap Smear ได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีที่ประสบความสำเร็จมากที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในปี ค.ศ. 1988 American Cancer Society (ACS) ได้วางแผนทางการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไว้ว่าสตรีทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ หรือมีอายุครบ 18 ปีโดยตรวจด้วย Pap Smear conventional ร่วมกับการตรวจภายในทุกปี และถ้าผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปกติติดต่อกัน 3 ครั้งขึ้นไป อาจเว้นระยะเวลาของการตรวจ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้การดูแลแนวทางนี้ได้รับการยอมรับ และถือปฏิบัติอย่างกว้างขวางในทุกองค์กรที่ดูแล ด้านสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา (มงคล เบญจภิบาล, 2550) มีรายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อต่อไป

6.2 Liquid-based techniques ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อที่จะเพิ่มความไวและลดผลลบลงของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการทางเซลล์วิทยา ปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ คือ ThinPrep Pap Test และ Autocyte ที่ผ่านการรับรองโดยสำนักงานอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาให้ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการเก็บตัวอย่างและการปฏิบัติตัวก่อนมารับการตรวจเหมือนกับการทดสอบ Pap Smear ยกเว้นภายหลังจากการเก็บตัวอย่างจากการขูดบริเวณเขตเซลล์แปรรูปแล้ว อุปกรณ์เก็บเซลล์ตัวอย่างซึ่งอาจจะเป็น broom – sampling device หรือ Ayre spatula ร่วมกับ Nylon brush จะถูกนำไปแช่ในขวดน้ำยาช่วยรักษาสภาพเซลล์ ประมาณกันว่า จะเก็บเซลล์ตัวอย่างได้มากถึง 1–2 ล้านเซลล์ และสามารถรักษาสภาพเซลล์ได้นานถึง 3 สัปดาห์ เซลล์ที่เก็บได้จะมีการกระจายออกเป็นชั้นๆ ไม่ปะปนเกาะกลุ่มกัน โดยในระบบ ThinPrep เซลล์จะถูกดูดเบาๆ ด้วยเครื่องดูดให้ตกลงมาเรียงตัวเป็นชั้นเดียวบนเยื่อกรอง ซึ่งเมื่อเซลล์ติดอยู่บนเยื่อกรองมากพอแล้ว เครื่องควบคุมความดันจะทำให้เครื่องดูดหยุดทำงาน จากนั้นจะนำเยื่อกรองไปวางบนแผ่นกระจกและเข้าสู่กระบวนการย้อมและแปรผลตามปกติ ในขณะที่ระบบ Autocyte น้ำยาที่มีเซลล์ตัวอย่างจะถูกนำไปปั่นและทิ้งไว้ให้ตกตะกอน ทำให้เกิดการแยกชั้นของเยื่อผิวปากมดลูกและสิ่งปนเปื้อน จากนั้นเซลล์เยื่อผิวปากมดลูกและสิ่งปนเปื้อนจะถูกนำไปวางแยกบนแผ่นกระจก การตรวจในระบบ Autocyte สามารถทำการอ่านผลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ได้ (ชานาญ เกียรติพิรุณ, 2548, หน้า 250-251)

6.3 HPV DNA test การตรวจ HPV DNA: ในประเทศไทยปัจจุบันยังมีข้อจำกัดอยู่มาก เช่น การตรวจครั้งเดียวไม่สามารถระบุ ระยะเวลาของการติดเชื้อได้ จึงบอกไม่ได้ว่าการติดเชื้อเป็นแบบชั่วคราว หรือ แบบคงอยู่นาน (Transient or Persistent) การใช้ HPV DNA test ที่ใช้อยู่ปัจจุบันไม่สามารถระบุสายพันธุ์ (Genotype) ของ HR HPV ดังนั้นถ้าผลตรวจเป็นบวก 2 ครั้ง อาจเกิดจากเชื้อคนละสายพันธุ์ และ ราคาตรวจยังมีราคาสูง ดังนั้นการตรวจควรเลือกเฉพาะรายที่มีความจำเป็นจริงๆ เช่น ผล pap smear คลุมเครือ (พรนิรันดร์ อุดมถาวรสุข, 2550)

6.4 Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) การตรวจการเปลี่ยนแปลงของเยื่อผนังปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู เรียกว่า visual inspection with acetic acid หรือ VIA เป็นการตรวจมดลูกด้วยตาเปล่า หลังจากป้ายมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูเจือจาง 3-5 % และเมื่อขลิอมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อผิวปากมดลูก โดยจะเกิดการดึงน้ำออกจากเซลล์ ทำให้มองเห็นเซลล์ที่มีปริมาณโปรตีนสูง เช่น เซลล์ของรอยโรคภายในเยื่อบุสควมัส และเซลล์มะเร็งเป็นเยื่อบุสีขาวทึบ จากลักษณะที่พบดังกล่าว ทำให้มีการนำมาใช้ตรวจหาความผิดปกติของเยื่อผิวปากมดลูก (ชานาญ เกียรติพิรุณ, 2548, หน้า 252) โดยเริ่มมีการศึกษาถึง

การนำมาใช้ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปี ค.ศ.1982 ผลการศึกษาพบว่าความไวและความจำเพาะร้อยละ 98.4 และร้อยละ 98.9 ตามลำดับเมื่อใช้การตรวจด้วยกล้องกำลังขยายทางช่องคลอดเป็นมาตรฐานอ้างอิง (Ottaviano and Torre, 1982 อ้างอิงใน กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2546, หน้า 7) ต่อมาได้มีการศึกษาถึงความไวและความจำเพาะของการนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA ในหลายประเทศที่สำคัญคือ การศึกษาในประเทศซิมบับเวที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดในโลก ซึ่งเปรียบเทียบการทดสอบ Pap Smear กับการตรวจด้วย VIA ในสถานการณ์เดียวกัน โดยใช้การตรวจด้วยกล้องกำลังขยายทางช่องคลอดเป็นวิธีมาตรฐานอ้างอิง พบว่า VIA มีความไวร้อยละ 77 มีความจำเพาะร้อยละ 64 ส่วนการทดสอบ Pap Smear มีความไวร้อยละ 44 ความจำเพาะร้อยละ 91 (Kitchener and Symmonds, 1999, Parkin and Sankaranarayanan, 1999 อ้างอิงใน กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2546, หน้า 8) ผลการศึกษาที่สำคัญอีกประการคือ พบว่าบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น พยาบาล สามารถเรียนรู้การตรวจและการแปลผลได้ในสถานบริการปฐมภูมิ (ชำนาญ เกียรติพิรกุล, 2548, หน้า 252) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าบุคลากรสาธารณสุขไม่ใช่แพทย์สามารถตรวจ VIA ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Sankaranarayanan et al., 1997 อ้างอิงใน กอบจิตต์ ลิ้มปพยอม, 2546, หน้า 8)

สำหรับในประเทศไทยกำลังมีการศึกษาถึงการนำวิธีการตรวจ VIA มาใช้เป็นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุระหว่าง 35–45 ปี โดยหากพบความผิดปกติจะได้รับการรักษาด้วยการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น (cryotherapy) ทั้งนี้ ยกเว้นในรายที่สงสัยว่าจะเป็นรอยโรคระยะลุกลาม มีรอยโรคที่ผนังช่องคลอด รอยโรคที่มีขนาดใหญ่กว่าร้อยละ 75 ของปากมดลูก หรือรอยโรคที่ขอบอยู่ห่างจากหัวเครื่องจี้เย็นเกินกว่า 2 มิลลิเมตร จะได้รับการส่งไปรับการรักษากับแพทย์ จากการศึกษาในสตรีจำนวน 5,999 รายในช่วงระยะเวลา 7 เดือน พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ให้การยอมรับ และการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็นสามารถทำได้อย่างปลอดภัยโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ที่ผ่านการฝึกฝนของโครงการ ส่วนผลการศึกษาที่เกี่ยวกับประสิทธิภาพในการใช้ VIA เป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น คงต้องรอผลการศึกษาที่ขณะนี้กำลังดำเนินการอยู่ในหลายจังหวัด (Royal Thai College of Obstetricians and Gynaecologists and the JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group, 2003 อ้างอิงใน ชำนาญ เกียรติพิรกุล, 2548, หน้า 253) การตรวจ VIA นับเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในสถานที่ที่ไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคด้วยวิธีการอื่นให้ครอบคลุม เนื่องจากมีความไวในการตรวจหารอยโรคก่อนเป็นมะเร็งในระดับที่ยอมรับได้ ทราบผลตรวจทันที ซึ่งนับว่าเป็นการตรวจที่มีค่าใช้จ่ายไม่สูง การจัดหาอุปกรณ์ในการตรวจได้ง่าย สามารถตรวจได้ผลอย่างมี

ประสิทธิภาพ และปลอดภัยโดยบุคลากรทางสาธารณสุขที่ผ่านการอบรม อีกทั้งได้รับการยอมรับจากผู้รับบริการเป็นอย่างดี (ชำนานู เกียรติพิรกุล, 2548, หน้า 254)

6.5 Colposcopy เป็นการตรวจโดยการส่องกล้องขยาย โดยทั่วไปจะมีกำลังขยายขนาด 8-18 เท่า การตรวจวิธีนี้จะช่วยให้แพทย์ทราบว่ามียอโรคที่ปากมดลูกหรือไม่ บอกตำแหน่งของรอยโรค รวมทั้งขนาดและจำนวน และช่วยจำแนกรอยโรคที่ตรวจพบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลามหรือไม่ วิธีการตรวจ ทำการทาเนื้อเยื่อผิวของปากมดลูกด้วยน้ำยา 3% acetic solution หรือ Lugol's solution ซึ่งจะช่วยแยกความผิดปกติระหว่างเยื่อผิวที่ผิดปกติได้ง่ายขึ้น แล้วทำการตัดชิ้นเนื้อที่เห็นว่าผิดปกติส่งตรวจทางพยาธิวิทยา การตัดชิ้นเนื้อผ่านกล้องขยายจะช่วยลดการตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก (Blind cervical punch biopsy) และลดการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone biopsy) โดยไม่จำเป็นได้ การตัดชิ้นเนื้อผ่านกล้องขยาย (colposcopic biopsy) ทำได้ง่าย การตัดควรตัดชิ้นเนื้อหลายๆ ชิ้น ทั่วทุกจุดที่มองผ่านกล้องขยาย ที่สงสัยว่าเป็นพยาธิสภาพ ความแม่นยำของการตัดชิ้นเนื้อ โดยการบอกตำแหน่งผ่านกล้องขยายนี้สูงถึงร้อยละ 95 (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, 2547, หน้า 182)

6.6 Cervicography พบว่าการใช้ Cervicography ให้ความไวสูงมากกว่าการตรวจทาง cytology และความจำเพาะใกล้เคียงกัน แต่การนำไปใช้ในการคัดกรองยังไม่เป็นที่แพร่หลาย ในปัจจุบัน ด้วยปัจจัยราคา ของอุปกรณ์ วิธีการ และผู้มีความเชี่ยวชาญ (นครินทร์ ศิริทรัพย์, 2548, หน้า 151)

7. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น ลักษณะของเซลล์ที่ผิดปกติมีโอกาสจะกลายเป็นมะเร็งมากน้อยแค่ไหน ความต้องการมีบุตรของผู้ป่วย อายุ และสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปเป็นอย่างไร มีดังนี้

7.1 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ศูนย์มะเร็งลำปาง อ้างอิงใน ชูเดช เรือนคำ (2550, หน้า 21) ได้บอกถึงการรักษาโรคมะเร็งในระยะแรกดังนี้

7.1.1 การเฝ้าติดตามสังเกต เป็นการรักษาที่จำกัดเฉพาะในรายที่ไม่รุนแรง

7.1.2 การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก เป็นการรักษาที่นิยมทำเฉพาะรายที่ผู้ป่วยอายุน้อย ต้องการมีบุตรอีก อาการของโรคไม่รุนแรงและรอยโรคมีขนาดเล็ก ซึ่งการดูแลรักษาได้แก่

1) การจี้ด้วยไฟฟ้า (Electrocautery) เป็นการจี้ที่ปากมดลูกด้วยไฟฟ้า โดยให้ความร้อนทำลายเยื่อที่ผิดปกติ สามารถทำลายเยื่อผิวได้ลึกไม่เกิน 2-3 มิลลิเมตร มีอัตราหายจากโรคประมาณร้อยละ 89.0 ในการจี้ครั้งแรก และร้อยละ 97.0 ในการจี้ครั้งที่ 2

2) การจี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery) มีประโยชน์มาก ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายลดระยะเวลาในการรักษาและหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลงได้มากเหมาะสำหรับผู้ป่วย ที่มีไม่มากนัก วิธีนี้พบว่าได้ผลดีประมาณร้อยละ 86.0–94.0

3) การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (Laser surgery) คาร์บอนไดออกไซด์ สามารถทำลายเนื้อเยื่อผิดปกติที่อยู่เป็นหย่อมๆ และยังไม่ลุกลาม วิธีนี้ได้ผลร้อยละ 83.0–94.0

4) การผ่าตัดด้วยขดลวดที่มีความถี่สูง (Loop Electrosurgical Exision Procedure : LEEP) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าสลับชนิดแรงต่ำความถี่สูง เพื่อตัดเนื้อเยื่อและห้ามเลือด

5) การทำลายเนื้อเยื่อโดยใช้ความร้อนเป็นการใช้ความร้อนเพื่อทำให้เยื่อเมือกของต่างหลอดออกส่วนเนื้อเยื่อจะถูกทำลายลึกมากแค่ไหนขึ้นอยู่กับความร้อนและระยะเวลาในการจี้ ผลการรักษาได้ผลดีร้อยละ 95.0–99.0

7.1.3 การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน ได้แก่

1) การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Therapeutic conization) จะผ่าตัดเอาพยาธิสภาพออกให้หมด โดยขอบของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจะต้องปราศจากพยาธิสภาพ ซึ่งถ้าเอาออกได้หมดจะได้ประสิทธิภาพในการรักษาใกล้เคียงกับการตัดมดลูกออก

2) การตัดมดลูก (Hysterectomy) แนะนำให้ใช้การรักษาที่มีบุตรเพียงพอแล้วและต้องการทำหมัน อายุมากหรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวได้

7.2 การรักษาในระยะที่เป็นมะเร็งลุกลาม

ณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา (2551, หน้า 221) กล่าวถึงการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะที่เป็นมะเร็งลุกลามมี 4 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีบำบัด เคมีบำบัด และการใช้หลายวิธีร่วมกัน การรักษาขึ้นกับระยะของโรค การแพร่กระจาย การตอบสนองต่อการรักษา ตลอดจนภาวะสุขภาพ (performance) ของผู้ป่วย ในแต่ละระยะดังนี้

ระยะ IA รักษาโดยการผ่าตัดมดลูก (total hysterectomy)

ระยะ IB1 IIA (<4 ซม.) สามารถรักษาได้ดังต่อไปนี้

1. รักษาโดยการผ่าตัด radical hysterectomy (Wertheim's hysterectomy และ pelvic lymphadenectomy) ซึ่งหมายถึง การผ่าตัดมดลูกรวมทั้ง upper 1/3 ของช่องคลอด และ paracarpium จนถึง pelvic wall ออกทั้งหมด รวมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองในเชิงกรานออกด้วย ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่มีข้อห้ามในการผ่าตัด ในรายที่หลังผ่าตัด พบว่ามีการกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง

หรือมะเร็งอยู่ชิดขอบบริเวณที่ตัดออก (Surgical margin not free) หรือมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปที่ parametrium อาจให้การรักษาดังต่อไปนี้

1.1 การให้เคมีบำบัด : Cisplatin, Cisplatin+5 FU (fluoruracil)

1.2 การฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกราน (pelvic irradiation)

2. รักษาโดยรังสีรักษา เป็นการฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานซึ่งประกอบด้วย external radiation และ highdose rate brachytherapy

ระยะ IB2-IIA (>4 ซม.) รักษาโดยให้ chemoradiation คือการให้เคมีบำบัด ร่วมกับฉายแสง โดยให้เป็นวิธี concomitant (การให้เคมีบำบัดพร้อมกับขณะที่ฉายแสง) ยาที่ใช้ในปัจจุบันคือ Cisplatin, Cisplatin ร่วมกับ 5 FU

ระยะ IIB- IVA ในรายที่มีมะเร็งขนาดเล็กกว่า 4 ซม. รักษาโดยรังสีรักษา ในรายที่มีมะเร็งมีขนาดมากกว่า 4 ซม. ในปัจจุบันคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ให้การรักษาโดยวิธีให้ chemoradiation ชนิด concomitant คือการฉายแสงร่วมกับการให้ยาเคมีบำบัด Cisplatin หรือ Cisplatin ร่วมกับ 5 FU

ระยะ IVB รักษาโดยรังสีรักษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประทุง/ บรรเทาอาการ (palliative radiotherapy) และอาจพิจารณาให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วย โดยคำนึงถึงสุขภาพของผู้ป่วยเป็นรายๆไป

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้มอบหมายให้สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ดำเนินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ในกลุ่มสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี เหตุที่ต้องใช้วิธีการตรวจ Pap smear ทั่วประเทศ เพราะ Pap smear เป็นวิธีการมาตรฐานที่ทำกันทั่วโลก และมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการเกิดและอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกได้ (ธีรวิมล คุนหมื่น, 2550, หน้า 5) เนื่องจาก Pap smear สามารถตรวจพบรอยโรคของมะเร็งปากมดลูกที่เป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งระยะแรกได้ ซึ่งถ้าทำการตรวจรักษารอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็งได้ก็ย่อมทำให้จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกลดลงซึ่งต่างจากมะเร็งอื่นๆหลายชนิดที่เราไม่สามารถตรวจค้นหาระยะก่อนเป็นมะเร็งได้

วิธีการทำ Pap smear เป็นวิธีที่ป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูก (ectocervix และ endocervix บริเวณ Transformation zone) มาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมและอ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา ซึ่ง

เป็นวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก เพื่อค้นหาความผิดปกติของเซลล์ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้เกือบ 100% (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, 2551, หน้า 2)

เทวินทร์ โกสียะตระกูล และวรรณเพ็ญ เบญจชัย (2550, หน้า 16-37) ได้อธิบายถึงปัจจัยที่ทำให้กระบวนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพ ได้ผลถูกต้อง แม่นยำ ตามโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ไว้ มีดังนี้

1. ผู้ตรวจ และ ผู้ทำ Pap smear ปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลักการ ดังนี้

1.1 จัด position ของผู้รับการตรวจ (นอนท่า Lithotomy) ให้พอเหมาะสมสะดวกต่อการใส่ speculum และมองเห็นภายในช่องคลอดชัดเจน

1.2 Adequate smear โดยต้องเก็บเซลล์จาก Ectocervix เพื่อตรวจ Squamous cell, Endocervix เพื่อตรวจ Endocervical cell หรือ Glandular cell และ Transformation Zone เพื่อตรวจ Metaplastic cell

1.3 ในกรณีที่ผู้รับการตรวจมีเลือดออกที่ไม่ใช่ประจำเดือน หรือ หมดประจำเดือนไปแล้ว และมีเลือดออกกะปริบกะปรอย ต้องเก็บเซลล์จาก Posterior vaginal fornix นำมาป้ายบน slide ด้วย เนื่องจากเซลล์เยื่อบุผนังมดลูก (Endometrium) อาจหลุดลงมาอยู่ที่ Posterior vaginal fornix

1.4 ผู้ตรวจเก็บเซลล์เยื่อบุปากมดลูกอย่างถูกต้อง

2. ระยะเวลา และ ช่วงเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บเซลล์มาตรวจ

2.1 ในวัยเจริญพันธุ์ แนะนำให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นระยะที่มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง (high estrogen level) ซึ่งภาวะนี้จะมีจำนวน endocervical cell ออกมามาก ระยะที่มีจำนวน endocervical cell ออกมาจำนวนน้อย คือ ระยะ high progesterone ผู้ที่อยู่ในกลุ่ม high progesterone ได้แก่ 1. ผู้หญิงที่คุมกำเนิดโดยใช้ Depo-provera หรือ oral contraception pill ที่มี high progesterone 2. ผู้หญิงที่อยู่ระหว่างตั้งครรภ์ หลังคลอด และกำลังให้นมบุตร

2.2 Post menopausal women มี low estrogen จะมี endocervical cell ออกมาน้อย

2.3 ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน มารับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

2.4 ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้ว รับการตรวจได้ทุกเวลา

2.5 ในรายที่มีเลือดออกตลอดเวลา ไม่ควรจะรอจนเลือดหยุด เพราะเลือดอาจไม่หยุด ควรมารับการตรวจหรือปรึกษาแพทย์ทางสูตินรีเวช แพทย์จะให้ยาบางชนิดเพื่อหยุดเลือดชั่วคราว

3. ผู้รับการตรวจ มีการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ดังนี้

3.1 ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน (ในช่วง 24 ชั่วโมง) เพราะอาจมีสารหรือยาปนเปื้อน

3.2 ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดก่อนมาตรวจ 48 ชั่วโมง

3.3 ห้ามล้างหรือทำความสะอาดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมงก่อนมาตรวจ เพราะอาจไม่มีเซลล์เหลือให้ตรวจ

3.4 งดการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนมารับการตรวจ 48 ชั่วโมง

3.5 ถ้ายังอยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (cervicitis) ให้รักษาก่อน แล้วจึงทำ Pap smear เข้าภายใน 7-6 สัปดาห์

4. อุปกรณ์ ที่ใช้ในการตรวจถูกต้องและเหมาะสม

4.1 เตียง ใช้เตียงตรวจภายในธรรมดา อาจใช้เตียงสำหรับตรวจโรคธรรมดาก็ได้และมีสิ่งช่วยหนุนสะโพกคนไข้ให้สูงขึ้น

4.2 ไฟ ควรเป็นชนิดรวมแสง ส่องเฉพาะที่

4.3 ถุงมือ ขนาดต่างๆ ที่เหมาะสมกับขนาดมือผู้ที่จะทำการตรวจ

4.4 Speculum ขนาดต่างๆ ตั้งแต่เล็ก กลาง ใหญ่ สั้นและยาว

4.5 Spatula สำหรับเก็บหรือป้ายเอาเซลล์ที่ต้องการตรวจ จะต้องมีความเหมาะสมสามารถเก็บเซลล์จากจุดก่อตัวของมะเร็งปากมดลูกทั้งจากปากมดลูกส่วนนอก (ectocervix), ส่วนใน (endocervix) และ T-Zone

5. กระบวนการจัดการสไลด์ Pap Smear ถูกต้องตามหลักวิธี

5.1 มีการซักประวัติและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาอย่างครบถ้วนหรือเพียงพอ

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ เลขที่บัตรประชาชน ที่อยู่ สถานที่ตรวจ เลขที่รพ.(ถ้ามี) วันที่ตรวจ ชื่อผู้ทำ Pap smear

5.1.2 ข้อมูลทางนรีเวช ได้แก่ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ ต้องระบุว่า specimen ได้มาจากส่วนใด (Vaginal, Cervical, Endocervical, Endometrium หรือส่วนอื่นๆนอกเหนือจากนั้น)

ประวัติการตั้งครรภ์ (Para1-2-3-4, Last) การมีประจำเดือน (LMP กรณีที่หมดประจำเดือนให้บอก ว่าหมดไปนานเท่าใด) และการคุมกำเนิด

5.1.3 ข้อมูลทางการรักษา ได้แก่ การผ่าตัดของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ การเคย ได้รับการฉายแสงบริเวณอุ้งเชิงกราน การใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน

5.1.4 ประวัติอื่นๆ เช่น ประวัติการเป็นมะเร็งในอวัยวะใกล้เคียง ประวัติการ ตรวจ Pap Smear ครั้งสุดท้าย รวมทั้งการวินิจฉัยโรคทางคลินิกอื่นๆ

5.2 การจัดการกับ สไลด์

5.2.1 การเตรียมแผ่นสไลด์ เตรียม สไลด์ 1 แผ่นต่อผู้รับการตรวจ 1 คน และ เขียนรายละเอียด ลงบน ส่วนผ้าของสไลด์ โดยใช้ดินสอ HB ไม่ควรใช้ 2B ข้อมูลที่เขียนได้แก่ ชื่อ นามสกุล อายุ HN หรือสถานที่ทำการตรวจ

5.2.2 ป้ายเซลล์ลงแผ่นสไลด์ โดยใช้ spatula แล้วนำมาป้ายบน slide ทำการ ป้ายจากด้าน frosted end ไปทางด้านใส โดยป้ายให้เรียบ บาง พลิก spatula ป้ายอีกด้านของ spatula ป้ายไปในทางเดียวกัน ไม่กดแรงมาก ป้ายอย่างรวดเร็ว

5.2.3 นำสไลด์ไปแช่ใน ภาชนะที่บรรจุ 95% ethyl alcohol ทันทีโดยไม่ให้สไลด์ ชิดกัน ทิ้งไว้อย่างน้อย 30 นาที ก่อนผึ่งให้แห้งแล้วจัดส่งห้องปฏิบัติการให้เร็วที่สุด ในกรณีที่ ห้องปฏิบัติการอยู่ในหน่วยงานเดียวกัน แต่ถ้าต้องส่งห้องปฏิบัติการภายนอก ให้แช่ใน 95% ethyl alcohol อย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือข้ามคืน (1วัน) เพื่อให้เกิดการ fix slide อย่างสมบูรณ์ วันรุ่งขึ้นจึง นำมาผึ่งให้แห้งที่อุณหภูมิห้อง แล้วจัดส่งหน่วยอ่านเซลล์วิทยา

5.3 มีการเก็บเซลล์ได้ตรงตามตำแหน่ง และมีปริมาณมากเพียงพอ ในการตัดสิน specimen adequacy ใน 1 Slide ได้แก่ ต้องตรวจพบจำนวนเซลล์มากกว่า 8,000 เซลล์ อาจมี องค์ประกอบอื่นคือ พบเซลล์จาก Transformation zone และคุณภาพการป้าย ต้องบางและมีความ สม่ำเสมอ

5.4 ระยะเวลาในการส่งส่งตรวจไปอ่านผล ในการจัดส่งสไลด์ ไปหน่วยอ่านเซลล์ วิทยา เพื่อให้สามารถอ่านผลได้ภายในเวลาที่เหมาะสม โดยเซลล์ยังอยู่ในสภาพดี ต้องดำเนินการ ดังนี้

5.4.1 จุ่มสไลด์ทันทีหลังป้ายอย่าปล่อยให้ สเมียร์แห้งก่อนจุ่ม

5.4.2 แช่สไลด์ทิ้งไว้ 30 นาทีถึง 12 ชั่วโมง

5.4.3 ในกรณีส่งแบบแห้งให้นำสไลด์ ผึ่งให้แห้งในอุณหภูมิห้อง



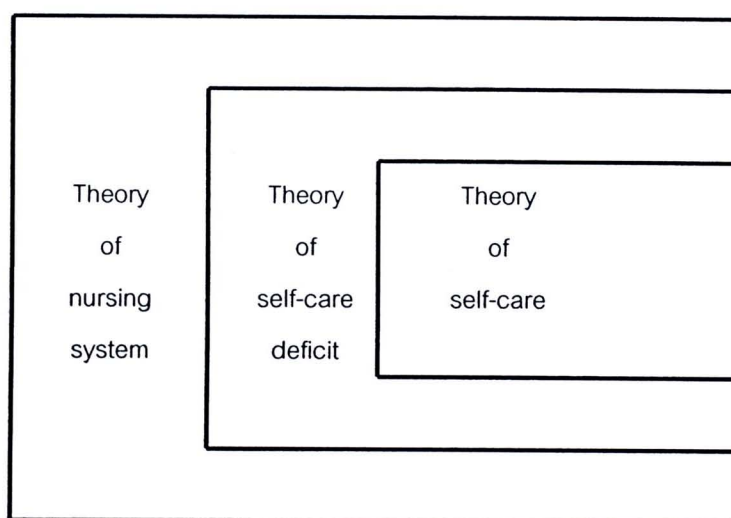
5.4.4 ในกรณีส่งแบบเปียก ให้ใช้ภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันการระเหยหรือหกนอกภาชนะ

5.4.5 บรรจุสไลด์ ในวัสดุที่สามารถป้องกันการแตกในระหว่างขนส่ง และควรนำส่งห้องปฏิบัติการภายใน 1 สัปดาห์ ไม่ควรเก็บสไลด์ที่ฝังแห้งแล้วนานเกิน 1 สัปดาห์ เมื่อยอมทำให้ยากต่อการแปลผล

6. ความชำนาญ และ คุณภาพ ของผู้อ่านเซลล์วิทยา

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) และทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ซึ่ง ทฤษฎีย่อยทั้งสามทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวพันกัน กล่าวคือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง เป็นทฤษฎีที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่าง ๆ ทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับกิจกรรมที่บุคคลกรทำในการดูแลตนเอง สำหรับทฤษฎีการดูแลตนเองบกพร่องอธิบายถึงสาเหตุของการที่บุคคลต้องการการพยาบาลว่าบุคคลจะได้รับประโยชน์อย่างไรจากการพยาบาล โดยกล่าวถึงการที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอจึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ซึ่งสัมพันธ์ต่อทฤษฎีสุดท้าย คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นทฤษฎีที่เสนอระบบการดูแลผู้ป่วย โดยออกแบบระบบการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในการช่วยให้บุคคลดูแลตนเองทฤษฎีระบบการพยาบาลให้ความสำคัญกับพยาบาลว่าเป็นผู้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลของผู้ป่วย



ภาพ 2 แสดงองค์ประกอบของทฤษฎีการดูแลตนเอง

ที่มา : Orem, 2001, p.141

การดูแลตนเอง (Self-Care: SC)

เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำอย่างจงใจ และมีเป้าหมาย เพื่อดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่พึ่งพา เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรม การเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม (Orem, 2001 pp.143-145) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลตนเอง โดยบุคคลจะต้องคำนึงถึงความสำคัญของการดูแลตนเองนับว่า จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตน ทั้งนี้ต้องเข้าใจในความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อมภายนอก มีความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งระยะนี้จะมีการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่จะประสงค์กระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ติดตามผลของกิจกรรม ในการดูแลตนเองมีหลายระดับ ตั้งแต่ระดับป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ การดูแลตนเองในระดับป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลทั่วไป ควรปฏิบัติ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี ซึ่งโอเรมเรียกว่าเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) ส่วนการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดว่าเป็นการดูแล

ตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) สำหรับการดูแลตนเองมีรายละเอียดดังนี้

การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ประกอบด้วย การดูแลเพื่อให้ได้รับอากาศ น้ำ อาหารอย่างเพียงพอ มีการขับถ่ายที่เป็นปกติ และจัดการกับสิ่งปฏิกูลได้อย่างเหมาะสม การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน และการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ และการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข

การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโต เข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรค ต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้อง เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการการดูแลตนเองที่จำเป็น

การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจาก การบาดเจ็บ หรือเกิดการเจ็บป่วยการประกอบด้วย การปรับตัวยอมรับกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ การเรียนรู้ในการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคและการรักษา การรับรู้และสนใจในพยาธิสภาพของโรคที่กำลังเป็น และเรียนรู้ที่จะอยู่กับสภาวะที่เป็นอยู่

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self - care Demand : TSCD)

หมายถึง มาตรการในการดูแลตนเองในช่วงระยะเวลาและ ในบางสถานการณ์หนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ซึ่งการเลือกกิจกรรมการดูแลนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องการดูแลในแต่ละสถานการณ์ควรมีการประยุกต์ใช้แนวทางหรือเทคโนโลยีที่เฉพาะเจาะจงเพื่อตอบสนองอย่างเหมาะสมตามความต้องการ ตามระยะพัฒนาการ การดูแลสุขภาพเบี่ยงเบน และการดูแลสุขภาพที่จำเป็น (Orem, 2001, p. 52) เช่น การรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สตรีวัยเจริญพันธุ์ต้องทราบถึงความสำคัญการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงวัยที่มีความจำเป็น ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การจัดการตนเองเพื่อให้ได้รับบริการตรวจคัดกรอง ทั้งนี้เพื่อเกิดลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย และความปลอดภัยในการดำรงชีวิต ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวนี้ คือความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แต่การจะเข้าใจกระบวนการการดูแลตนเองที่จำเป็นนั้นต้องเข้าใจปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐานที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors : BCFs)

เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มี

อิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ปัจจัย พื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล 10 ปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ระบบสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย และแหล่งประโยชน์การเข้าถึงบริการ (Orem, 2001, p. 245)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency : SCA)

หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจงใจ แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบ เรียกว่า Dependent – care Agency (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต, 2536 หน้า 65) ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถเบื้องต้นที่จำเป็น เพื่อใช้สำหรับความสามารถในระดับที่ 2 ในลำดับต่อไป (Gast et al., 1989) ความสามารถในระดับนี้ ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกการรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ เข้าใจ ห่วงใยและการยอมรับในตนเอง การจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ และความสามารถที่จะจัดการกับตนเอง

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) ได้แก่ ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถในการควบคุมพลังงาน และการเคลื่อนไหวของร่างกายในการริเริ่มการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง สามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และนำความรู้ไปปฏิบัติ มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญา การรับรู้ จัดทำ ติดต่о และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเอง สามารถจัดระบบการดูแลตนเอง สอดแทรกการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต และการกระทำการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องได้

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) ประกอบด้วย

1. การคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อม (Estimative operation) เป็นกระบวนการแสวงหาความรู้ และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นที่ต้องกระทำ ต้องทราบ ความหมาย และวิธีการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลนั้น

1.1 การเปลี่ยนแปลง (Transition operation) เป็นกระบวนการวางแผนและ ตัดสินใจเลือกว่า กิจกรรมการดูแลตนเองใดควรจะทำ ซึ่งผู้ป่วยจะต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และตระหนักถึงคุณค่าของการกระทำนั้น

1.2 การลงมือปฏิบัติ (Productive self care operation) เป็นการกระทำ กิจกรรมการดูแลตนเองและประเมินผล รวมถึงการตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นต่อไป หรือเลิก กระทำ

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

Orem (1991, pp. 287-291) ได้แบ่งตามชนิดของการดูแลโดยใช้เกณฑ์การควบคุมการ เคลื่อนไหวและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ดังนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติ การดูแลตนเองได้เป็นส่วนใหญ่ ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวร่างกายได้ ไม่สนใจเอาใจใส่ในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเองได้ แม้ว่าจะ สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ก็ตาม (Orem, 1991, p. 289)

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory system) ใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดใน การปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง พยาบาลช่วยชดเชยข้อจำกัดนั้น รวมทั้งช่วยสอนและให้คำแนะนำ เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเองต่อไป (Orem, 1991, p. 291)

3. ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive- educative system) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติ การดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่ง ความสามารถในการดูแลตนเอง (Orem, 1991, p. 291)

Orem (2001, pp. 56-60) ได้กล่าวถึงแนวทางการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองในสถานการณ์ที่หลากหลาย ที่สอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาลมี 5 วิธี ดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายาม ป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนา ความสามารถเพื่อตอบสนองความ ต้องการในการดูแลตนเอง

5. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ

การพยาบาลในกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน (Rational For Nursing For Multiperson units, Families, and Communities)

การดูแลกลุ่มบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นการให้บริการของพยาบาลสามารถกระทำได้โดยให้ประสบการณ์และความรู้และกระแสเปลี่ยนแปลงซึ่งกันและกัน จากการที่มนุษย์มีพื้นฐานทางปรัชญาที่ดีคือ มนุษย์มีการเจริญเติบโต มีการพัฒนาสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง มีความพึ่งพากัน นำไปสู่ ความเข้าใจที่ถูกต้องที่ดี ความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน การดูแลมิได้จบเพียงดูแลด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ของบุคคลในชุมชน แต่ยังตระหนักว่ามีระดับของการเป็นอยู่ที่ดียิ่งขึ้นประกอบด้วย คุณภาพของความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน และ ผลลัพธ์ของความสัมพันธ์ในแต่ละกลุ่มคนนั้นๆ เมื่อเป็นกลุ่มคน ที่รวมหลายหน่วยงานจุดมุ่งหมายของพยาบาล คือการมุ่งเน้นการดูแลเป็นกลุ่มบุคคลและมุ่งเน้นความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่าง ระบบการดูแลตนเองของแต่ละคนที่อยู่ในแต่ละสถานการณ์ และความใส่ใจในการดูแลรักษาของพยาบาลตามความต้องการการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล พยาบาลต้องทำงานด้วยการมีความเฉพาะในแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพจะส่งผลสถานะสุขภาพของชุมชนนั้น พยาบาลอาจต้องทำหน้าที่ทั้งการดูแลเฉพาะบุคคล และการดูแลที่เป็นกลุ่มคน กลุ่มคนกลุ่มหนึ่งที่มาอยู่ร่วมกัน มีความต้องการที่หลากหลาย บางคนไม่ได้เป็นครอบครัวเดียวกัน แต่ต้องมาอยู่ร่วมกัน ทำกิจกรรมรวมกันในชุมชน กลุ่มบุคคล นั้นอาจรวมถึงกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ ความผูกพันกัน และกลุ่มถูกจัดให้มาอยู่รวมกัน ในขณะเดียวกันพยาบาลอาจต้องทำงานร่วมกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นผู้ที่มีความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละพื้นที่ร่วมกันดำเนินการ ซึ่งนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีที่เหมาะสมตามพื้นที่นั้นๆ (Orem, 2001, pp.397 - 399)

แนวทางการดำเนินการพยาบาลในชุมชน ดำเนินการโดย กำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน , การกระตุ้นให้แรงจูงใจ , การให้ความรู้หรือทักษะแก่สมาชิกในกลุ่ม ควรมีข้อกำหนดสำหรับองค์กรหรือชุมชน ที่ก่อให้เกิดความร่วมมือกันที่จะนำไปสู่การปรับปรุงให้ดีขึ้นตามสภาพที่เหมาะสม (Orem, 2001, p.400) โดยมีจุดมุ่งหมายของการพยาบาลคือ

1. ส่งเสริมเพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลตนเองที่จำเป็น
2. ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญภายใต้ความรู้ที่หลากหลาย
3. นำไปสู่การพัฒนา และการบริหารจัดการให้เกิดความร่วมมือของกลุ่มชุมชนนั้นๆ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม ซึ่งได้อธิบายถึง การปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่ม และกระทำอย่างจริงจังและมีเป้าหมาย เพื่อการดูแลตนเองคงไว้ซึ่งการดำเนินชีวิต สุขภาพ และความผาสุกของตน ในแต่ละสถานการณ์ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว และชุมชน

ซึ่ง ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ของสตรีนั้น มีความเสี่ยงต่อการเกิดความไม่สมดุลของภาวะสุขภาพในหลายด้าน โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในโรคที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิตของสตรีทั่วโลกดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น สตรีในช่วงวัยเจริญพันธุ์จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก แต่ก็ยังพบว่าสตรียังขาดการดูแลตนเองในการค้นหาและป้องกันการลุกลามของโรค ทั้งนี้อาจมีหลายปัจจัยที่ส่งผลความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม มาเป็นแนวทางประเมินปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองทั้งจากตัวผู้รับบริการ และรูปแบบการตรวจคัดกรองของหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นอยู่ อีกทั้งประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ที่อาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องต่อการดูแลตนเองในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่ไม่มีข้อจำกัดทางด้านสุขภาพ และยังสามารถช่วยเหลือตัวเองด้านกายภาพได้ในระดับหนึ่ง ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive- educative system) ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและการสนับสนุน ผสมผสานกับ แนวทางการดำเนินการพยาบาลในชุมชนของโอเรม โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา มาพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการปฐมภูมิ

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

1. การดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จตุพล ศรีสมบุรณ์ (2551, หน้า 3-4) กล่าวว่าโรคมะเร็งปากมดลูกแม้ว่าจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง ครอบครัว และ สังคม แต่ก็สามารถป้องกันและควบคุมได้ใน 3 ระดับ คือ

1.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการเลี่ยงสาเหตุ หรือลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันไม่ให้ปากมดลูก ติดเชื้อ HPV ได้แก่

- 1.1.1 เลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยและลดจำนวนคู่นอน ไม่ควรสำส่อนทางเพศ
- 1.1.2 ควรใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
- 1.1.3 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ร่วมเพศ (Safe Sex)
- 1.1.4 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อการติดเชื้อ HPV ได้แก่ การฉีดวัคซีน HPV กระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันไม่ให้มดลูกติดเชื้อ HPV

1.1.5 การปรับเปลี่ยนอนามัยส่วนบุคคล ได้แก่ การทำความสะอาดภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ หรือการขลิบเยื่อหุ้มปลายอวัยวะเพศชายออกเพื่อความสะดวกในการทำ ความสะอาด

1.1.6 งดการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.1.7 เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากหรือมีเลือดออกทางช่องคลอด นอกเหนือจากประจำเดือน หรือเจ็บในช่องคลอด ควรปรึกษาแพทย์

1.2 การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ คือการตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่า ระยะก่อนมะเร็ง (precancerous) และระยะก่อนลุกลาม (preinvasive) ซึ่งปัจจุบันมีความพยายามนำวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรูปแบบต่างๆ มาใช้ สำหรับในประเทศไทย ที่เป็นที่ยอมรับใช้ คือการตรวจคัดกรอง โดยวิธี Pap smear

1.3 การป้องกันตติยภูมิ การป้องกันระดับนี้เป็นการป้องกันเมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว คือการรักษา มะเร็งปากมดลูกและการรักษาประคับประคองเพื่อให้หายจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. การดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก / การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ

แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ คือ การตรวจคัดกรองที่สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก โดยส่งผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงกับกลุ่มเป้าหมายน้อยที่สุดซึ่งเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพต้องมีระบบบริหารจัดการที่ดี (นครินทร์ ศิริทรัพย์, 2548 หน้า 149) มีดังนี้

2.1 มีการกำหนดประชากรเป้าหมายและกลุ่มเฉพาะ

2.2 มีการกำหนดอายุที่เริ่มตรวจคัดกรองและความถี่ในการตรวจ จากผลการศึกษาขององค์การวิจัยนานาชาติ (IARC) พบว่าการที่จะลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้นั้น ถ้าสามารถทำการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกให้ได้ครอบคลุมจำนวนประชากรร้อยละ 80 โดยการทำ Pap smear ทุกปี ช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 60 หากทำทุก 3 ปี จะลดได้ร้อยละ 61 เช่นกัน แต่หากทำทุก 5 ปี ก็ยังสามารถลดได้ถึงร้อยละ 55 แต่ในทางกลับกันถ้าสามารถทำการครอบคลุมเพียง ร้อยละ 30 แม้ว่าจะทำการตรวจ Pap smear ให้กับสตรีทุกๆปี จะช่วยลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้เพียง ร้อยละ 15 เท่านั้น ดังนั้นการที่สตรีได้รับการตรวจ Pap smear กลุ่มเป้าหมายมากที่สุดจึงเป็นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกที่ดีที่สุด จากการสำรวจจำนวนสตรีไทยอายุระหว่าง 30-60 ปี พบว่ามีจำนวนประมาณ 10 ล้านคน และประเทศไทยมี

cytotechnician ที่สามารถปฏิบัติงานจริงสามารถทำการตรวจสไลด์ ของ Pap smear ได้ประมาณ 2 ล้านแผ่นต่อปี ฉะนั้นการทำ Pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปี หรือ 2 ล้านคนต่อปี จึงเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และหากเราสามารถทำ Pap smear ให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของสตรีไทยที่ตั้งเป้าหมายไว้ คาดว่าจะลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยได้ประมาณร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี (ธีรวิมล คุหะเปรม, 2550, หน้า 5)

2.3 มีการติดต่อชักชวน การประชาสัมพันธ์ที่ดี

2.4 มีการให้ความสะดวกในการบริการ เช่น เวลา สถานที่

2.5 มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและแจ้งผลการตรวจถึงแม้ผลปกติ

2.6 มีการควบคุมคุณภาพการตรวจ เจ้าหน้าที่ผู้เก็บส่งตรวจ เจ้าหน้าที่ชันสูตร

กระบวนการตรวจคัดกรอง การแปลผล

2.7 มีการประเมินโครงการ กำแพง จาตุจินดา และคณะ (2547, หน้า 15) ได้เสนอวิธีการประเมินผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่น่าเชื่อถือที่สุดคือวิธี Radomized controlled trial ที่มีการออกแบบและดำเนินการวิจัยที่เหมาะสม ส่วนผลลัพธ์ที่นิยมใช้ในการวัดผลของหารตรวจคัดกรอง มีดังนี้

2.7.1 จำนวนการตายที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้หากได้รับการตรวจฯ

2.7.2 จำนวนปีของการมีชีวิตที่ยืนยาว

2.7.3 จำนวนปีที่สูญเสียสุขภาพ

2.7.4 ผลกระทบทางเศรษฐกิจที่เกิดจากโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น จำนวนเงินค่ารักษาที่ประหยัดในการที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่เริ่มแรก มูลค่าการสูญเสียจากภาวะทุพพลภาพ หรือไม่สามารถทำงานได้เมื่อเกิดโรค

3. ความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ

หน่วยบริการระดับปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข มีหน้าที่และความรับผิดชอบ จัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวม บูรณาการ ประชาชนเข้าถึงบริการได้สะดวก และมีระบบการให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกันหรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยประชาชนมีส่วนร่วม (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2552, หน้า 88)

อารี วลัยะเสวีและคณะ (2542) ให้ความสำคัญของหน่วยบริการปฐมภูมิ ว่าจากปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในอนาคต และแนวคิดในการจัดบริการสุขภาพ

นับว่าหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญในระบบบริการสุขภาพด้วยเหตุผลสำคัญ คือ

1. บริการระดับปฐมภูมิสามารถให้บริการในลักษณะบูรณาการ โดยมีการผสมผสานกิจกรรมด้านรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรคได้ดีที่สุด ทำให้เกิดบริการแบบองค์รวม อย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในอนาคตที่แนวโน้มปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังต่างๆ ทวีความสำคัญมากขึ้น นอกจากนี้สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิยังเป็นจุดที่สามารถสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมและการป้องกันโรคได้ดีที่สุดด้วย
2. บริการระดับปฐมภูมิเป็นบริการที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด ชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมและสามารถสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนได้
3. ต้นทุนในการจัดบริการระดับปฐมภูมิไม่สูงมาก โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับการจัดบริการที่ระดับโรงพยาบาล การจัดระบบบริการสุขภาพโดยให้สถานบริการระดับปฐมภูมิทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลการเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุข โดยประชาชนต้องมาใช้บริการก่อนไปสู่สถานพยาบาลในระดับอื่นที่สูงขึ้น

4. การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีผู้ที่ศึกษาและอธิบายเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

ทองหล่อ เดชไทย (2538) กล่าวว่า การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขนั้นมีส่วนประกอบของโครงสร้างเหมือนกับการบริหารจัดการงานอื่น ประกอบไปด้วย 3 ส่วนคือ 1 ปัจจัยนำเข้า (Input) เป็นส่วนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับใช้ดำเนินงาน ซึ่งประกอบไปด้วย คน (Man) เงิน (Money) วัสดุอุปกรณ์ (Material) และวิธีบริหารจัดการ (Management) 2 กระบวนการบริหาร (Process) เป็นขั้นตอนการจัดการที่ช่วยให้งานดำเนินบรรลุวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดองค์กร การบริหารงานบุคคล การอำนวยความสะดวกและการบัญชาการ การประสานงาน การรายงาน และการงบประมาณ 3 ผลสัมฤทธิ์ (Output) หมายถึงผลผลิตหรือบริการที่ให้แก่ประชาชน

ไพโรจน์ เพชรคง (2539) กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่เป็นอุดมการณ์ เป็นความหวังและเป็นสภาพที่ดีกว่า มีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่ง ให้ดีขึ้นกว่าเดิม การพัฒนารูปแบบสามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะ คือพัฒนาจากระบบย่อยสู่ระบบใหญ่ และพัฒนาจากระบบใหญ่สู่ระบบ

ย่อย ซึ่งมีวิธีการกำหนดขั้นตอน กำหนดวิธีระบบ การจัดเรียงองค์ประกอบตามลำดับก่อนหลังการ แสดงขั้นตอน การอธิบายรายละเอียดทุกขั้นตอนและกำหนดชื่อระบบที่พัฒนาขึ้น

นันทา อ่วมกุล และจิตนา พัฒนพงศ์ธร (2546) ได้ให้แนวทางการพัฒนารูปแบบ บริการสุขภาพว่า รูปแบบบริการสุขภาพจะต้องมีความสมดุลทั้งในเรื่องส่งเสริม ป้องกันการ เจ็บป่วย ควบคู่ไปกับการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ระบบบริการสุขภาพจะต้องให้ ความสำคัญต่อบทบาทของชุมชนและภาคส่วนอื่นในสังคมรวมทั้งสนองต่อความต้องการของ ชุมชน ประชาชน สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อของท้องถิ่นนั้นๆ

วิลาวัณย์ เสนารัตน์ (2546) ได้ผลการศึกษาการปฏิรูประบบบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ ว่า ระบบการบริการสุขภาพและรูปแบบการให้บริการสุขภาพจึงต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้ สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นระบบ บริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสุขภาพ เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างประชาชนกับระบบบริการสุขภาพ เป็นบริการสุขภาพที่จำเป็นและประชาชนสามารถเข้าถึงง่าย เป็นบริการที่จัดให้ประชาชนในทุก ภาวะของสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่องตั้งแต่การมีสุขภาพที่ดี ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย และระยะสุดท้ายของชีวิต โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนและครอบครัวในการดูแล ตนเอง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการมีส่วนร่วมของชุมชน ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามสถานการณ์และบริบทของสังคม

ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ (2552) ให้แนวทางในการจัดการรูปแบบการแก้ไขปัญห าสุขภาพตามบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล พบว่า การดำเนินงานบริการใน ระดับตำบลอาจมีการปรับเปลี่ยนบทบาทในการจัดการปัญหา ตามบริบทของพื้นที่และสภาพ ปัญหา ในกรณีที่เป็นพื้นที่ชนบท ก้นดาร์ มีความจำเป็นต้องเข้าถึงบริการโดยใช้ช่องทางต่างๆ เช่น การออกหน่วยบริการเชิงรุกในพื้นที่ (รักษา ส่งเสริม ป้องกัน) การสร้างหน่วยบริการขนาดเล็กที่ใช้ คนในพื้นที่ให้บริการ การสร้างช่องทางให้คำปรึกษาในพื้นที่ ผ่านวิทยุ โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต

5. บทบาทพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ต้องใช้องค์ความรู้หลายด้าน ในการผสมผสานการปฏิบัติงาน ไม่ว่าจะเป็นด้านวิชาชีพทางการพยาบาล ด้านสาธารณสุข จิตวิทยา และสังคม (รวมพร คงกำเนิด, 2554) บทบาทของบุคลากรพยาบาลจะต้องมี ความสามารถในการจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่ แท้จริงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชนได้ สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกัน ได้ดี ขณะเดียวกันต้องทำหน้าที่เสริมสร้าง ศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่าง เหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน

เพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลซึ่งเป็นหน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ (วิลาวณีย์ เสนารัตน์, 2546)

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีดังนี้ (ชนิษฐา นันทบุตร และคณะ, 2547 หน้า 41-43)

5.1 ผู้จัดการสุขภาพแบบองค์รวม

5.1.1 ผู้จัดการด้านสุขภาพ เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุด คุ่มค่า คุ่มทุน

5.1.2 ผู้นำการเปลี่ยนแปลง ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในสถานการณ์ต่างๆ

5.1.3 เป็นผู้วางแผนให้บริการ ประเมินภาวะเสี่ยงทั้งจากความเจ็บป่วย โรค ภาวะคุกคามที่มีต่อสุขภาพ ติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอทั้งในระดับบุคคล ชุมชน ครอบครัว

5.1.4 การสร้างกลไกการทำงานร่วมกับองค์กรที่มีภารกิจทับซ้อนเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นรูปธรรม

5.1.5 เป็นผู้ประสานงาน ติดต่อสื่อสารกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.1.6 ผู้ปกป้องและพิทักษ์สิทธิของผู้ให้บริการ คุ่มครองผู้บริโภคสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ

5.1.7 การเข้าร่วมทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพ

5.2 ผู้ให้บริการ

5.2.1 ผู้ให้บริการเชิงรุก เน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค

5.2.2 เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาโรคเบื้องต้นและโรคฉุกเฉิน

5.2.3 เป็นผู้ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ

5.2.4 เป็นผู้ให้ความรู้ คำปรึกษา คำแนะนำ เรื่องโรค ความเจ็บป่วย ภาวะสุขภาพ และการเสริมสร้างสุขภาพ ทั้งในระดับ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทุกวัย

5.3 ผู้นิเทศและติดตาม

5.3.1 เป็นแบบอย่างที่ดี เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง

5.3.2 สนับสนุนการทำงานเป็นทีม

5.3.3 การให้กำลังใจ

5.3.4 การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน

5.3.5 การให้คำปรึกษา ความรู้ ตามลักษณะงานในพื้นที่

5.3.6 การควบคุมคุณภาพและมาตรฐานการบริการสุขภาพ

5.4 พยาบาลชุมชน

5.4.1 การดูแลในทุกมิติของประชาชน

5.4.2 การจัดตั้งเครือข่ายการดูแลสุขภาพ

5.4.3 การดูแลต่อเนื่อง

5.4.4 การดูแลครอบครัว

5.4.5 บทบาทการป้องกันโรคและการส่งเสริมอนามัย

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะเห็นได้ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการดำเนินงานป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิที่มุ่งเน้นค้นหาการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกที่สามารถรักษาให้หายได้ การดำเนินงานตรวจคัดกรองให้มีประสิทธิภาพนั้น นอกจากการดำเนินงานตามแนวทางการตรวจคัดกรองตามที่นโยบายกำหนดไว้ ยังจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองให้เหมาะสมตามบริบทของหน่วยบริการและชุมชนผู้รับบริการ ในการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจึงควรมีการพัฒนารูปแบบบริการใหม่เพื่อแสวงหาทางเลือกแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ในการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ตั้งแต่ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ผู้นำชุมชน ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รวมทั้งทุกหน่วยงานที่มีส่วนช่วยในการสนับสนุน

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในการจัดการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการพยาบาลในชุมชน เป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งในการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เนื่องจากการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการบริการที่เฉพาะในกลุ่มสตรี มีความซับซ้อนในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการ การดำเนินงานต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย พยาบาลต้องใช้ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ โดยกระบวนการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบซึ่งมุ่งให้บริการ เชิงรุก การเสริมสร้างความเข้มแข็งและพลังอำนาจให้แก่บุคคลรวมทั้งชุมชนให้สามารถรับผิดชอบและดูแลสุขภาพของตนเองในการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหน่วยบริการปฐมภูมิ จึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในหน่วยงานปฐมภูมิ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาขององค์ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก พบว่ามี การศึกษาที่ผ่านมาที่หลากหลายทั้งการศึกษาเชิงพรรณนา และการศึกษาเชิงปฏิบัติการในกลุ่ม สตรีในพื้นที่ต่างๆที่หลากหลาย ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็น ความเชื่อ ความรู้ ที่เกี่ยวข้องกับตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เรณู กาวิละ (2537) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในกลุ่ม ตัวอย่าง 400 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบ ผลการศึกษา พบว่ามีอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอ ร้อยละ 14.7–22.03 อัตราการมารับบริการตรวจเป็นครั้งคราว ร้อยละ 30.57–39.53 และอัตราการไม่มารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 41.61–51.93 พบระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับ ปานกลางถึงดี ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ กับการมารับ บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ สถิติที่ระดับ 0.001 ความเชื่อด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ สถิติที่ระดับ 0.001 การรับรู้ถึงประโยชน์และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับ การมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญ สถิติที่ระดับ 0.001 ความรู้เรื่องโรคมี ความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรู้เรื่องโรคกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กัน

จิรนนท์ มงคลดี (2548) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการ สอนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกต กลุ่มสตรีตัวอย่างที่ใช้ในการสอนทนากลุ่ม มีอายุ 35-60 ปีจำนวน 32 คน ผลการศึกษาพบว่าความคิดเห็น 4 อันดับแรกในการมารับการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกคือ ความกลัว ไม่อยากเป็นมะเร็งปากมดลูก นโยบายการรณรงค์ของรัฐบาล การชักชวน ของกลุ่มสตรีด้วยกันเอง และประสบการณ์จากการเห็นผู้อื่นเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่ไปรับ การตรวจมะเร็งปากมดลูกในช่วงที่มีการรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยไปใช้บริการที่สถานี ออนามัยใกล้บ้าน สำหรับกลุ่มสตรีที่ไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความคิดเห็นว่า เป็นเพราะ ตนเองไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้หญิงมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยมากหรือไม่เป็นเลย ไม่มี ปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ เพราะไม่มีญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมา ก่อน ไม่สนใจและไม่มีเวลาไปตรวจเพราะต้องทำงาน ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มสตรีที่มา

รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่ามีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ของรัฐในปัจจุบันมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา

สุมาลี ครุฑอิน (2551) ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง เป็น สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 271 คนและสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 386 คน โดยใช้แบบทดสอบความรู้และแบบสอบถาม ผลการวิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งสองเรื่อง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Koval, Rainti and Foley (2006) ได้ศึกษาเรื่อง ผลกระทบด้านความรู้ ความเชื่อ ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมในสตรีชาวแมกซิโก ที่อพยพมาอยู่ในอเมริกาตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 70 คน การศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 เคยตรวจภายใน 6 ปี ที่ย้ายเข้ามาอยู่ในแมกซิโก ร้อยละ 37 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2 ครั้ง ใน 3 ปีที่ผ่านมา และร้อยละ 56 ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ 40 ปี ขึ้นไป ไม่เคยทำแมมโมแกรม ส่วนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมยังมีน้อย

Arrossi, Ramos, Paolino and Sankaranarayan (2008) ศึกษาความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับตรวจ Pap smear เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศอาเจนติน่า พบว่า ในจังหวัด Jujuy ซึ่งอยู่ในชนบท มีอัตราการตาย 15 ต่อ 100,000 คน สูงกว่า ในจังหวัด Buenos Aires ซึ่งอยู่ในเมืองหลวงซึ่งมีอัตราการตาย 4 ต่อ 100,000 จากการทำการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ปี 2005 พบว่าหญิงที่ได้รับการตรวจ Pap smear ต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ส่วนมากมีฐานะยากจน ไม่ได้แต่งงาน ไม่มีงานทำหรือไม่ยอมทำงาน การศึกษาต่ำ และในจำนวนนี้ไม่ได้รับการบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง ส่วนในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรอง Pap smear

Lin, et al. (2009) ได้ทำการศึกษารับรู้และประสบการณ์ ในการตรวจคัดกรอง Pap smear ในกลุ่มผู้ป่วยที่สถิติไม่สมประกอบในประเทศไต้หวัน ดำเนินการศึกษาโดยการสำรวจการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง การส่งไปรษณียบัตรในกลุ่มเป้าหมาย 168 คน ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 41.7 ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ในจำนวนนี้ ร้อยละ 72.5 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear ร้อยละ 51.5 ได้รับแค่การตรวจคัดกรองเบื้องต้น และร้อยละ 90 มีความต้องการที่จะตรวจ Pap smear แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงกลุ่มนี้ให้ความร่วมมือต่อ

และเข้าใจความสำคัญของการตรวจ Pap smear ดังนั้นจึงควรมีคลินิกที่ตรวจ Pap smear สำหรับสตรีที่มีสติไม่สมประกอบโดยเฉพาะ

Winkler, et al. (2007) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของสตรีในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยใช้โปรแกรม ทางทิศเหนือของประเทศเปรูในประเทศที่กำลังพัฒนายังพบว่ามีปัญหาในเรื่องของมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่ายังไม่มีระบบการตรวจคัดกรองที่ดี และการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำมาก คณะผู้วิจัยจึงศึกษาหารูปแบบการมีส่วนร่วมของสตรี ในการเลือกวิธีการตรวจคัดกรองโดยใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพ มีการศึกษาเปรียบเทียบในปี ค.ศ.2001 จำนวน 156 คน และในปี 2003 จำนวน 155 คน เป้าหมายคือสตรีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. งานวิจัยที่ศึกษาเหตุผล และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผัณสุ ชุมวรฐายี และบรรพิต ชุมวรฐายี (2550) ได้ศึกษาเหตุผลในการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังจากการได้รับการให้สุศึกษา โดยผู้วิจัยได้ให้สุศึกษาแก่อาสาสมัครอายุ 35 – 60 ปี จำนวน 200 คน จากชุมชนแห่งหนึ่ง ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ภายในระยะเวลา 1 ปี แล้วได้ติดตามดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหลังการให้สุศึกษา พบว่า หลังการให้สุศึกษาครั้งแรก ยังมีสตรีถึงร้อยละ 63 ที่ยังไม่ไปรับการตรวจ ด้วยเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่ว่าง ร้อยละ 67.5 รองลงมาคืออายุ ร้อยละ 32.5 และไม่มีอาการ ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ

ยุวภา ศรีจันทร์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่ศึกษา ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 276 คน เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.2) มีอายุระหว่าง 40-49 การศึกษาสูงสุด ประถมศึกษา ร้อยละ 89.9 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 73.2 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 91.0 กลุ่มตัวอย่างที่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีร้อยละ 88.0 และไม่เคยไปตรวจเลย ร้อยละ 12.0 เหตุผลหลักของการที่ไม่ไปตรวจเลยคือ ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

จุฑาทิพย์ อุดคณที (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถานีนอนามัย จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการวิจัยพบว่าผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถานีนอนามัยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 58.0 ลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 38.8 ปี สถานภาพสมรสคู่ และมี

ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตรวจคัดกรอง เฉลี่ย 6.99 ปี การรับรู้บทบาทหน้าที่โดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยพื้นฐานการบริหารงานอยู่ในระดับสูง แรงจูงใจในการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 คือแรงจูงใจในการปฏิบัติงานด้านปัจจัยจูงใจ และปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่สำคัญคือ กำลังคน และงบประมาณที่ไม่เพียงพอ ผลการศึกษาพบว่า การทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์สูงกับความรู้ ความสะดวกเมื่อเจ็บป่วยและการทำนายบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมาตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นมีผลมาจาก ความสนใจ การรับรู้เพิ่มขึ้นจากโปรแกรมที่ได้รับ วิธีการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. งานวิจัยที่ศึกษาผลของโปรแกรม และกิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลส่งเสริมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจ ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้วในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 3 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่า สตรีที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความรู้ มีเจตคติ และมีความตั้งใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และ สตรีที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความรู้ มีเจตคติ และมีความตั้งใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

วิโรจน์ วรรณภีระ และคณะ (2549) ได้ศึกษา การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสานในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายความรับผิดชอบของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก 25 แห่ง เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองในภาพรวมและกระบวนการรักษาแบบบูรณาการในโรงพยาบาล 2) ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อเพิ่มความรู้ทักษะ และความมั่นใจในการตรวจ 3) นำไปปฏิบัติในชุมชนโดยประยุกต์ใช้กระบวนการและรูปแบบการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมแก่บริบทแต่ละที่ 4) เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน กลุ่มเป้าหมายคือเจ้าหน้าที่และสตรีผู้มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55, 60 ปี ใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่มีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 81.2, 72.5 และ 79.3 ตามลำดับ ได้พัฒนานวัตกรรมการตรวจคัดกรอง และเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้น และได้ก่อตั้งชมรมสตรีด้านภัยมะเร็งในช่วงแรก 4 ชมรม การตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 45 และ 64.5 ในปี

2547 และ 2548 ตามลำดับ ความสุขของเซลล์ปากมดลูกผิดปกติมะเร็งไม่ลุกลาม และมะเร็งลุกลามระยะแรกเป็น 0.26, 0.23 และ 0.03 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและรักษาอย่างต่อเนื่องร้อยละ 92.1

ศรายุทธ อินทร์ (2549) ได้ศึกษาผลการให้สุขศึกษารายกลุ่มมีผลส่งเสริมต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจ ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-60 ปี ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 45 คน ได้จากสุ่มอย่างง่ายตามสัดส่วน โดยศึกษาตามแนวทางของทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom) ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้ดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สตรีกลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.008 สตรีกลุ่มเป้าหมายมีความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.005

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลส่งเสริมต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง ในกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน ได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอสื่อบุคคล และกระบวนการ Appreciation Influence Control (AIC) ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรม ค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และความแตกต่างของสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ชุตินา นามกุล (2550) ได้ศึกษาเพื่อหารูปแบบ การใช้แรงสนับสนุนจากคู่สมรส ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสามีของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ที่ไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงรณรงค์ ปี 2548 – 2549 จำนวน 50 คน และสตรีกลุ่มเป้าหมายจำนวน 50 คน โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมการ ได้รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม 2) ขั้นดำเนินการ ให้ความรู้แก่กลุ่มสามีและกลุ่มเป้าหมาย สร้างแรงจูงใจนำเสนอตัวแบบสามี ร่วมกับ

การใช้สื่อ แผ่นพับ ใบนัดตรวจ 3) ชั้นประเมินผล ใช้วิธีประเมินจากจำนวนของสตรีที่มารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการใช้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรม ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น กลุ่มสามีและกลุ่มสตรีเป้าหมายมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น สามีให้ความรู้ คำแนะนำ กระตุ้นเตือนให้ภรรยามารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 100

เนื่อทิพย์ ศรีอุตร (2550) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทาง สังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเขตสถานีอนามัยสร้างติ้ว อำเภอโนนสูง จังหวัดนครพนม โดยการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 35 – 60 ปี ที่ยังไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 46 คน ได้มาโดยการเลือกแบบสมัครใจมารับการอบรมด้วยโปรแกรมสุขศึกษา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุม ป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 91.30

เจริญสุข อัครพิพิธ (2550) ดำเนินการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูร ผลการวิจัย มีการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก สูติกรรม อายุรกรรม แผนกประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ หลังนำรูปแบบไปใช้โดยเปรียบเทียบกับสถิติปีที่ผ่านมา พบว่ามารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 18.70 เป็นร้อยละ 29.20 ความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลตรวจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 เป็นร้อยละ 78 อัตราการมาตรวจซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.3 เป็นร้อยละ 82.2 พบอัตราความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.1 เป็นร้อยละ 16.5 และอัตราการได้รับการดูแลรักษาในรายที่พบเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 92.9 เป็นร้อยละ 96.6

วศิน โพธิ์พฤษ และยุวดี อำพิน (2551) ดำเนินการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์แพทย์ชุมชนตลิ่งชัน อำเภอทพทัน จังหวัดอุทัยธานี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control : AIC) 2) ขั้นตอนการ 3) ชั้นประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มี

ประสิทธิภาพประกอบไปด้วย การประสานความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและชุมชน การจำแนกกลุ่มเป้าหมายตามระดับความยากง่ายของการตัดสินใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การใช้ตัวแบบที่ดี การอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการและการติดตามเยี่ยมบ้าน สิ้นสุดการวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ดำเนินการวิจัยประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35 – 60 เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย กลุ่มตัวอย่าง 78 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 39 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยาย การฉายวีดิทัศน์ ตัวอย่างมดลูกที่เป็นมะเร็ง ตัวแบบแผ่นพับ การเยี่ยมบ้าน การกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษา การประชุมกลุ่ม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ต่ออุปสรรค สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และพบว่ากลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อทดสอบความสัมพันธ์ของการสนับสนุน ทางสังคมกับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.001

สุภคสิริ เข้าประมงค์ (2551) ศึกษาเรื่องการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพสตรีการตรวจมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ตำบลในเมือง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งได้ประยุกต์แรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการศึกษา ในกลุ่มบุตรของสตรีกลุ่มเป้าหมายจำนวน กลุ่มสตรีเป้าหมาย 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ผลการศึกษา พบว่าสตรีในกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น กลุ่มบุตรสามารถให้ความรู้ คำแนะนำ กระตุ้นเตือน สตรีกลุ่มเป้าหมายให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ โดยสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 100

สรุปผลการทบทวนการศึกษาดังกล่าวข้างต้น พบว่ามีทั้งปัจจัยที่มีผลส่งเสริมต่อการไปรับบริการและปัจจัยที่ส่งผลต่อการไม่รับบริการ ในด้านปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้มารับบริการคือ การมีความรู้ ความเชื่อทัศนคติ เกี่ยวกับโรคค่อนข้างดี ความกลัว ต่อการเป็นโรคมะเร็ง การชักชวนของกลุ่มสตรี กลุ่มอาสาสมัคร การกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว ประสพการณ์จากคนที่เป็นมะเร็งปากมดลูก

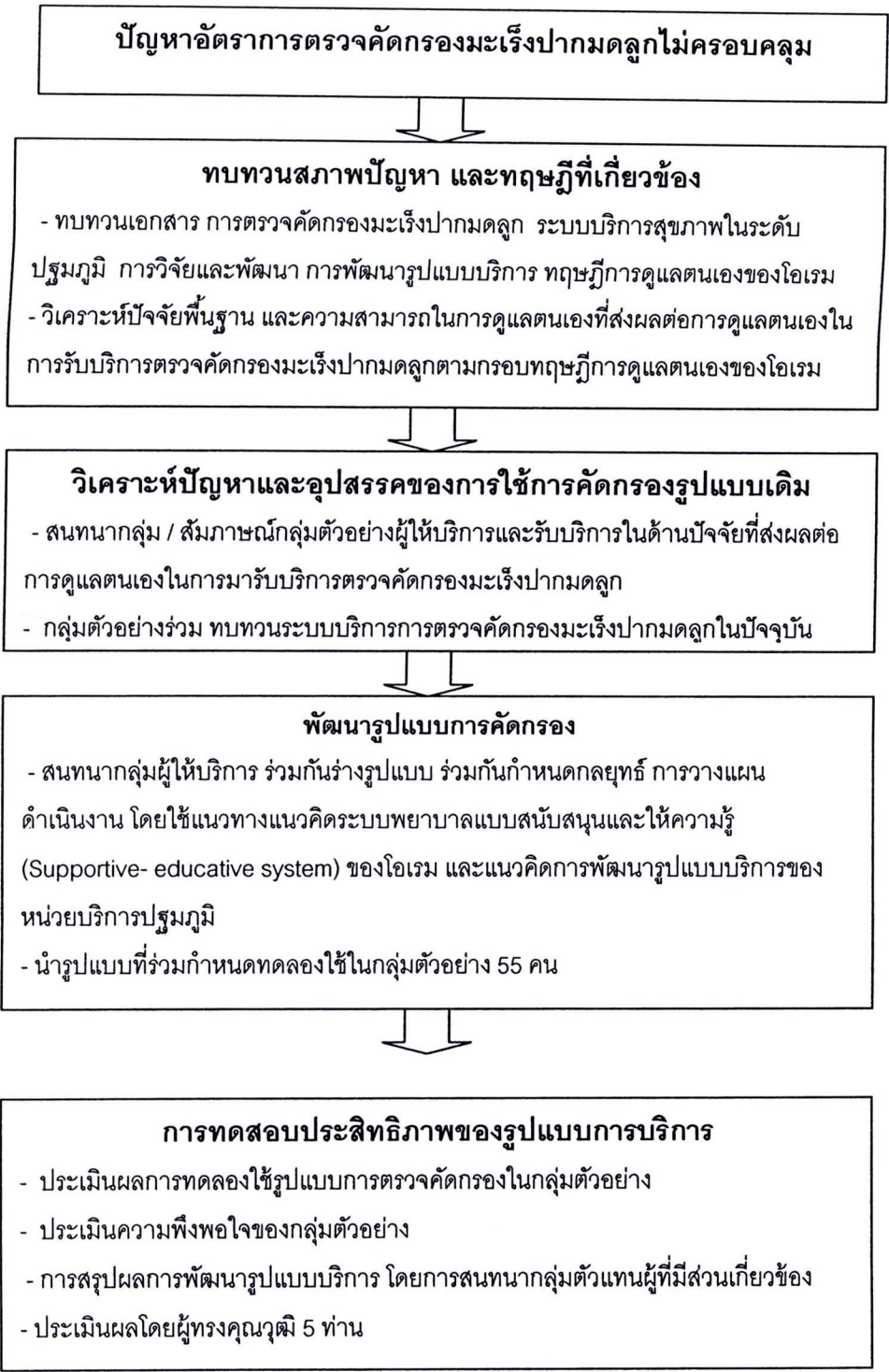
คุณสมบัติส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั้งในประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจของเจ้าหน้าที่ และการจัดบริการรณรงค์ตามนโยบายของรัฐ ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้สตรีตัดสินใจไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความอายต่อการมารับการตรวจ การไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่เห็นความสำคัญต่อการตรวจ การไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ทราบว่าต้องได้รับการตรวจ กลัวเจ็บ ไม่ว่าง และไม่สนใจต่อการตรวจ ซึ่งผลของปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้น มีผู้ที่ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมให้เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น การให้สุขศึกษารายกลุ่ม การใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับกลุ่มสตรี การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การใช้ระบบคัดกรองแบบเชื่อมประสาน การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การการประยุกต์ใช้เทคนิคการประชุมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (AIC) การใช้ทั้งแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกัน และการพัฒนารูปแบบบริการในสถานบริการ เป็นต้น ทั้งนี้จากผลการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งในแต่ละชุมชนที่มีบริบทที่แตกต่างกัน จะมีแนวทางส่งเสริมการตรวจคัดกรอง ในแต่ละรูปแบบมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทของชุมชนนั้นๆ

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลยกกระบัตร อำเภอสามเภา เป็นชุมชนชนบท มีประชากรโดยรวม 10,808 คน มีสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการแก่ประชาชนคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 5 แห่ง มีลักษณะการบริหารงานบริการเป็นรูปแบบเครือข่ายบริการ โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นแม่ข่าย ดูแลและให้การสนับสนุนแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ รพ.สต.ในเขตตำบลยกกระบัตร มีพื้นที่รับผิดชอบโดยเฉลี่ยรพ.สต.ละ 2-3 หมู่บ้าน (โรงพยาบาลสามเภา, 2553) นับได้ว่าประชาชนในเขตรับผิดชอบมีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้มาก แต่ก็ยังมีอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองไม่ได้ตามเกณฑ์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาการให้บริการให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ ซึ่งอาจมีปัจจัยหลายๆด้าน จนส่งผลให้กลุ่มสตรีไม่มารับการตรวจคัดกรอง ทั้งปัจจัยจากการดูแลตนเองของผู้รับบริการ และรูปแบบบริการที่เป็นอยู่ การพัฒนารูปแบบบริการจึงจำเป็นต้องใช้แนวทางที่โดยอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงเลือก กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยได้นำเทคนิคการสนทนากลุ่ม มาประยุกต์ใช้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการมาดำเนินการให้ได้มาซึ่งรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจึงมีความสำคัญต่อการรักษาและการป้องกันความรุนแรงของโรค แต่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมตามเกณฑ์ ยังไม่สามารถดำเนินการตรวจคัดกรองให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และ ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิซึ่งในปัจจุบันเน้นให้ เป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพด้านบริการเชิงรุก การคัดกรองภาวะเสี่ยงของโรค การมีส่วนร่วมของชุมชน และพัฒนาศักยภาพบริการอื่นๆเพิ่มขึ้น เนื่องจากการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีนั้น มีทั้งปัจจัยจากตัวผู้รับบริการ เช่น ความรู้ ความเชื่อ ความกลัว ความอาย แรงจูงใจ ปัจจัยจากทีมผู้ให้บริการ เช่น คุณลักษณะของผู้ให้บริการ ระบบบริการ และปัจจัยภายนอกอื่นๆ เช่น สังคม วัฒนธรรม การมีส่วนร่วมและการผลักดันของชุมชน เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองฯ จึงควรได้รับการประสานความร่วมมือจากหลายฝ่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนของกระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยได้นำองค์ความรู้ไปสู่การปฏิบัติและการแก้ไขปัญหา นับตั้งแต่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เป็นขั้นตอนการพิจารณาหาความสำคัญของปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลพื้นฐาน และการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาร่วมเป็นแนวทางการประเมินปัจจัยพื้นฐาน อาจส่งผลต่อการดูแลตนเองในการมารับบริการตรวจคัดกรอง ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและสถานการณ์ โดยนำระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative system) ของโอเรม มาร่วมเป็นแนวทางการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง นำไปสู่การกำหนดรูปแบบการบริการตรวจคัดกรอง การทดลองปฏิบัติ การกำหนดการตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน และระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการบริการตรวจ คัดกรอง ระยะนี้ครอบคลุมถึงการนำรูปแบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้ไปทดลองใช้ มีการติดตามจากกลุ่มที่ทดลองใช้รูปแบบ และประเมินผลรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน กรอบแนวคิดการวิจัยได้สรุปดังภาพ 3





ภาพ 3 กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนา ในการพัฒนารูปแบบการบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ อำเภอสามเงา จังหวัดตาก