

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร ตำรา ตลอดจนงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อต่าง ๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมสุขภาพ
2. พฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพและสาธารณสุข
3. ความคิดเห็นของชุมชน
4. มะเร็งปากมดลูก
  - 4.1 ข้อมูลทั่วไปของมะเร็งปากมดลูก
  - 4.2 นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. ระบบบริการตามนโยบายของรัฐของศูนย์สุขภาพชุมชน
6. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์
  - 6.1 หลักทั่วไปในการการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์
  - 6.2 ขั้นตอนการให้บริการ การตรวจมะเร็งปากมดลูกของศูนย์สุขภาพชุมชน
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. พฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดี มิได้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหรือปัจจัยเพียงอย่างเดียว แต่เป็นผลรวมจากปัจจัยหลายๆ ด้านประกอบกัน สำหรับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพของบุคคลประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ พันธุกรรมและบริการสุขภาพ แต่แต่ละปัจจัยจะมีอิทธิพลในการกำหนดสภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน (Getchell and others, 1987, p 78 อ้างใน สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2546, หน้า 66)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและการไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลต่อสุขภาพ (คณะกรรมการสุขภาพศึกษา, 2539, หน้า 23 อ้างใน สุวัฒน์ วีระเวชเจริญชัย, 2543, หน้า 66)

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพของคนโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้โรคเกิดขึ้น เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น
2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การพักผ่อน การตามเพื่อนฝูงเกี่ยวกับอาการของตน การแสวงหาการรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม เป็นต้น
3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากยิ่งขึ้น เป็นต้น

พฤติกรรมทั้ง 3 ลักษณะนี้ เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการให้บุคคลต่างๆ ได้รับการปลูกฝัง หรือได้รับการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่มต่างก็ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน และมีลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพบางเรื่องเป็นไปตามคำแนะนำ หรือการชี้แนะต่างๆ ดังนั้นการปลูกฝังพฤติกรรม หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ จึงเป็นกระบวนการที่ต้องได้รับการวิเคราะห์วางแผน และดำเนินการอย่างเหมาะสมตามสภาพปัญหาของพฤติกรรมสุขภาพ (เขาวลัทธิ อนุรักษ์, 2543, หน้า 67)

นอกจากนี้ พฤติกรรมสุขภาพของคนอาจแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งเกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดโรคกับพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งบุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความรู้ ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความสนใจ ค่านิยม และสถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น (รัชนิกร ภูกร, 2537, หน้า 270)

Kasl และ Cobb (1966 ; อ้างในบุญยมาศ สินธุประมา, 2539, หน้า 34-35) ได้จำแนกพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ ออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี และพยายามกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การไปตรวจมะเร็ง การไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจฟันเป็นระยะ เป็นต้น
2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับอาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยพยายามอธิบายหรือตีความหมายอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง ปรีक्षा

เพื่อน ญาติพี่น้อง และพยายามแสวงหาการรักษาในรูปแบบที่หลากหลาย ภายใต้ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ (Medical Pluralism) โดยการแสวงหาการรักษานั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่อาศัยอยู่ ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ หมายถึง การที่สังคมหนึ่ง ๆ มีระบบการแพทย์ หลายระบบอยู่ด้วยกันในสังคม ซึ่งสังคมนั้น ๆ จะมีวิถีคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่หลายแบบหลายทฤษฎี อันจะเป็นตัวกำหนดให้มีแหล่งและวิธีการรักษาอยู่หลายแบบในสังคมด้วย เช่น คนในชุมชนสามารถที่จะเลือกแหล่งการรักษาจากหลายแหล่ง โดยการซื้อยากินเอง การใช้ยาชุด การไปหาหมอมนต์ช่วยเป่า การดูชะตาราசி การสะเดาะเคราะห์ การใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งการไปหาหมอทรง เพื่อบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

3. พฤติกรรมบทบาทผู้ป่วย (Sick Role Behavior) เป็นการกระทำที่ตนเองและบุคคลอื่นกำหนดและให้การยอมรับว่าเป็นผู้ป่วย โดยบุคคลนั้นจะต้องเข้าสู่บทบาทผู้ป่วยตามที่สังคมนั้น ๆ กำหนด เช่น การหยุดงานชั่วคราว การปฏิบัติตามคำสั่งของบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ ขณะเดียวกันจะได้รับการดูแลจากครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ความพยายามในการศึกษาพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนนั้น เป็นเรื่องทีละเล็กละน้อย และมักจะกระทบกับความเชื่อที่ได้รับการสั่งสมมาของแต่ละชุมชน ดังนั้นในการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขจึงยังพบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ปรากฏให้เห็นอยู่ในปัจจุบัน ในแง่นี้ จึงน่าจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วย เช่น แบบแผนความคิดของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

แบบแผนความคิดของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ: ผู้ให้บริการได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ส่วนผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนผู้รับบริการทางการแพทย์ ซึ่งคนทั้งสองกลุ่มนี้มีภูมิหลัง และการอบรมเรียนรู้ที่ต่างกัน ดังนั้นผู้ให้บริการจำเป็นต้องให้ความตระหนักและให้ความสนใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการด้วย ความคิดของผู้ให้และผู้รับบริการนั้นมีความแตกต่างกัน ผู้ให้บริการมักจะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกฝนอบรม เรียนรู้แบบวิทยาศาสตร์ของโลกสมัยใหม่ ส่วนประชาชนผู้รับบริการมีการสั่งสมถ่ายทอดความรู้ ความคิด ภูมิปัญญา ตลอดจนสังเคราะห์ความรู้ต่าง ๆ ขึ้นมาจากเงื่อนไขของสภาพแวดล้อมทางนิเวศวิทยาของสังคมวัฒนธรรมนั้น และมีการถ่ายทอดต่อกันมา ณ จุดนี้มักจะพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางด้านสุขภาพอนามัยหลายด้าน เช่น ปัญหาการสื่อสารระหว่างแพทย์และคนไข้ ญาติคนไข้ ซึ่งมักจะมีความรู้ ความเชื่อในการอธิบายสาเหตุของการเกิดโรค และวิธีการรักษาพยาบาลต่างกันโดยสิ้นเชิง เช่น คนที่เป็นโรคคอพอกนั้น ในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ชี้แจงว่า เกิดจากการขาดธาตุไอโอดีน แต่สำหรับคนไข้บางกลุ่มที่คอโตขึ้นมา นั้นเชื่อว่า เกิดจากการที่ในชาติก่อนได้กระทำการที่ไม่ดีไว้ จึงมีอาการผิดปกติเช่นนี้ ฉะนั้นการที่คนไข้ไม่มารับบริการรักษาพยาบาล หรือไม่เชื่อคำแนะนำของแพทย์ในเรื่อง การแพทย์ ในเรื่องการ

เพิ่มระดับไอโอดีนจึงไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะคำแนะนำของแพทย์ไม่สอดคล้องกับองค์ความรู้ที่คนไข้มืออยู่ (เบญญา ยอดดำเนิน, 2536 : อ้างในบุญยมาส สันธูประมา, 2539, หน้า 31)

นอกจากนี้ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพอนามัย จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน ช่วยให้คนไข้ที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มารับบริการสม่ำเสมอ รับประทานยาสม่ำเสมอ และหายจากโรคดังกล่าวมากกว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม (Baekeland & Lundwell, 1975 อ้างใน จินดา บุญช่วยเกื้อกุล, 2543, หน้า 66-71)

สำหรับอิทธิพลของแรงสนับสนุนทางสังคม หรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมียากน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพ หรือการยึดกันของกลุ่ม ถ้ายังมีการยึดกันเท่าใด ระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ก็ยังจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติมากขึ้นเท่านั้น จากการศึกษาทางด้านการวางแผนครอบครัวในชนบทของประเทศไทยพบว่า ในบางหมู่บ้าน หญิงที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัวที่สถานีอนามัย มักจะชวนเพื่อนไปรับบริการเป็นกลุ่มๆ เมื่อมีข่าวลือเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไปรับบริการมาบางครั้งก็เกิดความกลัว และต้องการจะเลิกใช้วิธีการป้องกันการตั้งครรภ์นั้นๆ ก็จะชักชวนเพื่อนกลุ่มที่มารับบริการนั้น ไปที่สถานีอนามัย และเลิกใช้วิธีการนั้นๆ ดังนั้น บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ ควรได้พิจารณาและศึกษากลุ่มของสังคมที่มีในชุมชน และใช้ประโยชน์ของกลุ่มของสังคมนั้นๆ ให้เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาสุขภาพ เพราะ เมื่อสมาชิกในกลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยสมาชิกก็มักจะมีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงตามกลุ่มสังคมนั้นๆ เพื่อต้องการให้กลุ่มยอมรับตนเอง (รัชนิพร ภู่อกร, 2537, หน้า 280)

แนวคิดที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์ พฤติกรรมสุขภาพของคนอาจจำแนกได้ เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (เขวาลักษณ์ อนุรักษ์, 2546, หน้า 11)

แนวคิดที่ 1 : ปัจจัยภายในตัวบุคคล เชื่อว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ มาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น แนวคิดนี้เชื่อว่าคนยังมีความรู้ในเรื่องสุขภาพมากเท่าใด ยิ่งทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากเท่านั้น แต่มีรายงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ บางทีไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเลย ยกตัวอย่าง เช่น บุคลากรสาธารณสุข ซึ่งมีความรู้เรื่องพยาธิใบไม้ตับสูงเกินค่าเฉลี่ยของประชาชนทั่วไป บางคนยังคงบริโภคปลาดิบๆ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ จึงทำให้ตั้งข้อสงสัยว่า การที่บุคคลมีความรู้ดีมิใช่ตัวชี้วัดพฤติกรรมสุขภาพ

แนวคิดที่ 2 : ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เชื่อว่า สาเหตุการเกิดพฤติกรรมสุขภาพมาจาก ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลจึงสนใจเกี่ยวกับการสร้างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ระบบโครงสร้างของสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา ฯลฯ

การสร้างปัจจัยสิ่งแวดล้อมภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพและ สิ่งแวดล้อม ทางสังคม จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรม ดังเช่น การทุ่มงบประมาณเพื่อสร้างส้วม ถังเก็บน้ำฝน ปรุป่า เพื่อแก้ไขปัญหาโรคอุจจาระร่วง การกำหนดมาตรการทางกฎหมายในการลด อุบัติเหตุจราจร แต่สิ่งเหล่านี้ยังไม่สามารถผลักดันให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และลด ปัญหาสุขภาพได้ เพราะกิจกรรมส่วนใหญ่ยังเป็นของภาครัฐ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นเพียง “ผู้ถูกกระทำ”

แนวคิดที่ 3 : แบบสหปัจจัย หมายถึง การปรับแนวคิดที่ 1 และแนวคิดที่ 2 มาประยุกต์ใช้ร่วมกันให้เกิดความสมดุล โดยปรับเปลี่ยนให้คนมีศักยภาพในการกำหนดพฤติกรรม ตัวเองที่เหมาะสม ขณะเดียวกันก็มีพลังในการสร้างสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพและทางสังคมให้ เกื้อหนุนต่อการปฏิบัติสุขภาพ

วสันต์ ศิลปสุวรรณ และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ (2542, หน้า 287) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพของคนดังนี้

“พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของคนนั้น นอกจากจะแสวงหารูปแบบในการส่งเสริม สุขภาพตามความคิด ค่านิยมที่มีอยู่ดั้งเดิมแล้ว ส่วนหนึ่งมาจากรูปแบบในการดำเนินชีวิต ภายใต้ สภาพแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ และประวัติของชุมชน เป็นส่วนกำหนดพฤติกรรมที่อาจเป็นไปได้ ในทิศทางส่งเสริมหรือเป็นปรปักษ์ต่อสุขภาพของประชาชนเอง ”

## 2. พฤติกรรมการเลือกใช้บริการสุขภาพและสาธารณสุข

เนื่องจาก เมื่อคนเราเกิดความเจ็บป่วยขึ้น ก็จะต้องพยายามที่จะทำให้ความเจ็บป่วยนั้น หายไปเพื่อให้อยู่ในสภาพปกติ คนเราจึงต้องแสวงหาการบำบัดรักษา และการแสวงหาการบำบัด รักษาเป็นพฤติกรรมโต้ตอบทางวัฒนธรรมของมนุษย์ที่สะท้อนถึงลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ จิตวิทยาที่มีอยู่ของบุคคลว่าเขาควรจะจัดการอย่างไรกับสุขภาพของตนเอง และใครควร จะเป็นผู้ตัดสินใจหรือเกี่ยวข้องกับการเลือกใช้บริการรักษาหรือไม่รักษาและถ้ารักษาจะรักษาที่ไหน ขณะเดียวกันในระบบสังคมนั้นมีระบบบริการสาธารณสุขที่จะให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการ ได้มากที่สุด เพียงใดด้วย

แนวความคิดเกี่ยวกับการใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ที่อธิบายถึงการตัดสินใจว่าจะเลือกใช้บริการแบบใด โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ

อเดย์และเอนเดอร์เซน (1980: อ้างในบุญยมาศ สิริประมา, 2539, หน้า 51) ได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขว่า ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ 2 ประการ คือ

1. ลักษณะทางประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงบริการ ขึ้นอยู่กับรายได้ของแต่ละบุคคล สถานที่อยู่อาศัยของบุคคล และชุมชนมีแหล่งบริการให้หรือไม่

2. ความพึงพอใจต่อบริการ คือ ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นการรับรู้ที่เป็นนามธรรม เช่น ความพึงพอใจต่อความสะดวกสบายที่ได้รับจากการใช้บริการ ความร่วมมือที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ อรรถาศัยของเจ้าหน้าที่ คุณภาพของบริการ ราคาค่าบริการ และข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

### 3. ความคิดเห็นของชุมชน

การทำงานด้านสุขภาพอนามัยของรัฐที่เกี่ยวข้องกับประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีพละนาามัยสุขภาพดีนั้น จะประสบความสำเร็จได้ โดยได้รับความร่วมมือที่ดีจากประชาชน ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ ความคิดเห็นของประชาชน หรือชุมชนนั้นๆ ที่สามารถสะท้อนความคิดเห็นความต้องการ หรือข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อสามารถนำมาพัฒนา ปรับปรุงการทำงานให้เข้ากับวิถีชีวิตของชุมชน

ความคิดเห็น หมายถึง ความคิดเห็นของคนที่แสดงออกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือประเด็นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง นอกจากนี้รวมถึงท่าที เจตนารมณ์ ปฏิบัติการ ความรู้สึกนึกคิดและอคติ เป็นต้น (พัฒน์ สุจันงค์, 2531, หน้า 305)

โซกฮานาว (Soukhanov, 1998, p 514) ได้ให้ความหมายของความคิดเห็นออกเป็น 2 ความหมาย ได้แก่

1. ความคิดเห็น หมายถึง ความเชื่อที่อยู่ในการคิดของตนเอง หรือ ความรู้สึกที่อาจไม่ขึ้นอยู่กับหลักฐานที่เป็นจริง เช่น ในความคิดเห็นของฉันทถ้าฤดูหนาวจะหนาวมาก

2. ความคิดเห็น หมายถึง การพิจารณา การตัดสินใจขึ้นอยู่กับความรู้ ประสบการณ์ และความคิดเห็นของผู้มีความรู้ เช่น การได้รับความคิดเห็นจากนักกฎหมาย จึงตัดสินใจซื้อบ้าน

วูซบัช (Wurzbach, 2002, p 129) ได้กล่าวไว้ว่า ข้อมูลจากความคิดเห็นที่ได้มาจากประชาชนที่อยู่ในชุมชนนั้น ซึ่งเป็นความคิดเห็นเกี่ยวกับการเฝ้าระวังโรค การป้องกันโรค และการมีความตระหนักในด้านสุขภาพอนามัย รวมทั้งความต้องการ และการรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพ สามารถเป็นได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลที่เป็นความคิดเห็น โดยจะช่วยอธิบายปัญหาในชุมชน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนา ปรับปรุงชุมชนนั้นให้ไปถึงเป้าหมายที่วางเอาไว้

## 4. มะเร็งปากมดลูก

### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกพบได้ประมาณ 33 % ของโรคมะเร็งทั้งหมดทางนรีเวช (Constance , Lubejko and Brenda , 1998, p 168) เป็นมะเร็งที่เกิดจากเซลล์บริเวณปากมดลูก (ตั้งอยู่ตรงส่วนในสุดของช่องคลอด แต่เป็นส่วนที่อยู่ล่างสุดหรือปลายสุดของตัวมดลูก) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างช้าๆ นานหลายปี จนเกิดเป็นก้อนมะเร็งลุกลาม (สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ, 2546, หน้า 28) มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80 เกิดในคนอายุมากกว่า 35 ปี โดยปกติการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะใช้เวลานานประมาณ 5 - 10 ปี จึงเป็นเหตุผลว่าทำไมจึงพบในคนอายุมาก (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545, หน้า 4) อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก จะพบได้ค่อนข้างสูงในกลุ่มสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ผู้ที่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย และการมีคู่นอนหลายคน แต่ในปัจจุบัน พบว่าเกิดจากการติดเชื้ออิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส (Human Papillomavirus, HPV) โดยเฉพาะ ชนิด 16, 18, 31, 33 และ 35 (Berkow and Fletcher, 1992, p 1824) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโครวานีแลงเจลและคณะได้ศึกษาถึง สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ประเทศฟิลิปปินส์ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มะเร็งปากมดลูกที่ติดเชื้ออิวแมนแพปพิลโลมาไวรัสที่เป็นชนิด Squamous Cell Carcinoma พบในสตรีส่วนใหญ่เป็นชนิด 16 รองลงมาคือชนิด 18 และถ้าเป็นชนิด Adenocacinoma/ Adenosquamous Carcinoma พบในสตรีส่วนใหญ่เป็นชนิด 18 รองลงมาคือชนิด 16 (Ngelangel et al., 1998, p 43) อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสามารถลดลงได้ ถ้าไปรับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งตรวจพบในระยะเริ่มแรก โดยทั่วไป อัตราการมีชีวิตอยู่รอดภายใน 5 ปี สำหรับมะเร็งปากมดลูกทุกระยะสูงเกือบถึง 70% (Constance , Lubejko and Brenda , 1998, p 168 )

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2547, หน้า 4) ได้กล่าวว่า สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุสำคัญเท่าที่บุคลากรทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบัน คือ การติดเชื้ออิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส หรือเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะที่บริเวณปากมดลูก แต่ก็มีปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยส่งเสริม ได้แก่

1. การมีคู่นอนหลายคน
2. การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย
3. การตั้งครรภ์หรือมีลูกหลายคน
4. มีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน
6. สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาต

7. สตรีที่มีสามีที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
8. หนั้งหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามีไม่เปิด หรือไม่ได้รับการขลิบปลาย
9. พันธุกรรม

นอกจากนี้ในประเทศหรือชุมชน ที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดี มักจะพบมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าประเทศ หรือชุมชนที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจเนื่องจากการรักษาสุขอนามัย (Hygiene) ของสตรีเป็นส่วนสำคัญ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 40)

มะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. มะเร็งปากมดลูกชนิดเยื่อบุพื้นผิว (Squamous Cell Carcinoma) ซึ่งตรงพื้นด้านนอกของปากมดลูก เป็นชนิดที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ เวลาพูดถึงมะเร็งปากมดลูกก็มักจะหมายถึงมะเร็งชนิดเยื่อบุพื้นผิว สาเหตุการเกิดมะเร็งชนิดนี้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัส ที่มีชื่อว่า ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส (Human Papillomavirus, HPV) ติดต่อโดยทางเพศสัมพันธ์ มักพบในผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ หรือแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย มีคู่นอนหลายคน (เช่น หญิงบริการ, แต่งงานหลายครั้ง) มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. มะเร็งปากมดลูกชนิดต่อมเมือก (Adenocarcinoma) เป็นมะเร็งที่กลายพันธุ์มาจากเซลล์ต่อมเมือก ซึ่งอยู่บนพื้นผิวด้านในของปากมดลูกตรงบริเวณ 2 ข้าง ของช่องทางเข้าของปากมดลูก มะเร็งชนิดนี้พบได้ค่อนข้างน้อย สาเหตุของการเกิดมะเร็งชนิดนี้ยังไม่ทราบ

อาการ ระยะแรกเริ่มจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ให้สังเกตเห็น จะมีอาการแสดงเมื่อมะเร็งลุกลามแล้ว (Clayton, T. L., 1993, p 354) ซึ่งเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้นจะพบว่า มีเลือดออกจากช่องคลอด (บางครั้งคิดว่ามีประจำเดือนออกมาก หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดกระปริดกระปรอย) หรือ สังเกตเห็นมีเลือดออกเวลามีเพศสัมพันธ์ บางคนอาจมีอาการตกขาว มีกลิ่นเหม็น หรือมีตกขาวปริมาณมาก หรือมีเลือดปน (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2546, หน้า 28)

การวินิจฉัย จากประวัติ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีระดูออกมากในแต่ละวัน และนานกว่าปกติ หรือมีเลือดออกกระปริดกระปรอย ตกขาวสีชมพูจางๆ เลือดจางๆ มีกลิ่นเหม็น สำหรับอาการปวด จะพบในผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายหรือมีการกระจายไปแล้ว โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า (กิจประมุข ดันตยาภรณ์, สมภพ ลิมพวงสานุรักษ์, เขื่อน ดันนินันดร, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล และดำรง ศรีสุโกศล, 2544, หน้า 174-175) แพทย์สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (ระยะไม่มีอาการ) โดยการขูดเอาเซลล์เยื่อบุปากมดลูกไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ดังที่เรียกว่า แปปสเมียร์ (Pap Smear) ถ้าพบที่มีความผิดปกติ แพทย์จะตรวจโดยใช้กล้องส่องปากมดลูก (Colposcopy) และตัดเอาชิ้นเนื้อปากมดลูกไปตรวจพิสูจน์ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2546, หน้า 28) เพื่อตรวจหาขอบเขตของรอยโรค ขนาด ความกว้างการลุกลาม



การลามเข้าไปในรูปากมดลูก และการวินิจฉัยแยกโรกระหว่างมะเร็งระยะลุกลามกับมะเร็งที่ยังไม่ลุกลามเพื่อที่จะวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2542, หน้า 41)

ระยะของมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งจำกัดอยู่เฉพาะในบริเวณปากมดลูก แบ่งออกเป็น ระยะ IA และ IB

ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งลุกลามไปบริเวณโดยรอบ เช่น ช่องคลอดส่วนบน, เนื้อเยื่อที่อยู่ติดกับปากมดลูก แบ่งออกเป็น ระยะ IIA และ IIB

ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งแพร่ไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียง เช่น ช่องคลอดส่วนล่าง ต่อมน์น้ำเหลือง เนื้อเยื่อภายในอุ้งเชิงกราน แบ่งออกเป็น ระยะ IIIA และ IIIB

ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งแพร่กระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ หรือออกนอกอุ้งเชิงกราน รวมทั้งปอด ตับและกระดูก

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกจะเป็นประโยชน์ เพราะจะช่วยตัดสินใจในการรักษาของแพทย์และการพยากรณ์โรค (Belcher, A. E., 1992, p123)

การรักษา แพทย์จะให้การรักษาตามลักษณะ และระยะของโรคที่ตรวจพบ เช่น การผ่าตัด รังสีบำบัด เคมีบำบัด สำหรับรังสีรักษา สามารถใช้รักษามะเร็งปากมดลูกได้ทุกระยะ แต่การผ่าตัดสามารถใช้ได้เฉพาะระยะที่ I และ IIA เป็นส่วนมาก ในระยะที่ 1 อัตราการอยู่รอด 5 ปี จากการรักษาโดยการผ่าตัดและรังสีรักษา สูงถึงร้อยละ 85 (ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์, 2541, หน้า 140)

การป้องกัน

1. รักษาความสะอาดของอวัยวะเพศเป็นประจำ
2. ไม่สำส่อนทางเพศ
3. มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เช่น ใช้ถุงยางอนามัยป้องกันการติดเชื้อในกรณีที่มีความเสี่ยง
- 4.สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจ แปปสเมียร์ เป็นประจำทุกปี
5. ไม่สูบบุหรี่
6. สตรีทุกคนที่มีอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติ ตกขาว คัน มีกลิ่นเหม็น ควรปรึกษาแพทย์ (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2546, หน้า 29)

การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก สามารถแบ่งออกเป็น 2 ระดับ ตามที่ สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2547, หน้า 2) กำหนดไว้ คือ

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) แนะนำการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันการได้รับเชื้อไวรัส Human Papillomavirus

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เพื่อหามะเร็งในระยะเริ่มแรก หรือระยะก่อนเป็นมะเร็งอย่างน้อยทุกๆ 5 ปี และการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก (Abnormal Pap Smear) ที่ถูกต้อง โดยผู้หญิงทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป และผู้หญิงทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วควรต้องได้รับการตรวจคัดกรอง

การรายงานผลทางเซลล์วิทยา โดยการใช้ตัวเลขระบุความรุนแรงของเซลล์ตามแบบของนายแพทย์พาพานิโคเลา (Papanicolaou Classification) ซึ่งเป็นการแปลผลการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) ยูพิน เพียร์มกล (2547, หน้า 18) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

Class I หมายถึง พบเซลล์ปกติ ผลปกติ

Class II หมายถึง พบเซลล์ที่บ่งบอกถึงการอักเสบ ผลปกติ

Class III หมายถึง พบเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ ผลยังสงสัย

Class IV หมายถึง พบเซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติอย่างมาก

Class V หมายถึง พบเซลล์ซึ่งเป็นเซลล์มะเร็ง ผลผิดปกติแน่นอน

#### 4.2 นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในปี พ.ศ. 2535 องค์การอนามัยโลก ได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สำหรับประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดว่า “ควรตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีทุกคนที่อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงชีวิตที่อายุประมาณ 40 ปี” การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 3 ปี มีประสิทธิภาพในการลดอัตราสะสมของมะเร็งปากมดลูกได้สูงเช่นเดียวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 1 ปี คือ ลดลงได้ร้อยละ 91 และร้อยละ 93 ตามลำดับแม้แต่การตรวจคัดกรองโรคทุก 5 ปี ยังสามารถลดอัตราสะสมของมะเร็งปากมดลูกได้สูงถึงร้อยละ 84 ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงมากแล้ว ถ้าทำได้ในประเทศไทย แม้แต่เพียงแต่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 10 ปี หรือ 1 ครั้ง ในช่วงชีวิตยังสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงได้อย่างมีนัยสำคัญ ถ้าสามารถทำได้ตามกำหนดและครอบคลุมกลุ่มสตรีเป้าหมาย

ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2545 กระทรวงสาธารณสุข ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายว่าจะลดอัตราตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี หรือ ร้อยละ 10 ต่อปี กลุ่มเป้าหมายที่มุ่งให้บริการเป็นอันดับแรกคือ สตรีไทยที่มีอายุ 35 - 60 ปี ทั่วประเทศประมาณ 10 ล้านคน โดยกำหนดให้สตรีที่มีอายุ 35 ปี 40 ปี 45 ปี 50 ปี 55 ปี และ 60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกคน ดังนั้นใน 1 ปี ถ้าดำเนินการได้ตามเป้าหมาย จะมีสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 2 ล้านคน กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้เห็นนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นแผนระดับชาติ

เพื่อเป็นนโยบายหลักในการป้องกันโรคนี้ตามนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547 หน้า 52)

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข มีแบบตรวจติดตามและประเมินตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงาน ซึ่งอยู่ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จากโครงการควบคุมป้องกันและพัฒนาประสิทธิภาพการรักษาโรคมะเร็ง เป็นการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีทักษะในการตรวจ ค้นหา คัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้ประชาชนสตรีตระหนัก และมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น โดยมีตัวชี้วัด (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 1) ได้แก่

1. ร้อยละ 80 ของ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จัดอบรมทักษะการทำ แปปสเมียร์ ให้แก่ โรงพยาบาลและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลและอำเภอ
2. ร้อยละ 40 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปี 40 ปี 45 ปี 50 ปี 55 ปี และ 60 ปี ในเขตรับผิดชอบได้รับ การตรวจแปปสเมียร์
3. ร้อยละ 80 ของผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ได้รับการวินิจฉัยโรคโดย สูติ-นรีแพทย์
4. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน
5. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วได้รับการติดตามดูแลรักษา

นอกจากนี้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์และกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือ เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานในโครงการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน แก่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องตั้งแต่ระดับสถานีนานามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป/ ศูนย์ ศูนย์มะเร็ง และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และความพร้อมของสถานพยาบาลในแต่ละท้องถิ่นในปัจจุบัน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการตายและอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี ในจังหวัดที่ดำเนินการอยู่ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาและป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และในระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยมีระบบส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาอย่างครบวงจร เพื่อให้มีการพัฒนาและความร่วมมือระหว่างหน่วยงานๆ ที่เกี่ยวข้องในกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานอื่นๆ ในการดำเนินงานตามแผนที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขและบุคลากรให้สามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ และให้มีความเป็นไปได้ที่จะนำไปปฏิบัติ โดยมีเป้าหมาย คือ สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 - 60 ปี ให้ได้รับการตรวจแปปสเมียร์

1 ครั้งทุก 5 ปี กรมการแพทย์ได้จัดทำแผนดำเนินการ เพื่อให้สะดวกและง่ายในการปฏิบัติงาน และให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ โดยให้สตรีปกติอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีทุกคน และสตรีที่มีอาการที่สงสัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทุกคน ได้รับการตรวจแปปสเมียร์ และในรายที่มีผลผิดปกติจะได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีระบบส่งต่ออย่างครบวงจร (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 2-3) สำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของรัฐ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านบุคลากรและอุปกรณ์ในการตรวจ ในทางปฏิบัติจึงมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกตำบลละ 2 วัน โดยเจ้าหน้าที่แต่ละสถานีนามั้ยทำงานร่วมกันและเอาอุปกรณ์มารวมกัน หมุนเวียนไปตำบลอื่นจนครบ สำหรับปีนี้สถานีนามั้ยสะลง มีบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกวันพฤหัสบดี (จากการสอบถามจากเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสถานีนามั้ยสะลง)

#### 5. ระบบบริการตามนโยบายของรัฐของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นหน่วยปฐมภูมิทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบในการจัดบริการตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้านสุขภาพของประชาชนขั้นพื้นฐาน มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องของกิจกรรมด้านสุขภาพในลักษณะองค์รวมผสมผสาน ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวก และมีระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อ ทั้งนี้เพื่อการสร้างสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน หรือลดปัญหาที่ป้องกันได้ ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยมีประชาชนมีส่วนร่วม ซึ่งมีเกณฑ์หรือมาตรฐานที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข (สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 3-22) ดังนี้

1. ประชากร : หน่วยบริการ ไม่เกิน 10,000 คน
2. สัดส่วนของพยาบาลวิชาชีพ : ประชากร 1 : 5,000 คน
3. สัดส่วนแพทย์ : ประชากร 1 : 10,000 คน
4. สัดส่วนของทันตแพทย์ และ / หรือ ทันตภิบาล : ประชากร 1 : 20,000 คน
5. สถานที่ตั้งของหน่วยบริการประชาชนสามารถเดินทางถึงภายใน 30 นาที โดยรถยนต์
6. มีการจัดอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟู
7. สถานที่ตรวจรักษา / ให้คำปรึกษา เป็นสัดส่วนสะอาด มีพื้นที่ให้บริการที่เพียงพอ
8. มีระบบจัดการให้มียานพาหนะ เพื่อใช้ในการส่งต่อไปโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน
9. บุคลากรที่ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 4 คน
10. ระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรในการบริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมง / สัปดาห์

11. มีแนวทาง กระบวนการ มาตรฐาน คู่มือการให้บริการ มีบริการให้คำปรึกษา
12. ให้บริการรักษาพยาบาลปัญหาสุขภาพทั่วไปและปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่พบบ่อย
13. มีระบบคัดกรองโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รุนแรง เช่น มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม
14. ให้บริการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรืออุบัติเหตุ
15. ให้บริการและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ได้รับการวินิจฉัยและการวางแผนจากโรงพยาบาล
16. ร่วมมือกับหน่วยงานอื่นในการวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน
17. มีระบบที่ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการบริการ เช่น ระบบนัดหมาย ให้โอกาสแก่ประชาชนที่ต้องการรับบริการกับแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่คนเดิม
18. มีระบบที่ทำให้เกิดความสะดวกรวดเร็ว เช่น มีการจัดระบบไหลเวียนผู้ป่วยให้สามารถรับบริการอย่างเบ็ดเสร็จ
19. ให้ความรู้กับประชาชนที่มารับบริการทุกวันทำการ
20. มีการเก็บข้อมูลผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ ครบถ้วนและต่อเนื่อง เช่น จัดเก็บในแฟ้มครอบครัวในระบบคอมพิวเตอร์
21. มีความสามารถและมีความพร้อมในการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับ
22. มีระบบการส่งต่อตัวอย่าง เช่น เลือด ชี้นเนื้อ เพื่อการชันสูตร

#### ด้านการบริการในชุมชน

1. ร่วมดำเนินงานกับหน่วยงานราชการและองค์กร ที่เกี่ยวข้องเพื่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สร้างความเข้มแข็งชุมชน
2. บริการเชิงรุกเพื่อให้ชุมชนสามารถประเมินสถานะสุขภาพของครอบครัวและปัจจัยที่จะกระทบต่อสุขภาพ เพื่อวางแผนในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และ คุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ
3. มีระบบข้อมูล ที่สามารถสืบค้นข้อมูลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วย การติดตามและการส่งต่อได้สะดวก
4. มีการบริการรักษาพยาบาล ทุกกลุ่มอาการ ที่ผสมผสานกับการส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ เชื่อมต่อกับการบริการภายในเครือข่าย และการดูแลฉุกเฉินทั้งใน และนอก เวลาราชการ
5. มีบริการด้านการชันสูตรที่ครบตามมาตรฐาน
6. มีการบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การบริการ รวมทั้งติดตามเยี่ยม เพื่อทำความรู้จัก สร้างความเข้าใจ ในการดูแลสุขภาพให้แก่ครอบครัว และการให้บริการ แก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพตามความจำเป็น
7. มีทีมสุขภาพให้การบริการต่อเนื่องเป็นทีมประจำ

## องค์ประกอบกิจกรรมด้านศูนย์สุขภาพชุมชน

ด้านบริการมีองค์ประกอบ 3 กิจกรรมดังนี้

1. บริการในชุมชน ได้แก่ การสำรวจชุมชน การวินิจฉัยชุมชน การจัดกิจกรรมในชุมชน โดยชุมชนมีส่วนร่วม การแก้ไขปัญหาชุมชนแบบเชิงรุก ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน

ตัวอย่างการจัดกิจกรรมสร้างสุขภาพในชุมชน เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมคุ้มครองผู้บริโภค โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ตลาดสดน่าซื้อ, Clean Food Good Taste ชุมชน ใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ ฯลฯ

2. บริการในสถานบริการ ได้แก่ การจัดบริการให้เป็นไปตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริม ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ความเชื่อขนบธรรมเนียม ศาสนา วัฒนธรรม และการดำเนินชีวิตในระดับตัวบุคคล และครอบครัว โดยมีทิศทางเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหลัก

ตัวอย่างการจัดกิจกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน เช่น การลงทะเบียน การคัดกรองบริการหลัก (การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู) บริการก่อนกลับบ้าน

สำหรับการบริการโดยแพทย์ เพื่อให้การดูแลสุขภาพประชาชนประสิทธิภาพ มีการพัฒนาระบบบริการอยู่ในระดับที่ประชาชนพึงพอใจ จึงกำหนดให้มีบริการโดยแพทย์ขึ้น ในศูนย์สุขภาพชุมชน โดยในระยะแรกอาจจัดให้แพทย์มีส่วนร่วมในศูนย์สุขภาพชุมชนรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ดังต่อไปนี้ ให้บริการเป็นประจําคนเดิมต่อเนื่องทุกวัน ให้บริการเป็นประจําคนเดิมบางวันทุกสัปดาห์ ให้บริการเป็นครั้งคราวคนเดิมในลักษณะแวะเยี่ยมให้คำปรึกษา (Consultation) ให้คำปรึกษา (Consultation) เป็นประจําคนเดิมต่อเนื่อง โดยไม่ได้ออกให้บริการ ทั้งนี้ เนื่องจากความจำเป็นด้านบุคลากร จึงกำหนดให้โรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นผู้พิจารณารูปแบบการจัดบริการที่เหมาะสมให้สอดคล้องกับนิยามความหมาย และทิศทางการดูแลสุขภาพข้างต้น

3. บริการต่อเนื่อง เป็นการจัดบริการที่เชื่อมโยงกับบริการหลักในศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ต่อเนื่องของระบบบริการ เช่น การจัดให้มีระบบปรึกษาด้านสุขภาพระบบส่งต่อ (Referral System) ระบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit) ทั้งนี้ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ รวมถึงการเฝ้าระวังโรคในชุมชน

## 6. การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)

### 6.1 หลักทั่วไปในการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)

การคัดกรองโดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ได้พัฒนาขึ้น ในปี ค.ศ. 1930 โดย Dr.George Papanicolaou เป็นที่รู้จักกันว่า Cytologic Screening Programs ได้มีการศึกษาวิจัยได้ผลว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศ สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่าร้อยละ 90 ถ้าทำได้อย่างมีคุณภาพ และมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายทั้งหมดได้สูง (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ม.ป.ป., หน้า 19)

จากการศึกษาองค์การอนามัยโลกใน ปี พ.ศ. 2535 พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) โดยคำนึงถึงอายุ ความถี่ และการครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง พบว่า การทำจะสามารถ ลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 44 ดังนั้น การตรวจคัดกรองหา มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) จึงเป็นวิธีการที่สามารถยืนยันได้ว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกได้ โดยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด เสียค่าใช้จ่ายไม่สูง เป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย (สำนักพัฒนาวิชาการแพทยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 2)

การคัดกรองแบบแปปสเมียร์ จึงเป็นวิธีที่ใช้กันมากที่สุดในการค้นหาเซลล์ผิดปกติที่เปลี่ยนแปลง บนปากมดลูก ถ้าเซลล์ผิดปกติเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษา มันอาจจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ การตรวจแปปสเมียร์ ทำได้ง่ายและรวดเร็วใช้เวลา 2-5 นาที ก็เสร็จ โดยใช้ไม้เล็กๆ กวาดบนปากมดลูก เอาเซลล์ที่ปากมดลูกป้ายบนกระจกใส และส่งไปยังห้องแล็บ เพื่อให้เจ้าหน้าที่เซลล์วิทยา หรือพยาธิแพทย์อ่านผล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 สัปดาห์ ถ้าผลการตรวจผิดปกติแพทย์จะต้องตรวจโดยวิธีอื่นต่อไป เพื่อจะค้นหาความผิดปกติอื่นๆ และการวินิจฉัยที่ถูกต้อง (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 6)

การคัดกรองแบบแปปสเมียร์ (Pap Smear) 1 ครั้งทุก 5 ปี เนื่องจากขบวนการเกิดโรคมะเร็งหลังจากที่มีการติดเชื้อ Human Papillomavirus ชนิด High-risk types จะใช้เวลานานกว่า 10 ปี ในการทำให้เกิดเป็น Invasive Cancer (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 2-3)

จากผลการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC) โดยทำการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ผู้หญิงอายุ 35-64 ปี ผู้ซึ่งมีผลการตรวจแปปสเมียร์ครั้งที่ผ่านมา อย่างน้อยมีผลปกติ 1 ครั้ง ในหลายประเทศ พบว่าถ้าไปรับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) 1 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี หรือ 1 ครั้งในระยะเวลา 2 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

ร้อยละ 93 ถ้าไปรับการตรวจแปปสเมียร์ 1 ครั้งในระยะเวลา 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91 แต่ถ้าไปรับการตรวจแปปสเมียร์ 1 ครั้งในระยะเวลา 5 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 84 และถ้าไปรับการตรวจแปปสเมียร์ 1 ครั้งทุก 10 ปีจะลดลงร้อยละ 64 (UNFPA, PRIMEII, PATH and WHO, 2000, p1) และการคัดกรองโดยการตรวจแปปสเมียร์ในกลุ่มสตรีที่มีอายุมากขึ้น แม้ว่าจะตรวจครั้งเดียวในชีวิตก็จะสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าการคัดกรองโดยการตรวจแปปสเมียร์ในกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อย แต่ตรวจบ่อยๆ ครั้ง (WHO, 1998, p 96) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า การตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดมีความสำคัญต่อการลดอัตราการเกิดและอัตราตาย จากโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าความถี่ที่ได้รับการตรวจ แต่ไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 2-3)

การเตรียมความพร้อมก่อนทำแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. เตรียมเครื่องมือและวัสดุที่ใช้ ได้แก่ Vaginal Speculum, Modified Ayre's Spatula หรือ Ayre's Spatula
2. ตำแหน่งที่ควรทำ Pap Smear คือ บริเวณปากมดลูก และในช่องคอมดลูก (Ectocervix and endocervix)
3. การเตรียมความพร้อมของสตรีที่จะมาตรวจ
  - 3.1 ไม่อยู่ในระหว่างมีประจำเดือน (ยกเว้นมีเลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด)
  - 3.2 ไม่มีเพศสัมพันธ์ภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)
  - 3.3 ไม่ใช้ Vaginal Douch ล้างช่องคลอด หรือใช้ยาสอดในช่องคลอด ภายใน 48 ชั่วโมงก่อนมาตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)
  - 3.4 ถ้ายังอยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (Cervicitis) ให้รักษาก่อน แล้วจึงตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ซ้ำภายใน 4 – 6 สัปดาห์
4. ต้องเตรียมน้ำยา Fixative อาจเป็น 95 % Ethyl alcohol หรือ Spray fix slide และเตรียมสไลด์ให้เรียบร้อย
5. เขียนชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยบนหัวสไลด์\* (สำคัญมาก) ถ้าเป็นไปได้ควรเขียนวันที่อายุ และสถานที่ทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) และหนีบที่หนีบกระดาษที่หัวสไลด์
 

หมายเหตุ\* - การใช้ที่หนีบกระดาษหนีบหัวสไลด์ที่ Smear แล้วเพื่อกันไม่ให้สไลด์ติดกันเวลาแช่ในน้ำยา ซึ่งอาจทำให้เซลล์ปนเปื้อนกันได้

- แอลกอฮอล์ที่ใช้ Fix Slide ควรตรวจสอบว่าน้ำยายังมีกลิ่นแอลกอฮอล์อยู่หรือไม่



### ขั้นตอนการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. ใส่ Vaginal Speculum ที่จุ่มในน้ำสะอาด (ใช้น้ำเป็นตัวหล่อลื่น) ในช่องคลอด แล้วดูลักษณะของปากมดลูกว่ามีรอยโรคมะเร็งหรือไม่ ถ้าสงสัยว่าพบรอยโรคมะเร็งให้ Biopsy หรือส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

2. ดูขนาดของบริเวณปากมดลูกและในช่องคอมดลูก (Squamocolumnar) เพื่อเลือกใช้ Spatula ที่เหมาะสมแล้วใช้ Spatula ด้านแหลมเก็บเซลล์จากบริเวณปากมดลูก และรอยต่อของคอมดลูก (Squamocolumnar Junction) ป้ายลงบนแผ่นสไลด์ตามความยาวของสไลด์ และในกรณีที่ปากมดลูกมี Erosion กว้าง แนะนำให้ใช้ทั้งด้านป้านและด้านแหลมป้ายโดยรอบปากมดลูกแล้วป้ายลงบนสไลด์ไปทิศทางเดียวกัน

3. หลังจากป้ายสไลด์แล้วให้รีบแช่แผ่นสไลด์ในน้ำยา Fixative (95 % Ethyl Alcohol) ทันที ห้ามรอให้สไลด์แห้ง

3.1 ในกรณีที่ส่งให้ห้องปฏิบัติการภายในหน่วยงานเป็นผู้ Process สไลด์อย่างน้อยครึ่งชั่วโมง แล้วนำส่งห้องปฏิบัติการภายในหน่วยงานทั้งภาชนะ

3.2 ในกรณีที่ส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก ให้แช่สไลด์ไว้ในน้ำยา Fixation (95 % Ethyl Alcohol) ประมาณ 1 วัน เพื่อให้เกิดการ Fix slide อย่างสมบูรณ์ วันรุ่งขึ้นจึงนำมาผึ่งอากาศให้แห้ง แล้วบรรจุในวัสดุที่สามารถป้องกันการแตกในระหว่างการขนส่งก่อนที่จะส่งไปตรวจต่อไป และควรส่งสไลด์ไปยังห้องปฏิบัติการภายใน 7 วัน

4. Spray Fix Slide ให้ Spray ทันทีหลังจากป้ายสไลด์เสร็จโดยถือหัวพ่นห่างจากสไลด์ประมาณ 6-8 นิ้วและพ่นให้ทั่วสไลด์ (ถ้าพ่นใกล้กว่าระยะนี้อาจทำให้เซลล์หลุดออกจากสไลด์ได้)

5. หลังการทำแปปสเมียร์ให้ตรวจภายใน (Bimanual Examination) ด้วย

(สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 4-6)

### ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้เอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุก เอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูกส่วนในสร้างมูกเหนียวๆ ออกมาจำนวนมาก ถ้าทำการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียว จะได้เซลล์น้อยมาก หรือเก็บไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไข่สุกไปเสียก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะหนึ่ง คือ 3-4 วัน ก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่มีเม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้เป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจก ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่าน

2. ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอย่างเม็ดหรือฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

3. ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถ้าหมดไปนานแล้วเยื่อปากมดลูกอาจบางและอักเสบ (Atrophic Inflammation) ถ้าได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเฉพาะที่หรืออย่างเม็ดสำหรับรับประทานสักระยะหนึ่งประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ให้ใส่ Premarine Cream ในช่วงคลอตก่อนเข้านอน วันละ ½ - 1 กรัม หรือให้ Tab. Premarine (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น จะช่วยให้ได้รับผลการตรวจที่แน่นอนยิ่งขึ้น (เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ, ม.ป.ป., หน้า 34-35)

การทำการคัดกรอง โดยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลจะต้องมี

1. การฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พยาบาล แพทย์ ที่เกี่ยวข้องให้มีการทำแปปส-เมียร์ (Pap Smear) อย่างถูกต้องมีคุณภาพ

2. เครื่องมือที่ใช้ต้องเหมาะสม เช่น โต้ะ, Speculum

ไม้ทำแปปสเมียร์ (Spatula) แนะนำให้ใช้ชนิดที่มีปลายยื่นเข้าไปใน Endocervix ได้ เพื่อสามารถเก็บ Endocervical Cells (Extended Tip Spatula หรือ Modified Ayre Spatula) จะมีความเหมาะสมกว่า Ayre spatula การเลือกใช้ Spatula ที่เหมาะสมและเทคนิคในการทำแปปสเมียร์อย่างถูกต้องจะทำให้ลดจำนวน Inadequate Cervical Smears ซึ่งจำเป็นต้องทำ แปปสเมียร์ ซ้ำในรายนั้น ๆ จะลดเวลาและงบประมาณในการให้บริการ ลดความไม่สะดวกสำหรับผู้รับบริการและผู้บริการ

3. มีการ Fix Smears อย่างถูกต้อง

4. การส่ง Slide ไปยังห้องปฏิบัติการเซลล์วิทยาตามระยะเวลาที่กำหนด

5. การอ่านรายงานผลของนักเซลล์วิทยามีคุณภาพถูกต้อง

6. การส่งรายงานผลอย่างเป็นระบบ

7. การติดตามเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษา

ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดไม่สามารถทำให้ประสบความสำเร็จได้ เนื่องจากไม่มีการพัฒนาคุณภาพ และระบบการส่งต่อตั้งที่กล่าวมาแล้วข้างต้น และทำการตรวจในสตรีอายุน้อย (Low-Risk Women) มากกว่าในสตรีอายุมาก (High-Risk Women) และไม่มีการติดตามสตรีที่มีผลผิดปกติมาให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและการรักษา (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ม.ป.ป., หน้า 20)

## 6.2 ขั้นตอนการให้บริการ การตรวจมะเร็งปากมดลูกของศูนย์สุขภาพชุมชน

ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือ สถานีอนามัยเป็นหน่วยบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด โดยมีหน้าที่จัดบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ (กองสาธารณสุขภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542, หน้า 80) โดยตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในฐานะความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับวิถีทางสังคม วัฒนธรรม ของชุมชนนั้นๆ (จนิษฐา นันทบุตร, 2545, หน้า 39)

สำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นบริการในด้านการป้องกันโรค ซึ่งศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งจะทำการสำรวจ และจัดทำทะเบียนสตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตรับผิดชอบอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีทุกคน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของสถานีอนามัยจัดทำจดหมายเชิญสตรีกลุ่มเป้าหมาย และนัดหมายมาตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ไม่ควรทำการรณรงค์เป็นจำนวนมาก ในครั้งเดียวกัน เนื่องจากจะทำให้เกิดปัญหาในการอ่านและรายงานผลการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

จัดประชุม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อมารับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้ทราบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถทำการรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบตั้งแต่ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง และในระยะเริ่มแรก ซึ่งในบางรายยังไม่มีภาวะผิดปกติของปากมดลูก

ทำการประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้าน โดยใช้หอกระจายข่าว และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ให้คำแนะนำเชิญชวน และนำพาให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในเขตที่รับผิดชอบมารับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

### ลักษณะการให้บริการ

1. สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ให้ความรู้ และตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

2. สตรีในกลุ่มอายุอื่นๆ

- 2.1 ถ้าไม่มีอาการผิดปกติใดๆ จะนัดมาตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) เมื่ออายุครบตามเกณฑ์ที่กำหนด รวมทั้งสอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ถ้ายืนยันจะต้องการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ให้บริการตรวจให้ ถ้าผลการตรวจเป็นปกติ ให้นำมาตรวจครั้งต่อไปตามเกณฑ์อายุที่กำหนดไว้

- 2.2 ถ้าอายุเกิน 60 ปี และยังไม่เคยได้รับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ให้ตรวจทุกราย

- 2.3 ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการตกขาวหรือมีเลือดออกผิดปกติ หรือมีเลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ให้ตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ทุกราย

การทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ต้องทำอย่างมีคุณภาพ และส่งไปหน่วยเซลล์วิทยาของโรงพยาบาล เพื่อการอ่านและรายงานผลการตรวจ

#### การแจ้งผลการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. ในกรณีที่ผลการตรวจ “ปกติ” หรือ “มีการติดเชื้อ” ส่งไปรายงานผลกลับทางไปรษณีย์
2. ในกรณีที่ผลการตรวจมี “เซลล์ผิดปกติ” แจ้งผลให้สถานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบติดตามผู้ป่วยมาพบสูติ - นรีแพทย์

ระบบบริหารจัดการในแต่ละจังหวัด ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่างผู้รับผิดชอบของงานแต่ละอำเภอ และสาธารณสุขจังหวัด เพื่อการจัดทำแผนการให้บริการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ในแต่ละพื้นที่ เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องมีจำนวนสไลด์มากเกินไป ซึ่งจะทำให้เจ้าหน้าที่เซลล์วิทยาอ่านและรายงานผลการตรวจล่าช้า

การดูแลรักษาและการส่งต่อสตรีที่มีผลตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ผิดปกติ มีการติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การดูแลรักษาในรายที่สามารถทำได้ ส่งพบแพทย์ในรายที่นอกเหนือความสามารถ ตามระบบส่งต่อ ถ้าตรวจพบเซลล์ผิดปกติ ให้ติดตามผู้ป่วยมาพบแพทย์ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ รวบรวมรายชื่อ และที่อยู่ของสตรีที่มีผลตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) พบเซลล์ผิดปกติทุกรายพร้อมทั้งตรวจสอบว่า ผู้ป่วยได้รับการติดตามมาพบแพทย์ครบถ้วนหรือไม่ และแจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่พบแพทย์ ให้สถานบริการสาธารณสุขพื้นที่รับผิดชอบ ติดตามผู้ป่วยอีกครั้ง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ม.ป.ป., หน้า 5-6)

#### การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. ควรจะทำในระยะหลังไข่สุกไปแล้ว คือ ระยะแรกๆ ของครึ่งหลังของรอบเดือน หรือระยะปลายสัปดาห์ที่ 1 และต้นสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน
  2. ต้องไม่เคยได้รับการตรวจภายในมาก่อน อย่างน้อย 24 ชั่วโมง
  3. ห้ามล้างช่องคลอดก่อนมาตรวจอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
  4. ห้ามเหน็บยาในช่องคลอดก่อนมาตรวจอย่างน้อย 24 – 48 ชั่วโมง
- (ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคมะเร็งจังหวัดลำปาง กรมการแพทย์, 2542, หน้า 15)

#### เทคนิคการตรวจภายในและการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear)

การตรวจทางช่องคลอดหรือที่ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจกัน คือ การตรวจภายในซึ่งประกอบด้วย

1. การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
2. การใช้เครื่องมือตรวจสภาพในช่องคลอด

3. การตรวจอวัยวะภายในช่องเชิงกรานด้วยการใช้สองมือคลำ แบ่งการตรวจออกไปเป็น

3.1 การตรวจแบบธรรมดา (Clean Examination) เป็นการตรวจโดยใช้เครื่องมือที่สะอาดเท่านั้นใช้ตรวจเพื่อการวินิจฉัยทั่วไป

3.2 การตรวจอย่างระมัดระวังการติดเชื้อ (Sterile Examination) คือ การตรวจที่ป้องกันการติดเชื้ออย่างเต็มที่ ซึ่งใช้ปฏิบัติในกรณีใกล้คลอด ระหว่างทำคลอด ภายหลังคลอด และผู้ป่วยที่แท้งบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ ประกอบด้วย

1. ถุงมือ
2. Speculum แบบและขนาดต่าง ๆ ที่นิยมใช้คือ Graves Speculum
3. ปากคีบ หรือเครื่องมือใช้จับสำลี หรือก๊อช
4. ภาชนะใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ สำหรับทำความสะอาด
5. สำลี และ / หรือ ก๊อช
6. ไม้หรือเครื่องมือสำหรับป้ายเอาเซลล์จากเยื่อส่วนต่าง ๆ เพื่อนำไปตรวจหาเซลล์มะเร็ง (Pap Smear)
7. แผ่นกระจกซึ่งด้านหนึ่งเป็นฝ้า (Frosted End) สำหรับเขียนชื่อด้วยดินสอดำ
8. ขวดน้ำยาสำหรับแช่แผ่นกระจกซึ่งได้เกลี่ยเซลล์ลงแล้ว น้ำยาที่ใช้แช่เพื่อรักษาสภาพของเซลล์ที่ใช้ในปัจจุบัน คือ 95% Ethyl Alcohol และ Ether ผสมในอัตราส่วนเท่ากันหรือใช้ 95% Ethyl Alcohol อย่างเดียวก็ได้
9. สารหล่อลื่น เช่น เกลี น้ำสบู่ หรือวาสลีน

การตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำที่นิยมใช้ทั่วไปคือ ทำขึ้นขาหยั่ง (Lithotomy Position)

การเลือกขนาดของเครื่องมือ โดยทั่วไปมีขนาด 3 ขนาด

1. ขนาดจิว สำหรับใช้ในหญิงพรหมจารีย์
2. ขนาดปกติ หรือ ขนาดกลาง สำหรับใช้ในหญิงที่แต่งงานแล้ว
3. ขนาดใหญ่ ใช้ในรายที่เคยคลอดบุตรหลายครั้งแล้ว มีผนังช่องคลอดหย่อนมาก

หลักการใช้เครื่องมือในการตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ

1. พยายามลดความระคายเคืองจากการสอดเครื่องมือ โดยใช้หลักการดันพร้อมกับหมุน จะทำให้สามารถแยกผนังช่องคลอดจากกันได้ง่ายขึ้น
2. หลีกเลี่ยงบริเวณที่ไวต่อความสัมผัสให้น้อยที่สุด โดยพยายามหลีกเลี่ยงบริเวณคervix รอบช่องเปิดท่อปัสสาวะ แคมนอกหรือแคมใน และผนังช่องคลอดด้านหน้า การสอดเครื่องมือ

ต้องพยายามหลีกเลี่ยงบริเวณเหล่านี้ ซึ่งอาจทำได้โดย แหวกแคมในแยกออกจากกันให้กว้างจนเห็น Vestibule เพื่อกันไม่ให้แคมยื่นอยู่ ไปตามเครื่องมือเวลาสอดใส่เครื่องมือ

การหลีกเลี่ยงบริเวณที่ไวต่อการสัมผัสในการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาจทำได้โดย

1. ตะแคงปลายปากเปิดให้อยู่ในแนวเฉียงกับปากช่องคลอด
2. เวลาสอดเครื่องมือพยายามสอดไปทางด้านหลังที่บริเวณฝีเย็บเพื่อให้ช่องคลอดถ่างออก
3. สอดเครื่องมือในลักษณะตะแคงแล้วค่อย ๆ หมุนให้ไปอยู่ตามขวางอ้าปลายปากเปิด แล้วพยายามคลี่องปากมดลูกให้ได้

สิ่งที่ต้องตรวจดูเมื่อสอดเครื่องมือได้แล้ว

1. สภาพภายในช่องคลอด
    - 1.1 เชื้อบุผนังช่องคลอด รอยขุ่น สี ความผิดปกติอื่น (ถ้ามี)
    - 1.2 ลักษณะของน้ำ (Discharge) ในช่องคลอด
  2. สภาพของคอมดลูกจากการดู
    - 2.1 ตำแหน่ง รูปร่าง ขนาด
    - 2.2 ลักษณะทั่วไป เชื้อบุ สภาพของช่องปากมดลูกภายนอก มูกจากช่องคอมดลูก
- การอักเสบและแผล

วิธีการทำแปปสเมียร์

เตรียมแผ่นแก้วชนิด Frosted End คือ มีรอยฝ้าที่ปลายข้างหนึ่งเขียนชื่อและนามสกุล ผู้ป่วยไว้ด้วยดินสอดำ ถ้ามีการทำหลายจุดและจะใช้แผ่นแก้วมากกว่า 1 แผ่น ควรเขียนตำแหน่งที่จะทำลงไว้ด้วย เช่น Vulva, Cervix และ Endocervix เป็นต้น แผ่นแก้วที่เตรียมไว้ต้องเช็ดให้ใสสะอาด และต้องไม่มีฝุ่นจับ

ใส่เครื่องมือเข้าไปถ่างช่องคลอดแล้วใช้ Ayre's Spatula หรือ Modified Ayre's Spatula ทางด้านขวามือหรือปลายมนเก็บเซลล์จากกระพุ้งหลังของช่องคลอด แล้วพลิกเอาทางด้านปลายแหลมใส่เข้าไปในปากมดลูกส่วนใน แล้วหมุนโดยรอบซ้ายหรือขวาแล้วแต่จะถนัดอาจหมุนไป 2-3 หรือ 4 รอบ กะให้ได้เซลล์จากทุกจุดที่บริเวณปากมดลูกภายนอกและภายใน แล้วจึงนำมาเกลี่ยลงบนแผ่นแก้ว การเกลี่ยไม่นิยมละแรง ๆ แต่จะป้ายลงบนแผ่นแก้วไปทางเดียวกัน ทั้งจากช่องคลอด และรอยรูปากมดลูกจนเต็มแผ่นในเนื้อที่ความยาวประมาณ 40 เซนติเมตร ซึ่งเท่ากับขนาดของแผ่นแก้วที่จะนำมาปิดไว้ หลังการข้อมสีแล้ว การเกลี่ยบนแผ่นแก้วนี้ อาจแยกเป็น 2 แผ่นหรือป้ายรวมไว้ในแผ่นเดียวกันก็ได้

ในกรณีที่ต้องการตรวจหามะเร็งของปากมดลูก โดยเฉพาะการเก็บเซลล์อาจทำเพียงครั้งเดียว โดยใช้ Modified Ayre's Spatula ที่มีปลายข้างหนึ่งค่อนข้างยาวใส่เข้าไปในรูปากมดลูก

แล้วหมุน เพื่อเก็บเซลล์ซึ่งจะได้พร้อมกันที่เดียวจากปากมดลูกข้างนอกและข้างใน แล้วนำมาเกลี่ยลงบนแผ่นแก้วโดยป้ายไปทางเดียวกันพลิกทั้งสองหน้าของ Spatula เพื่อให้ได้เซลล์มากที่สุด การเกลี่ยต้องทำอย่างเบาและบาง แล้วรีบจุ่มแผ่นแก้วนี้ในขวดน้ำยารักษาสภาพเซลล์ ซึ่งประกอบด้วย Ether และ 95% Ethyl alcohol ผสมกันอย่างละเท่า ๆ กัน ควรแช่ไว้อย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนจะนำไปย้อมสี และตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ต่อไป (ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2542, หน้า 1-16)

การเตรียมสไลด์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Pap Smear)

ป้ายเช็ดจากปากมดลูก บนสไลด์ซึ่งเขียน ชื่อ สกุล อายุ วันที่ เตรียมไว้ด้านฝาของสไลด์ด้วยดินสอดำไว้ก่อนแล้ว เมื่อป้ายแล้วให้แช่สไลด์ใน 95% ethyl alcohol ทันทีก่อนสมิแยร์แห้ง และแช่ไว้จนกว่าจะส่งตรวจไปยังโรงพยาบาลเครือข่าย ไม่ควรเก็บไว้เกิน 2 สัปดาห์ และต้องตรวจสอบปริมาณแอลกอฮอล์ให้ทั่วบริเวณที่ป้ายสเมียร์

(สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป., หน้า 59)

## 7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ไม่พบว่ามีการศึกษาถึงความเข้าใจ เกี่ยวกับการมาหรือไม่มารับบริการ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ทั้งการศึกษาในเชิงปริมาณ หรือเชิงคุณภาพ แต่ได้มีผู้ทำการศึกษาถึงความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สรिता ชีรวัฒน์สกุล (2536) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การตัดสินใจตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สตรีที่มารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัย มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 21.9 และมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกต่ำ ร้อยละ 67 และพบว่า ความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) ที่ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก คือ สตรีที่มีความรู้ดีจะไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้ง แตกต่างจากการศึกษาของ พรฤดี นิธิรัตน์, รัชณี สรรเสริญ และ Steckle (2546) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของพยาบาล

อายุ 30 – 60 ปี ในจังหวัดจันทบุรี ประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาหะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของอากาศ สุปัญญา (2536) เรื่องความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหาหะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุดรธานี พบว่า ด้านความรู้เรื่องหะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้ดี ปานกลาง และต่ำ มาตรวจหาหะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, อรทัย ชนมาสุข, อติศรา ชูชาติ และ นิทัศน์ รวยวา (2538) เรื่องประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแม่บ้านอาสาสมัครกับการใช้จดหมายกระตุ้นเตือนต่อการมารับบริการตรวจเซลล์หะเร็งปากมดลูกในสตรี ในจังหวัดอุดรธานี พบว่า ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหาหะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านข้อมูลข่าวสาร เจตนา ศรีใส (2544) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับคำแนะนำมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูก โดยมีแนวโน้มว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องหะเร็งปากมดลูก มีแนวโน้มที่จะมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูกสูง ส่วนแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการรณรงค์ให้ไปตรวจหาหะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอากาศ สุปัญญา (2536) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัวในจังหวัดอุดรธานี ส่วนแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร และการรณรงค์ให้ไปตรวจหาหะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหาหะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงษ์ และคณะ (2538) เรื่องการสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการการตรวจหาหะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท ของอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่า สัปดาห์การรณรงค์ตรวจหาหะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตากมีส่วนช่วยเพิ่มสัดส่วนของการมารับการตรวจหาหะเร็งปากมดลูกในสตรี แต่ยังไม่ครอบคลุมสตรีส่วนใหญ่ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และการศึกษาของ รุ่งโรจน์ พุ่มรีว, อรทัย ชนมาสุข, อติศรา ชูชาติ และ นิทัศน์ รวยวา (2538) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น การเยี่ยมเยียนจากแม่บ้านอาสาสมัคร การกระตุ้นเตือนจากญาติ และการได้รับจดหมายกระตุ้นเตือน มีส่วนช่วยให้สตรีมีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันหะเร็งปากมดลูก ได้ดีขึ้น

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้ศึกษาจึงนำมากำหนดเป็นแนวทางในการศึกษา ได้แก่ การศึกษาถึงความเข้าใจ (Understanding) เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการมาตรวจหะเร็งปากมดลูก นโยบาย (Government Policy) การรณรงค์ให้ไปตรวจหะเร็งปากมดลูก และบริการของรัฐ (Government Health Service) การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ใน



สังคม (Social Situation) เช่น มีญาติหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก การทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากเพื่อนบ้าน เป็นต้น รวมถึงความคิดเห็นของผู้รับบริการในด้านสถานที่ บุคลากร ระบบ/ขั้นตอนการมารับบริการ เพื่อจะทราบ ความคิดเห็นของสตรีว่า ขอบเขตที่กล่าวมาข้างต้น เป็นเหตุผลที่ทำให้สตรีมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือไม่ อย่างไร โดยศึกษาในสตรีที่อาศัยอยู่ในตำบลเป้าหมายทั้งกลุ่มที่มารับการตรวจและไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright © by Chiang Mai University  
All rights reserved