

**การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่
สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูร**

นางเจริญสุข อัครพิพิธ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2550

**The Development of Cervical Cancer Screening Services for Human
Immunodeficiency Virus Women at Bamrasnaradura Institute**

Mrs. Jarurnsook Ausavapipit

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration**

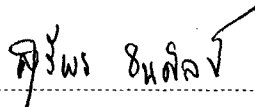
School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2007

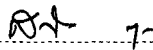
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร
ชื่อและนามสกุล นางเจริญสุข อัสวพิพิธ
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล
2. อาจารย์ นายแพทย์ อมรพันธุ์ วิรัชชัย

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้ให้ความเห็นชอบวิทยานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว



ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)



กรรมการ

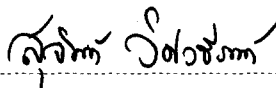
(รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล)



กรรมการ

(อาจารย์ นายแพทย์ อมรพันธุ์ วิรัชชัย)

คณะกรรมการบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา



ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจินต์ วิศวรธรรานนท์)

วันที่ 7 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2551

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

ในสถาบันบำราศนราดูร

ผู้วิจัย นาง เจริญสุข อัสวพิพิธ ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล (2) อาจารย์ นายแพทย์อมรพันธุ์

วิรัชชัย ปีการศึกษา 2550

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูร การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะคือ 1) การศึกษาสถานการณ์ ด้วยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การทบทวนวรรณกรรม และสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการรวม 23 คน 2) การพัฒนารูปแบบบริการด้วยการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และนำรูปแบบไปทดลองใช้ 20 วัน และ 3) การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบบริการ หลังการนำรูปแบบที่ปรับปรุงแล้วไปปฏิบัติ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนารูปแบบบริการในแผนกผู้ป่วยนอก 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม และ 2) รูปแบบบริการส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ได้แก่ แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ การประเมินหลังนำรูปแบบไปใช้โดยเปรียบเทียบสถิติกับปีที่ผ่านมาพบว่า (1) สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอัตราที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.70 เป็นร้อยละ 29.20 (2) ความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลการตรวจ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 เป็นร้อยละ 78 (3) อัตราการกลับมาตรวจซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.3 เป็นร้อยละ 82.2 (4) อัตราความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกจากร้อยละ 7.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 (5) อัตราได้รับการดูแลรักษาในรายที่พบเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.9 เป็นร้อยละ 96.6

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ารูปแบบบริการที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือของทุกฝ่ายช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถาบันบำราศนราดูร

Thesis title: The Development of Cervical Cancer Screening Services for Human Immunodeficiency Virus Women at Bamrasnaradura Institute

Researcher: Mrs. Jarurnsook Ausavapipit; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration); **Thesis advisors:** (1) Dr.Somjai Puttapitukpol, Associate Professor; (2) Dr.Amornpun Virutchai, Medical Doctor; **Academic year:** 2007

ABSTRACT

The objective of this research and development study was to develop a new model for cervical cancer screening services in women infected with HIV at Bamrasnaradura Institute. The research was divided into three phases. *First*, situational analysis was done by non-participant observation, literature review and in-depth interview with twenty-three stakeholders of cervical cancer screening services. *Second*, the preliminary model was developed based on focus group discussion of health personnel and the developed model was implemented for twenty days as pilot testing. *Third*, the modified model was implemented. Then, it was evaluated after three months. Data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The results of the study revealed that two models were developed. *First*, cervical cancer screening services were provided in the obstetrics and gynecology out-patient unit, and the other was a referral system of cervical cancer screening in first line screening unit such as medical out-patient unit, social security out-patient unit, and ambulatory care out-patient unit. *Second*, the statistical comparison between the results of the modified model and the traditional one (previous year) showed as follows. (1) The percentage of women who received cervical cancer screening services increased from 18.7% to 29.2%. (2) The percentage of women who intended to seek Pap smear reports increased from 58.9% to 78%. (3) The percentage of women who had follow-up to pap smear increased from 72.3% to 82.2%. (4) Abnormal cell reports of pap smear increased from 7.1% to 16.5%. Finally, (5) the percentage of women who had abnormal pap smears and received care and cures increased from 92.9% to 96.6%.

To conclude, the new service model which was developed with the participation of all stakeholders improved and provided sustainable cervical cancer screening services to women who were infected with the human immunodeficiency virus at Bamrasnaradura Institute.

Keywords: Human Immunodeficiency Virus Women , Cervical cancer screening, Bamrasnaradura Institute

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและติดตามการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้อย่างใกล้ชิด ตลอดจนให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณ อาจารย์ นายแพทย์ อมรพันธุ์ วิรัชชัย ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และช่วยเหลือ ร่วมทำการวิจัยตลอดมาและ ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาในการตรวจสอบความตรง และความถูกต้องของเนื้อหาของเครื่องมือ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ และสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ผู้ให้บริการใน สถาบันบำราศนราดูร ทุกท่านที่เป็นผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัย เสียสละเวลาในการให้ข้อมูลและร่วมดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลงได้ ตลอดจนสำนักบัณฑิตศึกษาที่ให้ทุนอุดหนุนในบางส่วนในการวิจัยครั้งนี้จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ เจ้าหน้าที่สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และเพื่อนนักศึกษาร่วมรุ่นการบริหารการพยาบาลรุ่นที่ 1 ที่เป็นกำลังใจให้จนสำเร็จ และสุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวบิดา มารดา โดยเฉพาะคุณเรืองวิทย์ อัสวพิพิธ เด็กหญิงอัญชิสา และเด็กหญิงอินทิรา อัสวพิพิธ สามีและบุตรสาวทั้ง 2 ที่ให้การสนับสนุนและร่วมเป็นกำลังใจมาโดยตลอดระยะเวลาการศึกษา จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

นางเจริญสุข อัสวพิพิธ

มีนาคม 2551

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	7
แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอ วี เอดส์/โรคเอดส์.....	32
แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์.....	33
แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา.....	40
แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการ.....	55
การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	57
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	62
การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร.....	62
การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร.....	65

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร.....	67
การตรวจสอบข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	70
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
ผลการศึกษาศาสนการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร.....	72
การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร	91
การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร	107
บทที่ 5 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	120
สรุปการวิจัย.....	120
อภิปรายผล.....	127
ข้อเสนอแนะ.....	134
บรรณานุกรม.....	136
ภาคผนวก.....	143
ก ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	144
ข แผนการดำเนินกิจกรรม.....	146
ค แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มและการบันทึกการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก.....	148
ง สถิติการบริการของแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง.....	155
จ คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	158
ฉ หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์.....	163
ประวัติผู้วิจัย.....	165

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่	2.1	สรุปปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้มีโอกาสมะเร็งปากมดลูก..... 12
ตารางที่	2.2	แสดงการเปรียบเทียบผลการอ่าน Pap smear..... 18
ตารางที่	4.1	แสดงผลการวิเคราะห์ของรูปแบบบริการเดิมและสิ่งที่ต้องปรับปรุง.....84
ตารางที่	4.2	แสดงการเตรียมจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์87
ตารางที่	4.3	แสดงอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองใช้ รูปแบบบริการที่สร้างขึ้นในระยะแรก..... 97
ตารางที่	4.4	การเปรียบเทียบรูปแบบบริการก่อน-หลังการปรับรูปแบบบริการ ของแผนกที่เป็นเครือข่าย..... 104
ตารางที่	4.5	การเปรียบเทียบรูปแบบบริการก่อน-หลังการสร้างรูปแบบของแผนกผู้ป่วย นอกสูติ-นรีเวชกรรม.....105
ตารางที่	4.6	แสดงจำนวน และร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้ารับบริการ..... 108
ตารางที่	4.7	แสดงผลของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในการเข้ารับบริการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการ..... 111
ตารางที่	4.8	แสดงความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เปรียบเทียบก่อนและหลัง การใช้รูปแบบบริการ..... 111
ตารางที่	4.9	แสดงอัตรารอบคลุมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการ เปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบและ หลังใช้รูปแบบ..... 112
ตารางที่	4.10	แสดงจำนวนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ได้รับการแนะนำให้ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแต่ละแผนกที่เป็นเครือข่าย.....113
ตารางที่	4.11	แสดงอัตราการกลับมาตรวจติดตามซ้ำเปรียบเทียบก่อนและหลัง การใช้รูปแบบ.....114

ญ

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตารางที่ 4.12	แสดงอัตราผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	114
ตารางที่ 4.13	แสดงการได้รับการดูแลรักษาในรายที่ผลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	115

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1	รูปร่างของเชื้อ HPV..... 13
ภาพที่ 2.2	แสดงการติดเชื้อ HPV มีการดำเนินโรคจนกระทั่งเป็นมะเร็งปากมดลูก..... 14
ภาพที่ 2.3	แสดงสมมุติฐานการเกิดมะเร็งปากมดลูก-ตามความเข้าใจในปัจจุบัน..... 17
ภาพที่ 2.4	แสดงสรุปการอ่านรายงานความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก..... 20
ภาพที่ 2.5	แสดงรูปร่างของเชื้อเอช ไอ วี..... 33
ภาพที่ 2.6	แสดงเกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart..... 49
ภาพที่ 2.7	แสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถาบันบำราศนราดูร..... 61
ภาพที่ 3.1	สรุปขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร.....71
ภาพที่ 4.1	รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ก่อนการสร้างรูปแบบ..... 81
ภาพที่ 4.2	แสดงการจัดบริการภายในห้องตรวจนรีเวชก่อนการสร้างรูปแบบ..... 82
ภาพที่ 4.3	แสดงปี่มตราขางแนวทางในการคัดกรองสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร..... 96
ภาพที่ 4.4	แสดงรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร หลังจากการใช้รูปแบบบริการ.....101
ภาพที่ 4.5	แสดงการจัดภายในห้องตรวจนรีเวชหลังการสร้างรูปแบบบริการ..... 102
ภาพที่ 4.6	แสดงแนวปฏิบัติในการติดตามรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ภายหลังตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร..... 103
ภาพที่ 4.7	แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบบริการเดิมกับรูปแบบใหม่..... 106

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงในสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงประมาณ 471,000 คน ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่า 233,000 คน ต่อปี (Parkin Bray & Devesa 2001: 554-566) หรือทุก ๆ 2 นาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็งชนิดนี้ (IARC 2004) ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้นำบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีแพ็ปเสมีียร์ (Papanicolaous smear or pap smear) มาใช้ในการตรวจคัดกรองพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 60-90 ภายในเวลา 3 ปี ที่เริ่มโครงการ รวมทั้งลดอัตราการตายและอัตราการเป็นมะเร็งระยะลุกลามลงเป็นอย่างมาก (IARC 1986: 659-64; Sasieni 1996: 1001-5; Eddy 1986: 421-8) ผลจากการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถค้นพบสตรีที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้อีก และพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกก่อนระยะเป็นมะเร็งปากมดลูก ช่วยลดการเกิดมะเร็งปากมดลูก และยังสามารถให้การดูแลรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งตั้งแต่ระยะแรก (Nieminen Kallio and Hakama 1998: 1017-1021) ก่อนที่โรคจะอยู่ในระยะลุกลามซึ่งการรักษามักไม่ได้ผล และสิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษาพยาบาลสูง

ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ เท่ากับ 19.8 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้รายงานไว้ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,243 คน เสียชีวิต 2,620 คน หรือทุก ๆ วันจะมีสตรีไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ถึง 7 คน โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป (มงคล เบญจาทิบาล และ สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา 2550: 3) ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวสามารถลดลงได้เพราะมะเร็งปากมดลูกมีการดำเนินโรคไปอย่างช้า ๆ ผลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี บางชนิด (Davey et al 2006: 122-32; Walboomers et al 1999: 12-9) แต่กว่าที่เซลล์เยื่อปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จะพัฒนาจนเกิดรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกกินเวลาประมาณ 2-5 ปี (Cuzick et al 1999: 554-8; Elfgrén et al

2000: 561-7) ดังนั้นการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญในการลดอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบาราศนราคร เป็นหน่วยงานที่ให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยมีการพัฒนาการบำบัดและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เช่น การรักษาด้วยยาต้านไวรัส สูตรร่วมที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) (เจริญสุข อัครพิพิธ และคณะ 2548: 184-191; วิชัย เตชะสาธิตและสุรพล สุวรรณกุล 2548: 1141) การที่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ย่อมหมายถึงการที่ต้องดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการป้องกันโรคต่างๆ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เหล่านี้จึงควรจะได้รับ การดูแลเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ซึ่งจากผลการศึกษาหลายแห่งพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี สูงถึง 2-12 เท่า (Chirenje 2005: 269-276) และจากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Diseases Control and Prevention: CDC) ในปี 1993 พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 1.3 จึงกำหนดให้การเกิดรอยโรคที่ปากมดลูก (CIN) อยู่ในกลุ่มอาการเริ่มแรกของโรคเอดส์และกำหนดให้มะเร็งปากมดลูกเป็นอาการแสดงของโรคเอดส์ (CDC 1993: 1-19; Maiman, et al 1993: 402-506)

ดังได้กล่าวแล้วว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวี มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง มากกว่าสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นอกจากนี้สตรีกลุ่มนี้มักติดเชื้อเอชพีวีหลายชนิดร่วมกัน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมาก เมื่อร่วมกับภาวะที่การติดเชื้อบริเวณปากมดลูกคงอยู่นานจึงทำให้เนื้องอกมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นและเกิดรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกมากขึ้น (Chirenje 2005: 270-1) โดยพบว่าสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูงคงอยู่นาน ใช้เวลานานถึง 15 ปี ในการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก (Bontkes Walboomers Meijer et al 1998: 187-188; Southern & Herrington 2000: 263-274) ในขณะที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีภาวะเดียวกันนั้นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จันกลายเป็นมะเร็งใช้เวลาเพียง 5 ปี เท่านั้น (Ellerbrock Chiasson Bush et al 2000: 1031-7)

แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear เป็นวิธีการที่ป้องกันการเกิดโรคอย่างได้ผล แต่การตรวจคัดกรองยังไม่แพร่หลายในสตรีทุกกลุ่ม จาก

การสำรวจสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในแถบแอฟริกาซึ่งมีการระบาดของโรคเอดส์มากที่สุด โดย องค์การสหประชาชาติ (Joint United Nation Program on HIV/AIDS and World Health Organization 2003) พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มากกว่าครึ่งในแถบแอฟริกา ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย (Chirenje 2005: 270) สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างต่ำ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2539-2540 ของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543: 69) พบว่าสตรีทั่วประเทศไทยเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 40.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ.2546-2547 ของ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549: 163) ซึ่งพบว่าสตรีที่มีอายุ 15-59 ปี ทั่วประเทศได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 48.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สง่า ไชยนา (2547:3) ที่พบว่ากลุ่มประชากรสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดหนองบัวลำภูมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพียงร้อยละ 0.96 และ ร้อยละ 13.52 ตามลำดับ และการศึกษาของ พรทิพย์ ทักษิณ ที่พบว่าในปีพ.ศ. 2541 กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดชลบุรี มีอัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยทั้งจังหวัดเพียงร้อยละ 12.1

สถาบันบำราศนราดูร มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม โดยให้บริการตรวจสตรีทั่วไปพร้อมกับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จากการสำรวจสถิติตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2549 พบว่ามีสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาใช้บริการบำบัดดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยปีละ 3,571 คน (งานเวชสถิติ พ.ศ.2546-49) แต่พบว่าอัตราส่วนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังค่อนข้างต่ำจากสถิติของแผนกผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2549 พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีอัตราครอบคลุมในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างร้อยละ 2 ถึง ร้อยละ 10 เท่านั้น

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2550 โดยการสัมภาษณ์สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อศึกษาปัจจัยในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ผู้ใช้บริการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็นปัจจัยใหญ่ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่การปิดกั้นตนเองกลัวคนรู้เรื่องการติดเชื้อจะทำให้ถูกตีตราจากสังคม ความกลัวผลการตรวจพบโรคร้ายแรงเพิ่ม และความคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไกลตัวไม่ถูกคามชีวิตเหมือนการติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ นอกเหนือจากการขาดความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองแล้วยังกลัวการตรวจและอาย เช่นเดียวกับสตรีกลุ่มอื่น และ 2) ปัจจัยด้านระบบบริการ เนื่องจาก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมิได้ถูกกำหนดคนโยบายเป็นแนวปฏิบัติของสถาบันบำราศนราดูร

ทำให้ขาดรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Abercrombie (2003: 41-54) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจ Pap smear ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มที่พบผลการตรวจผิดปกติ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยที่ทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในรายผลการตรวจผิดปกติ ได้มาหรือไม่ตรวจซ้ำคือ (1) ความกลัว (2) ไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก (3) สภาพวิถีการดำเนินชีวิต (4) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และ (5) การจัดรูปแบบบริการ

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลวิชาชีพซึ่งให้บริการสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ได้รับบริการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด และการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ การสร้างระบบบริการเฉพาะเพื่อให้สตรีกลุ่มนี้มารับบริการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอสูงขึ้น และได้รับการดูแลสุขภาพพบความผิดปกติได้ตามมาตรฐาน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ส่งผลให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีอายุที่ยืนยาวนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังใจในอันที่จะต่อสู้กับภาวะแวดล้อมต่างๆที่เข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิต และเป็นกำลังเพื่อพัฒนาประเทศชาติต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

3. คำถามการวิจัย

รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ที่มีประสิทธิภาพมีรูปแบบบริการเป็นอย่างไร

4. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อจัดรูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการบำบัด ดูแลรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด่านหน้าและแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมในสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550

5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 รูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การจัดบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะรูปแบบที่ทำงานเป็นเครือข่ายประสานงานกันระหว่างรูปแบบบริการส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ กับรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

5.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึงการตรวจด้วยวิธี Pap smear ซึ่งเป็นวิธีที่ทำการป้ายเซลล์บริเวณเยื่ออุปากมดลูก (Ectocervix และ Endocervix) มาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสี และอ่านโดยนักเซลล์วิทยา

5.3 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ หมายถึงสตรีที่ตรวจเลือดหาแอนติเอช ไอ วี (anti-HIV) พบว่ามีแอนติบอดีต่อเชื้อเอช ไอ วี หรือสตรีที่มีอาการของโรคฉวยโอกาสต่างๆ จากการที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตามการวินิจฉัยของอายุรแพทย์

5.4 อัตราครอบคลุม หมายถึงร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้รับการตรวจ Pap smear โดยคิดจากจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งหมดที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่มีการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบบริการ

5.5 ความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึงการแสดงออกของเจตนาหรือความต้องการที่จะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งต่อไป

5.6 ความตั้งใจรับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ แสดงเจตนาหรือความต้องการที่จะรู้ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการรับฟังทางโทรศัพท์ การมารับฟังผลการตรวจด้วยตนเอง และการขอให้ส่งผลการตรวจทางจดหมาย

5.7 ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ หมายถึงการรายงานผลการตรวจ Pap smear พบการเกิดรอยโรคที่เซลล์บริเวณเยื่อปากมดลูกตั้งแต่ระดับ ASCUS ขึ้นไป ซึ่งอ่านโดยนักเซลล์วิทยา

5.8 อัตราการได้การรับดูแลรักษาในรายที่ผลตรวจผิดปกติ หมายถึงร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ผลการตรวจผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS ขึ้นไปได้มารับการตรวจติดตามดูแลบำบัดรักษา จากจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งหมดที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

5.9 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ หมายถึงความคิดเห็น หรือความรู้สึกนึกคิดของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ต่อการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์เจาะลึกความพึงพอใจที่ได้รับทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสะดวกสบายที่ได้รับบริการ 2) คุณภาพบริการที่ได้รับมีมาตรฐาน 3) ความมีอริยาศยที่ดีของผู้ให้บริการ 4) การให้ความรู้ 5) มีการติดต่อประสานงานที่ดี และ 6) ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ได้รูปแบบในการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่เหมาะสมกับบริบทไทย

6.2 เป็นต้นแบบในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบบริการเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้นำเสนอไว้ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอ วี และ โรคเอดส์
3. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)
5. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนา รูปแบบบริการ
6. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1 ความหมายของโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งหมายถึง เซลล์ของร่างกายที่มีการแบ่งเซลล์ เจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว เป็นก้อนที่เรียกว่าเนื้องอก (tumor) ซึ่งแบ่งเป็นชนิดธรรมดา (benign tumor) และชนิดร้ายแรง (malignant tumor) โดยที่เซลล์ชนิดธรรมดาจะไม่แพร่กระจายไปที่ส่วนอื่นๆของร่างกายแต่เซลล์ชนิดร้ายแรงสามารถแพร่กระจายไปที่ส่วนอื่นๆของร่างกายได้ถ้าไม่ได้รับการรักษาเนื้อของมะเร็งจะไหม้และทำลายเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆและต่อมาเซลล์มะเร็งจะแพร่ออกจากเซลล์ต้นกำเนิดเดิมที่เป็นครั้งแรกและแพร่ไปที่อวัยวะอื่นๆ และไปเจริญเติบโตเป็นเนื้อมะเร็งที่อวัยวะอื่นๆได้

(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2545: 3)

ทฤษฎีการเกิดโรคมะเร็ง

เฮิร์บเนอร์และโทคาโร (Huebner & Todaro 1969) อ้างถึงใน สวรรส เสนาสุณย์ 2546: 10) ได้กล่าวถึงทฤษฎีการเกิด โรคมะเร็ง คือทฤษฎีของ โคฮีน (Oncogene theory) โดยสรุปว่า เซลล์ใดก็ตามที่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งอยู่ภายในเซลล์นั้นเรียกว่าองโคจีน (oncogene) เมื่อร่างกายได้รับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) หรือมีเหตุที่ทำให้กลไกที่กดองโคจีนไว้ไม่ให้กลายเป็น

เซลล์มะเร็งเสียไปก็จะทำให้เซลล์นั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ เมื่อเซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็งแล้ว เซลล์ก็จะแบ่งตัวตลอดเวลา โดยไม่อยู่ภายใต้การควบคุมของร่างกายทำให้เป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ นอกจากนี้ยังเชื่อว่าการเกิดโรคมะเร็งนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีปัจจัยหลายประการร่วมกันสาเหตุของโรคมะเร็ง แต่ยังไม่สรุปไม่ได้แน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่อย่างไรก็ตามพอจะสรุปได้ว่ามีปัจจัยเสริม 2 ประการร่วมกันที่ทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติคือปัจจัยภายนอก (extrinsic factor) คือปัจจัยที่เกิดจากสภาพแวดล้อมเช่นที่อยู่อาศัย สารเคมีและไวรัส และปัจจัยภายใน (intrinsic factor) คือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองซึ่งจะเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานโรคมะเร็งได้แตกต่างกันไป เช่น เพศ วัย สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระบบฮอร์โมน และลักษณะทางพันธุกรรม

จากกระบวนการที่กล่าวมาแล้วนั้นทำให้สรุปได้ว่าเมื่อร่างกายได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งอันเป็นปัจจัยภายนอกบวกกับปัจจัยภายในสิ่งเหล่านี้จะทำให้เซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลงจนในที่สุดเซลล์ปกติก็จะกลายเป็นมะเร็ง ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถทำลายเซลล์นั้นได้ เซลล์มะเร็งจะแบ่งตัวอย่างรวดเร็วกลายเป็นก้อนมะเร็งต่อไป

1.2 โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับต้นๆของมะเร็งในสตรีทั่วโลก และพบมากในมะเร็งของสตรีไทย (จุฑาล ศรีสมบุรณ์ 2549:1) มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่ทำให้ถึงแก่ความตายอย่างรวดเร็วและทุกข์ทรมานหากผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะเวลาสุดท้ายของโรค ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยเซลล์วิทยา (conventional Pap smear) ซึ่งได้ผลค่อนข้างแน่นอนทำให้ช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ (มงคล เบญจาทิบาล และ สมศักดิ์ ไหลเวรพิทยา 2550: 3) หากสตรีสนใจดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมากขึ้น โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอทุกปีจะสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายได้

1.3 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

ดังที่ได้กล่าวไว้เบื้องต้นแล้วว่าเมื่อร่างกายได้รับสารก่อมะเร็งไปตกกลไกของโคเอนที่ทำหน้าที่ไม่ให้เซลล์กลายเป็นมะเร็งเสียไปดังนั้นสาเหตุใหญ่ๆของการเกิดมะเร็งปากมดลูกจึงพอจะแบ่งออกได้เป็น 2 ปัจจัยคือปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factor) ที่เกิดจากการติดเชื้อดีดีเอ human papilloma Virus และปัจจัยภายใน (Intrinsic Factor) คือปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเองซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานโรคมะเร็งได้แตกต่างกันไป เช่น เพศ วัย สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระบบฮอร์โมน ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายและลักษณะทางพันธุกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.3.1 ปัจจัยที่เกิดจากการติดเชื้อ *human papilloma Virus: HPV*

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากการติดเชื้อ HPV บริเวณปากมดลูกจากการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 22 ประเทศ จำนวนมากกว่า 1,000 ราย รวมทั้งผู้ป่วยจากประเทศไทยด้วย โดยวิธี polymerase chain reaction (PCR) ตรวจพบ DNA ของเชื้อ HPV สูงถึงร้อยละ 99.7 หลักฐานดังกล่าวนี้ ผนวกกับหลักฐานทางไวรัสวิทยาทางคลินิก และทางระบาดวิทยา สรุปได้ว่า HPV เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ 2549: 1)

1.3.2 ปัจจัยที่เกิดความเสี่ยงจากตัวผู้ป่วยเองที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1) ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง ได้แก่

(1) จำนวนคู่นอน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลามและระยะก่อนลุกลาม โดยความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น ถ้าคู่นอนมากกว่า 6 คนจะมีความเสี่ยงสัมพันธ์ตั้งแต่ 2-7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้ว่าจะมีสตรีไทยเพียงร้อยละ 8-18 เท่านั้นที่มีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน แต่ก็มีความชุกของการติดเชื้อเอชพีวีไม่ต่างจากสตรีในซีกโลกตะวันตกซึ่งมีรายงานว่าร้อยละ 70-80 มีคู่นอนอย่างน้อย 2 คน อย่างไรก็ตามการมีคู่นอนเพียงคนเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีสูงขึ้นได้ ถ้าคู่นอนของสตรีนั้นมีคู่นอนหลายคน คู่นอนของสตรีจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่เชื้อเอชพีวีในกลุ่มประชากรสตรีที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 5)

(2) อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์ปากมดลูกมีการกลายรูปจากเซลล์คอลัมน์นาร์เป็นเซลล์สแควมัสอย่างมาก ซึ่งช่วงการกลายรูปนี้จะมีแนวโน้มไวสูงต่อสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี ความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกที่สูงขึ้นนี้อาจเป็นผลจากการมีโอกาสติดเชื้อเอชพีวีสูงขึ้นและนานขึ้นกว่าสตรีทั่วไปก็ได้ นอกจากนี้สตรีเหล่านี้มักจะมีคู่นอนและปัจจัยที่ไม่คาดคิดอื่นๆ (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 5)

(3) การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนครั้งของการคลอดลูกมีชีพมากกว่า 4 ครั้ง มีรายงานว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก 2-3 เท่าทั้งๆที่ได้ควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว บางรายงานพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก มีข้อสันนิษฐานว่าภาวะภูมิคุ้มกันที่ต่ำลง และการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะตั้งครรภ์ อาจจะเพิ่มความไวต่อการติดเชื้อเอชพีวี หรือเพิ่มศักยภาพในการก่อมะเร็งของเชื้อเอชพีวีก็เป็นได้ (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 5-6)

(4) ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิด เช่นการติดเชื้อ คลามัยเดียและเชื้อหนองในแท้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อคลามัยเดียเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส 2.2 เท่าหลังจากที่ปรับปัจจัยเรื่องการติดเชื้อเอชพีวีแล้วการติดเชื้อหนองในแท้หรือหนองในเทียมน่าจะเป็นปัจจัยร่วมหรือปัจจัยส่งเสริมร่วมกับการติดเชื้อเอชพีวีมากกว่าในการเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกโดยตรง (จดุพล ศรีสมบุญ 2547: 6)

(5) วิธีการคุมกำเนิด บทบาทของยาเม็ดคุมกำเนิดต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกยังไม่ชัดเจนเนื่องจากการใช้ยาคุมกำเนิดเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความล่าช้าจากการตรวจติดตามเนื่องจากสตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดมีโอกาสได้รับการตรวจคัด โรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าจึงมีโอกาสตรวจพบความผิดปกติได้มากกว่า จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาถึงผลของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดกับความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวี พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่เคยใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดแล้ว ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดโดยมีความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 0.9 1.3 และ 2.5 ถ้าใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดนานไม่เกิน 5 ปี นาน 5-9 ปี และนานกว่า 10 ปี ตามลำดับ การคุมกำเนิดแบบขวางกัน เช่นถุงยางอนามัยหรือแผ่นครอบปากมดลูก ช่วยลดความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก ถ้าได้ควบคุมปัจจัยที่ไม่คาดคิดแล้ว พบว่า ความเสี่ยงจะแปรผกผันตามจำนวนปีที่คุมกำเนิดด้วยวิธีดังกล่าว การใช้สารฆ่าอสุจิในช่องคลอดมีรายงานว่าช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (จดุพล ศรีสมบุญ 2547: 6)

2) ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งองคชาติสูงด้วยเช่นกัน สตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นด้วย กลุ่มนอนของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมีประวัติว่ามีคู่นอนหลายคนหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน เริม หรือหูดหงอนไก่ และชอบเที่ยวโสเภณี ซึ่งจะมี ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชพีวี ผู้ชายเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อเอชพีวีหรืออยู่ในท่อปัสสาวะ หรืออวัยวะภายนอก แต่ไม่มีอาการ จากการตรวจอวัยวะเพศชายด้วยกล้องขยายหรือคอลโปสโคป พบว่ามีรอยโรคของการติดเชื้อเอชพีวีสูงถึงร้อยละ 58-80 การเก็บตัวอย่างจากท่อปัสสาวะหรืออวัยวะเพศภายนอกของผู้ชายเพื่อตรวจหาเชื้อเอชพีวี ไม่ค่อยมีความแม่นยำเพราะได้เซลล์มาตรวจน้อย และวิธีการตรวจในช่วงปี พ.ศ. 2525-2535 ยังมีความไวต่ำในพื้นที่ที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงและสตรีมีค่านิยมที่จะมีคู่นอนเพียงคนเดียว การตรวจหาเชื้อเอชพีวีในผู้ชาย อาจจะมีประโยชน์ในการป้องกัน มะเร็งปากมดลูกได้ (จดุพล ศรีสมบุญ 2547: 7)

3) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

(1) การสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่อปัสสาวะและมะเร็งปากมดลูก โดยความเสี่ยงสูงขึ้น 1.7-11.2 เท่าขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ สารเคมีต่างๆที่พบในควันบุหรี่เช่น นิโคติน และ โคลิโคน โดยเฉพาะสารก่อมะเร็งเอ็นไนโตรซามีนพบว่ามีความเข้มข้นสูงในมูกปากมดลูกของสตรีที่สูบบุหรี่โดยตรงหรือโดยอ้อม สตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่โดยอ้อมก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก กลไกของการเกิดมะเร็งอาจจะเป็นผลจากสารก่อมะเร็งในควันบุหรี่โดยตรง สารร่วมก่อมะเร็ง โดยร่วมกับเชื้อเอชพีวี หรือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำที่ปากมดลูก จากการตรวจเซลล์เยื่อปากมดลูกของสตรีที่สูบบุหรี่พบว่าดีเอ็นเอ ของเซลล์เหล่านี้ถูกทำลายไปไม่ว่าจะมีการติดเชื้อเอชพีวี หรือไม่ก็ตามจากการศึกษาแบบควบคุมในหลายๆรายงานที่ทำวิจัยอย่างรอบคอบพบว่าถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อเอชพีวี แล้วการสูบบุหรี่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกเลย (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 7)

(2) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีความสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำทำให้ร่างกายติดเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดมะเร็ง โดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี ได้ง่าย เชื้อสามารถคงอยู่จนทำให้เซลล์กลายรูปและร่างกายไม่สามารถทำลายได้จนคืบหน้าเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด หูดหงอนไก่ที่เกิดขึ้นในสตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำมักจะมีขนาดใหญ่ มีหลายแห่ง และต้องการรักษา สตรีที่ได้รับยากภูมิคุ้มกันมีโอกาสเป็นรอยโรคภายในเยื่อปัสสาวะ และมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น สตรีที่ได้รับการปลูกถ่ายไต มีความเสี่ยงสัมพันธ์ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก 5.4 เท่า ในขณะที่ความเสี่ยงต่อมะเร็งเยื่อปัสสาวะที่ไม่เกี่ยวข้องกับเชื้อไวรัสในอวัยวะอื่นสูงขึ้นเพียง 1.5-2.5 เท่า (จตุพล ศรีสมบุญ 2547:7)

(3) ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาตามแผนเพื่อประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดาและพี่สาวหรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก คือ ร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวของฝ่ายชายที่เป็นสตรีซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 1 ซึ่งเหมือนกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์ เช่น มะเร็งรังไข่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้และมะเร็งกระเพาะอาหารเป็นต้น ถึงแม้หลักฐานทางระบาดวิทยาจะต่อว่ากรรมพันธุ์ มีความเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกแต่ความเสี่ยงสัมพันธ์ยังน้อยมาก ไม่น่าจะวิตกกังวล (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 8)

(4) การขาดอาหาร การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอ และวิตามินซีต่ำ อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก โดยทั่วไปแล้วผลของการขาดสารอาหารต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การติดเชื้อเอชพีวี และ

การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีไลโคพีนหรือ วิตามินเอมากๆ มีผลในเชิงป้องกันรอยโรคภายในเยื่ออุสเคลมัสได้เพียงเล็กน้อยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อเอชพีวีแล้วพบว่าผลของสารอาหารต่างๆ ไม่ได้มีผลในเชิงป้องกันการเกิดรอยโรคภายในเยื่ออุสเคลมัสเลย (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 8)

(5) *ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา* สตรีที่มีฐานะดังกล่าวต่ำมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะสูงกว่าปัจจัยดังกล่าวน่าจะเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชพีวีสูงขึ้นมากกว่า ถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อเอชพีวีให้เหมือนกันแล้ว พบว่าปัจจัยดังกล่าวอย่างเดียวมีผลน้อยมากหรือไม่มีผลเลยต่อความเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก

(6) *การรับประทานฮอร์โมนทดแทนในสตรีวัยหมด ระวัง* ไม่มีผลต่อการตรวจพบเอชพีวี ดีเอ็นเอในเซลล์เยื่ออุสเคลมัส

(7) *สตรีที่รุกร่วมเพศ* มีรายงานว่ามีการติดเชื้อเอชพีวีที่เกี่ยวข้องกับการเกิดรอยโรคภายในเยื่ออุสเคลมัสได้ การนอนเตียงเดียวกัน การใช้ผ้าเช็ดตัว ชุดอาบน้ำหรืออ่างอาบน้ำร่วมกัน เกิดการติดเชื้อเอชพีวีที่อวัยวะเพศภายนอกได้ (จตุพล ศรีสมบุญ 2547: 8)

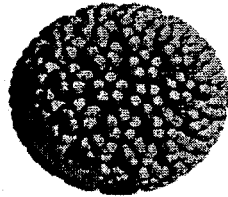
ตารางที่ 2.1 สรุปปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ 2549: 3)

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยทางฝ่ายหญิง	ปัจจัยทางฝ่ายชาย
-การมีคู่นอนหลายคน	-สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ
-การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย	-สตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก
-การตั้งครรภ์หรือลูกหลายคน	-ผู้ชายที่เคยเป็นกามโรค
-มีประวัติเคยเป็นกามโรค	-ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน
-การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน	-ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย
-ไม่เคยทำ Pap smear มาก่อนเลย	
ปัจจัยอื่น ๆ	
-การสูบบุหรี่	
-ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น การติดเชื้อ HIV การได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น	

1.4 ชนิดของเชื้อ HPV

เชื้อ HPV เป็น double-stranded DNA virus ที่มีขนาดเล็ก มีเส้นผ่านศูนย์กลางเพียง 55 นาโนเมตร รูปร่างคล้ายลูกกอล์ฟ มีคุณสมบัติสามารถทนความแห้งแล้งได้ดีและสามารถเกาะติดอยู่บนผิวหนังโดยไม่ทำให้เกิดอาการได้ เชื้อ HPV ที่ทำให้เกิดรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก (anogenital region)



ภาพที่ 2.1 รูปร่างของเชื้อ HPV

เชื้อ HPV แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มตามความเสี่ยงหรือศักยภาพในการก่อมะเร็งหรือ oncogenic potential คือ

1.4.1 กลุ่มความเสี่ยงต่ำ (low risk) คือ HPV ที่ทำให้เกิดรอยโรคหูดหงอนไก่ (condyloma/wart) และรอยโรคภายในเยื่อเมือกชั้นต่ำหรือ low grade squamous intraepithelial lesion เรียกย่อๆว่า“LSIL” เชื้อ HPV ในกลุ่มนี้ได้แก่ สายพันธุ์ (genotype) 6,11, 42-44 และ 70 เชื้อ HPV เหล่านี้ไม่ก่อมะเร็งปากมดลูกแต่อาจจะพบร่วมกับ HPV สายพันธุ์ที่ก่อมะเร็งได้เพราะการติดเชื้อ HPV อาจเกิดขึ้นครั้งละหลายๆสายพันธุ์พร้อมกันได้

1.4.2. กลุ่มความเสี่ยงสูง (high risk) คือ HPV ที่ทำให้เกิดรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนักได้ตั้งแต่ LSIL, high-grade SIL (HSIL) และมะเร็งปากมดลูก จึงเรียกว่า “oncogenic HPV”หรือ high-risk HPV (HR-HPV) ได้แก่ สายพันธุ์ 16,18,31,33,35,39,45,51, 52,56,58,59,61,66-68,73 และ 82 เป็นต้น

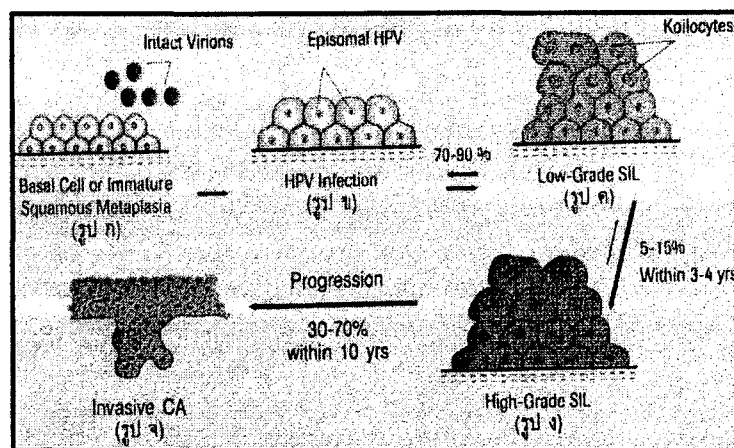
จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ในกลุ่ม HR-HPV นี้ HPV 16 มีศักยภาพก่อมะเร็งสูงมาก (highly carcinogenic) สำหรับมะเร็งปากมดลูก โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ (relative risk) หรืออัตราส่วนเสี่ยง (odds ratio) สูงมากกว่า 500 ในขณะที่ HPV 18 มีค่าดังกล่าวประมาณ 200 ดังนั้นถ้าตรวจพบ HPV ที่ปากมดลูกถ้าทราบชนิดว่าเป็น HPV 16 ควรตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด เพื่อตรวจดูการคงอยู่ (persistence) ของเชื้อ HPV 16 และดูการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา (จตุพล ศรีสมบุญ 2549: 3-4)

1.5 ระยะฟักตัวของการติดเชื้อเอชพีวี (Human papilloma: HPV)

ระยะฟักตัวของการติดเชื้อ HPV ประมาณ 3 สัปดาห์ถึง 8 เดือน โดยเฉลี่ยประมาณ 3 เดือน (จตุพล ศรีสมบุญ 2549: 5)

1.6 พยาธิสภาพของการติดเชื้อเอชพีวี (Human papilloma: HPV)

การติดเชื้อ HPV เกิดขึ้นในบริเวณที่มีแผลบาดเจ็บเล็กๆ (micro trauma) ที่ปากมดลูก ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ HPV อยู่ เชื้อ HPV จะแทรกตัวลงไปเข้าสู่ basal cells ของเยื่อปากมดลูกผ่าน cell membrane เข้าไปในนิวเคลียสซึ่งจะทำการถอดรหัสและทำสำเนาเพื่อเพิ่มจำนวน (replication) อยู่ในนิวเคลียสการติดเชื้อ HPV ต่างจากการติดเชื้อไวรัสอื่นๆ คือ ไม่ก่อให้เกิดการอักเสบ (no inflammation) และไม่ทำให้เซลล์ตาย (no cell death) แต่กลับทำให้เซลล์เพิ่มจำนวน (cell proliferation) ปรากฏให้เห็นเป็นหูดหงอนไก่อรอยโรค LSIL, HSIL และมะเร็งปากมดลูกเป็นต้น ระยะเวลาในการกำจัดเชื้อ HPV ออกจากร่างกายสำหรับ high-risk HPV จะนานกว่า low-risk HPV คือประมาณ 8-14 เดือนและ 5-6 เดือนตามลำดับการติดเชื้อ HPV 16 จะคงอยู่ที่ปากมดลูกนานกว่า HPV สายพันธุ์อื่น ๆ ถ้าภูมิคุ้มกันของร่างกายไม่สามารถกำจัดเชื้อ HPV ได้ ก็จะกลายเป็น persistent HPV infection ซึ่งเชื้อ HPV จะเพิ่มจำนวนในเซลล์เยื่อปากมดลูกจำนวนมาก และกระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัวไม่หยุด จนตีบหน้ารุนแรงขึ้นเป็นรอยโรคขั้นสูง (HSIL) และมะเร็งปากมดลูกได้ การที่ผู้ป่วยเคยติดเชื้อ high-risk HPV มาก่อน ไม่ได้แสดงว่าผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่อต้านการติดเชื้อ HPV ในครั้งต่อมาเสมอไป เพราะระดับการสร้าง antibody HPV จากการติดเชื้อ HPV ก่อนข้างจะแปรปรวนเนื่องจากเชื้อ HPV มีกลไกหลบหลีกการตรวจจับจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย (evasive immune response) โดยการกระตุ้นให้เซลล์เยื่อที่ติดเชื้อสร้างสาร cytokines มาบดบังการปรากฏตัวของเชื้อ HPV (down regulation) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายตรวจไม่พบเชื้อ HPV ที่เซลล์เยื่อผิวปากมดลูก ซึ่งการติดเชื้อจะเริ่มที่ basal cells ก่อนแล้วจึงเพิ่มจำนวนและลุกลามไปยังเซลล์ข้างเคียงไปเรื่อยๆ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ 2549: 5-8)



ภาพที่ 2.2 แสดงการติดเชื้อ HPV มีการดำเนิน โรคจนกระทั่งเป็นมะเร็งปากมดลูก

ที่มา : จตุพล ศรีสมบูรณ์ 2549: 6

ภาพที่ 2.2 แสดงการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูกเริ่มต้นจากการติดเชื้อ high risk HPV ที่เยื่อบุผิวของปากมดลูก (รูป ก) เชื้อ HPV จะเข้าไปในนิวเคลียสของ basal cells, reserve cells หรือ immature squamous metaplastic cells ที่อยู่ใน transformation zone ในระยะแรก DNA ของเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสารพันธุกรรมหรือจีโนม (genome) จะเข้าไปในนิวเคลียสของเซลล์ดังกล่าว และอยู่ในรูปจีโนมอิสระ เรียกว่า“episome” สารพันธุกรรมนี้ยังไม่รวมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียส และยังไม่ได้มีการเพิ่มจำนวน (รูป ข) ในระยะนี้ถ้าทำ HPV test อาจให้ผลบวกหรือลบก็ได้ขึ้นกับความไวของวิธีการตรวจ และถ้าทำ Pap smear จะปกติเพราะยังไม่มีความผิดปกติที่นิวเคลียสของเซลล์ เมื่อจีโนมของ HPV ผสมเข้ากับ DNA ของนิวเคลียสจะมีการเพิ่มจำนวน (replication) ของเชื้อ HPV จำนวนมากในนิวเคลียส และมีการกระตุ้นให้เซลล์แบ่งตัวเพิ่มจำนวน (proliferation) ด้วย (รูป ค) ในระยะนี้ถ้าทำ HPV test จะให้ผลบวกและ Pap smear จะผิดปกติเซลล์จะมีลักษณะของการติดเชื้อ HPV เช่น koilocytes และมีพยาธิสภาพเป็น HPV infection หรือ CIN1 หรือ LSIL ซึ่งส่วนใหญ่แล้วร้อยละ 70-90 จะหายไปได้เอง ถ้าไม่หายไปเอง มีการคงอยู่ (persistence) ของเชื้อ HPV และมีปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยร่วมอื่น ๆ กระตุ้นด้วยจะทำให้จำนวนเชื้อ HPV สูงมากขึ้น เมื่อความผิดปกติของนิวเคลียสรุนแรงขึ้น รอยโรคก็จะคืบหน้าเป็น HSIL ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นได้ประมาณร้อยละ 5-15 ภายในระยะเวลา 3-4 ปี (รูป ง) ในระยะนี้ถ้าทำ HPV test จะให้ผลบวกและ Pap smear จะผิดปกติ พยาธิสภาพ HSIL นี้เป็นระยะสุดท้ายของรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูก ก่อนที่จะลุกลามทะลุ basement membrane เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (รูป จ) ดังนั้นถ้าตรวจพบพยาธิสภาพ HSIL จึงต้องให้การรักษาเพราะมีโอกาสลุกลามคืบหน้าเป็นมะเร็งได้ประมาณร้อยละ 30-70 ภายในระยะเวลา 10 ปีการติดเชื้อ high-risk อาจข้ามขั้น (bypass) การเกิดพยาธิสภาพเป็นรอยโรคขั้นต่ำ (LSIL) เป็นรอยโรคขั้นสูง (HSIL) เลยก็ได้ขึ้นกับความร้ายของเชื้อ HPV ปริมาณเชื้อ (viral load) การผนวกจีโนมของ HPV เข้ากับจีโนมของนิวเคลียส (integration) และภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกอาจจะก่อให้เกิดพยาธิสภาพ HPV ช่วงสั้นๆ จะดำเนินโรคต่อไปอย่างรวดเร็วเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ถ้าสภาวะดังกล่าวข้างต้นเชื้ออานวยอย่างมาก แต่กรณีนี้พบได้น้อยมากในบริเวณรอยโรคเดียวกันบนปากมดลูกอาจจะมีพยาธิสภาพทั้งเป็นรอยโรคขั้นต่ำ (LSIL) เป็นรอยโรคขั้นสูง (HSIL) ปนอยู่ด้วยกันเพราะการติดเชื้อ HPV อาจเกิดจากหลายสายพันธุ์ การดำเนินโรคและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันอาจแตกต่างกันได้

1.7 การดำเนินโรค

โดยทั่วไปการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศจะเป็นอยู่ไม่นาน ส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 12 เดือนทั้งในสตรีที่อายุมากและอายุน้อย ระยะเวลามัธยฐานของการติดเชื้อเอชพีวีประมาณ 8-10 เดือน เมื่อติดตามผู้ป่วยถึง 24 เดือนพบว่าร้อยละ 91 ของสตรีที่ติดเชื้อจะตรวจไม่พบ

ดีเอ็นเอของเชื้อเอชพีวีแล้ว ระยะเวลาการติดเชื้อของเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงจะนานกว่าชนิดความเสี่ยงต่ำ การติดเชื้อเอชพีวีในสตรีที่อายุน้อยส่วนใหญ่ร้อยละ 70 จะหายไปเองภายใน 24 เดือน การคงอยู่ของเชื้อเอชพีวีนานๆทำให้เซลล์เยื่อปากมดลูกมีโอกาสมกลายรูปผิดปกติมากขึ้น การติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงจะพบการติดเชื้อแบบฝังแน่นได้บ่อยกว่าการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงต่ำและทำให้เกิดรอยโรคทั้งชั้นต่ำและชั้นสูงมากกว่าด้วยเนื่องจากการติดเชื้อเอชพีวีส่วนใหญ่จะหายไปได้เองความชุกของการติดเชื้อจึงลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ความชุกของการติดเชื้อชนิดความเสี่ยงสูงแบบฝังแน่นพบได้ประมาณร้อยละ 5-10 ของสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปี

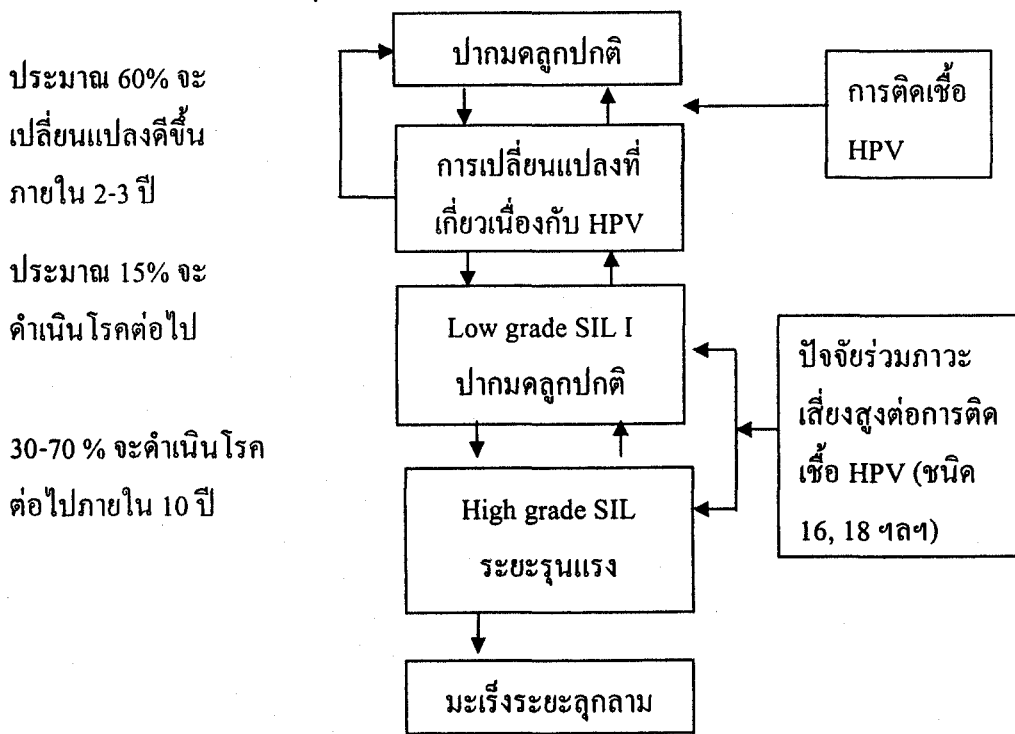
สตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีเมื่ออายุมาก จะมีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการกลายเป็นรอยโรคชั้นสูงซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษามีโอกาสที่จะคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ ความเสี่ยงต่อการกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามถ้าติดตามผู้ป่วยนานกว่า 10 ปี จะสูงถึงร้อยละ 50 ซึ่งโดยทั่วไปมักจะเกิดขึ้นหลังอายุ 45 ปี มะเร็งปากมดลูกพบได้น้อยก่อนอายุ 30 ปี ยกเว้นว่าเป็นการติดเชื้อไวรัสมีความร้ายแรงหรือผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำซึ่งการดำเนินโรคเป็นมะเร็งระยะลุกลามอาจจะเกิดขึ้นเร็วมาก

สตรีที่มีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงแบบคงอยู่จะมีโอกาสเป็นรอยโรคภายในเยื่ออุทเทวมัสสูงจนถึง 30 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อดังกล่าว และมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งระยะลุกลามสูงจนถึง 213 เท่า จากการตรวจติดตามเป็นระยะเวลา 34 เดือนในสตรีที่มีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูง แต่ผลการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกปกติ จำนวน 68 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางเซลล์วิทยา 17 รายหรือร้อยละ 25 และกลายเป็นรอยโรคชั้นสูง 8 ราย หรือร้อยละ 12 ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงแบบฝังแน่นใกล้เคียงกับอีกรายงานหนึ่งซึ่งพบว่าสตรีที่มีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงแต่ผลการตรวจเซลล์วิทยาและการตรวจทางคอลโปสโคปีปกติเมื่อตรวจติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน 36 เดือนพบว่ากลายเป็นรอยโรคชั้นสูงถึงร้อยละ 12 สตรีที่มีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงจึงต้องตรวจติดตามระยะยาว เพราะมีความเสี่ยงต่อการเป็นรอยโรคภายในเยื่ออุทเทวมัสสูงอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีการติดเชื้อดังกล่าวแบบชั่วคราว

จากการติดตามการดำเนินโรคของรอยโรคชั้นต่ำเป็นเวลา 10 ปี โดยไม่ได้ให้การรักษายพบวาร์รอยโรคส่วนใหญ่หายไปเองร้อยละ 88 คืบหน้าเป็น carcinoma in situ หรือรุนแรงกว่าเพียงร้อยละ 12 เท่านั้น รอยโรคชั้นสูงมีความเสี่ยงสูงที่จะคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ อุบัติการณ์ของการคืบหน้าขึ้นกับระยะเวลาที่ตรวจติดตามผู้ป่วย จากการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 1-20 ปี พบว่า carcinoma in situ คืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามประมาณร้อยละ 29 และสูงถึงร้อยละ 35 เมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 14 ปี

รอยโรคภายในเยื่ออุสแควมส์ชั้นสูง อาจเกิดขึ้นหลังจากการติดเชื้อเอชพีวีชนิด ความเสี่ยงสูงโดยไม่ได้เป็นรอยโรคขั้นต่ำมาก่อนหรือไม่ได้สืบหน้ามาจากรอยโรคขั้นต่ำเลยก็ได้ นอกจากนี้รอยโรคขั้นสูงอาจเกิดขึ้นเองจากเยื่ออุที่อยู่ใกล้กับรอยโรคขั้นต่ำได้เช่นกัน จาก การศึกษาในสตรีที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่ารอยโรคขั้นสูงส่วนใหญ่ เกิดขึ้นเอง โดยไม่มีความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของรอยโรคขั้นต่ำมาก่อน ในอีกรายงานหนึ่งซึ่ง ศึกษาสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงพบว่ารอยโรคภายในเยื่ออุสแควมส์เกิดขึ้นเป็นรอยโรค ขั้นสูงตั้งแต่ เริ่มแรกเลยถึงร้อยละ 88

ถึงแม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์ในปัจจุบัน จะสามารถตรวจหาเชื้อเอชพีวีได้ว่ามี ความเกี่ยวข้องกับพยาธิกำเนิดของมะเร็งปากมดลูก แต่ก็ยังมีบางกรณีที่ตรวจไม่พบดีเอ็นเอของเชื้อ เอชพีวีในชิ้นเนื้อเลย สาเหตุที่ตรวจไม่พบอาจจะเกิดจากชิ้นเนื้อตัวอย่างไม่เพียงพอ มีการแตกหัก ของไวรัสจีโนมส่วนที่ตรวจหาโดยเฉพาะ เชื้อเอชพีวีชนิดใหม่ที่ยังไม่ทราบชนิด ผลลบเทียมของ การทดสอบเนื่องจากสาเหตุอื่น



ภาพที่ 2.3 แสดงสมมุติฐาน การเกิดมะเร็งปากมดลูก-ตามความเข้าใจในปัจจุบัน
ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (อ้างถึงในภัทรภร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 18)

1.8 การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูก

การรายงานเซลล์วิทยาของปากมดลูกแบ่งความรุนแรงของรอยโรคภายในเยื่อ อุสแควมส์มี 4 ระบบใหญ่ ๆ คือ

1.8.1 ระบบ WHO แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับคือ Mild dysplasia, Moderate dysplasia, Severe dysplasia และ Carcinoma in situ (CIS)

1.8.2 ระบบ CIN แบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับคือ CIN 1, CIN 2 และ CIN 3

1.8.3 ระบบ Papanicolaou แบ่งความรุนแรงออกเป็น 4 ระดับคือ Class I, Class II, Class III, Class IV และ Class V (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข 2547: 6)

1.8.4 ระบบ Bethesda แบ่งความรุนแรงออกเป็น 2 ระดับคือ LSIL และ HSIL

1) LSIL เทียบเท่ากับ HPV infection และ mild dysplasia หรือ CIN 1

2) HSIL เทียบเท่ากับ moderate dysplasia, severe dysplasia และ CIS หรือ CIN 2 และ CIN 3

ตารางที่ 2.2 แสดงการเปรียบเทียบผลการอ่าน Pap smear

1. WHO system	2. Papanicolaou system	3. Bethesda system (2001)	4. CIN System
Normal	Class I	Negative for intraepithelial Lesion or malignancy	Normal - No significant cellular changes
Atypical	Class II	Inflammation: Trichomonas Fungus Candida	- squamous atypia NOS - HPV change (Koilocytic change)
Mild dysplasia	Class III	ASC-US ASC-H AGC AGC-favor neoplasia LSIL	CIN 1 HPV infection
Moderate dysplasia	Class III	HSIL	CIN 2
Severe dysplasia	Class IV	HSIL	CIN 3
Carcinoma in situ		AIS	
Squamous cell Carcinoma	Class V	Squamous cell Carcinoma Adenocarcinoma or invasive	Squamous cell Carcinoma Adenocarcinoma or invasive
Adenocarcinoma or invasive			

ที่มา : นวลพรรณ อนันตวัฒน์วงศ์ 2549: 52

ปัจจุบันนิยมรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกตามระบบบีเทสดา

(The Bethesda system)

เริ่มใช้ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2531 ปรับปรุงอีกครั้งในปี พ.ศ. 2534 ได้ใช้ในการรายงานผลการตรวจมาเป็นเวลานานก่อนที่จะปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2544 การแปลผลทางเซลล์วิทยาของระบบบีเทสดา (The Bethesda system) แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1) ไม่พบรอยโรคภายในเยื่อหรือมะเร็ง แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

(1) การติดเชื้อ

-ทริโคโมแนส วาจินาลิส

-เชื้อราชนิด แคนดิดา

-การเปลี่ยนแปลงของแบคทีเรียที่ถือว่าเป็นแบคทีเรียลวาจินาลิส

-รูปร่างของแบคทีเรียเข้าได้กับเชื้อแอกคิโนมายซิส

-การเปลี่ยนแปลงเข้าได้กับไวรัสเริม

(2) สิ่งตรวจพบอื่นๆ ที่ไม่ใช่มะเร็ง

-การเปลี่ยนแปลงทางปฏิกิริยาของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบ รวมทั้งการซ่อมแซมตามแบบการได้รับรังสีหรือการใส่ห่วงอนามัย

-เซลล์ของเยื่อต่อมที่พบหลังการตัดมดลูกออกไปแล้ว

-การฝ่อเหี่ยว

2) ความผิดปกติของเซลล์เยื่อ

(1) เซลล์สแควมัสแบ่งย่อยเป็น

-Atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) หมายถึงพบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์เยื่อชั้นสแควมัสระดับผิวบน หรือหมายถึงความผิดปกติของเซลล์เยื่อชั้นสแควมัสมีการอักเสบจากการติดเชื้อต่างๆหรือเชื้อเอชพีวี

-Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H) หมายถึงพบความผิดปกติของเซลล์เยื่อชั้นสแควมัสเล็กน้อยในเซลล์ระดับลึก

-Low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) ได้แก่ การติดเชื้อเอชพีวี mild dysplasia หรือ cervical intraepithelial neoplasia 1 (CIN1) หมายถึงพยาธิสภาพของรอยโรคภายในเยื่อของชั้นสแควมัสขั้นต่ำ

-High-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL) ได้แก่ moderate และ severe dysplasia, carcinoma in situ หรือ CIN2 และ CIN3 หมายถึงพยาธิสภาพของรอยโรคภายในเยื่อของชั้นสแควมัสขั้นสูง

(2) เซลล์ต่อมแบ่งย่อยเป็น

-Atypical glandular cells (AGC) ซึ่งมาจากเซลล์เยื่อหุ้มผิว ชนิด glandular ผิดปกติระบุว่าเป็นเซลล์เยื่อหุ้มภายในปากมดลูก เซลล์เยื่อหุ้มโพรงมดลูก หรือไม่สามารถระบุได้

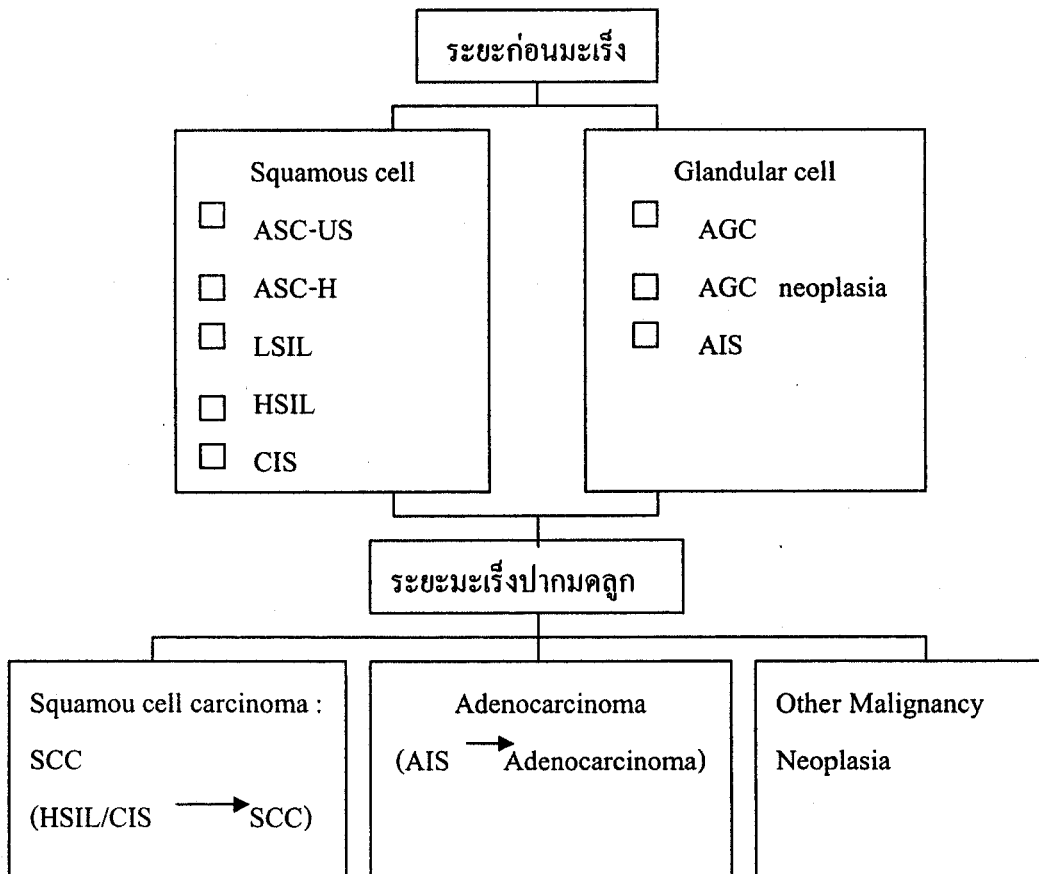
-Atypical glandular cells, favor neoplasia (endocervical endometrial NOS) ให้ระบุว่าเป็นเซลล์เยื่อหุ้มผิวชนิด glandula ผิดปกติ ซึ่งซึ่งน่าจะเป็นมะเร็งได้ ที่ภายในคอมดลูก เซลล์เยื่อหุ้มโพรงมดลูก หรือไม่สามารถระบุได้

-Adenocarcinoma in situ (AIS) เซลล์เยื่อหุ้มผิวชนิด glandular ผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็ง (คอมดลูก)

-Adenocarcinoma (endocervical endometrial NOS) เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (คอมดลูก โพรงมดลูก และอื่นๆ)

3) อื่นๆ

สรุปการอ่านรายงานความผิดปกติของเซลล์เยื่อหุ้มปากมดลูก



ภาพที่ 2.4 แสดงสรุปการอ่านรายงานความผิดปกติของเซลล์เยื่อหุ้มปากมดลูก

ที่มา : นวลพรรณ อนันต์วัฒนะวงศ์ 2549: 60

1.9 อาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก

ผู้หญิงส่วนใหญ่ ที่มีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก จะไม่มีอาการอะไรเลยรู้สึกปกติ บางรายอาจจะมีเลือดออกกะปริดกะปรอย หรือมีเลือดออกในระหว่างหรือหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ มีการตกขาวผิดปกติหากไม่ได้รับการรักษาโรคมะเร็งจะลุกลามต่อไป ทำให้มีอาการปวดในอุ้งเชิงกราน ตกเลือด ขาบวม ปวดหลัง ซึ่งเป็นอาการของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม อาการเหล่านี้ อาจจะเป็นอาการของโรคอื่นๆ ก็ได้ ซึ่งพบบ่อยมาก แต่อย่างไรก็ดี ควรให้แพทย์ตรวจและวินิจฉัยก่อน เพื่อจะรักษาได้ทัน ก่อนที่จะเป็นระยะลุกลาม อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็ง อาการที่อาจจะพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกดังนี้

1.9.1 ระยะไม่มีอาการ ผู้ป่วยที่เริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติออกมาชัดเจน มักจะตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติจากการตรวจ Pap smear ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการมีตกขาวเป็นมูกใส หรือเป็นน้ำไหลออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของการอักเสบหรือมีการติดเชื้อและเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

1.9.2 ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการมีตกขาวเป็นมูกใส หรือเป็นน้ำไหลออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของการอักเสบหรือมีการติดเชื้อและเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์

1.9.3 ระยะลุกลามและระยะท้ายของโรค เมื่อมะเร็งมีการแพร่กระจายและโตขึ้นจะมีการลุกลามมาที่ผิวบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดแผล การติดเชื้อร่วมกับการตายของเซลล์ทำให้เกิดตกขาวที่มีกลิ่นเหม็นมาก เลือดออกผิดปกติหรือตกเลือด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะ เลือดที่ออกอาจจะเป็นเลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวปนเลือด มีน้ำปนเลือด ปวดท้องน้อย เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือนซึ่งในระยะนี้อาจแบ่งได้อีก

1) **ระยะลุกลามเริ่มต้น** อาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติเป็นหยดๆ หรือมีเลือดออกขณะหรือภายหลังร่วมเพศ

2) **ระยะท้ายของโรค** อาการระยะสุดท้ายเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ถ้าใส่ใหญ่ ต่อมน้ำเหลือง ตับ ปอด กระดูก อาการโดยทั่วไปเกิดอาการซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลียมาก เกิดอาการปัสสาวะแสบขัดเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระปนเลือด ตัวเหลือง ตาเหลือง ไอ เหนื่อยหอบ ไอเป็นเลือด และมีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก

ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการตกเลือดมากกว่าปกติ ในบางรายอาจตกเลือดจนซีดมาก มีการฉีกขาดของหลอดเลือดร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่าหลุดอาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนอง เนื่องจากมีการติดเชื้อร่วมด้วย อาการเจ็บปวดจะเกิดในระยะท้ายของโรคที่เป็นมาก และมีการลุกลามแพร่ กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาทอ Obturator (obturator) และ เซียร์ติค (sciatic) หรือไปที่กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง บางรายอาจมีอาการปวดท้องน้อยมากซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูก

1.10 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหารอยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาก่อนที่รอยโรคจะคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งผลการรักษาไม่ค่อยดี การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธี มีความยากง่าย ความแม่นยำ และค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน วิธีที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก

1.10.1 การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก

การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก บุคคลสำคัญและริเริ่มการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกเป็นแพทย์ชาวกรีกชื่อนายแพทย์จอร์จ นิ โคลาส พาพานิโคลา (George Nicholas Papanicolaou) เป็นที่รู้จักกันว่า Cytological screening programs ได้มีการศึกษาวิจัยได้ผลว่าสามารถลดอุบัติการณ์ และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศสามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าร้อยละ 90 ถ้าทำได้อย่างมีคุณภาพ และมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดได้สูง เช่น ในประเทศฟินแลนด์ มี National cervical cancer screening program เริ่มในปี ค.ศ. 1963 ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคต่ำที่สุดในโลกเป็น 5.5 ต่อแสนของประชากรในเพศหญิง แต่ไม่สามารถทำได้ผลสำเร็จในประเทศที่กำลังพัฒนาเนื่องจากมีเพียงร้อยละ 5 ของสตรีที่ได้รับการทำ Pap smear เท่านั้น (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล ม.ป.ป.: 19)

1) ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap smear

(1) ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้เอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ช่วงเวลาไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุก เอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่ปากมดลูกส่วนในสร้างมูกเหนียวๆ ออกมาจำนวนมากถ้าทำ Pap smear ในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียว จะได้เซลล์น้อยมาก หรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไข่สุกไปเสียก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะ

หนึ่งคือ 3-4 วัน ก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่มีเม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้เป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจก ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่านเซลล์มะเร็งและเซลล์ของรอยโรคภายใน เยื่ออุสควมัส มีแรงยึดระหว่างเซลล์น้อยกว่าปกติ จึงหลุดร่วงออกมาได้ง่ายเมื่อคุณมาตรวจทาง เซลล์วิทยา ไม่ควรตรวจ ในช่วงที่มีเลือดระดู (เพ็ญแข พัทธ์ชัยไพรวิน มปป: 34)

(2) ในรายที่กำลังคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนหรือฉีด สามารถรับการตรวจได้ ทุกระยะเวลา

(3) ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้ว รับการตรวจได้ทุกเวลาแต่ถ้าหมด ไปนานแล้วเยื่ออุปากมดลูกอาจบางและอักเสบ (Atrophic inflammation) ถ้าได้รับฮอร์โมน เอสโตรเจนเฉพาะที่หรืออย่างเม็ดสำหรับรับประทานสักระยะหนึ่งประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ให้ใช้ Premarine cream ในช่องคลอดก่อนเข้านอน วันละ ½-1 กรัม หรือให้ Tab Premarine (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น จะช่วยให้ได้รับผลการตรวจที่แน่นอนยิ่งขึ้น

2) การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจ Pap smear

- (1) ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง
- (2) ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง
- (3) ห้ามล้างหรือทำความสะอาดภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง
- (4) งดยามีเพศสัมพันธ์ก่อนมารับการตรวจ (เพ็ญแข พัทธ์ชัยไพรวิน มปป: 35)

(5) หลังคลอดควรรอ 6-8 สัปดาห์ให้ขบวนการอักเสบและการซ่อมแซม ปากมดลูกเรียบร้อยก่อน เพื่อลดผลการตรวจที่ไม่น่าพึงพอใจ

3) วิธีการทำ Pap smear

การทำ Pap smear เป็นวิธีการป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูก (Ectocervix และ Endocervix) มาป้ายบนแผ่นกระจก นำแผ่นกระจกไปแช่ในขวดแอลกอฮอล์ 95% ที่มีฝาปิด (เทวรินทร์ โกสียะตระกูล และวรรณเพ็ญ 2548: 29) แช่นาน 60 นาทีขึ้นไป ส่งไปทำการย้อมสี และอ่านผลโดยนักเซลล์วิทยา (นवलพรรณ อนันต์วัฒนวงศ์ 2549: 37)

1.10.2 การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด (Colposcope)

การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอดหรือคอลโปสโคป คือการตรวจดู ลักษณะผิวเยื่อและลักษณะของเส้นเลือดบริเวณปากมดลูกด้วยกล้องที่มีกำลังขยายตั้งแต่ 5-40 เท่า ในทางปฏิบัติใช้กำลังขยาย 10-15 เท่า ก็เพียงพอที่จะตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติบนปากมดลูกได้ คอลโปสโคปมีประโยชน์อย่างมากในการวินิจฉัยรอยโรคภายในเยื่ออุสควมัส และมะเร็ง ปากมดลูกระยะลุกลาม โดยทั่วไปแล้วจะไม่ใช่คอลโปสโคปเพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

แต่จะใช้ในการสืบค้นผู้ป่วยที่มีผลการทดสอบ Pap smear ผิดปกติ เพื่อตรวจหาบริเวณที่จะทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา ชีตจำกัดของการตรวจด้วยกล้องขยายคือ ไม่สามารถตรวจภายในปากมดลูกได้ ต้องการการฝึกฝนเพิ่มเติมและทำในสถาบันที่มีความพร้อมของเครื่องมือ

1.10.3 การตรวจหาเชื้อ Human Papillomavirus

1) การตรวจทางคลินิก (Clinical) ตรวจพบรอยโรคหูดหงอนไก่และมะเร็งปากมดลูกซึ่งสามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าแต่ถ้าเป็นพยาธิสภาพของ LSIL HSIL หรือมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จะไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าแต่จะตรวจพบได้จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด (Colposcopy)

2) การตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุมดลูกที่มีความรุนแรงต่างๆเช่น LSIL, HSIL เป็นต้น

3) การตรวจทางพยาธิวิทยา (pathology) ตรวจพบพยาธิสภาพหรือรอยโรคของการติดเชื้อ HPV ที่มีความรุนแรงต่างๆเช่น HPV infection/ LSIL, HSIL และมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น

4) การตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยา (immunology) ตรวจพบ antibody ต่อเชื้อ HPV วิธีนี้ไม่นิยมใช้วินิจฉัยการติดเชื้อ HPV เพราะว่าการติดเชื้อ HPV มักเกิดขึ้นที่บริเวณเยื่อบุผิวปากมดลูก ไม่ค่อยเข้าสู่กระแสเลือดจึงไม่มีระยะ Viremia ทำให้การตรวจหา antibody ต่อเชื้อ HPV ยากขึ้น

5) การตรวจทางไวรัสวิทยา (Virology) หรืออณูชีววิทยา (Molecular Biology) เนื่องจากเชื้อ HPV ไม่สามารถทำการเพาะเชื้อได้เหมือนเชื้อไวรัสชนิดอื่นๆจึงต้องตรวจหา DNA ของเชื้อ HPV แทน การประยุกต์ใช้ HPV test ในทางเวชปฏิบัติเพื่อตรวจหาเชื้อ HPV ควรเลือกวิธีที่ทำได้ง่าย ได้ผลเร็วและสามารถตรวจหาเชื้อ HPV ได้ด้วยความไวสูงทางคลินิก เช่นวิธีของระบบ Hybrid Capture ได้แก่ Hybrid Capture 2 มีความไวในการตรวจหา HPV DNA สามารถตรวจหา low-risk HPV ได้ 5 สายพันธุ์คือ HPV 6,11,42-44 และตรวจหา high-risk HPV ได้ 13 สายพันธุ์คือ HPV 16,18,31,33,35,39,45,51,52,56,58,59 และ 68 หรือวิธี AMPLICOR HPV สามารถตรวจหา high-risk HPV ได้ 13 สายพันธุ์เหมือนกับวิธี HC2 โดยสามารถตรวจหา HPV 31,52,58,และ 59 และตรวจหา HPV 16, 18, 33, 35, 39, 45, 51, 56 และ 68 ได้ ซึ่งมีอัตราให้ผลบวกมากกว่าร้อยละ 95 และสามารถตรวจ HPV ทั้ง 13 สายพันธุ์ได้ร้อยละ 100

การตรวจหาเชื้อ High-risk HPV สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติทางนรีเวชได้ การตรวจคัดโรคมะเร็งปากมดลูก การสืบค้นในกรณีผล Pap smear คลุมเครือ เช่น ASCUS และ AGC การติดตามผลการรักษา CIN (test of cure) การใช้ HPV test ร่วมกับ Pap smear

ในการตรวจคัด โรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อสตรีทราบว่ามี การติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูก ความรู้สึกและ ปฏิกริยาของสตรีมีหลากหลายรูปแบบ เช่น ขยะแขยง สกปรก รู้สึกว่าอวัยวะเพศไม่สะอาด ตื่น ตระหนกวิตกกังวลกลัวว่าจะเป็น มะเร็งปากมดลูก สับสนในตัวเองไม่รู้ว่า จะทำอะไรต่อไป โกรธ คุ่นอนหรือสามีที่แพร่เชื้อ HPV หวาดระแวงสามีมีคู่นอนหลายคน กลัวสามีจะกล่าวหาว่าไม่ ซื่อสัตย์หรือไม่ใช้หญิงบริสุทธิ์ ฯลฯ ทั้งนี้เนื่องจากเอกสาร คำแนะนำ รวมทั้งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และสื่อต่างๆจะบอกว่า มะเร็งปากมดลูก มักพบในสตรีที่มีคู่นอนหลายคนและสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ เมื่ออายุน้อย เป็นต้น ดังนั้นแพทย์ควรจะให้คำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับการติดเชื้อ HPV และ มะเร็งปากมดลูกให้สตรีเข้าใจดังนี้

(1) การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ชายมักจะไม่มี อาการปรากฏให้เห็น การตรวจหาเชื้อ HPV ในผู้ชายไม่มีความจำเป็นเพราะตรวจพบเพียงร้อยละ 60-70 เท่านั้น และมักตรวจไม่พบรอยโรคที่ต้องให้การรักษาเนื่องจากเชื้อ HPV สามารถทนต่อ ความแห้งแล้งได้ดี ดังนั้นเชื้อ HPV อาจเกาะอยู่ตามเสื้อผ้า กางเกงใน และผ้าเช็ดตัวในรูปของ ละอองฝุ่น (fomites) ได้และอาจเกาะติดกับผิวหนังของอวัยวะเพศชายโดยไม่ก่อให้เกิดอาการได้ เช่นกัน

(2) การติดเชื้อ HPV ในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว พบได้บ่อยและน่าจะเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุดด้วยซ้ำ แต่เนื่องจากไม่มีอาการปรากฏให้เห็น จึงไม่ ได้มาพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา ในทางปฏิบัติอาจให้คำแนะนำเชิงเปรียบเทียบว่าการมีเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกก็คล้ายกับการมีเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ในทางเดินอาหาร ในทวารหนัก หรือใน ช่องคลอดซึ่งมีเชื้อชนิดต่างๆอยู่มากมายแต่ไม่ได้ทำให้เป็นโรค เช่น เหนืออวัยวะ ท้องร่วง หรือตก ขาว เป็นต้น การตรวจพบเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกจึงไม่ถือว่าเป็นโรคและส่วนใหญ่มักหายไปเอง สตรี ที่โอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกก็คือ สตรีที่เชื้อ HPV คงอยู่นาน ๆ ที่ปากมดลูกซึ่งใช้เวลานานกว่า 10 ปี ในช่วงนี้สามารถตรวจติดตามการดำเนินโรคเป็นระยะ ๆ ได้โดยการทำ Pap smear

(3) สตรีที่ติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่จะ ไม่เป็น มะเร็งปากมดลูก เป็นข้อมูล สำคัญที่จะช่วยให้สตรีสบายใจขึ้น

(4) การติดเชื้อ HPV ส่วนใหญ่ร้อยละ 90-95 จะหายไปเอง มีเพียงร้อยละ 5-10 ที่เชื้อ HPV ยังคงอยู่ที่ปากมดลูกซึ่งถ้าตรวจติดตามในแต่ละรายขึ้นส่วนใหญ่จะหายไปเอง

(5) สตรีที่ Positive oncogenic HPV test ส่วนใหญ่จะตรวจไม่พบ CIN หรือ มะเร็งปากมดลูกเมื่อทำการสืบค้นเพิ่มเติมเช่น การตรวจด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอดหรือ คอลโปสโกปี เป็นต้น

(6) เมื่อตรวจติดตามสตรีที่ติดเชื้อ HPV แต่ Pap smear ปกติพบว่า

ก. ประมาณร้อยละ 15-30 จะมีผล Pap smear ผิดปกติ ในช่วง 3-5 ปี

ข. ประมาณร้อยละ 5-10 จะดำเนินโรคเป็น CIN 2/3 ในช่วง 3-5 ปี ซึ่ง

สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจติดตามด้วยการทำ Pap smear เป็นระยะๆ ถ้าตรวจพบก็สามารถรักษาให้หายได้

โดยสรุปแล้ว สตรีที่ตรวจพบเชื้อ HPV ที่ปากมดลูกส่วนใหญ่จะไม่เป็น CIN และมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เชื้อจะหายไปเอง รอยโรคที่อาจจะเกิดขึ้นถ้ามารับการตรวจติดตามได้แล้ว สามารถตรวจพบได้และรักษาให้หายได้เช่นกัน สิ่งสำคัญคือต้องให้คำแนะนำที่ถูกต้องให้สตรีเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติวิทยาของการติดเชื้อ HPV การดำเนินโรคความเกี่ยวข้องและความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก และควรระมัดระวังการให้คำแนะนำที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวด้วย

1.10.4 การตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่า

การตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่า เป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่อาจจะใช้ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดจริงๆซึ่งไม่สามารถทำการตรวจทางเซลล์วิทยาได้วิธีนี้จะช่วยให้วินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะเริ่มแรกมากกว่าการไม่มารับการตรวจเลย การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจด้วยตาเปล่าจะแบ่งผลการตรวจออกเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะของปากมดลูกคือ 1) ปากมดลูกปกติ 2) กลุ่มเสี่ยงต่ำได้แก่ ปากมดลูกอักเสบแผลกร่อนที่ปากมดลูก และติ่งเนื้อปากมดลูก 3) กลุ่มเสี่ยงสูงได้แก่แผลกร่อนที่ปากมดลูกซึ่งมีเลือดออกเมื่อสัมผัสก่อนเนื้องอกและปากมดลูกมีลักษณะน่าสงสัย (จตุพล ศรีสมบุญ 2547 อ้างถึงในภัทรกร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 33)

1.11 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก

การรักษาภาวะก่อนลุกลามของมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกมีระยะการดำเนินโรคนานเริ่มต้นจากการติดเชื้อไวรัส Human papilloma ที่ปากมดลูกทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เป็น Dysplasia cells เกิดภาวะที่เรียกว่า Dysplasia ซึ่งส่วนใหญ่ถ้าระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายดี รอยโรคมีความรุนแรงน้อย (CIN I-Mild dysplasia) ร่างกายจะกำจัดออกไปได้หมด มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่รอยโรคจะทวีความรุนแรงขึ้นเป็น CIN II-Moderate dysplasia, CIN III-Severe dysplasia, Carcinoma in situ จนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามในที่สุด ขบวนการนี้จะใช้เวลาประมาณ 13 ปี ดังนั้นการรักษาภาวะ Dysplasia หรือกลุ่มโรค CIN (Cervical intraepithelial Neoplasia) ด้วยวิธีที่เหมาะสมจะป้องกันมิให้สตรีเหล่านี้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ (จตุพล ศรีสมบุญ 2547 อ้างถึงในภัทรกร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 34) วิธีการรักษา

ระยะก่อนลุกลามของมะเร็งปากมดลูก เป็นการรักษาด้วยการรักษารอยโรคภายในเยื่ออุ้งปากมดลูก ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ

1.11.1 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

1) การเฝ้าติดตามรอยโรค เหมาะกับ Mild dysplasia ซึ่งธรรมชาติของโรค ส่วนใหญ่จะหายไปได้เอง โดยเฉพาะในรายที่มีรอยโรคเล็กเพียงตำแหน่งเดียว อย่างไรก็ตาม Mild dysplasia ที่มีการติดเชื้อไวรัส HPV ที่มีความเสี่ยงสูงจะมีโอกาสกลายเป็นรอยโรคที่มีความรุนแรง เพิ่มมากขึ้นได้ ด้วยเหตุนี้ในกรณีผู้ป่วยอายุน้อยยังต้องการมีบุตร รอยโรคเล็กตำแหน่งเดียวและเป็น Mild dysplasia อาจใช้การเฝ้าติดตามโดยการทำ Pap smears เป็นระยะๆ ร่วมกับการตรวจด้วย Colposcopy เมื่อมีข้อบ่งชี้ การตรวจหาชนิด HPV ร่วมด้วยจะทำให้มีความมั่นใจในการเฝ้าติดตาม มากยิ่งขึ้น (จตุพล ศรีสมบุรณ์ 2547 อ้างถึงในภัทรภร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 33)

2) การจี้ด้วยความเย็น (Cryotherapy) การจี้รอยโรคภายในเยื่ออุ้งปากมดลูก ด้วยความเย็น มีประโยชน์อย่างมากในกรณีที่ต้องการธำรงภาวะเจริญพันธุ์ ซึ่งต้องรักษาโครงสร้าง ของปากมดลูกไว้ให้อยู่ในสภาพปกติมากที่สุดที่จะสามารถตั้งครรภ์ต่อไปได้จนครบกำหนด การจี้ปากมดลูกด้วยความเย็นโดยการใช้แก๊สคาร์บอนไดออกไซด์หรือแก๊ส ไนตรัสออกไซด์อัด แน่นเป็นตัวทำให้เกิดความ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข อ้างถึงในภัทรภร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 34)

3) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure) เป็นหัตถการที่นำมาใช้ในการวินิจฉัยและการรักษารอยโรคภายในเยื่ออุ้งปากมดลูก โดย ใช้ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาและการตรวจด้วยคอลโปสโคปี ชั้นเนื้อที่ได้สามารถนำมาตรวจ ทางพยาธิวิทยาได้และอาจถือว่าเป็นการรักษาไปด้วย ถ้าไม่มีรอยโรคที่ขอบของชิ้นเนื้อและไม่ได้ เป็นมะเร็งระยะลุกลามซึ่งสามารถรักษาได้ผลสำเร็จมากกว่าร้อยละ 90 หลังรักษายังสามารถตรวจ พบรอยต่อระหว่างเยื่ออุ้งคervix และเยื่อบุคอถัมนารีได้ร้อยละ 90 ทำให้สามารถตรวจติดตามด้ว การตรวจ Pap smear และการตรวจด้วยคอลโปสโคปีง่ายขึ้นซึ่งเป็นข้อดีเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาโดยการจี้ด้วยความเย็น หรือการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยโดยการใช้มีดแล้วเย็บม้วนปาก มดลูกเพื่อห้ามเลือด (จตุพล ศรีสมบุรณ์ 2547 อ้างถึงในภัทรภร ทองสัมฤทธิ์ 2547: 35)

ข้อเสียอย่างหนึ่งของ LEEP คือ ต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ (Para cervical block) เพื่อลดความเจ็บปวด นอกจากนั้นเครื่องมือยังมีราคาแพง เครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วย เครื่องถ่ายกระแสไฟฟ้าเพื่อใช้ในการผ่าตัด ระบบการดูดก้ำจัดควัน และห่วงลวดแบบใช้ครั้งเดียว ทั้ง กระบวนการนี้ มีผลข้างเคียงเพียงเล็กน้อย ความยุ่งยากหลักๆ คือ อัตราการที่เลือดออกระหว่าง ผ่าตัด 3%

4) การทำ *Electrocautery* กับปากมดลูก เป็นการถ่ายโอนความร้อนโดยตรงจาก probe ที่มีความร้อนไปยังเนื้อเยื่อเครื่อง *Electrocautery* แบบเก่าจะใช้ขั้วไฟฟ้าแบบจุดประกายเป็นระยะๆ เพื่อเผาไหม้และทำลายเนื้อเยื่อปากมดลูก การทำเช่นนี้ ทำให้เกิดการปวดท้องเพราะขาดเลือดไปเลี้ยงมดลูกอย่างมาก และทำให้การถ่ายโอนความร้อนไปที่ช่องคลอดค่อนข้าง มากซึ่งทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างรุนแรงและจำเป็นต้องใช้ยาชาเฉพาะที่ (*Para cervical block*) และยาแก้ปวด

1.11.2 การรักษาแบบผู้ป่วยใน

1) การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีดเป็นการผ่าตัดที่นิยมใช้ในการรักษารอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสของปากมดลูก ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อย หรือต้องการธำรงภาวะเจริญพันธุ์ไว้ การผ่าตัดดังกล่าวเป็นทั้งการวินิจฉัยและการรักษาถ้าไม่มีรอยโรคที่ขอบของชั้นเนื้อ และมีข้อดีกว่าการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้าคือไม่มีปัญหาเรื่องการบาดเจ็บจากความร้อน ซึ่งรบกวนการแปลผลทางพยาธิวิทยา และสามารถตัดปากมดลูกได้กว้างและลึกกว่าข้อดีทั้ง 2 ประการนี้ทำให้นิยมใช้การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด เพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่ผลการตัดเนื้อออกตรวจเป็น *Microinvasive carcinoma* และ *Adenocarcinoma* ซึ่งต้องการชั้นเนื้อที่มีขนาดกว้างและลึก และการแปลผลทางพยาธิวิทยาที่ขอบของชั้นเนื้อเชื่อถือได้

อัตราการหายจากโรค ในการใช้รักษารอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสชั้นสูงมาก กว่าร้อยละ 95 ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะปากมดลูกตีบและปากมดลูกหลวมจะสูงกว่าการตัดด้วยเลเซอร์และการตัดด้วยห่วงไฟฟ้า ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการตัดปากมดลูกด้วยมีดนิยมใช้ในการวินิจฉัยรอยโรคที่มีความรุนแรง ที่มีบริเวณกว้างและอยู่ลึกเข้าไปภายในปากมดลูกทำให้เนื้อปากมดลูกถูกตัดออกไปมากจึงมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวสูงขึ้น

2) การตัดมดลูกออก

การเกิดรอยโรคในเยื่ออุสแควมัสของปากมดลูกเพียงอย่างเดียว ไม่ได้เป็นข้อบ่งชี้ของการตัดมดลูก เนื่องจากมีวิธีการรักษาอื่นๆ อีกหลายวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษารอยโรคดังกล่าวในปัจจุบัน ข้อบ่งชี้ประการเดียวที่จะรักษารอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสของปากมดลูกโดยการตัดมดลูกคือการมีโรคทางนรีเวชร่วมอยู่ด้วยที่จำเป็นต้องรักษาโดยการตัดมดลูกออกอยู่แล้ว เช่น เนื้องอกของมดลูก มดลูกหย่อน และการตกเลือดจากเยื่อโพรงมดลูกหนาตัวผิดปกติ เป็นต้น ถ้าจะรักษาโดยการตัดมดลูกออก ต้องตรวจให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่ได้เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาทางคอลโปสโคป และทางพยาธิวิทยาต้องไม่สงสัยมะเร็งระยะลุกลาม ถ้าผลการส่องตรวจเนื้อเยื่อภายในปากมดลูกเป็นรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสชั้นสูง หรือรอยโรคของเยื่ออุสแควมัสต้องทำการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยมาตรวจ เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ใช่มะเร็ง

ระยะลุกลาม ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารอยโรคภายในเยื่ออุสควมัส ด้วยการตัดมดลูกออก ต้องตรวจติดตามการกลับเป็นซ้ำที่คอ หรือยอดโค้งของผนังช่องคลอดตลอดไปเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบอนุรักษ์หรือแบบผู้ป่วยนอก ถึงแม้ว่าอัตราการกลับเป็นซ้ำจะพบได้น้อยมากแต่ก็พบได้โดยประมาณร้อยละ 1-7 เป็นรอยโรคภายในเยื่ออุสควมัสชั้นสูงและร้อยละ 0.4 เป็นมะเร็งระยะลุกลามที่ยอดโค้งของผนังช่องคลอด

1.12 การป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า การติดเชื้อเอชพีวี เป็นการติดเชื้อเนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ที่พบมากที่สุดในโลก และไม่เหมือนกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น โกลโนเรียหรือ HIV/AIDS การใช้ถุงยางอนามัยหรือการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยด้วยวิธีต่างๆ จึงแทบจะไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้ ทั้งนี้เพราะไวรัส papilloma จะอาศัยอยู่ที่เซลล์ชั้นนอก (squamous) ที่บริเวณอวัยวะเพศภายนอกของผู้หญิงและที่ลำอองศาติของผู้ชายรวมถึงเซลล์ที่บุอยู่ในที่ช่องคลอดและปากมดลูก และที่ท่อปัสสาวะกับทวารหนักของทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ถุงยางอนามัยไม่สามารถปกคลุมลำอองศาติได้ทั้งหมดและไม่ได้ป้องกันการสัมผัสกับผิวหนังบริเวณหัวหนาดังนั้นระหว่างมีเพศสัมพันธ์แม้จะใช้ถุงยางอนามัย เซลล์ผิวหนังที่มีเชื้อ HPV จะสัมผัสกับอวัยวะสืบพันธุ์ด้านนอกของสตรี หรือกับช่องคลอด ทำให้เชื้อไวรัสเข้าสู่ช่องคลอดและปากมดลูกได้ นอกจากนี้ การร่วมเพศยังทำให้เกิดแผลถลอกขนาดเล็กๆ ที่ผนังช่องคลอด ซึ่งทำให้ช่องคลอดและปากมดลูกติดเชื้อไวรัสได้ง่ายขึ้น แม้แต่เซลล์ที่ตายแล้ว และหลุดลอกออกมาระหว่างการร่วมเพศที่มีเชื้อไวรัสอยู่จะสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อต่อไปได้อีกหลายวัน องค์การอนามัยโลกได้แบ่งวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1.12.1 การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) คือการป้องกันขั้นพื้นฐาน โดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือการขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ การป้องกันปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูกได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน 2) การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย 3) การคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัย 4) การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชพีวี 5) การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย การงดการสูบบุหรี่ และ 6) การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี คือการฉีดวัคซีนให้แก่สตรีตั้งแต่อายุในวัยเด็กก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์

1.12.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) ได้แก่ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (Early detection) หรือการคัดกรอง (Screening) การ

วินิจฉัยโรคมะเร็งให้ได้ในระยะต้นๆหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง การตรวจภายในเพียงอย่างเดียวก็จะทำให้วินิจฉัยระยะที่ 1 ได้มากขึ้น ซึ่งกระทำได้ง่ายและได้ผลดีก็จะเป็นการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งมีวิธีการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพคือ Pap smear (กิตติศักดิ์ วิลาวรรณ 2550: 39)

1.12.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันโดยการรักษาในขณะที่โรคลังอยู่ในระยะเริ่มต้น และให้การรักษาดตามวิธีการที่เหมาะสมที่สุด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย และการพัฒนาวิธีการรักษาให้ได้ผลดีขึ้น เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการพัฒนาให้ได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นกว่านี้คงจะมีความลำบาก ต้องใช้ทรัพยากรอย่างมาก ดังนั้นสิ่งที่ดีที่สุดคือการพัฒนา Secondary prevention โดยการคัดกรองในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (กิตติศักดิ์ วิลาวรรณ 2550: 39)

1.13 วัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

1.13.1 การพัฒนาวัคซีนและการทดลองวัคซีน วัคซีนผลิตจากสารโปรตีนที่เลียนแบบโปรตีน L1 ของ ไวรัส เอชพีวี (PVL1VLPs: Viral like Particles) ในปี ค.ศ. 1996 จนปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี 2 ชนิด ซึ่งผ่านการศึกษาวินิจฉัยผลผลิตจากประเทศเบลเยียม และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการอาหารและยาของไทยเมื่อ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2550 (สุนิตย์ธีระศักดิ์วิชา 2550: 26)

1.13.2 กลไกการป้องกันของวัคซีน กลไกการป้องกันของวัคซีน ตามกลไกเส้นทางพยาธิวิทยา-สรีรวิทยา และปฏิกิริยาแอนติเจน-แอนติบอดี เป็นที่ทราบกันดีว่า Local Mucosal IgA เป็นตัวหลักสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อบริเวณเยื่อเมือกแต่จากการศึกษาพบว่า มีเพียงร้อยละ 50 ของผู้หญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีน HPV-11L1 ที่ตรวจพบ Local Mucosal anti-HPV antibody และตรวจพบว่า systemic IgG มีระดับสูงกว่า cervical secretion มีปรากฏการณ์ที่น่าจะสนับสนุนกลไก การป้องกันของวัคซีนจาก 2 เรื่อง เรื่องแรกจากการมีบาดแผลของเยื่อเมือกปากมดลูก (microtrauma) เรื่องที่ 2 ระดับ systemic IgG ที่สูงกว่ามากจึงมีการซึมผ่าน (transudate) ผ่านเยื่อเมือกออกมาโดยเฉพาะบริเวณ squamous-columnar junction จนมีระดับมากพอที่จะไปดักจับส่วนของไวรัสเป็นการป้องกันการติดเชื้อ HPV (16,22) (สุนิตย์ธีระศักดิ์วิชา 2550: 27-28) ปัจจุบันวัคซีนราคาประมาณเข็มละ 4,000 บาท (ราคาขึ้นอยู่กับข้อกำหนดของสถานประกอบการนั้นๆ) การฉีด HPV Vaccine ให้ฉีด 0.5 cc ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 3 เข็ม (เพราะมีส่วนผสมของ Alum)

Gardasil® (HPV6, 11, 16, 18) ฉีด วันที่ 1 เดือนที่ 2 เดือนที่ 6

Cervarix® (HPV16, 18) ฉีด วันที่ 1 เดือนที่ 1 เดือนที่ 6

มีคำแนะนำจากหน่วยงานหลายแห่ง ซึ่งแนวคิดของการใช้วัคซีนก็เพื่อการป้องกันดังนั้นควรฉีดก่อนการมีเพศสัมพันธ์ จึงมีความแตกต่างกันบ้างตามสังคมวิทยาในแต่ละ

ท้องถิ่น วัฒนธรรม ที่มีทัศนคติ หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยวัคซีนทั้งสองชนิดพบว่า ระดับซีรัม Antibody จะขึ้นสูงประมาณ 1 เดือน หลังฉีดและพบว่า ระดับซีรัม Antibody จะขึ้นสูงกว่าเมื่อฉีดในเด็กช่วงอายุ 9-15 ปี เมื่อเทียบกับอายุที่มากกว่า ผู้ที่ได้รับวัคซีนจะมีระดับซีรัม Antibody ขึ้นสูงกว่าระดับ natural infection (เฉลี่ยประมาณ 100 เท่า) และพบว่าคงอยู่นาน 5 ปี (การศึกษาถึงปัจจุบัน) และพบว่าผู้ที่เคยมีระดับซีรัม Antibody จาก natural infection หากได้รับการฉีดวัคซีนจะพบว่ามีระดับซีรัม Antibody สูงขึ้นมากแบบ anamnestic respon การเลือกกลุ่มเป้าหมายจะฉีดให้ในกลุ่มใด ชายหรือหญิงอายุเท่าใดนอกจากจะพิจารณาตามประสิทธิภาพของวัคซีนแล้วยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆอีก ได้แก่ ลักษณะของสังคม นโยบายของประเทศ และความต้องการของแต่ละบุคคลเป็นต้น (สุนิตย์ ธีระศักดิ์วิชชา 2550: 28) มีคำที่ว่า การป้องกันและการสนองทาง Immune จะคงอยู่นานแค่ไหนและการ Booster จำเป็นต้องมีหรือไม่ยังไม่สามารถตอบได้ในเวลานี้เพราะคำตอบนี้จะต้องมาจากผลการศึกษาในระยะยาวเท่านั้น (กิตติศักดิ์ วิลาวรรณ 2550: 39)

1.13.3 ผลข้างเคียงของวัคซีน ผลข้างเคียงของวัคซีนส่วนมากเป็นเรื่องของอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณที่ฉีด อาการไข้ ในช่วงประมาณ 7 วันแรกของการฉีด ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่คล้ายวัคซีนอื่นๆทั่วไป อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงในระยะยาว แม้แต่ผลของวัคซีนต่อกลุ่มบุคคลบางกลุ่ม เช่น หญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไขกระดูก ยังคงต้องติดตามการศึกษาวิจัยต่อไป (สุนิตย์ ธีระศักดิ์วิชชา 2550: 28)

1.13.4 คำแนะนำที่ควรแจ้งให้ทราบก่อนการฉีดวัคซีน HPV ควรอธิบายให้ผู้รับการฉีดวัคซีนและหรือผู้ปกครองให้เข้าใจก่อนการฉีดวัคซีน

- 1) การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้
- 2) การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี หูดหงอนไก่ และรอยโรคก่อนมะเร็งได้ทุกราย และไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและรอยโรคที่เกิดจากเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์อื่นที่ไม่ได้มีในวัคซีนได้
- 4) ถ้ามีการติดเชื้อเอชพีวีแล้วประสิทธิภาพของวัคซีนจะลดลง
- 5) การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถใช้รักษาหูดหงอนไก่ รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก รอยโรคก่อนมะเร็งของช่องคลอดและรอยโรคก่อนมะเร็งปากช่องคลอดได้ ถ้ามีรอยโรคดังกล่าวควรรักษาให้หายก่อน
- 6) การฉีดวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถป้องกันโรคอื่นๆของอวัยวะเพศที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี เช่น โรคเริม และตกขาวที่เกิดจากเชื้อโรคชนิดต่างๆเป็นต้น

7) ถ้ามีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือต่ำ การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนจะลดลง

8) หลังจากการฉีดวัคซีนเอชพีวีแล้ว ถ้ามีเพศสัมพันธ์ควรมีเพศสัมพันธ์ในเชิงป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เช่น การมีคู่นอนคนเดียว หรือการคุมกำเนิดโดยการใส่ถุงยางอนามัยเป็นต้น

9) ในช่วงที่ฉีดวัคซีนเอชพีวี ควรคุมกำเนิดด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ ใวก่อนจนกระทั่งฉีดครบ 3 เข็มไปแล้วอย่างน้อย 1 เดือน

10) ควรฉีดวัคซีนเอชพีวี ให้ครบ 3 เข็ม ในช่วงที่กำหนด

11) หลังการฉีดวัคซีนเอชพีวีแล้วควรมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามที่แพทย์นัดเมื่อถึงวัยอันควร

12) หลังการฉีดวัคซีนเอชพีวีแล้ว ควรนอนพักสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที ไม่ควรกลับบ้านคนเดียว ควรมีเพื่อนหรือผู้ปกครองมาด้วย (จุดพล ศรีสุมบุญ 2550: 49)

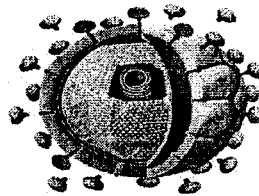
สรุปมะเร็งปากมดลูกจากหลักฐานในปัจจุบันเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งเป็นเชื้อที่ติดต่อกันได้จากการมีเพศสัมพันธ์หรือการสัมผัสทางเพศเมื่อเชื้อเอชพีวี คงอยู่นานที่ปากมดลูกทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกที่บาดเจ็บมีเซลล์เพิ่มจำนวน (Cell proliferation) ปรากฏให้เห็นเป็นหูดหงอนไก่ เป็นรอยโรคบริเวณเยื่อเมือกส่วนล่างต่ำ เป็นรอยโรคบริเวณเยื่อเมือกส่วนสูง และมะเร็งปากมดลูก ซึ่งระยะเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนกระทั่งถึงเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี อุบัติการณ์และระยะเวลาการเป็นมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับปัจจัยและระบบภูมิคุ้มกันของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งทำได้ไม่ยากและพบว่าราคาที่เหมาะสมคือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีทำ Pap smear ตามระยะเวลาที่แนะนำถึงแม้จะเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกแต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นสตรีควรให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคให้ได้ในระยะเริ่มแรก ทั้งนี้เพื่อป้องกันโรคในตัวเองให้รอดพ้นจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอช ไอ วี และโรคเอดส์ (Acquire Immunodeficiency Syndromes: AIDS)

โรคเอดส์ (Acquire Immunodeficiency Syndromes: AIDS) จัดเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง โรคเอดส์หมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงมาก เนื่องจากร่างกายได้รับเชื้อเอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ทำให้เม็ดโลหิตขาวที่

เป็นภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงส่งผลให้ร่างกายติดเชื้อโรคอื่นๆ โดยเฉพาะโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหรือโรคแทรกซ้อนและมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) Kaposi's sarcoma และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ระบบประสาท (Central Nervous Lymphoma)

2.1 เชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ชื่อเชื้อ เอช ไอ วี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ดังแสดงในภาพที่ 2.4 ซึ่งเชื้อเอช ไอ วี นั้นเป็นเชื้อ ไวรัส ชนิดหนึ่ง จัดเป็นรีโทรไวรัส (Retrovirus) เชื้อ เอชไอวี แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือเชื้อ เอชไอวี-1 (Human Immunodeficiency Virus type-1) และเชื้อ เอช ไอ วี-2 (Human Immunodeficiency Virus type-2) เชื้อเอชไอวี-1 พบระบาดรุนแรงทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยด้วย ส่วนเชื้อ เอช ไอ วี-2 พบการระบาดในแอฟริกาตะวันตกเป็นส่วนใหญ่มีความรุนแรงในการติดต่อได้ การได้รับผลิตภัณฑ์จากเลือดที่ติดเชื้อ การติดเชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์และทางเพศสัมพันธ์ (กองโรคเอดส์ 2544) ตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีที่เชื้อ เอช ไอ วี ได้แพร่ระบาดทั่วโลกก่อให้เกิดปัญหาและความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านจิตใจและร่างกายแก่ประชากรทั่วโลก



ภาพที่ 2.5 แสดงรูปร่างของเชื้อเอช ไอ วี (HIV: Human Immunodeficiency Virus)

ในปี ค.ศ. 1993 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อของสหรัฐอเมริกา (The US Center for disease Control and Prevention: CDC) ได้รายงานว่าสตรีที่เป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ 16784 ราย เป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 1.3 (CDC 1993: 1-9) ดังนั้นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคของสหรัฐอเมริกาจึงได้กำหนดให้การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุปากมดลูก (Cervical Intraepithelial Neoplasia) จัดอยู่ในกลุ่มอาการ โรคเอดส์ระยะเริ่มแรก และมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) เป็น โรคเอดส์ระยะเต็มขั้น (Maiman et al 1993: 402-506; Maiman et al 1997: 76-80)

3. แนวคิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

มะเร็งปากมดลูกเป็นทราบกันดีแล้วว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวีดังที่ได้

กล่าวมาแล้วนั้นยังพบหลักฐานจากการวิจัยหลายๆ รายงานว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีภาวะการติดเชื้อเอชพีวี สูงมากกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี รายงานการศึกษาของ New York Cervical Study ที่ทำการศึกษาในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี 328 ราย และสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี 325 ราย พบว่าร้อยละ 56 ของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี และร้อยละ 31 ของสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จะตรวจพบการติดเชื้อเอชพีวีในการตรวจครั้งแรกเมื่อเข้าร่วมในการศึกษา และเมื่อทำการตรวจติดตามการติดเชื้อเอชพีวี พบว่าร้อยละ 25 ของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีการติดเชื้อแบบ persistent ของเชื้อเอชพีวีกลุ่มความเสี่ยงสูง โดยพบเพียงร้อยละ 3 ในสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นอกจากนี้ร้อยละ 25 ของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จะได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาว่ามีรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (ปี ค.ศ. 1991 ถึง 1996) โดยพบเพียงร้อยละ 5 ในสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี (Sun et al 1997; Ellerbrock et al 2000 อ้างถึงใน ชำนาญ เกียรติพิรุณ 2548: 50)

3.1 การติดเชื้อเอชพีวี กับการเกิดรอยโรคของเยื่อปากรวมคดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

มีสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีร่วมกับเชื้อเอช ไอ วี เป็นจำนวนมาก พบว่ามีโอกาสเกิดรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จากการศึกษาของ Mandelblatt และคณะ (Mandelblatt et al 1992:173-178) ที่ทำการรวบรวมการศึกษาจำนวน 5 รายงานเปรียบเทียบการเกิดรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี และสตรีปกติ พบว่าสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จะเกิดรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกมากกว่าสตรีปกติถึง 4.9 เท่า (95% CI 3.0-8.2) โดยจะสัมพันธ์กับความรุนแรงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี Wright และคณะ (Wright et al 1994: 591-597) รายงานการศึกษาในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จำนวน 303 ราย พบรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกได้ร้อยละ 21 และเมื่อแยกพิจารณาตามระดับ CD4 พบว่าในรายที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตรจะพบได้ร้อยละ 29 ส่วนในรายที่มี CD4 มากกว่า 500 เซลล์ต่อไมโครลิตรจะพบได้ร้อยละ 17 Korn และคณะ (Korn et al 1995: 361-370) ทำการทบทวนการศึกษาจำนวน 19 การศึกษา พบความชุกของรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี สูงถึงร้อยละ 38 จากการตรวจโดย Pap smear และมากกว่าร้อยละ 50 ของ Pap smear ที่ตรวจพบนั้นจะเป็นรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกจากการตรวจเพิ่มเติมต่อมา และผลการศึกษานี้ก็ยังคงยืนยันถึงการเกิดรอยโรคร้ายในเยื่อปากรวมคดลูกมากขึ้นในรายที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง โดยพบร้อยละ 64 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเอดส์ ในขณะที่พบร้อยละ 38 ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ชนิดไม่มีอาการ (OR 1.8, 95% CI 1.1-2.9) ผลการศึกษาของ HER study

(HIV pidemiology Research) ที่ทำการเก็บข้อมูลจากการตรวจทางเซลล์วิทยาในสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 709 ราย เปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อจำนวน 341 ราย พบว่าร้อยละ 19 ของกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะตรวจพบรอยโรคภายในเยื่อปมดลูก ในขณะที่พบเพียงร้อยละ 5 ในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดได้แก่ การตรวจพบมี CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตรและมี HIV viral load สูงกว่า 10,000 copies ต่อมิลลิลิตรนอกจากนี้ยังพบว่าอุบัติการณ์สะสมของการติดเชื้อเอชพีวีสูงถึงร้อยละ 90 ในกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี ที่มีจำนวน CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร เปรียบเทียบกับที่พบร้อยละ 54 ในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาทั้งสิ้น 3 ปี ส่วน WIHS (Women,s Interagency HIV Study) นั้นเป็นการศึกษาที่ใหญ่มากกว่า New York Cervical Stydy และ HIV Epidemiology Research โดยทำการรวบรวมข้อมูลจากการตรวจทางเซลล์วิทยาแบบ Pap smear และการทดสอบหาเชื้อเอชพีวีในสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1,639 ราย เปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 452 ราย พบว่า ร้อยละ 73 ของกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะมีความผิดปกติจากการตรวจ Pap smear อย่างน้อย 1 ครั้งในช่วงที่ทำการศึกษา (ปี ค.ศ. 1994 ถึง 1999) และพบได้ร้อยละ 42 ในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่วนใหญ่เป็น ASCUS (Atypical Squamous cell of undetermined significant) เมื่อทำการตรวจด้วยการทดสอบเอชพีวี จะพบการติดเชื้อเอชพีวีในกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 63 และร้อยละ 30 ตามลำดับ) และร้อยละ 36 ของกลุ่มที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะพบการติดเชื้อเอชพีวี หลายชนิดร่วมกันเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบได้ร้อยละ 12 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ HER study ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดในการติดเชื้อเอชพีวีได้แก่การตรวจพบว่ามี CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร และการตรวจพบมี HIV viral load สูง (การศึกษานี้ใช้มากกว่า 20,000 copies /มิลลิลิตร)(ชำนาญ เกียรติพิรกุล 2548: 50-51)

ข้อสรุปที่สำคัญจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นคือสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวี จะพบการติดเชื้อเอชพีวีสูงขึ้นกว่าสตรีปกติ โดยเฉพาะในรายที่มีความรุนแรงของภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานบกพร่องมากนอกจากนี้ยังเกิดการติดเชื้อเอชพีวีแบบ persistent การติดเชื้อเอชพีวีร่วมกันหลายชนิด และการเกิดรอยโรคภายในเยื่อปมดลูกมากขึ้น (ชำนาญ เกียรติพิรกุล 2548: 51)

3.2 การเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การศึกษาของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวี นั้น ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน จากการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่ามีการเพิ่มความชุกของมะเร็งปากมดลูกภายหลังจากการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่ไม่พบการเพิ่มขึ้นในการศึกษาจากประเทศเคนยา

การศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC) ในปี ค.ศ. 1996 ไม่พบว่ามี การเพิ่มความชุกของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ International Collaboration on HIV and Cancer ที่ทำการรวบรวมผล การศึกษาจำนวน 23 การศึกษาจากประเทศแถบยุโรป อเมริกาเหนือ และออสเตรเลียในระหว่าง ค.ศ. 1992 ถึง 1999 พบว่าไม่มีการเพิ่มความชุกของมะเร็งปากมดลูกในช่วงเวลาดังกล่าว (ชานาญ เกียรติพิรกุล 2548: 51) ซึ่งช่วงเวลาการศึกษาอาจเป็นผลจากการมีชีวิตอยู่รอดของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นั้นต้น จึงยังไม่ถึงช่วงเวลาที่เซลล์จะพัฒนาเปลี่ยนไปเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่ใน อนาคตสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี มีการพัฒนาคุณภาพการดูแลสุขภาพส่งผลให้สตรีที่มีการติดเชื้อ เอช ไอ วี มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ในอนาคตคงมีรายงานการศึกษาการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มี การติดเชื้อเอช ไอ วี เพิ่มขึ้นอีก

อย่างไรก็ดี การเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นั้น ประกอบ ไปด้วยหลายปัจจัยได้แก่ ความชุกของมะเร็งปากมดลูกในแต่ละประเทศที่ทำการศึกษาก่อนที่จะมี การแพร่ระบาดของเชื้อเอช ไอ วี การเข้าถึงการรักษาการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ทำให้มีอัตราการรอด ชีวิตที่ยาวนานแตกต่างกัน การเข้าถึงบริการในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและ ประสิทธิภาพในการรักษารอยโรคภายในเยื่อปมดลูกแม้ว่าจะยังหาข้อสรุปไม่ได้โดยชัดเจนใน ปัจจุบันแต่การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประเทศที่มีความชุกต่ำและสามารถให้การ รักษาการติดเชื้อเอช ไอ วี อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุมซึ่งทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ได้นานมาก ขึ้นจนเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

3.3 การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

การศึกษาของไมแมนและคณะ (Maiman et al 1991: 84-8) ที่ศึกษาถึง ประสิทธิภาพของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี เปรียบเทียบกับการตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด (Colposcopy) พบว่า การตรวจด้วยกล้อง ขยายทางช่องคลอดสามารถวินิจฉัยรอยโรคภายในเยื่อปมดลูกถึงร้อยละ 41 ในขณะที่ผู้ป่วยกลุ่ม เดียวกันนี้มีความผิดปกติจากการตรวจ Pap smear เพียงร้อยละ 9 เท่านั้น แต่การศึกษาในเวลา ต่อมาที่ดูถึงประสิทธิภาพของ Pap smear ในการตรวจคัดกรองโรคพบว่าความไวของ Pap smear อยู่ในช่วงร้อยละ 65-84 ซึ่งใกล้เคียงกับความไวและความจำเพาะจากการศึกษาในสตรีทั่วไป ดังนั้น ในปัจจุบันทั้งศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อและสมาคมโรคติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Diseases Control and Prevention: CDC and Infectious Disease Society of America: IDSA) แนะนำให้ใช้ Pap smear ในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการ

ติดเชื้อเอช ไอ วีและแนะนำให้ตรวจทุก 6 เดือนในปีแรก ภายหลังจากที่วินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อ จากนั้นให้ตรวจติดตามปีละครั้ง (Sties 2003: 873-87; CDC 2002: 9)

เมื่อผลการตรวจ Pap smear มีความผิดปกติ แนะนำให้ทำการตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอดทุกราย แม้ในรายที่มีความผิดปกติแบบ ASCUS เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าร้อยละ 12 ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วีที่มีผลการตรวจเป็น ASCUS จะมีผลการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็นรอยโรคร้ายในเยื่ออุสเควมัสชั้นสูง (high grade squamous intraepithelial lesion, HGSIL) ในขณะที่พบเพียงร้อยละ 3 ในสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่แนะนำให้ทำการตรวจทดสอบหาเชื้อเอชพีวี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีการติดเชื้อเอชพีวีสูงทำให้ต้องรับการตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอดเหมือนเดิม (Maimanet et al 1991: 84-8)

3.4 การรักษารอยโรคร้ายในเยื่อปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี

การรักษารอยโรคร้ายในเยื่อปากมดลูกสามารถทำได้ทั้งการตัดหรือการจี้ทำลายรอยโรคที่มีความผิดปกติ โดยที่มีประสิทธิภาพทัดเทียมกันทั้งสองวิธี แต่มีข้อดีข้อเสียแตกต่างกันไปจึงควรเลือกให้เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละรายไป แต่ข้อมูลดังกล่าวเป็นการรวบรวมจากรายงานการศึกษาในสตรีทั่วไป Fruchter และคณะ (Fruchter et al 1996: 38-44) ทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพการรักษารอยโรคร้ายในเยื่อปากมดลูก ทั้งการตัดและการจี้ทำลายรอยโรคในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี เปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อพบว่าร้อยละ 62 ของสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีการกลับเป็นซ้ำภายใน 3 ปี ในขณะที่พบร้อยละ 18 ในสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อ และแม้จะได้รับการรักษาภายหลังที่ตรวจพบรอยโรคที่กลับเป็นซ้ำแล้ว ยังมีสตรีที่มีการติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 50 มีการกลับเป็นซ้ำในช่วงเวลา 18 เดือน เปรียบเทียบกับที่พบร้อยละ 6 ในกลุ่มที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นอกจากนี้การตัดมดลูก (hysterectomy) ก็ยังคงไม่สามารถลดการกลับเป็นซ้ำ เมื่อเปรียบเทียบกับ การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยมีด (Cold-knife conization) ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี (Williams et al 2000: 135-139)

การรักษารอยโรคร้ายในเยื่อปากมดลูกในสตรีทั่วไปนั้นมีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาอยู่ในระดับต่ำ ส่วนในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นั้นยังคงมีข้อมูลจำกัด Cuthill และคณะ (Cuthill et al 1995: 823-828) รายงานภาวะแทรกซ้อนจากการรักษารอยโรคร้ายในเยื่อปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ด้วยการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย ด้วยมีด (Cold-knife conization) พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนชนิดเลือดออก ผิดปกติสูงถึงร้อยละ 20 ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure, LEEP) ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ยังไม่มีรายงาน การศึกษาออกมา

ส่วนการรักษามะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอวี ในปัจจุบันยังคงแนะนำให้เลือกวิธีการรักษาเช่นเดียวกับการรักษาตามมาตรฐานในสตรีทั่วไป

3.5 ผลของ HAART ต่อการดำเนินโรคของรอยโรครภายในเยื่อบุปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูก

HAART หรือ Highly Active Antiretroviral Therapy คือการให้ยาต้านไวรัสหลายชนิดร่วมกัน โดยอย่างน้อยจะต้องประกอบไปด้วย nucleoside reverse transcriptase inhibitor 2 ชนิด ร่วมกับ protease inhibitor และ nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor หรือเลือกใช้ protease inhibitor หรือ nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor ตัวใดตัวหนึ่งการรักษาโดยใช้ HAART ทำให้ช่วยลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอช ไอ วี ลงได้อย่างมากโดยเป็นผลมาจากการที่มีภูมิคุ้มกันดีขึ้น ทำให้ลดการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลของ HAART ต่อการติดเชื้อเอชพีวี ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ยังคงไม่ชัดเจน มีข้อสันนิษฐานว่า อาจจะลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวี ลดโอกาสในการดำเนินโรคของการติดเชื้อ เอชพีวี หรืออาจจะไม่มีผลใดๆเลย จากข้อมูลที่มีในปัจจุบันพบว่าการใช้ HAART ไม่ได้ทำให้ความชุกของการติดเชื้อเอชพีวี ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ลดลงจากการศึกษาของ Herad และคณะ (Herad et al 2002: 1799-1802) พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชพีวี ยังคงอยู่ที่ประมาณร้อยละ 81 แม้จะได้รับ HAART มาแล้ว 5 เดือนและยังเป็นชนิดเดียวกันกับที่พบก่อนการรักษาด้วย HAART เช่นเดียวกับการศึกษาของ Conley และคณะ (Conley et al 2002:108-113) ที่เก็บข้อมูลการติดเชื้อเอชพีวี ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี พบว่าความชุกของการติดเชื้อและ HPV viral load ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายหลังจากได้รับ HAART นานอย่างน้อย 3 เดือนแม้แต่ในผู้ป่วยที่มีการตอบสนองต่อ HAART อย่างดี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีรายงานมักจะดูผลของ HAART ต่อการติดเชื้อเอชพีวีในช่วงเวลาสั้นๆเท่านั้น ผลของการใช้ HAART ต่อการเปลี่ยนแปลงของความชุกและ HPV viral load ในระยะยาวยังคงตอบไม่ได้ในขณะนี้

ส่วนผลของ HAART ต่อการดำเนินโรคของรอยโรครภายในเยื่อบุปากมดลูกนั้น จากการศึกษาในสตรีที่มีการติดเชื้อ เอช ไอวี จำนวน 168 ราย โดย 88 รายมีการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็นรอยโรครภายในเยื่อบุสความัสชั้นต่ำ (low grade squamous intraepithelial lesion, LGSIL) และอีก 80 รายที่เหลือได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาเป็นรอยโรครภายในเยื่อบุสความัสชั้นสูง (high grade squamous intraepithelial lesion, HGSIL) โดยจากการติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 18 เดือน

พบว่าร้อยละ 30 ของรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์ชั้นต่ำจะหายเป็นปกติ ในขณะที่ร้อยละ 41 ของรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์ชั้นสูงจะเหลือเป็นรอยโรคชั้นต่ำ ผลการศึกษาจาก WIHS ในสตรีที่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีผลการตรวจ Pap smear ที่มีความรุนแรงตั้งแต่รอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์ชั้นต่ำขึ้นไปจำนวน 312 ราย โดย 299 ราย มีความผิดปกติเป็นรอยโรคชั้นต่ำอีก 13 รายมีความผิดปกติเป็นรอยโรคชั้นสูงโดยช่วงเวลาที่รายงานการศึกษานี้สตรีทุกรายถูกติดตามการรักษานานกว่า 7 ปี พบว่าร้อยละ 45 มีการเกิด Cytological regression (defined as two consecutive normal Pap smear 6 months apparel) ที่ median time 2.7 ปี เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่ได้ HAART ในขณะที่ติดตามการรักษาจำนวน 193 รายพบว่าร้อยละ 12.5 เกิด Cytological regression เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการให้ HAART ซึ่งไม่มีรายใดเกิด cytological regression เลย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิด cytological regression ได้แก่การเพิ่มขึ้นของจำนวน CD4 ภายหลังได้รับ HAART แม้จะมีข้อมูลว่าการใช้ HAART จะช่วยเพิ่ม regression ได้มากขึ้นแต่ก็เกิดเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับ HAART บางส่วนซึ่งเป็นส่วนน้อยเท่านั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีรอยโรคที่คงอยู่แม้จะได้รับ HAART ก็ตาม ทำให้ยังคงแนะนำให้ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วยที่ได้รับ HAART เช่นเดียวกับกลุ่มที่ไม่ได้รับ HAART

สรุปสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกสูง ในปัจจุบันสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกจะถูกจัดว่าเป็นโรคเอดส์แล้ว สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์สูงขึ้นถึงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อเอช ไอ วี ซึ่งพบได้ร้อยละ 5 ยิ่งระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก (จำนวน ซีดี 4 และทีลิม โฟไซท์น้อยกว่า 200/ไมโครลิตร) ยิ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์สูงขึ้น แต่ถึงแม้จะมีภูมิคุ้มกันปกติก็ตามความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์ก็ยิ่งสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อเอช ไอ วี สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีอัตราการติดเชื้อพีวีสูงขึ้น โอกาสติดเชื้อเอชพีวีแบบฝังแน่นก็ยิ่งสูงขึ้นด้วยเช่นกัน แต่ชนิดของเอชพีวีที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกยังเหมือนกับสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อเอช ไอ วี ถึงแม้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคภายในเยื่อปฐควมส์สูงขึ้น แต่อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามกลับไม่ค่อยสูงขึ้นมากนัก โดยมีความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 1.7 ถ้าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ติดเชื้อเอชพีวีที่รุนแรงหรือสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีภูมิคุ้มกันต่ำเชื้อเอชพีวีจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นเซลล์กลายสภาพทางพยาธิวิทยา ลักษณะทางคลินิกของเซลล์เยื่อปฐควมส์สูงขึ้นกับจำนวนเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง ถ้ามีเส้นเลือดออกมาหล่อเลี้ยงมากจะกลายเป็นหลอดเลือดแบบงอกจากผิวเยื่อปฐควมส์ ซึ่งมองเห็นได้ด้วยตาเปล่าแต่ถ้ามีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงน้อยจะไม่สามารถมองเห็นรอยโรคได้ด้วยตาเปล่าแต่ถ้าตรวจด้วยกล้องขยายหรือคอลโปสโคปีจะเห็นเยื่อปฐควมส์

สีขาวที่เรียกว่าหูดหงอนไก่แบบเรียบ หูดหงอนไก่ทั้ง 2 ชนิดนี้ต่างกันตรงที่ลักษณะของรอยโรคที่ปรากฏเท่านั้นแต่มีลักษณะทางพยาธิวิทยาเหมือนกันคือ มีลักษณะของเซลล์ที่ติดเชื้อ ไวรัส การดำเนิน โรคของการติดเชื้อเอชพีวีทั้ง 2 ชนิดสามารถกลายเป็นมะเร็ง ปากมดลูกได้เหมือนกันดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคและการรักษารอยโรคภายในเยื่อเมือกมีความมีส่วนร่วมกับการติดตามผลอย่างใกล้ชิดจะช่วยป้องกันสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วีไม่ให้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้เป็นอย่างมาก

4. แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D)

แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เป็นประเภทของงานวิจัยที่ถูกจำแนกโดยการพิจารณาจากประโยชน์หรือความต้องการที่จะได้รับจากการวิจัยเป็นการวิจัยประยุกต์เนื่องจากมีลักษณะที่เป็นไปเพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนางานที่รับผิดชอบ (รัตนะ บัวสนธ์ 2547: 231) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

นุชวณา เหลืองอังกูร (ม.ป.ป.: 1-5) ได้กล่าวถึงการวิจัยในลักษณะการวิจัยเชิงพัฒนาอีกรูปแบบหนึ่งซึ่งทำในที่ทำงานหรือทำในหน้าที่ของตนเองว่าเป็นรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการรูปแบบหนึ่งที่มีนิสิตนักศึกษาใช้ในการทำวิทยานิพนธ์โดยในการทำพัฒนางานในหน้าที่ของตนเองเรียกว่าการวิจัยโดยผู้ปฏิบัติงาน (Practitioner Research) ซึ่งหมายถึงการวิจัยที่มุ่งแก้ปัญหาสำคัญที่ผู้วิจัยประสบในฐานะผู้ปฏิบัติงาน โดยอาจทำคนเดียวหรือร่วมกับผู้ปฏิบัติอื่นๆซึ่งสามารถใช้เทคนิคการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณหรือข้อมูลเชิงคุณภาพได้ การวิจัยโดยผู้ปฏิบัติการไม่เน้นการทำงานเป็นทีม เน้นการพยายามแก้ปัญหาและตัดสินใจ โดยผู้วิจัยเป็นผู้มีบทบาทสูงสุดโดยขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ที่ประสบความสำเร็จในงานนั้นเพียงอาศัยหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (AR) จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบอาศัยความร่วมมือ (Collaborative Action Research)

ศุภชัย ยาวะประภาส และรสนันท์ รัตนเสริมพงษ์ (2547: 155-183) ได้กล่าวถึงการวิจัยและพัฒนาในที่ทำงาน หรือการวิจัยในสถานที่ทำงาน (Workplace Research) หมายถึงการวิจัยหรือการค้นหาคำตอบ ความจริงอย่างมีระบบด้วยความรอบคอบและด้วยวิธีที่เชื่อถือได้ตามหลักวิชาการ ในหน่วยงานหรือในสถานที่ที่มีการปฏิบัติงานเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานของหน่วยงานนั้นๆ วัตถุประสงค์เพื่อการค้นหาคำตอบจริง แก้ไขปัญหาและเพื่อพัฒนาหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ

สถาบันวิจัยและพัฒนาแห่งชาติ (2550) ได้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนาว่าเป็นงานที่มีลักษณะสร้างสรรค์ซึ่งดำเนินการอย่างเป็นระบบเพื่อเพิ่มพูนคลังความรู้ ทั้งความรู้ที่เกี่ยวกับมนุษย์ วัฒนธรรมและสังคมเพื่อประดิษฐ์สิ่งใหม่ๆ

สมชาติ โตรักษา (2548: 546) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึงการศึกษาค้นคว้า เพื่อค้นหาความจริง (fact) ในเรื่องหนึ่งเรื่องใด อย่างเป็นระบบโดยผู้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ด้วยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ ที่สามารถพิสูจน์และยืนยันความน่าเชื่อถือซึ่งสิ่งที่ค้นพบ นั้นได้แล้วนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยนั้นมาใช้ในการพัฒนา การวิจัยและพัฒนาจึงแตกต่างจากการวิจัยทั่วไป คือมีการมุ่งเน้นการนำสิ่งที่ได้จากการวิจัยนั้นมาใช้ในการพัฒนา

สุพักตร์ พิบูลย์ (2549: 11-16) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึงเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ใช้กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบมุ่งพัฒนาทางเลือกหรือวิธีการใหม่ๆเพื่อใช้ในการยกระดับคุณภาพงานหรือคุณภาพชีวิต การวิจัยและพัฒนาเป็นงานวิจัยเชิงทดลอง ที่มีการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรม มีการทดลองใช้เพื่อตรวจสอบคุณภาพในเชิงประจักษ์ทั้งนี้นวัตกรรมที่นำมาทดลองคือปฏิบัติการ(treatment) หรือตัวแปรต้น โดยมี“ดัชนีคุณภาพ”ในลักษณะใดลักษณะหนึ่งเป็นตัวแปรตาม การวิจัยและพัฒนา ถือเป็นลักษณะหนึ่งของการวิจัยเพื่อพัฒนางานเป็นงานวิจัยที่มุ่งเน้นพัฒนานวัตกรรมหรือทางเลือกใหม่ๆเพื่อยกระดับคุณภาพงานโดยผลลัพธ์จะปรากฏให้เห็น 2 ลักษณะคือ1) นวัตกรรมประเภทวัตถุที่เป็นชิ้นอัน (materials) ซึ่งเป็นวัสดุ/อุปกรณ์/ชิ้นงานเช่น รถยนต์ สื่อการสอน ชุดกิจกรรมเสริมความรู้ คู่มือประกอบการทำงาน และ2)นวัตกรรมประเภทที่เป็นรูปแบบ/วิธีการ/กระบวนการ/ระบบปฏิบัติการ (Method/Process/Procedure/Style) เช่นรูปแบบการสอน วิธีสอน รูปแบบการบริหารจัดการ ระบบการทำงาน Quality Control (QC) Total Quality Management (TQM) The Balanced Scorecard(BSC) ระบบมาตรฐาน ISO

รัตนะ บัวสนธ์ (2547: 230) กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาหมายถึงการดำเนินงานพัฒนาผลิตภัณฑ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานค้นหา ตรวจสอบ และปรับปรุง

สรุปการวิจัยและพัฒนาหมายถึงการพัฒนางานประจำที่ใช้ระบบระเบียบของวิธีการวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีมาตรฐานประกอบด้วยการจัดลำดับขั้นตอนโดยนำความรู้ที่มีมาสร้างและพัฒนางานจนเกิดความรู้ใหม่ใช้สร้างผลผลิตหรือรูปแบบบริการ และปรับปรุงผลผลิตหรือรูปแบบบริการนั้นให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้นอย่างชัดเจน

4.1 ลักษณะสำคัญของการวิจัยและพัฒนา

4.1.1 ไม่ได้ใช้เพื่อพิสูจน์ทฤษฎี

4.1.2 ใช้เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพของผลผลิตที่ใช้ในสถานที่นั้นๆ เช่น สื่อ

นวัตกรรม

4.1.3 การวิจัยและพัฒนา มีจุดประสงค์เฉพาะเพื่อพัฒนาผลผลิตให้ถึงเกณฑ์ หรือ

บรรลुकเกณฑ์ที่ต้องการ

4.1.4 กระบวนการในการพัฒนางานต้องมีขั้นตอน คือขั้นที่ 1 ต้องทราบว่ามีปัญหา คืออะไรขั้นที่ 2 คิดค้นวิธีการหรือนวัตกรรมมาแก้ปัญหาและขั้นที่ 3 ทดลองใช้วิธีการ/นวัตกรรมที่ ถูกเลือก

4.2 วิธีการดำเนินงานวิจัยและพัฒนา

รัตนะ บัวสนธ์ (2547: 233) ได้แบ่งวิธีการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาที่สำคัญๆ ออกเป็น 5 ขั้นตอนคือ

4.2.1 ขั้นที่ 1 การวิจัยเชิงสำรวจและการวิจัยเชิงสังเคราะห์เกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา การดำเนินงานที่มีอยู่ และความต้องการ การพัฒนาของกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ กลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ผลการวิจัย

4.2.2 ขั้นที่ 2 การสร้างผลิตภัณฑ์ หลังจากได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการพัฒนาแล้วข้อมูลที่ได้นำมาใช้สำหรับสร้างผลิตภัณฑ์ และเมื่อ ผลิตภัณฑ์ต้นร่างสร้างเสร็จแล้วก็จะนำไปตรวจสอบความสอดคล้อง ความเหมาะสม และ ประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์โดยใช้เทคนิควิธีการต่างๆ ผลจากการตรวจสอบจะถูกนำมาใช้เพื่อ ปรับปรุงผลิตภัณฑ์ต่อไป

4.2.3 ขั้นที่ 3 การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ เมื่อผลิตภัณฑ์ผ่านการปรับปรุงแล้วก็จะ ได้รับการนำไปทดลองใช้ในสถานการณ์ที่เป็นจริง และใช้กับกลุ่มคนที่มีขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็น ตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายได้จริง ในการทดลองใช้นี้ มักจะดำเนินการในลักษณะเป็นงานวิจัยเชิง ทดลอง ซึ่งจะมีการออกแบบ หรือใช้แบบแผนการทดลองแบบต่างๆตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ในขณะที่ทดลองใช้ก็จะมีการศึกษาเกี่ยวกับผลการใช้ สภาพปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ในขณะที่ใช้ และการแก้ปัญหาดังกล่าว

4.2.4 ขั้นที่ 4 การประเมินและปรับปรุง ภายหลังจากสิ้นสุดการทดลองใช้ ผลิตภัณฑ์แล้วก็จะทำการประเมินผลภาพรวมทั้งหมดเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งในการประเมินนี้ มักจะดำเนินการในลักษณะการประเมิน โครงการ หรือการวิจัยเชิงประเมิน โดยมีการประยุกต์ใช้ วิธีการประเมินแบบต่างๆทั้งนี้ผลที่ได้จากการประเมินจะได้รับการนำไปใช้เพื่อปรับปรุงผลิตภัณฑ์ ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

4.2.5 ขั้นที่ 5 การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผลิตภัณฑ์ที่สมบูรณ์แล้ว จะได้รับการ นำไปเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรืออาจจะมีการจดสิทธิบัตรเพื่อป้องกันการละเมิดสิทธิทางปัญญา ของผู้พัฒนา การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์เพื่อให้ผลิตภัณฑ์ได้รับการยอมรับนำไปใช้อย่างกว้างขวาง อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการประชาสัมพันธ์อย่างหลากหลายและให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับข่าวสาร

4.3 ประเภทของการวิจัยและพัฒนา

รัตนะ บัวสนธ์ (2547: 248-251) ได้แบ่งประเภทของการวิจัยและพัฒนาในสาขาวิชาชีพใดๆก็ตามอาจแบ่งได้หลายๆประเภท ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ที่ใช้ในการแบ่ง ดังนี้

4.3.1 เกณฑ์ลักษณะผลิตภัณฑ์ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทได้แก่

1) การวิจัยและพัฒนาตัวแบบวิธีการและทฤษฎี มุ่งพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะเป็นนามธรรม เป็นการสร้างสม องค์ความรู้ในวิชาการสาขานั้นๆ ให้มีความก้าวหน้ามากขึ้น ผลิตภัณฑ์ที่เรียกว่าตัวแบบ วิธีการ และทฤษฎี เป็นการพัฒนาเกี่ยวกับแนวคิดที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบในการดำเนินงานสิ่งหนึ่งสิ่งใด เช่น การพัฒนารูปแบบการจัดเก็บภาษีส่วนท้องถิ่น การพัฒนารูปแบบการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการประจำส่วนอำเภอ

2) การวิจัยและพัฒนาเอกสาร วัสดุ สิ่งพิมพ์และครุภัณฑ์ การดำเนินงานวิจัยและพัฒนาประเภทนี้มุ่งเน้นให้ได้ผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม เป็นสิ่งของเช่นหนังสือ คู่มือ การดำเนินงาน ชุดการเรียนการสอนสื่อประสม เครื่องมือและครุภัณฑ์

4.3.2 เกณฑ์ระเบียบวิธีวิจัย การใช้เกณฑ์ระเบียบวิธีวิจัยเป็นตัวแบ่งการวิจัยและพัฒนา แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1) การวิจัยและพัฒนาเชิงปริมาณ หมายถึงการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ใดๆ โดยมีพื้นฐานความเชื่อในการดำเนินงานตามปรัชญาปฏิฐานนิยม (Positivism) ที่มุ่งเก็บข้อมูลในเชิงตัวเลขและการวิเคราะห์ทดสอบข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญอยู่ที่การได้ผลิตภัณฑ์ที่จะสามารถสรุปอ้างอิงนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวาง โดยมักจะใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เช่นแบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบสำรวจรายการ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความตรง (validity) และความเที่ยง (reliability) โดยให้มีความเป็นปรนัยหรือความเป็นวัตถุวิสัย (objectivity) ให้มากที่สุด

2) การวิจัยและพัฒนาเชิงคุณภาพ หมายถึงการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาผลิตภัณฑ์ โดยมีพื้นฐานความเชื่อในการดำเนินงานตามปรัชญาปรากฏการณ์นิยม (Phenomenologism) ที่มุ่งเก็บรวบรวมข้อมูลในเชิงคุณลักษณะ โดยอาศัยตัวนักวิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัยและใช้วิธีการสรุปพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลเป้าหมายที่สำคัญของการวิจัยและพัฒนาจะมุ่งไปที่การทำความเข้าใจปรากฏการณ์และการได้ผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มผู้ใช้แต่ละกลุ่ม ซึ่งมักจะมีความแตกต่างกันออกไปตามบริบทนั้นๆ มากกว่าจะมุ่งการ ได้ผลิตภัณฑ์ที่จะสามารถนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางครอบคลุม

3) การวิจัยและพัฒนาเชิงประสานวิธี หมายถึงการดำเนินงานวิจัยและพัฒนา โดยการพยายามนำเอาข้อดีของวิธีการวิจัยและพัฒนาของทั้งสองแบบที่กล่าวมาร่วมดำเนินงานด้วยกันในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการวิจัยและพัฒนา

4.4 เทคนิคการวิจัยและพัฒนา

รัตนะ บัวสนธิ์ (2547:252-261) ได้อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัยและพัฒนา นอกจากจะมีลักษณะเป็นหลายประเภทตามที่กล่าวผ่านมาแล้วนั้น หากพิจารณาในแง่มุมมองของการนำเทคนิควิธีการต่างๆเข้ามาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานจะพบมีวิธีการนำเทคนิควิธีการที่สำคัญๆซึ่งนิยมนำมาใช้ได้แก่ 1) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม 2) การสนทนากลุ่ม 3) เทคนิคเคสไฟ และ 4) การวิพากษ์ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยในแต่ละเทคนิคจะมีรายละเอียดในบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยนี้ดังที่จะกล่าวต่อไป

สำหรับในการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร นี้ผู้วิจัยได้ดำเนินงานวิจัยและพัฒนาเชิงประสานวิธี โดยในระยะที่ 1 ได้สำรวจศึกษาสถานการณ์โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non – participant Observation) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ส่วนในระยะที่ 2 ระยะที่ 3 และ ระยะที่ 4 เป็นการสร้างปรับปรุงพัฒนา ทดลองและการใช้รูปแบบบริการเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ร่วมกับการประเมินประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ โดยการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (Group Discussions) และการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีรายละเอียดแต่ละเทคนิคดังนี้

4.4.1 การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion)

รัตนะ บัวสนธิ์ (2547: 254) กล่าวว่า การสนทนากลุ่มเป็นเทคนิคหนึ่งของการวิจัยคุณภาพ ที่ใช้ทำการศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกนึกคิด การให้เหตุผล การตัดสินใจ และพฤติกรรมของกลุ่มคนที่มีต่อคำถามตามประเด็นต่างๆที่กำหนดขึ้นตลอดจนปฏิกริยาของบุคคลภายในกลุ่มสนทนาที่มีต่อกัน ซึ่งกลุ่มคนที่เข้าร่วมสนทนาได้เป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่เป็นกลุ่มคนที่ได้รับการคัดเลือกตามวัตถุประสงค์ของนักวิจัย โดยอาศัยหลักความคล้ายคลึงหรือใกล้เคียงกันทางภูมิหลังด้านฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ระดับการศึกษาและอายุ เป็นต้น กลุ่มคนเหล่านี้จะได้รับการจัดให้มีการสนทนากันตามประเด็นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ล่วงหน้า กล่าวโดยสรุปการสนทนากลุ่มก็คือการจัดให้มีการสนทนากันระหว่างนักวิจัยและกลุ่มคนกลุ่มหนึ่งในชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกมาตามลักษณะต่างๆที่คล้ายคลึงกันเพื่อให้ข้อมูลตามประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการจะเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นเทคนิคการวิจัยที่นักวิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลใน

ชุมชนหรือในสนามการวิจัยภายหลังจากการที่นักวิจัยได้รับการยอมรับและรู้จักคุ้นเคยกับสมาชิก
ในชุมชนเป็นอย่างดีแล้ว

การสนทนากลุ่มประกอบด้วยสิ่งต่างๆและขั้นตอนต่างๆดังนี้
(เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย 2550: 58-65)

1) กำหนดเรื่องที่จะทำงานวิจัย ซึ่งเป็นสิ่งแรกที่นักวิจัยต้องทำ การ
กำหนดเรื่องที่ต้องศึกษาซึ่งได้มาจากสภาพปัญหาในสังคมต่างๆ หรือเรื่องที่น่าสนใจ และจาก
แนวคิดและทฤษฎีต่างๆ

2) การกำหนดประเด็นหรือตัวแปร หรือตัวบ่งชี้ที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับ
เรื่องกับเรื่องที่ทำการศึกษา เพื่อนำมาสร้างเป็นแนวทางในการดำเนินการสนทนานั้นเอง
วัตถุประสงค์ต้องการทราบอะไรที่กำหนดประเด็นหรือสมมุติฐานและตัวแปรออกมาแล้วนำมา
สร้างเป็นแนวคำถามย่อยๆ

3) สร้างแนวคำถามหรือแนวทางในการสนทนากลุ่ม (Group Discussion
Guide) แนวทางการสนทนากลุ่มและการจัดลำดับข้อในการสนทนาซึ่งประกอบด้วยตัวแปรต่างๆที่
ครอบคลุมวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยนั้นๆควรต้องจัดเตรียมไว้ล่วงหน้าแต่ทั้งนี้จะต้องยืดหยุ่นได้
ในทางปฏิบัติ

4) แบบฟอร์มสำหรับคัดเลือกผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม (Screening Form)
เพื่อให้ได้ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันอยู่ในกลุ่มเดียวกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับหลักเกณฑ์
ที่นักวิจัยกำหนด

5) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง (Personnel) ประกอบด้วยผู้ดำเนินการสนทนา
(Moderator) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Notetaker) และผู้ช่วย (Assistant) โดยมีหน้าที่ดังนี้

(1) พิธีกร (Moderator) เป็นผู้ถามคำถามและเป็นผู้นำตลอดจนกำกับ
การสนทนาของกลุ่มให้เป็นไปตามแนวทางของหัวข้อการศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ชัดเจนละเอียด
ที่สุดในเวลาที่กำหนด พิธีกรจะต้องเป็นผู้รู้จักปัญหา รู้จักทฤษฎีและรู้จักวิธีการควบคุมประเด็น
ควบคุมการสนทนาแบบกลุ่มอย่างดี พิธีกรจะต้องชักจูงให้สมาชิกกลุ่มอธิบายความรู้สึกในประเด็น
ที่ซักถามนั้นออกมาให้ได้ว่ามีความคิดเห็นหรือมีทัศนคติอย่างไร พิธีกรต้องมีความเข้าใจในปัญหา
ตลอดจนประเด็นหรือสมมุติฐานของงานวิจัยที่ศึกษานั้นๆ ในระหว่างที่นั่งสนทนากันตลอดจนการ
แตกคำถามออกไปอีกเพื่อให้ผู้ร่วมสนทนาเข้าใจและตอบได้ตรงประเด็นในแต่ละประเด็นจริงๆซึ่ง
เป็นบทบาทและหน้าที่ที่สำคัญที่สุดของพิธีกร

(2) ผู้จดบันทึกการสนทนา (Notetaker) เป็นผู้ที่คอยจดบันทึกคำ
สนทนาที่จะจดบันทึก ตลอดจนอาจทำปกริยาท่าทางของสมาชิกผู้เข้าร่วมกลุ่มด้วย และยังมีหน้าที่ในการ

คอยสะกิด เตือน หรือบอกพิธีกร ในกรณีที่พิธีกรลืมถามหรือข้ามคำถาม และสิ่งที่สำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือผู้จัดบันทึกคำถามเมื่อเริ่มมีการสนทนาจะต้องเขียนผังการนั่งสนทนากลุ่มให้พิธีกรด้วย เพราะจะช่วยให้พิธีกรทราบว่าในกลุ่มมีใครบ้าง

(3) เจ้าหน้าที่บริการทั่วไป (Assistant) จะเป็นผู้คอยกันผู้ที่จะเข้ามาร่วมวงในกลุ่ม โดยไม่ได้รับเชิญ

6) อุปกรณ์สนาม (Field Instrument) ได้แก่เครื่องบันทึกเสียง เทปเปล่า สำหรับอัดขณะสนทนากลุ่ม

7) ส่งเสริมการสร้างบรรยากาศ (Refreshment & Snack) เช่นเครื่องดื่ม ของขบเคี้ยว สร้างบรรยากาศให้เป็นการนั่งจับเข่าคุยกัน

8) สถานที่ที่จะจัดการสนทนากลุ่ม (Location) ควรมีการกำหนดให้แน่นอน หากศึกษาในที่ใดควรจัดกลุ่มในที่ที่ใกล้สมาชิกมากที่สุด

9) ของสมนาคุณแก่ผู้ร่วมการสนทนา (Remuneration) เพื่อเป็นการตอบแทนผู้ร่วมการสนทนา ในทางจิตวิทยาแล้วถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากซึ่งแสดงถึงความมีน้ำใจของผู้วิจัยที่จะแสดงความขอบคุณผู้ร่วมสนทนาที่ได้สละเวลามาครั้งนี้

10) ระยะเวลา (Time) ของการดำเนินการสนทนากลุ่ม ควรใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง 15 นาที ต่อหนึ่งกลุ่มนับตั้งแต่คำถามแรก

11) จำนวนสมาชิกของการสนทนากลุ่ม Dean, Pickering, Golding and Murdock (1999) (อ้างใน เพชรน้อย สิงห์ ช่างชัย 2550: 61) ได้รวบรวมงานวิจัยเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มพบว่า มีนักวิจัยที่ใช้จำนวนผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ 9-52 คน

4.4.2 การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้อธิบายไว้ดังนี้

William Foote Whyte และคณะ (1991: 20-21 อ้างใน อรวรรณ เกตุแก้ว 2548:46-47) ได้ให้คำจำกัดความของ PAR ว่า การที่ประชาชนบางส่วนในองค์กรหรือในชุมชนที่ศึกษามีส่วนร่วมในกิจกรรมกับนักวิจัยอาชีพ โดยผ่านกระบวนการวิจัยตั้งแต่เริ่มออกแบบการวิจัยจนถึงการนำเสนอผลและการอภิปรายผล

พันซ์ทิพย์ รามสูต (2545: 59) ได้ให้ความหมายของการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) ว่าเป็นกระบวนการทางประชาธิปไตยอย่างหนึ่ง ที่บุคคลจำนวนหนึ่งนำความรู้ที่ได้จากการศึกษาวิจัยและการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองมาปรับปรุงแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสังคมของตนเอง ดังนั้นการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (PAR) จึงเป็นรูปแบบการวิจัยที่

ประชาชนผู้ที่เคยเป็นประชากรผู้ที่ถูกวิจัยกลับบทบาทเปลี่ยนเป็นผู้ร่วมในการกระทำการวิจัย นั่นเองโดยมีส่วนร่วมนี้จะต้องมีตลอดกระบวนการวิจัยนับตั้งแต่การตัดสินใจว่าจะต้องมีการริเริ่ม ศึกษาวิจัยในชุมชนนั้นๆหรือไม่ การประมวลเหตุการณ์ หลักฐาน และข้อมูล การวิเคราะห์และการ เสนอข้อมูลที่พบ จนกระทั่งกระจายความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปสู่การลงมือปฏิบัติ

รัตนะ บัวสนธ์ (2547: 252-254) ได้กล่าวว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) เป็นการวิจัยที่นำแนวคิดของการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Participatory Research) กับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มาใช้ร่วมกันในการ ดำเนินงาน จึงสามารถอธิบายถึงความหมาย การวิจัยแบบมีส่วนร่วมหมายถึงการวิจัยที่บุคคลหลาย ฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องที่กำลังดำเนินการวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการวิจัยทุกขั้นตอน ตั้งแต่ การวิเคราะห์ปัญหา การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์สรุปรายงานการวิจัย ในขณะที่การวิจัย เชิงปฏิบัติการหมายถึงการวิจัยที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานบางอย่างขององค์กร ชุมชน เพื่อ ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานขององค์กร ชุมชนใดหรือชุมชนใดชุมชนหนึ่งตามที่ผู้วิจัยหรือฝ่าย บริหารตัดสินใจที่จะเลือกดำเนินการดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยที่มุ่งให้เกิดผล ในทางภาคปฏิบัติเป็นหลัก จึงเป็นที่มาของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research :PAR) หมายถึงการวิจัยที่มุ่งแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานของหน่วยงานหรือของ องค์กร ชุมชน ตามแนวทางที่บุคคลหลายฝ่ายซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องเข้าร่วม ในกิจกรรมการวิจัยทุก ขั้นตอนนับตั้งแต่ขั้นตอนแรกเริ่มจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงานวิจัย

Kurt Lewin (1946) กล่าวว่า PAR เป็นวงจรของการศึกษาข้อมูล การ วางกรอบแนวคิดและการวางแผนการปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติและการประเมินผลการปฏิบัติโดย อาจทำเป็นวงจรซ้ำ ๆ จนกว่าจะแก้ปัญหาได้

สรุปได้ว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในปัจจุบันที่เป็น รูปแบบที่นิยมใช้ในปัจจุบันได้พัฒนามา มีลักษณะที่สำคัญๆคือ

- (1) ศึกษาและวางแผนเพื่อการแก้ปัญหา (Plan)
- (2) ทดลองปฏิบัติและสังเกตผลปฏิบัติ (Act and Observe)
- (3) สะท้อนความคิด (Reflect) คือการทบทวนอย่างพินิจพิเคราะห์

ร่วมกันซึ่งอาจนำไปสู่การปรับแผนและปฏิบัติใหม่

ดังนั้นส่วนประกอบและรายละเอียดต่างๆของการวิจัยปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีดังนี้

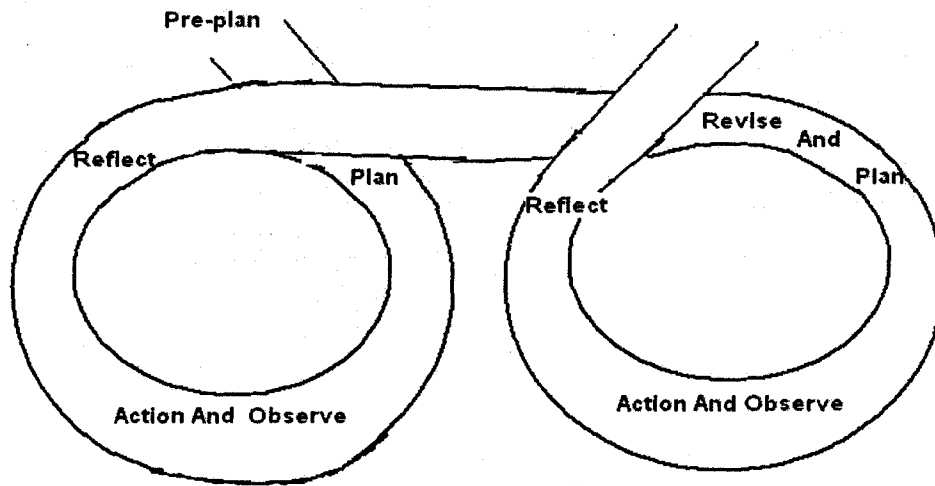
1) หลักการและคุณลักษณะพื้นฐานของ PAR มี 6 ประการ

- (1) เป็นกระบวนการทางสังคม เพราะเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต้องสัมพันธ์กัน
- (2) การวิจัยเป็นกระบวนการกลุ่มและทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของการวิจัยร่วมกัน โดยสมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนตั้งแต่ตกลงที่จะทำวิจัย กำหนดปัญหา เลือกรูปแบบการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามแผนและการพิจารณาผลของการปฏิบัติ
- (3) เป็นการศึกษาที่เน้นการปฏิบัติ โดยเฉพาะการปฏิบัติที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม ความรู้ที่ได้จะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ
- (4) เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ ปลุกจิตสำนึกให้คนได้คลี่คลายและเอาชนะอุปสรรค ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปันและร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและสงบสุขมากขึ้น
- (5) เป็นกระบวนการเน้นการเชิงวิพากษ์-สะท้อนตนเอง (Self Reflection) ในขั้นตอนของการวิจัยทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติ
- (6) เกณฑ์ของการปฏิบัติจะสะท้อนวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงและการเปลี่ยนแปลงจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีกจึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติต่อกัน (Learning by Doing with Others)

2) เทคนิควิธีการของการวิจัยแบบ PAR

- (1) Plan, Act & Observe, Reflect
- (2) เน้นแนวทางผสมผสาน (Eclectic) คือการสะท้อนตนเอง (Self-Reflection) และวิภาษวิธี (Dialectic Technique) เลือกรูปแบบของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นวิธีที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

ได้มีการพัฒนามาเป็นกระบวนการวิจัยที่มีลักษณะเฉพาะคือเป็นวงจรซ้ำที่เรียกว่าเกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart ดังภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพที่ 2.6 แสดงเกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and McTaggart

3) จุดเด่นของ PAR

(1) คำถามวิจัย (Research Question) คำถามการวิจัยจะเกิดจากปัญหาในกลุ่มและอาจปรับเปลี่ยนได้ในขณะดำเนินการวิจัย

(2) เก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation) เพื่อความน่าเชื่อถือโดยตรง เช่น ใช้ความหลากหลายของแหล่งข้อมูล ได้แก่ เอกสาร คน เหตุการณ์ สถานที่ หรือใช้ความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล ได้แก่ ศึกษาเอกสาร สัมภาษณ์ สังเกต

(3) การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ ใช้การวิเคราะห์อย่างง่าย ไม่ซับซ้อน ไม่ให้ความสำคัญกับการใช้สถิติมาก การนำเสนออาจนำเสนอในรูปแบบเสวนา สนทนา

(4) บทบาทของกลุ่มคนใน นักวิจัยภายนอก (กลุ่มคนนอก) และชาวบ้าน (สมาชิกในองค์กร)

ก. กลุ่มคนใน คือผู้ที่เผชิญปัญหานั้นอาจจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือเอกชนที่มีความรู้และมีวัตถุประสงค์เพื่อเข้ามาดำเนินงานพัฒนาหรือแก้ปัญหาบางประการภายในชุมชนตามที่รัฐหรือองค์กรหรือชุมชนกำหนดโครงการไว้ ดังนั้น โลกทัศน์ของกลุ่มคนในหรือนักพัฒนาจึงค่อนข้างมีลักษณะมุ่งทำงานหรือสร้างผลงานให้ปรากฏในชุมชน

ข. กลุ่มคนนอก (นักวิจัยภายนอก) จะมีบทบาททั้งผู้มีส่วนร่วม (Participant) และผู้ประสานงาน (Facilitator) หรือบางทีก็เรียกว่าผู้กระตุ้นหรือตัวเร่ง (Catalytic Agent) จะเป็นผู้มีความรู้และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับข้อมูล หลักการทางวิชาการหรือแนวคิดทฤษฎี

ต่างๆ ตามกระบวนการวิจัยดังนั้นโลกทัศน์ของนักวิจัยในการมองปรากฏการณ์ทางสังคมจึงมีลักษณะเป็นเหตุเป็นผลระหว่างปัจจัยหรือตัวแปรต่างๆ โดยมุ่งทำความเข้าใจและอธิบายปรากฏการณ์นั้นๆ

ค. ชาวบ้าน (สมาชิกในองค์กร) จะเป็นบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องของชุมชนมากเกี่ยวกับการแก้ปัญหาหรือการพัฒนาของชุมชน

ดังที่กล่าวมาแล้วที่บุคคลทั้งสามฝ่ายต่างมีโลกทัศน์มองชุมชนต่างกันแต่เมื่อใช้เทคนิคการวิจัยแบบ PAR บุคคลทั้งสามฝ่ายจะมีการแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันตลอดกระบวนการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุด

4) ความเที่ยงตรงของการวิจัยแบบ PAR ใช้เทคนิคดังนี้

(1) ใช้เทคนิคสามเส้าตรวจสอบข้อมูล (Triangulation) อรวรธรรม เกตุแก้ว 2548:62-63 กล่าวว่า การใช้เทคนิคสามเส้าตรวจสอบข้อมูล (Triangulation) หมายถึงการใช้แหล่งข้อมูลหลายๆแหล่งและวิธีการต่างๆเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่เก็บมาได้มีความตรง ความเที่ยง และความสมบูรณ์ วิธีการสามเส้าที่นำมาใช้ใน PAR แบ่งออกเป็น 2 วิธี

ก. วิธีการสามเส้าภายนอก (External Triangulation) เป็นการตรวจสอบโดยเปรียบเทียบข้อมูลที่ PAR ได้สร้างขึ้นกับข้อมูลจากแหล่งภายนอกเช่นการสำรวจสัมภาษณ์ประชากร สถิติของหน่วยราชการภาพถ่ายงานวิจัยในท้องถิ่น การตรวจสอบภายนอกขึ้นอยู่กับ การตรวจสอบข้อมูลทุติยภูมิ

ข. วิธีการสามเส้าภายใน (Internal Triangulation) เป็นการใช้เทคนิคต่างๆภายใน PAR เพื่อเสริมสร้างความตรงใน PAR เทคนิคที่นำมาใช้ได้แก่

ก) การได้ข้อมูลจากกลุ่มผลประโยชน์ที่หลากหลายเพื่อเปรียบเทียบทัศนคติที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มผลประโยชน์ที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ความจริงที่ต่างกััน

ข) การใช้วิธีการและเทคนิคที่แตกต่างกัน เพื่อสำรวจตรวจสอบในหัวข้อเดียวกันเช่น ในการอธิบายแนวทางที่ชุมชนใช้เขตแดนของตนเองจะต้องใช้วิธีเดินสังเกต สัมภาษณ์กลุ่ม และให้สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทำแผนที่แสดงเขตแดน

ค) การใช้เจ้าหน้าที่มืออาชีพที่ไม่ใช่คนท้องถิ่นและเป็นผู้ที่มีภูมิหลังทางวิชาการที่แตกต่างกัน ในประเด็นเดียวกันถ้าใช้สหวิทยาการ (Interdisciplinary) จะทำให้มีคำถามที่หลากหลายแตกต่างกันในประเด็นเดียวกันยกตัวอย่างเช่น การวางแผนครอบครัวของผู้หญิงในชุมชน จะประเมินโดยนักมนุษยวิทยา (ใช้คำถามปลายเปิด) เจ้าหน้าที่พยาบาลและการอภิปรายกลุ่มร่วมกับกลุ่มผู้หญิงในชุมชน

(2) เสริมความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง โดยกระบวนการที่เข้มแข็งของการสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเองในการปฏิบัติ (Praxis)

(3) เสริมความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยนำข้อมูลป้อนกลับมาให้สมาชิกได้ร่วมกันพิจารณา

4.4.3 การสังเกต (Observation)

นิตา ซูโต (2545:136) กล่าวว่า การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูหรือศึกษาเหตุการณ์หรือเรื่องราวโดยละเอียด ดังนั้นการสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูลจะขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ว่าใครเป็นผู้สังเกต สังเกตอะไร ภายใต้สภาพการณ์ใด เพราะความหมายของการสังเกตจะแปรเปลี่ยนไปตามบริบท

สุภางค์ จันทวานิช (2546: 156) กล่าวว่า การสังเกต หมายถึง การเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นกับสิ่งอื่น (พิทยา สายหู: 2520 อ้างใน อุทัย คุณเกษม 2546: 156) การสังเกตที่นักวิจัยเชิงคุณภาพใช้ในการศึกษาพฤติกรรมสังคมเป็นการสังเกตที่ตัวบุคคลเป้าหมายของการสังเกตมุ่งไปที่ปฏิสัมพันธ์ของคนมากกว่าตนเอง ดังนั้นปฏิสัมพันธ์ของคน que แสดงออกในพฤติกรรมสังคมมีความเคลื่อนไหวที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การสังเกตของพฤติกรรมจึงต้องกระทำอย่างตีพิมพ์และเป็นระบบ การเกิดขึ้นของพฤติกรรมนั้นไม่ใช่ตามกำหนดของสังเกตนี้เป็นเงื่อนไขสำคัญที่นักวิจัยจะต้องเข้าใจก่อนทำการสังเกต

การสังเกตแบ่งออกเป็นสองชนิดคือการสังเกตโดยตรง (Direct Observation) หรือการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) กับ การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ

1) การสังเกตโดยตรง (Direct Observation) หรือการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation) คือการเฝ้าดูโดยที่ผู้วิจัยมิได้เข้าไปเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมกระทำในเหตุการณ์ที่ตนดูอยู่

2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) คือการเฝ้าดูโดยที่ผู้วิจัยเข้าไปเกี่ยวข้องหรือมีส่วนร่วมกระทำในเหตุการณ์นั้นๆ ด้วยในการวิจัยเชิงคุณภาพควรใช้การสังเกตโดยตรงในระยะแรกการเริ่มทำงานสนาม จากนั้นจึงค่อยเริ่มใช้วิธีสังเกตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือในเหตุการณ์ซึ่งตนเองก็ยังไม่กำหนดไม่ได้แน่ชัดว่าควรเริ่มมีส่วนร่วมในกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดดีในบางครั้งนักวิจัยอาจต้องสังเกตเป็นกลางๆ สามารถปรับใช้ได้กับปัญหาการวิจัยที่แตกต่างกันออกไป หรืออาจจะไม่มีกรอบแนวคิดทฤษฎีเฉพาะเรื่องที่นักวิจัยจะนำมาใช้ได้ทั้งสองกรณี กรอบของการสังเกตและวิเคราะห์ข้อมูลที่ลอฟแลนด์ (Lofland 1971) เสนอไว้เป็นกรอบที่

นิยมใช้กันอย่างกว้างๆ ซึ่งสุภางศ์ จันทวานิช (คู่มือการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่องานพัฒนา 2546: 158-162) ได้นำมาเรียบเรียงใหม่เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้นดังนี้

(1) ฉากและบุคคล (*Setting*) การสังเกตสภาพแวดล้อมและตัวบุคคล เป็นการสังเกตที่ง่ายที่สุดจากหมายถึงลักษณะทางกายภาพและทางสังคมของเหตุการณ์ที่นักวิจัยกำลังเฝ้าดูเช่นสถานที่ บุคคลที่อยู่ในสถานที่ และลักษณะทางกายภาพอื่นๆที่จะเก็บได้จากสถานที่และบุคคลเหล่านั้น

(2) พฤติกรรม (*Acts*) คือการกระทำที่ผู้สังเกตเห็นในเหตุการณ์ที่เฝ้าดู อยู่ในเหตุการณ์ที่มีคนหลายคน พฤติกรรมที่สังเกตระหว่างกันต่อกัน

(3) แบบแผนพฤติกรรม (*Activities*) คือการที่ผู้วิจัยเริ่มนำเอาพฤติกรรมที่เฝ้าดูในข้อสองมาเรียงลำดับด้วยเหตุบางประการเพื่อจะได้ร้อยพฤติกรรมเหล่านั้นให้เป็นเรื่องที่น่าสนใจเกี่ยวพันกัน

(4) ความสัมพันธ์ (*Relationship*) ผู้วิจัยจะต้องเฝ้าสังเกตว่าการกระทำโดยใครกับใครคู่กระทำมีความเกี่ยวข้องกันอย่างไร การกระทำนั้นเป็นไปตามบทบาทของสถานภาพใดหรือไม่

(5) การมีส่วนร่วม (*Participation*) หมายถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในฉากหนึ่งๆนั้นผู้กระทำมิได้แก่ใครบ้างทั้งหมด

(6) ความหมาย (*Meaning*) หมายถึงการรับรู้เหตุการณ์หนึ่งๆจากการสังเกตที่กล่าวมาแล้วผู้วิจัยจะเข้าใจได้ว่าการสังเกตจำเป็นต้องทำควบคู่กันไปกับการสัมภาษณ์เท่ากับเริ่มวิเคราะห์ข้อมูลระดับหนึ่ง การสังเกตและสัมภาษณ์เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและเหลื่อมกันอยู่โดยตัดตอนวิธีการให้แยกจากกันเป็นช่วงๆไม่ได้แต่ต้องกระทำไปพร้อมๆกัน

4.4.4 การสัมภาษณ์ (*Interview*)

การสัมภาษณ์คือ การสนทนาซักถามอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้ข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ต้องการในการวิจัยเชิงคุณภาพข้อมูลจากการสัมภาษณ์จะช่วยอธิบายสิ่งที่นักวิจัยพบเห็นหรือสังเกตได้แต่ยังไม่เข้าใจให้แจ่มแจ้งยิ่งขึ้น โดยปกติเรามักไม่ควรกล่าวว่าการสนทนาคำกล่าวนี้ไม่ถูกต้องเลยทีเดียวเพราะผู้วิจัยมีหน้าที่ควบคุมทิศทางในการสัมภาษณ์จะนั่นจึงจำเป็นต้องกำหนด โครงสร้างของคำถามถึงแม้จะลำดับสลับเปลี่ยนลำดับของข้อคำถามได้แต่ต้องควบคุมทิศทางและ โครงสร้างของเนื้อหาให้เป็นเรื่องของปัญหาในการวิจัย นอกจากนั้นผู้ซักถามต้องรู้จักตัดบทการสนทนา แต่จะต้องรู้ว่าควรตัดบทเมื่อไหร่ จุดสนใจของการสัมภาษณ์คือการหาข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบหรือระบบความหมายที่เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์สังคมหนึ่งๆ มีอยู่ (สุภางศ์ จันทวานิช 2546: 165-169) โดยมีส่วนประกอบดังนี้

1) ชนิดของการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ที่ใช้แพร่หลายในงานวิจัยเชิงคุณภาพแบ่งออกเป็น 3 ชนิด คือ

(1) การสัมภาษณ์แบบเป็นทางการหรือกึ่งทางการ (*Formal or Semi-formal Interview*) การสัมภาษณ์แบบนี้มีลักษณะเกือบเหมือนการใช้แบบสอบถาม (*Questionnaire*) ต่างกันที่วิธีการพูดคุยถามแทนการให้ผู้ตอบอ่านแล้วตอบข้อความคำถามในแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะมีแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีข้อความโดยละเอียดที่เตรียมไว้ถามจะถามเรียงตามลำดับที่กำหนดในแบบสัมภาษณ์

(2) การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (*Informal Interview*) หรือการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (พินธ์ทิพย์ รามสูตร 2545: 47-48) การสัมภาษณ์แบบนี้นิยมใช้อย่างมากในการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นวิธีการพูดคุยกัน แต่มีจุดมุ่งหมายว่าต้องได้ข้อมูลเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่ละเอียดและลึกซึ้ง ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์เองและต้องตั้งแนวคำถามกว้างๆ เตรียมไว้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีจุดสนใจอยู่แล้วและพยายามหันความสนใจของผู้ให้สัมภาษณ์เข้ามาสู่จุดที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยจะรู้ก่อนว่าต้องการข้อมูลอะไร ชนิดใดจึงพยายามโยนเข้าหาประเด็นที่ตนต้องการในลักษณะที่จะล้วง (*probe*) เอาข้อเท็จจริงออกมาเฉพาะจุดนั้นๆ อาจจะต้องรุกผู้ตอบด้วยวิธีต่างๆ เช่น ตั้งสถานการณ์สมมติให้ผู้ตอบแสดงความคิดเห็นหรือตั้งคำถามแบบตีขลุม เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงปฏิกิริยาตอบออกมาแต่ต้องไม่เป็นการก้าวร้าวจนเกินไป การสัมภาษณ์แบบนี้ต้องกำหนดตัวผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (*Key-informant*) ไว้เป็นการเจาะจงก่อนคือผู้วิจัยจะต้องรู้ว่าใครคือผู้ที่ตนควรไปสัมภาษณ์ที่จะรู้เรื่องที่ต้องการคืออย่างละเอียดลึกซึ้งเพียงพอ เทคนิคที่สำคัญคือศิลปะการฟังของผู้วิจัยซึ่งจะต้องหัดฟังและจับความอย่างอดทนและถูกต้องเพราะคำตอบจากการสัมภาษณ์แบบลึกซึ้งนั้นผู้วิจัยต้องเข้าใจภาษาของผู้ให้สัมภาษณ์ดีพอที่จะเข้าใจกันอย่างลึกซึ้ง นอกจากนี้ควรเพิ่มความแม่นยำและความเชื่อถือได้ของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการต่างๆ เช่น ถามเช็คด้วยคำถามหลายๆอย่าง ตรวจสอบคำตอบจากเอกสาร หรือหลักฐานอื่นๆ สัมภาษณ์ในสถานการณ์อื่นๆ กับผู้ให้สัมภาษณ์คนเดียวกัน หรือเปรียบเทียบคำตอบจากผู้ให้สัมภาษณ์ต่างคนกันเป็นต้น แต่ต้องเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ต่างคนกันนั้นมีภูมิหลังคล้ายกันหรือไม่แตกต่างกันเกินไป ผู้สัมภาษณ์จะปล่อยให้บรรยากาศของการสัมภาษณ์เป็นไปอย่างง่ายๆ ไม่มีพิธีรีตอง ไม่เป็นทางการ ไม่เคร่งครัดในเรื่องขั้นตอนหรือลำดับของคำถาม เหมาะสำหรับการหาข้อมูลทางวัฒนธรรม ระบบคิด ท่าทีทัศนคติและการให้ความหมายของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่างๆ การสัมภาษณ์แบบนี้ช่วยเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ถามและผู้ตอบ

(3) การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก (*Key-informant Interview*) “คำว่าผู้ให้ข้อมูล” (*Informant*) เป็นบุคคลพิเศษที่ผู้วิจัยเลือกเพราะเขามีคุณสมบัติพิเศษที่เขาเป็นสมาชิกของ

กลุ่มที่เป็นกระแสหลักในชุมชนและมีข้อมูลทางวัฒนธรรมที่ทันสมัยอยู่เสมอ ผู้ให้ข้อมูลหลักที่ดีต้องเป็นคนที่ต้องรู้จักแสดงออก เป็นคนที่ได้ซึมซับระบบวัฒนธรรมของชุมชนเข้าไปแล้วครุ่นคิดวิเคราะห์จนสามารถตั้งข้อสังเกตคำอธิบายหรือข้อสรุปบางประการขึ้นมาได้เมื่อเขาตอบคำถามจึงเป็นการตอบที่ครอบคลุมระบบวัฒนธรรมทั้งหมดของชุมชนหรือกลุ่มคนนั้นๆ

2) ขั้นตอนการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการสัมภาษณ์โดยทั่วไปเริ่มด้วยการแนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ตลอดจนหลักฐานต่างๆที่ระบุตัวผู้วิจัยแม้กระทั่งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย เช่นจดหมายขออนุญาต แล้วจึงเริ่มการสัมภาษณ์ นักวิจัยต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้สัมภาษณ์ก่อนแล้วจึงจะคาดหวังที่จะได้คำตอบที่เป็นข้อเท็จจริงมากขึ้น

3) เทคนิคในการสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์มีเทคนิคประกอบในการ

สัมภาษณ์ดังนี้

- (1) ผู้วิจัยควรให้ความสำคัญต่อข้อมูลเกี่ยวกับค่านิยม
- (2) ผู้วิจัยควรใช้เวลาในการสัมภาษณ์อย่างมีค่า
- (3) ผู้วิจัยควรวางกลยุทธ์ในการสัมภาษณ์แบบเป็นธรรมชาติมากที่สุด
- (4) ผู้วิจัยต้องระมัดระวังในการใช้ภาษา
- (5) ผู้วิจัยอาจใช้คำถามเดิมซ้ำมากกว่าหนึ่งครั้ง
- (6) ผู้วิจัยควรรู้จักใช้เทคนิคการหยุดเงียบ หรือรอยคอดระหว่างที่ไม่มี

คำตอบจากผู้ตอบ

สรุปการแนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เป็นประเภทของงานวิจัยที่ถูกจำแนกโดยการพิจารณาจากประโยชน์หรือความต้องการที่จะได้รับการวิจัยเป็นการวิจัยประยุกต์เนื่องจากมีลักษณะที่เป็นไปเพื่อการแก้ปัญหาและพัฒนางานที่รับผิดชอบ การวิจัยและพัฒนา เป็นการพัฒนางานประจำที่ใช้ระบบระเบียบของวิธีการวิจัยอย่างเป็นระบบที่มีมาตรฐานประกอบด้วยการจัดลำดับขั้นตอน โดยนำความรู้ที่มีร่วมกับการศึกษาสถานการณ์ มาสร้างและพัฒนางานจนเกิดความรู้ใหม่ใช้สร้างผลผลิตหรือรูปแบบบริการ และปรับปรุงผลผลิตหรือรูปแบบบริการนั้นให้ดีขึ้นจนเป็นที่พอใจตามความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจนได้วิธีการหรือระบบการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ

5. แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการ

การพัฒนารูปแบบบริการมีการดำเนินการเป็นสองตอนใหญ่คือการสร้างรูปแบบบริการและการหาคุณภาพของรูปแบบบริการซึ่งรูปแบบบริการเป็นการปฏิบัติที่ให้ความสะดวกในเรื่องต่างๆ

แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการ

พัฒนา (Development) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 779) ได้อธิบายความหมายว่า ทำให้เจริญ เป็นการทำให้เจริญขึ้น

รูปแบบ (Model) มีความหมายที่สื่อได้หลายๆแบบ ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542: 965) ได้อธิบายความหมายว่า รูปที่กำหนดขึ้นเป็นหลัก หรือเป็นแนวซึ่งเป็นที่ยอมรับ หรือสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าเป็น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

ฟาริดา อิบราฮิม (2546: 18) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึงการอธิบายชุดของความคิดซึ่งเกี่ยวเนื่องกันเพื่อให้เป็นมิติที่กว้างและใหญ่กว่า เป็นการแสดงสัญลักษณ์ที่ต้องการบอกถึงความจริงและบอกความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ต่างๆเพื่อสะท้อนความคิดออกมาให้ปรากฏ

พลสุข หิงคานนท์ (2540: 50) กล่าวว่า รูปแบบหมายถึงสิ่งที่แสดงโครงสร้างของความคิดองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆที่สำคัญของเรื่องที่ศึกษา

ไพโรจน์ เพชรคง (2539: 7) กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบเป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่เป็นอุดมการณ์ เป็นความหวังและเป็นสภาพที่ดีกว่ามีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมการพัฒนารูปแบบสามารถดำเนินการได้ 2 ลักษณะ คือ พัฒนาจากระบบย่อยสู่ระบบใหญ่ และพัฒนาจากระบบใหญ่สู่ระบบย่อยซึ่งมีวิธีการกำหนดขั้นตอน กำหนดวิธีระบบ การจัดเรียงองค์ประกอบตามลำดับก่อนหลัง การแสดงขั้นตอน การอธิบายรายละเอียดขั้นตอนและการกำหนดชื่อระบบที่พัฒนาขึ้น

สรุปการพัฒนารูปแบบหมายถึงกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่เป็นอุดมการณ์ เป็นความหวังและเป็นสภาพที่ดีกว่ามีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างสังเขป ซึ่งเป็นระบบงาน กระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมเพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

การบริการ คือการให้บริการเป็นหน้าที่หลักที่สำคัญของบุคลากรผู้ให้บริการใดๆที่มีหน้าที่ในการส่งต่อการบริการ (Delivery Service) ให้แก่ผู้ใช้บริการ ซึ่งมีนักวิชาการได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการดังนี้

Whang (1986 อ้างถึงใน เสาวมาศ เดือนนาคี 2545) กล่าวว่า “การให้บริการ เป็นการเคลื่อนย้ายเรื่องที่ทำให้บริการจากจุดหนึ่ง ไปอีกจุดหนึ่ง เพื่อให้เป็นไปตามที่ต้องการ ซึ่งการบริการมี 4 ปัจจัย” คือ 1) ตัวบริการ (Services) 2) แหล่งหรือสถานที่ที่ให้บริการ (Sources) 3) ช่องทางในการให้บริการ (Channels) 4) ผู้ใช้บริการ (Client Groups)

วัชรวิ ชัยเสถียร (2539 อ้างถึงในเสาวมาศ เดือนนาคี 2545) การบริการ หมายถึงการกระทำที่เกิดจากจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยความปรารถนาดี ช่วยเหลือเกื้อกูลเอื้อเฟื้อ เพื่อแผ่ เอื้ออาทรมีน้ำใจไมตรี ให้ความเป็นธรรม และเสมอภาค ซึ่งการให้บริการจะมีทั้งผู้ให้และผู้รับ กล่าวคือถ้าเป็นการบริการที่ดี เมื่อผู้ให้บริการไปแล้ว ผู้รับบริการจะเกิดความประทับใจหรือเกิดทัศนคติที่ดีต่อการบริการดังกล่าว

อเนก ทิพย์บรรจง (2544) ระบบการบริการ (Service System) หมายถึง การจัดวางแบบแผนการดำเนินการต่าง ๆ ในอันที่จะให้บริการตอบสนองความต้องการของบุคคลที่มารับบริการ ทั้งนี้โครงสร้างของระบบการบริการทั่วไป จะประกอบด้วยสัมพันธ์ภาพของส่วนต่างๆ อันได้แก่ ผู้รับบริการ ผู้ปฏิบัติงานบริการ องค์การบริการ ผลิตภัณฑ์บริการ และสภาพแวดล้อมของการบริการ ซึ่งโครงสร้างของระบบการบริการที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน

สรุปการพัฒนาารูปแบบบริการหมายถึงกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ขึ้นจากสภาพที่เป็นปัญหา สภาพที่ไม่ต้องการไปสู่สภาพที่มีการปฏิบัติที่ให้ความสะดวกในเรื่องต่างๆ ตามความคาดหวังและมีสภาพที่ดีกว่า มีการกำหนดแนวทางและโครงสร้างพอสังเขป ซึ่งเป็นระบบงานกระบวนการ หรือแนวคิดที่อยู่ในรูปใดรูปหนึ่งให้ดีขึ้นกว่าเดิมเพื่อใช้ประโยชน์ในการเป็นแนวทางดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไป

ดังนั้นการพัฒนาารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร หมายถึงกระบวนการออกแบบปรับปรุงเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดการปฏิบัติในเรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ที่เอื้ออำนวยความสะดวก อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับของผู้ใช้บริการที่เกี่ยวข้อง

6. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีรูปแบบบริการดังนี้

6.1 สง่า ไชนา (2547) ได้ศึกษาวิธีการจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของจังหวัดหนองบัวลำภู ซึ่งมีศูนย์สุขภาพชุมชน 88 แห่ง มีการจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของจังหวัดหนองบัวลำภู แบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

6.1.1 การจัดการด้านทรัพยากรบุคคล โดยใช้เจ้าหน้าที่ของศูนย์ทั้งที่เคยและไม่เคยได้รับการอบรมการทำ Pap smear ทำหน้าที่ตรวจ Pap smear และพบว่าการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการครอบคลุมในการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.1.2 การจัดการด้านงบประมาณของศูนย์สุขภาพชุมชน สามารถเบิกจ่ายงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการตรวจ Pap smear สามารถเบิกจ่ายในระยะเวลา 1 เดือนและสามารถทดลองจ่ายโดยใช้เงินบำรุงหรือเงินของศูนย์เองโดยที่ผู้มาใช้บริการไม่ต้องจ่ายค่าตรวจและพบว่า การจัดการด้านงบประมาณมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติกับอัตราการครอบคลุมในการตรวจ

6.1.3 การจัดการด้านวิธีการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดทำแผนการดำเนินงานเป็นแผนปฏิบัติการระดับศูนย์สุขภาพชุมชนมีการประชาสัมพันธ์โดยใช้หอกระจายข่าว มีการประชาสัมพันธ์แบบเจาะจงกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ อสม. ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครอื่นๆ มีการจัดทำคู่มือหรือแนวทางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการกำหนดวันเวลาในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างชัดเจนส่วนมากจะให้บริการตามเวลาที่กำหนดในช่วงที่มีการรณรงค์ มีการส่งสไลด์ไปยังหน่วยตรวจทางเซลล์วิทยาจนกระทั่งได้รับผลการตรวจกลับใช้เวลานานกว่า 1 เดือน สำหรับผลการตรวจของศูนย์สุขภาพชุมชนจะแจ้งเฉพาะผู้ให้บริการที่ผลการตรวจผิดปกติแจ้งโดยใช้ อสม. ผู้นำชุมชนหรืออาสาสมัครอื่นๆ ส่วนการติดตามผู้ให้บริการที่ผลการตรวจผิดปกติเพื่อให้ได้รับการตรวจและรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องส่วนใหญ่ใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน มีการจัดทำทะเบียนรายชื่อของกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ทะเบียนผู้มาใช้บริการ ทะเบียนผู้ที่ผลผิดปกติและผลปกติ มีสรุปผลการให้บริการประจำเดือนและประจำปีและมีการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างน้อย 3 เดือนต่อหนึ่งครั้ง

6.1.4 การจัดการด้านสถานที่ เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน มีการจัดสถานที่สำหรับตรวจภายในแยกเป็นสัดส่วนเฉพาะมิดชิดมีการจัดบริการภายในศูนย์ มีการเตรียมวัสดุอุปกรณ์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อที่ได้มาตรฐาน

6.2 จารุณีย์ โคมบุตร (2548) ได้พัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี มีวิธีการดำเนินการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้

6.2.1 ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาและความต้องการการพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

6.2.2 สร้างแนวทางวิธีการพัฒนาและดัชนีชี้วัดความสำเร็จ ในการพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยการนำผลการศึกษาในข้อ 1. มาทำการวิเคราะห์และนำผลมาพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ได้พิจารณาแนวทางและวิธีการพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ดังรายละเอียดดังนี้

1) แรงจูงใจภายใน ได้แก่

(1) ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก

ก. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการอบรม

ข. จัดเจ้าหน้าที่หรือ อสม. เป็นผู้ให้ข้อมูลหรือประชาสัมพันธ์ เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและแนะนำวิธีการป้องกันตนเองให้กับกลุ่มเป้าหมาย

(2) ทักษะติดต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูก สถานที่ เวลา และการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ก. มีการให้ความรู้และทำความเข้าใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจ มั่นใจและเชื่อถือเกี่ยวกับสถานที่ที่ต้องการเข้ารับบริการมีความสะดวก ปลอดภัยและมิดชิด แก่ผู้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ข. ด้านเวลา จัดการประชาสัมพันธ์ ชี้แจงให้เกิดความเข้าใจ และเห็นถึงการจัดการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ใช้เวลาในการเข้ารับบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงไม่กี่นาที

ค. ให้คำแนะนำกับสตรี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายและสตรีที่มีกลุ่มอายุเกิน 60 ปีขึ้นไปปกติทั่วไปเมื่อตรวจ 3 ครั้งแล้ว ผลการตรวจเป็นปกติแล้ว ควรได้รับการตรวจอีกทุก 5 ปี

เนื่องจากการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะเกิดขึ้นในช่วงนี้จึงต้องควรตรวจในช่วงอายุ เช่น 35, 40, 45, 50, 55, และ 60 ปี

2) แรงจูงใจภายนอก ได้แก่ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการชักชวน

(1) มีการประกาศเสียงตามสาย ให้มากขึ้น

(2) แจกเอกสารแผ่นพับ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

(3) จัดเจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ หรือเดินตามบ้านเพื่อเชิญชวนหรือ

ประชาสัมพันธ์แบบถึงตัวเพื่อให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

(4) จัด อสม. ประกาศเชิญชวน ให้เข้ามาตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยกำหนด

วัน เวลา สถานที่ให้บริการอย่างชัดเจนอย่างต่อเนื่องก่อนการตรวจทุกครั้ง

6.3 วนิดา ทางาม (2542) ได้สร้างโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

6.3.1 กิจกรรมสร้างให้เกิดการรับรู้สำหรับกลุ่มเพื่อนสตรี ด้วยวิธีการดังนี้

การบรรยายโดยมีสื่ออุปกรณ์ ได้แก่ ภาพพลิก วิดีทัศน์ แผ่นพับ

6.3.2 กิจกรรมสร้างให้เกิดการรับรู้ร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อนสตรีและกลุ่มทดลอง

ด้วยวิธีการ

1) การบรรยายโดยมีสื่ออุปกรณ์ ได้แก่ ภาพพลิก วิดีทัศน์

2) การเสวนากลุ่มร่วมกันระหว่างกลุ่มเพื่อนสตรีและกลุ่มทดลอง

6.3.3 การให้แรงสนับสนุนทางสังคมโดยกลุ่มเพื่อนสตรี ด้วยวิธีการ

1) การเยี่ยมบ้าน โดยการพูดคุยเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การพูดคุยส่งเสริม

สนับสนุนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2) การกระตุ้นเตือน ก่อนวันรับบริการ

6.4 นุชนาต ชูเกียรติ (2539) ได้สร้างโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจให้สตรีชนบทมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยกระบวนการดังนี้

6.4.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องดังต่อไปนี้

1) ให้ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

2) ให้ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มเพื่อนบ้านที่ผ่านการอบรม

แล้ว

6.4.2 ให้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดี ของการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำ

1) **เปิดเทปบทความ** ที่เน้นเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน

2) **สนทนากลุ่มย่อย** โดยกลุ่มเพื่อนบ้านที่ผ่านการอบรมแล้วเกี่ยวกับ โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

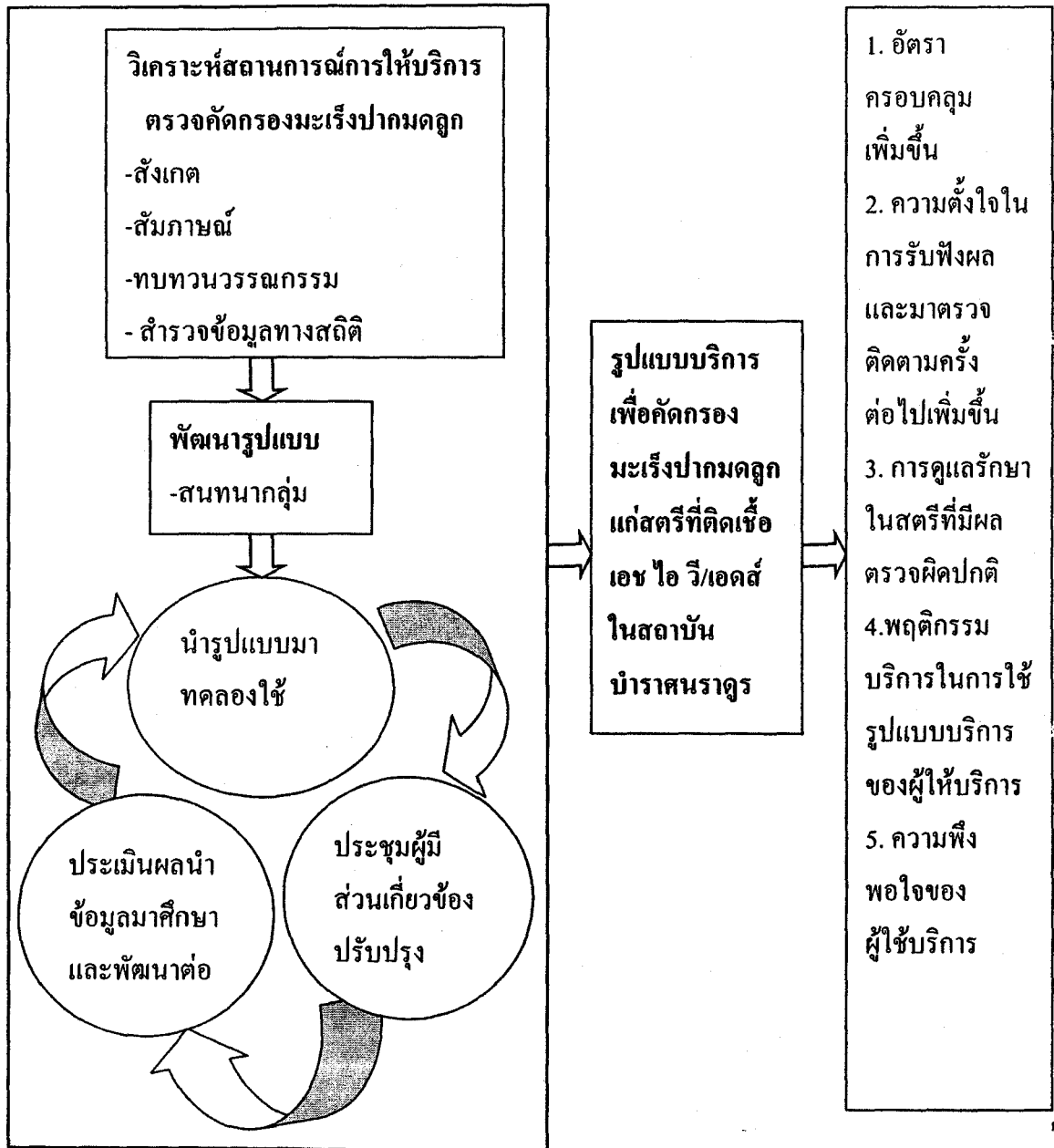
6.4.3 การสร้างแรงจูงใจในการรับบริการ โดยการกระตุ้นเตือนให้มารับบริการตรวจโดยกลุ่มเพื่อนบ้านที่ผ่านการอบรม

6.4.4 การให้บริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกและบริการตรวจมะเร็งเต้านม
ตรวจปัสสาวะ วัดความดันโลหิต โดยหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่จากโรงพยาบาลด่านขุนทด

6.5 Priscilla D Abercrombie (2003: 41-51) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจติดตามต่อเนื่องในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผิดปกติด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผลพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจติดตามต่อเนื่องในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มี 5 ปัจจัยคือ 1) ความกลัว 2) การไม่มีอาการแสดงใดๆ 3) สภาพชีวิตของแต่ละบุคคล 4) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และ 5) การจัดระบบบริการของผู้ให้บริการทางการแพทย์ ผลของการวิจัยนี้ทำให้นำมาเป็นแนวทางในการจัดระบบการดูแลเอาใจใส่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ มาตรวจติดตามต่อเนื่องสม่ำเสมอ นอกจากนี้ Priscilla ได้เรียบเรียงการศึกษา 9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ามีกลยุทธ์ที่ช่วยในการสร้างระบบบริการ ได้แก่ การมีคู่มือความรู้เล่มเล็กๆ หนังสือการส่งตัว การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด การฝึกให้ครอบครัวดูแลอย่างใกล้ชิด การสร้างโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ให้ความช่วยเหลือในเรื่องการเดินทาง และมีระบบเตือนความจำ และยังสรุปได้ว่าระบบต่างๆที่จะสร้างขึ้นนั้นต้องปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอ โดยฟังความคิดเห็นของผู้หญิงจากการสนทนากลุ่มหรือเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์

สรุปได้ว่าการศึกษานอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆทำให้พบว่าการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ นั้นจะเป็นรูปแบบบริการ ที่ยั่งยืนตลอดกาลได้ต้องมีการปรับปรุงพัฒนาเป็นระยะๆตามปัจจัยและภาวะแวดล้อมต่างๆ และเทคนิคที่ใช้ได้ผลและยั่งยืนก็คือการฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการดูแลที่มีความเอื้ออาทรและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางด้วย ร่วมกับการใช้หลักทฤษฎีเข้ามาผสมผสานปรับไปตามสถานการณ์เพื่อให้เกิดระบบที่มั่นคงยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังแสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบริการดังภาพที่ 2.6

ในการวิจัยและพัฒนาารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม และสร้างกรอบแนวคิดในการดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการ ดังภาพ



ภาพที่ 2.7 แสดงกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร 2) การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร และ 3) การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ดังต่อไปนี้

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณา

โครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร และขออนุญาตจากรองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาลเพื่อขอความร่วมมือกับแผนกที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้แก่ แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

1.2 การดำเนินการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม ดังนี้

1.2.1 เครื่องมือ ที่ใช้ในการสังเกต ได้แก่ แบบบันทึกการสังเกต กล้องถ่ายรูป และแบบบันทึกข้อมูลสถิติการให้บริการ

1.2.2 ดำเนินการสังเกต ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกตรวจประกันสังคม และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยใช้เวลาสังเกตช่วงเวลาเช้าที่มีผู้มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก ใช้เวลาสังเกตรายละเอียดการให้บริการในสภาพความเป็นจริง

ร่วมกับการสำรวจข้อมูลทางสถิติการให้บริการ ผู้วิจัยบันทึกสิ่งที่ได้จากการสังเกต เพื่อกำหนด ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเป็นข้อมูลในการสัมภาษณ์ เจาะลึกผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ และการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ในขั้นตอนต่อไป

1.3 การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ใช้บริการ มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 เครื่องมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ใช้บริการ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การ มารับบริการตรวจรักษาที่สถาบันบาราคนราดูร ความคิดเห็นในการมารับบริการหรือ ไม่มารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2) เทปบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

1.3.2 สถานที่ในการสัมภาษณ์ ใช้ห้องให้การปรึกษาของแผนกผู้ป่วยนอก สูตินรีเวชกรรม

1.3.3 การกำหนดผู้ใช้บริการ ที่เป็นสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์รวมจำนวน 10 ท่าน โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณาดังนี้

- 1) เป็นสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับการดูแลรักษา สุขภาพในสถาบัน บาราคนราดูร
- 2) เป็นผู้ที่มิสตีสมป์ัญญะสมบูรณ์ดี พุดคุยสื่อสารเข้าใจปกติ
- 3) เลือกเจาะจงผู้ที่ยินดีให้คำสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นผู้ที่ไม่เคยตรวจและเคยตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มละ 5 ท่าน

1.3.4 การสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บข้อมูลของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การ ปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ครั้ง นี้ ในระหว่างการให้สัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการสามารถยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดย ไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดในการให้บริการสุขภาพ การเสนอผลการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเสนอผลสรุป ในภาพรวมเท่านั้น

1.3.5 คำนินการสัมภาษณ์เกี่ยวกับการมาใช้บริการ หรือไม่มาใช้บริการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ การรับฟังผลการตรวจ พฤติกรรมบริการของ บุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง การจัดบริการภายในห้องตรวจของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช กรรม การจัดบริการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในแผนกต่างๆที่มารับการรักษา การจัดลำดับ เข้าตรวจ อัตราค่าบริการในการตรวจ การทดสอบความรู้ความเข้าใจและการเห็นความสำคัญในการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ รวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์
คนละ 30-45 นาที

1.4 การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการ มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 เครื่องมือในการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการ ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ
บำบัดดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ประสิทธิภาพในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูก ปัญหาและอุปสรรคที่พบ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดรุ

2) เทปบันทึกเสียง และกล้องถ่ายรูป

1.4.2 สถานที่ในการสัมภาษณ์ ใช้ห้องให้การปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

สูติ-นรีเวชกรรม

1.4.3 การกำหนดผู้ให้บริการ รวมจำนวน 13 คน โดยมีหลักเกณฑ์การพิจารณา
เลือกผู้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหน่วยงานที่ให้บริการที่รับผิดชอบ อย่างน้อย 1 ปีและ
เจาะจงเลือกผู้ให้บริการตามลักษณะการให้บริการ และยินดีให้คำสัมภาษณ์ ได้แก่

1) แพทย์ผู้ให้บริการตรวจรักษาสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในแผนกผู้ป่วยนอก
สูติ-นรีเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมและแผนกตรวจประกันสังคม แผนกละ 1 คน รวม
ทั้งหมด 3 คน

2) พยาบาลผู้ให้บริการบำบัดดูแลสุขภาพสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในแผนก
ผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม 2 คน แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 3 คน หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ 1 คน
แผนกคัดกรองด่านหน้า 3 คน และแผนกตรวจโรคประกันสังคม 1 คน รวมจำนวน 10 คน

1.4.4 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์
ประโยชน์ ขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บข้อมูลของการวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้เคารพสิทธิ ความเป็น
ส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการให้
สัมภาษณ์ครั้งนี้ ในระหว่างการให้สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการสามารถยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา
ที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดในการปฏิบัติงานการให้บริการสุขภาพ การเสนอผลการ
สัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเสนอผลสรุปในภาพรวมเท่านั้น

1.4.5 ดำเนินการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับการให้บริการต่างๆตามแบบสัมภาษณ์แบบไม่มี
มีโครงสร้าง รวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์คนละ 30-45 นาที

1.5 ผู้วิจัยรวบรวมบันทึกคำสัมภาษณ์ นำมาถอดเทปแบบคำต่อคำ และนำมาวิเคราะห์
เนื้อหา

1.6 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รายงาน สถิติ และบันทึกประวัติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาใช้บริการตรวจรักษาในสถาบันบำราศนราดูร ระหว่าง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2549-พ.ศ. 2550 (ต.ค. 48-ก.ย. 50) เพื่อวิเคราะห์ อัตรากาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตรากาการตรวจติดตามของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ผลการตรวจ การได้รับการดูแลรักษาในรายที่ตรวจพบรอยโรคและความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มนี้

1.7 ผู้วิจัยสรุปและวิเคราะห์ข้อมูลและดำเนินการเพื่อเตรียมการพัฒนารูปแบบ ดังนี้

1.7.1 **พัฒนาสื่อเพื่อสนับสนุนการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** ได้แก่ โปสเตอร์ แผ่นพับ และจัดบอร์ดให้ความรู้ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้ใช้บริการ และเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรที่ให้บริการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มบันทึกรายชื่อสตรีติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ให้การแนะนำเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจัดทำสมุดพกประจำตัวผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเพื่อบันทึกผลการตรวจ และกำหนดคนนัดสำหรับผู้ใช้บริการ

1.7.2 **จัดทำประเด็นในการสนทนากลุ่มแก่บุคลากรในแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการในระยะที่สอง โดยพบว่า แผนกที่มีความเกี่ยวข้องกับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ 1) แผนกคัดกรองด่านหน้า 2) แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 3) แผนกตรวจประกันสังคม 4) หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และ 5) แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

2. การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

ดำเนินการดังนี้

2.1 เครื่องมือในระยะพัฒนารูปแบบบริการ ได้แก่

2.1.1 **ประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม** ผู้ให้บริการในแต่ละแผนกเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ร่วมกันร่างรูปแบบบริการ ร่วมกันกำหนดกลยุทธ์ การวางแผนการดำเนินงาน และหาข้อคิดเห็นเรื่องตัวชี้วัดและปรับพัฒนาสื่อสนับสนุนการจัดบริการ

2.1.2 **แบบบันทึกแบบกึ่งมีโครงสร้าง** เพื่อลงทะเบียนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อรวบรวมข้อมูลสถิติการให้บริการ

2.2 การคัดเลือกผู้เข้าสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ใน 5 แผนก แบ่งจัดสนทนากลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

2.2.1 กลุ่มที่ 1.แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เลือกเจาะจงพยาบาลผู้ให้บริการท่านเดิมที่เคยให้สัมภาษณ์เจาะลึกไว้เมื่อระยะแรก 3 คน และทำหน้าที่เรียนเชิญผู้ให้บริการท่านที่มีความสนใจเข้าสนทนากลุ่มมีผู้ตอบรับและเข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 1 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน รวมจำนวนทั้งหมด 11 คน

2.2.2 กลุ่มที่ 2.กลุ่มรวมแผนกคัดกรองด้านหน้าและแผนกตรวจประกันสังคม โดยเลือกเจาะจงผู้ที่เคยให้สัมภาษณ์เจาะลึกไว้เมื่อระยะแรก จากแผนกคัดกรองด้านหน้า 3 คน และแผนกตรวจประกันสังคม 1 คน และทำหน้าที่เรียนเชิญผู้ให้บริการท่านที่มีความสนใจเข้าสนทนากลุ่มมีผู้ตอบรับและเข้าร่วมสนทนากลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพ 2 คน พยาบาลเทคนิค 1 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน รวมจำนวนทั้งหมด 11 คน

2.2.3 กลุ่มที่ 3.หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน รวมจำนวนทั้งหมด 4 คน

2.2.4 กลุ่มที่ 4 แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ได้แก่แพทย์ 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 4 ท่าน เจ้าหน้าที่พยาบาล 1 ท่าน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 ท่าน รวม 9 ท่าน

2.3 การดำเนินการสนทนากลุ่ม ตามแนวประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาในช่วงบ่าย วันละ 1 กลุ่ม แต่ละกลุ่มจัดห่างกัน 1-2 วัน จนครบ 4 กลุ่ม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสนทนากลุ่ม มีพยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกแต่ละแผนกหรือตัวแทนหัวหน้าทำหน้าที่จดบันทึก ทำการบันทึกเทป และเป็นผู้ช่วยดำเนินการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาประมาณกลุ่มละ 1 ชั่วโมง เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกของตนเอง และร่วมกันให้ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับสื่อต่างๆ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2.2 ทดลองนำสื่อเพื่อสนับสนุนการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ แผ่นพับ บอร์ดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โปสเตอร์ จัดทำสมุดพกประจำตัวผู้มารับบริการตรวจคัดกรองเพื่อบันทึกผลการตรวจ และสมุดส่งทำ Pap smear ที่ปรับปรุงตามข้อคิดเห็นของบุคลากร ไปทดลองใช้ในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 5 ท่าน เพื่อนำมาปรับปรุงรูปแบบและเนื้อหาภายในสื่อต่างๆ ดังกล่าว

2.3 ตรวจสอบคุณภาพและความถูกต้องในเนื้อหาของสื่อสนับสนุนการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน ได้แก่อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเฉพาะ

ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ 1 ท่าน สูติ-นรีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจรักษาทางสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ทางด้านสูติ-นรีเวชกรรม 1 ท่าน และพยาบาลที่มีความชำนาญพิเศษในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ท่าน และนำกลับไปทดลองใช้ในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวชกรรม ซ้ำอีกครั้ง จำนวน 5 ท่าน

2.4 นำรูปแบบการส่งต่อระหว่างแผนกที่พัฒนาขึ้น ในเบื้องต้น ซึ่งเป็นรูปแบบบริการส่งต่อสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม มาทดลองใช้ในแต่ละแผนก ได้แก่ แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ ประมาณ 20 วัน

2.5 นำรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ประมาณ 20 วัน

2.6 การปรับปรุงรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่เคยเข้าสนทนากลุ่มครั้งก่อนทั้งหมดจำนวน 9 คน ได้แก่ บุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 2 คน แผนกคัดกรองด้านหน้า 2 คน แผนกตรวจประกันสังคม 1 คน หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ 1 คน และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม 3 คน หลังใช้รูปแบบ 20 วัน เพื่อระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในเบื้องต้นไปทดลองใช้ และการปรับปรุงรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถาบันบำราศนราดูร ร่วมกัน เพื่อกำหนดกลยุทธ์ คู่มือปฏิบัติงานและการขอข้อคิดเห็นเรื่องการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถาบันบำราศนราดูร

3. การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

ดำเนินการดังนี้

3.1 นำรูปแบบบริการลงปฏิบัติการจริงในแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกตรวจประกันสังคมและแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ตามแผนในคู่มือกำหนดการดำเนินการไว้ และประเมินผลประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ตามตัวชี้วัดที่กำหนด เป็นเวลา 3 เดือน ดังนี้

3.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับการให้บริการตามตัวชี้วัดที่

กำหนด

- 1) แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง ประกอบด้วยการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล เหตุผลในการเข้าตรวจ ความคิดเห็นในการตรวจติดตามเพื่อใช้รวบรวมข้อมูลสถิติการให้บริการ ได้แก่อัตราครอบคลุม ความตั้งใจในมาตรวจติดตามครั้งต่อไป
- 2) แบบบันทึกเพื่อลงทะเบียนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อเก็บรวบรวมความตั้งใจในการรับฟังผลการตรวจ การดูแลรักษาในสตรีที่มีผลตรวจผิดปกติ
- 3) แบบบันทึกรายชื่อสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ได้รับการแนะนำและส่งเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแต่ละแผนก ได้แก่แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมเพื่อเก็บรวบรวมสถิติการให้คำแนะนำในแต่ละแผนกดังกล่าว สถิติการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

3.1.2 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาใช้บริการในแผนกที่เกี่ยวข้องในแต่ละแผนก ได้แก่แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ที่ผู้ใช้บริการแต่ละแผนกดังกล่าวเลือกแนะนำ และถูกส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีหลักเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

- 1) เป็นผู้ที่มิสติสัมพันธ์ระยะสมบูรณ์ดี พுகุยสื่อสารเข้าใจปกติ
- 2) เป็นสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาใช้บริการในแผนกที่เกี่ยวข้องดังกล่าวโดยผู้ใช้บริการได้เลือกเจาะจงผู้ที่ยินยรับฟังคำแนะนำในการชักจูงโน้มน้าวในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 3) สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีความยินดีเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนระยะเวลาการตรวจ การรับฟังผล และการให้ข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้ใช้บริการจะเคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้ใช้บริการทุกท่าน พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธในการตรวจครั้งนี้ ในระหว่างขั้นตอนต่างๆดังกล่าวหากผู้ใช้บริการไม่สมัครใจ สามารถยุติการรับบริการดังกล่าวได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดในการให้บริการสุขภาพอื่นๆ การเสนอข้อมูลสถิติ ผู้วิจัยนำเสนอผลสรุปในภาพรวมเท่านั้น

3.2 การวัดประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ จากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ต่อรูปแบบบริการ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการจำนวน 5 คน ดังนี้

3.2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมความพึงพอใจ ได้แก่แบบการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ให้บริการเกี่ยวกับความพึงพอใจในบริการ ทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสะดวกสบายที่ได้รับบริการ 2) คุณภาพบริการที่ได้รับดี เป็นไปตามมาตรฐาน 3) ความมีอริยาศัยที่ดี 4) การให้ความรู้ 5) มีการติดต่อประสานงาน และ 6) ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

3.2.2 การคัดเลือกผู้ให้การสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) เป็นสตรีที่ติดเชื่อ เอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้ามาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในระยะเวลา 1 สัปดาห์สุดท้ายที่มีการนำรูปแบบบริการลงสู่การปฏิบัติการจริง
- 2) การสุ่มคัดเลือกโดยวิธี เลือกสัมภาษณ์ ด้วยความสมัครใจ วันละ 1 คน จนครบ 5 ท่าน

3.2.3 ขั้นตอนการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจง

วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยได้เคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว การปกปิด ความลับของผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน พร้อมทั้งสิทธิในการตอบรับและปฏิเสธการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้ ในระหว่างการให้สัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการสามารถยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาที่ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดในการให้บริการสุขภาพ การเสนอผลการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเสนอผลสรุปในภาพรวมเท่านั้น

3.2.4 คำนินการสัมภาษณ์ ที่ห้องให้การปรึกษาของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม รวมเวลาที่ใช้ในการสัมภาษณ์คนละ 30-45 นาที

3.3 การวัดประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ จากการสังเกตพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

3.3.1 เครื่องมือ ที่ใช้ในขั้นตอนนี้ได้แก่แบบบันทึกการสังเกต และกล้องถ่ายรูป

3.3.2 คำนินการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันบำราศนราดูร ได้แก่ แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกตรวจประกันสังคมและแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยเริ่มสังเกตพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการในแผนกดังกล่าวตั้งแต่เมื่อผู้วิจัยเข้าร่วมพัฒนารูปบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื่อเอช ไอ วี การสังเกตผู้ให้บริการแต่ละแผนก มีการให้บริการสตรีที่ติดเชื่อเอช ไอ วี/เอดส์ อย่างไรบ้าง มีการนำรูปแบบบริการที่พัฒนามาใช้อย่างไรบ้าง และเมื่อเกิดปัญหา ผู้ให้บริการแก้ปัญหาอย่างไร

3.4 ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลสถิติบริการต่างๆ ข้อมูลการสัมภาษณ์และการสังเกต ทำการวิเคราะห์เพื่อสรุปการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร

3.5 นำข้อมูลการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ที่สรุปเสนอในที่ประชุมกลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชุดเดิมก่อนลงปฏิบัติการจริง รวมจำนวน 9 คน ได้แก่ บุคลากรในแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม 2 คน แผนกคัดกรองค้ำหน้า 2 คน แผนกตรวจประกันสังคม 1 คน หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ 1 คน และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม 3 คน เพื่อหาข้อสรุปของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร การกำหนดแผน และการกำหนดระยะเวลาติดตามการดำเนินงานเพื่อปรับพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร เป็นระยะๆต่อไป

4. การตรวจสอบข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลดังนี้

4.1 ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ทั้งจากการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ปฏิบัติงานที่ศึกษาหลายกลุ่ม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรงถูกต้องตามสภาพที่เป็นจริงมากที่สุด

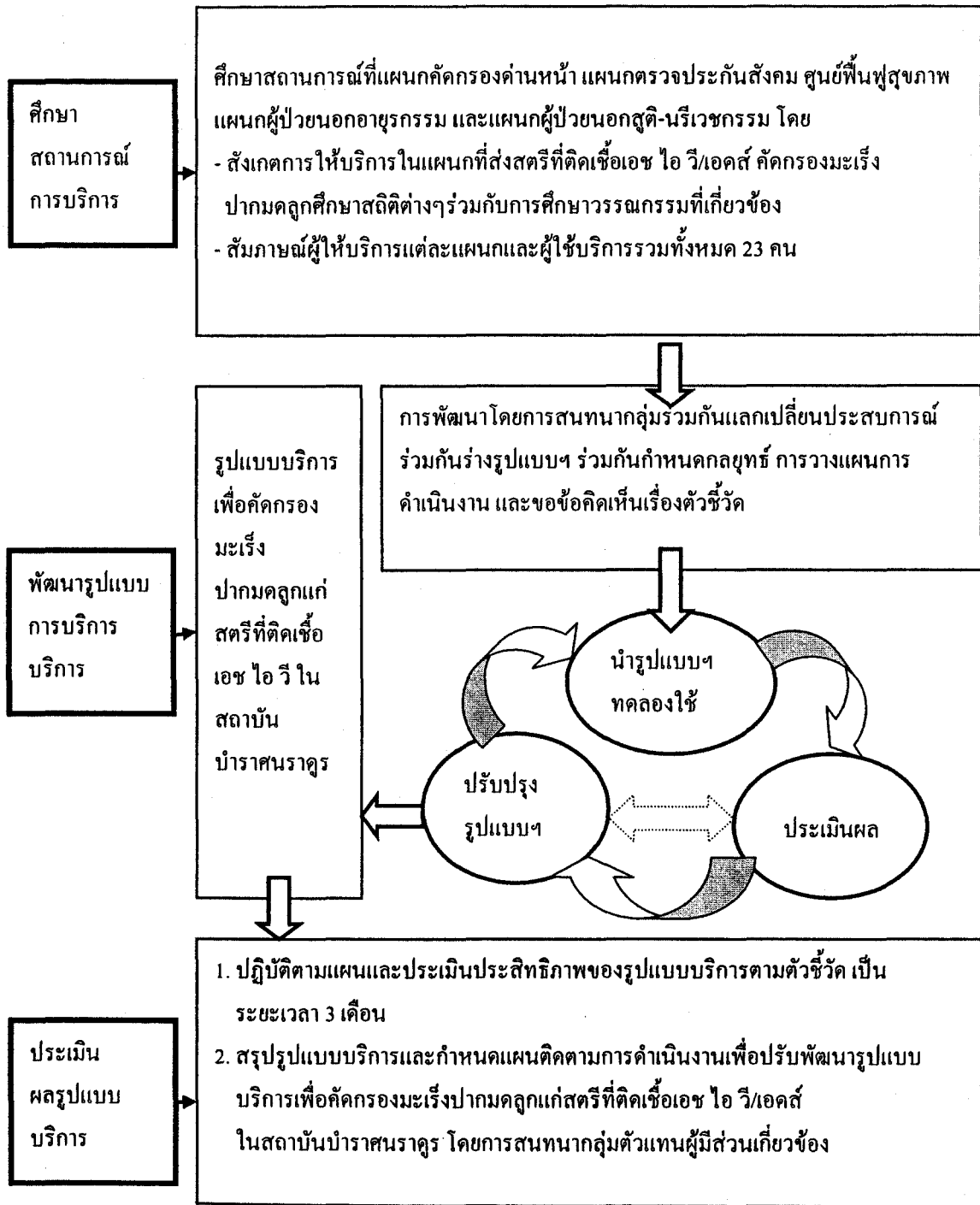
4.2 เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่นำมาพิจารณาเนื้อหา ในกรณีที่พบว่าข้อมูลที่ได้จากแหล่งหรือบุคคลมีความขัดแย้งกัน ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นดังกล่าวซ้ำจากแหล่งหรือบุคคลอื่น ๆ อีกจนได้ข้อมูลที่สอดคล้องหรือใกล้เคียงกันมากที่สุด

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

5.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

การดำเนินการทั้งหมดนี้ผู้วิจัยได้สรุปขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังแสดงไว้ในภาพที่ 3.1 ดังนี้



ภาพที่ 3.1 สรุปขั้นตอนการดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดรุ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ได้ผลการดำเนินงานใน 3 ระยะดังนี้

1. ผลการศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

การศึกษาดูสถานการณ์การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก และการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ดังนี้

1.1 ลักษณะของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร จากการศึกษาพบว่าจัดได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ

1.1.1 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ขอรับบริการตรวจด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช ซึ่งมีจำนวนมากที่สุด คือคิดเป็นร้อยละ 73 ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด จากสถิติงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวช (2549) พบว่าสตรีกลุ่มนี้ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มารับบริการตรวจคัดกรองเพราะมีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวช และร้อยละ 23 มารับบริการเพื่อต้องการดูแลสุขภาพป้องกันโรคให้ตนเองโดยได้รับการส่งต่อมาจากหน่วยคัดกรองด้านหน้า

1.1.2 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกแผนกอื่น ๆ และถูกส่งปรึกษาสูติ-นรีแพทย์ เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวช โดยส่วนใหญ่ หรือประมาณร้อยละ 27 ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด โดยส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกตรวจประกันสังคม โดยมี อายุรแพทย์เป็นผู้ส่งปรึกษา (สถิติงานผู้ป่วยนอกสูตินรีเวช 2549) ดังข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการดังนี้

“เคยตรวจสุขภาพทุกปีอ่านพบในอินเทอร์เน็ตรู้ว่าต้องตรวจก็ปฏิบัติตามเพราะไม่
อยากป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกถ้าฟังรู้ว่าจะต้องตายด้วยโรคมะเร็งก็ทุกข์สุดๆแล้วคิดว่าต้องสู้ต่อๆ
ไปเพราะต้องอยู่ดูแลลูกๆอีก 2 คน “

ผู้ให้บริการ 2/5

“ส่วนใหญ่ที่มาเพราะมีอาการเจ็บป่วยเช่น คันที่ช่องคลอด มีตกขาวออก มีอาการ
ปวดท้องน้อย บางคนมีอาการรุนแรงมากหมอมือที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมส่งมาตรวจ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

“เมื่อก่อนมีแต่มาตรวจด้วยเรื่องแผลที่อวัยวะเพศ ผู้ป่วยเจ็บเดินไม่สะดวก”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

1.2 บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังถูกมองข้ามจากสตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

1.2.1 สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่การเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อเอช ไอ วีเป็นปัญหา
หนักหน่วง จนมองเรื่องมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องไกลตัว ประกอบกับการที่สตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ขาดความรู้ และความสนใจ ดังข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการดังนี้

“คุณหมอลดใจแล้วจริงๆ ทำไมหนูต้องเป็น โรคนี้นะ หนูไม่มีกำลังใจเลย ไม่ต้อง
รักษาหนูหรอกปล่อยให้มันตายไปเถอะ”

ผู้ให้บริการ 2/7

“แค่นี้ก็ทุกข์จาก โรคมะเร็ง มากพอแล้ว ไม่ต้องถามหาว่าเป็น โรคมะเร็งอะไรเพิ่มเติมอีก
แล้ว ทุกข์มากพอแล้ว”

ผู้ให้บริการ 2/7

“หนูเคยมาด้วยเรื่องไม่มีประจำเดือนคุณหมอให้ยาหนูไปรับประทานแล้ว
ประจำเดือนหนูก็ดมา หนูก็ดมีประจำเดือนมา 4-5 เดือนแล้วก็หยุดไปแต่หนูก็ดมาปรึกษาคุณหม่อีก
คุณหมอก็ดให้ยารับประทานอีก หนูยังไม่เคยตรวจ Pap smear เลยไม่เคยมีใครมาให้ความรู้ใหม่มาก่อน
เลยนะ”

ผู้ให้บริการ 2/1

“ก็กินยารักษาด้วยยาต้านเอช ไอ วี แล้วเราก็ดีร่างกายแข็งแรงดีแล้ว เค้านี้ไม่มี
เพศสัมพันธ์แล้ว ก็ไม่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก”

ผู้ให้บริการ 2/8

“ผมเคยแนะนำให้คนไข้ตรวจ Pap smear คนไข้บอกผมว่าเขาตรวจฟรีไหมพี่
ผมบอกว่าคุณต้องเสียเงินครับ คนไข้บอกผมว่าเอาเงินเก็บไว้กินข้าวก่อน เดี่ยวเงินไม่พอใช้”

พยาบาลวิชาชีพ 1/3

“เวลาเราคัดกรองสอบถามอาการมาวันนี้จะมาตรวจอะไร เราจะมาหาหมอเพราะ
ขาดยาต้าน เขาไม่สนใจจะตรวจ Pap smear เลยแต่พอเราคุยว่าควรจะตรวจนะเพราะเราจะได้
ป้องกันไม่ให้เป็นโรคร้ายแรงได้ เพราะโรคเอดส์มักจะพบว่ามันเป็นมะเร็งปากมดลูกไปพร้อมๆกัน
ด้วย คนไข้ไม่สนใจฟังเขาฟังคำถามแต่ประเด็นเรื่องยาต้าน”

พยาบาลวิชาชีพ 1/4

“ไม่เอาหรือกลัวหมอ อย่ายอมมีหมอมือหญิงไหมพี่”

ผู้ใช้บริการ 2/9

“ถ้าเราไม่ตรวจ บังคับอย่างไรเราก็ไม่ตรวจ แล้วหมอมะจะให้ยาต้าน เราไหมละถ้า
มันจะตายก็ให้ตายเลยไม่อยากจะรู้แล้ว”

ผู้ใช้บริการ 2/10

**1.2.2 สำหรับบุคลากรผู้ให้บริการ ความคับคั่งของผู้ใช้บริการและความจำกัดของ
อัตรากำลังทำให้ผู้ให้บริการมุ่งแต่งานเฉพาะหน้า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นบริการที่
ถูกมองข้ามดึงข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการดังนี้**

“ไม่เคยมีใครบอกเลยนะว่าตรวจแล้ว ต้องตรวจซ้ำตลอดไป”

ผู้ใช้บริการ 2/9

“ไม่เคยมีใครบอกเลยนะว่าเป็นเอดส์ต้องตรวจมะเร็งด้วย”

ผู้ใช้บริการ 2/7

“บางวันที่เรานั่งซักประวัติประเมินอาการคนไข้จะแนะนำเรื่องตรวจมะเร็ง
เหมือนกันเรากำลังจะแนะนำ...อยู่แล้วมีคนไข้อีกคนเดินเข้ามา...คนไข้คนที่เดินเข้ามาถามอีกเรื่อง
หนึ่งเลยเลยประเด็นการสนทนาเรื่องมะเร็งปากมดลูก”

พยาบาลวิชาชีพ 1/4

“เรามักจะสนใจปัญหาที่มีอาการสำคัญของเขา มีอาการอะไรจนข้ามประเด็นความ
เสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก เพราะเขาไม่มีอาการ”

แพทย์ผู้ให้บริการ

“วันนี้หมอก็ส่งไปตรวจนะ ส่งบอชอยู่ แต่บางวันเห็นปัญหาเขาหลายเรื่องเราก็
สนใจประเด็นปัญหา มุ่งแก้ปัญหามาก่อน”

แพทย์ผู้ให้บริการ

“โอ้โห เธอเคย บางวันยุ่งจนลืมถามไปเลย เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เธอ แต่บางวันก็ไม่ยุ่งนะเข้ามาตั้งใจจะแนะนำ แต่พอเริ่มทำงานก็ลืมนะ น่าจะมีสิ่งที่จะคอยเตือนไม่ให้ลืมนะ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/6

1.3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นบริการนอกเหนือจากแนวทางปฏิบัติปกติของบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้การดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์. โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องรอการตัดสินใจจากแพทย์เพื่อส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร ดังข้อมูลจากผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดังนี้

“พี่เคยคิดจะส่งคนไข้ไปตรวจ Pap smear แต่ต้องรอให้คุณหมอมีคำสั่งให้ไปตรวจก่อน ถ้าเราส่งตรวจเองกลัวว่าหมอมองหาว่าเราทำเกินหน้าที่ พี่ก็เลยไม่มั่นใจว่าจะส่งโดยต้องรอหมอสั่งหรือไม่”

พยาบาลวิชาชีพ 1/5

“เวลาเราแนะนำให้คนไข้ตรวจ Pap smear คนไข้มักจะบอกว่ากลัวเสียเวลาเดี๋ยวจะกลับมาตรวจกับคุณหมอ....ไม่ทันกลัวจะเลยคิวตรวจ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/10

“ห้องตรวจภายในอยู่ไกลจากแผนกด้านหน้าเนียไม่คีนะ หนูกลัวไม่ทันหมอนี่นี่”

ผู้ใช้บริการ 2/5

“เสียเวลารอตรวจนานวันนี้ต้องไปที่อื่นอีกไปตรวจแล้วเดี๋ยวหมอมเรียกตรวจหนูเข้าตรวจไม่ทันต้องต่อคิวนาน”

ผู้ใช้บริการ 2/10

1.4 ผู้มาใช้บริการตรวจคัดกรองต้องการข้อมูลและความเป็นมิตรจากผู้ให้บริการ ในขณะที่ยังไม่มีกรการจัดทำสื่อต่าง ๆ ทำให้การให้ข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับความตระหนักของผู้ให้บริการ โดยยังขาดสื่อที่ใช้สนับสนุนการให้ข้อมูล ดังข้อมูลจากผู้ให้บริการดังนี้

“เวลาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถ้าเรามีพยาบาล ให้คำแนะนำอธิบายให้เขาเข้าใจ ถึงขั้นตอนการตรวจการมาครั้งต่อไปสำคัญมากเขาจะตั้งใจดูแลตนเองและมาตรวจอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะถ้าเราปฏิบัติต่อเขาด้วยความอบอุ่นเป็นมิตร และให้ความสะดวกรวดเร็วตามความเหมาะสม เขาจะประทับใจเรามาก”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

“เคยมีคนไข้มาขอแผ่นพับที่พี่ (คำแนะนำเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูก) แต่ทางห้องเรา (ห้องตรวจผู้ป่วยนอกแผนกสูติ-นรีเวช) ไม่มีสื่อคำแนะนำอะไรเลย รู้สึกว่าเราไม่พร้อมเลยนะ ทั้งๆที่เราเป็นสถาบันฯ หลักในการบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

“เวลาเราแนะนำเขาให้ตรวจ Pap smear เขาพูดเหมือนเขาไม่เข้าใจเรื่องโรคนี้เลยว่า มันสัมพันธ์กับการเป็นเอดส์เช่น ที่พี่พยาบาลบอกหนูว่าต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกก็หนูไม่มีเพศสัมพันธ์กับใครเลยนะ ตอนนี้ และก็ไม่เคยมีลูกด้วย และทุกวันนี้หนูก็กินยาตามหมอสั่งตลอดนะ ตรงเวลามีเคลื่อนเวลาบ้างแต่ก็ไม่บ่อยนะ สุขภาพหนูก็ดี ซีดีสี่ มีตั้งสี่ร้อยนะ หนูจะเป็นมะเร็งได้อย่างไรละ พอเราฟังแล้วเราเลยต้องใช้เวลาพูดต่ออีกดูเขายังงงๆ นะ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/1

1.5 หลังทำ Pap smear ต้องส่งแผ่นสไลด์ตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายแห่ง ซึ่งมีรูปแบบการรายงานผลแตกต่างกัน ทำให้บุคลากรขาดความมั่นใจในการบอกผลแก่ผู้ใช้บริการ ดังข้อมูลจากผู้ให้บริการดังนี้

“มีคนไข้มาถามผล Pap เราเปิดผลดูบางครั้งรูปแบบใบอ่านรายงานผลสีของใบรายงานผล ตัวหนังสืออ่านก็ไม่เหมือนเดิม เราก็รู้เฉพาะคนที่ปกติแต่คำบางคำก็งงๆนะ คนไข้เขาก็อยากรีบไปเลยเขาก็ไม่สนใจอยากรู้ก็เลยกลับบ้านไปเลยเราก็ไม่รู้ว่าเขาเข้าใจหรือเปล่า”

พยาบาลวิชาชีพ 1/2

“การลงผล Pap ผลคนหนึ่งอ่านเป็น Class 4 อีกรายอ่านเป็น HSIL เวลาเราทำการรวบรวมสถิติจำนวนผลผิดปกติเราก็ไม่รู้ว่าจะรวมกลุ่มไหนต้องกลับมาถามแพทย์ก่อนว่าต้องการรายงานผลเป็นระบบอะไร แบบ Bethesda system หรือ ระบบ Papanicolaou เราก็ต้องมาแปลข้อมูลว่า Class 4 ต้องนำมาเปรียบเทียบกับระบบ Bethesda system ว่าคือเป็นระดับ 4 นั้นหมายถึงเป็นระดับใด”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

1.6 การขาดระบบการรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้ใช้บริการ ดังข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ให้บริการดังนี้

“หนูมาตรวจเพราะมีพี่พยาบาลโทรศัพท์ตามให้มาตรวจ ตั้งแต่ตรวจครั้งที่แล้วหนูยังไม่รู้ผล Pap smear เลย หนูเขียนที่อยู่ให้ส่งผลทางจดหมายหนูไม่รู้มันถึงหรือเปล่า หรือมันถึงแต่ที่บ้านทำหายหนูก็ไม่ได้สนใจ ตอนที่พี่เขาโทรมาหนูกลัวนึกว่าตัวเองเป็นมะเร็งแต่พอพี่เขาอธิบายหนูเข้าใจละ สบายใจขึ้น”

ผู้ใช้บริการ 2/4

1.7 ระบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขาดสิ่งที่จะช่วยกระตุ้นเตือนความสนใจของผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ดังข้อมูลจากผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการดังนี้

“มีคนไข้วันละมากมายอาจจะแนะนำให้ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกคนแต่บางวันงานยุ่งมากพอจะอธิบายก็มีคนไข้อื่นๆเข้ามาทำให้ลืมไป มันน่าจะมีเครื่องหมาย อะไรสักอย่างเตือนเรานะ น่าจะไม่หลงประเด็น”

พยาบาลวิชาชีพ 1/5

“เมื่อ 2 ปีก่อนหนูมาตรวจ Pap ที่นั่นแหละแล้วก็ไม่ได้ตรวจอีกลืมไปเหมือนกันใจจริงหนูอยากจะทำอยู่นะ”

ผู้ใช้บริการ 2/5

1.8 ผู้ให้บริการมีความตั้งใจและมุ่งมั่นให้บริการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ด้วยจิตใจที่ปรารถนาให้ผู้ป่วยหายทุกข์ ดังข้อมูลการสนทนาของแพทย์กับผู้ใช้บริการที่ว่า

“ไม่ได้ซี เราต้องอยู่ด้วยกัน กับหมอ ...หมอมจะรักษาหนูเอง หมอมจะดูแลหนูให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ หนูให้หมอรักษานะ”

แพทย์ผู้ใช้บริการ 3/1

“หนูสัญญากับหมอมแล้วนะเราต้องรักษา มาดกลงกันก่อนว่าหนูจะต้องปฏิบัติตัวตามที่หมอมแนะนำ”

แพทย์ผู้ใช้บริการ 3/1

“ทำไมคุณหมอมใจดีเหลือเกินคุณหมอมจะช่วยหนู ช่วยชุบชีวิตหนู หนูจะลุกขึ้นมาสู้ใหม่หนูขอบคุณคุณหมอมมากนะคะ”

ผู้ใช้บริการ

“ต้องถือว่าการมาตรวจพบมะเร็งปากมดลูกก่อนระยะลุกลามถือว่าเป็นความ โชคดีของคุณนะ... หมอมจะดูแลคุณเองมีอะไรมาหาหมอมนะส่วนผลที่ผิดปกติเดี๋ยวเราก็กินยาได้นะ”

แพทย์ผู้ใช้บริการ 3/2

“มันเป็นความ โชคดีที่เราตรวจพบเร็วและเราพบได้เร็วต่างหาก เราได้เจอมันก่อนเราต้องรักษาก่อนที่มันจะลุกลามไปมากกว่านี้ มันรักษาได้ หมอมจะรักษาให้เองและรักษาให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ คุณต้องเชื่อหมอมนะ”

แพทย์ผู้ใช้บริการ 3/2

1.9 บุคลากรทางการแพทย์แผนกผู้ป่วยนอกบางส่วนไม่เข้าใจว่าการกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นขอบเขตหน้าที่ของตน จากคำบอกเล่าของผู้ให้บริการ ดังนี้

“หนูไม่เคยรู้เลยว่าคนไข้เอดส์ต้องตรวจ Pap ด้วย ทีนี้หนูรู้แล้วจะบอกทุกคน หนูไม่รู้จะหาวิธีพูดอย่างไรให้คนไข้อยากตรวจ Pap”

พยาบาลวิชาชีพ 1/7

1.10 การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ทำให้ผู้ใช้บริการไม่ได้รับความสะดวก และบุคลากรเกิดความไม่มั่นใจ ดังคำบอกเล่าจากผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

“เมื่อวันก่อนเราส่งคนไข้ไปตรวจ 4 คนที่แผนกตรวจภายในบอกว่าวันนี้เต็มแล้วให้หยุดส่งตรวจก่อน”

พยาบาลวิชาชีพ 1/7

“คุณหมอ.....มาสั่งให้รับตรวจ Pap smear สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ วันละ 5 คน แต่บางทีมีคนไข้ถูกส่งจากแต่ละแผนกรวม ๆ กันมากกว่า 5 คนทำให้เราถูกตำหนิ มันรู้สึกเครียดนะเพราะเราถูกกดดันทั้ง 2 ทาง และคนไข้ก็มาถึงห้องตรวจภายในแล้วและต้องการตรวจ และในความที่เราส่งสารคนไข้จะได้ประโยชน์จากการตรวจทำให้เรายังรู้สึกถูกกดดัน”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

“มีวันนั้นมีคนไข้บอกว่าเดินมาหน้าห้องมีเจ้าหน้าที่เรียกชื่อเสียงดังแล้วหันไปบอกเพื่อนด้วยกันว่าคนไข้ STI คนไข้บางคนเหมือนเขารู้สึกมีแผลในใจเขาจะแวงอยู่แล้วเขาเลยรู้สึกว่าเราไม่เป็นมิตร ไม่น่าไว้วางใจ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/8

“ห้องตรวจนรีเวช อยู่ตึก 5 เป็นห้องตรวจแยกออกจากแผนกห้องตรวจอายุรกรรม และแผนกตรวจโรคประกันสังคมซึ่งอยู่ตึก 2 เป็นจุดใหญ่ที่ให้บริการสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ การมาตรวจ 2 แผนกในวันเดียวกันจึงไม่สะดวกสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทำให้กังวลกลัวจะไม่ได้ตรวจกับอายุรแพทย์”

พยาบาลวิชาชีพ 1/10

“เจ้าหน้าที่บางคนทีบริเวณหน้าห้องตรวจและภายในห้องตรวจ พูดคุยและซักประวัติเสียงดัง บางครั้งถามเราตรงๆเรื่องการติดเชื้อ เขาไม่เซพเรื่องการใช้คำพูด เรากังวลว่าคนอื่นจะได้ยิน”

ผู้ใช้บริการ 1/8

“เคยมีคนไข้บอกพี่ว่ารู้สึกภายในห้องตรวจภายในมันไม่มีคิวิต ไม่เป็นส่วนตัวเลย เพราะส่วนบนของแต่ละห้อง ไม่ได้กั้นถึงเพดานทำให้เสียงรอดได้ เวลาตัวเราเองขึ้นตรวจภายในเองเราก็รู้สึกเช่นนั้นนะ และแผนกของเราก็เคยถูกตรวจสอบจากกระบวนการตรวจสอบของระบบ

คุณภาพภายในเพื่อเตรียมประเมินคุณภาพโรงพยาบาล (HA) มีข้อบกพร่องที่ถูกใจแก้ไขปัญหาเรื่องนี้ซึ่งเรากำลังดำเนินการอยู่”

ผู้ให้บริการ 1/8

“โต๊ะซักประวัติ ระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการอยู่ติดกันกับบริเวณประตูทางเข้า-ออก ทำให้ผู้ใช้บริการอื่นๆที่นั่งรอตรวจอยู่มองดูพฤติกรรมกรพูดคุยระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการ ทำให้ผู้ใช้บริการที่กำลังตรวจอยู่มีความรู้สึกไม่เป็นส่วนตัว”

ผู้ให้บริการ 1/8

“โต๊ะซักประวัติระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการ เป็นทางเดินผ่านเข้า-ออกของผู้ใช้บริการอื่นๆที่ยังไม่ถึงคิวตรวจ”

ผู้ให้บริการ 1/8

“การจัดรูปแบบบริการต้องสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกันระหว่างเราผู้ให้บริการก่อนแล้วจึงพัฒนาความรู้สู่ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ในขณะเดียวกันเราต้องถามความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายด้วย”

แพทย์ผู้ให้บริการ 3/3

1.11 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ส่วนใหญ่ยังปกปิดตนเองและกลัวคนรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อดังคำบอกเล่าจากผู้ใช้บริการและผู้ให้บริการ ดังนี้

“การจัดส่งจดหมาย ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกไปให้หนูที่บ้าน มันมีบอกมาจากสถาบันบำราศนราดูร หนูไม่อยากจะให้ที่บ้านรับรู้ว่าทำไมหนูมารักษาที่สถาบันบำราศนราดูร”

ผู้ใช้บริการ 2/5

“คนไข้เคยบอกว่าเอกสารที่แจก หรือซองยาที่มีชื่อ สถาบันบำราศนราดูร เขาจะดึงออกหมดเพราะญาติ หรือเพื่อนๆ สงสัยทำไมมารักษาแต่ที่สถาบันบำราศนราดูร อยู่บ่อยๆ”

พยาบาลวิชาชีพ 1/7

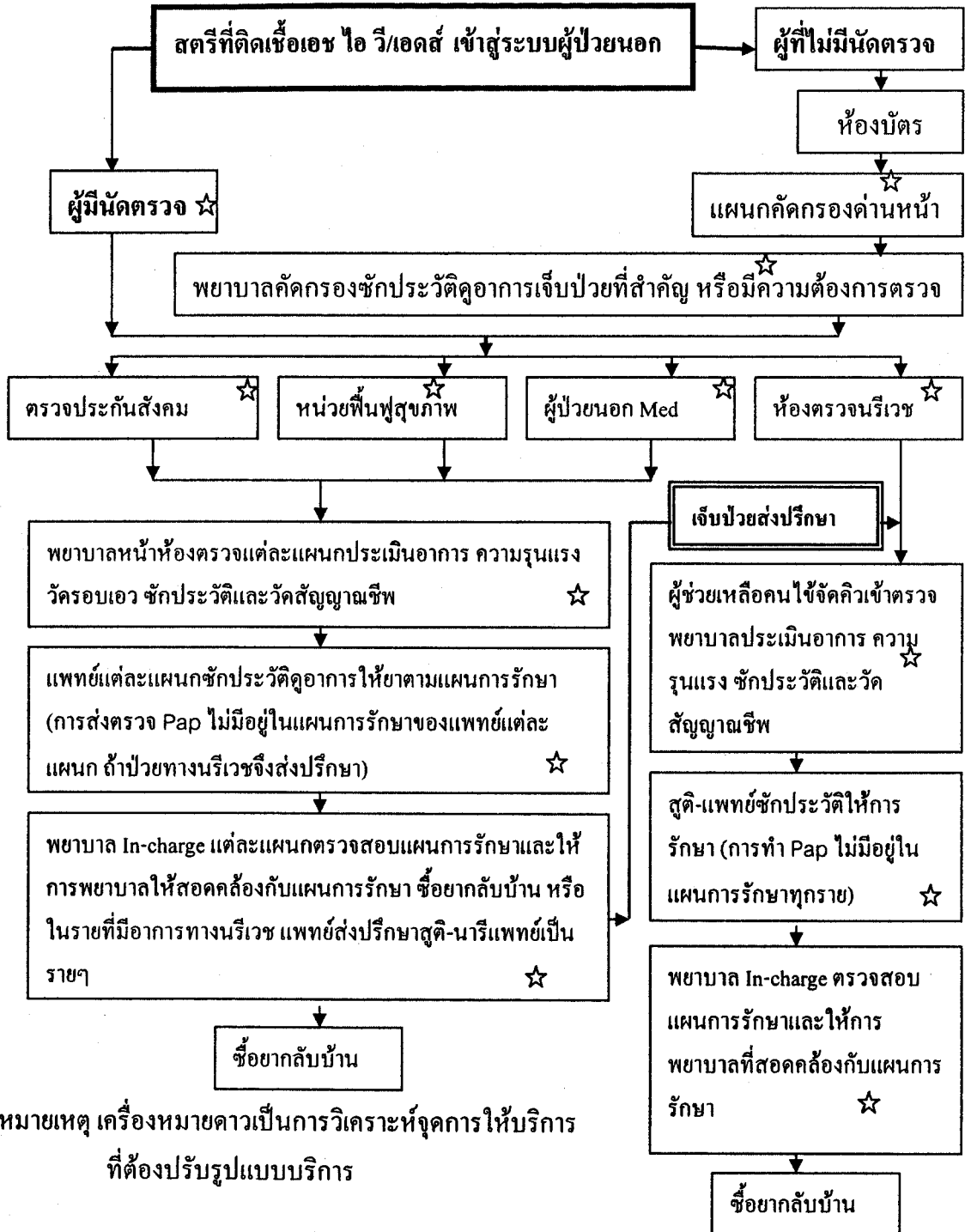
ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร ก่อนการสร้างรูปแบบบริการ

1. รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร ก่อนการสร้างรูปแบบบริการพบว่าแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการบริการ ได้แก่ แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลให้การปรึกษาและผู้ใช้บริการในแผนกต่างๆซึ่งแยกออกเป็น 2 รูปแบบบริการหลักๆ ที่ให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองคือ

1) รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยส่งปรึกษาจากอายุรแพทย์ของแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆ ได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ ดังแผนภูมิที่ 4.1

2) รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ดังภาพที่ 4.2

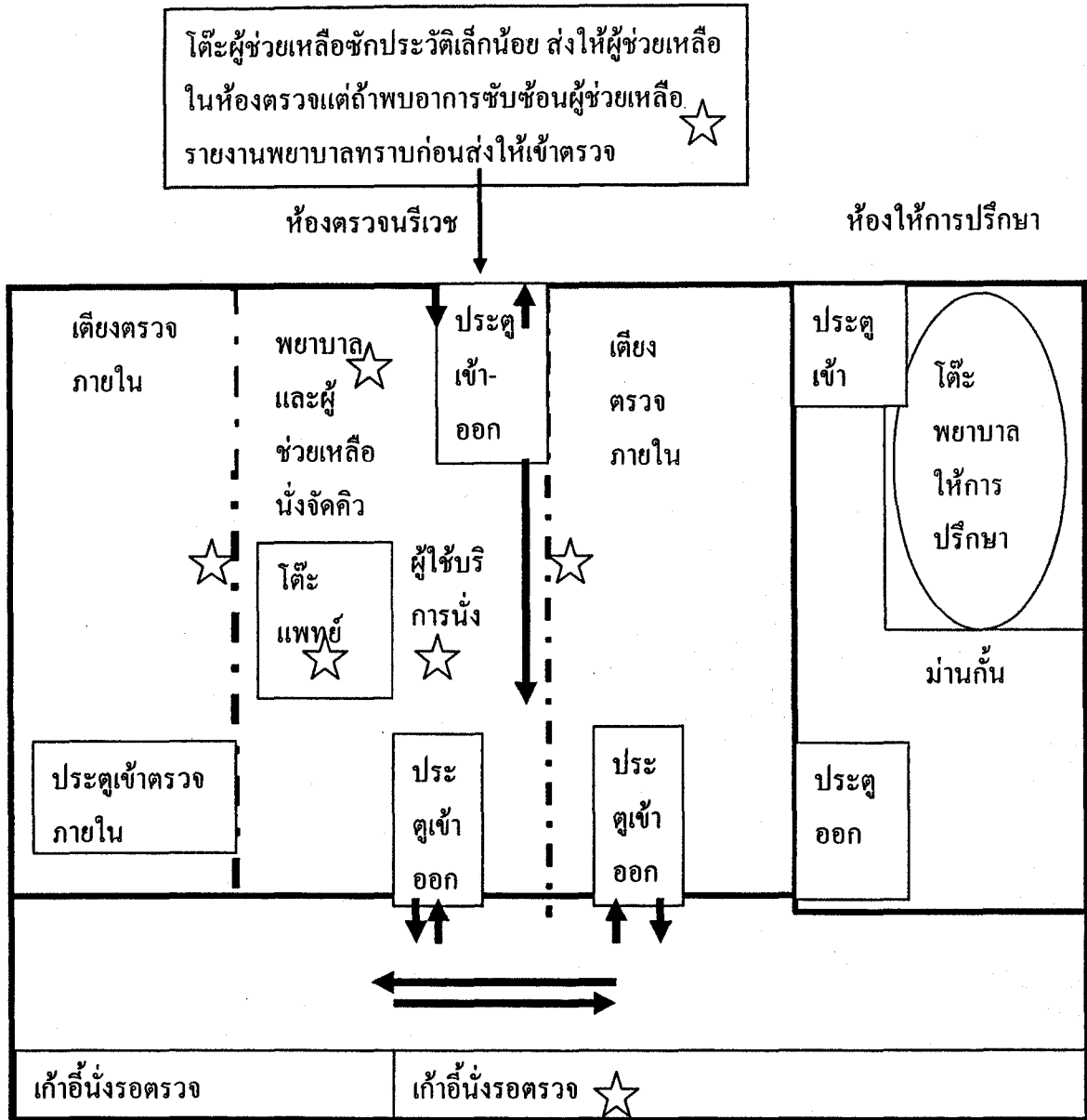
รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่
แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ในแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆดังนี้



หมายเหตุ เครื่องหมายดาวเป็นการวิเคราะห์จุดการให้บริการ
ที่ต้องปรับรูปแบบบริการ

ภาพที่ 4.1 รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่
แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ก่อนการสร้างรูปแบบ

รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในห้อง
ตรวจนรีเวชกรรม



หมายเหตุ - - - - หมายถึงผนังกำแพงห้องกันไม่ถึงเพดานทำให้เสียงรูดได้

☆ หมายถึงบริการที่เป็นจุดที่ต้องปรับปรุงบริการ

ภาพที่ 4.2 แสดงการจัดบริการภายในห้องตรวจนรีเวชก่อนการสร้างรูปแบบ

2. จากการศึกษากระบวนการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอชไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร พบว่าในแต่ละแผนกขาดการกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อให้การ บริการแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีจุด (ภาพรูปดาว ☆) ที่ต้องปรับพัฒนาโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆและสื่อสนับสนุนการจัดบริการที่สอดคล้องแก่ให้บริการ ดังตารางที่ 4.1 และ 4.2

ตารางที่ 4.1 แสดงผลการวิเคราะห์ของรูปแบบบริการเดิมและสิ่งที่ต้องปรับปรุง

สภาพปัจจุบันที่เป็นข้อดี	สภาพปัจจุบันที่เป็นปัญหา	ความต้องการปรับปรุงบริการ
<p>1. ผู้ให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้อำนวยการมีหนังสือคำสั่งเป็นนโยบายให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ทำ Pap smears ทุกคน - บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความสำคัญ ประโยชน์และความจำเป็นในการตรวจ Pap smear ดี - ทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบาราศนราดรุร มีความมุ่งมั่นอดทนและตั้งใจปฏิบัติงานซึ่งเป็นลักษณะพิเศษที่สำคัญในการพัฒนางานบริการเฉพาะด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยเฉพาะความเอื้ออาทรยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง 	<p>1. ผู้ให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีภาระงานมากทำให้ล้ามประเค้นในการแนะนำ Pap smear ได้ไม่ครบทุกคนทุกครั้ง - การสื่อสารในเรื่องของนโยบายให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ทำ Pap smear ทุกคนไม่ทั่วถึงผู้ให้บริการเนื่องจากเป็นนโยบายใหม่ - การสื่อสารในเรื่องของความรู้ความเข้าใจ ความสำคัญ ประโยชน์และความจำเป็นในการตรวจ Pap smear ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ให้ผู้ให้บริการบางส่วนไม่ทั่วถึงเนื่องจากยังเป็นเรื่องใหม่ 	<p>1. ผู้ให้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนการพัฒนาผู้ให้บริการต่อเนื่องสม่ำเสมอ - จัดหาสิ่งที่สามารถกระตุ้นเตือนให้ผู้ให้บริการสามารถแนะนำ Pap smear ได้ครบทุกคนและทุกครั้ง - จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อสื่อสารนโยบายให้ทั่วถึง - จัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อสื่อสารนโยบายเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความสำคัญ ประโยชน์และความจำเป็นในการตรวจ Pap smear ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปพร้อมกับการปรับปรุงพัฒนางานเป็นระยะๆแบบมีส่วนร่วมของสหสาขาวิชาชีพ - การนำเสนอนโยบายและรายงานสถิติผลการตรวจ Pap smear ที่มีอัตราความผิดปกติสูงมากในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ให้ที่ประชุมองค์กรแพทย์ได้ทราบโดยหัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สภาพปัจจุบันที่เป็นข้อดี	สภาพปัจจุบันที่เป็นปัญหา	ความต้องการปรับปรุงบริการ
<p>2. ระบบบริการ</p> <p>- ระบบมีข้อมูลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ตรวจ Pap smear ในสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 โดยสื่อความหมายเป็นที่เข้าใจกันดีโดยใช้โคชรหัส (Code) ย่อว่า “STI” คือส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มาทำ Pap smear</p> <p>- ระบบบริการได้รับการส่งเสริมสนับสนุนเรื่องการพัฒนาบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์จากจากโครงการของศูนย์ความร่วมมือการควบคุมโรคติดเชื้อในส่วนของโครงการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ของ ไทย-สหรัฐ (TUC) เป็นครั้งแรก</p>	<p>2. ระบบบริการ</p> <p>- ขาดการบันทึกจำนวนผู้ที่ได้รับการแนะนำให้ตรวจ Pap smear อย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ขาดสื่ออุปกรณ์และงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานในการสร้างแรงจูงใจ</p> <p>- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ได้อยู่ในแผนการรักษาของแพทย์แผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องในการรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์</p> <p>- รูปแบบบริการตรวจ Pap smear ไม่เฉพาะสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ห้องตรวจอยู่ไกล ไม่อำนวยความสะดวก ไม่มีมิดชิด</p> <p>- รูปแบบใบรายงานผลมีหลายรูปแบบทำให้ต้องใช้ผู้ที่ชำนาญเฉพาะทางบอกผล</p> <p>- การขาดอัตรากำลังและการหมุนเวียนบุคลากรระหว่างห้องฝากครรภ์กับห้องตรวจนรีเวชทำให้ขาดทักษะและสัมพันธภาพการบริการเฉพาะห้องตรวจนรีเวช</p>	<p>2. ระบบบริการ</p> <p>- มีนโยบายและแผนงานที่เกี่ยวกับการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เพื่อตรวจ Pap smear ในสถาบันบำราศนราดูร อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ</p> <p>- จัดประชุมกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อประเมินผลปรับปรุงพัฒนางานเป็นระยะๆตามแผน</p> <p>- ประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้แผนการรักษาของแพทย์ทุกแผนกที่ตรวจรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ให้ส่งตรวจ Pap smear ทุกราย</p> <p>- สร้างเครือข่ายระหว่างแผนกต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้อง</p> <p>- จัดรูปแบบบริการของแผนกสูติ-นรีเวชกรรมให้อำนวยความสะดวกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์แบบมีส่วนร่วม</p> <p>- จัดทำสื่อการให้ความรู้เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ บอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ฯลฯ</p>

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

สภาพปัจจุบันที่เป็นข้อดี	สภาพปัจจุบันที่เป็นปัญหา	ความต้องการปรับปรุงบริการ
<p>3. ผู้ใช้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีความเชื่อมั่นต่อทีมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริการ โดยเฉพาะแพทย์ - ผู้ใช้บริการบางส่วนมีความสนใจดูแลป้องกันโรคให้แก่ตนเอง 	<p>3. ผู้ใช้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีค่าตรวจ Pap smear - ขาดความรู้ความเข้าใจ - มีทัศนคติความรู้สึกรังเกียจที่ต่อต้านการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่ กลัว อาย ไม่อยากรู้โรคเพิ่ม - ข่ายที่อยู่บ่อยๆ - ไม่ไว้ใจในระบบบริการ - ขั้นตอนการรับบริการไม่สะดวกสบาย 	<p>3. ผู้ใช้บริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดการให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้บริการที่เป็นสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ทุกคนทุกครั้งที่เข้ามาใช้บริการทุกแผนก - การสร้างสัมพันธ์ภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้บริการและผู้ให้บริการ - จัดหาสมุดคู่มือบันทึกผลให้ผู้บริการพกติดตัวเพื่อความสะดวกในการตรวจ Pap smear ที่ไหนก็ได้เมื่อถึงเวลาตรวจ - หาทุนช่วยเหลือกรณีสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไม่มีค่าตรวจโดยประสานงานกับนักสังคมสงเคราะห์และหน่วยบริการอื่นๆ เช่น TUC - สร้างเครือข่ายระหว่างสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยการจัดสนทนากลุ่มระหว่าง สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอวี/เอดส์

ตารางที่ 4.2 แสดงการเตรียมจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์

แผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องและ จุดที่ต้องปรับปรุง	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	กลยุทธ์/ข้อเสนอแนะ บริการ
1) แผนกคัดกรองด้านหน้า - โต๊ะคัดกรองซีกประวัติ	- พยาบาลคัดกรองด้านหน้า - ผู้ให้บริการ	- การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ - แผ่นพับและโปสเตอร์
2) แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม - โต๊ะคัดกรองซีกประวัติ - ห้องแพทย์ผู้ตรวจแต่ละ ห้อง	- พยาบาลโต๊ะคัดกรอง - อายุรแพทย์ผู้ตรวจ - พยาบาลให้การปรึกษา - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ - พยาบาลหัวหน้าทีมบริการ - ตัวผู้ให้บริการ	- การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ - แผ่นพับและโปสเตอร์
3) แผนกตรวจประกันสังคม - โต๊ะคัดกรองซีกประวัติ - ห้องแพทย์ผู้ตรวจแต่ละ ห้อง	- พยาบาล โต๊ะคัดกรอง - อายุรแพทย์ผู้ตรวจ - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ - พยาบาลหัวหน้าทีมบริการ - ตัวผู้ให้บริการ	- การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ - แผ่นพับและโปสเตอร์
4) หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ - โต๊ะคัดกรองซีกประวัติ - ห้องแพทย์ผู้ตรวจ	- พยาบาล โต๊ะคัดกรอง - อายุรแพทย์ผู้ตรวจ - ผู้ช่วยเหลือคนไข้ - พยาบาลหัวหน้าทีมบริการ - ตัวผู้ให้บริการ	- การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ - แผ่นพับและโปสเตอร์
5) แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรี เวชกรรม - โต๊ะคัดกรองซีกประวัติ - ห้องแพทย์ผู้ตรวจแต่ละ ห้อง	- เจ้าหน้าที่ โต๊ะคัดกรอง - สูติ-นรีแพทย์ ผู้ตรวจ - พยาบาลให้การปรึกษา - พยาบาลหัวหน้าทีมบริการ - ตัวผู้ให้บริการ	- การสร้างเครือข่าย - การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด - บอร์ด แผ่นพับและโปสเตอร์ - สมุดปกผลงานตรวจ Pap smear - การจัดบริการที่ยืดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง

การกำหนดขอบเขตของการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

จากการศึกษาสถานการณ์ข้างต้นทำให้ได้ข้อมูลว่าแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่มี 5 แผนก ได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลให้การปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ใช้บริการในแต่ละแผนก ดังนั้นจึงกำหนดขอบเขตของการพัฒนารูปแบบบริการเฉพาะแผนกและมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องดังกล่าว

การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้ประเด็นเพื่อนำมากำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาใน 3 ประเด็น คือ 1) การสอดแทรกประเด็นการให้ความรู้เรื่องความสำคัญ ความจำเป็นในการตรวจ การหาวิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ สนใจที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) ประเด็นที่จะหาสิ่งหรืออุปกรณ์ใดๆที่จะใช้ในการกระตุ้นเตือนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการทุกคนไม่ลืมที่จะแนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ประสานให้เป็นทีมงานที่มีลักษณะแบบสหสาขาวิชาชีพ

การวางแผนการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร

จากการศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้ได้ข้อมูลนำมาร่างรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร โดยแยกเป็น 2 ส่วน คือ รูปแบบบริการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆที่เกี่ยวข้องดังกล่าว และรูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในแผนกสูติ-นรีเวชกรรมดังนี้

1. รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกผู้ป่วยนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ ในแต่ละแผนกให้บริการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีจุดบริการที่ต้องปรับพัฒนาโดยการใช้สัญลักษณ์หรือเครื่องหมายสำหรับเตือนทีมการพยาบาลไม่ให้ลืมการแนะนำในเรื่องการสร้างแรงจูงใจให้ข้อมูลความรู้เพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ มีความพร้อมและมีความต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจุดบริการที่ต้องปรับปรุงบริการดังที่ใส่เครื่องหมายรูปดาวไว้ในแผนภาพที่ 4.1 นั้น มีดังนี้

1.1 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ ที่ปฏิบัติงานบริเวณจุดคัดกรองก่อนแยกประเภทส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เข้าตรวจที่แผนกต่างๆ ให้สอดคล้องความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสร้างแรงจูงใจและและใช้สื่อประกอบการให้คำแนะนำ

1.2 การจัดบริการที่สร้างแรงจูงใจและให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและใช้สื่อประกอบการให้คำแนะนำ ที่แผนกตรวจโรคที่ดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ในแต่ละแผนกได้แก่แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องคือ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพยาบาลให้การปรึกษา สามารถให้บริการแนะนำได้ทุกคน

1.3 การจัดบริการที่ช่วยอำนวยความสะดวกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในแผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ

1.4 การส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของแต่ละแผนก ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถือเป็นแนวปฏิบัติที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนควรปฏิบัติ โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์

2. รูปแบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม พบจุดที่ต้องปรับปรุงบริการ ได้ใส่เครื่องหมายรูปดาวไว้ในแผนภูมิที่ 4.2 นั้น มีดังนี้

2.1 การปรับปรุงภายในห้องตรวจนรีเวช ดังนี้

2.1.1 บริเวณจุดโต๊ะซักประวัติหน้าห้องตรวจนรีเวช ควรปรับให้มีพยาบาลประจำ แทนการใช้ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เพื่อสามารถแนะนำเรื่องกระบวนการต่างๆเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1.2 ปรับบริเวณจุดภายในห้องตรวจนรีเวช ซึ่งมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคือแพทย์ พยาบาล In-charge และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งนั่งให้บริการร่วม โต๊ะทำงานเดียวกันกับแพทย์ผู้ให้การปรึกษา ต้องปรับพัฒนาเพื่อทำให้บรรยากาศการซักประวัติสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีความรู้สึกเป็นส่วนตัวมีคหิต ไม่ต้องกลัวความลับถูกเปิดเผย

2.1.3 ปรับประตูทางเข้า-ออก ภายในห้องตรวจ เพื่อปรับให้บรรยากาศภายในห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัว

2.1.4 พัฒนาสื่อการสร้างแรงจูงใจ ต่างๆ เช่นแผ่นพับ สมุดพกประจำตัวลงผลการตัวคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โปสเตอร์ และบอร์ดความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก

2.1.5 ปรับผนังกันห้องตรวจให้มีคหิตขึ้น

2.1.6 ปรับประตูหน้าทางเข้า-ออกใหม่ ไม่ให้ผู้ใช้บริการผ่าน โຕ้ะที่แพทย์กำลังตรวจซักประวัติอาการคนไข้

2.1.7 ปรับเก้าอี้นั่งรอตรวจด้านหน้าประตูอีกด้านที่ใช้เป็นทางเข้า-ออกใหม่

2.1.8 การปรับเปลี่ยนที่ตั้งโຕ้ะพยาบาล In charge ใหม่

2.2 การปรับปรุงใบอ่านรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใหม่

2.3 การลงทะเบียนผู้ใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.4 การพัฒนาและการใช้สื่อคู่มือสนับสนุนการบริการ

2.5 การสร้างแรงจูงใจและให้ความรู้แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในรูปแบบต่างๆ

2.6 การดูแลที่เอื้ออาทร การเอาใจใส่คุณภาพ และการอำนวยความสะดวก

สรุป การศึกษาสถานการณ์การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการจัดบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร นั้นพบว่าแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการบริการ ได้แก่แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลให้การปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ใช้บริการในแผนกต่างๆ ซึ่งแยกการบริการออกเป็น 2 รูปแบบบริการหลักๆ ที่ให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองคือ 1) รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยอายุรแพทย์ และ 2) รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งในแต่ละแผนกขาดการกำหนดแนวปฏิบัติ เพื่อให้การบริการแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีจุดที่ต้องปรับพัฒนาโดยใช้กลยุทธ์ต่างๆและสื่อสนับสนุนการจัดบริการที่สอดคล้องแก่ให้บริการ มีขอบเขต และกรอบแนวคิดในการพัฒนาใน 3 ประเด็นคือ 1) การสอดคล้องประเด็นการให้ความรู้เรื่องความสำคัญ ความจำเป็นในการตรวจ การหาวิธีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ สนใจที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2) ประเด็นที่จะหาสิ่งหรืออุปกรณ์ใดๆที่จะใช้ในการกระตุ้นเตือนให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการทุกคน ไม่ลืมที่จะแนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 3) การสร้างสัมพันธภาพที่ประสานให้เป็นทีมงานที่มีลักษณะแบบสหสาขาวิชาชีพ

2. การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

ภายหลังจากได้ดำเนินการทบทวนกระบวนการจัดบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม โดยได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบบริการใหม่และนำไปทดลองใช้ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

การจัดสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 4 กลุ่มๆละ 4-11 คน เพื่อหาแนวทางปฏิบัติการให้บริการจากข้อมูลจริง ผลการสนทนากลุ่มพบข้อสรุปว่าในการให้บริการในแต่ละแผนกที่ให้บริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีภาระงานประจำมากและขาดแนวปฏิบัติในการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนั้นจึงมีมติที่จะพัฒนารูปแบบบริการที่แผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง 5 แผนก ปรับรูปแบบการจัดบริการที่ต้องประสานงานเป็นเครือข่ายให้แก่นักโดยบริการในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลให้การปรึกษาและผู้ใช้บริการในแผนกต่างๆ ซึ่งแยกการบริการออกเป็น 2 รูปแบบบริการหลักๆ ที่ให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองดังนี้

1.1 รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ สามารถส่งสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ได้โดยถือเป็นแนวทางปฏิบัติในมาตรฐานการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถาบันบำราศนราดูร โดยไม่ต้องรอคำสั่งจากแพทย์เหมือนแต่เดิมที่เคยปฏิบัติมา ให้มีแนวปฏิบัติดังนี้

1.1.1 การซักประวัติ เพื่อหาความเสี่ยงการเกิดโรคนวอโอกาสที่อาจเกิดแทรกซ้อนในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในแต่ละแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยให้ซักประวัติ การเสี่ยงเกิดโรคนวอโอกาสที่อาจเกิดแทรกซ้อน ได้แก่ หาความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคปอด ติดเชื้อปอดอักเสบ การติดเชื้อทางสมอง การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ซึ่งหมายถึงการถามต่อในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย) และความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเข้าจอประสาทตา

1.1.2 การสอดแทรกข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ขณะทำการคัดแยกประเภทส่งไปตามแผนกต่างๆ ในแผนกคัดกรองด้านหน้า โดยให้สอดแทรกข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทุกคนทุกครั้งที่มีการซักประวัติ มี

การชักจูงโน้มน้าวให้ความรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจ ร่วมกับการใช้สื่อสนับสนุนบริการได้แก่ แผ่นพับ และโปสเตอร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1.3 การสอดแทรกข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกขณะประเมิน

อาการสำคัญก่อนการเข้าตรวจ ในแผนกผู้ป่วยนอกประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ โดยการชักจูงโน้มน้าวให้ความรู้เพื่อให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจ ร่วมกับการใช้แผ่นพับ และโปสเตอร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1.4 มีการให้ข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ทุกคนซ้ำอีกทุกครั้ง โดยทีมแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้การปรึกษาและผู้ช่วยเหลือคนไข้ของแต่ละแผนกที่ดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ช่วยกันกระตุ้นการสร้างแรงจูงใจโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจ ร่วมกับการใช้แผ่นพับ และโปสเตอร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1.5 พยาบาลหัวหน้าทีมตรวจสอบใบสั่งยาพร้อมทั้งให้ข้อมูลเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ทุกคนทุกครั้ง ที่มาตรวจรักษาโดยสร้างแรงจูงใจโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจ ร่วมกับการใช้แผ่นพับ และโปสเตอร์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1.6 การประสานความร่วมมือกันระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆที่เกี่ยวข้องในการตรวจรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์กับแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ในการบริการตรวจโดยหากพบว่าแผนกใดพร้อมและตรวจได้ก่อนให้ไปตรวจก่อนแล้วจึงกลับไปอีกแผนกหนึ่งซึ่งจะทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ สะดวก ไม่เสียเวลารอนาน

1.1.7 การให้การช่วยเหลือค่าตรวจ หากพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีปัญหาเรื่องค่าตรวจให้พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้โทรศัพท์แจ้งให้แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมทราบเพื่อประสานให้หน่วยสังคมสงเคราะห์ให้ความช่วยเหลือค่าตรวจ Pap smear

2.1.8 การลงบันทึกการแนะนำเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุกครั้งในเวชระเบียน ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และสมุดบันทึกการส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแต่ละแผนก

1.2 รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม มีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานด้วยการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การติดตามและดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังนี้

1.2.1 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยการชักจูงโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญ ประโยชน์ของการตรวจ แล้วสตรีดังกล่าวเข้าใจและพร้อมที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร โดยมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ของแต่ละแผนกนำส่งเวชระเบียนพร้อมกับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาขึ้นให้กับผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ห้องตรวจนรีเวช

1.2.2 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่ห้องตรวจนรีเวชอธิบายสั้นๆ เรื่องการจัดคิวตรวจ โดยมีบัตรคิวทางคว้นที่ห้องตรวจนรีเวชเตรียมไว้สำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากแผนกต่างๆที่ส่งเข้าตรวจ

1.2.3 การให้ข้อมูลแก่ สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่มาตรวจ Pap smear รายใหม่ โดยพยาบาลในห้องตรวจนรีเวชจะพูดคุยอธิบายเน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ การนัดตรวจครั้งต่อไป การเลื่อนนัดตรวจกรณีมีประจำเดือน การเตรียมตัวมาตรวจครั้งต่อไป การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และการรับฟังผลการตรวจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) การเตรียมตัว ในวันตรวจไม่ควรเหน็บยาในช่องคลอดและต้องไม่เป็นประจำเดือน
- 2) การรับฟังผลการตรวจ ภายหลังจากการตรวจ 2 สัปดาห์ ซึ่งมีวิธีให้เลือก 3 ระบบคือ

(1) การโทรศัพท์ฟัง โดยผู้ใช้บริการโทรกลับมาฟังผล ด้วยการแจ้งชื่อ.....นามสกุล.....รหัส.....STI.....วันที่มาตรวจ.....หรือ

(2) การฟังผลทางจดหมาย โดยการเขียนชื่อ-นามสกุล ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ พยาบาลจัดส่งจดหมาย ถ้ากรณีที่ไม่ได้รับจดหมายให้ใช้ระบบโทรฟังได้อีกครั้ง

(3) การมารับฟังด้วยตนเอง แล้วแต่สะดวก

ข้อสำคัญ เมื่อทราบผลแล้วให้ลงบันทึกผลในสมุดพกบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2.4 แพทย์ผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเน้นให้เห็นความสำคัญ และ ประโยชน์ของการตรวจ การรับฟังผลการตรวจ การมาตรวจตามนัด

1.2.5 การจัดสถานที่ตรวจภายในห้องตรวจนรีเวชใหม่ ให้เอื้ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการ

1) การจัดมุมภายในห้องซักประวัติระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการใหม่ ให้มี โต๊ะแพทย์และผู้ใช้บริการเท่านั้น ส่วน โต๊ะผู้ช่วยเหลือคนไข้จัดให้อยู่ห่างออกเล็กน้อยโดยให้ ผู้ช่วยเหลือคนไข้นั่งหันหน้าเข้าหาผนังห้องตรวจ

2) การจัดทางเข้า-ออกห้องตรวจนรีเวชใหม่ เพื่อไม่ให้ผู้ใช้บริการผ่าน เข้า-ออก ห้องซักประวัติซึ่งรบกวนการสนทนาระหว่างแพทย์กับผู้ใช้บริการ โดยใช้ทางเข้า-ออก ทางประตูห้องให้การปรึกษาเนื่องจากมีม่านพีวีซีกันห้องเป็นทางเดินไม่รบกวนขณะทำการให้การ ปรึกษา

3) จัดห้องนั่งรอแพทย์เรียกผู้ใช้บริการเข้าตรวจใหม่ โดยจัดเก้าอี้นั่งรอตรวจ ให้ผู้ใช้บริการนั่งเลขหน้าประตูทางเข้า-ออกของห้องตรวจเพื่อสร้างบรรยากาศการสนทนาระหว่าง แพทย์กับผู้ใช้บริการ ภายในห้องตรวจให้เป็นสัดส่วนทำให้ผู้ใช้บริการรู้สึกเป็นส่วนตัวและ ความลับที่มีอยู่ไม่ถูกเปิดเผย

4) จัด โต๊ะพยาบาลหัวหน้าทีมใหม่ โดยให้อยู่เยื้องหน้าประตูทางเข้า-ออก ระหว่างห้องรอแพทย์เรียกตรวจกับห้องแพทย์ซักประวัติเพื่อลดบรรยากาศความแออัดภายในห้อง แพทย์ซักประวัติและเพื่อความสะดวกในเรื่องการประสานงานระหว่างแพทย์กับพยาบาลขณะ ให้บริการ

5) กันผนังห้องตรวจภายในให้ถึงเพดาน ให้ห้องมีฉูดทุกด้านและติดพัดลม ดูดอากาศ

1.2.6 ปรับรูปแบบใบอ่านผล Pap smear ใหม่ เป็นแบบเดียวกันทั้งหมดโดยใช้วิธี ส่งสไลด์ Pap smear ให้บริษัทเอกชนรับอ่านแห่งเดียว ซึ่งได้รับการตอบตกลงจากที่ประชุม สตรี-นรีแพทย์

1.2.7 แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมจัดทำสื่อ ในการส่งเสริมความรู้เพื่อสร้าง แรงจูงใจแก่สตรีที่คิดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ให้เข้าใจถึงความสำคัญและประ โยชน์ของการตรวจมาก ขึ้นเช่น แผ่นพับและโปสเตอร์ให้แต่ละแผนกที่เกี่ยวข้องใช้ประกอบการแนะนำ จัดบอร์ดความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกติดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

1.2.8 ทีมสูติ-นรีเวชกรรมจัดสนทนากลุ่มหมุนเวียน ไปตามแผนกผู้มีส่วน เกี่ยวข้องต่างๆเป็นระยะๆร่วมกับการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรในสถาบันบาราศนราดูร เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**ระยะที่ 2 การนำรูปแบบบริการสู่การปฏิบัติในแผนกผู้ป่วยนอก ของ
สถาบันบาราศนราดูร**

การนำรูปแบบบริการที่ร่างขึ้นไปทดลองใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 แผนก เป็นเวลา 20 วัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 การนำรูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไปทดลองใช้ ที่แผนกคัดกรองค่าน้ำ แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ

2.2 การนำรูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ทดลองใช้ ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

2.3 การปรับรูปแบบ เนื้อหา และความถูกต้องของเนื้อหาในสื่อ ประกอบการจัดบริการ ต่างๆ ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ และการจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก นำสื่อที่ปรับทดลองใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

2.4 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่กลุ่มพยาบาล พยาบาลให้การ ปรึกษา และผู้ช่วยเหลือคนไข้ โดยจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆการหา วิธีการที่ชักจูงโน้มน้าวให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัย เป็นผู้นำกลุ่ม และกลุ่มอายุแพทย์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีการประชุมให้ข้อมูลถึงสถิติอัตราการเกิด รอยโรคที่ปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่สูงมากกว่าสตรีที่ปกติ ซึ่งจัด โดย ทีมสูติ- นรีแพทย์

ระยะที่ 3 การติดตามประเมินผลและปรับพัฒนาูปแบบบริการ

ภายหลังจากการทดลองใช้รูปแบบบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 5 แผนกเป็นเวลา 20 วัน ได้ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการด้วยการจัดสนทนากลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 9 คน จากแผนกคัดกรองค่าน้ำ แผนกตรวจโรคประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอก อายุกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ร่วมกับการประเมินจาก เอกสาร และร่วมกันปรับพัฒนาดังนี้

3.1 การชักประวัติสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตามรายการคัดกรองในมาตรฐานการ ดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของสถาบันบาราศนราดูร เพื่อหาความเสี่ยงการเกิดโรคฉวย โอกาสที่อาจแทรกซ้อนได้นั้น พบว่า สามารถใช้ได้ดี แต่พบว่ายังไม่มีแบบฟอร์มที่ชัดเจนทำให้ผู้ ปฏิบัติสัมภาษณ์ประวัติ ที่ประชุมกลุ่มจึงมีมติว่าให้ปรับแก้ไขรูปแบบใบคัดกรองให้ชัดเจน โดยให้ทำ ตรายางป้อมีรายการคัดกรองตามมาตรฐานการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ใน สถาบันบาราศนราดูร ตรายางจะช่วยให้พยาบาลซักประวัติไปตามรายการเพื่อหาความเสี่ยง

การเกิดโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนได้แก่หาการติดเชื้อวัณโรค การติดเชื้อโรคทางสมอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมะเร็งปากมดลูก และ การติดเชื้อไวรัสเข้าจอประสาทตา ดังแสดงในภาพที่ 4.3

ภาวะเสี่ยงต่อการเกิด TB STIs และมะเร็งปากมดลูก CMV Retinitis			
<input type="checkbox"/>	มีประวัติเป็นวัณโรคหรือไม่	<input type="checkbox"/>	ไม่มี <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	มี ระบุ.....		
<input type="checkbox"/>	ไอ.....วัน	<input type="checkbox"/>	ไอมีเสมหะลักษณะ..... <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ไอมีเลือดปน		
<input type="checkbox"/>	ใช้คอนแทคเลนส์	<input type="checkbox"/>	ในครอบครัวมีคนเป็นวัณโรค
<input type="checkbox"/>	เคยมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/>	ไม่มี <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	มี ระบุ.....		
<input type="checkbox"/>	เคยตรวจ Pap smear	<input type="checkbox"/>	ไม่ตรวจ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ตรวจ.....ระบุ.....		
<input type="checkbox"/>	มีอาการตาพร่ามัวเห็นภาพซ้อน	<input type="checkbox"/>	ไม่มี <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	มี ระบุ.....		

ภาพที่ 4.3 แสดงแบบสำรวจแนวทางในการคัดกรองสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
ในสถาบันบำราศนราดูร

3.2 จากการแนะนำสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ พบปัญหาว่าสตรีบางคนมีความเข้าใจและอยากตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่ยังไม่พร้อมที่จะตรวจในวันนั้น ที่ประชุมกลุ่มมีมติให้นำวิธีการใช้ระบบนัด ณ. แผนกที่ส่งตรวจสามารถออกใบนัดทำ Pap smear ได้โดยไม่ต้องให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไปออกบัตรนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

3.3 การพึงผลการตรวจ Pap smear พบปัญหาว่าสตรีบางคนอยากมาฟังผลในวันเดียวกับที่มาพบอายุรแพทย์นัด ที่ประชุมกลุ่มมีมติให้ปรับพัฒนาโดยให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละแผนกที่ตรวจรักษาได้แก่แพทย์และพยาบาลวิชาชีพช่วยบอกผลการตรวจ Pap smear แก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และลงบันทึกการบอกผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกครั้งในเวชระเบียน

3.4 การโทรศัพท์ เพื่อขอฟังผลตรวจ พบปัญหาว่ามีการโทรศัพท์มาฟังตลอดทั้งวันอันเป็นผลทำให้จัดจ้งหะการปฏิบัติงานประจำของพยาบาลที่มีหน้าที่บอกผลตรวจ ที่ประชุมกลุ่มจึงมีมติให้ปรับพัฒนาโดยให้จัดเวรบุคลากรคอยรับโทรศัพท์ ให้โทรเข้าเป็นเวลา 15.30-16.30 และในการบอกผลให้ถามกลับถึงชื่อ...นามสกุล รหัส...STI.....วันที่ตรวจ.....ตรวจสอบให้ตรงกับใบรายงานผลตัวจริงแน่นอนแล้วจึงแจ้งผลการตรวจให้ทราบ ในรายที่ผลผิดปกติจะต้องแจ้งให้ผู้ใช้บริการทราบด้วยตนเองและติดตามให้มาพบแพทย์ทุกราย

3.5 การนัดตรวจครั้งต่อไปและการเลื่อนนัด เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่มีการนัดตรวจที่ประชุมกลุ่มมีมติให้แผนกสูติ-นรีเวชกรรมออกบัตรนัดตรวจ Pap smear ได้ทุก 6 เดือน ถ้าผลการตรวจผิดปกติให้ยกเลิกนัดเดิมและปรับการนัดตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นรายๆ ไป กรณีการเลื่อนนัดตรวจในรายที่ผลการตรวจปกติสามารถเลื่อนนัดตรวจพร้อมกับแผนกที่มีการรักษาประจำอยู่โดยโทรมาเลื่อนนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม หรือแจ้งเลื่อนด้วยตนเองที่แผนกทั้ง 5 แผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่การมาครั้งต่อไปต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือนและไม่ควรขาดการมาตรวจนานเกิน 1 ปี กรณีมีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวชสามารถมาก่อนนัดได้

3.6 การใช้สมุดพกประจำตัวเพื่อบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เกิดรอยโรคที่ปากมดลูกมีจำนวนมาก ต้องมาตรวจติดตามต่อเนื่อง บางคนก็นำผลการตรวจไปตรวจต่อที่อื่นเพื่อความสะดวกในการตรวจติดตามที่ประชุมจึงมีมติให้ใช้สมุดพกบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ต้องอธิบายวิธีใช้แก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยที่ปกสมุดมีรหัส STI... ของแต่ละคนติดอยู่เพื่อสะดวกในการติดตามบันทึกผลการตรวจแต่ถ้าทำสูญหายจะออกให้ซ้ำ

3.7 ปริมาณสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้าสู่ระบบบริการ ที่มากขึ้นโดยเปรียบเทียบจากข้อมูลทางสถิติในระยะเวลาเดียวกันกับปีก่อน พบว่าอัตราครอบคลุมการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดรุ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 4.9 (สถิติเดือนพ.ค. พ.ศ. 2549 เปรียบเทียบ พ.ค. พ.ศ. 2550) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 แสดงอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลองใช้รูปแบบบริการที่สร้างขึ้นในระยะแรก

จำนวนผู้ให้บริการที่รับ บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ก่อน ทดลอง (พ.ค. 2549)		หลังทดลอง (พ.ค. 2550)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้รับบริการ	35	2.70	60	4.90
จำนวนผู้ไม่มารับบริการ	1,276	97.30	1,154	95.10
จำนวนผู้รับบริการ ในเครือข่ายทั้งหมด	1,311	100.00	1,214	100.00

3.8 การร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการประเมิน

ประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ผลจากการประชุมพบว่าตัวชี้วัดควรมีการประเมินจาก 1) ข้อมูลทางสถิติจากการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ได้แก่การประเมินอัตราความตั้งใจมาตรวจครั้งต่อไปโดยใช้ตัวชี้วัดจากจำนวนผู้ใช้บริการที่ตอบแบบสัมภาษณ์ จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ได้รับการแนะนำตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตราครอบคลุมโดยวัดจากร้อยละของจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้ามาสู่ระบบเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการสร้างรูปแบบบริการ อัตราการกลับมาตรวจซ้ำในรายที่ขาดการติดต่อ ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติและการได้รับการดูแลรักษา 2) การประเมินจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบบริการโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก และ 3) การสังเกตพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ โดยใช้เทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

สรุปรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

การจัดบริการในรูปแบบบริการแบบสหสาขาวิชาชีพ มีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พยาบาลให้การปรึกษาและผู้ใช้บริการในแผนกต่างๆ ซึ่งแยกการบริการออกเป็น 2 รูปแบบบริการหลักๆ ที่ให้บริการที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองแต่มีการประสานงานเป็นเครือข่ายให้แก่กันคือ 1) รูปแบบบริการที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และ 2) รูปแบบบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งในแต่ละแผนกมีแนวปฏิบัติเพื่อให้การบริการแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งใช้กลยุทธ์ต่างๆร่วมกับการใช้สื่อสนับสนุนการจัดบริการที่สอดคล้องแก่ห้วงเวลาให้บริการ เพื่อช่วยกระตุ้นเตือนแนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อเนื่องสม่ำเสมอครั้งรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสร้างเครือข่ายระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งทำหน้าที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับแผนกต่างๆที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งแต่ละแผนกนั้นเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการสร้างเครือข่ายระหว่างสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์แนะนำเพื่อนด้วยกันต่อไป

2. การรณรงค์ให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้ ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ บอร์ดความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เครือข่ายทั้งหมด โดยเน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยวิธีดังนี้

2.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่เครือข่ายทั้งหมดในเชิงรุก โดยผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มย่อยด้วยการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม ในช่วงบ่ายของทุกวัน โดยผลัดเปลี่ยนไปตามแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2.2 การให้ความรู้เป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในเชิงรุก โดยความร่วมมือของเครือข่ายทั้งหมดสอดแทรกขณะให้บริการในแต่ละแผนกที่เป็นเครือข่ายทุกๆเช้า

2.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มานั่งรอตรวจ Pap smear เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม (ทุกเช้าในเวลาราชการ) และจัดสนทนากลุ่มสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่นัดตรวจส่องกล้อง Copolscope (ในวันจันทร์ช่วงบ่าย) ที่ห้องตรวจนรีเวชโดยทีมเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

2.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ แนะนำบอกต่อกันเอง

2.5 การจัดประชุมวิชาการเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ แก่บุคลากรสถาบันบำราศนราดูร โดยทีมสูติ-นรีแพทย์

3. การใช้สมุดพกประจำตัวบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. การสร้างระบบลงทะเบียน ผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การบันทึกผลการตรวจ และการสร้างแนวปฏิบัติติดตามผู้ป่วย โดยการนัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน

4.1 การลงบันทึกประวัติการตรวจทุกครั้งในแบบบันทึกประวัติผู้ใช้บริการ ซึ่งมีข้อมูลเบื้องต้นสั้นๆ และที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ทำให้สามารถติดต่อผู้ใช้บริการได้สะดวก

4.2 การลงบันทึกประวัติและผลการตรวจลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสะดวกในการสรุปประมวลผลและติดตาม

4.3 การฟังผลการตรวจที่เป็นระบบการสื่อสาร 2 ทาง คือ การฟังผลทางโทรศัพท์ และการลงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสมุดพกบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ (telephone counseling) โดยผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์มือถือและเบอร์โทรศัพท์ของห้องตรวจนรีเวช เพื่อให้โทรศัพท์ติดต่อฟังผลการตรวจ Pap smear ได้ตั้งแต่เวลา 15.30 – 16.30 น. และให้การปรึกษาเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้

4.4 แนวปฏิบัติเพื่อติดตามดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยการระดมความคิดเห็นจากทีมบุคลากรสูติ-นรีเวชกรรมมีดังนี้

4.4.1 ผลการตรวจ Pap smear ปกตินัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน (ยืดหยุ่นได้ถึง 12 เดือน)

4.4.2 ผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS ส่งนัดทำ Colposcope และทำ Cervical biopsy ทุกราย

4.4.3 ผลการตรวจ Cervical biopsy แพทย์จะนำผลการอ่านชิ้นเนื้อพิจารณา ร่วมกับผลการตรวจ Pap smear ร่วมกันวางแผนการรักษาเป็นรายๆ ไปเช่นการทำ LEEP หรือ Conization หรือทำ Hysterectomy หรือนัดทำ Pap smear ซ้ำทุก 3-6 เดือน

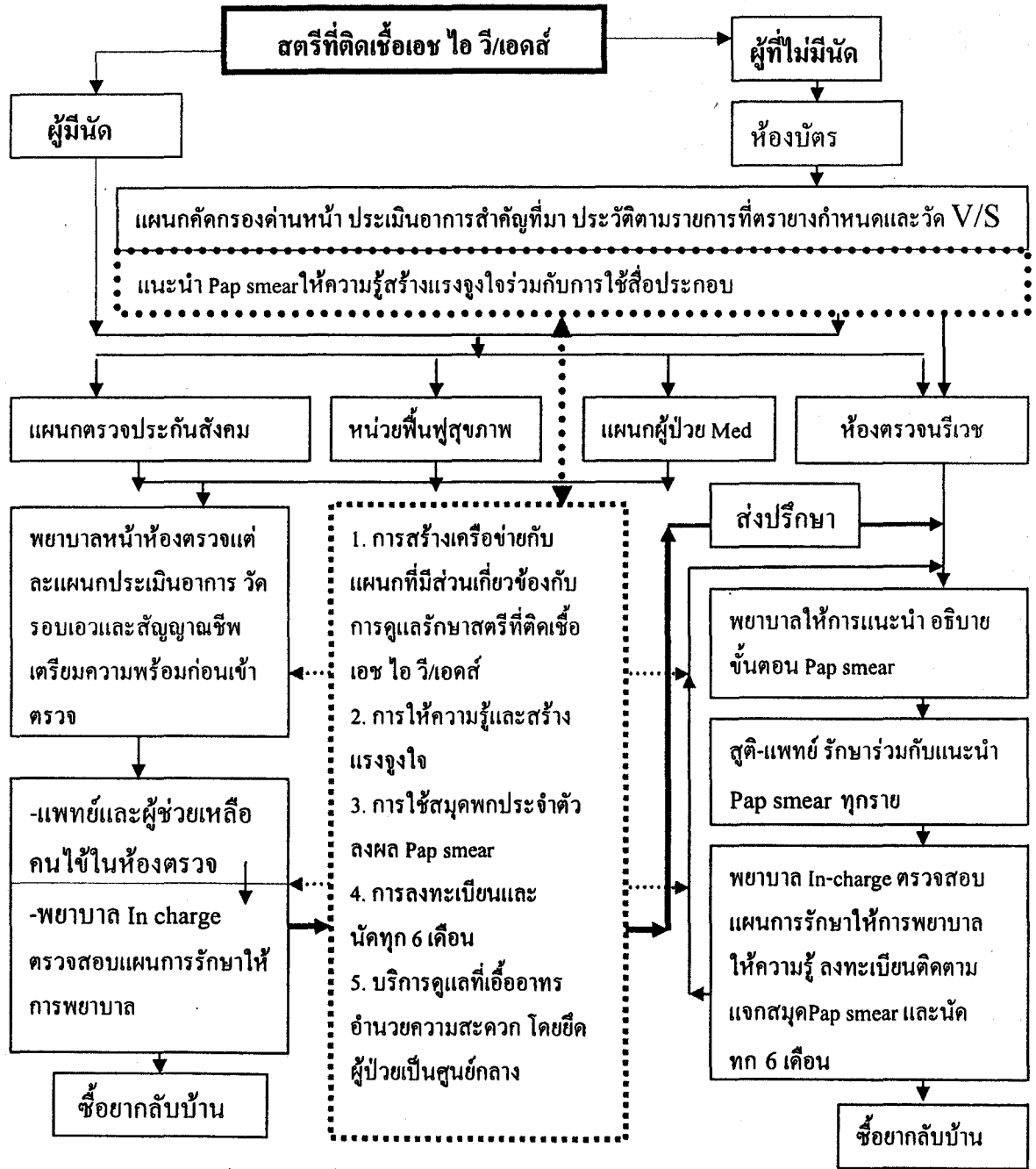
5. การจัดระบบบริการที่ให้การดูแลด้วยบริการที่เอื้ออาทร คุณภาพมิตรใกล้ชิดอำนวยความสะดวกในการตรวจ การจัดบัตรคิวทางด่วน (Express way) การจัดห้องตรวจที่เป็นส่วนตัวมากขึ้น การไหลเข้า-ออกภายในห้องตรวจให้เป็นทางเดียวกัน การกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในห้องตรวจ นรีเวชระมัดระวังการพูดคุยให้เหมาะสม และปรับพัฒนาบริการได้ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

กำหนดแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินการตามรูปแบบบริการฉบับสมบูรณ์

จากการสนทนากลุ่มสรุปแนวปฏิบัติการดำเนินงานดังนี้

1. ในแต่ละหน่วยที่เกี่ยวข้องมีคู่มือแผนปฏิบัติการชื่อ แฟ้มส่งทำ Pap smear โดยแต่ละหน่วยที่เกี่ยวข้อง บันทึกชื่อ-สกุลผู้ใช้บริการที่ได้แนะนำ ลงบันทึกในแฟ้มส่งทำ Pap smear
 2. การตรวจเยี่ยมสำรวจโดยพยาบาลผู้ตรวจการของแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติการตามกลยุทธ์ ในเวลาราชการทุกวันเช้า และเยี่ยมสำรวจโดยผู้วิจัยในช่วงบ่ายโดยจะตรวจดูจากแฟ้มส่งทำ Pap smear
 3. การดำเนินการใช้ทั้ง 5 กลยุทธ์เป็นเวลา 3 เดือน โดยเริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.2550 หากการดำเนินการพบปัญหาถ้าแต่ละหน่วยสามารถปรับแก้ปัญหาได้ให้ดำเนินการได้เลยหรือหากติดขัดให้แจ้งผู้ตรวจการหรือผู้วิจัยทราบเพื่อจะได้ปรับแก้ได้ทันเวลา
 4. เมื่อครบกำหนด 3 เดือนในแต่ละแผนกจะมาร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อปรับพัฒนารูปแบบบริการและหาข้อสรุปของรูปแบบบริการที่จะนำไปใช้เป็นแนวปฏิบัติต่อไป
- สรุปรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในสถาบันบาราศนราดูร ภาพที่ 4.4 และภาพที่ 4.5 ดังนี้

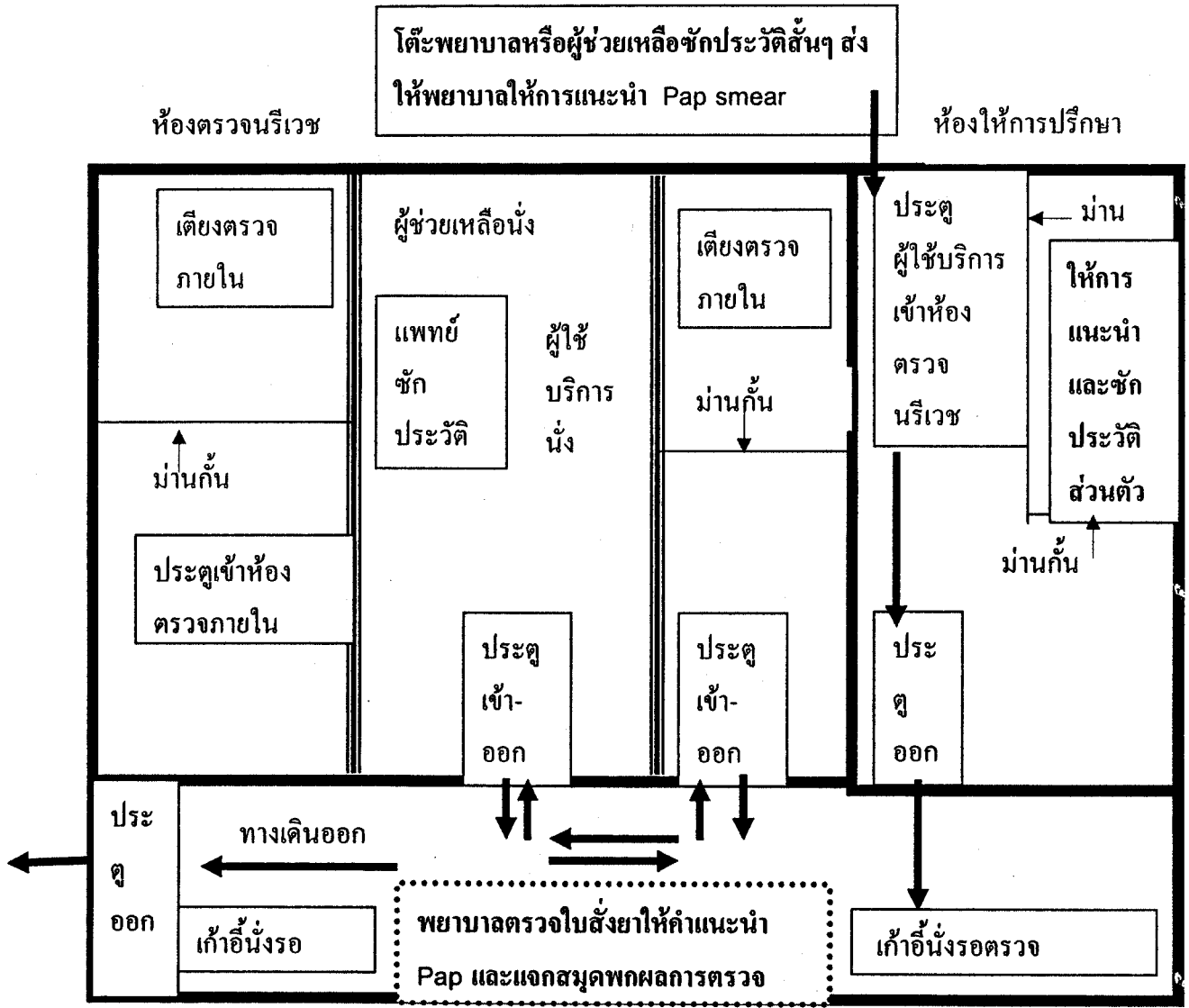
รูปแบบบริการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนก
ผู้ป่วยนอก ในสถาบันบำราศนราดูร



หมายเหตุ — สัญลักษณ์เส้นทางการส่งเข้าทำ Pap smears ก่อนสร้างรูปแบบ
..... สัญลักษณ์เส้นทางการส่งเข้าทำ Pap smears หลังสร้างรูปแบบ

ภาพที่ 4.4 แสดงรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
ในสถาบันบำราศนราดูร หลังจากการใช้รูปแบบบริการ

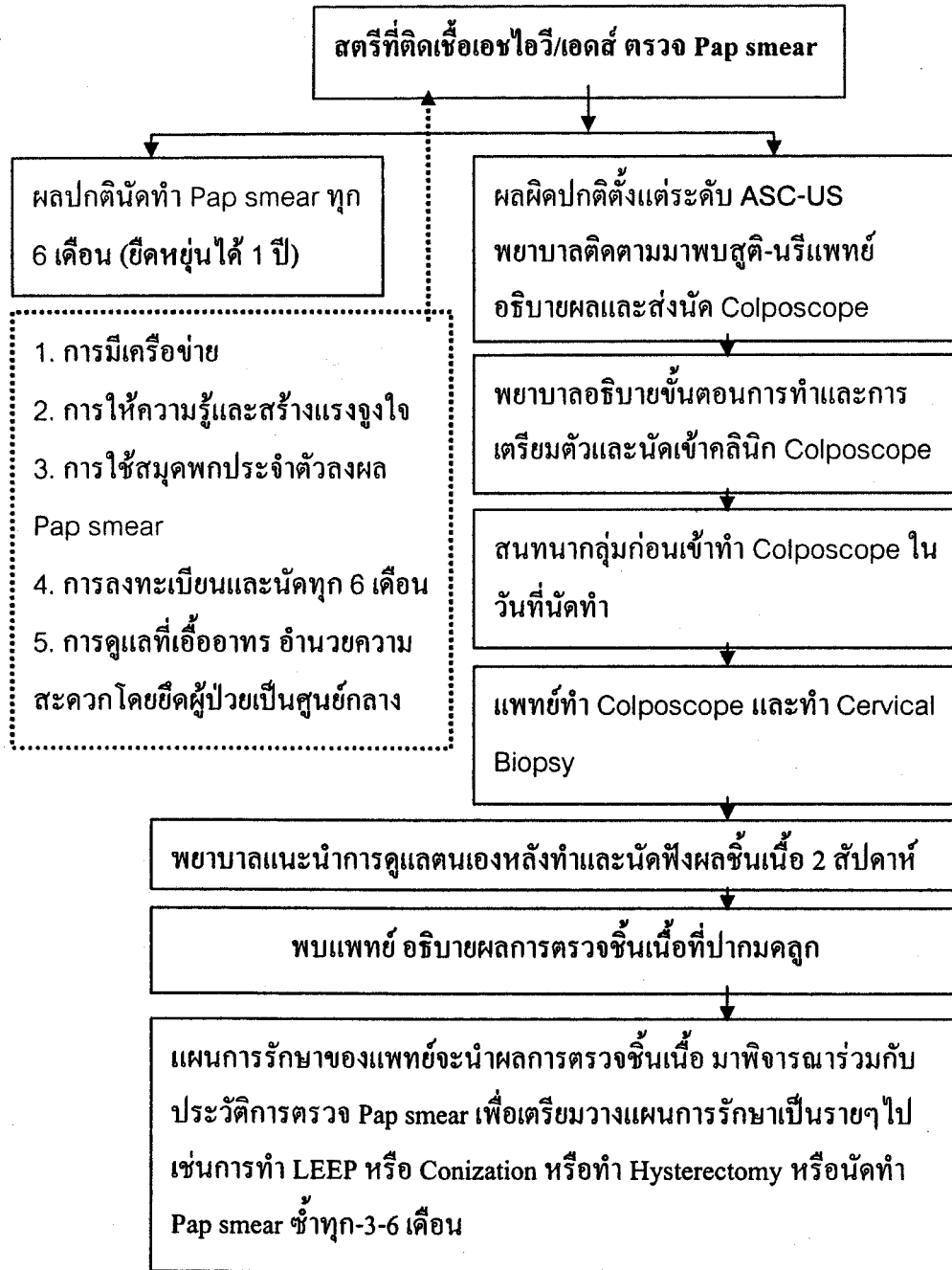
รูปแบบการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ใน
แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร



หมายเหตุ **====** หมายถึงกำแพงห้องกันไม่ถึงเพดานทำให้เสียงรอดได้กำลังอยู่ในระหว่าง
ดำเนินการกันห้องให้ถึงเพดาน

ภาพที่ 4.5 แสดงการจัดภายในห้องตรวจนรีเวชหลังการสร้างรูปแบบบริการ

แนวทางปฏิบัติการติดตามสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในการตรวจ Pap smear



ภาพที่ 4.6 แสดงแนวปฏิบัติในการติดตามรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ภายหลังตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร

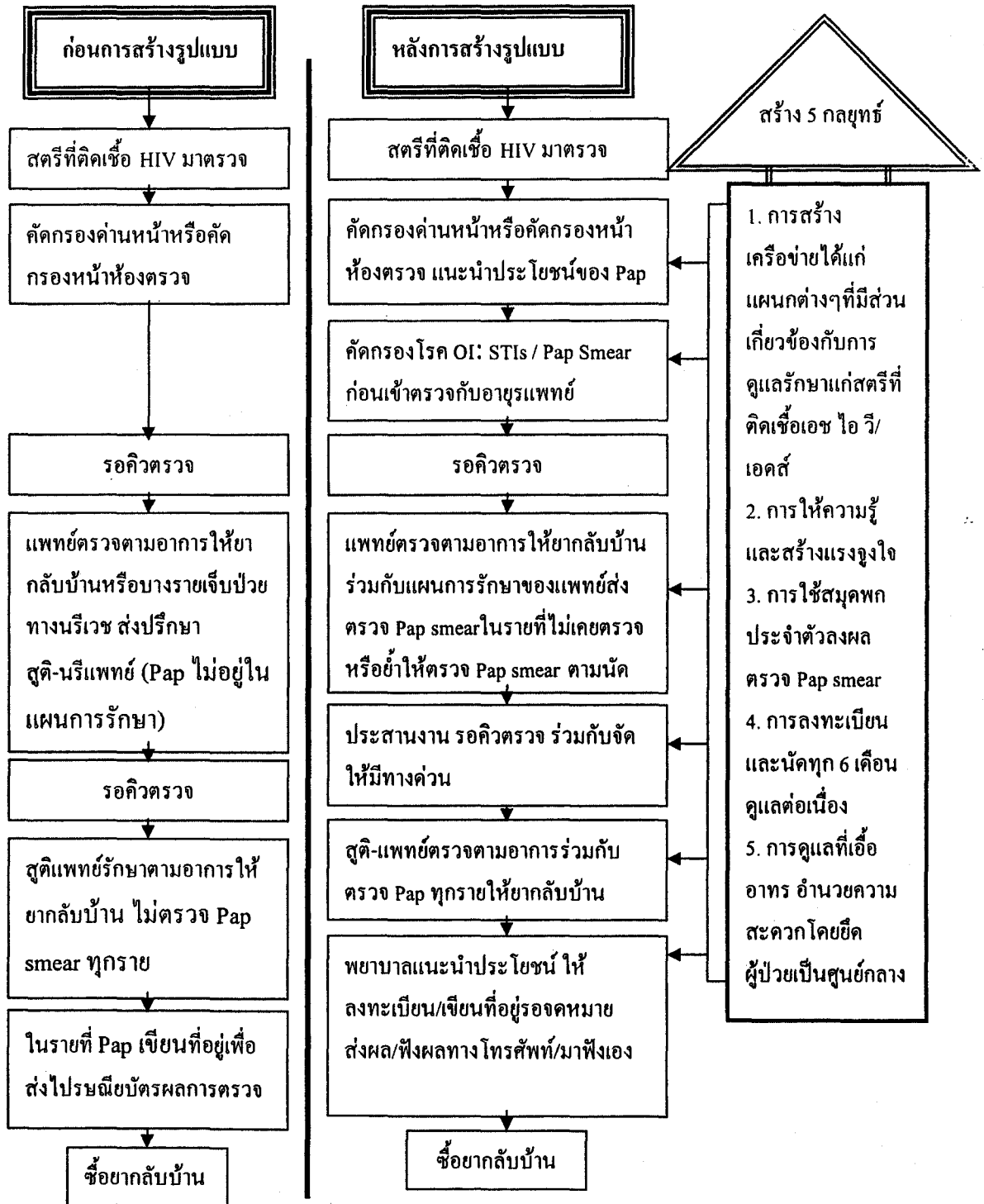
ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบ รูปแบบบริการก่อน-หลังการปรับรูปแบบบริการของแผนก
ที่เป็นเครือข่าย

รูปแบบบริการก่อนการสร้างรูปแบบ	รูปแบบบริการหลังการสร้างรูปแบบ
1. พยาบาลแต่ละแผนกที่ให้บริการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่มีการบริหารจัดการส่งตรวจ Pap smear ได้ด้วยตนเอง	1. พยาบาลแต่ละแผนกที่ให้บริการดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร่วมกับการบริหารจัดการส่งตรวจ Pap smear ได้ด้วยตนเอง
2. การส่งทำ Pap smear ไม่อยู่ในแผนการรักษาของแพทย์	2. การส่งทำ Pap smear ทุกรายเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรักษาของอายุรแพทย์ด้วยกลยุทธ์ให้ความรู้สร้างแรงจูงใจร่วมกับการใช้สื่อประกอบการให้ความรู้
3. ผู้ใช้บริการที่ต้องการตรวจ Pap smear ในวันเดียวกันต้องผ่านคัดกรองใหม่เริ่มบัตรคิวใหม่ เป็นของนรีเวชเพิ่มอีกหนึ่งใบ	3. ผู้ใช้บริการที่ต้องการตรวจ Pap smear ในวันเดียวกันไม่ต้องผ่านแผนกคัดกรอง
4. ไม่มีสื่ออุปกรณ์ในการสร้างแรงจูงใจ	4. มีแผ่นพับ โปสเตอร์ในการสร้างแรงจูงใจ
5. ขาดสื่ออุปกรณ์สำหรับกระตุ้นเตือนให้บุคลากรไม่ลืมให้การแนะนำ Pap smear	5. ใช้ตราปั๊มสัญลักษณ์ STI ในเวชระเบียนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ให้บริการไม่ให้ลืมแนะนำ Pap smear
6. การทำงานไม่มีการประสานงานเป็นเครือข่าย ให้แก่กันระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกับแผนกที่ดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	6. การทำงานมีการประสานงานเป็นเครือข่าย ให้แก่กันระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกับแผนกที่ดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการบริหารงานแบบมีส่วนร่วม
7. ไม่มีการรายงานผลการดำเนินงาน	7. มีการรายงานผลการดำเนินงาน
8. ไม่มีการลงบันทึกรายงานจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับการแนะนำ	8. มีการลงบันทึกรายงานจำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับการแนะนำ
9. ไม่มีการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง	9. มีการให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ให้บริการทุกคนทุกครั้งที่มีการให้การรักษาพยาบาล
10. ไม่มีเครือข่ายโดยสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์แนะนำบอกต่อ	10. สร้างเครือข่ายโดยสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์แนะนำบอกต่อ

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบรูปแบบบริการ ก่อน-หลังการสร้างรูปแบบของแผนกผู้ป่วยนอก
สูติ-นรีเวชกรรม

รูปแบบบริการก่อนการสร้างรูปแบบ	รูปแบบบริการหลังการสร้างรูปแบบ
1. ไม่มีพยาบาลให้การปรึกษาแนะนำก่อนตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. มีพยาบาลให้การปรึกษาแนะนำก่อนตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. แผนกที่ส่งมาตรวจ Pap smear มีการชี้แจงให้ความรู้ผู้ใช้บริการน้อย ผู้ใช้บริการจึงขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งปากมดลูกที่มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์	2. แผนกที่ส่งมาตรวจ Pap smear มีการชี้แจงให้ความรู้ผู้ใช้บริการมากขึ้น ผู้ใช้บริการจึงมีความรู้ความเข้าใจเรื่องมะเร็งปากมดลูกที่มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์
3. ผู้ใช้บริการเริ่มจัดคิวใหม่ที่ห้องตรวจนรีเวช	3. จัดระบบทางค่านที่ห้องตรวจนรีเวช
4. สูติ-แพทย์ไม่ได้ทำ Pap smear ให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทุกรายถ้าไม่มีอาการที่ขี้บ่ง	4. การทำ Pap smear. ทุกรายเป็นแผนการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของสูติ-นรีแพทย์
5. ไม่มีกระบวนการให้ความรู้ต่างๆแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	5. มีกระบวนการให้ความรู้ต่างๆแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก - มีการจัดสนทนากลุ่มเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูกให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง - มีการให้การปรึกษาแนะนำเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายบุคคล ทางโทรศัพท์ และจัดสนทนากลุ่ม - มีคู่มือประกอบการสร้างความรู้ได้แก่แผ่นพับโปสเตอร์ บอร์ดให้ความรู้เรื่องโรค - ทุกคนที่มาตรวจต้องมีสมุดพกประจำตัวลงผล Pap smear ด้วยตนเอง
6. ไม่มีรหัสประจำตัวทุกคน	6. มีรหัสประจำตัวทุกคนต่อเนื่อง
7. ระบบการนัดไม่เป็นมาตรฐาน	7. มีระบบการนัดที่เป็นมาตรฐานทุก 6 เดือน
8. การบริการของห้องตรวจนรีเวชมีบรรยากาศแออัดไม่เป็นส่วนตัว	8. การจัดบริการที่เป็นมิตรและสร้างความสะดวกสบายให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
9. การขาดการติดตามที่ไม่ต่อเนื่อง	9. การติดตามในรายที่ขาดการติดต่อ อย่างต่อเนื่อง

การเปรียบเทียบรูปแบบบริการก่อน-หลังการสร้างรูปแบบบริการ



ภาพที่ 4.7 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบบริการเดิมกับรูปแบบใหม่

3. การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

หลังจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ดำเนินการตามแผนกลยุทธ์ ใช้รูปแบบบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก 5 แผนก ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 เป็นเวลา 3 เดือน ได้ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการจากสถิติข้อมูลการให้บริการ ประเมินจากพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบบริการ ทั้ง 6 ด้าน ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก การเสริมความเที่ยงตรงของรูปแบบบริการที่สร้างขึ้นด้วยการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องชุดเดิมจำนวน 9 คน เพื่อหาข้อสรุปของรูปแบบบริการ การกำหนดแผน และการกำหนดระยะเวลาติดตามการดำเนินงานเพื่อปรับพัฒนา รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร เป็นระยะๆมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประเมินผลจากข้อมูลสถิติการให้บริการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลสถิติการให้บริการนำมาเปรียบเทียบระหว่างข้อมูลสถิติการให้บริการก่อน-หลังการสร้างรูปแบบบริการ การประเมินผลผู้ให้บริการที่เป็นสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้เข้าสู่ระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การมีความตั้งใจมาตรวจครั้งต่อไป ประเมินผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อัตราความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตามรายละเอียดดังนี้

3.1.1 จากการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง สอบถามสตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้เข้าสู่ระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 381 คน คิดเป็นรายใหม่จำนวน 231 คน เป็นรายเก่าจำนวน 150 คน มีอายุเฉลี่ย 36 ปี อายุน้อยที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี ซึ่งกลุ่มสตรีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 52.2 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 เป็นผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ม.1-6) รองลงมาร้อยละ 39.4 คือ ประถมศึกษา (ป.1-6) อาชีพส่วนใหญ่ร้อยละ 41.5 เป็นอาชีพรับจ้าง ระยะเวลาการติดเชื้อที่ทราบผลจากการตรวจเลือดนานมากที่สุด 22 ปี น้อยที่สุด 3 เดือน ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ทราบผลเลือดมาแล้ว 5 ปีระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบผลเลือด 6 ปี สำหรับความตั้งใจในการตรวจติดตามครั้งต่อไปส่วนใหญ่ตอบแบบสอบถามมีความตั้งใจร้อยละ 91.6 ไม่นำใจร้อยละ 6.6 และไม่ตั้งใจ ร้อยละ 1.8 และระยะเวลาที่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เคยตรวจเมื่อ 1 ปีที่แล้วจำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาไม่เคยตรวจเลย 142 คนคิดเป็นร้อยละ 37.3 เหตุผลที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะพยาบาลแนะนำให้ตรวจ จำนวน 114 คนคิดเป็น

ร้อยละ 30.0 มาตรวจเพราะมีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวชจำนวน 111 คนคิดเป็นร้อยละ 29.1 มาตรวจเนื่องจากแพทย์แนะนำให้ตรวจ จำนวน 84 คนคิดเป็นร้อยละ 22.0 ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 57 คนคิดเป็นร้อยละ 15. และมาตรวจหลังคลอด จำนวน 15 คนคิดเป็นร้อยละ 3.9 รายละเอียดดังปรากฏในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวน และร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้ามารับบริการ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ใช้บริการรายใหม่	231	60.60
ผู้ใช้บริการรายเก่า	150	40.40
รวม	381	100.00
อายุ		
ระหว่าง 21-30 ปี	85	22.30
ระหว่าง 31-40 ปี	199	52.20
ระหว่าง 41-50 ปี	82	21.50
ระหว่าง 51-63 ปี	15	4.00
Max=63 ปี Min=21 ปี \bar{X} =36 ปี		
รวม	381	100.00
วุฒิการศึกษา		
ประถมศึกษา	150	39.40
มัธยมศึกษา	162	42.50
อาชีวศึกษา	60	15.70
ปริญญาตรี	9	2.40
รวม	381	100.00

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
แม่บ้าน	96	25.20
รับจ้าง	158	41.50
นักธุรกิจส่วนตัว	70	18.40
รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	14	3.70
ขายบริการ	2	0.50
นักศึกษา	3	0.70
ไม่ระบุอาชีพ	38	10.00
รวม	381	100.00
ระยะเวลาที่ติดเชื้หรือทราบจากการตรวจเลือด		
น้อยกว่า เดือน	16	4.20
>6 เดือน-1 ปี	39	10.20
>1-5 ปี	132	34.70
>5-10 ปี	121	31.80
>10-15 ปี	55	14.40
>15-22 ปี	18	4.70
Max=22ปี Min=3 เดือน \bar{X} =6ปี Mode 5 ปี		
รวม	381	100.00
ความตั้งใจในการมาตรวจติดตามครั้งต่อไป		
ตั้งใจ	349	91.60
ไม่ตั้งใจ	7	1.80
ไม่แน่ใจ	25	6.60
รวม	381	100.00

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาการเข้ารับบริการ		
เคยตรวจเมื่อ 1 ปี	147	38.60
เคยตรวจเมื่อ 2-5 ปี	63	16.50
เคยตรวจเมื่อ 6-12 ปี	29	7.60
ไม่เคยตรวจ	142	37.30
รวม	381	100.00
เหตุผลที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
มีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวช	111	29.10
ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี	57	15.00
แพทย์แนะนำให้ตรวจ	84	22.00
พยาบาลแนะนำให้ตรวจ	114	30.00
ตรวจหลังคลอด	15	3.90
รวม	381	100.00

3.1.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์พบว่าเหตุผลที่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้รับคำแนะนำโน้มน้าวชักจูงให้เห็นประโยชน์ในการตรวจจากบุคลากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 55.9 ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 4.7 ดังนี้

ตารางที่ 4.7 แสดงเหตุผลของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการ

เหตุผลที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เข้า รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	(มี.ย.-ส.ค.2549)		(มี.ย.-ส.ค.2550)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจสุขภาพประจำปี	44	23.00	57	15.00
มีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวช	99	50.00	111	29.10
บุคลากรทางการแพทย์แนะนำ	54	27.00	213	55.90
รวม	197	100.00	381	100.00

3.1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ด้วยวิธีการฟังทางโทรศัพท์ การมาฟังผลการ
ตรวจด้วยตนเอง และการขอให้ส่งผลการตรวจทางจดหมายพบว่าความตั้งใจในการติดตามรับ
บริการฟังผลการตรวจมีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 116 คน เป็น 297 คน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 เป็นร้อยละ
78 ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 4.8 ดังนี้

ตารางที่ 4.8 แสดงความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการ

ความตั้งใจในการติดตามรับฟังผลตรวจ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	(มี.ย.-ส.ค.2549)		(มี.ย.-ส.ค.2550)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนที่ตั้งใจในการติดตามรับผล	116	58.90	297	78
จำนวนที่ไม่ตั้งใจในการติดตามรับผล	81	41.10	84	22
จำนวนทั้งหมดที่ได้ตรวจ	197	100.00	381	100

3.1.4 อัตราครอบคลุมที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยคิดจากจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งหมดที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ห้องตรวจประกันสังคมและห้องตรวจนิเวศในช่วงเวลาราชการ ที่มีการประเมินผลรูปแบบบริการ พบว่าหลังการใช้รูปแบบบริการมีสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.70 เป็นร้อยละ 29.20 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($\chi^2 = 34.95$ $df = 1$ $P = 0.00$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.9 ดังนี้

ตารางที่ 4.9 แสดงอัตราครอบคลุมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการ เปรียบเทียบก่อนใช้รูปแบบ (ม.ย.-ส.ค.พ.ศ.2549) กับหลังใช้รูปแบบ (ม.ย.-ส.ค.พ.ศ.2550)

จำนวนที่ได้รับการตรวจ Pap smear	ก่อนใช้รูปแบบ (ม.ย.-ส.ค.2549)		หลังใช้รูปแบบ (ม.ย.-ส.ค.2550)		χ^2	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนที่ได้เข้าตรวจ Pap smear	197	18.70	381	29.20	34.95	.00
จำนวนที่ไม่ได้เข้าตรวจ Pap smear	859	81.30	925	70.80		
จำนวนที่รักษาในเครือข่ายทั้งหมด	1,056	100.00	1,306	100.00		

3.1.5 จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้รับการแนะนำตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกของแต่ละแผนกที่เป็นเครือข่าย ได้แก่ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจโรค
 ประกันสังคมและศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ตั้งแต่ 1 มิถุนายน-31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 พบว่ามีจำนวน
 ทั้งหมด 504 คน ได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 293 คน คิดเป็นร้อยละ 77.0
 ส่วนกลุ่มที่ตั้งใจมาตรวจเองจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.10
 ดังนี้

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ได้รับการแนะนำให้มาตรวจ
 คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแต่ละแผนกที่เป็นเครือข่ายตั้งแต่ 1 มิถุนายน-31
 สิงหาคม พ.ศ. 2550 จำแนกตามแผนกดังนี้

แผนกที่ส่งตรวจ Pap smear	จำนวนที่	จำนวนที่ตรวจ	
	แนะนำ (คน)	Pap smear (คน)	ร้อยละ
แผนกคัดกรอง	76	25	6.60
แผนกตรวจประกันสังคม	100	43	11.30
แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม	247	150	39.40
หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ	47	41	10.80
แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม	34	34	8.90
รวมสตรีที่ติดเชื้อที่เข้าสู่ระบบ	504	293	77.00
สตรีที่ติดเชื้อกลุ่มที่ตั้งใจมาตรวจเอง	-	88	23.00
รวมสตรีที่ติดเชื้อที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	-	381	100.00

3.1.6 อัตราการกลับมาตรวซ้ำ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า มีสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ มีอัตราการกลับมาตรวซ้ำเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.3 เป็นร้อยละ 82.2 และพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ส่วนหนึ่งเป็นผู้ซึ่งขาดการมาตรวจติดตามซ้ำนานมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ปี ได้กลับมาตรวซ้ำเป็นจำนวน 59 ราย ได้ผลแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.11 ดังนี้

ตารางที่ 4.11 แสดงอัตราการกลับมาตรวติดตามซ้ำเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

จำนวนที่นัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ก่อนใช้รูปแบบ (มี.ย.-ส.ค.2549)		หลังใช้รูปแบบ (มี.ย.-ส.ค.2550)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนที่มาตรวคัดกรองตามนัด	47	72.30	152	82.20
จำนวนที่ไม่มาตรวคัดกรองตามนัด	18	27.70	33	17.80
รวมจำนวนทั้งหมดที่นัดตรวจคัดกรอง	65	100.00	185	100.00

3.1.7 อัตราความผิดปกติ พบว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ จากผิดปกติร้อยละ 7.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16.5 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.12 ดังนี้

ตารางที่ 4.12 แสดงอัตราผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จำนวนผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ก่อนใช้รูปแบบ (มี.ย.-ส.ค.2549)		หลังใช้รูปแบบ (มี.ย.-ส.ค.2550)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนผู้ตรวจคัดกรอง ผลปกติ	183	92.90	318	83.50
จำนวนผู้ตรวจคัดกรอง ผลผิดปกติ	14	7.10	63	16.50
จำนวนทั้งหมดที่ได้ตรวจคัดกรอง	197	100.00	381	100.00

3.1.8 อัตราการได้รับการติดตามดูแลรักษา ในรายที่ผลพบมีเชลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS เปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพบว่าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.9 เป็นร้อยละ 96.6 ได้ผลแสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4.13 ดังนี้

ตารางที่ 4.13 แสดงการได้รับการดูแลรักษาในรายที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ (ผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS)

จำนวนสตรีที่ผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่ผลคัดกรองผิดปกติได้รับการติดตามดูแลรักษา	13	92.90	61	96.60
ผู้ที่ผลคัดกรองผิดปกติไม่ได้รับการติดตามดูแลรักษา	1	7.10	2	3.40
รวมสตรีที่ผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ	14	100.00	63	100.00

3.2 ประเมินผลจากพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การประเมินผู้ให้บริการเกี่ยวกับการใช้รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ด้วยการสังเกตพฤติกรรมบริการแบบมีส่วนร่วมได้ผลดังนี้

3.2.1 บุคลากรทางการแพทย์ได้แนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นจากตอบแบบสัมภาษณ์สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 381 คนตอบว่ามาตรวจเพราะแพทย์ส่งตรวจ 84 คนคิดเป็นร้อยละ 22 มาตรวจเพราะพยาบาลส่งตรวจ 114 คนคิดเป็นร้อยละ 30 มาตรวจหลังคลอด 15 คน คิดเป็นร้อยละ 3.9 ซึ่งเปรียบเทียบจากปีก่อนการใช้รูปแบบพบว่าบุคลากรทางการแพทย์แนะนำที่สตรีติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27.0 เป็นร้อยละ 55.9 ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4.7

3.2.2 การมีตราปั๊ม STI ในแต่ละจุดบริการที่คัดกรองสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยในแต่ละแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนส่งเข้าห้องตรวจจะต้องใช้ตราปั๊ม STI ช่วยเตือนไม่ให้ผู้ให้บริการลืมแนะนำ ส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2.3 ที่หน้าปกเวชระเบียนติดสติ๊กเกอร์สีขาวคำว่า “STI” ใช้เป็นสัญลักษณ์ เพื่อกระตุ้นเตือนผู้ให้บริการ ทราบว่าผู้ใช้บริการสตรีรายนี้ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว และผู้ให้บริการแผนกห้องตรวจนรีเวชเห็นเวชระเบียนมีสติ๊กเกอร์ STI จะรู้ได้ว่าจะต้องแนะนำอะไร และรู้ว่าเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการกลุ่มใดจะต้องใช้คำพูดอย่างไรที่เหมาะสมในการให้บริการ

3.2.4 สถานที่ภายในห้องตรวจนรีเวชถูกปรับปรุงใหม่ โดยให้การไหลเข้า-ออกของผู้ใช้บริการไม่ทำลายบรรยากาศความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้บริการที่กำลังตรวจ

3.2.5 การติดตามผู้ใช้บริการในรายที่มีผลผิดปกติสะดวกขึ้น เพราะมีการลงทะเบียนผู้ใช้บริการไว้ มีการตรวจสอบข้อมูลที่ให้ติดต่อกลับไว้ใหม่ทุกครั้งเมื่อมาตรวจติดตามซ้ำ

3.2.6 การปรับปรุงแบบใบอ่านผลใหม่ ทำให้การสื่อสารให้เครือข่ายช่วยบอกผลให้ได้ทำให้ผู้ใช้บริการสะดวกมีความพึงพอใจในการทำงานประสานกันดีระหว่างห้องตรวจนรีเวชกับเครือข่ายแผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

3.2.7 ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมบริการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่เอื้ออาทร ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.3 ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่อรูปแบบบริการด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก

การสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ใช้บริการ เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบบริการหลังการใช้รูปแบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังสรุปประเด็นได้ดังนี้

3.3.1 ความมีธรรมาศัยไมตรีที่ดี พบว่าผู้ใช้บริการของสถาบันบำราศนราดูร ทั้งที่ห้องตรวจโรคแผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆและห้องตรวจภายในให้บริการด้วยธรรมาศัยไมตรีที่ดีโดยไม่มี ความรังเกียจมีความเอาใจใส่คนไข้ให้การพูดคุยแนะนำติดตามเป็นกันเองและรู้สึกอบอุ่น จากการบอกเล่าดังนี้

“คุณพยาบาลที่ห้องตรวจบอกให้มาที่แรกหนูกลัวและอายแต่พอพบที่พยาบาลที่ห้องตรวจภายในอธิบายจึงรู้ว่ามันมีประโยชน์ที่พยาบาลเข้มและอธิบายดีต่างๆที่งานยุ่งมาก พอขึ้นตรวจภายในนะ ขณะตรวจคุณหมอมจะค่อยๆบอกตอนนี้หมอมจะใส่เครื่องมือนะจะรู้สึกตึงๆ นะเจ็บเท่านี้หมอมตรวจภายในคุณหมอนะ เอาเสร็จแล้วเราก็นึกว่ายังไม่ได้ตรวจเพราะเราไม่เจ็บ พอลงมานั่งรอคุยกับหมอ ระหว่างรอคุณหมอมทำอะไรกับคนไข้อีกคนหนึ่งแต่คุณหมอมก็ร้องเพลงไปด้วยระหว่างที่รอเราเลยหัวเราะเพราะคุณหมอมอารมณ์ดี”

“เจ้าหน้าที่หน้าห้องตรวจอายุรกรรมได้แนะนำให้ดิฉันมาตรวจที่แรกก็กังวลนะ เพราะไม่คุ้นเคยกับห้องตรวจนี้ไม่เคยมาเลย แต่พอมาแล้วนี่ทุกอย่างดูคุ้นเป็นกันเองดี ถึงแม้ บางครั้งงานจะยุ่งแต่พอถามเรื่องคิว น้องๆมีน้ำใจดี รีบกุ๊ก กุจอมาดูแลให้”

ผู้ให้บริการ 2/15

จากการสังเกตพบว่าผู้ให้บริการเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพของผู้ใช้บริการมีการอธิบายก่อนเข้าตรวจทุกอย่างเป็นกันเองยิ้มเอาใจใส่ดี

3.3.2 ผู้ให้บริการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ โดยเฉพาะการอธิบายให้เห็นความจำเป็นในการตรวจ และการติดต่อกลับมาฟังผลตรวจ การลงบันทึกผลการตรวจในสมุดพกบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง จากการบอกเล่า ดังนี้

“ดีค่ะเขาอธิบายเข้าใจ โดยเฉพาะสมุดพกมีประโยชน์เพื่อเราไปรักษาที่อื่นจะได้ลงผลได้เลยแล้วที่อื่นๆที่เราไปตรวจต่อก็รู้ผลเก่าของเราด้วย”

ผู้ให้บริการ 2/15

“เพิ่งเข้าใจวันนี้เองว่าตรวจมะเร็งตรวจได้เลยไม่ต้องรออายุ 30 ปี และคนที่มีความเสี่ยงมีด้วยกันหลายๆประเภท และเราก็เป็นกลุ่มเสี่ยงเสียด้วยนะ”

ผู้ให้บริการ 2/11

3.3.3 ผู้ใช้บริการพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับ จากการบอกเล่า ดังนี้

“ความสะดวกที่ได้รับคิดว่าดิฉันมีบัตรนัดตรวจไม่ต้องยื่นเอาคิวที่ห้องบัตร ไม่ต้องผ่านคัดกรองมารอคิวที่ห้องนี้เลยแต่ก็บางคนนะ อาจจะบ่นนะว่ารอนานเพราะเขามาสาย บางวันคนมาตรวจมาก แต่เรานะ โชคดีเรามีนัด ถ้าเราไม่สะดวกในวันนัดพี่เขาก็ให้โทรศัพท์เลื่อนได้ โทรมิดอยากหน่อยแต่ก็โทรมือถือก็ได้พี่เขาให้ไว้”

ผู้ให้บริการ 2/12

“พี่เขาส่งหนูมาตรวจวันนี้ เขาให้ตรวจในที่ที่ไม่ยุ่งยากอะไรเลยมีชั้นตอนรอคิวตามปกติวันนี้คนตรวจน้อย ก็ได้ตรวจเร็วดี คิดว่าถ้าพี่นัดตรวจครั้งต่อไปจะเลือกวันตรวจที่มีคนใช้น้อยๆเพราะว่าได้ตรวจเร็ว ยังมีบัตรนัดยิ่งเร็วดีเราเลือกเวลาได้ด้วย”

ผู้ให้บริการ 2/11

3.3.4 การประสานงานของบริการมีความคล่องตัวดี ระหว่างห้องตรวจโรคที่เป็นเครือข่ายกับห้องตรวจนรีเวช เป็นระบบที่ดี จากการบอกเล่า ดังนี้

“พี่มาจากห้องฟื้นฟูคุณหมอสั่งให้ตรวจคิ๊งวอนะวันนี้จะไปดูด้วยแต่พอมาถึงได้เข้าตรวจเลยน้องๆ ผู้ช่วยนะเห็นเราเดินมาเขาเปิดแฟ้มอ่านเขารู้เลยว่าเรามาทำอะไร เขาบอก เคส เอสทีไอ เขาก็ส่งเข้ามาเลย”

ผู้ใช้บริการ 2/13

“ค่าตรวจมะเร็งปากมดลูกวันนี้หนูไม่พร้อมแต่พยาบาล ช่วยให้ผ่านสงเคราะห์เขา โทรศัพท์แจ้งให้”

ผู้ใช้บริการ 2/11

3.3.5 คุณภาพบริการดีตามมาตรฐาน จากการบอกเล่า ดังนี้

“รวมๆแล้วบริการทั้งหมดทั้งห้องตรวจโรคที่รักษาอยู่ที่ดี ที่ห้องนี้ก็คิดว่าต้องมีมาตรฐานแน่นอนเพราะถ้าเรารักษาकिनยาที่อื่นๆเขาคงอาจจะไม่มีระบบทำกันเป็นทีมแบบนี้คือรักษาकिनยาकिनไป ตรวจมะเร็งก็ไม่มีอาการจะตรวจทำไม แต่นี้หมอบอกเลยนะต้องตรวจมะเร็งนะพยาบาลก็บอกอีกวันนี้เลยชวนเพื่อนมาด้วยเลย”

ผู้ใช้บริการ 2/16

“เรามาตรวจเมื่อปีที่แล้วผลผิดปกติเขาโทรแจ้งเราให้รีบมารักษา ปีนี้ห้องตรวจคูมิคซิดขึ้นนะ รู้สึกสบายใจขึ้นด้านคุณภาพการรักษา”

ผู้ใช้บริการ 2/15

3.3.6 ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม การตรวจภายในคิดค่าตรวจตามมาตรฐาน กรมบัญชีกลาง บางคนเบิกได้ บางคนใช้สิทธิ์ประกันสังคมไม่ต้องจ่ายอะไร แต่บางคนมีสิทธิ์บัตรทองต้องจ่ายค่าตรวจเองเพราะไม่ได้ใช้สิทธิ์ตามที่สิทธิ์ของตนเอง จากการบอกเล่า ดังนี้

“ราคาเหมาะสมค่ะ 250 บาทเอง พี่กลับไปตรวจที่กาฬสินธุ์ ค่ารถก็เกินแล้ว”

ผู้ใช้บริการ 2/14

“เคยตรวจที่อื่นแพงกว่านะเราว่าราคาปกติไม่แพงหรอกแต่ถ้าบัตรทองน่าจะตรวจได้ทั่วประเทศนะ”

ผู้ใช้บริการ 2/15

3.4 **สรุปรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร**

3.4.1 **การพัฒนารูปแบบบริการโดยการใช้ 5 กลยุทธ์** สอดแทรกในบริการของแผนกผู้ป่วยนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม แผนกผู้ป่วยนอกประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่ง 5 กลยุทธ์นั้นมี ดังนี้

1) การสร้างเครือข่ายกับแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์

2) การให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจ

3) การใช้สมุดพกประจำตัวลงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4) การลงทะเบียนและออกบัตรนัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน

5) บริการดูแลที่เอื้ออาทร อำนวยความสะดวก โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3.4.2 รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

ในสถาบันบำราศนราดูร มีลักษณะเป็นรูปแบบบริการ 2 รูปแบบบริการที่ทำงานเป็นเครือข่าย
ประสานงานกันระหว่าง

1) รูปแบบบริการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูก ในแผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วย
นอกอายุรกรรม

2) รูปแบบบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ ในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

3.5 แผนการดำเนินงานต่อไป

3.5.1 ติดตามการดำเนินงาน ตามรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่
สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามที่กำหนดทุก 6 เดือน

3.5.2 ปรับพัฒนาการบริการ เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ โดยแผนกสูติ-นรีเวชกรรม ทำหน้าที่เป็นแกนนำหลักที่ต้องดำเนินการต่างๆ
เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
การสร้างเครือข่าย และการชักชวนทุกหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสตรีที่ติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ให้เข้ามามีส่วนร่วม

บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ มีรายละเอียดดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการเพื่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

1.2 วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของสถาบันบำราศนราดูร ดำเนินการวิจัยที่แผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550 ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1.2.1 การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม การสัมภาษณ์เจาะลึก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้ให้ข้อมูลหลักคือกลุ่มผู้ให้บริการรวม 13 คน ได้แก่ แพทย์ 3 คน และพยาบาลจำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ใช้บริการรวม 10 คน ได้แก่ สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่เคยและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มละ 5 คน นำข้อมูลที่ได้มาจัดทำประเด็นในการสนทนากลุ่ม

1.2.2 การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ดังนี้

1) การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการ ในแผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ แผนกตรวจประกันสังคม และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

จำนวน 4 กลุ่มๆ ละ 1-2 แผนก แต่ละแผนกมีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 4-11 คน เพื่อจัดทำรูปแบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหน่วยงานแต่ละแห่ง

2) การพัฒนาสื่อสนับสนุนการบริการ ผู้วิจัยจัดทำแผ่นพับเผยแพร่ความรู้แก่ผู้ใช้บริการ โปสเตอร์สำหรับประชาสัมพันธ์ในหน่วยงานข้างต้น และสมุดบันทึกรายละเอียดของผู้ใช้บริการที่ทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สมุดปกบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปรับปรุงตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล ที่ให้บริการในสถาบันบาราศนราดรุร จำนวน 4 ท่าน แล้วนำไปหาความตรง ตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน เพื่อปรับปรุงอีกครั้ง ผู้วิจัยไปทดลองใช้กับผู้ใช้บริการจำนวน 5 ท่าน และนำเครื่องมือเหล่านี้ไปใช้ในระยะเวลาที่ทดลองใช้รูปแบบ

3) นำรูปแบบบริการที่พัฒนาระยะแรกไปทดลองใช้ที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 5 แผนก ได้แก่แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม เป็นเวลา 20 วัน

4) สนทนากลุ่มผู้ให้บริการในหน่วยงานแต่ละแห่งเพื่อประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นระยะแรกให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมกับการดำเนินงานในแผนกผู้ป่วยนอกยิ่งขึ้น

5) นำรูปแบบบริการฉบับสมบูรณ์ลงปฏิบัติการจริง ตามแผนการดำเนินงาน เป็นระยะเวลา 3 เดือน

1.2.3 การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ หลังจากดำเนินการปฏิบัติการ เป็นระยะเวลา 3 เดือน เพื่อหาข้อสรุป ดังนี้

1) การประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบบริการ จากข้อมูลการบริการตามตัวชี้วัดที่กำหนด ประเมินจากพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการด้วยเทคนิคการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อรูปแบบบริการด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึก ผู้ใช้บริการจำนวน 5 คน

2) สรุปรูปแบบการจัดบริการ การกำหนดแผนติดตามการดำเนินงานเพื่อปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดรุร ด้วยการสนทนากลุ่มตัวแทนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องรวมจำนวน 9 คน

1.2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

1.3 ผลการวิจัย

1.3.1 การศึกษาสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดรุร ผลการวิจัยพบว่า

1) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ดำเนินการในแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยผู้ป่วยมารับบริการโดยตรงและมีการส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ได้แก่ แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ

2) บทบาทหน้าที่และการประสานระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ระหว่างแผนกที่เกี่ยวข้องในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่ชัดเจน

3) สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มาขอรับบริการตรวจด้วยตนเองที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช คิดเป็นร้อยละ 73 ของสตรีทั้งหมด ซึ่งครึ่งหนึ่งของสตรีกลุ่มนี้มารับบริการเนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวช และเกือบหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23) เท่านั้นที่ขอรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเดียว สำหรับสตรีที่ถูกส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ พบว่าถูกส่งต่อมาจากแผนกอายุรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 27) เนื่องจากอายุรแพทย์พบว่ามีอาการเจ็บป่วยทางนรีเวชร่วมด้วย

4) บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังถูกมองข้ามจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มองว่าเรื่องมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องไกลตัวเมื่อเปรียบเทียบกับปัญหาการติดเชื้อเอช ไอ วี ประกอบกับการขาดระบบการให้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้สตรีเหล่านี้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บุคลากรสหสาขาวิชาชีพซึ่งมีภาระงานล้นมือจากปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังจึงมุ่งงานประจำในหน้าที่ทำให้การให้คำแนะนำหรือการกระตุ้นให้ผู้ใช้บริการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถูกจัดให้มีความสำคัญลำดับท้าย ๆ นอกจากนี้ยังไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และการประสานงานกันระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกอย่างชัดเจน

5) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่อยู่ในแนวทางปฏิบัติปกติของบุคลากร แต่ละแผนกและการส่งตรวจข้ามแผนกเป็นความรับผิดชอบของอายุรแพทย์เท่านั้น ทำให้ผู้ใช้บริการที่ต้องการตรวจคัดกรองไม่ได้รับความสะดวกเท่าที่ควร

6) รูปแบบการรายงานผลการอ่านแผ่นสไลด์จากบริษัทที่อ่านต่างกัน ทำให้บุคลากรซึ่งปฏิบัติงานทั้งในและนอกแผนกสูติ-นรีเวชกรรมไม่แน่ใจในการอ่านผล และขาดความมั่นใจในการบอกผลแก่ผู้ใช้บริการ

7) การขาดระบบการรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้ใช้บริการ

1.3.2 การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร พบว่ารูปแบบบริการที่พัฒนาขึ้นเป็นบริการที่ต้องประสานงานเป็นเครือข่ายสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ดังนี้

1) รูปแบบบริการเพื่อส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ นรีเวชกรรม หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ โดยกำหนดแนวทางปฏิบัติในมาตรฐานการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ให้พยาบาลวิชาชีพในแผนกข้างต้นสามารถส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยไม่ต้องให้ผู้รับบริการรอพบอายุรแพทย์เพื่อรับคำสั่งส่งตรวจ

(1) เพิ่มการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ในการคัดกรองความเสี่ยงต่าง ๆ ที่อาจเกิดกับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เช่น การติดเชื้อวัณโรคปอด การติดเชื้อปอดอักเสบ อากาศเยื่อหุ้มสมองอักเสบ หรือการติดเชื้อที่จอประสาทตา เป็นต้น เมื่อมารับการตรวจในแต่ละแผนก

(2) บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพให้ข้อมูลเพื่อกระตุ้นให้สตรีที่มารับบริการตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการจัดทำแผ่นพับสำหรับสตรีที่มารับบริการ และโปสเตอร์เผยแพร่ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำหรับปิดในที่ที่สตรีที่มารับบริการผู้ป่วยนอกในแต่ละแผนกสังเกตเห็นได้ง่าย

(3) มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างแผนกที่ตรวจรักษากับแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม เพื่อให้สตรีที่ต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับความสะดวกมากที่สุด ด้วยการจัดลำดับคิวของแต่ละแผนกเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้รับความสะดวกในการมารับบริการตรวจคัดกรองโดยไม่เสียเวลารอนานเกินไป

(4) กรณีที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีปัญหาเรื่องค่าบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ทำหน้าที่ประสานงานกับหน่วยสังคมสงเคราะห์เพื่อให้ความช่วยเหลือ

(5) จัดให้มีการบันทึกการแนะนำเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุกครั้งในเวชระเบียนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ และสมุดบันทึกการส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแต่ละแผนก

(6) แผนกผู้ป่วยนอกแต่ละแผนกสามารถออกใบนัดหรือเลื่อนนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยผู้ป่วยไม่ต้องมานัดที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

2) รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

(1) การเพิ่มเครือข่าย (Net Work) ในแผนกหรือหน่วยที่ให้บริการแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพิ่มเติมจากแผนกผู้ป่วยนอก 4 แห่ง ที่ดำเนินการอยู่ เช่น แผนกผู้ป่วย เพื่อให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสถาบันบำราศนราดูร มีความครอบคลุมยิ่งขึ้น

(2) การรณรงค์ให้ความรู้และสร้างแรงจูงใจเพื่อกระตุ้นให้บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพตระหนักถึงความสำคัญในการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ดังนี้

ก. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่เครือข่ายทั้งหมด ในเชิงรุกโดยผู้วิจัยจัดการประชุมกลุ่มย่อยโดยผลัดเปลี่ยนไปตามแผนกต่างๆที่เกี่ยวข้องในช่วงบ่ายของทุกวัน

ข. คณะสูติ-นรีแพทย์ได้นำข้อมูลเรื่องการพัฒนาารูปแบบบริการพร้อมทั้งข้อมูลสถิติ Pap smear ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เสนอที่ประชุมองค์กรแพทย์

ค. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในเชิงรุก โดยเครือข่ายทั้งหมดเป็นผู้ให้ความรู้ขณะให้บริการของแต่ละแผนกในทุกๆเช้า

ง. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มานั่งรอตรวจ Pap smear เป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม (ทุกเช้าในเวลาราชการ) และกลุ่มที่รอตรวจส่องกล้อง Copolscope (ในวันจันทร์ช่วงบ่าย) เป็นรายกลุ่มในห้องตรวจนรีเวช โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม

จ. การให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ด้วยตนเอง

(3) การใช้สมุดพกประจำตัวบันทึกผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสื่ออุปกรณ์ต่างๆ (Educational Material and Brochures) ได้แก่ แผ่นพับ โปสเตอร์ และบอร์ดให้ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก

(4) การสร้างระบบทะเบียนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ตรวจ Pap smears การบันทึกผลการตรวจและการติดตามผู้ป่วยโดยการออกบัตรนัดตรวจซ้ำทุก 6 เดือน

ก. การลงบันทึกประวัติการตรวจทุกครั้ง ในแบบบันทึกประวัติ ผู้ใช้บริการซึ่งมีข้อมูลส่วนตัวต่างๆ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ทำให้สามารถติดต่อผู้ให้บริการได้สะดวก

ข. การลงบันทึกประวัติและผลการตรวจลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อสะดวกในการสรุปผลและติดตาม

ค. การฟังผลการตรวจ Pap smear ที่เป็นระบบการสื่อสาร 2 ทางคือ การฟังผลทางโทรศัพท์เวลา 15.30-16.00 และลงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสมุดพก บันทึกผลตรวจประจำตัว ด้วยตนเอง

ง. การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์นอกเวลาราชการ

(5) การจัดระบบบริการดูแลที่เอื้ออาหาร เป็นมิตร ใกล้ชิดอำนวยความสะดวก ในการตรวจ การจัดบัตรคิวทางด่วน การจัดห้องตรวจที่เป็นส่วนตัวมากขึ้น การจัดการไหล เข้า-ออกภายในห้องตรวจริเวซให้เป็นทางเดียวกัน การกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ในห้องตรวจริเวซ รมั้กระวังการใช้คำพูดคุยให้เหมาะสม และปรับพัฒนาบริการได้ตามสภาพปัญหาและความ ต้องการของผู้ใช้บริการ โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

1.3.3 ผลการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่คิดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบาราศนราดูร

หลังจากการดำเนินงานตามแผนกลยุทธ์ ประเมินผลการปฏิบัติการโดยประเมินผล จากข้อมูลสถิติการให้บริการ การสังเกตพฤติกรรมการให้บริการของผู้ให้บริการและประเมินความ พึงพอใจจากการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ให้บริการ สรุปรูปแบบบริการ และกำหนดแผนการติดตาม ประเมินผลปรับพัฒนารูปแบบบริการด้วยการสนทนากลุ่ม ดังรายละเอียดดังนี้

1) ประเมินผลจากข้อมูลสถิติการให้บริการจากตัวชี้วัด ดังนี้

(1) ข้อมูลสถิติ พบว่า จำนวนสตรีที่คิดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้เข้าสู่ระบบ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เข้ามาในระยะประเมินรูปแบบบริการใหม่พบว่ามีจำนวน 381 คน เป็นผู้ใช้บริการรายใหม่จำนวน 231 คน รายเก่าจำนวน 150 คน มีอายุเฉลี่ย 36 ปี อายุน้อย ที่สุด 21 ปี อายุมากที่สุด 63 ปี ซึ่งกลุ่มสตรีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 199 คน คิดเป็น ร้อยละ 52.2 วุฒิการศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 42.5 เป็นผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา รองลงมา (ร้อยละ 39.4) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.5 เคยมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 รองลงมาไม่เคยตรวจเลย 142 คน คิดเป็นร้อยละ 37.3 ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.6) มีความตั้งใจในการ ตรวจติดตามครั้งต่อไป ร้อยละ 6.6 ไม่แน่ใจ และร้อยละ 1.8 ไม่ตั้งใจ และในจำนวนทั้งหมดนี้ สาเหตุที่มาตรวจเพราะบุคลากรทางการแพทย์ส่งตรวจเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 49.9

(2) อัตราครอบคลุม ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 18.7 เป็น ร้อยละ 29.2

(3) อัตราความตั้งใจ ในการติดตามรับฟังผลการตรวจ หลังจากใช้รูปแบบบริการใหม่ พบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 เป็นร้อยละ 78

(4) จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้รับการแนะนำ ให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ 1 มิถุนายน-31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 จำแนกในแต่ละแผนกที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมดลูกได้แก่ แผนกคัดกรองแนะนำ 76 คน เข้าตรวจ 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.9 แผนกตรวจประกันสังคมแนะนำ 100 คน เข้าตรวจ 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 43 แผนกผู้ป่วยนอกอายุกรรม แนะนำ 247 คน เข้าตรวจ 150 คน คิดเป็น ร้อยละ 60.7 ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพแนะนำ 47 คนเข้าตรวจ 41 คน คิดเป็น ร้อยละ 87.2 และแผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวชกรรมแนะนำ 34 คนเข้าตรวจ 34 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

(5) จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ขาดการมาตรวจติดตามนานกว่า 2 ปี ได้กลับมาตรวจซ้ำ 59 คน

(6) จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาตรวจตามนัดก่อนการสร้างรูปแบบบริการ พบว่าอัตราผู้ที่มาตรวจตามนัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.3 เป็น 82.2

(7) จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 92.9 เป็น 96.6

2) ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ ด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

(1) ผู้ให้บริการได้แนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น จากร้อยละ 27.0 เป็น 55.9 และจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการพบว่าสาเหตุที่มาตรวจเพราะได้รับการแนะนำจากแผนกที่มารักษา และมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

(2) การบริการคัดกรองผู้ใช้บริการสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในแต่ละแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องก่อนส่งเข้าห้องตรวจจะมีตราบีม STI ช่วยเตือนไม่ให้ผู้ให้บริการลืมแนะนำส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(3) สถานที่ภายในห้องตรวจนรีเวชถูกปรับปรุงใหม่ โดยจัดให้การไหลเข้า-ออกของผู้ใช้บริการมีความรู้สึกมีบรรยากาศความเป็นส่วนตัวมากขึ้น

(4) ผู้ให้บริการ โดยเฉพาะสูติ-นรีแพทย์จะแนะนำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ตรวจ Pap smear ทุกราย

(5) ระบบการลงทะเบียนผู้ใช้บริการทำให้สะดวกในการติดตามสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีผลผิดปกติและขาดการติดต่อตรวจซ้ำ สามารถเก็บข้อมูลสถิติได้สะดวกขึ้น

(6) การปรับปรุงแบบใบอ่านผลทำให้การสื่อสารให้เครือข่ายช่วยบอกผลให้ได้ ทำให้ผู้ใช้บริการสะดวกมีความพึงพอใจในการทำงานประสานกันดีระหว่างห้องตรวจนรีเวชกับเครือข่าย

(7) ผู้ให้บริการมีพฤติกรรมบริการดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่เอื้ออาทรและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

3) ประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการที่มีต่อรูปแบบบริการที่สร้างขึ้น ด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกพบว่า การให้บริการมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ (1) ความสะดวกสบายที่ได้รับบริการ (2) คุณภาพบริการที่ได้รับดีตามมาตรฐาน (3) ความมีอริยาวัตรที่เป็นกันเองและรู้สึกรอบอุ้ม การพูดคุยแนะนำติดตามสม่ำเสมอ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีไม่รังเกียจและเลือกปฏิบัติ (4) มีการให้ความรู้และคำแนะนำต่างๆ โดยเฉพาะการอธิบายให้เห็นความจำเป็นในการตรวจและการติดต่อกลับมาฟังผลตรวจ การลงบันทึกผลการตรวจในสมุดพกผลการตรวจด้วยตนเอง (5) มีการติดต่อประสานงานของบริการระหว่างห้องตรวจ โรคที่เป็นเครือข่ายกับห้องตรวจนรีเวช มีความคล่องตัวดี และ (6) ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

4) สรุปรูปแบบบริการ และกำหนดแผนการติดตามประเมินผลปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการด้วยการสนทนากลุ่ม ดังนี้

(1) แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ทำหน้าที่เป็นแกนหลักที่ต้องดำเนินการต่างๆ เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์

(2) แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ดำเนินการสร้างเครือข่ายบริการเพิ่มต่อไป

(3) การติดตามประเมินผลปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการทุก 6 เดือน

2. อภิปรายผล

จากผลการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร สามารถอภิปรายผลตามระยะของการวิจัยดังนี้

2.1 สภาพการจัดบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ก่อนการสร้างรูปแบบบริการ

2.1.1 อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร มีอัตราครอบคลุมต่ำที่ร้อยละ 2-10 เท่านั้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาหามะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องไกลตัวและไม่สำคัญเมื่อเทียบกับการติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ และยังขาดการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของผู้ติดเชื้อในการเป็นมะเร็งปากมดลูกที่สูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อ ประกอบกับปัญหาด้านการขาดอัตรากำลังทำให้บุคลากรให้ความสำคัญกับการกระตุ้นเตือนหรือให้คำแนะนำผู้ใช้บริการเพื่อรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ในอันดับท้าย ๆ การขาดความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของเรณู กาวีละ (2536: 69) ที่อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าสตรีที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจะไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำ โดยจะไปรับบริการตรวจอย่างสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาด ชูเกียรติ (2539: 83) ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ปัจจัยด้านบุคลากรยังมีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการ ดังที่สง่า ไชนา (2547: 71-74) ได้ศึกษาวิธีการจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราครอบคลุมในการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.1.2 การจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต้องอาศัยความร่วมมือและประสานงานกันอย่างดีระหว่างบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ยาด้านไวรัสเอช ไอ วี ร่วมกับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ซึ่งเป็นบริการที่ทุกคนยอมรับและให้ความสำคัญ มีการวางแผนการรักษาพยาบาลร่วมกัน ซึ่งแตกต่างจากการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วไป

การจัดบริการส่วนใหญ่ยังขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงาน การดำเนินการมักไม่สม่ำเสมอ และขาดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และต้องสร้างความตระหนักให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการเห็นความสำคัญร่วมกัน ดังนั้นการจัดรูปแบบบริการที่จะให้ได้ผลดีนั้นทุกหน่วยงานต้องหาแนวทางปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้ทุกคนรู้สึกได้ถึงงานบริการที่เกิดขึ้นจากการร่วมคิดของตนเองส่วนหนึ่งทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนั้นรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของ รู้สึกภาคภูมิใจในการออกแบบชิ้นงานนี้และได้ร่วมดำเนินงานจนเกิดผลสำเร็จกันซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุณี โฉมบุตร (2548: 54-55) ที่ได้ทำการศึกษาพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีหมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี พบว่าปัญหาของการจัดระบบบริการต้องให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบบริการร่วมกันค้นหาปัญหาที่มีในระบบบริการร่วมกันคิดแก้ปัญหาโดยวิธีการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

2.3 การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

2.3.1 รูปแบบบริการเป็นรูปแบบบริการที่ทำงานเชื่อมโยงส่งต่อระหว่างหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ซึ่งแบ่งออกได้ 2 รูปแบบดังนี้

1) รูปแบบการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ของแผนกคัดกรองด้านหน้า แผนกตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ และแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม เป็นรูปแบบบริการที่มีประสิทธิภาพได้เนื่องจาก

(1) เป็นรูปแบบที่มีการทำงานประสานงานกันระหว่างแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆ (อาภาพร เผ่าวัฒนา 2549:29) โดยมีแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ซึ่งทำหน้าที่เป็นแกนนำเครือข่าย โดยที่แต่ละแผนกต่างก็มีเป้าหมาย วิธีการทำงานที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง มีทรัพยากรของตนเองเพื่อปฏิบัติการกิจให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นภารกิจร่วมกัน โดยที่ต่างฝ่ายต่างก็ยังปฏิบัติการกิจของตนเองอยู่

(2) เป็นการทำงานที่เกิดจากการร่วมแรง ร่วมใจกันเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล พยาบาลให้การปรึกษา นักสังคมสงเคราะห์และผู้ช่วยเหลือคนไข้ และบุคคลที่ขาดไม่ได้ก็คือสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่สามารถแนะนำเพื่อนๆตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อกันไป รูปแบบที่สร้างขึ้นสอดคล้องกับบริบทการให้บริการในสภาพปัจจุบันเนื่องจากเกิดจากแนวคิดที่รวบรวมจากการสนทนากลุ่มจุดเด่นของการสนทนากลุ่มในงานวิจัยนี้คือทำให้สมาชิกกลุ่ม ได้เรียนรู้วิเคราะห์ข้อมูล มีแนวคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน ทำให้ร่วมกันค้นหาปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์นี้ทำให้กลุ่มก่อให้เกิดความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน (วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุกกุล 2522: 14-15) นับว่าเป็น “พลัง” ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์สามารถพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี /เอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

(3) เป็นรูปแบบการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยที่พยาบาลวิชาชีพในแต่ละแผนกสามารถแนะนำส่งตรวจได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งจากอายุรแพทย์ ถือเป็นแนวปฏิบัติที่ทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ทำให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการได้รับความสะดวกเร็วขึ้น ซึ่งในขณะเดียวกันยังต้องมีการประสานงานของแต่ละแผนก ในขณะที่ให้บริการที่จะสนับสนุนให้การส่งตรวจมีความคล่องตัวเกิดความพึงพอใจต่อผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น

(4) มีการจัดสื่อสนับสนุนการจัดบริการให้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ และสมุดสั่งทำ Pap smear เพื่อให้สตรีที่มารับบริการทุกคนได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเท่าเทียมกัน แม้ว่าจะมีผู้ใช้บริการคับคั่ง และเกิดภาวะขาดแคลนอัตรากำลังในสถาบันบำราศนราดูร นอกจากโปสเตอร์ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจะช่วยให้สตรีที่ใช้บริการได้รับข้อมูลแล้ว ยังมีส่วนกระตุ้นบุคลากรให้ตระหนักถึงการให้ข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย

(5) เป็นรูปแบบบริการที่เกิดประโยชน์ครอบคลุมไปถึงการคัดกรองโรคฉวยโอกาสต่างๆของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทำให้สามารถค้นพบรอยโรคก่อนที่จะมีอาการที่รุนแรงได้

2) รูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ

เอช ไอ วี/เอดส์ ของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ด้วยการจัดห้องตรวจภายในให้เหมาะสม มีคิวด การวางระบบการเดินเข้า-ออกภายในห้องตรวจให้เป็นลักษณะทางเดียว (one way) ซึ่งเป็นผลให้ผู้ใช้บริการรู้สึกถึงมีความเป็นส่วนตัวมากขึ้น ลดความวิตกกังวลเรื่องความลับบางอย่างถูกเปิดเผย ขณะเข้าตรวจ

2.3.2 การพัฒนาจัดรูปแบบบริการได้จัดหาวิธีการกระตุ้นเตือนทั้งผู้ให้บริการและผู้ให้บริการไม่ให้ลืมที่จะแนะนำ และตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการพัฒนา (1) ตรายางป้อนแนวทางซักประวัติความเสี่ยงโรคฉวยโอกาส (2) สมุดพกบันทึกผลการตรวจประจำตัวของสตรีที่ติดเชื้อ (3) การออกบัตรนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือน และ (4) การลงรหัสทะเบียน STI บนปกเวชระเบียนและในคอมพิวเตอร์ ทำให้ช่วยกระตุ้นเตือนให้มาตรวจ ถึงแม้จะเลขนัดแล้วก็สามารถตรวจได้ถ้าสตรีผู้นั้นมีความพร้อม ซึ่งคล้ายกับการรวบรวมงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องในการหาวิธีการที่ทำให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้สม่ำเสมอจนได้ผลสำเร็จ Abercrombie (2003: 43-44) พบว่าการติดตามสตรี ให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้ผลสำเร็จดีคือ 1) การให้ความรู้ด้วยการใช้แผ่นพับ 2) การใช้คู่มือแลกแทนค่าตรวจ 3) การให้บุคคลภายในครอบครัวช่วยกระตุ้นเตือน 4) การจัดระบบบริการที่ช่วยอำนวยความสะดวกสบายในการตรวจ 5) มีระบบการเตือน 6) ระบบมีการช่วยเหลือในการเดินทาง 7) ความร่วมมือจากบุคคลภายในครอบครัว 8) การกระตุ้นให้สตรีเห็นประโยชน์ของการตรวจต่อเนื่องสม่ำเสมอ และ 9) การให้การปรึกษาทางโทรศัพท์

2.3.3 การพัฒนาจัดระบบการลงทะเบียน เพื่อบันทึกประวัติต่างๆ โดยเฉพาะผลการตรวจมีประโยชน์อย่างมากในการติดตามความก้าวหน้าของการเปลี่ยนแปลงของรอยโรคที่ปากมดลูกของแต่ละคน เพราะการตรวจในแต่ละครั้งผลอาจจะเกิดรอยโรคระยะก่อนมะเร็งแล้ว รอยโรคนั้นจะดำเนินไปเรื่อยๆถ้ามาตรวจอย่างต่อเนื่องจะถึงจุดที่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเองทราบว่า

ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ให้บริการไม่หลงลืมในการติดตามกระตุ้นเตือน ผู้ใช้บริการ และทะเบียนประวัติและผลการตรวจช่วยในการจัดทำข้อมูลสถิติต่างๆ ในการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นผลการปฏิบัติงานของบุคลากรในเครือข่ายร่วมกันด้วย ได้เป็นอย่างดี

2.3.4 การใช้สมุดพกบันทึกผลการตรวจมีประโยชน์สำหรับผู้ให้บริการ เพราะ

นอกจากจะเป็นเครื่องมือช่วยกระตุ้นเตือนความจำในการตรวจติดตามซ้ำแล้ว ยังใช้ลงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซ้ำอย่างต่อเนื่องถึงแม้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จะไปรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่อื่น ๆ ได้ในรายที่ไม่สะดวกในการตรวจต่อเนื่องที่สถาบันบำราศนราดูรได้

2.3.5 การใช้ใบนัดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำทุก 6 เดือน นอกจากจะช่วย

เตือนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ให้มาตรวจซ้ำแล้วยังมีข้อดีที่ใบนัดนี้ช่วยในการติดตามในรายที่ผลผิดปกติแต่ไม่ได้ทราบผลการตรวจครั้งก่อน ซึ่งในบางครั้งห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรมไม่สามารถติดตามรักษาได้

2.3.6 การใช้ใบรายงานผลการตรวจ Pap smear ในรูปแบบเดียวกัน ทำให้การบอก

ผลง่ายขึ้น การติดตามในรายที่ผลผิดปกติง่ายขึ้น โดยเครือข่ายก็สามารถบอกผลให้ได้ซึ่งถือเป็นการให้การดูแลร่วมกันระหว่างแผนกสูติ-นรีเวชกรรมกับแผนกผู้ป่วยนอกอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องส่งผลให้ผู้ให้บริการซึ่งเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีความกังวลระหว่างความต้องการทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่รอคิวตรวจกับอายุรแพทย์ที่มารักษา ทำให้ลดความวิตกกังวลลงเนื่องจากสามารถฟังผลการตรวจได้จากพยาบาลวิชาชีพในแผนกที่มาตรวจรักษา

2.3.7 การให้ฟังผลการตรวจทางโทรศัพท์ทำให้ผู้ให้บริการมีความสะดวกมากขึ้น

เนื่องจากผู้ให้บริการบางกลุ่มที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปกปิดสถานะผลเลือดของตนเอง การมีจดหมายที่มีตราปั๊มของสถาบันบำราศนราดูร ทำให้เกิดความสงสัยจากสังคมที่มีคำถามที่ผู้ให้บริการที่เป็นสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไม่ต้องการให้กล่าวถึง นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ใช้โทรศัพท์มือถือทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ผู้ให้บริการยังสามารถถามปัญหาการเจ็บป่วย ข้อมูลที่สงสัยได้เร็วขึ้น และเป็นการเยียวยาทางด้านจิตใจอย่างหนึ่ง

2.3.8 การจัดบริการที่เอื้ออาทร อำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการด้วยการยึด

ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกอบอุ่นผูกพัน เกิดการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมผู้ให้บริการและสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ลักษณะความเอื้ออาทรนั้นนับเป็นเอกลักษณ์ที่เป็นจุดเด่นซึ่งเกิดจากพื้นฐานทางด้านจิตใจของผู้ให้บริการที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความเมตตากรุณาที่ไม่เลือกปฏิบัติสามารถให้บริการได้ทุกกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ซึ่งเอกลักษณ์นี้นับเป็น

กลยุทธ์ที่สำคัญในการดึงดูดผู้ใช้บริการที่เป็นสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ให้มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2.3.9 การมีแผนการดำเนินงานต่อเนื่องและปรับปรุงประเมินผลทุก 6 เดือน นั้นจะทำให้สามารถพบประเด็นใหม่ๆ ในการปฏิบัติงานทำให้สามารถนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไปได้ด้วยการจัดสนทนากลุ่มเพื่อปรับพัฒนา รูปแบบบริการร่วมกันในแต่ละระยะๆ ซึ่งถือเป็นบทเรียนเพื่อปรับพัฒนารูปแบบบริการครั้งต่อไป

2.3.10 การมีแกนนำที่สามารถดำเนินงานให้การพัฒนาขับเคลื่อนมาจนประสบผลสำเร็จ ได้นั้นเป็นผลมาจากการที่หัวหน้าหน่วยงานของแต่ละแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้องมองเห็นความสำคัญของปัญหา และมีคุณสมบัติที่เป็นผู้นำหรือผู้บริหารยุคใหม่ที่เน้นเรื่องการเปลี่ยนแปลงที่เริ่มจากการเปลี่ยนแปลงตนเอง ด้วยการเปิดใจ การยอมรับฟังปัญหา เป็นผู้ฟังที่ดี คិวิเคราะห์และพร้อมที่จะปรับปรุงแก้ไขด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ร่วมงานและผู้ใช้บริการ ดังกรณีศึกษาของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งได้ทำการวิจัยและพัฒนากรณีศึกษาการพัฒนาระบบบริหารยาในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือที่รู้จักกันดีที่เรียกว่า “MAR” พบว่าผลสำเร็จของการพัฒนาไม่ได้อยู่ที่คนเพียงคนเดียวหากแต่อยู่ที่ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรทุกคน โดยมีผู้นำที่มีศักยภาพของผู้บริหารในการนำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง (ลดาวัลย์ รววมเมฆ สุกานดา นิมทองคำ และสุมิตรา สร้อยอินทร์ 2549)

2.4 การประเมินประสิทธิภาพรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

2.4.1 จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ได้รับการแนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมดลูก ตั้งแต่ 1 มิถุนายน-31 สิงหาคม พ.ศ. 2550 จำแนกในแต่ละแผนกที่ส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมดลูกได้แก่ แผนกคัดกรองด้านหน้า แนะนำ 76 คน เข้าตรวจ 25 คน คิดเป็น ร้อยละ 32.9 เป็นเพราะระบบที่คัดแยกตามอาการ ส่งเข้าแต่ละแผนก ทำให้สตรีบางรายที่ได้รับการแนะนำแล้วจากแผนกคัดกรองด้านหน้า เมื่อถูกส่งไปรับการรักษาในแต่ละแผนกที่เกี่ยวข้องๆ นั้นๆ ก็ได้รับการแนะนำซ้ำอีกซึ่งมองดูเหมือนอัตราการเข้าตรวจค่อนข้างต่ำเนื่องจากสตรีส่วนหนึ่งส่งตรวจแผนกสูติ-นรีเวชกรรมเลย แต่อีกส่วนหนึ่งได้ถูกส่งเข้าตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกอื่นๆ ดังนี้ แผนกตรวจประกันสังคมแนะนำ 100 คน เข้าตรวจ 43 คน คิดเป็น ร้อยละ 43 การที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ของแผนกนี้มีอัตราตรวจสูงเนื่องจากสตรีของแผนกนี้เป็นกลุ่มที่ได้รับการตรวจ ฟรีเพราะเป็นกลุ่มที่ใช้สิทธิประกันสังคมของสถาบันบำราศนราดูร แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมแนะนำ 247 คน เข้าตรวจ Pap smears 150 คิดเป็น ร้อยละ 60.7 ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าตรวจสูงมากเช่นกัน เนื่องจากมีอัตราผู้มาใช้บริการสูงมากกว่า

แผนกอื่นๆและในขณะเดียวกันก็มีจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลออกให้บริการมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสง่า ไซนา (2547: 71-74) ได้ศึกษาวิธีการจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของจังหวัดหนองบัวลำภูพบว่าการจัดการด้านทรัพยากรบุคคลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับอัตราการครอบคลุมในการตรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ยังคงพบปัญหาว่าแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมอยู่แยกตึกกับห้องตรวจนรีเวช ซึ่งคิดเป็นระยะทางที่ห่างไกลพอสมควร และการที่แผนกนี้มีการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ร่วมกับผู้ใช้บริการโรคอื่นๆที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ดังนั้นการแนะนำการให้บริการความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการติดเชื้อเอช ไอ วี จึงไม่สะดวกในการพูดคุยกับสตรีกลุ่มนี้ เพราะในบางเรื่องการพูดจะยังทำให้เกิดการตีตราในใจของสตรีกลุ่มนี้เนื่องจากในประเด็นของการใช้คำพูดต่างๆ กลัวคนอื่นๆจะรู้เรื่องโรคของตนเอง สำหรับหน่วยฟื้นฟูสุขภาพแนะนำ 47 คนเข้าตรวจ Pap smear 41 คน คิดเป็นร้อยละ 87.2 เนื่องจากแผนกนี้เป็นแผนกที่อยู่ติดกับห้องตรวจนรีเวช และอายุรแพทย์ออกตรวจเร็วทำให้ผู้ใช้บริการไม่ต้องกังวลการตรวจไม่ทันกับอายุรแพทย์ ผู้มาใช้บริการเป็นผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ทั้งหมดการแนะนำง่าย พูดได้ทุกคนที่เป็นผู้หญิงและสะดวกในการแนะนำไม่ต้องกลัวว่าพูดแล้วความลับเรื่องการติดเชื้อจะถูกเปิดเผยเพราะทุกคนในที่นี้มีโรคเหมือนกันจึงเป็นผลให้อัตราการเข้าตรวจสูงที่สุด และแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมแนะนำ 34 คนเข้าตรวจ Pap smear 34 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ให้บริการตรวจโดยตรงผู้มาใช้บริการต้องการมาตรวจอยู่แล้ว จึงพูดคุยเข้าใจได้ง่าย สรุปได้จากประมวลผลพบว่าสัดส่วนการเข้าตรวจแต่ละแผนกมากน้อยแตกต่างกันออกไปเนื่องจากบริบทของแต่ละแผนกไม่เหมือนกัน เช่น เวลาการออกตรวจของอายุรแพทย์ กับสูติ-นรีแพทย์ จำนวนบุคลากรผู้ให้บริการ จำนวนผู้มาใช้บริการ และบริบทของภาระงานของแต่ละแผนก

2.4.2 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ขาดการมาตรวจติดตาม ได้กลับมาตรวจซ้ำ 59 คนแสดงให้เห็นถึงความสามารถของเครือข่ายที่ค้นพบสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่ขาดการมาตรวจติดตามและใช้กลยุทธ์ให้ความรู้สร้างแรงจูงใจจนทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ กลับมาตรวจซ้ำ

2.4.3 รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
ในสถาบันบาราศนราดูร เป็นการบริการที่มีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจทั้ง 6 ด้านของผู้ใช้บริการ เนื่องจากรูปแบบบริการยึดหลักการให้บริการที่เอื้ออาทรและยึดความต้องการของผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2.4.4 พฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ในแผนกผู้ป่วยนอกต่างๆ
เกิดการเปลี่ยนแปลง ในด้านการชักจูงโน้มน้าวให้ความรู้เรื่องภาวะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

การกระตุ้นเตือนแนะนำ การบอกผลการตรวจ การติดตามมาตรฐานรักษาในรายที่ผลผิดปกติ อย่างเห็นได้ชัดเจนขึ้น จากการวิเคราะห์จากแบบสัมภาษณ์สตรีที่ติดเชื้อเอชไอ วี/เอดส์ ถึงสาเหตุที่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ามาตรวจเพราะบุคลากรทางการแพทย์ส่งเสริมขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 55.9 เป็นผลให้อัตราครอบคลุม ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.7 เป็น ร้อยละ 29.2 อัตราความตั้งใจ ในการติดตามรับฟังผลการตรวจ มีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 58.9 เป็นร้อยละ 78 จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ขาดการมาตรวจติดตาม นานกว่า 2 ปี ได้กลับมาตรวจซ้ำ 59 คน จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาตรวจตามนัดก่อนการสร้างรูปแบบบริการ พบว่าอัตราผู้ที่มาตรวจตามนัดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.3 เป็น 82.2 จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 92.9 เป็น 96.6 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของจาร์นีย์ โจนบุตร (2548: 51) ที่ได้ทำการพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีหมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้การวิจัยและพัฒนาได้มีการจัดประชุมกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขจัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อหาปัญหาอุปสรรคของแรงจูงใจ และหาความต้องการพัฒนาแรงจูงใจของสตรีหมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี ผลการวิจัยพบว่ามีผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 77.78 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 50

3. ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไปดังนี้

3.1 ควรมีการจัดฝึกอบรมหรือให้ข้อมูลแก่บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อสร้างความตระหนักในบทบาทของตนเองเกี่ยวกับการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีกลุ่มนี้ ต่อเนื่องเป็นระยะๆ

3.2 ควรมีการพัฒนากระบวนการบันทึกและติดตามสตรีติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนอกสถาบันบาราศนราดูร ในด้านจำนวนครั้งของการรับบริการ ผลการตรวจ และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

3.3 ควรมีการนำกระบวนการวิจัยและพัฒนาไปใช้ในการจัดระบบบริการอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาบริการที่ยั่งยืน

3.4 ในการจัดทำสื่อสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีลักษณะเป็นมาตรฐานทั่วไปไปในการศึกษาครั้งนี้ เช่น การจัดทำสมุดบันทึกประจำตัวซึ่งพบว่าช่วยกระตุ้นเตือนให้สตรีกลุ่มนี้

มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างได้ผลดี จำเป็นต้องให้ความสำคัญกับการรักษา
ความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อ เช่น ไม่ระบุชื่อสถาบันบำราศนราดูร และไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อ
เอช ไอ วี/เอดส์ในสมุด

**3.5 การจัดการบริการให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ควรจัดการบริการร่วมกับสตรีทั่วไป เพื่อ
ไม่ให้เกิดความแตกต่าง ในเรื่องของการให้บริการ หากจัดแยกเป็นจุดให้เห็นชัดเจน อาจทำให้เกิด
ข้อสงสัยที่ทำให้เกิดข้อคำถามว่า “สตรีกลุ่มที่แยกตรวจบริการทั้งหมดนี้เป็นโรคอะไร ทำไมต้อง
แยกบริการ ทำให้กลุ่มสตรีทั่วไปตั้งข้อสังเกตคนกลุ่มนี้เกิดการตีตราตั้งข้อรังเกียจสตรีกลุ่มนี้ได้ว่า
เป็นโรคเอดส์หรือไม่”**

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรรณา โตสงวน (2546) "ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อการบริการแบบญาติมีส่วนร่วม" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชแผน ข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กรรณิการ์ สุวรรณโคตร (2550) "การอภิปรายผลการวิจัย" ใน เอกสารการสอนชุดวิชา วิทยานิพนธ์ 3 หน่วยที่ 10 หน้า 1-62 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- กิตติศักดิ์ วิลาวรรณ (2550) "Global Impact of HPV Vaccine to Women's Health" ใน ชาญชัย วันทนาศิริ และ ดวงสิทธิ์ วัฒนารา บรรณาธิการ สติศาสตร์ทันยุค หน้า 45-51 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.อีฟวิ้ง
- จตุพล ศรีสมบุรณ์ (2547) มะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและการรักษา กรุงเทพมหานคร พี.บี. ฟอเรน บুক เนเตอร์
- _____ (2549) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจหาเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก กรุงเทพมหานคร โรงพิมพ์ไทยพิมพ์
- _____ (2549) แนวทางการดำเนินงาน โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กรุงเทพมหานคร
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543) สุขภาพคนไทย ปี พ.ศ.2543 นนทบุรี โครงการสำนักพิมพ์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เจริญสุข อัครพิพิธ (2548) "ระยะเวลาการมีชีวิตรอดของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจพบค่า CD4 ต่ำกว่า 200 Cell/mm³ ในสถาบันบำราศนราดูร" วารสารควบคุมโรค 31, 2 (เม.ย-มิ.ย.48) : 184-191
- จารุณี โฉมบุตร (2548) "การพัฒนาแรงจูงใจให้เข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี หมู่ 5 ตำบลท่าศาลา อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี" วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) "ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว" วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ชำนาญ เกียรติพิรุณ (2548) “การเกิดรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูกใน
สถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี” *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*
20, 1: 48-54
- ธเนศ จำเกิด (ม.ป.ป.) การวิจัยและพัฒนา (R&D) กระบวนการศึกษาค้นคว้าสู่คุณภาพ สาระสังเขป
ออนไลน์ ค้นคืน วันที่ 22 กันยายน 2550 จาก [http://area
obec.go.th/nonthaburi1/tanes/tms_061115.8 doc](http://area.obec.go.th/nonthaburi1/tanes/tms_061115.8_doc)
- ธีรวุฒิ อุหะเปรมะ (2548) *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี PAP SMEAR* กรุงเทพมหานคร
สยามออฟเซ็ท
- ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และ วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ (2544) “เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก” ใน
กิจประมุข ตันตยาภรณ์ และคณะ นรีเวชวิทยา หน้า 162-84 กรุงเทพมหานคร
จุฬาลงกรณ์
- ปิยะนาท พิมพ์แปร (2548) “การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปกป้องตนเองจากการ
เป็นมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติและ
ผิดปกติ” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*
- ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ (2549) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อผิวก
มดลูกในสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร” *วารสารควบคุมโรค*
32, 1 (ม.ค.-มี.ค.49) : 10-19
- พัชรวิวรรณ เจนสาริกรณ์ (2547) “การบริการของคลินิกสุขภาพเด็กดีในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพที่คัดสรร” *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การบริหารการ
พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร (2540) *การวิจัยปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วม พิมพ์ครั้งที่ 2* กรุงเทพมหานคร
สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- พูลสุข หิงคานนท์ (2549) “แนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล” ใน
ประมวลสาระชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 1 หน้า 6-7
นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- พิรพงษ์ อินทสร และ ชัยยศ ธีรผกาวงศ์ (2550) “มะเร็งปากมดลูก” ใน *สมบูรณ์ คุณาธิคม และ
คณะ บรรณาธิการ นรีเวชวิทยา* หน้า 238-46 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2550) *หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและ
สุขภาพ* ชานเมืองการพิมพ์

- พรทิพย์ ทักษิณ (2541) “พฤติกรรมกรป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในเขต
ท้องเที่ยวเมืองพัทยา” วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
พยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ฟาริดา อิบราฮิม (2546) *ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล* กรุงเทพมหานคร สาม
เจริญพาณิชย์
- ภูษิษฐ์ มีประเสริฐสกุล (2547) “ความผิดปกติของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อ เอชส์
ในสถาบันบำราศนราดูร ”วารสารควบคุมโรค 30, 4 (ต.ค.-ธ.ค.47) :337-343
- นุชนาถ ชูเกียรติ (2539) “การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปาก
มดลูกของสตรีชนบท อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา”วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- นิตา ชูโต (2545) *การวิจัยเชิงคุณภาพ* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร แม่ทัพปอ่ยท์
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542) กรุงเทพมหานคร นามมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์
- มณี อากานันท์กุล (2550) “การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพในการทำวิทยานิพนธ์” ใน
ประมวลสาระชุดวิชาวิทยานิพนธ์ 2 หน่วยที่ 9 หน้า 1-68 นนทบุรี
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- มาเรียม นิลพันธุ์ (2549) *วิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์* พิมพ์ครั้งที่ 2 นครปฐม
มหาวิทยาลัยศิลปากร
- มงคล เบญจาทิบาล และ สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา (2550) “Clinical Utility of HPV Testing and
Genotyping in Cervical Cancer Screening” ใน *ชาญชัย วันทนาศิริ และ ดวงสิทธิ์
วัฒนารา บรรณาธิการ สติศาสตร์ทันยุค* หน้า 3-12 กรุงเทพมหานคร พี.เอ.ลีฟวิ่ง
- รัตนะ บัวสน (2547) “การวิจัยและพัฒนา” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการเปรียบเทียบวิธีวิจัยทางรัฐ
ประศาสนศาสตร์* หน่วยที่ 6 หน้า 252-61 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- เรณู กาวิละ (2537) “ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับ
บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่”
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธ์ บุญยรัตพันธ์ (2549) การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 กรุงเทพมหานคร สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- วนิดา ทางาม (2542) “การส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วราภรณ์ อ่ำช้าง (2544) “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- วิชัย เตชะสาธิต และสุรพล สุวรรณกุล (2548) “ระบาดวิทยาและธรรมชาติของโรคติดเชื้อ เอชไอวี” ใน ตำราโรคติดเชื้อ หน้า 1132-41 กรุงเทพมหานคร โฮลิสติก แพบลิชชิง
- วิจิตร ศรีสอ้าน (2541) “ทศวรรษแรกของ มสธ.: ปมประวัติ มสธ.” ใน 20 ปี มสธ. แห่งการพัฒนามหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2531-2541 หน้า 15-28 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วงเดือน ปันดี (2548) “สถิติที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบข้อสมมุติเบื้องต้นของการใช้สถิติ” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางการพยาบาลสารสนเทศและสถิติ หน่วยที่ 7 หน้า 18-27 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- สง่า ไชยนา (2547) “การจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับผลการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดหนองบัวลำภู” วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- เสน่ห์ ขี้โต (2547) “การวิจัยเชิงคุณภาพทางรัฐประศาสนศาสตร์” ใน ประมวลสาระชุดวิชาการวิจัยทางรัฐประศาสนศาสตร์ หน่วยที่ 4 หน้า 147-154 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาการจัดการ
- สวรส เสนาสุณย์ (2546) “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก จังหวัดชลบุรี: กรณีศึกษาเฉพาะเขตอำเภอมืองจังหวัดชลบุรี” วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา

- สุพักตร์ พิบูลย์ (2549) *การวิจัยและพัฒนา สำหรับครูและบุคลากรทางการศึกษา นนทบุรี จตุพรดีไซน์*
- สุรพล เกาะเรียนอุดม (2548) “การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ (HIV Testing in Laboratory)” ใน สุรพล เกาะเรียนอุดม และ สัณชัย ชาสมบัติ *การตรวจวินิจฉัยเอชไอวีเอดส์ทางห้องปฏิบัติการ* หน้า 18 กรุงเทพมหานคร สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
- สุรพล สุวรรณกุล (2538) “โรคติดเชื้อเอชไอวี” ใน นลินี อัสวโกติ *การรักษาด้วยวิธีการในปัจจุบัน สำหรับโรคติดเชื้อที่พบบ่อย* หน้า 351-6 กรุงเทพมหานคร บริษัท ที.พี.พรินท์
- สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และสัณญา ภัทรราชย์ (2541) “ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์” ใน สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล สัณญา อินทรประเสริฐและสัณญา ภัทรราชย์ *เอดส์ ใน สุนัขและวางแผนครอบครัว* หน้า 1-21 กรุงเทพมหานคร สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง
- สมชาติ โตรักษา (2548) *หลักการบริหารโรงพยาบาล พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร เอส.พี.เอ็น.การพิมพ์*
- อัญชลี จูติดำรงพันธ์ (2539) “การประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมมารดาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช” *วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*
- อาภาพร เผ่าวัฒนา (2549) “การสร้างทีมงานและเครือข่ายในระบบบริการพยาบาล” ใน *ประมวลสาระชุดวิชาการ การสอนชุดวิชา การพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล* หน้าที่ 13 หน้า 28-30 นนทบุรี มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช สาขาพยาบาลศาสตร์
- Abercrombie, P.D (2005): Retried 21/6/2007 from www.sciencedirect.com
- Center for Disease Control and Prevention.(1993) “ revised classification system for HIV Infection and surveillance case definition for AIDS among adolescents and Adults” *MMWR*1993. 41: 1-19.
- _____. (2002) Sexually transmitted disease treatment guide lines .*MMWR* 51: 9.
- Chirenje, Z.M. (2005) “HIV and cancer of the cervix”. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 19,2 : 269 – 276.
- IARCHuma, (1996) “IARC Working group on the evaluation of carcinogenic risk to humans” In *n immunodeficiency viruses and human T-cell lymphotropic viruses. IARC Monograph s* : 66.

- International Collaboration on HIV and Cancer (2000) "Highly active antiretro-viral therapy and Incidence of cancer in human immunodeficiency virus-Infected adults"
In *J Natl Cancer Inst* . 92: 1823-1830.
- Maiman M, Tarricone N, Vieira J, et al.(1991) "Colposcopic evaluation of human Immunodeficiency virus-seropositive women" In *Obstet Gynecol* :84-88.
- Ferlay, J., Bray, F., Pisani, P., Parkin,(2000) "DM. GLOBOCAN 2000" In cancer incidence, Mortality and prevalence worldwide, version 1. 0 IARC Cancer Base No. 5. Lyon: IARC. Press 2001.
- Srivongrangson P, Liesbeth J.M, Chaovavanich A, et al.(2007) "Screening HIV-Infected Woman For Cervical Cancer in Thailand: Finding From a Demonstration Project" In *Sexually Transmitted Diseases* 34,2 : 104-7.
- _____. (2006) "Sexually Transmitted Infection Services as a Component of HIV Care Finding of a Demonstration Project among HIV Infected Women in Thailand"
In *J Acquir Immune Defic Syndr* 41, 5 (April 15) : 671-4.
- Palefsky JM, Minkoff H, Kalish LA, Levine A, Sacks HS, Gracia P, et al.(1999) "Cervicovaginal Human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-1 (HIV)-positive and high risk HIV-negative women." In *J Natl Cancer Inst* 1999; 91 : 226-236.
- Palefsky JM (2003) "Cervical human papillomavirus infection and cervical intraepithelial neoplasia in women positive for human immunodeficiency virus in the era of highly active antiretroviral therapy. *Curr Opin Oncol* : 15 : 382-8.
- Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ (2006) "Intervention for encouraging sexual Lifestyles and behaviors intended to prevent cervical cancer" Retrieved September 26, 2007 online from <http://www.thecochranelibrary.com>
- Sue J, et al. (2001) "Cost Effectiveness of Human Papillomavirus Testing to Augment Cervical Cancer Screening in Women Infected with the Human Immunodeficiency Virus" *The American Journal of Medicine*. 111 (August): 140-148.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. **นายแพทย์สมสิทธิ์ ต้นสุกสวัสดิกุล**
 ตำแหน่ง นายแพทย์ 10
 อายุรแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 สถาบันบำราศนราดูร
2. **แพทย์หญิงปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ**
 ตำแหน่ง นายแพทย์ 8
 สูติ-นรีแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดรักษาโรคเฉพาะสตรีและสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
 สถาบันบำราศนราดูร
3. **ร.ต.หญิง โสพิศ บั้วราช**
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
 หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม ผู้เชี่ยวชาญในการให้การปรึกษาและดูแลผู้ป่วยที่
 ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทางด้านสูติ-นรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร
4. **นางปิยะนาด พิมพ์แปร**
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7
 หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ผู้มีความชำนาญพิเศษในการตรวจคัดกรอง
 มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจสอบด้วยสายตาและใช้กรดอะซิติก

ภาคผนวก ข
แผนการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงานกิจกรรม

วัน/เดือน/ปี	กิจกรรม	ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
21-29 เมษายน พ.ศ.2550	สัมภาษณ์เจาะลึก สังเกตและสำรวจ ข้อมูลสถิติและ ทบทวนวรรณกรรม	แพทย์ พยาบาลและผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ห้องตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด้านหน้าและห้องตรวจนรีเวช
1 พฤษภาคม พ.ศ. 2550	สนทนากลุ่ม	พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม
3 พฤษภาคม พ.ศ. 2550	สนทนากลุ่ม	พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้แผนกคัดกรองด้านหน้า และห้องตรวจประกันสังคม
7 พฤษภาคม พ.ศ. 2550	สนทนากลุ่ม	พยาบาลและแพทย์ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ
9 พฤษภาคม พ.ศ. 2550	สนทนากลุ่ม	พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้แผนกผู้ป่วยนอก สูติ-นรีเวช
10-30 พฤษภาคม พ.ศ.2550	ทดลองใช้รูปแบบ	ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ห้องตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด้านหน้าและห้องตรวจนรีเวช
31 พฤษภาคม พ.ศ.2550	สนทนากลุ่ม	ตัวแทนแต่ละแผนกที่ให้บริการ ได้แก่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ห้องตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด้านหน้าและห้องตรวจนรีเวชเพื่อปรับ พัฒนา และสรุปรูปแบบบริการฉบับสมบูรณ์
1 มิถุนายน-30 สิงหาคม พ.ศ. 2550	ปฏิบัติตาม แผนปฏิบัติการใช้ รูปแบบบริการจริง	ผู้ให้บริการและผู้ให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ห้องตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด้านหน้าและห้องตรวจนรีเวช
31 สิงหาคม พ.ศ. 2550	สนทนากลุ่มเพื่อ ประเมินผลการใช้ รูปแบบบริการจริง	ตัวแทนแต่ละแผนกที่ให้บริการ ได้แก่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม ห้องตรวจประกันสังคม หน่วยฟื้นฟู สุขภาพ แผนกคัดกรองด้านหน้าและห้องตรวจนรีเวช เพื่อสรุปรูปแบบบริการ กำหนดแผนติดตามปรับ พัฒนารูปแบบบริการเป็นระยะ

ภาคผนวก ก

**แนวทางการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
และการบันทึกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก**

แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ ผู้ใช้บริการ

1. ท่านเคยได้ยินเรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง อย่างไรบ้าง
2. ท่านทราบหรือไม่ว่าสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกคนปีละ 1-2 ครั้ง
3. ท่านเคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ที่ไหน และรู้สึกอย่างไร
4. เหตุผลที่ท่านไม่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. ท่านเคยมาตรวจแล้วหายไปเพราะเหตุใด และวันนี้มีเหตุผลใดทำไมถึงมาตรวจ
- 6 ระบบที่ท่านต้องการเพื่อให้เอื้อต่อท่านในการตรวจได้แก่
 - สถานที่ เช่น แผนกที่ตรวจอยู่ตึกห่างไกล-ใกล้เป็นอย่างไร
 - บุคลากร เช่น แพทย์ผู้ตรวจ ผู้ช่วยตรวจ พยาบาล
 - อัตราค่าตรวจ 250 บาท/ครั้ง แพงมาก/ไม่แพง เพราะอะไร
 - การบอกผลการตรวจเช่น โทรศัพท์มาฟังผล เหตุผลเพราะ...จดหมายเหตุผลเพราะ...มาฟังด้วยตนเองเหตุผลเพราะ....
7. ระบบการนัดตรวจครั้งต่อไปท่านต้องการให้ห้องตรวจ สูติ-นรีเวช ออกบัตรนัดหรือไม่ หรือท่านจะมาตรวจเองเมื่อครบกำหนดตรวจ

แนวคำถามในแบบสัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ

1. คนใช้ในแต่ละประเภทที่ท่านพบท่านให้บริการอะไรบ้าง
2. ถ้าท่านพบสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ท่านให้บริการอย่างไรบ้างและท่านคิดว่าสตรีเหล่านี้ควรได้รับการดูแลสุขภาพเรื่องอะไรบ้าง
3. ในแต่ละวันท่านได้พบสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์มีจำนวนเท่าไร ต่อวันและท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อ โรคและปัญหาของสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ และในแต่ละวันท่านพบว่าสตรีกลุ่มนี้มีปัญหาอะไรบ้าง
4. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรบ้างเกี่ยวกับเรื่องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
5. ท่านพบว่าปัญหาใดบ้างที่ทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
6. ท่านมีวิธีพูดคุยอย่างไรที่จะทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เข้าใจและยินดีที่จะตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก และท่านคิดว่าสิ่งใดบ้างที่ช่วยกระตุ้นให้สตรีกลุ่มนี้ ไม่ลืมและต้องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
7. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับระบบการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และในปัจจุบันมีข้อดีอะไรบ้างที่ควรทำต่อไป และมีจุดที่ต้องปรับปรุงอะไรบ้าง
8. การส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เพื่อให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรมีขั้นตอนอย่างไรเพื่อให้เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

แนวคำถามการสนทนากลุ่มในแต่ละแผนก

ประเด็นที่ 1 สภาพรูปแบบบริการในการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

1. รูปแบบบริการในแต่ละแผนกพบปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง
2. บทบาทของพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกได้ให้การเอื้ออำนวยต่อการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยยึดหลักผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การช่วยเหลือดูแลให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มีความรู้สึกว่ามีศักดิ์ศรีเท่าเทียมผู้ใช้บริการอื่นๆ หรือไม่ อย่างไร
3. ขั้นตอนการมาใช้บริการ เมื่อผู้ใช้บริการมาที่ห้องบัตร แผนกคัดกรอง การมานั่งรอหน้าห้องตรวจ การเข้าตรวจมีการอำนวยความสะดวกหรือไม่ อย่างไร
4. ขั้นตอนของการมาใช้บริการของ สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ในแต่ละแผนกที่จัดการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรค โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือไม่ อย่างไร
5. ปัญหาด้านบุคลากรแผนกที่จัดการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอวี/เอดส์ของสถาบันบำราศนราดูร ในแต่ละแผนก
6. ผู้ให้บริการด้านหน้าที่จัดการให้บริการดูแลรักษาสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อของสถาบันบำราศนราดูร ในแต่ละแผนก มีวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรค โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรและมีสื่ออุปกรณ์ช่วยกระตุ้นหรือไม่ถ้ามีทำอย่างไร
4. ปัญหาด้านผู้ใช้บริการสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันมีปัญหาอะไรบ้าง
5. เมื่อท่านพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มาใช้บริการดูแลรักษาสุขภาพขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านควรจะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร

ประเด็นที่ 2 การจัดระบบขั้นตอนต่างๆ ในการส่งสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปัจจุบันมีรูปแบบอย่างไร(ผู้วิจัยได้หาข้อมูลเตรียมไว้แล้วและนำเอกสารเตรียมไว้) และประเด็นอื่นๆที่กลุ่มเสนอแล้วรวบรวมประเด็นเข้าหาการใช้ 5 กลยุทธ์

ประเด็นที่ 3 สรุปรูปแบบบริการเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการใช้ 5 กลยุทธ์

แนวการสนทนากลุ่มของตัวแทนของแผนกเพื่อร่างรูปแบบบริการ

ประเด็นที่ 1 ความต้องการการพัฒนาารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูร

ประเด็นที่ 2 ร่างรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูรในรูปแบบที่เหมาะสมและเป็นไปได้ (ผู้วิจัยได้หาข้อมูลเตรียมไว้แล้วและนำเอกสาร) และประเด็นอื่นๆที่กลุ่มเสนอแล้วรวบรวมประเด็นเข้าหาการใช้ 5 กลยุทธ์

ประเด็นที่ 3 สรุปร่างรูปแบบบริการให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ รวบรวมประเด็นเข้าหาการใช้ 5 กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการเพื่อทดลองใช้รูปแบบ ประเมินปรับปรุงรูปแบบ

ประเด็นที่ 4 กำหนดแผนปฏิบัติการ และใช้ 5 กลยุทธ์

แนวการสนทนากลุ่มเพื่อสรุปรูปแบบบริการฉบับสมบูรณ์

ประเด็นที่ 1 สรุปรูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
ในสถาบันบำราศนราดูร ฉบับที่เหมาะสม

ประเด็นที่ 2 ร่วมกันกำหนดตัวชี้วัด

ประเด็นที่ 3 กำหนดแผนปฏิบัติการ และใช้ 5 กลยุทธ์

การบันทึกสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

HN [] [] - [] [] [] [] [] []

ที่อยู่

โทร.....

เขียนจบชั้น..... รายได้เฉลี่ยเดือนละ.....บาท

ปัจจุบันสูบบุหรี่ ไม่สูบ.. สูบ

จำนวนการตั้งครรภ์.....จำนวนบุตร.....

จำนวนคู่เพศสัมพันธ์.....คน

อาชีพ

- แม่บ้าน ขยายบริการ รับจ้าง
- ค้าขาย นักศึกษา รับราชการ
- รัฐวิสาหกิจ นักธุรกิจ อื่นๆ ระบุ.....

ทราบผลการตรวจเลือดพบว่ามีเชื้อ เอชไอวี มา.....ปี

เหตุผลที่ไม่เจาะเลือดตรวจเชื้อ เอชไอวี

- ผ่ากรร คลินิกกามโรค มีอาการของโรค HIV
- คู่มือการ ประกันภัย การงาน
- เสียงทางเพศ ต้องการ อื่น ๆ

สาเหตุที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี

- ร่วมเพศปกติ ค้าประเวณี เคยค้าประเวณี
- ได้รับเลือด ฉีดยาเสพติด ฝังยาเหตุ
- อื่น ๆ

เหตุผลสำคัญที่สำคัญที่มาตรวจ

- คู่มือการ ตัวเองมีอาการ แพทย์.....ส่งมาตรวจ
- ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี อื่น ๆ.....
- พยายามแค้น.....ส่งมาตรวจ

ขณะนี้มีอาการ (ทำเครื่องหมายได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ไม่มีอาการ
- ส่วนวัยาเขต
- เจ็บ/ปวดแสบที่อวัยวะเพศ
- รอยโรค (ตุ่มใส, แผล, บูด)
- ตกขาว
- ปวดท้องน้อย
- มีเลือดออกระหว่าง/หลังร่วมเพศ
- อื่น ๆ.....

ประวัติผล Pap.....

- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U

- มีคู่นอนในระยะ 3 เดือนมานี้ มี.....คน ไม่มี
- ใช้ถุงยาง ทุกครั้ง ส่วนมากใช้ ใช้ครั้งต่อครั้ง
- ส่วนมากไม่ใช้ ไม่เคยใช้
- ใช้ถุงยางร่วมเพศในครั้งสุดท้าย ใช้ ไม่ใช้
- การเปิดแผลเลือดออก นอก ไม่ออก
- ผลเลือดของคู่นอน ไม่รู้ ผลพบเชื้อเอชไอวี
- ผลไม่พบเชื้อเอชไอวี

CD4-..... VL-..... ได้ยาชื่อ.....

ไม่ได้ยา

สาเหตุการใช้ยา ARV

- ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ไม่เคยตรวจเลย
- เคยตรวจเช็ดคนเิ่งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเมื่อ.....ปี.

ความตั้งใจมาตรวจติดตามทุก 6 เดือน...

- ตั้งใจ ไม่ตั้งใจ ไม่แน่ใจ

- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U
- F/U

ภาคผนวก ง
สถิติการบริการของแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สถิติการบริการของแผนกที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

สถิติการให้บริการดูแลรักษาสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของแผนกผู้ป่วยนอก
อายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม และศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ในเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2549
รวมกันเป็นจำนวน 1,056 คน ดังนี้

แผนกผู้ป่วยนอกที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการคัด กรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ (ราย)
แผนกอายุรกรรม	844
แผนกตรวจประกันสังคม	169
แผนกศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ	43
จำนวนรวมทั้งหมด (ราย)	1,056

สถิติการให้บริการคัดกรองสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของแผนกคัดกรองด่านหน้า
ในเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2549 รวมกันเป็นจำนวน 13,716 คน ดังนี้

แผนกคัดกรองด่านหน้า	จำนวนผู้ให้บริการ (ราย)	
	ผู้ให้บริการทั้งหมด	สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์
มิถุนายน	4,216	431
กรกฎาคม	4,571	380
สิงหาคม	4,929	470
รวมจำนวนผู้ให้บริการ (ราย)	13,716	1,281

สถิติการบริการของแผนกสูติ-นรีเวชกรรม

การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ของ
แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมในเดือนมิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2549 ดังนี้

บริการที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้รับ	จำนวน (ราย)
1. บริการตรวจ Pap smear	197
2. ผู้ที่พบผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติ	14
3. ผู้ที่พบผลผิดปกติได้รับการดูแลรักษา	13
4. ผู้ที่มาตรวจ Pap smear ตามนัด	47
5. ผู้ที่ตั้งใจรับทราบผลการตรวจ Pap smear	116

ภาคผนวก จ

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย



หนังสืออนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย

หนังสือฉบับนี้ออกเพื่อรับรองว่า สถาบันบำราศนราดูร ยินยอมให้ นางเจริญสูง อัครพิพิธตั้งศักดิ์ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และรองศาสตราจารย์ ดร. สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล นายแพทย์อมรพันธุ์ วิรัชชัย ดำเนินโครงการวิจัย โดยครอบคลุมถึงการใช้สถานที่ เวชระเบียน และอื่นๆ ซึ่งทั้งหมดต้องอยู่ภายใต้ระเบียบของสถาบันฯ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาไทย): การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ในสถาบันบำราศนราดูร

ชื่อโครงการวิจัยหลัก (ภาษาอังกฤษ): The development of cervical cancer screening services model for women infected with the human immunodeficiency virus at Bamrasnaradura institute

สถานที่ดำเนิน โครงการวิจัย

สถาบันบำราศนราดูร
ที่อยู่ 126 หมู่ 4 ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

ให้ไว้ ณ วันที่ 20 เมษายน 2550

.....
(แพทย์หญิงอังฉรา เขาวะวณิช)
ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร

**Documentary Proof of
Institutional Review Board of
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute**

Protocol Title: การพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
ในสถาบันบำราศนราดูร
The development of cervical cancer screening services model for women infected with
the human immunodeficiency virus at Bamrasnaradura Institute

Protocol No.: -

Principal Investigator: Jarurnsook Ausavapipit

Official Address: 126 Tiwanon Road, Nonthaburi, Thailand, 11000
Research Co-ordination Section
Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

Document Reviewed: 1. Protocol Thai version date 11 April 2007
2. ICF Thai version date 11 April 2007

The aforementioned documents have been reviewed and acknowledged by Committee on Human Right Related to Researches Involving Human Subjects, based on the ICH-GCP.

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects (*Rujanee*)
(RUIJANEERUNTHORNKACHIT, MD.)

Signature of Director of
Bamrasnaradura Infectious
Diseases Institute (*Achara Chaovanich*)
(ACHARA CHAOUAVANICH)

Date of Reviewed 19 April 2007

Date of Approval 20 April 2007

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร ฉัตร นางเจริญสุข อัครพิพิธ ขณะนี้กำลังศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาดังกล่าว เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ให้บริการที่มีหน้าที่สำคัญที่สุดในการป้องกันส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะช่วยพัฒนา การบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร ได้ ท่านเป็นผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับบริการสุขภาพแก่สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

หากมีความเห็นที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ กรุณาขอให้ท่านลงนาม และให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับปัจจัยและปัญหาต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่ไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรวมทั้งข้อเสนอแนะในการวิจัยและพัฒนารูปแบบบริการดังกล่าว ซึ่งในการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีและอยู่ในห้องที่มิดชิด ขณะที่ดำเนินการวิจัยท่านมีสิทธิ์ที่จะยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่องานประจำของท่าน ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยชื่อของท่านให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่นำไปวิเคราะห์และสรุปในภาพรวมเท่านั้นและข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนี้ กรุณาติดต่อขอข้อสงสัยของท่าน ได้ตลอดเวลา โดยติดต่อได้ตามที่อยู่ข้างไว้ในท้ายเอกสารนี้

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านที่กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

.....
(ลายเซ็น)

(เจริญสุข อัครพิพิธ)

แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช 025903634 หรือ 0896105835

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย จนมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับแล้ว มีความยินดีและพอใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

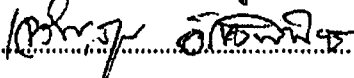
วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2550

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบบริการ เพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่คิดเชื้อเอชไอวี ในสถาบันบำราศนราดูร ฉัตร นางเจริญสุข อัครพิพิธ ขณะนี้กำลังศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาในระดับ บัณฑิตศึกษาดังกล่าว ท่านเป็นหนึ่งในจำนวนผู้มาใช้บริการที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้ หากท่านยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดิฉันขอให้ท่านลงนาม และให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้สึกต่างๆ ของท่านเกี่ยวกับการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบบริการดังกล่าว ซึ่งในการให้สัมภาษณ์ครั้งนี้ใช้เวลา ประมาณ 30-60 นาทีและอยู่ในห้องที่มิดชิด ขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์ท่านมีสิทธิที่จะยกเลิกได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อกรมาใช้บริการของท่าน ข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และไม่มีเปิดเผยชื่อของท่านให้ผู้อื่นทราบ แต่จะนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อสรุปในภาพรวมเท่านั้นและข้อมูลจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านได้ตลอดเวลาโดยติดต่อได้ตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ในท้ายเอกสารนี้

ที่สำคัญที่สุด งานวิจัยครั้งนี้จะสำเร็จได้ตามวัตถุประสงค์ก็ด้วยความอนุเคราะห์และความร่วมมือจากท่านที่กรุณาสละเวลาให้สัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้รับจากท่านในการวิจัยครั้งนี้เป็นสิ่งที่มีคุณค่าเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้เป็นอย่างสูง

.....

(เจริญสุข อัครพิพิธ)

แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวช 025903634 หรือ 0896105835

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย จนมีความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับแล้ว มีความยินดีและพอใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ. 2550

ภาคผนวก จ

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางเจริญสุข อัสวพิพิธ
วัน เดือน ปีเกิด	1 ตุลาคม พ.ศ. 2506
สถานที่เกิด	อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาล สวรรคภ์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปีที่จบ พ.ศ. 2529
สถานที่ทำงาน	สถาบันบาราศนราดรุร อำเภอมือง จังหวัดนนทบุรี
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ 7