

โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ.2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์
เรื่อง
โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

นางสาวจิตติยา แก้วสมบุญ
ผู้วิจัย

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนวนทอง ชนสุกาญจน์ Dr.P.H
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล ค.ค.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

นางสาวสุปรียา เมฆอนันต์ โกศล ร.ม.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.พญ.สุนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา
MD, Dr.med
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาราชการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

รองศาสตราจารย์สุปรียา ต้นสกุล ค.ค.
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์
วันที่ 3 ตุลาคม พ.ศ.2551

นางสาวฐิตียา แก้วสมบุญ
ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์สุริย์ จันทร์โมลี ส.ด.
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชนวนทอง ธนสุกาญจน์
Dr.P.H
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุนิตย์ ธีระศักดิ์วิทยา
MD,Dr.med
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอี่ยมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.
รักษาการแทนคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์พิทยา จารุพูนผล
พ.บ., อ.ว. (ระบาดวิทยา)
คณบดี
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผศ.ดร.ชนวนทอง ธนสุกาญจน์ ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล ผศ.พญ.สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา นางสาวสุปรียา เมฆอนันตโกศล กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่เป็นผู้คอยให้คำปรึกษา และให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง จนวิทยานิพนธ์ เสร็จสมบูรณ์

ขอขอบคุณ รศ.ดร.สุริย์ จันทร โมลี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัย และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์และคณาจารย์คณะ สาธารณสุขศาสตร์ที่ประสิทธิประสาทความรู้ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ที่สำคัญที่สุดขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาอันมีค่า ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยทำ ให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณ คุณอัมพร โชคปรีชา คุณวรรณะ ขวลิตานนท์และเจ้าหน้าที่อาคาร ๑๐๐ ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ชั้น 11/2 ทุกคน ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย และให้ กำลังใจขณะทำการทำวิจัย

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ พ่อ แม่ ที่อบรมสั่งสอน ดูแล คอยให้กำลังใจจนงานวิจัยสำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดี ตลอดจนขอขอบคุณทุกท่านที่ผู้วิจัยไม่สามารถกล่าวนามไว้ในที่นี้ที่ได้มีส่วน ช่วยเหลือ การทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จด้วยดี

ฐิตียา แก้วสมบูรณ์

โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

(PARTICIPATORY LEARNING STRATEGY TO PROMOTE HEALTH LITERACY OF PRE INVASIVE CERVICAL CARCINOMA PATIENT)

จิตติยา แก้วสมบุญ 4637249 PHPH/M

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์); สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ษะนวนทอง ชนสุกาญจน์ Dr.P.H , สุปรียา ดันสกุล ค.ศ.,
สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา M.D.Dr.med, สุปริดา เมฆอนันตโกศล ร.ม.

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาประสิทธิผล โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามที่มารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย ที่โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนมิถุนายน- สิงหาคม 2551 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Independent t-test, Paired t-test

ผลการศึกษา พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความแตกฉานด้านสุขภาพในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจ ดีวก่อนทดลองและดีวก่อนกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.001$ และสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ รวมทั้งพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามขั้นตอนดีวก่อนกลุ่มเปรียบเทียบ ในเรื่องความวิตกกังวลภายหลังการตรวจและความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงและมีการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการทดลองดีวก่อนกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ผู้ป่วยแตกฉานด้านสุขภาพ มีความเข้าใจข้อมูลเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย สามารถตีความนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติเมื่อเข้ารับการตรวจ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ จึงควรพิจารณานำเอาองค์ประกอบของการวิจัยในครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานให้เหมาะสมกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย/การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม/ความแตกฉานด้านสุขภาพ/มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

PARTICIPATORY LEARNING STRATEGY TO PROMOTE HEALTH LITERACY OF
PRE-INVASIVE CERVICAL CARCINOMA PATIENT

THITIYA KAEWSOMBOON 4637249 PHPH/M

M.Sc. (PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANUANTONG TANASUGARN Dr.P.H.,
SUPREYA TANSAKUI Dr.P.H., SUWANIT THERASAKVICHYA M.D.Dr.med,
SUPREEDA MAKANANTAGOSOL M.A.(POLITICAL SCIENCE)

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental research was to evaluate the effectiveness of a participatory learning program to promote health literacy of pre-invasive cervical carcinoma patients undergoing Colposcopy at Siriraj hospital, Bangkok.

The sample were selected on a purposive sampling on the basis of specific criteria. The total population of this study consisted of sixty patients, thirty patients received the intervention and thirty patients served as comparison. The study was conducted from June to August, 2008. Self administered questionnaires were used for data collection before and after interventions. Frequency, percentage, means, standard deviation, paired t-test and independent t-test were used for data analysis.

The study findings revealed that immediately after the experiment the experimental group had statistically significant higher mean scores of knowledge on cervical cancer and Colposcopy, fewer perceived complications after Colposcopy, lower levels of anxiety and more compliance behavior during the Colposcopy procedure. They also had lower anxiety levels and greater adherence to the discharge plan after leaving the hospital. The experimental group additionally had lower anxiety levels and greater adherence than the control group after the experiment.

Based on this finding, it can be concluded that the participatory learning program was effective to improve health literacy of patients undergoing Colposcopy. Therefore it is recommended that the participatory learning program should be used to promote health literacy of pre-invasive cervical carcinoma patient in other hospitals.

KEY WORDS : COLPOSCOPY/ HEALTH LITERACY / PARTICIPATORY
LEARNING / PRE-INVASIVE CERVICAL CARCINOMA

153 pp.

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาการวิจัย	6
วัตถุประสงค์การวิจัย	6
สมมติฐานในการวิจัย	7
ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง	7
ขอบเขตการวิจัย	8
คำจำกัดความ	8
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	12
ส่วนที่ 1 ความรู้ในเรื่อง	13
ส่วนที่ 2 แนวคิดและทฤษฎี	38
ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	45
กรอบแนวคิดการวิจัย	51
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	52
รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง	52
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	57
วิธีดำเนินการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล	61
การวิเคราะห์ข้อมูล	63
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	122
ประวัติผู้วิจัย	153

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว	68
2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร	70
3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	72
4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย	74
5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	76
6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	77
7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ผลของการรักษาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	78
8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	79
9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง	80
10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง	81

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่	หน้า
11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการขณะตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่อง ขยายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง	82
12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการตรวจ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	83
13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ	84

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model)	39
2	หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	40
3	จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	42
4	แผนภูมิการวิจัย	52
5	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	64

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข สถานวิหามะเร็งศิริราช และสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรี และอัตราการเกิดของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามมากกว่าในระยะเริ่มแรก(pre invasive carcinoma) โดยที่สถิติแพทย์ตรวจพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณปีละ 5,000-6,000 ราย (กุชงค์ ผดุงสิทธิ์, 2546) และจากข้อมูลอุบัติการณ์ในแต่ละภาคของประเทศ ทำให้คาดประมาณได้ว่าจะมีผู้ป่วยใหม่ทั้งประเทศรวมกันไม่น้อยกว่า 8,000 รายในปี พ.ศ. 2551 (หัชชา ศรีปลั่ง, 2546) สำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม(pre invasive cervical carcinoma) นั้น การตรวจค้นทำได้ไม่ยาก และสามารถให้การรักษาในระยะนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายขาดจากโรคและไม่กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (สุรินทร์ โตสุขโขวงศ์และชัยศ ชีรผกาวงศ์, 2542) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหารอยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การรักษาไม่ให้อายุโรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธี มีความยากง่าย ความแม่นยำ และค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน วิธีที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบันคือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก(Pap smear) (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ในรายที่ผลการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ(Abnormal Papsmear) แพทย์จะใช้วิธีการตรวจปากมดลูกทางช่องคลอดด้วยกล้องขยาย(Colposcopy) เพื่อดูลักษณะผิวเยื่อและลักษณะของเส้นเลือดบริเวณปากมดลูก จะช่วยในการตรวจหาตำแหน่ง ขอบเขต และขนาดของรอยโรค ช่วยในการวินิจฉัยรอยโรค และช่วยเป็นแนวทางในการรักษาต่อไป(กุชงค์ ผดุงสิทธิ์, 2546) ซึ่งการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก มีความแม่นยำร้อยละ 99 (Burghardt อ้างใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2542) ซึ่งแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข ในการส่งต่อผู้ที่มีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ มีนโยบายจัดทำศูนย์บริการเพื่อการตรวจวินิจฉัยโดยกล้องขยาย และการรักษาก่อนระยะลุกลามของมะเร็งปากมดลูก (Cervical Intraepithelial Neoplasia-CIN) สำหรับระบบส่งต่อเพื่อ

การตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างมีคุณภาพในแต่ละเขต/ภาคของประเทศ การฝึกอบรมสำหรับสูติ-นรีแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคโดยการส่องกล้องขยาย (Colposcope) และการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์และที่ศูนย์มะเร็งและคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในทุกภูมิภาคของประเทศ(เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล ชีรุณี ภูหาเปรมะ และ สมยศ ศิริสมิ, 2546)

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีกระบวนการการรักษาและแนวทางปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกโดยการตรวจด้วยการส่องกล้องขยายทางช่องคลอด ในผู้ป่วยทุกราย โดยให้บริการแก่ผู้ป่วยทั่วไปหรือจากการส่งต่อจากสถานบริการทางการแพทย์ที่ต่างๆ ทั่วประเทศ ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มาขอรับบริการ คิดเป็นร้อยละ 21.39 และ 18.15 ของผู้ป่วยนอกทางนรีเวชที่ห้องผ่าตัดเล็กสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ในปี พ.ศ.2546 พ.ศ.2547 ตามลำดับ ประกอบกับโรงพยาบาลศิริราชผ่านการรับรองคุณภาพของโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) และมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีมาตรฐานโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ ครบถ้วนตามข้อกำหนด โดยเรื่องหนึ่งที่มีความสำคัญคือ เรื่องของสิทธิผู้ป่วย (Patient's right) มีการกำหนดเป็นนโยบายของโรงพยาบาลเรื่องสิทธิผู้ป่วย และนำมากำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ ตามการประกาศสิทธิผู้ป่วยที่สภาวิชาชีพ ได้แก่ แพทยสภา สภาการพยาบาล ทันตแพทยสภา สภาเภสัชกรรม และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลป์ได้ประกาศรับรองร่วมกันไว้เมื่อวันที่ 16 เมษายน พ.ศ.2541 กำหนดสิทธิผู้ป่วยไว้ 10 ประการ (สภาการพยาบาล, 2541) ในข้อที่ 3 ระบุว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอม หรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็น” และมีแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล 5 ข้อ ดังนี้ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน แผนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การปฏิบัติตน ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายโดยประมาณ 2) อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจชัดเจน ก่อนลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาล 3) อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ วิธีการและผลที่จะเกิดขึ้นในการรักษาพยาบาล รวมทั้งวิธีการสังเกต และบอกถึงความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น 4) สอบถามการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย ภายหลังได้รับคำแนะนำ/คำอธิบายว่าเข้าใจถูกต้อง 5) ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยอย่างเต็มที่ในการซักถาม หรือบอกเล่าในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการ และรับฟังอย่างเต็มที่

ซึ่งในเรื่องของการส่องกล้องขยายตรวจปากมดลูกทางช่องคลอดและตัดชิ้นเนื้อตรวจหาความผิดปกติและการรักษาก่อนเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เป็นหัตถการอย่างหนึ่งที่ต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจน แต่รูปแบบบริการปัจจุบันที่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติในเรื่องการให้ข้อมูลผลตรวจเซลล์ปากมดลูกจากการตรวจ Pap Smear และการส่งผู้ป่วยตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย (Colposcopy) เป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ใช้เวลาในการให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยประมาณ 10-15 นาทีต่อผู้ป่วย 1 ราย เพื่อให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลหรือหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดหรือหัตถการ (Informed Consent) ให้ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในเวลาที่ผ่านมามักพบเสมอว่าพยาบาลมีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมที่ไม่เป็นไปตามประกาศสิทธิผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจาก ความจำกัดของเวลาทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบจึงอาจทำให้เกิดการข้ามขั้นตอน หรือเกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสมได้ (สมฤดี พุ่มท่าอิฐ, 2544)

จากประสบการณ์การทำงานของผู้วิจัยในห้องตรวจ Colposcope และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เซ็นชื่อลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลหรือหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดหรือหัตถการ (Informed Consent) มาแล้ว เมื่อมาเข้ารับการตรวจและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ขาดการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและผลแทรกซ้อนจากการตรวจและตัดชิ้นเนื้อ ตลอดจนผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากถึงเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ ทำให้การรับทราบข้อมูล ทำความเข้าใจ ตีความข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการตรวจรักษาขั้นต่อไป สามารถรับทราบได้เพียงบางส่วน ดังนั้นในการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะรับฟังและเข้าใจ (Brown, Kneisl & Obst, 1986 อ้างในสมฤดี พุ่มท่าอิฐ, 2544)

นอกจากนี้ การที่ผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติส่งผลให้ ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและรับทราบข้อมูลรวมทั้งการไม่เข้าใจข้อมูลถึงระดับที่จะทำให้จะสามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้ ดังปรากฏในงานวิจัยของจตุพล ศรีสมบุญ (2547) ที่รายงานไว้ว่าสำหรับตัวผู้ป่วยเอง สถิติที่มีผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติ จะมีความวิตกกังวลเกือบทุกราย ทุกคนกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก เมื่อตรวจพบความผิดปกติถึงแม้ว่าไม่น่าจะรุนแรงในความเห็นของแพทย์ แต่ถ้าไม่ทำการสืบค้นเพิ่มเติมโดยการตรวจด้วย Colposcope แล้วจะไม่สามารถอธิบายกับผู้ป่วยด้วยความมั่นใจได้ว่ามีรอยโรคที่ปากมดลูกหรือไม่ และผู้ป่วยเองจะสบายใจด้วยเมื่อทราบผลว่าไม่ได้เป็นมะเร็ง

หรือเป็นเพียงความผิดปกติภายในเยื่อปากลมดลูก ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ และภุชงค์ ผดุงสิทธิ์, 2546 ได้ทำการศึกษาในเรื่องเดียวกัน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย มักมีความวิตกกังวลเมื่อทราบจากแพทย์ว่าผล Pap smear ผิดปกติ ซึ่งอาจเป็นโรคมะเร็งที่มีอันตรายต่อชีวิต และมีความกลัวต่อการตรวจ กลัวความเจ็บปวดที่คิดว่าจะเกิดจากการตรวจ อายุที่ต้องเปิดเผยส่วนของร่างกายที่ควรปกปิด กลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาภายหลังการตรวจ เช่น การมีเลือดออก กังวลใจเกี่ยวกับผลการตรวจ การปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ ไม่มั่นใจในการรักษาของแพทย์ ความกลัวและกังวลใจเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติเป็นมะเร็งระยะก่อนลุกลาม ที่มารับบริการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกที่ห้องผ่าตัดเล็กสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 15-31 มีนาคม พ.ศ. 2548 จำนวน 15 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ก่อนเข้ารับการตรวจ 4 ราย ผู้ป่วยหลังตรวจและตัดชิ้นเนื้อ 8 ราย และผู้ป่วยเก่าที่นัดมาติดตามผลการตรวจจากครั้งที่แล้ว 3 ราย เรื่องที่สัมภาษณ์คือพฤติกรรมการใช้บริการ พฤติกรรมการทำตามแผนการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร พฤติกรรมการเผชิญปัญหา แล้วนำมาวิเคราะห์ตามกรอบวิเคราะห์พฤติกรรมผู้รับบริการสาธารณสุข (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2540) พบว่า

ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 4 ราย แสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับ วิธีการตรวจ สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่พบในห้องตรวจ มี 3 ใน 4 ราย ที่ไม่ทราบว่าแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาเป็นใครชื่ออะไร ในเรื่องการแสวงหาแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน พบว่ามีเพียง 1 ราย ที่ไปสอบถามจากเพื่อนร่วมงานซึ่งเคยรับการตรวจแบบเดียวกัน แต่ก็ได้รับทราบข้อมูลเพียงบางส่วนซึ่งไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ อีก 3 รายไม่ได้ไปหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเลย

ในกลุ่มผู้ป่วย 8 ราย ที่รอคู่อการ 2 ชั่วโมงหลังการตัดชิ้นเนื้อ ทุกคนแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของชิ้นเนื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังการตัดชิ้นเนื้อ แต่การแสดงออกมีทั้งการอธิบาย แสดงความรู้สึก มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการคิดเชิงปฏิเสธ ไม่เชื่อผลการตรวจซึ่งเกี่ยวกับเทคนิค วิธี ที่ไปรับการตรวจ Pap smear จากสถานบริการอื่น หรือจากขั้นตอนการให้บริการที่ผิดพลาด เช่น การมีเชื้อซ้ำกัน มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่เชื่อผลการตรวจ Pap smear จากสถานอนามัย เนื่องจากวันที่ตรวจนั้นมีผู้รับบริการอีกคนที่เชื้อซ้ำกับตน จึงไม่มั่นใจว่าผลอาจสลับ

กับอีกคน แต่มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่ถึงแม้จะมีความวิตกกังวล แต่ก็มีความเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ว่าจะทำให้ตนหายจากโรคและปลอดภัย

กลุ่มผู้ป่วยเก่าที่นัดมาติดตามผลการตรวจจากครั้งที่แล้ว จำนวน 3 ราย พบว่าระหว่างรอฟังผลการตรวจ 2 สัปดาห์ มีความกังวลใจมาก ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ อยากทราบผลขึ้นเนื้อเร็วๆ มีผลกระทบต่อตนเองและต่อครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งอยู่ในวัยเรียน และได้พูดคุยกับคนสนิทในครอบครัว สามี่ ทุกคนให้กำลังใจ ปลอบใจว่า การแพทย์สมัยนี้เจริญสามารถรักษาได้ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

ในภาพรวมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ในแต่ละขั้นตอนของการวินิจฉัยหรือการรักษา ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการตรวจ รอดูอาการหลังการตรวจ และมาติดตามผลการตรวจและผลขึ้นเนื้อ ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวล และต้องการข้อมูลที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการรักษาและวางแผนในการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นเพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้เป็นไปตามเงื่อนไขของโรงพยาบาลคุณภาพ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาที่ตอบสนองสิทธิผู้ป่วย สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวิถีชีวิตผู้ป่วย และสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตในสังคมต่อไป จุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพคือ เรื่องของการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลและตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพ และนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้องหรือความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) รวมทั้งการเรียนรู้เรื่องราวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วย ภาวะเสี่ยงจากระบบบริการ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง และการทำตามแผนการรักษาด้วยความเข้าใจ นำไปสู่การพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณค่า ให้สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วย และผลลัพธ์สุดท้ายคือการมีทักษะในการจัดการตนเองให้อยู่ร่วมในครอบครัว สังคม ในการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาทั้งแนวคิดและรูปแบบบริการทางสุขศึกษาเพื่อให้เกิด Health Literacy และตอบสนองความต้องการตามสิทธิผู้ป่วย จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะจัดทำรูปแบบโปรแกรมสุขศึกษา โดยนำแนวคิดการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทาง จัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวล สร้างการเรียนรู้และความมั่นใจในการวางแผนในการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลาม

ปัญหาการวิจัย

รูปแบบบริการการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลอย่างไรต่อความวิตกกังวล และความเข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรับการตรวจรักษา ภายหลังการตรวจ และในการวางแผนตรวจติดตาม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ที่รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามที่มารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ต่อความวิตกกังวล ความเข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรับการตรวจรักษา ภายหลังการตรวจ และในการวางแผนตรวจติดตามผล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.3 ระดับความวิตกกังวล

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล

2.4 ความวิตกกังวลหลังการตรวจ

2.5 การวางแผนปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย

1.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย

1.3 ระดับความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย

2.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย

2.3 ระดับความวิตกกังวล

2.4 ความวิตกกังวลหลังการตรวจ

2.5 การวางแผนปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

3. พฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจของกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ตัวแปรที่เกี่ยวข้อง

ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1. การทำความเข้าใจและตีความข้อมูลระหว่างรับการตรวจโดยวิธีใช้กล้องส่องขยาย ในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและประยุกต์กระบวนการกลุ่ม ใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพประกอบ

2. การวางแผนปฏิบัติตนตามแผนการรักษา หลังการผลตรวจ โดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
2. การรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน
3. ระดับความวิตกกังวล
4. พฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจ
5. การวางแผนปฏิบัติตนตามแผนการรักษา หลังการตรวจ

ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เน้นศึกษาในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติจากผลการ Pap smear และมารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด (Colposcopy) ที่ห้องตรวจภายใน หน่วยห้องผ่าตัดสูติศาสตร์- นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุระหว่าง 20-60 ปี ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม 2551

คำจำกัดความ

การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ยึดผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม) เป็นศูนย์กลางโดยยึดหลักเทคนิคการเรียนรู้ 2 แบบมาประยุกต์ ประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ 1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) 2. กระบวนการกลุ่ม (Group process) โดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ไปใช้ตามแนวคิดความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ การเข้าใจ ตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพ

และนำข้อมูลไปใช้ได้ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ1. การทำความเข้าใจและตีความข้อมูล โดยมีความรู้เบื้องต้นและการรับรู้ต่อภาวะเสี่ยง ผลแทรกซ้อน ระดับ2. การนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยมีทักษะในปฏิบัติ ระดับ3. การวางแผนต่อความเจ็บป่วยของตน โดยมีความตั้งใจปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพประกอบ หุ่นจำลอง ตลอดจนกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดการรับรู้ ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน และใช้จัดการเรียนรู้แบบกลุ่มระหว่างผู้ป่วย ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และวางแผนการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ความแตกฉานด้านสุขภาพ หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม มีความเข้าใจ สามารถตีความข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเพื่อตรวจหา มะเร็งปากมดลูกและนำข้อมูลนี้ไปใช้ ขณะเข้ารับการตรวจ หลังการตรวจและตัดสินใจ ระหว่างรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ

การเข้าใจ ตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำข้อมูลไปใช้ได้ทั้ง 3 ระดับ หมายถึง มีความเข้าใจ สามารถตีความข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเพื่อตรวจหา มะเร็งปากมดลูก และนำข้อมูลไปใช้ได้ทั้ง ในระดับ

1. Functional Health Literacy หมายถึง เข้าใจแตกฉานในข้อมูลรูปแบบเกี่ยวกับ ภาวะเสี่ยงหรือระบบบริการ การทำตามแผนการรักษา
2. Interactive Health Literacy หมายถึง เน้นการพัฒนาทักษะในการดำเนินชีวิตให้ สอดคล้องกับภาวะความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม
3. Critical Health Literacy หมายถึง มีการพัฒนาทางพุทธิปัญญาและทักษะในการ จัดการตนเองให้อยู่ได้ในครอบครัว สังคม เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วยและการรักษา

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความสามารถในการจำ เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามเนื้อหา เช่น การซักถามตามความสงสัย ตามความต้องการของผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในเรื่องลักษณะของโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก จัดอยู่ในระดับ Functional Health Literacy

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย (Colposcope) หมายถึง ความสามารถในการจำ เข้าใจ และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามเนื้อหา เช่น การซักถามตามความสงสัย ตามความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในเรื่องลักษณะการตรวจ อุปกรณ์เครื่องมือ ขั้นตอนการตรวจ ประโยชน์ของการตรวจ การปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ **จัดอยู่ในระดับ Functional Health Literacy**

การรับรู้ หมายถึง กระบวนการที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม รับสิ่งเร้าผ่านประสาทสัมผัสแล้วตีความของสิ่งเร้า โดยนำประสบการณ์เดิมเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยการวัดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ จะจัดออกมาเป็นระดับความรู้สึก และความคิดเห็น

การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ที่ได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก ถึงผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ การตกเลือด การติดเชื้อที่แผลจากการตัดชิ้นเนื้อ อาการปวดหน่วงในช่องคลอด **จัดอยู่ในระดับ Functional Health Literacy**

ระดับความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ กลัว และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยหาสาเหตุได้และไม่ได้มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เกิดขึ้นใน ซึ่งสามารถวัดได้โดยดัดแปลงใช้แบบวัดความวิตกกังวลของวิลเลียม คัมบลิว เค ซุง (William WK Zung) ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528 : 23-24) อ้างใน สายปัญญา คงพันธุ์, 2535 **จัดอยู่ในระดับ Functional Health Literacy**

ระดับความวิตกกังวลภายหลังการตรวจ หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ กลัว และหวั่นวิตกว่าจะมีอันตรายเกิดขึ้น โดยหาสาเหตุได้และไม่ได้มีการแสดงออกทั้งทางร่างกายและอารมณ์ เกิดขึ้น ภายหลังเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายแล้ว เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ หรือเพื่อรอการมาตรวจติดตามผลครั้งต่อไป ซึ่งสามารถวัดได้โดยดัดแปลงใช้แบบวัดความวิตกกังวลของวิลเลียม คัมบลิว เค ซุง (William WK Zung) ฉบับแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528 : 23-24) อ้างใน สายปัญญา คงพันธุ์, 2535 **จัดอยู่ในระดับ Functional Health Literacy**

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อหาทฤษฎีที่เหมาะสมในการจัดการเรียนรู้เพื่อตอบสนองสิทธิผู้ป่วยและสร้างเสริมการอ่านออกเขียนได้ ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ซึ่งผ่านการตรวจทางเซลล์วิทยา (Pap smear) และพบว่ามีความผิดปกติ จึงเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย (Colposcopy) เพื่อเป็นการตรวจซ้ำและยืนยันผลตรวจให้ถูกต้องแม่นยำขึ้น ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมและประกอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้

1. ความรู้ในเรื่อง

- 1.1 มะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย
- 1.2 ความแตกฉานด้านสุขภาพ

2. แนวคิดและทฤษฎี

- แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 3.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก
- 3.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

1. ความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)

เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี จึงจัดว่าเป็นโรคที่มีความสำคัญมากโรคหนึ่ง การศึกษามะเร็งปากมดลูกจึงเป็นไปโดยกว้างขวางและพบลักษณะจำเพาะของโรคนี้ได้ เช่น ทราบว่า มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามจะต้องใช้เวลาเฉลี่ยมากกว่า 10 ปี ที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งการตรวจค้นทำได้ไม่ยากและสามารถให้การรักษาในระยะนี้ ช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้หายขาดจากโรค และไม่กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (สุรินทร์ โตสุโขวงศ์ และชัยศ ชีรผกาวงศ์, 2542)

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่สามารถหาสาเหตุของการเกิดได้ถูกต้องชัดเจน แต่มีการศึกษาวิจัยที่พบว่าน่าจะเกิดจากเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) คือ ไวรัสกลุ่มเดียวกับที่ก่อให้เกิดโรคหูดหงอนไก่ น่าจะเป็นสาเหตุใหญ่แม้จะไม่ใช่อะไรเดียว (สุรินทร์ โตสุโขวงศ์ และ ชัยศ ชีรผกาวงศ์, 2542) ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่าการติดเชื้ออย่างเรื้อรังของ Human Papilloma Virus (HPV) บางชนิด (Subtypes) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, 2546) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจจะทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งพบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ (Furniss, 2000) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีต่อไปนี้

1.1 แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์ และ อภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539; Morris & Burke, 1993) โดยพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540)

1.2 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน ซึ่งจะบ่งบอกถึงโอกาสที่สตรีจะได้รับสารก่อมะเร็งมากขึ้น (Reid, 2000) จากการศึกษาพบว่าการมีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากขึ้นประมาณ 2-3 เท่าของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว (ธีระ ทองสงและคณะ, 2539)

1.3 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีความถี่ในการร่วมเพศสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540) ซึ่งเห็นได้เด่นชัดในโตเกนิจจะมีความเสี่ยงต่อโรคนี้อย่างยิ่งไปกว่านั้นหญิงที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือในนักบวชหญิงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้น้อย (สุรินทร์ โดสุโขวงศ์ และ ชัยยศ ชีรผกาวงศ์, 2542)

1.4 จำนวนการตั้งครรภ์และการมีบุตรมาก เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อยๆ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

2. อายุ โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี ส่วนมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่า คือประมาณ 38 ปี ซึ่งปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี หรือต่ำกว่ามากขึ้น (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

3. ลักษณะของสามีหรือคู่นอน ในปัจจุบันพบว่าผู้ชายมีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรี ดังนี้

3.1 ผู้ชายที่ไม่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศจะทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ชายที่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (Circumcision) สาเหตุเนื่องจากใน smegma จะมี mycobacteria smegmatis ซึ่งสามารถเปลี่ยนคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเซลล์ที่ตายให้เป็นสารก่อมะเร็งได้ (ธีระ ทองสงและคณะ, 2539)

3.2 ผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศชาย (Penile cancer) พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศชายจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 3.6 เท่า (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

3.3 ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย และสำล่อนทางเพศหรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่นนอกจากภรรยา โดยภรรยาของชายที่มีคู่นอนมากกว่า 15 คน มีความเสี่ยงสูงขึ้น 7 เท่า (วสันต์ ลีณะสมิต และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2542; Brant, 1999)

3.4 ผู้ชายที่มีประวัติภรรยาคนก่อนเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก อาจทำให้สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า (ธีระ ทองสง, 2537)

3.5 ผู้ชายที่ลักษณะของหัวอสุจิมียโปรตีนชนิดหนึ่ง คือ โปรตามีน (Protamine) ซึ่งมีผลต่อดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็น ดิสเพลเซีย (Dysplasia) ได้ และพบว่าสารโปรตามีนมีสูงในอสุจิของผู้ชายที่มีสรีรฐานะทางสังคมต่ำ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

4. การคุมกำเนิด ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนที่ใช้ในการคุมกำเนิดที่มีผลต่อเซลล์เยื่อปากมดลูก แต่พบว่าสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดจะมีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น (Reid, 2001)

5. การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส (Squamous cell carcinoma) (ธีระ ทองสง, 2537 ; Reid, 2001) จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 เท่า ในสตรีที่สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งความเสี่ยงจะสูงขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่มาก สูบมาเป็นเวลานาน และสูบนิกotin ไม่มีกั้นกรองหรือสัมผัสกับควันบุหรี่ทางอ้อมมากกว่าวันละ 3 ชั่วโมง (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

6. การติดเชื้อต่างๆ เชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์กล่าวคือ

6.1 Human Papilloma Virus (HPV) เป็นไวรัสที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่สุดของมะเร็งปากมดลูก (Chamarro, 2000) โดยมีมากกว่า 70 ชนิด แต่ชนิดที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงเฉพาะมะเร็งปากมดลูกคือ type 16, 18 และ 31 โดยเฉพาะ type 18 ซึ่งเป็นชนิดที่ทำให้มะเร็งระยะเริ่มแรกคืบหน้าไปเป็นมะเร็งระยะลุกลามอย่างรวดเร็ว (Brant, 1999 ; Clark, 1994)

6.2 Herpes simplex virus type 2 (HSV-2) จากการศึกษาต่างๆ ไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างไวรัสนี้กับมะเร็งปากมดลูก แต่มีสมมุติฐานที่อาจเป็นไปได้คือ ไวรัสนี้เป็นตัวกระตุ้นให้ไวรัสตัวอื่น เช่น HPV ให้มีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539)

6.3 การติดเชื้ออื่นๆ ที่อาจเป็นสาเหตุของมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้แต่ยังไม่สามารถสรุปได้แน่ชัด เช่น ทริโคโมแนส (Trichomonas) เชื้อหนองใน และเชื้อซิฟิลิส เป็นต้น (Chamarro, 2000)

7. สตรีที่ภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกัน จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คือ เชื้อ HSV-2 และ HPV ได้ง่ายอีกด้วย (ธีระ ทองสง, 2537)
8. การขาดวิตามินเอ วิตามินซี วิตามินอี และโฟเลต จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (Furniss, 2000)
9. ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาด้านฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ดีกว่า (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) โดยเชื่อกันว่าสตรีที่มีฐานะยากจนส่วนใหญ่จะมีการศึกษาน้อย ทำให้ขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มนี้สูง (จิตติพร อิงคถาวรวงศ์, 2541)
10. เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม ซึ่งจะพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีผิวดำมากกว่าสตรีผิวขาว (วสันต์ ถิ่นะสมิต และณัฐพงศ์ อิศารังกูร ณ อยุธยา, 2542)

การดำเนินโรค

การเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นกระบวนการเกิดแบบต่อเนื่อง จากรอยโรคระยะเริ่มแรกที่เรียกว่า ดิสเพลเซีย (Dysplasia) และเมื่อมีสถานะที่เหมาะสมก็จะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่อไปเป็นคาร์ซิโนมา อินไซตู (Carcinoma in situ) และดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) ในที่สุด (Clark, 1994)

ดิสเพลเซีย (Dysplasia) หมายถึง เยื่อบุสแควมัส (Squamous) มีเซลล์รูปร่างผิดปกติ (Atypia) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ เล็กน้อย (mild) ปานกลาง (moderate) และรุนแรง (severe) (Brant, 1999)

คาร์ซิโนมา อินไซตู (Carcinoma in situ) (CIS) หมายถึง รอยโรคของเยื่อบุสแควมัสที่มีเซลล์ผิดปกติ ซึ่งลักษณะเหมือนเซลล์มะเร็งอยู่เต็มหรือเกือบเต็มชั้นของเยื่อบุ (Klemm, 2000)

จากการศึกษาลักษณะของเยื่อบุพบว่า เซลล์ผิดปกติที่พบในดิสเพลเซียและคาร์ซิโนมาอินไซตุนั้นมีคุณสมบัติเหมือนกันทุกประการ และถือว่าพยาธิสภาพของเยื่อบุผิดปกติทั้ง 2 เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกัน ดังนั้นจึงมีการเรียกดิสเพลเซียระดับต่างๆ และคาร์ซิ

โนมา อินไซตู ว่า เซอร์วักัล อินทราอีพีทีเลียล นีโอพลาเซีย (Cervical intraepithelial neoplasia [CIN]) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ดิสเพลเซียระดับเล็กน้อย (mild dysplasia) หรือ CIN I หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อยู่ในระดับไม่เกิน 1 ใน 3 ของความหนาเยื่อเมือกปากมดลูก

ดิสเพลเซียระดับปานกลาง (moderate dysplasia) หรือ CIN II หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อยู่ในระดับไม่เกิน 2 ใน 3 ของความหนาเยื่อเมือกปากมดลูก

ดิสเพลเซียระดับรุนแรง (severe dysplasia) หรือ CIN III หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อยู่ในระดับเกินกว่า 2 ใน 3 ของความหนาเยื่อเมือกปากมดลูก และรวมทั้ง Carcinoma in situ ซึ่งหมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งชั้นของเซลล์เยื่อเมือก

CIN ไม่ได้คืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามทุกราย จากการศึกษาพบว่า CIN ที่ไม่ได้รับการรักษาจะกลายเป็น CIS ได้ประมาณร้อยละ 40 - 60 และจะมีบางส่วนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยไม่ผ่านการเป็น CIS ก่อน และระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน โดยการเปลี่ยนแปลงจาก dysplasia เป็น CIS ใช้เวลาประมาณ 7 ปี และจาก CIS เป็นมะเร็งระยะลุกลามใช้เวลาประมาณ 14 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539)

การแบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

สหพันธ์สูติ-นรีเวชวิทยาระหว่างประเทศ (The International Federation of Gynecology and Obstetrics [FIGO]) ได้แบ่งระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้ (Klemm, 2000)

มะเร็งระยะก่อนลุกลาม (preinvasive carcinoma)

ระยะ 0 เป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกซึ่งหมายถึง CIN และ CIS

มะเร็งระยะลุกลาม (invasive carcinoma)

ระยะ I เป็นมะเร็งยังอยู่บริเวณปากมดลูกเท่านั้น

ระยะ Ia มองไม่เห็นความผิดปกติด้วยตาเปล่า ต้องอาศัยกล้องจุลทรรศน์ จึงจะเห็นการลุกลามของมะเร็งได้ชัดเจน

ระยะ Ib เป็นระยะที่มะเร็งลุกลามมากขึ้นมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า

ระยะ II มะเร็งลุกลามออกไปนอกปากมดลูกแต่ไม่ถึงผนังช่องเชิงกราน หรือไปที่ช่องคลอดแต่ไม่ถึงบริเวณ 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง

ระยะ IIa มะเร็งลุกลามไปที่ช่องคลอดส่วนบนแต่ไปไม่ถึงพารามิเทรียม (parametrium)

ระยะ IIb มะเร็งมีการลุกลามไปยังพารามิเทรียมแต่ยังไม่ถึงผนังช่องเชิงกราน

ระยะ III มะเร็งลุกลามไปถึงผนังช่องเชิงกรานและช่องคลอดส่วนล่างถึง 1 ใน 3

ระยะ IIIa มะเร็งลุกลามไปที่ 1 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนล่าง แต่ยังไม่ถึงผนังช่องเชิงกราน

ระยะ IIIb มะเร็งลุกลามไปถึงผนังช่องเชิงกรานและท่อไต ทำให้ไตบวมน้ำและเสียหายที่

ระยะ IV มะเร็งลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกรานไปยังอวัยวะอื่นๆ

ระยะ IVa มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง เช่น กระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก เป็นต้น

ระยะ IVb มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย เช่น สมอง และปอด เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็น CIN จะไม่มีอาการและอาการแสดงถึงการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรคโดยเฉพาะ หรืออาจมีอาการแสดงซึ่งเริ่มต้นด้วยมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงมะเร็งระยะลุกลามดังนี้ (ยูพิน เพียร์มกอล, 2543 ; Belcher, 1992)

1. ไม่มีอาการแสดง เป็นสิ่งที่พบมากที่สุด chez ผู้ป่วย มักพบในระยะก่อนลุกลามเนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงจึงมักไม่มีอาการแสดง

2. มีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับการอักเสบทั่วไป และเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ส่วนในระยะลุกลามและระยะท้ายของโรค มะเร็งมีการแพร่กระจายเกิดการติดเชื้อร่วมกับการเน่าตายของเซลล์ ทำให้ตกขาวมีกลิ่นเหม็นเน่า

3. เลือดออกผิดปกติหรือการตกเลือด ในระยะเริ่มต้นอาจมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดเป็นหยดๆ ในขณะหรือหลังการร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการฉีกขาดหรือบาดเจ็บของก้อนมะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก และในระยะท้ายของโรคจะมีเลือดออกมากกว่าปกติ บางรายอาจออกมากจนซีด และถ้ามะเร็งลุกลามมากจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้เลือดออกมามีลักษณะเป็นเลือดปนหนองเนื่องจากการติดเชื้อร่วมด้วย

4. จากการตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะ แต่อาจพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว ปากมดลูกแสดงถึงการอักเสบเรื้อรัง และปากมดลูกที่มีแผลถลอก (erosion)

5. อาการเจ็บป่วย จะเกิดในระยะท้ายของโรค และมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาทและอวัยวะต่างๆ เช่น อาการปวดท้องน้อยจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดในอุ้งเชิงกราน (pelvic thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (lymphangitis) และเซลล์อักเสบ (cellulites) เป็นต้น

6. อาการของมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ต่อมมดลูก กระดูก และปอด เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะมีการซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะมีเลือดปน เกิดการบวมของขา ไอและเหนื่อยหอบ

การรักษา

การรักษามะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคและความรุนแรง กล่าวคือ

1. การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (treatment of CIN) ในการรักษา CIN จะต้องพิจารณาถึงอายุของผู้ป่วย ความต้องการมีบุตรในอนาคต ความรุนแรงของโรค ภาวะสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย และความสามารถในการติดตามผลภายหลังการรักษา (Brant, 1999) ดังนั้นในการรักษาผู้ป่วยแต่ละราย จำเป็นต้องนำข้อมูลเหล่านี้มาพิจารณาเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด โดยการรักษาที่นิยม คือ

1.1 การเฝ้าติดตามสังเกต (observation) เป็นการรักษาที่จำกัดเฉพาะในรายที่ไม่รุนแรงคือ CIN I และ CIN II ที่รอยโรคขนาดเล็ก ซึ่งอาจหายไปแล้วจากการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจ (cervical biopsy) หรือหายไปเอง การรักษาแบบนี้ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจการดำเนินของโรค และสามารถมาตามนัด เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของโรคได้ โดยการทำแพพสเมียร์ร่วมกับการตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคป (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540)

1.2 การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก (out patient management) เป็นการรักษาที่นิยมทำเฉพาะในรายที่ผู้ป่วยมีอายุน้อย ต้องการมีบุตรอีก โรคไม่รุนแรง และรอยโรคมีขนาดเล็ก ซึ่งการดูแลรักษาได้แก่

1.2.1 การจี้ด้วยไฟฟ้า (electrocautery) เป็นการจี้ปากมดลูกด้วยไฟฟ้า ซึ่งจะใช้ความร้อนทำลายเยื่อที่ผิดปกติ สามารถทำลายเยื่อผิวได้ลึกไม่เกิน 2-3 มิลลิเมตร มีอัตราการหายจากโรคประมาณร้อยละ 89 ในการจี้ครั้งแรก และร้อยละ 97 ในการจี้ครั้งที่สอง (จุฑาพร ศรีสมบุญ, 2540)

1.2.2 การจี้ด้วยความเย็น (cryosurgery) มีประโยชน์มากในการรักษา CIN โดยช่วยลดค่าใช้จ่าย ระยะเวลาในการรักษา และหลีกเลี่ยงการผ่าตัดที่ไม่จำเป็นลงได้มาก เหมาะสำหรับผู้ที่มีพยาธิสภาพไม่มากนัก ต้องการจะตั้งครรภ์และมีบุตรต่อไป โดยความเย็นจากปลายเครื่องมือที่แตะผิวเนื้อเยื่อจะเกิดการแลกเปลี่ยนความร้อนขึ้น สารให้ความเย็นจะดูดความร้อนออกจากเนื้อเยื่อ ทำให้เนื้อเยื่อกลายเป็นน้ำแข็ง เซลล์ถูกทำลายและตายในที่สุด อุณหภูมิที่ใช้อยู่ระหว่าง - 60 ถึง - 90 องศาเซลเซียส ผลการรักษา CIN วิธีนี้พบว่าได้ผลดีประมาณร้อยละ 84-96 (เขาวภา นะพัฒน์, 2541)

1.2.3 การผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (laser surgery) คาร์บอนไดออกไซด์เลเซอร์สามารถทำลายเนื้อเยื่อผิดปกติ (dysplasia) ที่อยู่เป็นหย่อมและยังไม่ลุกลาม เมื่อลำแสงเลเซอร์ผ่านเนื้อเยื่อน้ำจะเป็นตัวดูดซับพลังงานจากลำแสงเลเซอร์ทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายโดยวิธี vaporization (เปรียบเทียบกับการคัมน้ำภายในเซลล์จนเดือด) บริเวณฐานของเนื้อเยื่อที่ถูกทำลายจะสะอาด มีเนื้อตายน้อยและหายเร็ว วิธีนี้สามารถทำลายได้ลึกประมาณ 5-7 มิลลิเมตร ได้ผลดีประมาณร้อยละ 83-94 (Brant, 1999)

1.2.4 การตัดด้วยขดลวดที่มีความถี่สูง (loop electrosurgical excision procedure [LEEP]) เป็นการใช้กระแสไฟฟ้าสลับชนิดแรงดันต่ำความถี่สูง เพื่อตัดเนื้อเยื่อและห้ามเลือด โดยกระแสไฟฟ้าจะทำให้เกิดพลังงานความร้อนสูงพอที่จะตัดเนื้อเยื่อบริเวณที่ผิดปกติได้ สามารถใช้เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา CIN อัตราความสำเร็จในการรักษาประมาณร้อยละ 95 (Brant, 1999)

1.2.5 การทำลายเนื้อเยื่อโดยใช้ความร้อน (cold coagulation) เป็นคำที่ทำให้เข้าใจผิด ควรใช้คำว่า “warm coagulation” เพราะเป็นการทำลายเนื้อเยื่อโดยใช้ความร้อน ซึ่งอุณหภูมิที่ใช้อยู่ระหว่าง 50-120 องศาเซลเซียส ทำให้เยื่อผิวพองตัวหลุดออก ส่วนเนื้อเยื่อจะถูก

ทำลายลึกลงมากแค่ไหนขึ้นอยู่กับความร้อนและระยะเวลาในการจี้ ผลการรักษาได้ผลดีประมาณร้อยละ 95-99 (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

1.3 การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน (inpatient management) ได้แก่

1.3.1 การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (therapeutic conization) นิยมใช้ในการรักษา CIN โดยเฉพาะกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุน้อยและต้องการมีบุตรอีกในอนาคต ในการผ่าตัดจะต้องเอาพยาธิสภาพออกให้หมด โดยขอบของเนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจะต้องปราศจากพยาธิสภาพ ซึ่งถ้าเอาออกได้หมดก็จะมีประสิทธิภาพในการรักษาใกล้เคียงกับการตัดมดลูกออก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

1.3.2 การตัดมดลูก (hysterectomy) แนะนำให้ใช้ในการรักษา CIN ด้วยการตัดมดลูกในกรณีมีบุตรเพียงพอแล้วและต้องการทำหมัน อายุมากหรืออยู่ในวัยหมดประจำเดือน ไม่สามารถติดตามผลในระยะยาวได้ และมีพยาธิอย่างอื่นทางนรีเวชที่ต้องทำการผ่าตัด เช่น เนื้องอกของมดลูกหรือรังไข่ ซึ่งภายหลังจากตัดมดลูกออกจำเป็นต้องติดตามผลการรักษาต่อไปเพราะอาจพบความผิดปกติเกิดขึ้นที่ช่องคลอด (vaginal cuff) ซึ่งมีอุบัติการณ์ของมะเร็งภายหลังจากตัดมดลูกออกเนื่องจาก CIS พบว่ามี recurrent CIS ร้อยละ 1 และเป็นมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 0.45 (Chamarro,2000)

2. การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม แบ่งเป็น 4 วิธี คือ (Brant, 1999)

2.1 การรักษาโดยการผ่าตัด (surgical therapy) ใช้รักษาสำหรับมะเร็งระยะที่ 1 เป็นส่วนใหญ่ และในระยะ IIA บ้างในบางราย

2.2 การรักษาโดยรังสีรักษา (radiotherapy) ใช้ได้ในทุกระยะของโรค ซึ่งผลการรักษาพบอัตราการอยู่รอด 5 ปี สำหรับระยะที่ 1 ร้อยละ 88.46 ระยะที่ 2 ร้อยละ 64.10 ระยะที่ 3 ร้อยละ 38.36

2.3 การรักษาโดยเคมีบำบัด (chemotherapy) มักใช้ในรายที่โรคลุกลามแล้วหรือมีโรคเกิดขึ้นใหม่ (recurrent) ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยวิธีอื่น

2.4 การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ที่ใช้คือ การรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษานอกจากนี้ก็มีความพยายามที่จะใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในรายที่โรคลุกลามมากแล้ว

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคจะดีขึ้น ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อ (epithelium cell) คือในระยะของ CIN และ CIS ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้เกือบร้อยละ 100 และผลการรักษามะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 ดีที่สุดคืออัตราการอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 65-90 ระยะที่ 2 ลดลงเหลือร้อยละ 50 ระยะที่ 3 เหลือร้อยละ 30-50 และระยะที่ 4 มีประมาณร้อยละ 5-10 เท่านั้น (Belcher, 1992)

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งเป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการควบคุมโรคมะเร็ง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งไว้เป็น 3 ขั้นตอน คือ (Heusinkveld, 1997)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันโดยหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เช่น การไม่สำส่อนทางเพศ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และการงดสูบบุหรี่ เป็นต้น

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นความพยายามที่จะลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยมะเร็งปากมดลูกลงด้วยการตรวจคัดกรอง (screening) เพื่อค้นหาและกำจัดมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกโดยที่ยังไม่แสดงอาการของโรค (early detection) เพราะมะเร็งปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลานานก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งสามารถคัดกรองได้ด้วยการทำ แพปสเมียร์ อีกทั้งการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกของโรคทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันโดยการรักษาในขณะที่โรคยังอยู่ในระยะเริ่มต้น และให้การรักษามาตรฐานที่เหมาะสมที่สุดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวมากที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยด้วย

ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรง แต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้ามีการตรวจพบโรคในระยะเริ่มแรก ดังนั้นสตรีควรให้ความสำคัญต่อการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคทั้งนี้เพื่อประโยชน์แก่ตัวสตรีเองในการป้องกันจากมะเร็งปากมดลูกต่อไป

การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย (Colposcopy)

จากการตรวจคัดกรองและในการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก (pre invasive carcinoma) ปัจจุบันวิธีที่นิยมใช้และเหมาะสมที่สุดคือ การทำแพปสเมียร์ (pap smear) ซึ่งเป็นการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก นอกจากนี้ยังมีอีกวิธีการตรวจคัดกรองที่สำคัญเช่นกัน คือโดยวิธีตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การตรวจด้วย Colposcope มีความแม่นยำร้อยละ 80 การตรวจทางเซลล์วิทยา หรือ pap smear มีความแม่นยำร้อยละ 87 และการตรวจทั้งสองวิธีด้วย pap smear และ colposcopy มีความแม่นยำถึงร้อยละ 99 (Burghardt, อ้างใน จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2542)

ซึ่งสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย ของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Early cancer detection) ในกิจกรรมที่ควรมีการดำเนินงานอย่างเป็นขั้นตอน ขั้นตอนที่ 10 คือการส่งต่อผู้ที่มีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาสำหรับท้องถิ่นที่มีทรัพยากรจำกัด จากความรู้ที่ได้จาก Natural history ของโรคมะเร็งปากมดลูกสตรีที่มีผลผิดปกติเป็น High grade precancerous lesions (HSIL หรือ CIN II-III) หรือ Severe dysplasia จะต้องทำการรักษาทุกรายและสตรีที่มีผลผิดปกติเป็น Low-grade dysplasia (LSIL or CIN I) ให้ทำการเฝ้าระวังติดตาม (follow up) เนื่องจากส่วนใหญ่จะหายไปเองแต่มีบางรายจะกลายเป็น เกิดเป็น HSIL สตรีที่มีผล Pap smear เป็น Atypical glandular cells of uncertain significance, High grade squamous intraepithelial lesions หรือ Carcinoma ให้ส่งต่อเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยโดยใช้กล้องส่องปากมดลูก (Colposcope) โดยสูติ-นรีแพทย์ ทำการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางจุลพยาธิวิทยา เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอน ผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นระยะก่อนลุกลาม (Preinvasive lesions) ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่างๆ เช่น วิธีตัดรอยโรคด้วยห่วงไฟฟ้า (Loop Electrosurgical Excision Procedure : LEEP) หรือจี้มดลูกด้วยความเย็น (Cryotherapy) หรือผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) ให้ส่งต่อเพื่อการรักษาตามระยะของโรค (Staging) และทำการติดตามผลการรักษา การรักษาในระยะก่อนลุกลาม ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของรอยโรค ส่วนใหญ่สามารถรักษาโดยการจี้ด้วยความเย็น ซึ่งทำได้ที่แผนกผู้ป่วยนอกค่าใช้จ่ายไม่มาก ไม่ต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยประหยัด เพียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล

Loop Electrosurgical Excision Procedure (LEEP) หรือ Large-Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ) มีประสิทธิภาพในการรักษารอยโรคที่รุนแรง (High-grade dysplasia) ร้อยละ 90-95 จึงควรมีในโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง

การรักษา Invasive carcinoma ของ Cervix ต้องรักษาตามระยะของโรค

1. ระยะที่ Ia และ Ib ที่ Lesion มีเส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 cms รักษาโดยการผ่าตัด
2. ระยะที่ II, III รักษาโดย Radiation
3. ระยะที่ III อาจรักษาโดย Pre-radiation chemotherapy ตามด้วย Radiation ต่อด้วยการผ่าตัดถ้าสามารถทำได้
4. ระยะที่ IV รักษาโดย Chemotherapy และ Radiation

สำหรับในระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาได้ควรได้รับการดูแลประคับประคอง (Palliative care) ซึ่งควรทำการรักษาได้ในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

ควรจัดทำศูนย์บริการเพื่อการตรวจวินิจฉัยโดย Colposcope และการรักษาระยะก่อนลุกลามของมะเร็งปากมดลูก Cervical Intraepithelial Neoplasia- CIN สำหรับระบบการส่งต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาอย่างมีคุณภาพในแต่ละเขต/ภาคของประเทศ

จัดทำคู่มือการฝึกอบรมสำหรับสูติ-นรีแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคโดยใช้ Colposcope และการรักษา (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์และที่ศูนย์มะเร็งและคณะแพทยศาสตร์ของมหาวิทยาลัยในทุกภูมิภาคของประเทศ (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ชีรุติ คุหะเปรมะ และสมยศ ศิริรัมย์, 2546)

การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย (Colposcopy)

คือ การตรวจเยื่อปากมดลูกด้วยกล้องขยาย ซึ่งเรียกว่า Colposcope มีกำลังขยายตั้งแต่ 10-40 เท่า ปัจจุบันกำลังเป็นที่นิยมใช้อย่างมากในการวินิจฉัยค้นหาและรักษา เป็นเครื่องมือที่ช่วยตรวจหาตำแหน่งที่ผิดปกติบนปากมดลูก เพื่อที่จะตัดชิ้นเนื้อนำไปตรวจทางพยาธิวิทยา (จตุพล ศรีสมบุญ, 2533)

ประวัติการตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคป

Hinsrlmann ชาวเยอรมัน เป็นบุคคลแรกที่ได้รายงานเกี่ยวกับ colposcopy ในปี 1925 โดยที่เขามีความคิดว่าจะเรียงปากมดลูกนั้นเริ่มต้นด้วยการเป็นแผลเล็กๆ ที่ปากมดลูก ซึ่งมองด้วยตาเปล่าไม่ชัดเจน เขาจึงสร้างเครื่องมือเป็นกล้องขยายมีแสงในตัวเรียกว่า “colposcopy” เมื่อเริ่มต้นพบใหม่ๆ นั้น ก็ไม่เป็นที่ยอมรับแก่แพทย์ทั่วไป จนกระทั่งหลายปีต่อมา เขาก็ได้ทำงานและรายงานเกี่ยวกับ colposcope มากมายจนกระทั่งเขาเสียชีวิตในปี ค.ศ.1959 ต่อมาในปี ค.ศ.1943 George Papanicolaou ได้รายงานการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ pap smear ซึ่งได้รับความนิยมอย่างมากทั้งในยุโรปและอเมริกา สำหรับ Colposcope นั้นก็ยังเป็นที่นิยมใช้ในประเทศทางลาตินอเมริกา จนกระทั่งเมื่อประมาณ 20 ปีที่ผ่านมา ก็ได้มีการตื่นตัวและรายงานอย่างมากมายเกี่ยวกับ Colposcope จากประเทศเยอรมันนี ออสเตรีย ฝรั่งเศส และออสเตรเลีย และได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน

ในระยะแรกนั้น Colposcope และ pap smear ได้มีการแข่งขันในความนิยมในการใช้การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก แต่ต่อมาก็พบว่าถ้าหากใช้ร่วมกันทั้งสองวิธีแล้วนั้น ก็จะเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยให้มากขึ้น และนอกจากนี้แล้วการดูแลผู้ป่วยที่ pap smear ผิดปกติ นั้น จะง่ายขึ้น ถ้าหากใช้ Colposcope เข้าร่วมด้วย สำหรับในประเทศไทยนั้นเมื่อประมาณ 30 ปีก่อนนั้น แพทย์นิยมไปศึกษาต่อกันทางประเทศเยอรมัน ก็ได้มีการนำ Colposcope เข้ามาใช้ ต่อมาการศึกษาแพทย์ก็นิยมไปศึกษาต่อจากประเทศอังกฤษและอเมริกา ซึ่งในสมัยนั้นทั้งสองแห่งก็นิยมทำ pap smear กัน ทำให้ Colposcope ก็เลยซบเซาลงไป จนกระทั่งเมื่อประมาณ 10 ปีที่ผ่านมาเมื่อ Colposcope เริ่มเป็นที่นิยมกันในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ในประเทศไทยก็มีการใช้กันมากขึ้นแต่มักจะใช้เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ผลการตรวจ pap smear ผิดปกติเท่านั้น ไม่ได้เป็นการ screening เหมือนกับพวก pap smear

ขั้นตอนการตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคป

1. การจัดท่าผู้ป่วย อาจจะตรวจในท่าขบนิ้วหรือท่าขึ้นขาหยั่ง วางเท้าและข้อเท้าบนที่รองรับ งอเข้าและแยกต้นขาออก แก้อั้วของผู้ตรวจควรเลื่อนไปมาและปรับระดับได้
2. สอดเครื่องถ่างขยายช่องคลอด (speculum) เข้าไปในช่องคลอดเพื่อเปิดให้เห็นปากมดลูกทั้งหมด รวมทั้ง vaginal fornix โดยรอบและปลิ้นให้เห็นส่วนล่างของ endocervical canal ควรใช้มือหนึ่งจับ speculum และปรับให้ปากมดลูกทำมุมตั้งฉากกับลำแสงของกล้องคอลโปสโคป อีกมือหนึ่งจับกล้องคอลโปสโคปปรับให้ได้ระยะที่ภาพคมชัด

3. ตรวจดูปากมดลูกด้วยตาเปล่า ตรวจดูสิ่งคัดหลั่งของปากมดลูกและช่องคลอด รวมทั้งรอยโรคที่เห็นได้ชัดเจนที่ formix หรือบนปากมดลูก ถ้ามีตกขาวให้เก็บตัวอย่างเพื่อเพาะเชื้อและส่งตรวจทางจุลชีววิทยา

4. เช็ดมูกและสิ่งคัดหลั่งด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ อย่างแรงจนเลือดออก หรือเยื่อหลุดออกมา ถ้าเลือดออกให้ใช้สำลีกดไว้ 1-2 นาที ถ้ามูกออกมากในช่วงก่อนตกไข่อาจดูออกด้วยเครื่องดูดหรือกระบอกฉีดยา อาจจะใช้สำลีชุบน้ำเกลือเช็ดมูกและสิ่งคัดหลั่งออก หรือใช้สำลีชุบกรดอะเซติกเช็ดออกก็ได้ กรดอะเซติกมีคุณสมบัติสลายมูก ทำให้มูกตกตะกอน และเช็ดออกได้ง่าย นอกจากนี้กรดอะเซติกยังมีคุณสมบัติขับน้ำออกมาจากเซลล์ชั่วคราวทำให้เยื่อบวมสำหรับน้ำเกลือจะช่วยเฝ้ามองเห็นความผิดปกติของเส้นเลือด ในขณะที่กรดอะเซติกจะช่วยให้มองเห็นความผิดปกติของเยื่อบุ

5. ตรวจบริเวณปากมดลูกและผนังช่องคลอดก่อนชโลมด้วยกรดอะเซติก โดยใช้กำลังขยาย 5- 10 เท่า ในสังเกต สี ลักษณะเยื่อบุ ขอบระหว่างรอยโรคกับเนื้อเยื่อปกติ ลักษณะของเส้นเลือดซึ่งจะเห็นได้ชัดเจนในระยะนี้ ก่อนที่จะชโลมด้วยกรดอะเซติก อาจใช้กระจกกรองแสงสีเขียว ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นเส้นเลือดชัดเจน

6. Acetic acid test ชโลมปากมดลูกทั้งหมดรวมทั้งรอยโรคที่เห็นด้วยกรดอะเซติก โดยใช้ tissue forceps จับสำลีชุบกรดอะเซติก หรือใช้ไม้พันสำลีขนาดใหญ่ชุบกรดอะเซติก แต่ละเบาๆ ก็พอ ไม่ควรเช็ดแรงๆ เพราะจะทำให้เยื่อหลุดออกมาได้ วิธีที่ดีที่สุดคือกดสำลีที่ชุบกรดลงบนปากมดลูก ให้น้ำยาไหลอาบตามผิวเยื่อบุ ถ้าใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นต่ำ ต้องรอสักระยะหนึ่งกว่าที่ความผิดปกติจะปรากฏขึ้น ซึ่งจะนานกว่าน้ำยาที่มีความเข้มข้นร้อยละ 5 แต่น้ำยาที่มีความเข้มข้นสูงอาจจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแสบร้อนในช่องคลอดได้ การเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุเป็น acetowhite epithelium จะเกิดขึ้นชั่วคราวภายใน 1 นาที หลังจากใช้น้ำยาที่มีความเข้มข้นร้อยละ 3 แล้วค่อยๆ จางหายไปภายใน 2-3 นาที แล้วก็จะปรากฏขึ้นใหม่เมื่อชโลมน้ำยาซ้ำอีก ในการตรวจครั้งหนึ่งๆ อาจต้องชโลมปากมดลูกด้วย กรดอะเซติกหลายครั้งกว่าการตรวจจะเสร็จสิ้น

7. ตรวจรายละเอียดหลังจากชโลมด้วยกรดอะเซติก การเปลี่ยนแปลงของสีและโครงสร้างของผิวเยื่อบุจะปรากฏให้เห็นหลังจากสัมผัสกับกรดอะเซติก แล้วประมาณ 1-2 นาที ก่อนที่จะหายไป จึงต้องตรวจผิวเยื่อบุให้ละเอียดในช่วงนี้ด้วยคอลโปสโคป โดยใช้กำลังขยาย 5-16 เท่า ถ้าทำการตรวจนานให้ชโลมปากมดลูกซ้ำได้เพื่อตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติ ถ้าเห็น abnormal vessels อาจตรวจซ้ำด้วยกระจกกรองแสงสีเขียว และใช้กำลังขยายสูงขึ้น 25-40 เท่า เพื่อที่จะดู

ลักษณะของเส้นเลือดให้ชัดเจน การตรวจควรดูอย่างเป็นระบบตามเข็มนาฬิกาจะได้ไม่ผิดพลาด การตรวจปากมดลูกหลังจากขโมด้วยกรดอะเซติกนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ซึ่งจะเห็นรายละเอียดทั้งหมด ให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีและการบวมของเยื่อ อาจใช้เวลานานกว่า 1 นาที จึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนที่สุด ถ้า T zone หรือรอยโรคลามเข้าไปใน endocervix ให้ใช้ endocervical speculum ถ่างขยายเพื่อให้มองเห็นเข้าไปได้ลึกถึง 1.5 ซม. แต่ในสตรีที่เคยคลอดบุตรมาแล้วอาจสามารถมองเห็น endocervical canal ได้ทั้งหมด บันทึกสิ่งตรวจพบทั้งหมดไว้โดยการถ่ายภาพหรือวาดภาพบรรยายไว้ในใบรายงานผลการตรวจตำแหน่งบนปากมดลูก นิยมบอกตามตำแหน่งของเข็มนาฬิกา ตั้งแต่ 1-12 โดยมี external os เป็นจุดศูนย์กลาง

8. Schiller test บางคนนิยมทำก่อนที่จะตัดชิ้นเนื้อ โดยตรวจหลังจากขโมปากมดลูกด้วยสารละลายไอโอดีน Hinselmann เป็นคนแรกที่น่าสารไอโอดีนมาใช้ในการตรวจด้วยคอลโปสโคป หลังจากที่มีการตีพิมพ์เรื่อง Schiller test ปัจจุบันนี้แพทย์ทางคอลโปสโคปหลายท่านก็ไม่ได้ทำการตรวจขั้นตอนนี้ แต่แพทย์อีกหลายท่านที่เก่งก็นิยมทำอยู่ เนื่องจาก

- ไอโอดีน อาจจะช่วยให้ตรวจพบรอยโรคสีเหลืองขอบคมชัด ที่ไม่ได้สงสัยมาก่อน
- ความทึบของสปีบริเวณรอยโรคอาจจะมีประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัย โดยเฉพาะบริเวณที่อยู่นอก T zone
- ไอโอดีนสามารถแยกรอยต่อระหว่างเยื่อปกติดกับเยื่อที่เกิดใหม่ได้ชัดเจนกว่า
- ไอโอดีนช่วยในการเลือกตรวจผนังช่องคลอดซึ่งมีพื้นที่ผิวค่อนข้างกว้างได้ดีกว่า

Burghardt กล่าวว่า การตรวจ T zone ปกติจะไม่ครบสมบูรณ์ ถ้าไม่ได้ทำ Schiller test ด้วย

9. การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) ทำการตัดชิ้นเนื้อหลังจากตรวจเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้ว ซึ่งอาจจะทำ punch biopsy หรือ endocervical curettage (ECC)

punch biopsy ทำการตัดชิ้นเนื้อโดยใช้คอลโปสโคปช่วยชี้นำ โดยตัดบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดของรอยโรคแต่ละบริเวณเพื่อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ถ้าเห็นรอยโรคชัดเจนอาจจะไม่ต้องใช้คอลโปสโคปชี้นำ แต่ในกรณีที่จะรักษาแบบอนุรักษ์ต้องทำ biopsy บริเวณที่ไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า โดยใช้คอลโปสโคปช่วยชี้นำ การทำ multiple random biopsies

หรือทำ four-quadrant cervical biopsies แม้จะทำหลังจากใช้สารละลายไอโอดีน ยังไม่มีความแม่นยำพอที่จะวินิจฉัยแยกมะเร็งระยะลุกลามได้ เนื่องจากมะเร็งภายในเยื่อ เป็นรอยโรคที่อยู่บนผิวเยื่อ การทำ biopsy จึงต้องตัดให้ได้เนื้อเยื่อทั้ง epithelium และ stroma ที่อยู่ข้างใต้ ควรใช้ปลาย biopsy forceps ดันปากมดลูกขึ้นไปจนไม่เลื่อนขึ้นไปอีกแล้วจึงทำการตัดโดยตัดเนื้อเยื่อให้ตั้งฉากกับผิวเพื่อไม่ให้เกิดการตัดเฉียง (tangential section) การทำ biopsy ที่ผนังช่องคลอดอาจทำได้ง่ายขึ้น ถ้าใช้เข็มฉีดยาเกลือเข้าไปใต้เยื่อเพื่อให้เกิดรอยบุ๋ม ยกผิวเยื่อขึ้นนำ แต่อาจจะทำให้ตัดเนื้อเยื่อข้างใต้ได้น้อยลง ถ้า biopsy forceps คม การทำ cervical biopsy มักจะเจ็บ ถ้ารอยโรคใหญ่ มักจะต้องตัดหลายๆ ชิ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ตั้งครบกั ไม่ได้เป็นโรคเลือดออกง่าย และทำ biopsy ไม่ลึกมาก เลือดมักจะออกเพียงเล็กน้อย สามารถห้ามเลือดได้โดยการกด หรือจี้ด้วย silver nitrate หรือ ferrous subsulfate (Monsel's solution) ซึ่งเป็นสารละลายที่มีประสิทธิภาพมากในการห้ามเลือด โดยเฉพาะถ้าทาแล้วปล่อยให้แห้งจะเหนียวเหมือนมัสตาร์ด บางคนอาจใช้ silver nitrate จี้เพื่อห้ามเลือด แต่มีข้อเสียคือมักทำให้เกิดตะกอนสีเงินเล็กๆ ซึ่งอาจจะรบกวนการตรวจด้วยคอลโปสโคปครั้งต่อไป การจี้ด้วยเครื่องจี้ไฟฟ้าอาจทำลายเนื้อเยื่อรอบๆ ทำให้การตรวจ ทำให้การตรวจทางพยาธิวิทยา หรือการตรวจทางคอลโปสโคปครั้งต่อมาผิดพลาดได้ อาจแนะนำให้ผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัยไว้ ผู้เขียนนิยมใส่ vaginal packing gauze หรือ tampon ที่มีเชือกรัดใส่ไว้ในช่องคลอดผู้ป่วยเพื่อกดบริเวณที่ตัดชิ้นเนื้อไว้แล้วไหลออกมาเล็กน้อย แนะนำให้ผู้ป่วยดึงออกเองในวันเดียวกัน โดยทั่วไปเลือดมักจะหยุดภายใน 2-3 ชั่วโมง ข้อสำคัญคือ ถ้าใช้ tampon กดห้ามเลือด ต้องเอา tampon พร้อมเชือกให้ผู้ป่วยดูก่อนใส่ในช่องคลอด ถ้าดึงเชือกแล้วต้องมี tampon ออกมาด้วย มิฉะนั้น tampon จะค้างอยู่ในช่องคลอด ทำให้ช่องคลอดติดเชื้อรุนแรงจนกลายเป็น toxic shock syndrome ได้ ถ้าปามดลูกเลื่อนหนีขณะทำ biopsy ควรใช้ tenaculum จับยึดไว้ จุดที่จับยึดต้องให้ห่างจากบริเวณรอยโรค ถ้าผู้ตรวจไม่ได้เป็นคนทำ biopsy ควรใช้สำลีพันปลายไม้ชุบ Lugol's solution ทำเครื่องหมายบริเวณที่ควรทำ biopsy ไว้ ขณะทำ biopsy ต้องมองผ่านกล้องตลอดเวลา เพื่อให้เห็นปลายของ biopsy forceps อยู่ตรงบริเวณที่ต้องการตัด ถ้าเป็นไปได้ด้วยควรระบุตำแหน่งของตัวอย่างส่งตรวจที่ตัดออกมาหลายชิ้นด้วย และแยกส่งตรวจเพื่อจะได้้นำผลการตรวจทางพยาธิวิทยา มาสัมพันธ์กับสิ่งตรวจพบทางคอลโปสโคป จะได้เกิดการเรียนรู้ และเพิ่มความชำนาญมากขึ้น

Endocervical curettage (ECC) โดยทั่วไปแนะนำให้ทำ ECC ด้วยในการสืบค้นเรื่อง abnormal Pap smear เพื่อยืนยันว่าไม่มีเนื้อเยื่อมะเร็งใน endocervical canal ปัญหาที่ว่าจำเป็นต้องทำ ECC เป็นกิจวัตรหรือไม่ ถ้ารอยโรคและ T zone อยู่ที่ ectocervix เท่านั้น ยังขัดแย้งกันอยู่มีทั้งผู้สนับสนุนให้ทำทุกราย และผู้ที่ไม่เห็นด้วยอย่างไรก็ตามแม้แต่แพทย์ทางคอลโปสโคปที่เก่งที่สุดเกือบทั้งหมดจะบอกว่ามีความรู้สึกรู้สึกมั่นใจมากขึ้นในการรักษา CIN ด้วยวิธีอนุรักษ์ถ้าทราบ

แน่นอนว่าผล ECC ปกติ การทำ ECC ให้ได้เนื้อเยื่อ ต้องใช้ endocervical curet ที่ปลายคมและขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 3 มม. เพื่อที่จะสอดเข้าไปในรูผาหมกถูกโดยไม่ต้องถ่างขยาย ก่อนขูดควรบอกผู้ป่วยว่าอาจจะเจ็บบ้าง โดยทั่วไปไม่ต้องอใช้ tenaculum จับยึดปากมดลูกไว้ ควรขูดให้รอบรูปปากมดลูก ขณะขูดควรสังเกตความนุ่มแข็งของผนังปากมดลูก ถ้าแข็งและเรียบสม่ำเสมอ มักจะไม่มีมะเร็งระยะลุกลาม เลือดมักไม่ออกมาก แต่ก็แนะนำให้ใส่ผ้าอนามัย หรือ tampon ไว้ในช่องคลอดแล้วดึงออกเอง เนื้อเยื่อที่ขูดได้อาจจะน้อย ไม่ค่อยมี underlying stroma และบอกตำแหน่งไม่ได้ จึงบอกระดับความรุนแรงของโรคไม่ค่อยได้ บางครั้งจึงแปลผลเป็นปกติ (negative) หรือ ผิดปกติ (positive) เท่านั้น ถ้าปลาย curettage คม อาจจะขูดได้เนื้อเยื่อเป็นชิ้นโตพอที่จะบอกระดับความรุนแรงทางพยาธิวิทยาได้ การขูดควรขูดให้ได้ stroma ด้วย เพื่อที่จะแปลผลได้อย่างมีความหมาย ขณะขูดรูปปากมดลูกแต่ละด้านควรกดปลาย curettage ลงบนเยื่อบุให้แน่นและแรงพอเก็บเนื้อเยื่อที่ขูดได้ใส่ในกระดาดแช่ในน้ำยาฟอร์มอลินแล้วส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

10. การตรวจสอบมือและการตรวจทางทวารหนัก ควรทำการตรวจภายในหลังจากเสร็จสิ้นการตรวจด้วยคอลโปสโคปแล้วทุกราย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปปกติแต่มีก้อนมะเร็งที่คลำได้อยู่ภายใน endocervix ผนังช่องคลอด ปีกมดลูก และลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยที่จะทำการสืบค้นต่อโดยการทำ conization หรือ LEEP ควรจะทำการตรวจภายในและตรวจทางทวารหนัก คลำบริเวณ parametrium เพื่อกำหนดระยะของมะเร็งปากมดลูกไว้ก่อน เพราะหลังจากทำผ่าตัดดังกล่าวแล้วอาจมีปฏิกิริยาอักเสบของเนื้อเยื่อใกล้เคียงทำให้เนื้อเยื่อตึงขึ้น กำหนดระยะของมะเร็งได้ยาก

ระยะเวลาที่ทำการตรวจด้วยคอลโปสโคปตามขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ผู้ที่ชำนาญแล้วจะใช้เวลาไม่เกิน 3 นาที อาจใช้เวลาอีก 2-3 นาที สำหรับการทำ biopsy และการใส่ผ้ากอซกดไว้เพื่อห้ามเลือด ผู้ที่เริ่มตรวจอาจจะใช้เวลานาน สักเล็กน้อยควรหัดใช้เครื่องมือเป็นประจำ ถ้าเรียนรู้วิธีการใช้กล้อง และการแปลผลแล้ว ก็จะใช้เวลาสั้นลงเรื่อยๆ

ประโยชน์และขีดจำกัดของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

1. ใช้ในการวินิจฉัย CIN และ squamous cell carcinoma ของปากมดลูกโดย

1.1 ใช้ร่วมกับ pap smear ช่วยเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัยถึงร้อยละ 95-99 ในรายที่ผลการตรวจด้วยกล้องขยายเป็นที่น่าพอใจ เป็นที่ทราบกันดีว่า pap smear นั้นเป็นเพียงการตรวจคัดกรองเพื่อนำเซลล์มาตรวจเท่านั้น เมื่อตรวจพบความผิดปกติก็ไม่สามารถบอกได้

แน่นอนว่าความผิดปกตินั้นมากน้อยแค่ไหน อยู่ที่บริเวณใด จำเป็นต้องยืนยันผลโดยการตรวจทางพยาธิวิทยา ก่อนจึงจะวางแผนการรักษาได้ การตรวจด้วยกล้องขยายจะช่วย ตรวจหาบริเวณที่มีรอยโรค เพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจยืนยันผลทางพยาธิวิทยา ตรวจหาขอบเขตของรอยโรค ขนาด ความกว้าง การลุกลาม และการลามเข้าไปในรูปากมดลูก เพื่อที่จะวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป ตรวจวินิจฉัยแยกโรกระหว่างมะเร็งระยะลุกลาม กับมะเร็งที่ยังไม่ลุกลาม ซึ่งเป็นจุดประสงค์ที่สำคัญของการตรวจด้วยกล้องขยาย เพราะถ้าสามารถวินิจฉัยแยกมะเร็งระยะลุกลามออกไปได้แล้ว การวางแผนการรักษาก็จะง่ายขึ้นเพราะมี วิธีต่างๆ ให้เลือกหลายวิธี ซึ่งขึ้นกับความรุนแรง ขอบเขตของรอยโรค และความต้องการคงสภาพเจริญพันธุ์ของผู้ป่วย ในปัจจุบันยังไม่มี การตรวจวิธีใดที่สามารถแยกมะเร็งระยะลุกลามออกได้ในผู้ป่วยทุกราย จำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจหลายๆวิธี ร่วมกัน เพื่อไม่ให้วินิจฉัยมะเร็งระยะลุกลามผิดพลาด ดังนั้นการตรวจทั้งหลายตั้งแต่ pap smear, colposcopy, colposcopically directed biopsy, ECC และ pelvic examination ต้องสามารถแยก มะเร็งระยะลุกลามออกให้ได้มากที่สุด

วินิจฉัยระหว่างการอักเสบของปากมดลูกกับมะเร็งภายในเยื่อ หรือ มะเร็งระยะลุกลาม เซลล์มะเร็งระหว่างรอยโรคบางชนิดอาจไม่หลุดออกมาได้ง่าย นอกจากนี้ เซลล์มะเร็งอาจถูกกดบังโดยเมือกเลือดขาวที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม มีผล pap smear ปกติ แม้ว่าจะได้รับการทบทวนหรือตรวจซ้ำอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจว่าไม่มีมะเร็งระยะลุกลาม ในบางสถาบันที่มีความพร้อมทั้งอุปกรณ์และ ผู้ตรวจอาจจะตรวจด้วยคอลโปสโคปีเลย ในกรณีที่ pap smear พบว่าการอักเสบเกิดขึ้น

1.2 ลดอัตราการทำ diagnostic conization ลงได้ถึงร้อยละ 90 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจด้วยกล้องขยายเป็นที่น่าพอใจ และสามารถแยกมะเร็งระยะลุกลามออกได้ ก็สามารถที่จะตรวจติดตามต่อไปจนกระทั่งหลังคลอดได้ ไม่จำเป็นต้องทำ conization แม้ว่าผล biopsy จะเป็น microinvasive carcinoma (MIC) ก็อาจจะเลือกทำ wedge resection เฉพาะบริเวณที่สงสัยว่าผิดปกติได้ เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโดยไม่ต้องทำ conization นอกจากนี้ถ้าผลการตรวจด้วยกล้องขยายคิดว่าไม่ใช่มะเร็งระยะลุกลาม ก็อาจจะไม่ต้องทำ biopsy ในขณะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 2 หรือ 3 รอไปทำในช่วงหลังคลอดแทนก็ได้ Lurain และ Gallup (1979) ในสตรีตั้งครรภ์ 131 รายที่ผลการตรวจ pap smear ผิดปกติ และดูแลรักษาด้วยแนวทางดังกล่าว พบว่าได้ผลดีมากไม่มีความผิดพลาดในการวินิจฉัยมะเร็งระยะลุกลามเลย จากการศึกษาของ De Petrillo และคณะ(1975) ในสตรีตั้งครรภ์ 300 ราย ที่ผลการตรวจ pap smear ผิดปกติ และดูแลรักษาโดยใช้กล้องคอลโปสโคปีมาช่วย พบว่ามีเพียง 3 รายเท่านั้น ที่ต้องทำ diagnostic

conization ต่อไป อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยคอลโปสโคปในสตรีตั้งครรภ์นั้น ต้องใช้ความชำนาญอย่างมากในการวินิจฉัยความผิดปกติ การใช้แผนการรักษาแบบนี้จึงต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ

1.3 ช่วยกำหนดขอบเขตของการทำ diagnostic conization ว่าควรทำกว้างหรือแคบ ตื้น หรือลึก เข้าไปใน endocervical canal ซึ่งถ้าไม่ตรวจด้วยคอลโปสโคปก่อน ก็ไม่สามารถที่จะบอกได้ การตรวจด้วยคอลโปสโคปสามารถบอกได้ว่าความผิดปกตินั้นอยู่ที่ ectocervix หรือลามเข้าไปในรูปากมดลูก และความผิดปกตินั้นกว้างมากน้อยแค่ไหน นอกจากนี้ก็ต้องพิจารณาทำ conization ในรายที่ผลการตรวจ ECC พบเซลล์ผิดปกติที่ไม่ใช่มะเร็งระยะลุกลามด้วย

2. ใช้ในการรักษา CIN

2.1 ทำให้ผลการรักษาดีขึ้นในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยช่วยกำหนดบริเวณและขอบเขตที่ควรทำการรักษา เช่น cryosurgery, electrocautery และ laser vaporization เป็นต้น ซึ่งเป็นการรักษาที่สามารถคงภาวะการเจริญพันธุ์ไว้ได้ในกรณีที่ผู้ป่วยอายุน้อยและสามารถติดตามผลการรักษาได้ โดยไม่จำเป็นต้องทำการตัดมดลูกออก หรือทำ therapeutic conization

2.2 ช่วยในการรักษาแบบผู้ป่วยใน โดย

- Therapeutic conization การตรวจด้วยกล้องขยายจะช่วยกำหนดขอบเขต ที่ควรตัดเอาบริเวณที่ผิดปกติออกให้หมด เพื่อให้ขอบของปากมดลูกปราศจากมะเร็ง (tumor-free margin)

- Hysterectomy โดยไม่ต้องทำ diagnostic conization เลย ในกรณีที่ผลการตรวจด้วยกล้องขยายเป็นที่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้ว หรือติดตามการรักษายาก เป็นต้น

3. ใช้ตรวจติดตามในกรณี

- หลังการรักษา CIN ด้วยวิธีการทำลายเยื่อที่ผิดปกติเฉพาะที่ เช่น cryosurgery หรือ laser vaporization เพื่อตรวจหาการกลับเป็นซ้ำหรือความล้มเหลวของการรักษา โดยใช้ร่วมกับการตรวจ Pap smear ดังนั้นควรบอกตำแหน่งของรอยโรคบนปากมดลูกไว้ก่อนรักษา เพื่อที่ใช้เป็นแนวทางในการตรวจภายหลังการรักษาต่อไป

- ในรายที่เป็น CIN I หรือ subclinical papillomavirus infection (SPI) ที่ใช้วิธีการตรวจติดตามแทนการรักษา ซึ่งพบว่าอาจหายไปได้เองในภายหลัง เมื่อตรวจ ติดตามด้วยกล้องขยาย

- สตรีตั้งครรภ์ซึ่งไม่เหมาะสมต่อการทำ conization เพราะมีภาวะแทรกซ้อนมาก โดยเฉพาะการตกเลือด และการสูญเสียการตั้งครรภ์ซึ่งสูงถึงร้อยละ 32

4. ประโยชน์อื่นๆ ได้แก่

- ช่วยตัดสินใจผลบวกเทียม และผล pap smear ที่น่าสงสัย การตรวจด้วยกล้องขยายจะช่วยประเมินว่ามีความผิดปกติที่ปากมดลูกหรือไม่

- ลดการตัดชิ้นเนื้อที่ไม่จำเป็น ในกรณีที่ตรวจภายในแล้วเห็นรอยโรคสีแดงบนปากมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นเยื่อบุคอัลมนาร์ จากเยื่อในรูปากมดลูกปลิ้น (eversion) หรือเยื่อปากมดลูกหลุดหายไป (epithelial loss) จาก erosion บางครั้งอาจมีเลือดจากการสัมผัส หรือมีมูกออกร่วมด้วย กรณีเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องทำการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจเลยถ้าทำการตรวจด้วยกล้องขยายก่อน

- ใช้ตรวจว่ามีมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ในกรณีที่จะทำผ่าตัดมดลูกออกแบบฉุกเฉิน เช่น ruptured tubo-ovarian abscess เป็นต้น

- ช่วยในการศึกษาวิจัยธรรมชาติ และพยากรณ์ของมะเร็งปากมดลูก เช่น การตัดชิ้นเนื้อมาตรวจเป็นระยะๆ เพื่อการเปลี่ยนแปลงภายในนิเวศหลังจากติดเชื้อไวรัสที่ก่อมะเร็ง เป็นต้น

ข้อจำกัด และปัญหาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

1. เครื่องมือมีราคาแพง ชุดคอลโปสโคปที่พอใช้ได้โดยทั่วไปมีราคาประมาณ 2 แสนบาท ถ้าเป็นชนิดที่มีกล้องถ่ายรูปเพื่อถ่ายรูปปากมดลูกหรือมีเครื่องมือช่วยสอนก็จะมีราคาแพงขึ้น

2. ไม่เหมาะสมที่จะใช้คัดกรองคนจำนวนมากได้ เนื่องจากการตรวจ ต้องใช้เวลา นานกว่า pap smear นอกจากนี้โรงพยาบาลที่มีเครื่องมือนี้ รวมทั้งแพทย์ที่มีประสบการณ์การตรวจมีน้อย ซึ่งต่างจาก pap smear ที่สามารถให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปได้ การตรวจทำได้ไม่ยาก ไม่ต้องอาศัยความชำนาญมาก

3. ไม่สามารถตรวจในรูปากมดลูกได้ในกรณีที่ transformation zone หรือ squamocolumnar junction อยู่ลึกเข้าไปข้างใน ทำให้ผลการตรวจไม่น่าพอใจ ซึ่งพบได้ประมาณร้อยละ 15-20 ของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจด้วยกล้องขยายทั้งหมด โดยเฉพาะสตรีวัยหมดประจำเดือนซึ่งรูปากมดลูกแคบ และ T zone ร่นเข้าไปอยู่ข้างใน แม้จะใช้ endocervical speculum ช่วยถ่างขยายก็มองเห็นได้ยาก ถ้าการทำ ECC ไม่สามารถตรวจหาความผิดปกติได้ ก็มักจำเป็นต้องทำ diagnostic conizationต่อไป

4. ใช้วินิจฉัยความผิดปกติของ squamous cell เป็นส่วนใหญ่ แต่ในกรณีของ adenocarcionma ต้องใช้เกณฑ์วินิจัยที่ต่างออกไป ซึ่งวินิจัยยากขึ้น ถ้าความผิดปกติอยู่ในปากมดลูก

5. แพทย์ผู้ตรวจต้องได้รับการฝึกอบรม และฝึกฝนหาประสบการณ์เป็นเวลานานพอสมควร ทำให้จำนวนแพทย์ที่ให้บริการทางด้านนี้มีน้อยในประเทศไทย ; Adolf Staff ผู้เชี่ยวชาญทางคอลโปสโคปีได้แบ่งระดับความชำนาญออกเป็น 3 ระดับ

- ระดับที่ 1 สามารถตรวจหารอยโรคหรือความผิดปกติได้ ซึ่งใช้เวลาฝึกฝนประมาณ 3-4 เดือน

- ระดับที่ 2 สามารถเลือกบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดในการตัดชิ้นเนื้อได้ ใช้เวลาฝึกฝนประมาณ 1 ปี

- ระดับที่ 3 สามารถทำนายผลทางพยาธิวิทยาได้จากสิ่งตรวจพบทางกล้องขยาย ต้องใช้เวลาฝึกฝนต่ออีกหลายปี

ปัญหาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย เป็นที่นิยมอย่างกว้างขวางในสูติ-นรีแพทย์ที่สหรัฐอเมริกา ในประเทศไทยก็มีความนิยมกันมากในระยะ 6-7 ปีที่ผ่านมา โดยที่สังเกตว่าตามโรงพยาบาลใหญ่ก็มีเครื่องมือ colposcope กันทั้งนั้น ซึ่งการที่จะทำ colposcope ให้ได้ผลดีนั้นก็ขึ้นอยู่กับความชำนาญของผู้ทำ ความชำนาญของผู้ทำนั้นดังที่กล่าวมาแล้วถ้าอยู่ในระยะแรกๆ นั้นก็ไม่สมควรที่จะใช้ในการตัดชิ้นเนื้อไม่ทำ conization หรือการรักษาด้วย cryosurgery ซึ่งก็ได้รับความนิยมในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แม้ในสหรัฐอเมริกาเองก็ได้มีรายงานโดย Sevin และคณะ, 1978 ได้รายงานการเกิด invasive carcinoma of cervix 8 ราย ภายหลังการรักษา noninvasive lesion ของ cervix ด้วย cryosurgery ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการตรวจด้วย colposcope เพื่อแยก invasive lesion ก่อนการรักษาไม่เพียงพอ นอกจากความชำนาญของผู้ทำ colposcope แล้วข้อเสียอีกอย่างของ colposcope ก็คือ การบันทึก finding ในการทำนั้น มักจะเขียนเป็นข้อความ โดยที่อ่านแล้วไม่เห็นภาพชัดเจน หรืออาจจะบันทึกมาไม่ถูกต้อง ด้วยเหตุนี้ในระยะหลังได้มีการค้นพบวิธีการใหม่ เรียกว่า cervicography ซึ่งเครื่องมือประกอบด้วยกล้องถ่ายรูป 35 mm. และมี 100 mm. macrolens และมี extension ring 50 mm. โดยที่ให้ขยายได้ 16 เท่า จากเครื่องมืออันนี้ก็ไปถ่ายรูปปากมดลูก ภายหลังจากที่เช็ดด้วย 4% acetic acid ซึ่งภาพที่ได้จะเหมือนกับ colposcope หลังจากนั้นก็ส่ง slide ของปากมดลูกนี้ไปให้ผู้อ่านที่มีความชำนาญ ซึ่งได้รายงานว่าผู้ป่วย 700 ราย ตรวจโดย

วิธีนี้เปรียบเทียบกับ การตรวจโดย colposcope พบได้ผลเหมือนกับ colposcope ทั่วไปคิดว่า cervicography นี้คงจะเป็นวิธีการตรวจในอนาคตกแทน colposcopy (สมเกียรติ ศรีสุพรรณกิจ, 2531)

1.2 ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความแตกฉานด้านสุขภาพ คือ ทักษะต่างๆ ทาง การรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น

ความแตกฉานด้านสุขภาพหมายถึงการบรรลุถึงระดับความรู้ ทักษะส่วนบุคคลและความมั่นใจ ในการที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อช่วยให้สุขภาพของตนเองและชุมชนดีขึ้นโดยการปรับเปลี่ยน ครอบครองชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ ดังนั้นความหมายของความแตกฉานด้านสุขภาพจึงมิใช่เพียง ความสามารถในการอ่านคู่มือสุขภาพและปฏิบัติตามได้เท่านั้น ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ สำคัญยิ่งในการให้อำนาจแก่ประชาชน โดยการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและ มีความสามารถในการใช้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน การที่จะให้ประชาชนแตกฉาน ด้านสุขภาพย่อมขึ้นอยู่กับ การส่งเสริมการศึกษาโดยทั่วไปให้มากยิ่งขึ้น เพราะสภาวะด้อยการศึกษา อาจมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชนโดยจำกัดการพัฒนาทั้งส่วนบุคคล สังคมและ วัฒนธรรม และเป็นอุปสรรคขัดขวางมิให้เกิดความแตกฉานด้านสุขภาพ (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ความแตกฉานด้านสุขภาพได้ถูกนำมาใช้อย่างน้อย 30 ปี โดยเฉพาะในประเทศ สหรัฐอเมริกา คำนี้ถูกนำมาใช้ เพื่ออธิบายเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความ แตกฉานของผู้ป่วยแต่ละคนกับความสามารถในการทำตามแผนการรักษา (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999)

ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามคำว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ ไว้หลากหลาย ดังต่อไปนี้

นิยามคำว่า ความแตกฉานด้านสุขภาพ

ความแตกฉานด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและการป้องกัน โรค การค้นหาโรคและรักษาสุขภาพ และการกำหนดนโยบาย ทักษะของความแตกฉานด้าน สุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นในการสนทนา การอภิปรายแลกเปลี่ยน การอ่านข้อมูลระดับบุคคล การ ตีความหมายของแผนภูมิ แผนผังต่างๆ การตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือเข้ารับการตรวจรักษา

ค.ศ. 1995 – ความสามารถของบุคคลในการรับ ตีความ และเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพและบริการ ตลอดจนหมายถึงการใช้ข้อมูลและบริการที่จะสร้างเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (Joint Committee on National Health Education Standards, 1995)

ค.ศ. 1997 – การบำรุงรักษาโดยเน้นที่ศักยภาพของบุคคลและเน้นที่คุณลักษณะของเขา ความรู้ และทักษะของเขา มากกว่าการเน้นไปที่ความซับซ้อนของสุขภาพในบริบทต่างๆ หรืองานที่เกี่ยวข้องหรืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ (Kickbusch, 1997)

ค.ศ. 1999 - ความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจหลากหลาย โบนัดและข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต่อสุขภาพ (American Medical Association, 1999)

ค.ศ. 2000–ระดับของการที่บุคคลสามารถ รับ ย่อย และเข้าใจข้อมูล เป็นข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ บริการสุขภาพ ที่เหมาะสม ในการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ (HHA, 2000; Ratzan and Parker, 2000)

ความแตกฉานในบริบทสุขภาพ (Literacy in Health Contexts)

ข้อมูลด้านสุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีอยู่หลายบริบท (ครอบครัว, ชุมชน, เศรษฐกิจ) และเกี่ยวข้องกับกิจกรรมกลุ่ม หลายประเด็นของครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ การใช้เวลาว่าง และความปลอดภัย การวัดปรอท การอ่านคู่มือ การใช้อุปกรณ์ การเปรียบเทียบสัดส่วน ปริมาณของเกลือที่ติดอยู่ข้างกระป๋องของอาหาร 2 ชนิด การอ่านเอกสารและการกรอกเอกสาร ในแบบฟอร์มของโรงพยาบาล เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งสิ้น และการจัดการทั้งหมดนี้เป็นการใช้ความแตกฉานด้านสุขภาพจากเอกสารสิ่งพิมพ์

คำว่าบริบทด้านสุขภาพ หมายถึง สถานการณ์และกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บริบทด้านสุขภาพต่างจากบริบททั่วไป ที่มี “ความเชื่อ” เข้ามาเกี่ยวข้องเป็นพื้นฐาน การเผชิญบริบททางสุขภาพในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่เป็นอุปกรณ์ หรือกระบวนการรักษา อาจสร้างเสริมสุขภาพ หรือทำอันตรายกับสุขภาพได้ และนำไปสู่ ผลที่ตามมาหลายอย่าง นอกจากนี้บริบททางสุขภาพในโรงพยาบาล ยังมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสภาพสังคมที่ทำลายความรู้สึของผู้ป่วย อันเนื่องมาจากโรคหรือความกลัว ความเครียด (Alexander, 1990; Dumas, 1966) บริบทของโรงพยาบาลยังมีการใช้คำศัพท์ แบบฟอร์ม ภาษาของผู้เชี่ยวชาญ และขั้นตอนการรักษาที่ทำให้เกิดความแตกต่างของผู้มีอำนาจและยากต่อการเข้าถึงข้อมูล

ความต้องการความแตกฉานด้านสุขภาพในบริบทสุขภาพ (Literacy Skill Demands of Health Contexts)

ความแตกฉานด้านสุขภาพ มีหลายระดับของทักษะที่จำเป็นในการให้บริการในโรงพยาบาล เช่น การอ่าน การเขียน การคำนวณ การพูด การฟัง การใช้เทคโนโลยี การสร้างเครือข่าย การอ่าน การพูดที่เกี่ยวข้องเพื่อการร้องขอ การผลักดัน ชี้แนะนโยบาย และการร้องเรียน ดังปรากฏในตารางที่ 1

ตารางตัวอย่างทักษะที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ

เป้าประสงค์	ตัวอย่างของงานหรือกิจกรรมและทักษะที่ต้องการ
สร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค	- อ่านและทำตามแนวทางในการออกกำลังกาย - อ่าน เข้าใจ และตัดสินใจในฉลากอาหาร - ตีความหมายของรายงานการตรวจคุณภาพอากาศและปรับพฤติกรรมตนเองให้สอดคล้องได้
ทำความเข้าใจ แปลความ และวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพได้	- ค้นหาข้อมูลสุขภาพทางอินเทอร์เน็ต วารสารหรือหนังสือได้ - วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ในประกาศโฆษณาหรือผลิตภัณฑ์ยาได้ - ระบุผลที่ตามมาของบทความหนังสือพิมพ์ เรื่องคุณภาพอากาศ - ระบุได้ว่าเว็บไซต์ใดมีหรือไม่มีข้อมูลสุขภาพที่เที่ยงตรงถูกต้อง - เข้าใจและแสดงความเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่กำลังจะตัดสินใจหรือริเริ่มได้
ประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในเหตุการณ์ต่างๆ หรือบริบทต่างๆ ได้	- ระบุแรกยอมรับหรือเลือกใช้แนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับคนสูงอายุได้ - อ่านและใช้ข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กหรือคนสูงอายุได้ - อ่านและตีความข้อควรระวังในการทำงานหรือการเลือกระบบการดูแลรักษาได้
เลือกใช้บริการสุขภาพได้	- กรอกรูปแบบฟอร์มการประกันสุขภาพหรือการเบิกจ่ายค่าตอบแทน จากการประกันได้ - เข้าใจ สิทธิ และความรับผิดชอบของผู้ป่วยจากแผ่นพับได้ - หาทางไปรับบริการในโรงพยาบาลที่อุ่นใจ แน่ใจได้
มีส่วนร่วมในการใช้บริการสุขภาพกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ	- ถามเพื่อความชัดเจน - ถามคำถาม - ตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมเมื่อได้รับข้อมูล - ทำงานเป็นหุ้นส่วนกับผู้ให้บริการในการพูดคุยแลกเปลี่ยน แผนการรักษา เพื่อจัดการโรคเรื้อรังได้

ตารางตัวอย่างทักษะที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ (ต่อ)

เป้าประสงค์	ตัวอย่างของงานหรือกิจกรรมและทักษะที่ต้องการ
เข้าใจและให้ความยินยอมด้วยความเข้าใจ	- เข้าใจในสิ่งที่ต้องทำ ต้องยินยอม ในการรับการรักษา หรือการเข้าร่วมโครงการวิจัย
เข้าใจและผลักดันนโยบายสำหรับสิทธิ	- ผลักดันประเด็นเพื่อการมีเครื่องมือที่ปลอดภัยตามสิทธิ - ร้องขอ การเข้าถึงข้อมูลตามสิทธิผู้ป่วย - รายการใช้เวชระเบียนอย่างไม่เปิดเผยความลับ - ผลักดันเพื่อผู้อื่น เช่น ผู้สูงอายุ คนป่วยด้านจิต ในการได้รับการบริการที่ดีที่เหมาะสม

ตัวอย่างที่นำเสนอในตารางที่ 1 เน้นทักษะระดับบุคคล ทักษะเหล่านั้น เป็นส่วนหนึ่งในการทำให้เกิด ความแตกฉานด้านสุขภาพ เราต้องพัฒนาคำว่า “บุคลากรทางแพทย์” มีความสามารถในการใช้คำและรับรู้หรือไม่ว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างไร มากน้อยแค่ไหน ผู้ผลิตสื่อจำเป็นต้องมีทักษะในการใช้ข้อความที่ทำให้ผู้รับบริการเข้าใจ ผู้ผลิตสื่อจำเป็นต้องมีทักษะในการเขียนฉลากที่ง่าย ๆ นักการศึกษาต้องมีทักษะในการชี้แนะนักเรียน ให้เข้าใจ เนื้อหา ความรู้ภาษา ศัพท์ต่างๆ โดยชี้ให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง วิทยาศาสตร์ คณิตศาสตร์ และสุขภาพ

รูปแบบของความแตกฉานด้านสุขภาพ (A Model of Health Literacy)

ความแตกฉานด้านสุขภาพ เป็นเรื่องค่อนข้างใหม่ในการสร้างสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ระดับ

ระดับ 1 ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน/บทบาททำหน้าที่ (Functional Health Literacy)

เป็นระดับที่สะท้อนผลลัพธ์ในการสื่อสาร ข้อมูลแท้จริง ที่เกี่ยวกับความเสี่ยงและการใช้บริการระบบสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับนี้จำกัดเป้าหมายอยู่ที่การเพิ่มความรู้ เรื่องความเสี่ยงและบริการ การทำตามแผนการรักษา ผลลัพธ์ของความแตกฉานระดับนี้อยู่ที่บุคคลมากกว่าประชากรหรือชุมชน เช่น การได้รับวัคซีน หรือตรวจค้นหาโรค กิจกรรมระดับนี้มีการปฏิบัติ หรือสร้างทักษะ ที่เป็นตามความอิสระไม่มากนัก ตัวอย่างเช่น รูปแบบนี้ที่ใช้ เช่น แผ่นพับหรือการให้ข้อมูลโดยทั่วไป

ระดับ 2 ความแตกฉานระดับการปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)

สะท้อนผลลัพธ์ที่งานสุขศึกษา พยายามดำเนินการมากกว่า 20 ปี โดยเน้นการสร้างทักษะระดับบุคคล เพราะการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างทักษะ ตัวอย่างเช่น เป็นการให้บุคคลทำพฤติกรรมตามที่รู้หรือเข้าใจเพื่อจุดใจตนเองและเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเอง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ก็ยังเน้นที่ประโยชน์ในระดับบุคคลมากกว่าระดับประชากร ตัวอย่างเช่น เป็นการให้ผู้ป่วยได้ลงทำและวัดที่ทักษะหรือผลลัพธ์ในการปฏิบัติ

ระดับ 3 ความแตกฉานด้านสุขภาพระดับวิพากษ์ (Critical Health Literacy)

สะท้อนความสามารถทางพุทธิปัญญาและผลลัพธ์ที่ต่างจากทักษะนี้ สร้างขึ้นและการมีสังคม สิ่งแวดล้อม และการเมืองที่เอื้อต่อการปฏิบัติในระดับบุคคล กระบวนการให้สุขศึกษาของความแตกฉานระดับนี้ มักเกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูลและพัฒนาทักษะ ที่ทำให้เกิดการเข้าถึง เกิดความเป็นไปได้ในระดับองค์กรและมีรูปแบบ การดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ผลลัพธ์ของความแตกฉานระดับนี้ มุ่งไปที่ระดับประชากร กิจกรรมสุขศึกษาในระดับนี้ เป็นไปได้ถึงการพัฒนาศักยภาพ ชุมชน ให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหา สังคม และเศรษฐกิจที่มีผลต่อสุขภาพ

2. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

กลุ่มนักปรัชญาการศึกษาคิวเอียน (Dewegian) ได้เริ่มใช้วิธีการเรียนรู้จากการกระทำ (learning by doing) ซึ่งเป็นพื้นฐานการพัฒนาระบวนการเรียนรู้ที่ดึงความสามารถของผู้เรียนออกมาในรูปของการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ (Active learning) ซึ่งผู้เรียนจะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้การสอนมากขึ้น โดยผู้สอนจะกระตุ้นให้ผู้เรียนคิดแก้ปัญหา และยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (งานพัฒนาอาจารย์ กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, มปป)

ในทศวรรษที่ 80 ได้มีการพัฒนาระบวนการเรียนรู้ (learning process) รูปแบบใหม่ที่เรียกว่า การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ซึ่งโคลบ (Kolb) ได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้และการพัฒนา ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model) เป็นวงจรการเรียนรู้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ประสบการณ์เชิงรูปธรรม การสังเกตอย่างไตร่ตรอง มโนทัศน์เชิงนามธรรม และการทดลองปฏิบัติ (แผนภูมิที่ 1) ซึ่งตามแนวคิดของโคลบนี้ มุ่งสอน ให้ผู้เรียนเรียนเพื่อเรียนรู้ (learn to learn) เนื่องจากจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ คือ ให้บุคคล

พัฒนา ความสามารถจากองค์ประกอบหลักทั้ง 4 ประการ โดยจะพัฒนาให้ผู้เรียนเกิดการคิดที่ซับซ้อน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เข้าใจในเนื้อหาความรู้ มีความสามารถในการแก้ปัญหา และสามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้ในการทำงานได้ง่ายขึ้น (Osland,Kolb,& Rubin,2001)



แผนภูมิที่ 1 วงจรการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ตามรูปแบบของโคลบ (Kolb's Model)

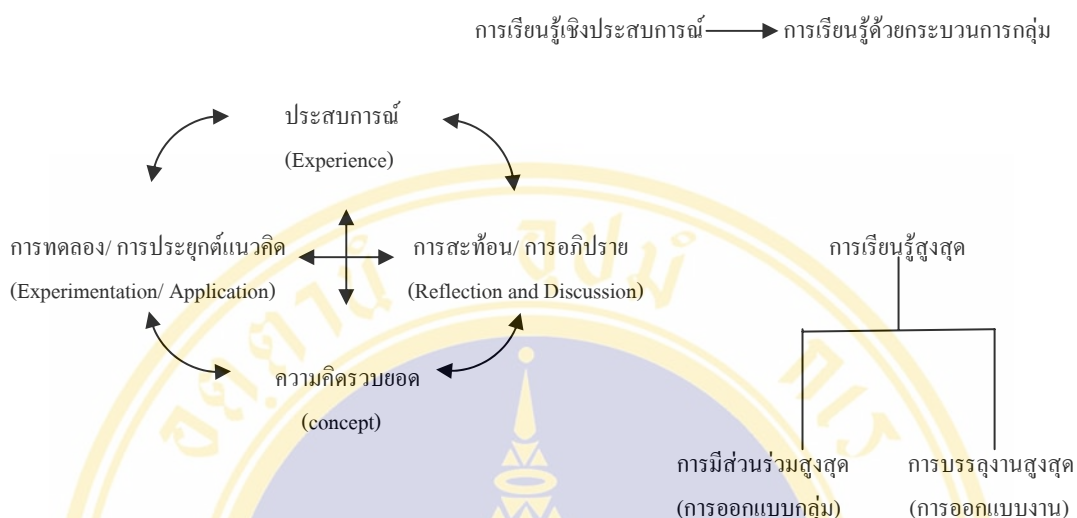
แหล่งที่มา จาก Organization behavior : An experiential approach (p.43) โดย Osland , Kolb, & Rubin.2001. New Jersey : Prentice Hall.

จากแนวคิดของโคลบ ต่อมาจึงมีนักการศึกษาและนักฝึกอบรมได้นำรูปแบบนี้ไปใช้ในการสอนและการฝึกอบรมต่างๆ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลางและมีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นมีหลายชื่อ เช่น การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) การเรียนรู้จากประสบการณ์เดิม (prior learning) และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) (งานพัฒนาคนจารย์ กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่นิโคล (Nicol) นักฝึกอบรมเชื่อว่าเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ เจตคติ และทักษะได้ดีที่สุด โดยผ่านการสังเคราะห์จากผลการศึกษาวิจัยรูปแบบการเรียนรู้หลายรูปแบบ (metaanalysis) จนได้โครงสร้างพื้นฐานของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยหลักการเรียนรู้พื้นฐาน 2 ประการ (แผนภูมิที่ 2) คือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)
2. กระบวนการกลุ่ม (group process)

หลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม



แผนภูมิที่ 2 หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

แหล่งที่มา จากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(หน้า 9) โดยงานพัฒนาอาจารย์
กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning)

เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ (ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ, 2540)

1. ประสบการณ์ (experience) โดยผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น
2. การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (reflection and discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเอง แลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัย และผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไป ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการสะท้อนความคิดและการอภิปรายทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

3. ความคิดรวบยอด (concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนาด้านพุทธิพิสัย (knowledge) อาจเกิดได้หลายทางเช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและอภิปรายของผู้เรียน โดยผู้สอนช่วยสรุปเป็นความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความเข้าใจแก่ผู้เรียนอย่างสูงสุด

4. การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (experimental /application) ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดในรูปแบบต่างๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญและเล่นบทบาทสมมุติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

ในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกัน

กระบวนการกลุ่ม (group process)

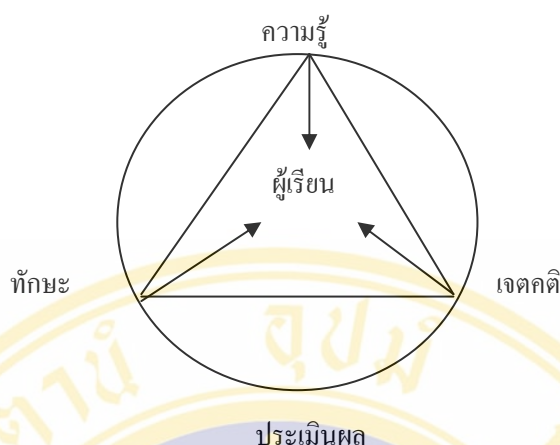
เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญ เมื่อนำมาใช้ร่วมกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุงานสูงสุด (ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ, 2540)

การมีส่วนร่วมสูงสุด (maximum participation) ของผู้เรียน ขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่มที่เหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ

การบรรลุงานสูงสุด (maximum performance) สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้เรียนบรรลุงานสูงสุด คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน โดยจะต้องกำหนดกิจกรรมชัดเจน กำหนดบทบาทของกลุ่มหรือสมาชิกกลุ่มที่ชัดเจน และควรมีโครงสร้างงานที่ชัดเจน

จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้สูงสุด 3 ด้าน (แผนภูมิที่ 3) คือ



แผนภูมิที่ 3 จุดประสงค์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

แหล่งที่มา จากทักษะชีวิตและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (หน้า 144) โดยกรมสุขภาพจิต 2541
กระทรวงสาธารณสุข

1. พุทธิพิสัย (knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบ ที่กล่าวมาแล้ว

การศึกษาของภาวณี สุนทรธาราวงศ์ (2544) ที่ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการคุ้มครองผู้บริโภคในโรงเรียนต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารของนักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนที่ได้รับโปรแกรมมีความรู้เกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภคและการเลือกบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และดีกว่านักเรียนที่ไม่ได้รับโปรแกรม และการศึกษาของบรรชร กล้าหาญ และรุ่งทิพย์ กล้าหาญ (2545) ที่ศึกษาถึงผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างทักษะชีวิตเรื่องโรคเอดส์สำหรับนักศึกษาอาชีวเกษตร โดยผลการศึกษาพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักศึกษามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. จิตพิสัย (attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียน มีความรู้สึก ความคิดความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแน่วแน่มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดียอมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอนคือ

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจ หรือโน้มน้าวให้ผู้เรียน เกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการ เพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติ หรือปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือ

2.1.1 กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อต่างๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกอย่างที่คุณสอนต้องการ

2.1.2 การเปิดเผยตนเอง เป็นการตั้งประสบการณ์ ความคิดเห็นหรือเจตคติของผู้เรียนต่อ สื่อที่คุณสอนนำเสนอ

2.2 ขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิด ความเชื่อของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาของ ภาวนี สุนทรธรรมาวศ์ (2544) ก็พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้นักเรียนประถมศึกษา จังหวัดนครนายก มีเจตคติในการเลือกบริโภคอาหารดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และจากการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ในเรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า สตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการทดลองและสตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

3. ทักษะพิสัย (skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้อย่างชำนาญ ซึ่งการสอนมี 2 ขั้นตอนคือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้รับรู้ว่าคุณะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไร จากองค์ประกอบด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปรายและความคิดรวบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำ เป็นโอกาสให้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้านการทดลองและประยุกต์แนวคิด

ดังเช่นการศึกษาของวันทนี ชวพงศ์ (2543) ที่ศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติของแม่บ้านในเขตชนบท จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งพบว่ากลุ่มแม่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วม มีการรับรู้ด้านสุขภาพดีขึ้นและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติถูกต้อง

มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มแม่บ้านที่ไม่ได้รับโปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุศบง เจาทานนท์ และ คาวุฒิ ฝ่าสันเตีย (2544) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันไข้มาลาเรียของกำลังพลทหารราบ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ทหารราบมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นไข้มาลาเรีย การรับรู้ความรุนแรงของไข้มาลาเรีย และการรับรู้ต่อผลดีในการป้องกันตนเอง จากไข้มาลาเรียมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและมากกว่าทหารราบที่ไม่ได้รับโปรแกรม



ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

เรื่องที่ ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการวิจัย	สมมติฐาน การวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
1	ชนินฐา นาคะ 2534	ความวิตกกังวล และความ ต้องการข้อมูล ของผู้ป่วยก่อน การผ่าตัด	เพื่อศึกษาความ วิตกกังวลและ ความต้องการ ข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนการผ่าตัด	1. ก่อนผ่าตัดผู้ป่วย มีความวิตกกังวล และความวิตกก กังวลขณะเผชิญ ระดับใดมีความ สัมพันธ์เชิงบวก หรือไม่ 2. ความวิตกกังวล ขณะเผชิญและ ความต้องการข้อมูล สัมพันธ์กัน หรือไม่ผู้ป่วย ต้องการข้อมูล ใดบ้าง	ไม่มี	การวิจัย เชิงบรรยาย	ผู้ป่วยสามัญ ที่ได้รับการ ผ่าตัดบริเวณ ศีรษะและ คอ ช่อง ท้อง อวัยวะ สืบพันธุ์เพศ หญิง ร.พ รามธิบดี	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วน บุคคล 2.แบบประเมิน ความวิตกกังวล ของSpielberger (State-Trait Anxiety Inventory Icom X-I) และแบบ X-II (A trait Scale) 3.แบบประเมิน ความต้องการ ข้อมูล ดัดแปลง Dodge:1969& Pender:1974	ไม่มี	1.คุณลักษณะ ประชากรวิเคราะห์เป็น จำนวนและร้อยละ 2.สถิติสัมพันธ์เพียร์ สันใช้วิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและ และความวิตกกังวล เผชิญศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวลและ ความต้องการข้อมูล ก่อนการผ่าตัด 3.สถิติ-test ใช้เปรียบเทียบ ความวิตกกังวล	ระยะก่อน ผ่าตัดผู้ป่วยมี ความวิตก กังวลในระดับ ปานกลางก่อน ไปผ่าตัด แต่มีความ ต้องการข้อมูล ในระดับสูง

ตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล (ต่อ)

เรื่องที่ ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
2	ภัสพร ข้าวิภา 2534	ผลของการ สัมผัสต่อความ วิตกกังวลของ ผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	เพื่อเปรียบเทียบ คะแนนความ วิตกกังวลก่อน ผ่าตัดของผู้ป่วย ที่อยู่ในห้องรอ ผ่าตัดระหว่าง กลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการสัมผัส และกลุ่มผู้ป่วยที่ ไม่ได้รับ การพยาบาลตาม กิจวัตร	ไม่มี	คะแนนความวิตก กังวลก่อนผ่าตัด ของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้ รับการสัมผัสจะ ลดลงมากกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการ พยาบาลตาม กิจวัตรขณะที่อยู่ใน ห้องรอผ่าตัด	การวิจัย กึ่งทดลอง	ผู้ป่วยชาย กรรมหญิง ร.พ.วชิร พยาบาล	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วนตัว 2.แบบสัมภาษณ์ จิตความวิตก กังวลแบบบทท ของ Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory form X-I) และแบบ X-II (A trait Scale) 3.มาตรวัดความ วิตกกังวล (สร้างจากแนว คิดของAitken : 1969 และ Wever & Lown : 1990	แบบ แผนการ สัมผัส	ข้อมูลส่วนตัว หา จำนวนและร้อยละ หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยง เบนมาตรฐานของผล ต่างของคะแนนความ วิตกกังวลก่อนและ หลังการสัมผัส สถิติ t-test ใช้ทดสอบ ความแตกต่าง ของค่าเฉลี่ยของผล ต่างของคะแนนความ วิตกกังวลภายหลัง การให้สัมผัสระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม	ค่าเฉลี่ยของ คะแนนความ วิตกกังวล ก่อนผ่าตัดของ กลุ่มผู้ป่วยที่ ได้รับการ สัมผัสลดลง มากกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับ การพยาบาล ตามกิจวัตร ขณะที่อยู่ใน ห้องรอผ่าตัด อย่างมีนัย สำคัญทาง สถิติ

ตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

เรื่องที่ ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการวิจัย	สมมติฐาน การวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
1	มณฑา กลิ่นทอง กุล 2535	ความวิตกกังวล ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอน และวิธีการเผชิญ ปัญหา ขณะรอ ฟังผลการตรวจ ชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วย ที่มีก้อนบริเวณ เต้านม	เพื่อศึกษาความ วิตกกังวล ความรู้สึก ไม่แน่นอน และ วิธีการเผชิญ ปัญหา รวมทั้ง ความแตกต่าง ของวิธีการเผชิญ ความเครียด และศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่าง ตัวแปรทั้ง 3	ผู้ป่วยที่มีก้อน บริเวณเต้านม ขณะรอฟังผล การตรวจชิ้น เนื้อจะมีความ วิตกกังวลและ ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วย มากน้อยเพียง ใด ความวิตกก กังวลและ ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วยมี ความสัมพันธ์ กันหรือไม่	ไม่มี	การวิจัย เชิง บรรยาย	ผู้ป่วยหญิง ที่มีก้อน บริเวณ เต้านม และ มารอฟังผล ชิ้นเนื้อที่ หน่วยตรวจ โรคผู้ป่วย นอกสังกัด กรม	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วนบุคคล 2.แบบวัดความ วิตกกังวลขณะ เผชิญของสไปล์ เบอร์และคณะ 3.แบบสอบถาม ความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนใน ความเจ็บป่วย ของมิเชล (Mishel:1990) 4.แบบวัดพฤติกรรม การ เผชิญความเครียด ของจาโลวีส (Jalowiec:1988)	ไม่มี	1.คุณลักษณะ ประชากรวิเคราะห์ ตัวจำนวน ร้อยละ 2.เปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยความรู้สึกลึกไม่ แน่นอนในความเจ็บป่วย ใช้สถิติการวิเคราะห์ ความแปรปรวนทาง เดียวแบบวัดซ้ำ 3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความวิตกกังวล กับ ความรู้สึกลึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วยราย ด้านและโดยรวม ใช้สถิติสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีค่าเฉลี่ยใน 51-104 คะแนน คะแนนที่ได้ของแบบสอบถามชุดนี้อยู่ระหว่าง 24-120 คะแนนวิธีการเผชิญความเครียด กลุ่มตัวอย่างใช้ด้านการเผชิญหน้ากับการปัญหามากกว่าด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการแก้ปัญหาทางอ้อม

ตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (ต่อ)

เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถามการ วิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวม ข้อมูล	ทดลอง		
2	ชไมพร โนนศรีชัย 2536	ผลของการให้ คำปรึกษา ทางสุขภาพ ต่อความวิตก ขณะหญิง ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ ได้รับการเจ นำคำทาง หน้าท้องเพื่อ การวินิจฉัย ก่อนคลอด	ศึกษาผลของการ ให้คำปรึกษาทาง สุขภาพต่อ การลดความวิตก กังวลขณะหญิง ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ ได้รับการเจ นำคำทาง หน้าท้อง เพื่อ วินิจฉัยก่อน คลอด	ไม่มี	1.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ การเจนำคำปรึกษาทางหน้า ท้องเพื่อการวินิจฉัย ก่อนคลอด มีความวิตก ขณะหญิงตั้งครรภ์ คำปรึกษาต่ำกว่าก่อน ได้รับการปรึกษา 2.ความวิตกกังวลขณะหญิง ของหญิงตั้งครรภ์กลุ่ม ที่ได้รับการเจนำคำ ทางหน้าท้องเพื่อการ วินิจฉัยก่อนคลอด ภายหลังได้รับปรึกษา ทางสุขภาพต่ำกว่ากลุ่ม ที่ไม่ได้รับคำปรึกษา (เมื่อจัดสถิติพิลของ ความวิตกกังวลขณะ หญิงก่อนให้ คำปรึกษา)	การวิจัย กึ่งทดลอง	กลุ่มหญิง ตั้งครรภ์ที่ ทารกใน ครรภ์เสี่ยง ต่อความ พิการ อายุครรภ์ 8-20 เดือน ตั้งแต่ ต.ค 2535- ก.พ 2536	1.แบบบันทึก ข้อมูลส่วน บุคคล 2.แบบวัด ความ วิตกกังวล ขณะ หญิง ตั้งครรภ์ ไปป์ เบอร์ดอร์ (State-Trait Anxiety Inventory form x-1)	1.คุณลักษณะ ประชากรสถิติที่ใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน t-test, chi-square ANCOVA	คะแนนความ วิตกกังวลขณะ หญิงก่อนและ หลังได้รับ คำปรึกษาทาง สุขภาพของกลุ่ม ทดลองแตกต่าง กันอย่างมี นัยสำคัญ และไม่ได้ ได้รับ คำปรึกษาทาง สุขภาพแตกต่าง กันอย่างมี นัยสำคัญ	

ตารางงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ป่วยที่รับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค (ต่อ)

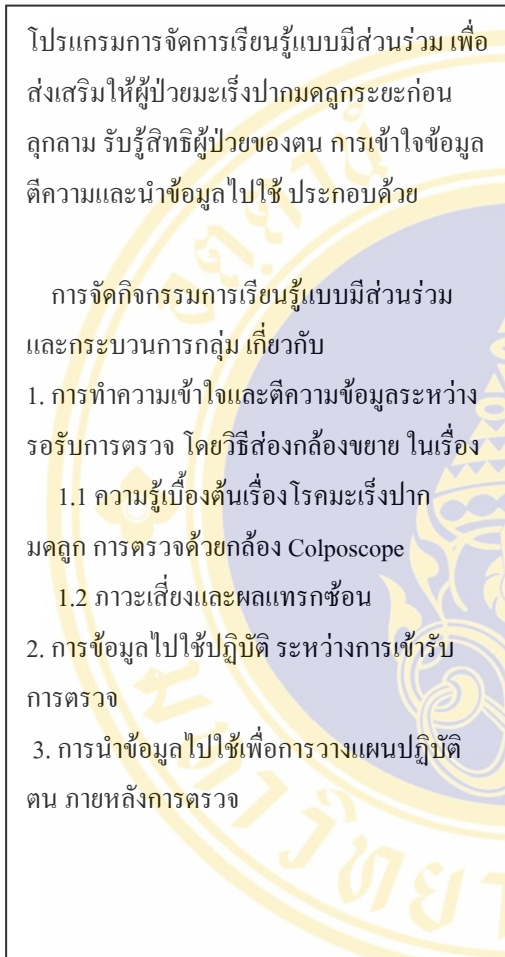
เรื่อง ที่	ผู้วิจัย ปี	ชื่อเรื่องวิจัย	วัตถุประสงค์	คำถาม การวิจัย	สมมติฐานการวิจัย	รูปแบบ การวิจัย	ประชากร กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ		สถิติที่ใช้ใน การวิเคราะห์ ข้อมูล	ผลการวิจัย
								รวบรวมข้อมูล	ทดลอง		
3	สุชาดา เรืองรัตน อัมพร 1999	ศึกษาการรับรู้ ภาวะสุขภาพ และความ วิตกกังวลใน ผู้ป่วยโรค หลอดเลือด หัวใจที่มารับ การตรวจ วินิจฉัยการ ทำงานของ หัวใจ	เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ ภาวะสุขภาพและ ความวิตก กังวลในผู้ป่วย โรคหลอดเลือด หัวใจที่มารับ การตรวจ วินิจฉัยการ ทำงานของ หัวใจ	ไม่มี	1.การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และแบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ระดับความวิตกกังวล 2.การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และ แบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลแบบ trait 3.ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อน รับการตรวจวินิจฉัยแบบ non invasive และแบบ invasiveมีความสัมพันธ์กับ ความวิตกกังวลแบบ trait 4.ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ภายหลังรับการตรวจวินิจฉัยมีระดับต่ำ กว่าก่อนการตรวจวินิจฉัยทั้งแบบ invasive และ non invasive 5. ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ ต้องมารับการตรวจวินิจฉัยทั้งแบบ invasive และ non invasive ไม่แตกต่าง กัน	การวิจัย เชิง บรรยาย	กลุ่มผู้ป่วย โรคหลอดเลือด หัวใจที่ เลือกหัวใจที่ วางแผนว่า จะต้องเข้ารับ การตรวจ วินิจฉัยโรค หัวใจ ที่ศูนย์ โรคหัวใจ โรงพยาบาล ศิริราช	1.แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย แบบบันทึก ข้อมูลส่วน บุคคล 2.แบบสัมภาษณ์ การรับรู้ภาวะ สุขภาพ ของ Brook, et al.1979 3.แบบสอบถาม วัดความวิตก กังวลของ Spielberger,CD. et al.1970	ไม่มี	ลักษณะ ประชากร ใช้ สถิติความถี่, ค่าเฉลี่ย, ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน หา ความสัมพันธ์ ความสัมพัทธ์ ใช้สถิติ สัมประสิทธิ์ สห สัมพันธ์แบบ เพียร์สัน และใช้ t-test ในการ เปรียบเทียบ ความ สัมพันธ์	ก่อนตรวจผู้ป่วยมีการ รับรู้ภาวะสุขภาพจะ เผชิญและแบบแฝง ระดับปานกลางและ ค่อนข้างต่ำตามลำดับ ความวิตกกังวลก่อน ตรวจสัมพันธ์กับ ความวิตกแบบแฝง ความวิตกกังวลจะ เผชิญและ แบบแฝง สัมพันธ์กับการรับรู้ ภาวะสุขภาพทั้งการ ตรวจแบบอินเวซีฟ และนอนอินเวซีฟ ความวิตกจะเผชิญ ก่อนตรวจทั้งสอง แบบ ไม่แตกต่างกัน หลังการตรวจความ วิตกกังวลจะเผชิญ ลดลงกว่าก่อนตรวจ

จากการศึกษาแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า แนวคิดเรื่องสิทธิผู้ป่วย การรับรู้ข้อมูล เข้าใจดีข้อมูลและนำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ ทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ 1. การรับรู้ เข้าใจดีข้อมูล 2. การวางแผนนำข้อมูลไปใช้ 3. การตั้งใจปฏิบัติตามแผนใช้ข้อมูลที่ได้รับในการดำรงชีวิตประจำวัน มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา ความวิตกกังวล ทักษะในการปฏิบัติตัว ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดดังกล่าวข้างต้น ร่วมกับใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นแนวทางการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภูมิ

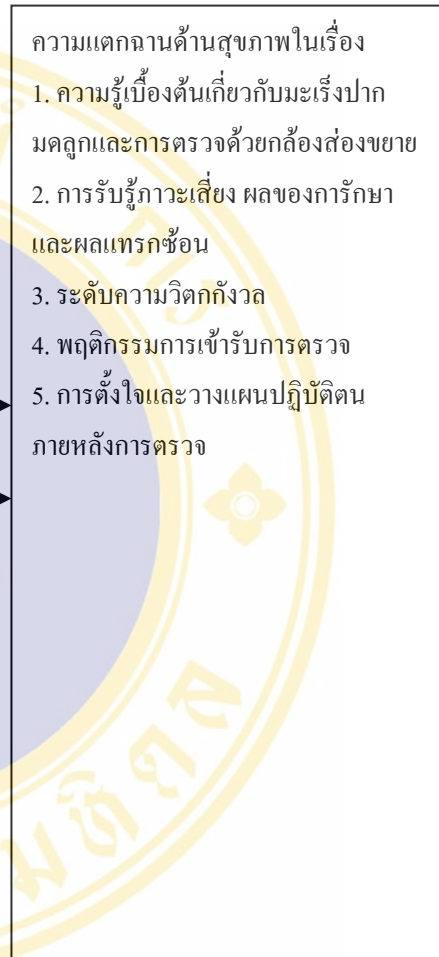


กรอบแนวคิดการวิจัย

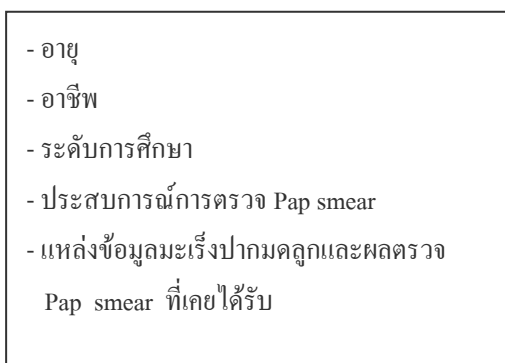
ตัวแปรอิสระ



ตัวแปรตาม



ตัวแปรภายนอก



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning Principle) ความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมสร้างเสริมให้เกิดการเรียนรู้ การตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพและนำไปใช้ให้กับผู้ป่วยที่มีผลเซลล์มะเร็งปากมดลูกผิดปกติในระยะก่อนลุกลามที่มารับบริการตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลศิริราช โดยมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง
2. ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. วิธีดำเนินการวิจัย และการรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัยและแผนภูมิการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) โดยจะรวบรวมข้อมูลตามตัวแปรในการวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ก่อนและหลังการทดลองตามรูปแบบการวิจัยดังนี้

กลุ่มทดลอง	O_1 ----- X_1 ----- O_2 ----- X_2 ----- O_3
กลุ่มเปรียบเทียบ	O_4 ----- P ----- O_5 ----- O_6

แผนภูมิที่ 4 แผนภูมิการวิจัย

- O₁, O₃ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะประชากร ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษาจากการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย และความวิตกกังวล(แบบสอบถามชุดที่ 1)
- O₂, O₄ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษาจากการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย และความวิตกกังวล (แบบสอบถามชุดที่ 1) และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบ สังเกตพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย
- O₅, O₆ หมายถึง การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการตรวจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่ที่บ้านด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลภายหลังการตรวจ และความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ (แบบสอบถามชุดที่ 2) โดยวิธีส่งกลับทางไปรษณีย์และใช้การโทรศัพท์ตามสอบถาม
- X₁ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองครั้งที่ 1ระหว่างที่รอเข้ารับการตรวจ ช่วงเวลาดำเนินการระหว่าง 8.00-9.00 น. โดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ตามเนื้อหา ซึ่งเกี่ยวกับลักษณะของโรค สาเหตุ อาการ การรักษาการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ลักษณะของการตรวจอุปกรณ์เครื่องมือ ขั้นตอนการตรวจ การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกประโยชน์ของการตรวจ เปิดโอกาสให้ซักถามตามความต้องการของผู้ป่วยให้เล่าประสบการณ์ที่ตนเองเคยได้รับการตรวจ Pap smear โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ ภาพประกอบ สิ่งของตัวอย่าง ที่มีประจำในหน่วยงานและจัดทำขึ้นเพิ่มเติมโดยผู้วิจัย มีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าให้กลุ่มทดลอง โดยแนะนำถึงแพทย์ผู้ทำการตรวจคำถามที่แพทย์ส่วนใหญ่จะถามสร้างความมั่นใจในการตอบคำถาม นึกคำตอบไว้ก่อน เช่น ประวัติ วันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย และฝึกให้กลุ่มทดลองเตรียมคำถามที่จะสอบถามปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนกับแพทย์ผู้ตรวจอย่างมั่นใจไม่ประหม่าหรือไม่กล้าที่จะถาม (ดังรายละเอียดคู่มือการจัดกิจกรรมแนบท้าย)
- X₂ หมายถึง การจัดกิจกรรมสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มทดลองครั้งที่ 2ภายหลังตรวจส่องกล้องหรือระหว่างรอสังเกตอาการหลังตัดชิ้นเนื้อก่อนกลับบ้าน โดย

ใช้กระบวนการกลุ่มและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับ

- การให้ผู้ป่วยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา โอกาส ความเสี่ยงและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นหลังจากตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก ได้แก่ อาการตกเลือด มีไข้ อาการ ปวดหน่วงๆ ที่ช่องคลอด
- ร่วมกันการวางแผนการนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ เพื่อการปฏิบัติตัวอย่าง ถูกต้อง ภายหลังการตรวจ
- เสริมสร้างความมั่นใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามภายหลังการตรวจ ได้แก่ การมาตรวจติดตามผล วิธีการติดต่อเมื่อเกิดปัญหาหรือ เกิดอาการผิดปกติ ภายหลังการตรวจ (ดังรายละเอียดคู่มือการจัดกิจกรรมแนบท้าย)

P หมายถึง รูปแบบบริการจากเจ้าหน้าที่ประจำห้องตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายที่ ให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับการตรวจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รับแฟ้มประวัติ ตรวจเอกสารการยินยอมหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษา โดยวิธีผ่าตัดหรือหัตถการ (Informed Consent) ในการตรวจปากมดลูกด้วย กล้องส่องขยาย ซึ่งผู้ป่วยทุกรายได้รับคำแนะนำเรื่องจากตรวจจากแพทย์และ พยาบาลที่ติดผู้ป่วยนอกตรวจโรคทางนรีเวชและเซ็นชื่อ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูล รายบุคคล ใช้เวลาในการให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยประมาณ 10-15 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย เพื่อให้ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล
2. เจ้าหน้าที่ให้ผู้ป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้าที่ห้องตรวจจัดเตรียมไว้ เป็นผ้าถุงเพื่อ ความสะดวกในการตรวจ แล้วให้นั่งรอแพทย์ผู้ที่จะทำการตรวจปาก มดลูกด้วยกล้องส่องขยายให้ อยู่หน้าห้องตรวจ ซึ่งผู้ป่วยจะนั่งรวมกันเป็น กลุ่ม ครั้งละ 2-3 คน
3. เรียกผู้ป่วยเข้าห้องตรวจตามลำดับก่อนหลัง ใช้เวลาตรวจประมาณ 15-20 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย
4. เมื่อตรวจเสร็จ ให้เปลี่ยนเสื้อผ้า แล้วมารับใบนัดตรวจครั้งต่อไปเพื่อมาฟัง ผลชิ้นเนื้อ หรือเพื่อมาตรวจติดตามผลทุก 3 เดือนหรือทุก 6 เดือน โดย เจ้าหน้าที่จะให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล เน้นเรื่องการมาตรวจตามวันนัด ใน ระยะเวลาสั้นๆ ประมาณ 5 นาที เพื่อตัวเจ้าหน้าที่ต้องเข้าไปช่วยแพทย์ ตรวจผู้ป่วยคนต่อไป

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร

ผู้ป่วยที่มาตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด ที่ห้องตรวจภายใน อาคาร 100 ปีสมเด็จพระศรีนครินทร์ ชั้น 11/2 แผนกสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างเดือน มิถุนายน-สิงหาคม พ.ศ. 2551

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 การคำนวณขนาดกลุ่ม

โดยใช้สูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (อ้างใน ธวัชชัย วรพงศธร)

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

กำหนดให้

$$CI\ 95\%, Z_{\alpha/2} = 1.96$$

$$Power\ 90\%, \beta = 0.10, Z_{\beta} = 1.28$$

$$\mu_1 = 63.42, SD = 6.67 \text{ กลุ่มทดลอง}$$

$$\mu_2 = 57.60, SD = 6.20 \text{ กลุ่มเปรียบเทียบ}$$

ค่าเฉลี่ยและค่าความแปรปรวนของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ นำมาจากคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพของจากรูรณ กองแก้ว ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “ประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะชั้นเนื้อตับที่โรงพยาบาลศิริราช”

แทนค่าสูตร

$$n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 2(41.35)}{33.87}$$

$$n \geq 25.54$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 26 คน เพื่อให้การคำนวณทางสถิติน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน รวมเป็น 60 คน

2.2.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยมีคุณสมบัติและวิธีการเลือกดังนี้

เกณฑ์การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ จากการตรวจ Pap smear
2. ไม่เคยรับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย
3. ฟังการสื่อสารภาษาไทยเข้าใจดี
4. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 คน โดยแบ่งตามวันของการมารับบริการการตรวจ ดังนี้

ทางหน่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลศิริราช ได้จัดบริการการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ในวันจันทร์ถึงวันพฤหัสบดี แบ่งเป็นภาคเช้า 9.00-12.00 น. และภาคบ่าย 13.00-16.00 น. โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด และกำหนดวิธีการคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยให้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้ที่มาตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด ในวันจันทร์ และวันพุธ

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ที่ตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายทางช่องคลอด ในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยศึกษาจากแนวคิดที่เกี่ยวข้อง และการสำรวจเบื้องต้นให้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษาซึ่งประกอบด้วย

3.1.1 แบบสอบถาม

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

แบบสอบถาม ชุดที่ 1 แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ อายุระหว่าง 20-60 ปี ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย โดยให้ผู้ตอบตามความเป็นจริง จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย ได้แก่ ลักษณะของโรค สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ลักษณะของการตรวจ อุปกรณ์เครื่องมือ ขั้นตอนการตรวจ การตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกประโยชน์ของการตรวจ โดยคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา หลังจากการตรวจหรือตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก ได้แก่ อาการตกเลือด มีไข้ อาการปวด หนองๆ ที่ช่องคลอด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง จำนวน 14 ข้อ โดยสร้างเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ของลิเคิร์ท (Likert's scale) จะมีคำตอบให้ผู้ตอบเลือก 5 อันดับตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 เห็นด้วย=4 ไม่แน่ใจ=3 ไม่เห็นด้วย=2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามจะมีความหมายเชิงบวกและเชิงลบ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 2 3 4 5 6 8 11 12 และ 14 ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบคือข้อ 1 7 9 10 และ 13 จะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แต่ละชุดจะมีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน ผลรวมคะแนนสูงแสดงว่ามีการรับรู้มากกว่าคะแนนรวมต่ำ

ส่วนที่ 4 วัดความวิตกกังวล สอบถามถึงความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกตั้งแต่ก่อน ขณะ และหลังเข้ารับการตรวจด้วยกล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวลของวิลเลียม ดับบลิว เค ซุง (William W.K. Zung) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน (2528:23-24) มาใช้โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ตัวเลือก ดังนี้

ตัวเลือกที่ 1 คือ ไม่เป็นเลยหรือน้อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกหรือไม่มีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเลย ถ้ามีความรู้สึกหรือมีพฤติกรรมเช่นนั้นเกิดขึ้นน้อยมากในช่วง 1-2 วันที่ผ่านมา

ตัวเลือกที่ 2 คือ เป็นบางเวลาหรือบางครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบางครั้ง แต่ไม่บ่อย ในช่วง 1-2 วันที่ผ่านมา

ตัวเลือกที่ 3 คือ เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึก หรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกิดขึ้นเป็นบ่อยครั้ง แต่ไม่เกิดตลอดเวลาในช่วง 1-2 วันที่ผ่านมา

ตัวเลือกที่ 4 คือ เป็นเกือบหรือตลอดเวลา หมายถึง ผู้ตอบมีความรู้สึกหรือมีพฤติกรรมตามข้อความนั้นเกือบตลอดเวลาหรือเป็นตลอดเวลาในช่วง 1-2 วันที่ผ่านมา

ข้อคำถามที่บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์หรือการกระทำทางด้านลบมีจำนวน 9 ข้อ ผู้วิจัยมีหลักการให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 1 ไม่เป็นเลยหรือน้อยครั้ง ได้ 4 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 2 เป็นบางเวลาหรือบางครั้ง ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 3 เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 4 เป็นเกือบหรือตลอดเวลา ได้ 1 คะแนน

ข้อคำถามที่บอกถึงการแสดงออกทางอารมณ์หรือการกระทำทางด้านบวกมีจำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยมีหลักการให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 1 ไม่เป็นเลยหรือน้อยครั้ง ได้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 2 เป็นบางเวลาหรือบางครั้ง ได้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 3 เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตัวเลือกที่ 4 เป็นเกือบหรือตลอดเวลา ได้ 4 คะแนน

การจัดระดับคะแนนใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยมาจัดระดับ ตามการจัดระดับคะแนน
ความวิตกกังวลของซุง คือ

คะแนนเฉลี่ย 10-17 อยู่ในระดับ ปกติ ไม่ปรากฏความวิตกกังวล

คะแนนเฉลี่ย 18-23 อยู่ในระดับ ปกติ วิตกกังวลเล็กน้อย-ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 24-29 อยู่ในระดับ ปกติ วิตกกังวลเด่นชัด-รุนแรง

คะแนนเฉลี่ย 30-40 อยู่ในระดับ ปกติ วิตกกังวลสูงมาก

คะแนนความวิตกกังวล จากแบบสอบถามส่วนนี้จะมียุทธศาสตร์เท่ากับ 10
คะแนน จะมีค่าสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน ถ้าคะแนนความวิตกกังวลต่ำ แสดงว่าผู้ตอบมีความวิตก
กังวลน้อยและถ้าคะแนนความวิตกกังวลสูง แสดงว่าผู้ตอบมีความวิตกกังวลมาก

แบบสอบถามชุดที่ 2 แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 วัดความวิตกกังวล สอบถามถึงความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออก
หลังการตรวจ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ความวิตกกังวล
ของวิลเลียม ดับบลิว เค ซุง (William W.K. Zung) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ศันสนีย์
สมิตะเกษตริน (2528:23-24) มาใช้โดยดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยเป็น
คำถามปลายปิดลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 4 ตัวเลือก และเกณฑ์การให้
คะแนนเหมือนกับส่วนที่ 4 ของแบบสอบถามชุดที่ 1 คือ ไม่เป็นเลยหรือน้อยครั้ง=4 เป็นบางครั้ง
หรือบางครั้ง=3 เป็นค่อนข้างบ่อยครั้ง=2 เป็นเกือบหรือตลอดเวลา=1 โดยข้อคำถามจะมีความหมายเชิง
บวกและเชิงลบ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 1 2 3 5 และ 6 ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบคือข้อ 4
จะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แต่ละชุดจะมีคะแนนรวมอยู่
ระหว่าง 6-24 คะแนน ผลรวมคะแนนสูงแสดงว่ามีความวิตกกังวลมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

ส่วนที่ 2 สอบถามถึงความตั้งใจและการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ
โดยเป็นคำถามปลายปิดลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) จำนวน 6 ข้อ จะมีคำตอบให้
ผู้ตอบเลือก 5 อันดับตัวเลือก คือ ทำได้แน่นอนที่สุด = 5 ทำได้มาก=4 ทำได้ปานกลาง=3 ทำได้
น้อย=2 ทำไม่ได้แน่นอน=1 ผู้ตอบเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามจะมีความหมายเชิง
บวกและเชิงลบ ข้อที่มีความหมายทางบวกคือข้อ 1 3 4 และ 6 ส่วนข้อที่มีความหมายทางลบคือข้อ
2 และ 5 จะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน แต่ละชุดจะมี
คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน ผลรวมคะแนนสูงแสดงว่ามีความตั้งใจมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

3.1.2 แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ารับการตรวจ

ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกพฤติกรรมของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย โดยแบบบันทึก มีจำนวน 10 ข้อ แต่ละข้อเป็นข้อความที่ผู้ป่วยแสดงออกหรือปฏิบัติขณะตรวจ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมใดเกิดขึ้นถูกต้องตามขั้นตอนการตรวจรักษาของแพทย์และตามแนวทางปฏิบัติของพยาบาลในการให้แนะนำ ในข้อที่ถูกต้องนั้นให้ 1 คะแนน ถ้าไม่ปฏิบัติหรือไม่แสดงพฤติกรรมให้ 0 คะแนน ในทางตรงข้ามถ้าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมใดไม่ควรกระทำ ถ้าเกิดพฤติกรรมนั้นขึ้นให้ 0 คะแนน และถ้าไม่เกิดพฤติกรรมนั้นให้ 1 คะแนน จากแบบบันทึกพฤติกรรมที่ควรเกิดขึ้นขณะเข้าตรวจ คือข้อ 3 4 5 7 8 9 และ 10 ส่วนพฤติกรรมที่ไม่ควรเกิดขึ้น คือข้อ 1 2 และ 6 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-10 คะแนน ผลรวมคะแนนที่สูงแสดงว่าปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากกว่าคะแนนต่ำ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเนื้อหา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ที่จะใช้ศึกษาวิจัยเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัย
3. ดำเนินการสร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ รวมทั้งกำหนดเกณฑ์ให้คะแนน
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษาและความตรงในเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้
5. ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นนำไปทดสอบคุณภาพของเครื่องมือทางสถิติ

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.2.1 วิดีทัศน์ เรื่องมะเร็งปากมดลูก เรื่องการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

3.2.2 แผ่นภาพแสดงแผนผังขั้นตอนการรักษาของแพทย์

3.2.3 แผ่นพับเรื่องการปฏิบัติตัวหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

3.2.4 อุปกรณ์ตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจ ได้แก่ ผ้าก๊อศห้ามเลือดในช่องคลอด

3.3 ผู้ช่วยวิจัย

ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ประจำห้องผ่าตัดเล็ก สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการศึกษาวิจัย และมีความเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี มีบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ดำเนินการดังนี้

4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

1. นำหนังสือขอความร่วมมือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศิริราช หัวหน้าภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล แพทย์ผู้ทำการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงถึงการวิจัย เซ็นชื่อในเอกสารคำชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Information sheet)
3. แจกแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 1 ให้ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อมาถึงห้องตรวจ ก่อนเข้ารับการตรวจ ให้ตอบแบบสอบถาม (Pre- test)
4. ในกลุ่มทดลอง จัดกลุ่มเป็นลักษณะกลุ่มย่อย 2-3 คน

5. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม โดยการกล่าวทักทาย แนะนำตัว

6. ให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (X1) ครั้งที่ 1 ในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยอธิบาย วิธีการ ขั้นตอนการตรวจ ให้ชมวีดิทัศน์และแผ่นภาพ เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย เปิดโอกาสให้ซักถาม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงความคิดเห็น (ใช้เวลาประมาณ 1 ชม.) จากนั้นกลุ่มทดลองรอเข้ารับการตรวจ

7. ในกลุ่มเปรียบเทียบหลังจากฟังการชี้แจงถึงการวิจัยจากผู้ช่วยวิจัย เช่นชื่อในเอกสารคำชี้แจงการวิจัยแก่ผู้ยินยอมตนให้ทำวิจัย (Information sheet) แล้ว ให้ตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ ให้ข้อมูลตามปกติ จากนั้นกลุ่มเปรียบเทียบรอเข้ารับการตรวจ

8. สังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบขณะตรวจ โดยใช้แบบบันทึกพฤติกรรม

9. ภายหลังการตรวจหรือรอสังเกตอาการในกรณีรายที่ตัดชิ้นเนื้อ ก่อนกลับบ้าน ให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (X2) ครั้งที่ 2 ในกลุ่มทดลอง รายละเอียดจะเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังตรวจ ให้ตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 (post test) แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ และผู้วิจัยได้พูดเน้นเนื้อหาในแผ่นพับ ได้แก่ เบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ติดต่อกับเจ้าหน้าที่ห้องตรวจ วิธีการติดต่อกับทางโรงพยาบาลกรณีเกิดการผิดปกติเมื่ออยู่ที่บ้าน แจกแบบสอบถามที่ 2 ให้ตอบคำถามหลังการตรวจ 1 วัน แล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ซึ่งผู้วิจัยติดตามไปรษณีย์ของให้ ผู้วิจัยรอแบบสัมภาษณ์ส่งกลับทางไปรษณีย์ประมาณ 7 วัน โดยมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองหรือโทรศัพท์สอบถาม

10. ในกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการตรวจหรือรอสังเกตอาการในกรณีรายที่ตัดชิ้นเนื้อ ก่อนกลับบ้าน ให้ตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 (post test) แจกแบบสอบถามที่ 2 ให้ตอบคำถามหลังการตรวจ 1 วัน แล้วส่งกลับทางไปรษณีย์ซึ่งผู้วิจัยติดตามไปรษณีย์ของให้ ผู้วิจัยรอแบบสัมภาษณ์ส่งกลับทางไปรษณีย์ประมาณ 7 วัน โดยมีการโทรศัพท์กระตุ้นเตือนกลุ่มทดลองหรือโทรศัพท์สอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้การแจกแจงความถี่เป็น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

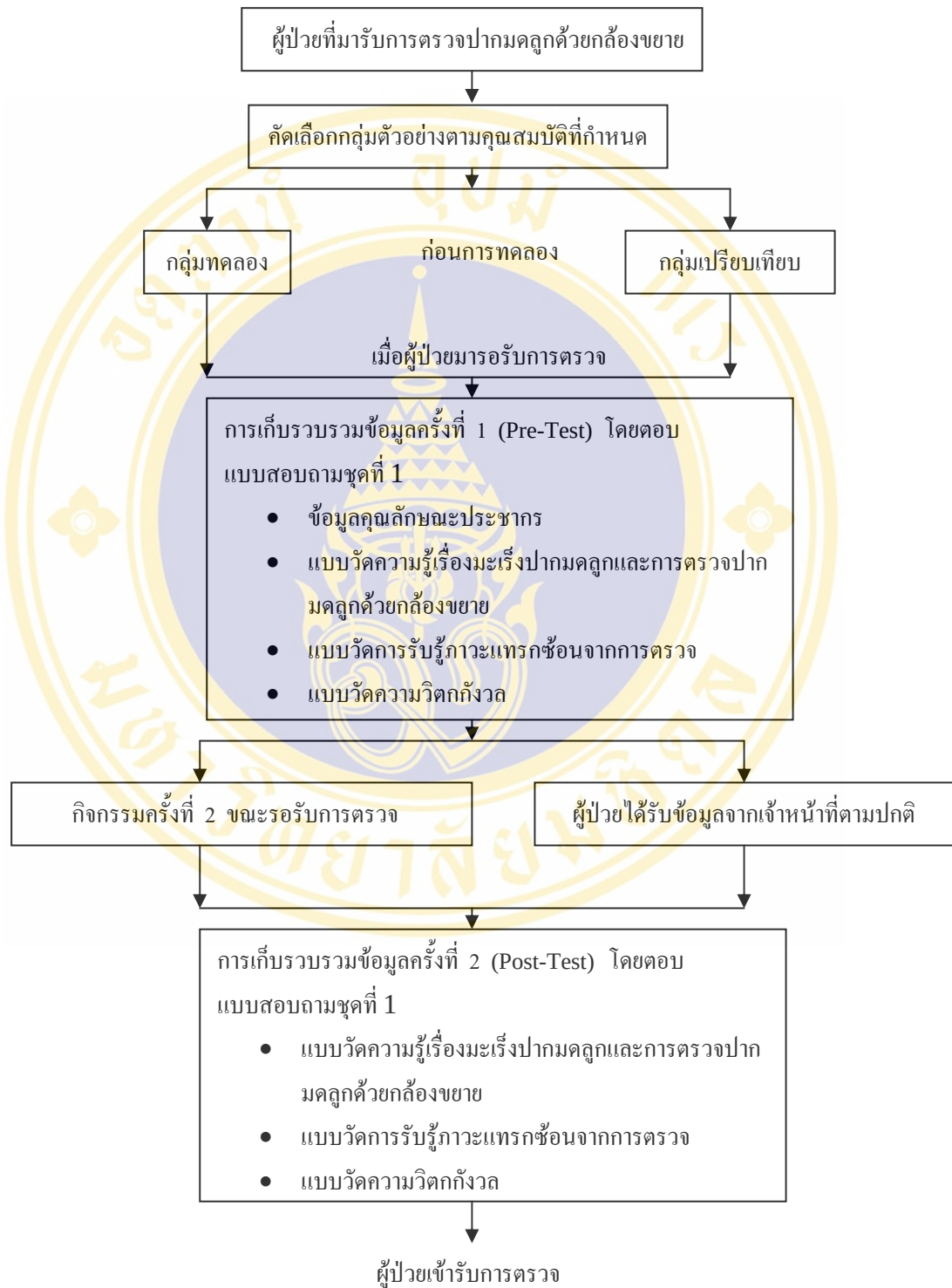
5.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ความวิตกกังวลภายในกลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

5.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent's t-test

5.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติ Independent's t-test

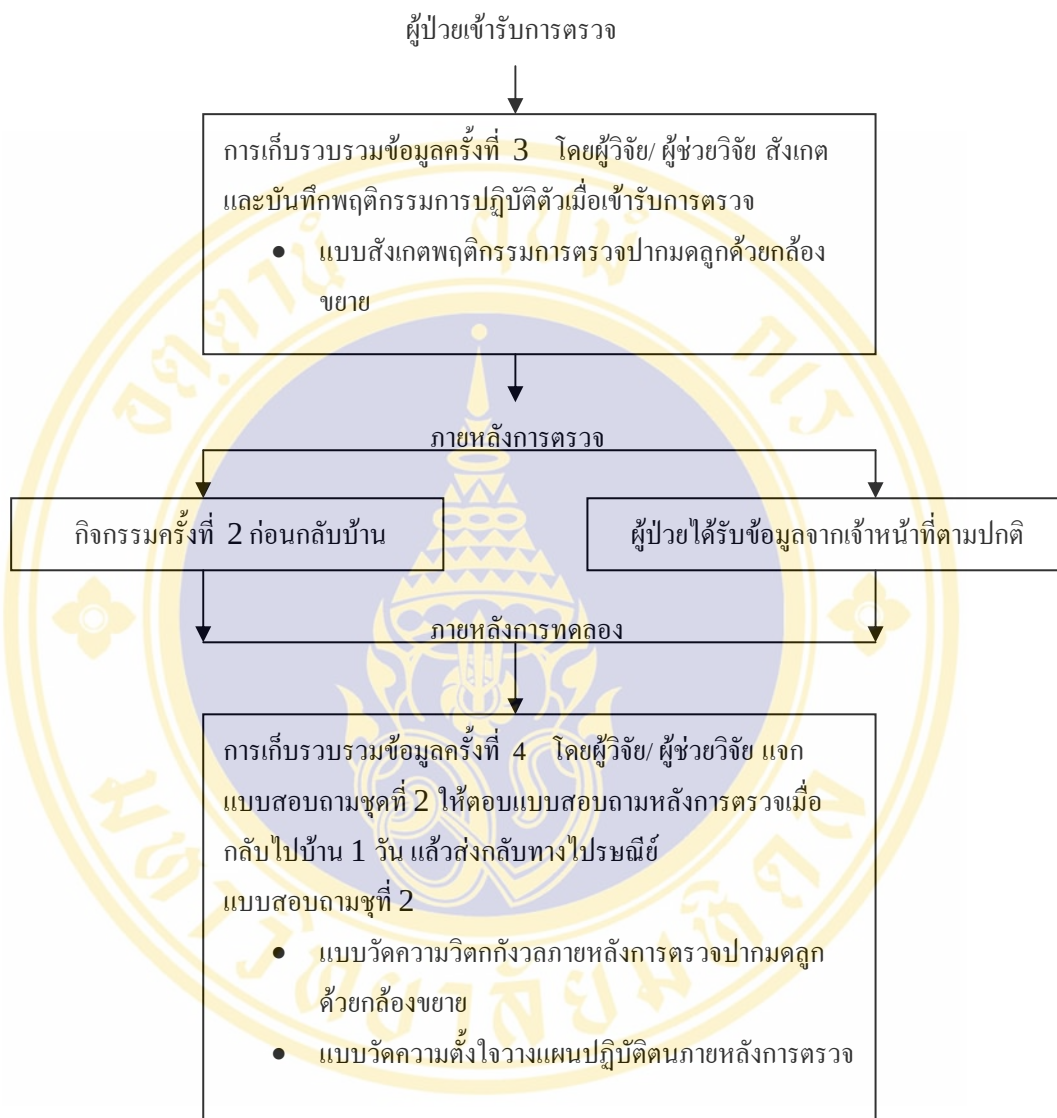
5.5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการตรวจความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent's t-test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)



แผนภูมิที่ 5 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย โรงพยาบาลศิริราช เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กล่าวในบทที่ 3 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาทั้งสิ้น 60 ราย เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ก่อนทดลอง และ หลังทดลอง นำข้อมูลจากแบบสอบถามมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปสำหรับวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ ซึ่งจะนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการวางแผนการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

อายุ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 24-58 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 40.50 ปี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 22-60 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 37.60 ปี

ศาสนา กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบนับถือศาสนาพุทธทั้งหมดร้อยละ 100

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมามีการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมต้นและระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.3 เท่ากัน รองลงมามีการศึกษาระดับมัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 20

อาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.3 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาประกอบค้าขายร้อยละ 20 เท่ากัน

รายได้ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 2,000-50,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 16,933.33 บาท รายได้ของครอบครัวของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 5,000-150,000 บาท โดยเฉลี่ย 40,266.67 บาท รายได้ต่อเดือนของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 1,000-130,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 17,600.00 บาท รายได้ของครอบครัวของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 5,000-250,000 บาท โดยเฉลี่ย 40,500.00 บาท

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ
รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
อายุ (ปี)		
< 25	6.7	6.7
25 – 35	26.7	43.3
36 – 45	30.0	26.7
46 – 55	33.3	20.0
56 - 65	3.3	3.3
รวม	100.0	100.0
อายุเฉลี่ย	40.50 ปี	37.60 ปี
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.02	10.15
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด	24-58 ปี	22-60 ปี
ศาสนา		
พุทธ	100.0	100.0
รวม	100.0	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23.3	16.7
มัธยมศึกษาต้น	33.3	23.3
มัธยมศึกษาปลาย	3.3	20.0
อนุปริญญาหรือปวศ.	3.3	3.3
ปริญญาตรี	30.0	23.3
ปริญญาโท	6.7	13.3
รวม	100.0	100.0

ตารางที่ 1 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ

รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
อาชีพ		
แม่บ้าน	23.3	33.3
รับจ้าง	26.7	13.3
ค้าขาย	10.0	20.0
ข้าราชการ	13.3	16.7
รัฐวิสาหกิจ	13.3	3.3
พนักงานบริษัท	6.7	10.0
อื่น ๆ	6.7	3.3
รวม	100.0	100.0
รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง		
< 5,000 บาท	16.7	33.3
5,000 – 20,000 บาท	50.0	43.3
> 20,000 บาท	33.3	23.3
รวม	100.0	100.0
รายได้เฉลี่ย	16,933.3 บาท	17,600.0 บาท
รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด	2,000-50,000 บาท	1,000-150,000 บาท
รายได้ต่อเดือนของของครอบครัว		
< 5,000 บาท	3.3	3.3
5,000 – 20,000 บาท	40.0	40.0
> 20,000 บาท	56.7	56.7
รวม	100.0	100.0
รายได้เฉลี่ย	40,266.7 บาท	40,500.0 บาท
รายได้ต่ำสุด-รายได้สูงสุด	5,000-150,000 บาท	5,000-250,000 บาท

อายุที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 14-35 ปี โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คือ 20.30 ปี และ 21.20 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 88.3 และ 86.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์และมีบุตรแล้ว โดยกลุ่มทดลองตั้งครรภ์และมีบุตรจำนวน 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มเปรียบเทียบตั้งครรภ์และมีบุตรจำนวน 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 และทั้งสองกลุ่มมีความต้องการที่จะมีบุตรอีกคิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนไม่ต้องการมีบุตรคิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)		
< 15	0.0	10.0
15 – 22	83.3	56.7
23 – 30	16.7	26.7
> 30	0.0	6.7
รวม	100.0	100.0
อายุเฉลี่ย	20.30 ปี	21.20 ปี
อายุต่ำสุด-อายุสูงสุด	16-30 ปี	14-35 ปี
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน		
มี	83.3	86.7
ไม่มี	16.7	13.3
รวม	100.0	100.0

ตารางที่ 2 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติ
การมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร(ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
ประวัติการตั้งครรภ์และการมีบุตร		
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ (ครั้ง)		
ไม่มี	23.3	10.0
มี	76.7	90.0
จำนวนบุตร		
0 (แท้ง)	23.3	10.0
1	16.7	30.0
2	33.3	43.3
3	13.3	6.7
4	10.0	10.0
5	3.3	0
รวม	100.0	100.0
ความต้องการที่จะมีบุตร		
มี	26.7	53.3
ไม่มี	73.3	46.7
รวม	100.0	100.0

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือร้อยละ 90.0 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ของกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มทดลองร้อยละ 73.3 กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 76.7 ไม่มีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคน และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 100.0 และ 93.3 นอกจากนั้นวิธีการรับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่โดยวิธีมาฟังผลเองโดยแพทย์หรือพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้แจ้งผลตรวจ เมื่อรับทราบผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ ไม่เข้าใจผลการตรวจ คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 63.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อน หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก

ประวัติที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก		
มี	10.0	20.0
ไม่มี	90.0	80.0
รวม	100.0	100.0
ประวัติการมีเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก		
มี	26.7	23.3
ไม่มี	73.3	76.7
รวม	100.0	100.0
ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
เคย	100.0	93.3
ไม่เคย	0.0	6.7
รวม	100.0	100.0

ตารางที่ 3 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อน หรือคนรู้จักเป็นมะเร็งปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(ต่อ)

ประวัติที่เกี่ยวข้องกับมะเร็ง	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
รับทราบผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี	(n = 30)	(n = 21)
มาฟังผลเองโดยแพทย์/พยาบาลแจ้งผล	56.67	76.19
ทางไปรษณียบัตร/จดหมาย	30.00	4.76
ทางโทรศัพท์	13.33	19.05
รวม	100.0	100.0
ความเข้าใจผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
เข้าใจ	23.3	36.7
ไม่เข้าใจ	76.7	63.3
รวม	100.0	100.0

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่รับทราบว่าจะมาเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย คิดเป็นร้อยละ 96.6 และ 90.0 ตามลำดับ ร้อยละ 83.3 ของกลุ่มทดลอง และร้อยละ 80.0 ของกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่เคยรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายมาก่อน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ทราบชื่อแพทย์ที่จะทำการตรวจ ให้คิดเป็นร้อยละ 76.7 และ 60.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองร้อยละ 56.7 ไม่เคยรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย เกี่ยวกับการขอรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของตน กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 50.0 ไม่เคยรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย เกี่ยวกับการขอรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของตน

ตารางที่ 4 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้อง ส่องขยาย	กลุ่มทดลอง (n = 30)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)
รับทราบการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายในวันนี้		
ทราบ	96.7	90.0
ไม่ทราบ	3.3	10.0
รวม	100.0	100.0
เคยรับรู้ข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย		
เคย	16.7	20.0
ไม่เคย	83.3	80.0
รวม	100.0	100.0
ทราบชื่อแพทย์ผู้ทำการตรวจ		
ทราบ	23.3	40.0
ไม่ทราบ	76.7	60.0
รวม	100.0	100.0
เคยรู้เรื่องสิทธิของผู้ป่วย เกี่ยวกับการขอรับทราบข้อมูลความเจ็บป่วยของตน		
เคย	43.3	50.0
ไม่เคย	56.7	50.0
รวม	100.0	100.0

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent's t-test

ก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพสูงกว่าค่ากลาง โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.51 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย เท่ากับ 10.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.73 กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ก่อนทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความแตกฉานด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) ดังแสดงในตารางที่ 5

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 13.97 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงเป็น 0.93 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อยเป็น 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	8.40	2.51	- 2.71	58	0.009
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	10.30	2.73			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	13.97	0.93	7.25	58	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	10.03	2.82			

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

กลุ่มทดลอง ผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ก่อนและหลังการทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.51 หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 13.97 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.93 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

กลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ก่อนทดลอง เท่ากับ 10.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.73 หลังทดลอง เท่ากับ 10.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 หลังทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.545$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง		8.4	2.51			
	30			-15.29	29	< 0.001
หลังการทดลอง		13.97	0.93			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง		10.23	2.73			
	30			0.61	29	0.545
หลังการทดลอง		10.03	2.82			

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษา

3.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษาเรื่องการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent's t-test

ก่อนการทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษาเรื่องการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย 47.83 และ 52.67 ตามลำดับ และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69 และ 4.59 ตามลำดับ เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นเป็น 59.93 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 3.65 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 52.33 และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเป็น 4.20 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยทางการรับรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ผลของการรักษาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	47.83	3.69	- 4.50	58	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	52.67	4.59			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	59.93	3.65	7.48	58	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	52.33	4.20			

3.2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษาเรื่องการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

กลุ่มทดลอง ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย พบว่า มีค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 47.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.69 ภายหลังการทดลองมี

ค่าเฉลี่ย 59.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.65 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

กลุ่มเปรียบเทียบ ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษาของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย พบว่า มีค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย คือ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 52.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.59 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 52.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.20 เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อน ของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง	30	47.83	3.69	-24.25	29	<0.001
		59.97	3.65			
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	52.67	4.59	0.80	29	0.43
		52.33	4.20			

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

4.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

เปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent's t -test

ก่อนการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนทดลองเท่ากับ 30.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 32.13 ส่วนเบี่ยงเบนค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.33 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าค่ากลาง เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p=0.095$) ดังแสดงในตารางที่ 9

หลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ก่อนทดลองเท่ากับ 36.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล เท่ากับ 31.30 ส่วนเบี่ยงเบนค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.23 เมื่อทดสอบทางสถิติ ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	30.43	3.37	- 1.70	58	0.095
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	32.13	4.33			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	36.70	1.58	8.23	58	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	31.30	3.23			

4.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test

กลุ่มทดลอง ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลพบว่า มีค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 30.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.37 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 36.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.58 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่าความวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลงหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 10

กลุ่มเปรียบเทียบ ในการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลพบว่า มีค่าเฉลี่ยภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง คือ ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ย 32.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.33 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 31.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.23 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกลับมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง		30.43	3.37			
	30			-13.28	29	< 0.001
หลังการทดลอง		36.70	1.58			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง		32.13	4.33			
	30			2.08	29	0.47
หลังการทดลอง		31.30	3.23			

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent's t-test

จากการสังเกตพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 8.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.94 ในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.22 ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	30	8.07	0.94	10.75	58	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	3.33	2.22			

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการวางแผนการปฏิบัติตัว

6.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจเกี่ยวกับความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent's t-test

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเกี่ยวกับความวิตกกังวล แล้วเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน 19.57 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.25 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน 15.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.80 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง	30	19.57	1.25	7.92	58	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	15.13	2.80			

6.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติตัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Independent's t-test

จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติตัว แล้วเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนน 27.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44 กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนน 19.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.13 เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยการวางแผนการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{x}$	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง	30	27.83	1.44	10.27	58	< 0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	30	19.63	4.13			

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ต่อการสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy) ในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ที่โรงพยาบาล ศิริราช จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มเปรียบเทียบ 30 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาจากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ

การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจัดดำเนินการตั้งแต่ มิถุนายน 2551 ถึง สิงหาคม 2551 รวมระยะเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ การรวบรวมข้อมูลกระทำโดยให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบด้วยข้อมูล ลักษณะประชากร ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย การรับรู้ภาวะเสี่ยงผลของการรักษาและผลแทรกซ้อนเรื่องการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ความวิตกกังวล ขณะตรวจมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสังเกตพฤติกรรม หลังการตรวจเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้านมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลและการวางแผนการปฏิบัติตัว ครั้งที่ 2 รวบรวมข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์ กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับ 0.001 เป็นเกณฑ์ในยอมรับสมมติฐาน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลลักษณะประชากร

ข้อมูลคุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน ประวัติการตั้งครรภ์และการ

มีบุตร ความต้องการที่จะมีบุตร ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อนหรือคนรู้จัก เป็นมะเร็ง ปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับทราบข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ดังรายละเอียดต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 46-55 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 อายุเฉลี่ย 40.5 ปี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 25-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.3 รองลงมา มีอายุอยู่ระหว่าง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 อายุเฉลี่ย 37.6 ปี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมต้น คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 30.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและปริญญาตรีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 23.3 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 23.3 รองลงมา ประกอบอาชีพประกอบรับราชการและรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 13.3 เท่ากัน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมา ประกอบอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 20.0 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 2,000-50,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 16,933.33 บาท รายได้ของครอบครัวของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 5,000-150,000 บาท โดยเฉลี่ย 40,266.67 บาท รายได้ต่อเดือนของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 1,000-130,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 17,600.00 บาท รายได้ของครอบครัวของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 5,000-250,000 บาท โดยเฉลี่ย 40,500.00 บาท

จากคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง สรุปได้ว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะไม่แตกต่างกัน นอกจากนั้นอายุที่กลุ่มตัวอย่างมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 14-35 ปี โดยอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ระหว่าง 20-30 ปี ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ยังคงมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 88.3 และ 86.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์และมีบุตรแล้ว โดยกลุ่มทดลองตั้งครรภ์และมีบุตรจำนวน 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.3 กลุ่มเปรียบเทียบตั้งครรภ์และมีบุตรจำนวน 2 ครั้งมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.3 และทั้งสองกลุ่มมีความต้องการที่จะมีบุตรอีกคิดเป็นร้อยละ 26.7 และ 53.3 ตามลำดับ ส่วนไม่ต้องการมีบุตรคิดเป็นร้อยละ 73.3 และ 46.7 ตามลำดับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็ง ปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับทราบข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ผลการวิเคราะห์ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ มีคะแนนความรู้เฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มทดลองและต่ำกว่าครั้งแรก (pre test) เมื่อทำการวัดครั้งที่ 2 (post test)

ผลวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา

พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงผลของการรักษาและผลแทรกซ้อนดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ มีคะแนนการรับรู้เฉลี่ยต่ำกว่าครั้งแรก (pre test) เมื่อทำการวัดครั้งที่ 2 (post test) ไม่มีความแตกต่างกันก่อนและหลังการทดลอง

ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายความว่ามีความวิตกกังวลลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นจากเดิม

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

พฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการวางแผนการปฏิบัติตัว

ภายหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับบ้าน พบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และการวางแผนในการปฏิบัติตัวในการตั้งใจมาตรวจตามนัดทุกครั้ง วิธีการที่จะติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหาหลังการตรวจหรือเมื่อต้องการเลื่อนนัด การวางแผนเก็บเงินไว้เป็นค่ารักษาพยาบาล ความตั้งใจที่จะไปตรวจที่โรงพยาบาลอื่น และตั้งใจจะไปปรึกษากับแพทย์ทางเลือก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการวางแผนการปฏิบัติตัวดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

อภิปรายผล

สมมติฐานในการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

- 1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน
- 1.3 ระดับความวิตกกังวล

1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย

การวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการวิจัยได้ว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6 หน้า 76 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะโปรแกรมสุศึกษาที่จัดขึ้น การจัดกิจกรรมผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ได้เล่าประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ได้สะท้อนความรู้สึกแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จากนั้นสร้างความคิดรวบยอดโดยผู้วิจัยอธิบายถึง ความหมาย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การดำเนินของโรค ระยะของโรคมะเร็ง อาการและอาการแสดง การรักษา ความหมายของการตรวจ colposcopy อุปกรณ์และเครื่องมือที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนในการตรวจ ประโยชน์ของการตรวจ การตัดสินใจเนื้อที่ปากมดลูกส่ง

ตรวจ กลุ่มทดลองได้มีการประยุกต์ใช้ความรู้ที่ได้รับโดยการสามารถตอบคำถามที่ผู้วิจัยทำการประเมินได้ถูกต้อง และซักถามข้อสงสัย สื่อที่ใช้ในการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้แก่ แผ่นภาพโปสเตอร์ แผ่นภาพแผนผังการรักษา รูปภาพที่นำเสนอแบบ power point

ในขณะเดียวกัน พบว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 6 หน้า 79 ทั้งนี้อาจเป็นผลเนื่องจากการให้ข้อมูลของเจ้าหน้าที่ตามปกติ ไม่ได้เน้นเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แต่เป็นการให้ข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเตรียมตัวรอเข้ารับการตรวจ เช่น แนะนำให้เปลี่ยนผ้าถุง ให้ปัสสาวะออกก่อน

1.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อนของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ดีขึ้นกว่าการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7 หน้า 80 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่จัดขึ้นรวมทั้งการจัดกระบวนการกลุ่ม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองบอกเล่าประสบการณ์ การตรวจ ปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย แสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเชื่อมโยงความคิดรวบยอดโดยได้อธิบายถึงการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะทำการตรวจ แพทย์ผู้ทำการตรวจ อุปกรณ์เครื่องมือ สิ่งแวดล้อมภายในห้องตรวจ การปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ กลุ่มทดลองได้มีการประยุกต์ความรู้ที่ได้รับโดยสามารถตอบคำถามที่ผู้วิจัยทำการประเมินได้ถูกต้อง และซักถามข้อสงสัย สื่อที่ใช้ในการสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้แก่ แผ่นภาพโปสเตอร์ แผ่นภาพแผนผังการรักษา รูปภาพที่นำเสนอแบบ power point ตัวอย่างของจริงได้แก่ ผ้าก๊อสน้ำมเลือดในช่องคลอดเพื่อให้กลุ่มทดลองได้ฝึกการดึงผ้าก๊อสออก

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติไม่มีความแตกต่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) การให้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ตามปกติ ให้คำแนะนำเฉพาะการปฏิบัติตัวเพื่อรอตรวจและการใช้แบบสอบถามชุดเดิม ในระยะเวลาใกล้เคียงกันห่างกันเพียง 1 ชั่วโมงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเบื่อหน่าย ไม่ตั้งใจในการตอบคำถามทำให้คะแนนครั้งที่ 2 (post test) ต่ำกว่าครั้งที่ 1 (pre test) เล็กน้อยโดยเฉลี่ย

1.3 ระดับความวิตกกังวล

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน และผู้วิจัยได้นำเสนอรูปภาพบรรยากาศภายในห้องตรวจ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ทำให้ความวิตกกังวลในหัวข้อนี้ลดลงกว่าก่อน การทดลอง สอดคล้องกับการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทำให้ความวิตกกังวลลดลง (Hayward, 1975; Boore, 1979 อ้างใน Webb P.1995)

กลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการทดลอง พบว่าระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน โดยเฉพาะในหัวข้อแพทย์ผู้ทำการตรวจ และอุปกรณ์เครื่องมือในห้องตรวจ มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเมื่อทำการวัดครั้งที่ 2 อาจเนื่องจากเมื่อใกล้เวลาที่จะเข้าตรวจ กลุ่มเปรียบเทียบนึกถึงแพทย์ผู้ที่จะทำการตรวจ และอุปกรณ์เครื่องมือในห้องตรวจบ่อยครั้งมากขึ้น

2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

จากการวิจัยครั้งนี้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 5 หน้า อาจเนื่องมาจากทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะประชากรที่คล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านอายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวหรือญาติ และเพื่อนหรือคนรู้จักเป็นมะเร็ง ปากมดลูก และประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับทราบข้อมูลการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ทำให้การรับทราบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายใกล้เคียงกัน

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5 หน้า 78 อาจเนื่องจากโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่จัดขึ้น ซึ่งใช้กระบวนการให้เล่าประสบการณ์เดิมที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สะท้อนความรู้สึกแสดงความคิดเห็น ร่วมกันเรียนรู้เป็นกลุ่มจากการที่ผู้วิจัยได้อธิบายเนื้อหา ได้ซักถามข้อสงสัย และตอบคำถามที่ผู้วิจัยทำการประเมินผล ได้ถูกต้องซึ่งนับว่าเป็นการประยุกต์ใช้

2.2 การรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อนจากการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยทางด้านการรับรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 7 หน้า 80 อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ สะท้อนความคิด สร้างความคิดรวบยอดและประยุกต์ไปปฏิบัติ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจ มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในขณะตรวจและภายหลังการตรวจ เช่น อาจเกิดภาวะมีเลือดออกทางช่องคลอด ผิดปกติในกรณีตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตัวภายหลังตรวจ

ในกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งได้รับข้อมูลและคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลและคำแนะนำแบบทางเดียว ระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มตัวอย่างคนต่อคน ระยะเวลาสั้นหลังจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเปรียบเทียบตรวจเสร็จเตรียมตัวกลับบ้าน

2.3 ระดับความวิตกกังวล

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าความวิตกกังวลก่อนการเข้ารับการตรวจหรือก่อนทำการทดลองทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 9 หน้า 82 มีความวิตกกังวล นึกถึงแพทย์ผู้ที่จะทำการตรวจให้ วิธีการตรวจ กลัวเจ็บ สิ่งแวดล้อมภายในห้องตรวจ เป็นส่วนใหญ่ สำหรับเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจวันนี้ไม่ค่อยนึกถึงเนื่องจากราคาค่าตรวจไม่สูงมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษา เช่น สิทธิข้าราชการ เบิกจ่ายตรง สิทธิประกันสังคม สิทธิบัตรทอง สิทธิรัฐวิสาหกิจ

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 9 หน้า 82 อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองได้พบปะ พูดคุย กับผู้ที่มีภาวะความเจ็บป่วยแบบเดียวกัน ช่วยทำให้คลายความวิตกกังวลลง เมื่อกลุ่มทดลองได้ทราบถึงขั้นตอนวิธีการตรวจ สิ่งแวดล้อมภายในห้องตรวจจากภาพถ่าย ก่อนการเข้าตรวจทำให้ความวิตกกังวลลดลง

2.4 ความวิตกกังวลหลังการตรวจ

การสอบถามกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านแล้ว 1 วันเกี่ยวกับความวิตกกังวล พบว่ากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 12

หน้า 85 อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความเข้าใจ เข้าใจ และใช้ข้อมูลที่ได้รับ เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตน วิธีการปฏิบัติ การตรวจติดตามผล แนวทางการรักษาที่แพทย์แจ้งให้ทราบ ส่งผลถึงความวิตกกังวลลดลง

2.5 การวางแผนปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

การสอบถามกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายเมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับบ้านแล้ว 1 วันเกี่ยวกับ การวางแผน ปฏิบัติตัวพบว่ากลุ่มทดลองมีการวางแผนการปฏิบัติดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 13 หน้า 86 อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดความเข้าใจ เข้าใจ และใช้ข้อมูลที่ได้รับ เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของตน วิธีการปฏิบัติ การตรวจติดตามผลแนวทางการรักษาที่แพทย์แจ้งให้ทราบ

3. พฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจของกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

พบว่ากลุ่มทดลองแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้ รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน ตารางที่ 11 หน้า 84 อาจเป็นเพราะกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้กระบวนการกลุ่ม ในขั้นตอนของการนำไปประยุกต์ใช้นั้น กลุ่มทดลองได้เรียนรู้ เตรียมพร้อมเพื่อการเข้าตรวจ และได้ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องขณะเข้าตรวจ ทำให้การตรวจเป็นไปอย่างราบรื่น รวดเร็ว เช่น ขั้นตอน การนอนในท่าชันขาหยั่งที่ไม่มีการเกร็งตัว สามารถพูดคุย ตอบคำถามที่แพทย์ต้องการทราบข้อมูล เพื่อการรักษาได้อย่างมั่นใจ สามารถทบทวนวันนัดติดตามผลครั้งต่อไปตลอดจนวิธีการติดต่อกับ เจ้าหน้าที่ถ้าเกิดปัญหาภายหลังการตรวจเมื่อเจ้าหน้าที่พยาบาลถามทวนซ้ำได้อย่างถูกต้อง แต่ อย่างไรก็ตามพฤติกรรมที่มีการแสดงสีหน้ากังวล เช่น ขมวดคิ้ว ขบฟัน เม้มริมฝีปาก ยังเกิด พฤติกรรมในทั้งสองกลุ่มเป็นส่วนใหญ่

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม สามารถสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพได้ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานที่มีการตรวจแบบระยะเวลาสั้น (OPD case) ของโรงพยาบาลได้ เช่น หน่วยตรวจโรคต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยและจัดเตรียมรูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตน อาจใช้เวลามากกว่าการให้ข้อมูลแบบทางเดียวต่อผู้ป่วยแต่ละราย แต่สามารถทำให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการทั้งกลุ่มเกิดความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลก่อนทำการเข้าตรวจและเมื่อเข้ารับการตรวจจริง ตลอดจนข้อควรปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2.2 ควรนำแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพไปใช้กับการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหรือการรับตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

2.3 การวิจัยครั้งนี้ ประเมินติดตามผลในระยะเวลาสั้นอาจทำให้ผลของความแตกฉานด้านสุขภาพที่มีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันตามบริบทของตนยังไม่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้ระยะเวลาติดตามประเมินผลนานกว่านี้ เช่น ติดตามประเมินถึงวันที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามผล

โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพของผู้ป่วย
มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (PARTICIPATORY LEARNING STRATEGY TO PROMOTE
HEALTH LITERACY OF PRE-INVASIVE CERVICAL CARCINOMA PATIENTS)

จิตติยา แก้วสมบุญ 4637249 PHPH/M

วท.ม. (สาขารณสุขศาสตร์); สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ Dr.P.H., สุปรียา ตันสกุล ค.ด.,
สุนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา M.D., Dr.med, สุปรียา เมฆอนันตโกศล ร.ม..

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย และมีอุบัติการณ์สูงขึ้นเรื่อยๆ โดย
ตรวจพบผู้ป่วยใหม่ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณปีละ 5,000-6,000 ราย(ภุชงค์ ผดุงสิทธิ์,2546)
สำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (pre-invasive cervical carcinoma) นั้น การตรวจคัดกรอง
ทำได้ไม่ยากและสามารถให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้หายขาดได้ ไม่กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม
(สุรินทร์ โดสุโขวงศ์และชัยยศ ชีรผกาวงศ์, 2542) การตรวจคัดกรองวิธีที่นิยมแพร่หลายมากที่สุดใน
ปัจจุบันคือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก(Pap smear) (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ในรายที่ผล
การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ(Abnormal Pap smear) แพทย์จะใช้วิธีการตรวจปาก
มดลูกด้วยกล้องขยาย (Colposcopy) เพื่อดูลักษณะผิวเยื่อและลักษณะของเส้นเลือดบริเวณปาก
มดลูก จะช่วยให้แพทย์หาตำแหน่ง ขอบเขต และขนาดของรอยโรค เป็นการช่วยวินิจฉัยและเป็น
แนวทางในการรักษาต่อไป(ภุชงค์ ผดุงสิทธิ์, 2546) ซึ่งการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตรวจ
เซลล์วิทยาของปากมดลูก มีความแม่นยำร้อยละ 99 (Burghardt อ้างใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2542)

โรงพยาบาลศิริราช เป็นโรงพยาบาลและโรงเรียนแพทย์ ที่เก่าแก่และใหญ่ที่สุดใน
ประเทศไทย (รายงานประจำปี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 98) เป็นโรงพยาบาล
ระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาคุณภาพคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลได้กำหนดนโยบายด้าน

คุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (ผลการดำเนินงานปี 2544-2547 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล) โรงพยาบาลศิริราชเริ่มการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตั้งแต่เดือนมกราคม 2543 (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2545 : 89) และได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2545 โดยพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามระบบมาตรฐานของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) เพราะเล็งเห็นประโยชน์ในการที่จะทำให้การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเป็นไปอย่างมีระบบ มีมาตรฐาน และเป้าหมายที่ชัดเจน มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับผู้ป่วย (รายงานประจำปีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2544 : 97-105)

การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายเป็นงานบริการผู้ป่วยของหน่วยนรีเวชวิทยา ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นหัตถการที่มีความปลอดภัย พบภาวะแทรกซ้อนหลังการตรวจน้อย ใช้ระยะเวลาในการตรวจสั้นประมาณ 15-20 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย ภายหลังการตรวจสามารถกลับบ้านได้ไม่ต้องนอนพักค้างที่โรงพยาบาล สถิติผู้รับบริการการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายต่อจำนวนผู้รับบริการประเภทผู้ป่วยนอกของแผนกนรีเวชวิทยา ในปีพ.ศ.2548 ถึง พ.ศ.2550 คิดเป็นร้อยละ 19.55, 20.76 และ 19.55 ตามลำดับ ถึงแม้จะเป็นการตรวจที่ไม่ซับซ้อน แต่จากประสบการณ์การทำงานของสูวจีในหัตถการ และจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่เซ็นชื่อลงนามในหนังสือแสดงเจตนาขอรับการตรวจรักษาพยาบาลหรือหนังสือแสดงเจตนาขอรับการรักษาโดยวิธีผ่าตัดหรือหัตถการ (Informed Consent) มาแล้ว เมื่อมาเข้ารับการตรวจและตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูก ปัญหาที่พบ คือ ผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอน วิธีการตรวจ ขาดการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยงและผลแทรกซ้อนจากการตรวจและตัดชิ้นเนื้อ ตลอดจนผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมากถึงเซลล์ปากมดลูกที่ผิดปกติ ทำให้การรับทราบข้อมูล ทำความเข้าใจ ตีความข้อมูลและนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจในการตรวจรักษาขั้นต่อไป สามารถรับทราบได้เพียงบางส่วน ดังนั้นในการสอนหรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพที่พร้อมที่จะรับฟังและเข้าใจ (Brown, Kneisl & Obst, 1986 อ้างในสมฤดี พุ่มท่าอิฐ, 2544) รวมทั้งรูปแบบการให้บริการแบบเดิมเป็นการให้ข้อมูลรายบุคคล ใช้เวลาในการให้ข้อมูลและให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยประมาณ 10-15 นาที ต่อผู้ป่วย 1 ราย แล้วให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อ เพื่อให้ครบถ้วนตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ความจำกัดของเวลาทำให้พยาบาลต้องเร่งรีบจึงอาจทำให้เกิดการข้ามขั้นตอน หรือเกิดการกระทำที่ไม่เหมาะสมได้ (สมฤดี พุ่มท่าอิฐ, 2544)

ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติที่ห้องผ่าตัดเล็กสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศิริราช ระหว่างวันที่ 15-31 มีนาคม พ.ศ.2548 จำนวน 15 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยใหม่ก่อนเข้ารับการตรวจ 4 ราย ผู้ป่วยหลังตรวจและตัดชิ้นเนื้อ 8 ราย และผู้ป่วยเก่าที่นัดมาติดตามผลการตรวจจากครั้งที่แล้ว 3 ราย เรื่องที่สัมภาษณ์คือพฤติกรรมการใช้บริการ พฤติกรรมการทำตามแผนการรักษา พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการรับรู้ข่าวสาร พฤติกรรมการเผชิญปัญหา แล้วนำมาวิเคราะห์ตามกรอบวิเคราะห์พฤติกรรมผู้รับบริการสาธารณสุข (ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์, 2540) พบว่า

ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 4 ราย แสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับ วิธีการตรวจ สภาพแวดล้อม อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่พบในห้องตรวจ มี 3 ใน 4 ราย ที่ไม่ทราบว่าแพทย์ที่ให้การตรวจรักษาเป็นใครชื่ออะไร ในเรื่องการแสวงหาแหล่งข้อมูลอื่นที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตน พบว่ามีเพียง 1 ราย ที่ไปสอบถามจากเพื่อนร่วมงานซึ่งเคยรับการตรวจแบบเดียวกัน แต่ก็ได้รับทราบข้อมูลเพียงบางส่วนซึ่งไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ อีก 3 รายไม่ได้ไปหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเลย

ในกลุ่มผู้ป่วย 8 ราย ที่รอดูอาการ 2 ชั่วโมงหลังการตัดชิ้นเนื้อ ทุกคนแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลของชิ้นเนื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังการตัดชิ้นเนื้อ แต่การแสดงออกมีทั้งการอธิบาย แสดงความรู้สึก มีประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่วนใหญ่จะเป็นการคิดเชิงปฏิเสธ ไม่เชื่อผลการตรวจซึ่งเกี่ยวกับเทคนิค วิธี ที่ไปรับการตรวจ Pap smear จากสถานบริการอื่น หรือจากขั้นตอนการให้บริการที่ผิดพลาด เช่น การมีเชื้อซ้ำกัน มีผู้ป่วย 1 ราย ที่ไม่เชื่อผลการตรวจ Pap smear จากสถานอนามัย เนื่องจากวันที่ตรวจนั้นมีผู้รับบริการอีกคนที่เชื้อซ้ำกับตน จึงไม่มั่นใจว่าผลอาจสลับกับอีกคน แต่มีผู้ป่วยเพียงรายเดียวที่ถึงแม้จะมีความวิตกกังวล แต่ก็มีเชื่อมั่นในการรักษาของแพทย์ว่าจะทำให้ตนหายจากโรคและปลอดภัย

กลุ่มผู้ป่วยเก่าที่นัดมาติดตามผลการตรวจจากครั้งที่แล้ว จำนวน 3 ราย พบว่าระหว่างรอฟังผลการตรวจ 2 สัปดาห์ มีความกังวลใจมาก ไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ อยากทราบผลชิ้นเนื้อเร็วๆ มีผลกระทบต่อตนเองและต่อครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการเลี้ยงดูบุตรซึ่งอยู่ในวัยเรียน และได้พูดคุยกับคนสนิทในครอบครัว สามี ทุกคนให้กำลังใจ ปลอบใจว่า การแพทย์สมัยนี้เจริญสามารถรักษาได้ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล

ในภาพรวมจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ในแต่ละขั้นตอนของการวินิจฉัยหรือการรักษา ตั้งแต่ก่อนเข้ารับการตรวจ รอคู่อการหลังการตรวจ และมาติดตามผลการตรวจและผลชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยแสดงความวิตกกังวล และต้องการข้อมูลที่ชัดเจน เพื่อให้สามารถตัดสินใจในการรักษาและวางแผนในการดำเนินชีวิตต่อไป

ดังนั้นเพื่อที่จะพัฒนาคุณภาพการบริการ ให้เป็นไปตามเงื่อนไขของโรงพยาบาลคุณภาพ จุดเน้นของการพัฒนาคุณภาพคือ เรื่องของการทำให้ผู้ป่วยเข้าใจข้อมูลและตีความข้อมูลทางด้านสุขภาพ และนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้องหรือความแตกฉานด้านสุขภาพ (Health Literacy) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการเรียนรู้ การปฏิบัติตน เพื่อเตรียมตัวตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือกับแพทย์ตลอดการตรวจ วินิจฉัย คลายความวิตกกังวล สร้างการเรียนรู้และความมั่นใจในการวางแผนในการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจ รวมทั้งสามารถนำข้อมูลไปใช้ได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

ปัญหาการวิจัย

รูปแบบบริการการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีผลอย่างไรต่อความวิตกกังวล และความเข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรับการตรวจรักษา ภายหลังการตรวจ และในการวางแผนตรวจติดตาม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ที่รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามที่มารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ต่อความวิตกกังวล ความเข้าใจ นำข้อมูลไปใช้ เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะรับการตรวจรักษา ภายหลังการตรวจ และในการวางแผนตรวจติดตามผล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.3 ระดับความวิตกกังวล

2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่องต่อไปนี้

- 2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล
- 2.4 ความวิตกกังวลหลังการตรวจ
- 2.5 การวางแผนปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

- 1.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 1.3 ระดับความวิตกกังวล

2. ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม ในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ หลังการจัดโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในเรื่อง

- 2.1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.2 การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา จากการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- 2.3 ระดับความวิตกกังวล
- 2.4 ความวิตกกังวลหลังการตรวจ
- 2.5 การวางแผนปฏิบัติตัวหลังการตรวจ

3. พฤติกรรมขณะเข้ารับการตรวจของกลุ่มทดลองปฏิบัติได้ถูกต้อง ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (pre -and post-program with comparison group)

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีผลตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ (Abnormal Pap smear) และมารับการปากมดลูกด้วยกล้องขยายที่โรงพยาบาล ศิริราช ในช่วงระหว่างเดือน มิถุนายน -สิงหาคม 2551 โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดดังต่อไปนี้

1. คัดเลือกผู้ป่วยที่มีผลเซลล์ปากมดลูกผิดปกติ จากการตรวจ Pap smear
2. ไม่เคยรับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย
3. ฟังการสื่อสารภาษาไทยเข้าใจดี
4. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
- แบบวัดความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจด้วยกล้องส่องขยาย
- แบบวัดการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา หลังการตรวจ
- แบบวัดความวิตกกังวล
- แบบวัดความวิตกกังวลภายหลังการตรวจ
- แบบวัดความตั้งใจและการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ
- แบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ารับการตรวจ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

- โปรแกรมสุขศึกษา
- วิดีทัศน์
- แผ่นภาพ
- แผ่นพับ
- อุปกรณ์ตัวอย่างที่ใช้ในการตรวจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่ได้จากการทดสอบ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน ลงรหัส และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และ Independent's t-test ตามลำดับ

กำหนดความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐานการวิจัย

ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MU 2006-166 และได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัสโครงการ Si 077/2550 ในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามข้อกำหนดของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย แบ่งการนำเสนอออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการรักษา และผลแทรกซ้อน

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความวิตกกังวล

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลและการวางแผนการปฏิบัติตัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 24-58 ปี กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 22-60 ปี โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 23.3 เท่ากัน ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 33.3 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 2,000-50,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 16,933.33 บาท รายได้ต่อเดือนของกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในช่วง 1,000-130,000 บาท โดยเฉลี่ยมีรายได้ 17,600.00 บาท

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและ

การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ก่อนทดลองต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำกว่าก่อนทดลองเล็กน้อย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.545$)

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและ ผลของการรักษา

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการทดลองกลุ่มทดลองกลับมีคะแนนเฉลี่ยทางด้านการรับรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 4 ผลวิเคราะห์ข้อมูลความความวิตกกังวล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.095$) หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ในกลุ่มเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองเล็กน้อย ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการเข้ารับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าในกลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของการแสดงพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลภายหลังการตรวจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลและ

การวางแผนการปฏิบัติตัว

ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เกี่ยวกับความวิตกกังวลภายหลังการตรวจเมื่ออยู่ที่บ้านพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในเรื่องการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจพบว่า คะแนนเฉลี่ยการวางแผนการปฏิบัติตัวของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานคือเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจด้วยกล้องส่องขยาย มีการการรับรู้ภาวะแทรกซ้อนและผลของการรักษา มีระดับความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตามขั้นตอนการเข้ารับการตรวจ มีความวิตกกังวลภายหลังการตรวจและมีความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ขณะเดียวกันเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองก็มีผลค่าคะแนนเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดขึ้นให้กับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้มีส่วนร่วมและกระบวนกรกลุ่ม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง ได้เล่าประสบการณ์ ได้แสดงความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดจนได้ลงฝึกปฏิบัติ จนทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจ รับทราบข้อมูลในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย และสามารถนำข้อมูลนั้นไปปฏิบัติขณะเข้ารับการตรวจ ตลอดจนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้มีความตั้งใจวางแผนปฏิบัติตนภายหลังการตรวจได้เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมดังนี้

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม สามารถสร้างความแตกฉานด้านสุขภาพได้ สามารถนำไปใช้ในหน่วยงานที่มีการตรวจแบบระยะเวลาดำเนิน (OPD case) ของโรงพยาบาลได้ เช่น หน่วยตรวจโรคต่างๆ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค หรือผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด เป็นต้น โดยเจ้าหน้าที่ต้องมีการจัดกลุ่มผู้ป่วยและจัดเตรียมรูปแบบของกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตน อาจใช้เวลามากกว่าการให้ข้อมูลแบบทางเดียวต่อผู้ป่วยแต่ละราย แต่สามารถทำให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการทั้งกลุ่มเกิดความเข้าใจ เข้าถึงข้อมูลก่อนทำการเข้าตรวจและเมื่อเข้ารับการตรวจจริง ตลอดจนข้อควรปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาวิจัย เพื่อสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานในการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

2.2 ควรนำแนวคิดเรื่องความแตกฉานด้านสุขภาพไปใช้กับการวิจัยกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่นกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดหรือการรับตรวจเพื่อวินิจฉัยโรค

2.3 การวิจัยครั้งนี้ ประเมินติดตามผลในระยะเวลาดำเนินอาจทำให้ผลของความแตกฉานด้านสุขภาพที่มีการนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันตามบริบทของตนยังไม่สามารถประเมินได้อย่างชัดเจน ในการวิจัยครั้งต่อไปควรใช้ระยะเวลาติดตามประเมินผลนานกว่านี้ เช่น ติดตามประเมินถึงวันที่ผู้ป่วยมาตรวจติดตามผล

PARTICIPATORY LEARNING STRATEGY TO PROMOTE HEALTH LITERACY OF PRE-
INVASIVE CERVICAL CARCINOMA PATIENTS

THITIYA KAEWSOMBOON 4637249 PHPH/M

M.Sc.(PUBLIC HEALTH) MAJOR IN HEALTH EDUCATION AND BEHAVIORAL SCIENCES;

THESIS ADVISORY COMMITTEE : CHANUANTONG TANASUGARN , Dr.P.H.,
SUPREYA TANSAKUL, Dr.P.H., SUWANIT THERASAKVICHYA M.D.Dr.med,
SUPREDA MEKANUNTAKOSOL M.A. (POLITICAL SCIENCE)

EXTENDED SUMMARY

Background and Rationale

Cervical cancer is the most common malignancy in Thai females. The number of cases has increased every year; currently there are about 5,000-6,000 new cases per year. Pre-invasive cervical carcinoma can be treated successfully after early detection. The Pap smear is a popular screening examination for cervical cancer. If the smear is abnormal, the physician will use colposcopy to examine the mucosa and vessels of the cervix which will help to locate the area and extension of the disease. Colposcopy will help provide the diagnosis and plan of management of the disease. The Pap smear method and colposcopy provide accurate diagnosis of approximately 99%.

Siriraj Hospital is the oldest and biggest hospital attached to the renowned Faculty of Medicine in Thailand. Siriraj is a tertiary care hospital and was credited as a “quality hospital” by the Institute of Development and Hospital Accreditation on 10 January 2002. One of the quality improvement goals of Siriraj is to provide “patient-focussed” services (Annual Report, 2001 : 97-105).

The Gynaecology Division provides cervical cancer check-ups by colposcopy to every patient who has an abnormal Pap smear. This method is more accurate, reduces the complication rate after check-up, and has a short duration, around 15-20 minutes per patient. Patients are able to leave after their check-up because it is not necessary to stay over-night at the hospital.

The proportion of OPD patients who received colposcopy was 19.6% in 2005, 20.86% in 2006 and 19.6% in 2007.

The colposcopy process is not complicated, but patients who want cervical cancer screening do not always understand the whole process and the positive benefit of colposcopy. This is true even for patients who have already signed the informed consent form before they have their colposcopy check-up. This information is retrievable from patient survey.

For the procedure to be better understood, staff need to spend more time to educate the patient about the process and effects from colposcopy. But this step is often ignored by time-constrained staff and because of the patient's anxiety.

The researcher interviewed patients who had cervical cancer cells and received colposcopy during their check-up during the period from 15 to 31 March 2005 at the operating room unit. The researcher divided the cervical cancer patients into 3 groups; 1) pre-colposcopy: 4 new patients, 2) post-colposcopy: 8 new patients; and 3) follow up visits of previous colposcopy recipients: 3 patients.

The results of data collection for each group are described below.

Group 1: Pre-colposcopy patients (N=4)

The patients were visibly anxious about their illness, the check-up process, medical instruments and environment in the check-up room. One found out more information from a person who had colposcopy before, but she did not receive complete information so she still was anxious. The rest did not find out the information they sought or the doctor who was to give them the check-up.

Group 2; Post-colposcopy patients (N=8)

Two of eight persons were observed for complications after check-up. They were anxious about the accuracy of the results because they had Pap smears for check-up from other service providers before, and mistakes were made such as mixing up the results for different patients. One of the eight patients was anxious about the check-up process but she believed in the treatment and hoped her health condition would return to normal.

Group 3; Follow-up visit after colposcopy: (N=3)

Two patients were anxious about the results. If they had cancer, it would adversely affect their life and family, especially their children. Nevertheless, family members encouraged her to have a diagnosis and they also believed in the higher quality of treatment at present.

The researcher concluded that all patients of each group had all experienced some anxiety about the process, result and effect of the diagnostic service for cervical cancer. This anxiety could possibly be reduced if patients received more complete and timely information about colposcopy, the check-up process, and the treatment.

The researcher recommended that a small group education activity be conducted for cervical cancer patients coming for diagnosis or follow-up. This way, patients should have improved health literacy before, during and after their check-up. Moreover, this activity could possibly reduce some anxiety and increase confidence in the colposcopy check-up. This participatory learning program activity could also improve the hospital's service acceptability and respond to the policy of having a more patient-centered service. Accordingly, the Gynecology Division agreed to the research intervention to provide more complete and timely information for patients.

Research Questions:

Does a participatory learning program affect health literacy and anxiety of the patients who undergo colposcopy?

Research Objective**General Objective**

This study aimed to evaluate the effectiveness of a participatory learning program in promoting health literacy in pre-invasive cervical carcinoma patients undergoing colposcopy.

Specific Objectives

1. To compare differences before and after the intervention in the experimental group attending the health education program concerning:
 - 1.1 Knowledge of cervical cancer and colposcopy.
 - 1.2 Perceived complications after colposcopy.
 - 1.3 Anxiety level.
2. To compare differences between the experimental and comparison groups concerning:
 - 2.1 Knowledge of cervical cancer and colposcopy.
 - 2.2 Perceived complications after colposcopy.
 - 2.3 Anxiety level
 - 2.4 Anxiety after colposcopy.
 - 2.5 Plan of action after the colposcopy.

3. To compare differences between the experimental and comparison groups about behavior during Colposcopy procedure.

Research Hypotheses

1. After the intervention, the experimental group has better results than before the intervention as measured by:
 - 1.1 Knowledge of cervical cancer and colposcopy.
 - 1.2 Perceived complications after colposcopy.
 - 1.3 Anxiety level.
2. After the intervention, the experimental group has better results than that of the comparison group as measured by:
 - 2.1 Knowledge of cervical cancer and colposcopy.
 - 2.2 Perceived complications after colposcopy.
 - 2.3 Anxiety level
 - 2.4 Anxiety after colposcopy.
 - 2.5 Plan of action after the colposcopy.
3. After the intervention, the experimental group has better health behavior during the colposcopy procedure than that of comparison group.

Research Methodology

Design

The study design was a quasi-experimental pre-and post test design with a comparison group.

Population and sample selection

The study population was the patients who have indications for colposcopy at Siriraj Hospital between June-August 2008. The criteria for group selection were as follows:

1. Patients who are diagnosed by a physician as having an abnormal Pap smear result.
2. No history of undergoing colposcopy.
3. Ability to read and understand the Thai language.
4. Willingness to participate in the study.

Research Instrument

A self-administered questionnaire was used as the data collection instrument which consisted of 7 sections as follows:

- Socio-demographic characteristics
- Knowledge measurement
- Perceived complications measurement
- Anxiety measurement
- Anxiety measurement after colposcopy
- Measurement of action plan post-colposcopy
- Behavioral measurement as observed during colposcopy

Instruments for implementing the experiment

Health education program. This program was undertaken with the following instrument:

- A pamphlet
- Flow chart showing procedures regarding treatment

- Power Point presentation
- Sample equipment model

Data Analysis

The questionnaire was checked for completeness. A code book was developed. The raw data were coded and entered into a database according to the code book guidelines.

Data were analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences software. The level for a statistically significant difference was $p\text{-value} < 0.05$. The statistics used for data analysis were as follows:

1. Preliminary analyses consisted of descriptive statistics in analyzing socio-demographic characteristics in terms of frequency, mean, percentage, and standard deviation.
2. Paired t-test was used to test the differences of the mean score within the experimental group and the comparison group both before and after the program.
3. Independent t-test was used to explore the differences of the mean score between the experimental group and the comparison group, both before and after the program.

Ethical Considerations

The data collection procedure in this study was approved by the Protection of Human Subjects Committee. Permission to conduct the study was requested of the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation, Mahidol University and Siriraj Ethics Committee. Both committees approved the study in terms of the principles, design and the consent form which the study planned to use with the study population. The steps in asking for consent included the following:

- 1) The researcher introduced herself and told the participants about the objectives of the research.
- 2) The participants were informed of their rights and that they could request information from the researcher at any time if they did not understand anything about the procedure.
- 3) The participants could terminate their participation at any time.

Results

The results of study are presented in 6 parts as below :

- Part 1** Socio-demographic characteristics
- Part 2** Knowledge of cervical cancer and colposcopy.
- Part 3** Perceived complications after colposcopy.
- Part 4** Anxiety level
- Part 5** Behavior during colposcopy
- Part 6** Anxiety and action plan after colposcopy

Part 1 Socio-Demographic characteristics

The sample consisted of 60 female patients who were divided into 30 in the experimental group and 30 in the comparison group.

Demographic characteristics

The majority of the experimental group and comparison group had following characteristics:

The age of the women in the experimental group ranged from 24 to 58 years and from 22 to 60 years in the comparison group. One-third (33.3) of the

experimental group had high school education while 23.3% of the comparison group had high school education and 23.3% had bachelor degree education. A common occupation of the women in the experimental group was employee (26.7%); by contrast 33.3% of women in the comparison group were housekeepers. Average monthly income of the experimental group was 16,933 baht and 17,600 baht in the comparison group.

Part 2 Knowledge of cervical cancer and colposcopy.

Before the experiment, the experimental group had a lower mean knowledge score of cervical cancer and colposcopy than the comparison group. The difference between groups was statistically significant (p -value = 0.009).

After the experiment, the mean score in the experimental group was statistically significantly higher than before the experiment (p -value < 0.001). The mean score in the comparison group changed only slightly between pre- and post-measurements, and this difference was not statistically significant (p -value = 0.545). It is also noteworthy that the knowledge score of the experimental group not only increased significantly but also was higher than the control group's score in the post-test.

Part 3 Perceived complications after colposcopy .

Before the experiment, the mean score of perceived complications after colposcopy differed significantly between groups (p -value < 0.001), with the experimental group score less than the comparison group's score.

After the experiment, the mean score in the experimental group was higher than before the experiment and higher than comparison group, and this difference was statistically significant (p -value < 0.001).

Part 4 Anxiety level

Before the experiment, the mean scores of anxiety level between groups were not different ($p\text{-value} = 0.095$). After the experiment, the mean score of the experimental group was less than comparison group. The women in the experimental group had a lower anxiety level than before the experiment and this was statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$).

Part 5 Behavior during colposcopy

The mean score of behavior during the colposcopy procedure in the experimental group was higher than in the comparison group and this difference was statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$).

Part 6 Anxiety and plan of action after colposcopy

Comparing between groups, the mean score of anxiety after colposcopy in the experimental group was higher than the comparison group, and this difference was statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$). The score for the patient's plan of action after the colposcopy in the experimental group was higher than the comparison group, and this difference was statistically significant ($p\text{-value} < 0.001$).

Discussion

After the experiment, the mean score of knowledge of cervical cancer and colposcopy, perceived complications after colposcopy, anxiety, behavior during the colposcopy procedure, anxiety post-Colposcopy and plan of action after the procedure improved statistically significantly in the experimental group after the intervention for most indicators. The intra-group comparison revealed that, after the experiment, the experimental group had a higher mean score than before the experiment.

This study used participatory and group processes to increase awareness among the experimental subjects. The researcher suggested to the women in the experimental group that they share their experience, reflections and concepts, and then apply this knowledge when they receive the colposcopy examination. The media to support the learning process included a Power Point presentation, pictures, and a flow chart of procedures related to treatment, sample equipment and a pamphlet describing recommended practices when they return home. The patients who joined in health education program had an opportunity to discuss and ask questions about aspects which they did not understand. They were allowed to practice removing vaginal gauze packing from the gynecological model. The patient was able to review all information from the pamphlet at home.

CONCLUSIONS

It can be concluded that the health education program organized by applying a participatory learning program that aims to promote health literacy in patients undergoing colposcopy at Siriraj Hospital was effective in increasing the functional health literacy level and interactive health literacy level of the experimental group.

Recommendations

After conducting the research, two categories of recommendations are provided as follows:

Recommendations based on the research results

A participatory learning program and group process can promote health literacy in patients undergoing examinations of short duration or an OPD procedure. The professional can apply and modify these methods as appropriate for different

types of patient groups. The patient-focused approach helps ensure that the patients will understand all the relevant information, and can apply this knowledge during and after check up.

Recommendations for further research

1. A standardized instrument for assessing patient literacy before informing the patient should be developed.
2. The concept of health literacy should be applied to other patient groups including, for example, patients with chronic diseases, and patients undergoing surgery or more lengthy diagnosis tests.
3. Further study should extend the period of evaluation over a longer period, for example by conducting assessments at follow-up visits after the colposcopy procedure.

บรรณานุกรม

- จตุพล ศรีสมบูรณ์. มะเร็งปากมดลูก : การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ : จัดพิมพ์ พี.บี.ฟอเรน บুকส์ เซนเตอร์; 2547.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสตรี]. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2546.
- ฉวีวรรณ โกมลัทธก. การรับรู้ต่อสิทธิผู้ป่วยของคนไทย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ; 2544.
- ฉัญญา ชัยรัตน์. การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายโดยผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองวัดไทรใต้ อำเภอมือง จังหวัดนครสวรรค์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ; 2545.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. โครงการทดลองนำร่องหลักการดำเนินงานสุขภาพในโรงพยาบาลกรอบอัตราค่าจ้างที่ 4. นนทบุรี : กองโรงพยาบาลภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ; 2540.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์. โรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพ. กรุงเทพฯ : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2542.
- ธราดล เก่งการพานิช และมณฑา เก่งการพานิช. (2545). Epi Info 6.4 x กับการจัดการข้อมูลสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.
- ธวัชชัย วรพงษ์สร.(2538). หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นุชนาถ ชูเกียรติ. การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2538.
- บุปผา ศิริศรีศรี, จรรยา เศรษฐบุตร. รายงานการวิจัยโครงการพัฒนางานวิจัยด้านเพศภาวะ มิติทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ชุดที่ 4 จัดพิมพ์โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม; 2545
- ประภา สุธรรม. สิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานคร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ; 2547.
- พนม ลิ้มอารีย์. การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นรายบุคคล. มหาสารคาม : ปริดาการพิมพ์ ; 2530
- พงษ์สิทธิ์ วงศ์กุลธรรม และสัจพันธ์ อิศรเสนา ในวิทยา ศรีดามา. (บรรณาธิการ). (2542). หัตถการทางการแพทย์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยูนิดี.
- พิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล. (2544). เครื่องมือการวิจัย : เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : เจริญดีการพิมพ์.
- เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล,ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ,สมยศ ศิริศรี,บรรณาธิการ.แผนดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. ม.ป.ท : ม.ป.ท ; ม.ป.ท.
- ภูซังค์ ผดุงสิทธิ์,ผู้จัดทำ. การประชุมเชิงปฏิบัติการ Basic colposcopy and LEEP. กรุงเทพฯ : สาขาวิชามะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2546.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญปัญหา ขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อ ในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญา
- มณี รักผกาวงศ์. (2541). มาตรฐานโรงพยาบาล สำหรับแนวทางการตรวจรับรองโรงพยาบาลในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาลบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วนิดา ชนินทุททวงศ์,บรรณาธิการ. คู่มือการฝึกอบรมแบบมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ : บริษัททงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด ; 2544.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2537). สิทธิผู้ป่วย. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โครงการจัดพิมพ์คปไฟ.

- วีรวรรณ บุญทริก. (2540). ความคิดเห็นเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย กรณีศึกษาผู้ป่วยในโรงพยาบาล รามาธิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์), สาขาวิชา เอกบริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2545). สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรिता ชีระวัฒน์สกุล, วราภรณ์ ศิริสว่าง, สมศรี ปัทมพันธุ์. การตัดสินใจการตรวจมะเร็งปากมดลูก. เชียงใหม่ : ม.ป.ท ; 2538.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2546). Best Practices in Patient Safety. นนทบุรี สมาน วรพันธ์. (2539). ความคิดเห็นของผู้ป่วย แพทย์ และพยาบาลเกี่ยวกับสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วย และการเคารพสิทธิที่จะรู้ของผู้ป่วยในทางปฏิบัติของแพทย์และพยาบาล. วิทยานิพนธ์ ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ. (2541). สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เมดิคัล มีเดีย.
- สุรศักดิ์ พุฒวนิชย์. (2545). การวิเคราะห์เกี่ยวกับวิธีการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วย ต้อกระจก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรีย์ จันทรโมลี. (2540). กระบวนการทัศน์ในการพัฒนางานสุขศึกษาในโรงพยาบาล. ใน, การประชุม วิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 8 “ปฏิรูปการสุขศึกษาเพื่อพัฒนาสังคมไทย” 6-9 พฤษภาคม 2540 ณ โรงแรมโลตัส ปางสวนแก้ว จังหวัดเชียงใหม่ (หน้า 145-152). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ดิรกานันท์. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ : แนวทางสู่การปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. มะเร็งวิทยานรีเวชรามาธิบดี. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่ ห.จ.ก. ก.การพิมพ์ สำนักพิมพ์ อาร์ ดี พี ; 2531.
- สมบูรณ์ คุณาธิคม, สุวนิตย์ ชีระศักดิ์วิชา, ภาณุภูมิ โพธิ์พงษ์. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : พิมพ์ที่ บริษัท พี.เอ.ลีฟวิ่ง จำกัด ; 2542.

- สุกัญญา เตชะโศกวัฒน์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตตามแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของผู้ป่วยมะเร็ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข]. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ; 2544.
- อรรถจินดา ดิษฐ์. (2536). สิทธิของผู้ป่วย. ใน การสัมมนา เรื่องสิทธิผู้ป่วย วันพุธที่ 9 มิถุนายน 2536 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท
- อิไลน่า คิคบุสช์ ใน ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย และ สุชาติตั้งทางธรรม.(2541). (ผู้แปล). สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซน์
- อุรา สุวรรณรักษ์. (2542). การเพิ่มพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลสทิงพระ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต , สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs. (1999). Health literacy : report of the council on scientific affairs. Journal of the American Medical Association,281(6),552-557.
- Boswell C, Cannon S, Anng K, Hammack B, Ienatsch GP, Prado M . Interdisciplinary Collaboration : A Study in Progress. Public Health Nursing.2002 ;19(4):235-237.
- Barbara K. Redman. Measurement Tool in Patient Education. 1998 Springer Publishing Company, Inc.
- Doak C.C., Doak LG., & Root J.H. (1996). Teachings patients with low literacy skill. (2nd ed). Philadelphia : J.B Lippincott.
- Donna R. Falvo. Effective Patient Education. 2004 Jone and Bartlett Publishers
- Kickbusch I. (1997). Think health : what makes difference?. Health Promotion International ,12 (4) ,265 – 272.
- _____. (2002). Health literacy : a search for new categories. Health Promotion International ,17(1) , 1-2.
- Kickbusch I. S. (2001). Health literacy : addressing the health and education divide. Health Promotion International , 1 (3) ,289 – 297.

- Nutbeam D. Health literacy as a public health goal : a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000;15(3):259-267.
- Nutbeam, D., & Kickbusch I. Advancing health literacy : a global challenge for 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3), 183-184.
- Rootman I, Gordon-El-Bihbety D, Frankish J, Hemming H, Kaszap M, Langille L, et al. National Literacy and Health Research Program Needs assessment and Environmental scan. Available from: <http://www.nald.ca>. [Accessed 2005 Apr 2].
- Ratzan, S.C., Health literacy : communication for the public good. *Health Promotion International*, 16 (2). 207-214.
- Rahmqvist, M. (2001). Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factor : a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 2001(13), 385-390.
- Sheela, H., Seela, S., Caldwell, C., Boyer, J.L., & Jain D. (2005). Liver biopsy evolving role in the new millennium. *J Clin Gastroenterol*, 39 (7), 603-610.



ภาคผนวก ก

แบบสอบถามชุดที่ 1

เรื่อง

โปรแกรมจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (×) ลงในช่องว่างหน้าข้อความ
ที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (อายุเต็ม) นับถือศาสนา.....

2. ระดับการศึกษา

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| () ไม่ได้เรียนหนังสือ | () ป.1 – ป. 6 |
| () ม.1- ม.3 | () ม.4- ม.6 หรือ ปวช. |
| () อนุปริญญา หรือ ปวส. | () ปริญญาตรี |
| () ปริญญาโท | () สูงกว่าปริญญาโท |

3. การประกอบอาชีพ

- | | |
|-------------------|---------------------|
| () แม่บ้าน | () เกษตรกรรม |
| () รับจ้าง | () ค้าขาย |
| () ข้าราชการ | () รัฐวิสาหกิจ |
| () พนักงานบริษัท | () อื่นๆ ระบุ..... |

4. รายได้ของท่าน บาท/เดือน

5. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน

6. มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี

7. การมีเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน

() มี () ไม่มี

8. การตั้งครรภ์และการมีบุตร

() ไม่มี

() มี

จำนวนการตั้งครรภ์.....ครั้ง

แท้ง.....ครั้ง

คลอดทางช่องคลอด.....คน

คลอดโดยการผ่าตัด.....คน

เสียชีวิต.....คน

ปัจจุบันมีชีวิตอยู่.....คน

บุตรคนสุดท้ายอายุ.....ปี

ท่านยังต้องการมีบุตร () ใช่

() ไม่ใช่

9. บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านมีผู้ที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก

() มี () ไม่มี

10. เพื่อนหรือคนรู้จักมีผู้ที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก

() มี () ไม่มี

11. จากข้อ 9. และ ข้อ 10. ถ้าตอบว่ามี ท่านเคยพูดคุย สอบถาม ถึงโรคมะเร็งปากมดลูกกับบุคคลเหล่านั้น

() เคย () ไม่เคย

12. ท่านเคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap smear

() ไม่เคย

() เคย

ระบุสถานที่.....

จำนวนครั้งที่ตรวจ.....

ครั้งสุดท้ายตรวจเมื่อ.....

13. ท่านทราบผลตรวจ Pap smear โดยวิธีใด ระบุ.....

14. ท่านเข้าใจผลตรวจ Pap smear

() ไม่เข้าใจ

() เข้าใจ

15. ในวันนี้ท่านมาตรวจอะไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ จากใคร.....

16. จากข้อ 15. ท่านเคยรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยายมาก่อนหรือไม่

() ไม่เคย

() เคย รู้จากแหล่ง.....

17. ท่านทราบหรือไม่ว่าแพทย์ที่จะทำการตรวจให้วันนี้ชื่ออะไร

() ไม่ทราบ

() ทราบ จากใคร.....

18. ท่านเคยรู้มาก่อนหรือไม่ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิในการได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเองก่อนที่จะทำการรักษา

() เคย

() ไม่เคย

ส่วนที่ 2 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย
คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างหน้าข้อความ
ที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่แน่ใจ
1. โรคมะเร็งปากมดลูกหมายถึงการเจริญเติบโตอย่างผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก			
2. โรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทยคือโรคมะเร็งปากมดลูก			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15. การตรวจมดลูกด้วยกล้องส่องขยายใช้เวลาตรวจประมาณ 1-2 ชั่วโมง			

**ส่วนที่ 3 การรับรู้ภาวะเสี่ยง ผลของการตรวจ และภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจปากมดลูกด้วย
กล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อ**

**คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างหน้าข้อความ
ที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง**

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านมั่นใจว่า การตรวจปากมดลูกด้วย กล้องส่อง ขยายให้ผลการตรวจได้ถูกต้องแม่นยำ 100 %					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14. วันที่ 2 หลังจากการตรวจ ท่านสามารถทำงาน ได้ตามปกติ ถ้าไม่ใช่งานที่ต้องหักโหม เช่น ทำนา ทำไร่ ก่อสร้าง					

ส่วนที่ 4 แบบวัดความวิตกกังวล ตามความรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของท่านขณะท่าน

รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างหน้าข้อความ

ที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ไม่เป็นเลย หรือ เป็น น้อยครั้ง	เป็นบางเวลา หรือ เป็น บางครั้ง	เป็น ค่อนข้าง บ่อยครั้ง	เป็นเกือบ หรือ ตลอดเวลา
1. ท่านรู้สึกรู้สึกราวๆ เหมือนกำลังตกจากที่สูง				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10. ท่านมักจะนึกถึงค่าใช้จ่าย ที่ต้องจ่ายในการ ตรวจครั้งนี้				

แบบสอบถามชุดที่ 2

เรื่อง

เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ
ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

ส่วนที่ 1 แบบวัดความวิตกกังวล ตามความรู้สึกรู้สึกหรือพฤติกรรมที่แสดงออกของท่านภายหลังได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ไม่เป็นเลย หรือ เป็น น้อยครั้ง	เป็นบาง เวลา หรือ เป็นบางครั้ง	เป็น ค่อนข้าง บ่อยครั้ง	เป็นเกือบ หรือ ตลอดเวลา
1. ท่านหงุดหงิดง่ายหรือรำคาญใจเสมอ				
2.				
3.				
4.				
5.				
6. ท่านนึกถึงค่าใช้จ่าย ในการรักษา				

ส่วนที่ 2 แบบวัดความตั้งใจและการวางแผนปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจ ที่แสดงออกของท่าน

ภายหลังได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยายและตัดชิ้นเนื้อ

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความ และเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างหน้าข้อความ

ที่ท่านต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

ข้อความ	ทำได้ แน่นอน ที่สุด	ทำ ได้ มาก	ทำได้ ปานกลาง	ทำ ได้ น้อย	ทำ ไม่ได้ แน่นอน
1. ท่านตั้งใจจะมาตรวจทุกครั้งตามที่แพทย์นัด					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. ท่านวางแผนเก็บเงินบางส่วน ไว้เป็นค่ารักษา ภาวะความเจ็บป่วย					



สิ่งที่ท่านอยากบอกกับตนเอง เพื่อให้กำลังใจ



สิ่งที่ท่านอยากบอกให้กับแพทย์ พยาบาล ทราบ



สิ่งที่ท่านสงสัย ปัญหาที่เกิดขึ้นกับท่าน



ท่านขอจัดปัญหา หรือแก้ไขปัญหาคือพบดังกล่าวข้างต้น อย่างไร

แบบสังเกตพฤติกรรม
ขณะผู้ป่วยได้รับการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย

วันที่

ชื่อ

อายุ ปี

การวินิจฉัย

หัตถการ

วันนัดฟังผลเนื้อ / วันนัดตรวจติดตามผล.....

พฤติกรรม/อาการที่แสดงออก	เกิด	ไม่เกิด
1. เกร็งมือ ที่วางประสานกันบนหน้าอก		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10. สามารถทวนซ้ำ วิธีการติดต่อกับทางโรงพยาบาล กรณี เลื่อนนัด หรือมีอาการผิดปกติหลังตรวจ หรือมีปัญหาอื่น		

ภาคผนวก ข

ผลการแสดงความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง จากแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 โดยตอบคำถามแบบเขียน
บรรยาย



สิ่งที่ท่านอยากบอกกับตนเอง เพื่อให้กำลังใจ

- No. 1 - “นี่คือบทเรียนสำคัญ ที่เราควรจะหันมาเอาใจใส่ ดูแลสุขภาพของตัวเองและคนรอบข้าง
อย่างจริงจัง ป้องกันปัญหาก่อนที่จะเกิด”
- No. 6 - “ต้องทำให้เข้มแข็ง ไม่ทำตัวน่าเบื่อหน่าย”
- No. 10 - “ออกกำลังกายเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับตนเอง และต้องไม่เครียด จะทำให้โรคภัยไข้
เจ็บกล้ากรายเราได้ยากขึ้น”
- No. 14 - “บอกตัวเองว่า เรายังมีสามีที่ดีและลูก เราจะต้องรักษา การเจ็บป่วยของเราให้ดีที่สุด”
- No. 15 - “โรคที่พบต้องไม่ใช่โรคร้าย รักษาได้”
- No. 41 - “เป็นได้ก็หายได้ เดี่ยวนี้หมอเก่ง”
- No. 43 - “ทำให้สบาย ไม่เครียด ไม่กังวล”
- No. 44 - “ทำให้สบาย ยังมีคนอื่นๆ ที่เขาเจ็บป่วยมากกว่าเรา เราต้องดูแลตามที่หมอแนะนำ เพื่อ
ต่อตนเองและคนในครอบครัว”
- No. 49 - “สู้ๆ ตายเป็นตาย อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด ทำวันนี้ให้ดีที่สุด”
- No. 51 - “โรคนี้รักษาได้หายขาด”
- No. 52 - “เราต้องไม่เป็นอะไรร้ายแรง”
- No. 55 - “เราจะต้องดูแลและรักษาสุขภาพตัวเองให้แข็งแรง”

♡ สิ่งที่ท่านอยากบอกให้กับแพทย์ พยาบาล ทราบ

- No. 1 - “คำว่า มะเร็ง เมื่อกำลังจะเกิดหรือเกิดขึ้นกับบุคคลใดแล้ว มันค่อนข้างจะเป็นเรื่องเลวร้าย แพทย์กับพยาบาลอาจจะเคยชินกับคำนี้ แต่กับบุคคลที่จะเพิ่งเริ่มเกิด ถ้าได้รอยยิ้มและกำลังใจดีๆ ก็จะมีมากค่ะ”
- No. 6 - “ขอบคุณที่ช่วยตรวจโรคให้ทราบ”
- No. 10 - “คนป่วยทุกคนหวังพึ่งแพทย์และพยาบาล ทั้งที่ทราบดีว่างานของแต่ละท่านเยอะมาก คนไข้รอกันมาก แต่ขอความกรุณาสละเวลาแจ้งอาการให้ผู้ป่วยได้ทราบอย่างละเอียด หลังการตรวจคนไข้จะได้ทราบว่าควรปฏิบัติตนอย่างไร”
- No. 14 - “อยากให้ชี้แนะเราในเรื่องที่เราไม่รู้หรือไม่เข้าใจ”
- No. 15 - “อยากบอกให้คุณหมอกับคุณพยาบาล พุดจาให้กำลังใจคนไข้และให้ทำการตรวจเบาๆ”
- No. 41 - “ขอบคุณที่ตรวจและรักษาเป็นอย่างดี”
- No. 43 - “คุณหมอคะ ดิฉันเป็นมากไหมคะ”
- No. 44 - “ช่วยเป็นกำลังใจ คอยชี้แนะลักษณะอาการและขั้นตอนการตรวจ(และขอขอบคุณพยาบาลที่คอยแนะนำในขณะส่องกล้อง)”
- No. 49 - “ดิฉันเชื่อว่าแพทย์ พยาบาล มีความรู้ความสามารถ ต้องช่วยให้ดิฉันหายได้ค่ะ”
- No. 51 - “บอกแพทย์ให้รักษาหายขาด”
- No. 52 - “ขอบคุณค่ะ”
- No. 55 - “จะมาตามทีหมอนัดนะคะ”



สิ่งที่ท่านสงสัย ปัญหาที่เกิดขึ้น

- No. 1 - “ส่องกล้องแล้ว ตัดชิ้นเนื้อแล้ว ถ้ามีเซลล์มะเร็งจะอย่างไรต่อ แล้วถ้าการติดเชื้อ HPV เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ถ้ารักษาหายแล้ว เราได้รับเชื้อ HPV จากสามีอีก จะเป็นที่ยื่นอีกมั้ย”
- No. 6 - “เกิดเพราะอะไร และสาเหตุอะไร”
- No. 10 - “ในการตอบแบบสอบถามชุดแรก ดิฉันไม่ทราบจริงๆว่า หลังการส่องกล้องและตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ ต้องงดการมีเพศสัมพันธ์กี่วัน และต้องงดการทำงานหนักหรือไม่ ดิฉันไม่เคยถามและแพทย์ไม่เคยบอก ดิฉันงดเองตามที่ตนเองเห็นสมควร”
- No. 15 - “กลัวผลที่ออกมาเป็นมะเร็ง”
- No. 41 - “จะหายขาดไหม”
- No. 43 - “ไม่ยอมไปตรวจสุขภาพ ปัญหาก็เลยเกิด”
- No. 44 - “ไม่มีค่ะ”
- No. 49 - “ใช่หรือไม่ใช่ ทำไมต้องเกิดกับเราด้วย”
- No. 51 - “เกิดเพราะสาเหตุใด”



ท่านขจัดปัญหา หรือแก้ไขปัญหที่พบดังกล่าวข้างต้น อย่างไร

- No. 1 - “ก็กำลังศึกษาข้อมูลอยู่จากการอ่าน อินเทอร์เน็ต แพทย์และพยาบาล เพื่อที่จะให้เข้าใจ
สิ่งที่เราสงสัยอย่างละเอียด”
- No. 6 - “ไปพบคุณหมอตามที่หมอสั่งและนัด”
- No. 10 - “ดิฉันคิดว่าเมื่อมีแผลภายใน ก็ควรตรวจการมีเพศสัมพันธ์ เพื่อจะได้ไม่กระทบกระเทือน
แต่การทำงานหนักอย่างที่ถามในแบบสอบถามชุดแรก ดิฉันไม่ทราบว่าจำเป็นต้องงดการ
ทำงานหนัก หรือไม่ถ้าไม่ควรงดก็วัน”
- No. 15 - “ทำใจให้สบาย สวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ เล่นกับสุนัข”
- No. 41 - “ทำใจยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น”
- No. 43 - “ทำการรักษา”
- No. 44 - “พยายามหาข้อมูล จากคนรู้จักและทาง NET”
“ขอขอบคุณที่ให้ข้อมูลก่อนการตรวจ ช่วยให้ทราบขั้นตอนการตรวจและรักษา ต้องขอ
บอกว่ามีความกังวลใจเกี่ยวกับการตัดชิ้นเนื้อมาก แต่ก็ผ่านมาแล้วและขอส่งแรงใจให้กับ
ผู้ป่วยทุกรายให้ผ่านพ้นวิกฤตต่างๆ มีสุขภาพที่แข็งแรงด้วยค่ะ”
- No. 49 - “ทำใจสู้ แก้ปัญหา โดยยื่นมาพบแพทย์ตามนัด เลือกหนทางที่ดีที่สุดให้กับตัวเองค่ะ”
- No. 51 - “ก็ยังไม่รู้ว่าโรคนี้แก้ไขอย่างไร จึงอยากให้แพทย์ช่วยแนะนำ”

ตารางการจัดกิจกรรม

กลุ่มทดลอง

ระยะเวลา	ครั้งที่เก็บข้อมูล	เครื่องมือ	เครื่องมือเก็บข้อมูล	รายละเอียด
- ก่อนเข้ารับการตรวจ - 8.00-9.00 น. - 1 ชั่วโมง	1,2	- รูปภาพหุ่น,หุ่นจำลอง ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี - VCD เรื่องมะเร็งปากมดลูก - Power point เรื่อง การตรวจ Pap Smear - Power point เรื่อง การตรวจ Colposcopy - ผู้วิจัย - Computer - โทรทัศน์ 25 นิ้ว - เครื่องเล่น VCD	1. แบบสอบถามชุดที่ 1 (Pre test), (Post-test)	- ผู้วิจัยแนะนำตัว - แจ้งจุดประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ - ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย - ตอบแบบสอบถาม - ให้โปรแกรม ครั้งที่ 1 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (รายละเอียดตามคู่มือการใช้สื่อและคู่มือกิจกรรม)
- ขณะเข้ารับการตรวจและตัดชิ้นเนื้อ	3	- ผู้วิจัย - ผู้ช่วยวิจัย	2. แบบสังเกตพฤติกรรม	- ผู้วิจัย,ผู้ช่วยวิจัย สังเกตพฤติกรรมเข้ารับการตรวจของผู้ป่วยตามขั้นตอน

- 20 นาที	ครั้งที่เก็บข้อมูล	เครื่องมือ	เครื่องมือเก็บข้อมูล	รายละเอียด
- หลังตรวจและตัดสินใจเนื้อสังเกตาการก่อนกลับ - 1 ชั่วโมง	-	- Power point เรื่องภาวะเสี่ยงและผลแทรกซ้อนจากการตรวจ - Power point เรื่อง การปฏิบัติตัวหลังตรวจ - แผ่น Flow chart เรื่อง แนวทางการรักษาต่อไปเมื่อทราบผลตรวจชิ้นเนื้อ - แผ่นพับการปฏิบัติตัว - ผู้วิจัย - Computer - โทรศัพท์ 25 นิ้ว	แจกแบบสอบถามชุดที่ 2 (ตอบคำถามในวันรุ่งขึ้น พร้อมส่งกลับทางไปรษณีย์)	- ผู้วิจัย ให้โปรแกรม ครั้งที่ 2 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม (รายละเอียดตามคู่มือการวิจัยและคู่มือกิจกรรม)
- รอแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ 7 วัน	4	ผู้วิจัย	แบบสอบถามชุดที่ 2	- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยรอแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ 7 วัน - หรือ โทรศัพท์ตามสัมภาษณ์

กลุ่มเปรียบเทียบ

ระยะเวลา	ครั้งที่เก็บข้อมูล	เครื่องมือ	เครื่องมือเก็บข้อมูล	รายละเอียด
- ก่อนเข้ารับการตรวจ - 8.00-9.00 น. - 1 ชั่วโมง	1,2	- ผู้วิจัย หรือ ผู้ช่วยวิจัย	1. แบบสอบถามชุดที่ 1 (Pre test), (Post test)	- ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว - แจ้งจุดประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ - ผู้ป่วยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย - ตอบแบบสอบถาม
- ขณะเข้ารับการตรวจและตัดชิ้นเนื้อ - 20 นาที	3	- ผู้วิจัย หรือ ผู้ช่วยวิจัย	2. แบบสังเกตพฤติกรรม	- ผู้วิจัย, ผู้ช่วยวิจัย สังเกตพฤติกรรมเข้ารับการตรวจของผู้ป่วยตามขั้นตอน

ระยะเวลา	ครั้งที่เก็บข้อมูล	เครื่องมือ	เครื่องมือเก็บข้อมูล	รายละเอียด
- หลังตรวจและตัดสินเนื้อ สังเกตอาการก่อนกลับ - 1 ชั่วโมง	-	ผู้วิจัย หรือ ผู้ช่วยวิจัย	แจกแบบสอบถามชุดที่ 2 (ตอบคำถาม ในวันรุ่งขึ้น พร้อมส่งกลับทางไปรษณีย์)	ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตามปกติ
- รอแบบสอบถามส่งกลับทางไปรษณีย์ 7 วัน	4	ผู้วิจัย	แบบสอบถามชุดที่ 2	- ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยตรง แบบสัมภาษณ์ส่งกลับทางไปรษณีย์ 7 วัน - โทรศัพท์ตามสัมภาษณ์

กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครั้งที่ 1

1. จัดกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 2-3 คน
2. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม
3. ตั้งประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าถึงประสบการณ์ แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกที่เคยรับรู้มา
4. สะท้อนความรู้สึก โดยถามความรู้สึกของตนเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
5. สร้างความคิดรวบยอด โดยให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจ Colposcopy ใช้อุปกรณ์ประกอบเป็นแผ่นภาพ ภาพจริงของสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ
6. ประยุกต์ใช้ โดยเตรียมความพร้อมให้ผู้เข้าก่อนเข้ารับการตรวจ การปฏิบัติตัวขณะตรวจ เตรียมการตอบคำถามที่แพทย์มักจะซักถามในระหว่างการตรวจ เช่น ประวัติการมีประจำเดือน วันแรกที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้าย ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และให้ผู้ช่วยเตรียมคำถามที่ตนเองสงสัยเพื่อจะใช้สนทนากับแพทย์ คล้ายที่จะถามแพทย์โดยตรง

กิจกรรมความรู้และจิตพิสัย

- จุดประสงค์การเรียนรู้
1. อธิบายถึง ความหมายของ โรคเมเร็งปากมดลูก สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงต่อ การเกิดโรค การดำเนินของโรค ระยะของโรค อาการ และการรักษา
 2. อธิบายถึง ความหมายของการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย ขั้นตอนการตรวจ ประโยชน์ของการตรวจ การตัดสินใจเนื้อตรวจ ภาวะเสี่ยงและผลแทรกซ้อนจากการตรวจ
 3. เพื่อให้ผู้ช่วยคลาความวิตกกังวล

กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา/รายละเอียด	อุปกรณ์	การประเมินผล
1. พุดคุย (ขึ้นดีประสบการณ์) (ขึ้นสะท้อนความรู้สึก แสดง ความคิดเห็น)	ประเมินการรับรู้ ความเชื่อ และความวิตกกังวล ของผู้ป่วย เกี่ยวกับ โรคเมเร็งปากมดลูก	ถามผู้ป่วย 2-3 คน ว่า “เวลาที่ท่านนึกถึง โรคเมเร็งปากมดลูก อย่างไร” “ ท่านคิดว่าการตรวจปากมดลูกด้วย กล้องส่องขยาย ใครเป็นผู้ตรวจ”	รูปภาพมดลูกเป็น ภาพหุ่น เทพันท์กึ่งเสียง	ผู้ปวยเล่าถึงประสบการณ์ที่ เคยทราบมาเกี่ยวกับ โรคเมเร็งปากมดลูกและ แสดงความคิดเห็น พุดคุย โต้ตอบ

กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา/รายละเอียด	อุปกรณ์	การประเมินผล
2. ดูวิดีโอ เรื่อง “ 10 หมอสูติเตือนภัยผู้หญิงห่วงใยสุขภาพแม่...” (เน้นความคิดรวบยอด)	- สร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงเกี่ยวกับโรคแม่ร้าย ปากมดลูก	- ดูวิดีโอ	- CD เรื่อง “ 10 หมอสูติเตือนภัยผู้หญิงห่วงใยสุขภาพแม่...” - วีซี ขนาด 25 นิ้ว - เครื่องเล่น VCD	ผู้ปวยสนใจ ตั้งใจชมวิดีโอ
3. ดู Power point เรื่อง “ การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย” (เน้นความคิดรวบยอด)	- สร้างการรับรู้เกี่ยวกับ การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่องขยาย	- ในเรื่องวิธีการตรวจ ภาวะเสี่ยงจากการตรวจ การปฏิบัติตัวหลังการตรวจ ผลตรวจ - คำบรรยายประกอบภาพเกี่ยวกับ ภาวะเสี่ยง	- รูปภาพห้องตรวจจริง อุปกรณ์ เครื่องมือที่ผู้ปวยจะได้พบเมื่อเข้าห้องตรวจ - วีซี ขนาด 25 นิ้ว - เครื่อง computer	ผู้ปวยสนใจ ตั้งใจชม Power point

กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา/รายละเอียด	อุปกรณ์	การประเมินผล
4. พูดยุทธศาสตร์การดำเนินงาน และ Power point (เป็นการประชุมกลุ่มงาน การนำไปใช้)	- ให้ผู้ปฏิบัติงาน ตัว ก่อน ระหว่าง และหลังการ ตรวจ	- ตามคำถามเกี่ยวกับโรคและ ปากมดลูกและการตรวจปาก มดลูกด้วยกล้องส่องขยาย (ข้อ คำถามเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ชุด ที่ 1 ประมาณ 1-2 ข้อ) - ตามถึงความสนใจและความ วิตกกังวล ที่จะเข้ารับการตรวจ - เตรียมการตอบคำถามที่แพทย์ ส่วนใหญ่มักถาม - ตั้งคำถามที่สงสัยเกี่ยวกับความ เจ็บป่วย		ผู้ช่วยทุกคน พูดยุทธศาสตร์ ผู้ช่วยตอบคำถาม ได้ถูกต้อง ผู้ช่วยมีลีลาหน้าตาความวิตกก กังวล ตอบคำถามวันที่มี ประจำเดือนครั้งสุดท้ายได้ การมีเพศสัมพันธ์ การมี เลือดออกผิดปกติ

กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครั้งที่ 2

1. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยรับการตรวจ Colposcopy แล้ว
2. จัดกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 2-3 คน
3. ดึงประสบการณ์เกี่ยวกับการตรวจ Colposcopy ที่แต่ละคนได้รับการตรวจ โดยให้เล่าประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็น
4. สะท้อนความรู้สึก โดยถามความรู้สึกภายหลังการตรวจและผลการตรวจ แนวทางการรักษาที่แพทย์สั่งให้ทราบ ของแต่ละคน
5. สร้างความคิดรวบยอด โดยให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจเมื่อกลับไปบ้าน ภาวะเสี่ยงอาการผิดปกติที่อาจเกิดภายหลังการตรวจ โดยแบ่งเนื้อหาเป็นผู้ที่ไม่ถูกตัดชิ้นปากมดลูกและกรณีแพทย์ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกส่งตรวจทางพยาธิวิทยาต่อ ใช้อุปกรณ์ประกอบแผ่นภาพนำเสนอรูปแบบ power point เรื่องการปฏิบัติตัวหลังการตรวจ และแจกแผ่นพับ
6. ประยุกต์ใช้ โดยให้ผู้ช่วยแสดงวิธีการดึงผ้าห้ามเลือดในช่องคลอดออกจากหน้าจำลอง ให้ผู้ช่วยทวนซ้ำถึงวิธีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่เมื่อมีปัญหาสงสัยหรือเมื่อมีความผิดปกติหลังการตรวจ รวมถึงการมาตรวจตามนัดหรือการติดตามต่อเนื่อง

กิจกรรมจิตพิสัยและทักษะพิสัย

- จุดประสงค์การเรียนรู้ 1. เพื่อให้ผู้ปวยคลายความวิตกกังวล หลังจากการตรวจ
2. เพื่อให้ผู้ปวยปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อให้ผู้ปวยวางแผนปฏิบัติตัวเพื่อมาตรวจติดตามผล

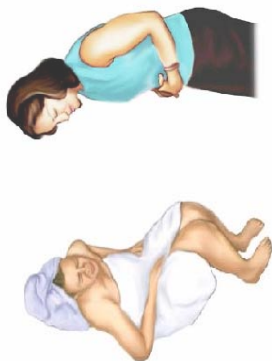
กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา/รายละเอียด	อุปกรณ์	การประเมินผล
1. พูดคุย (ขึ้นต่งประสบการณ์)	- สะท้อนความรู้สึกลึก แลกเปลี่ยน ความคิดเห็น - ประเมินการรับรู้ ความเชื่อ และความวิตกกังวล ภายหลังการ ตรวจและตัดสินใจ	- ให้ผู้ปวย 2-3 คน พูดคุยกันถึงความรู้สึก ภายหลังการตรวจและตัดสินใจ “ท่านรู้สึกอย่างไรภายหลังตรวจ” “ภายหลังการตรวจ ท่านต้องการทราบเรื่องใด” “วิตกกังวลหรือไม่ เรื่องใดบ้าง”		- ผู้ปวยทุกคนร่วมพูดคุย แสดงความคิดเห็น
2. ดู Power point เรื่อง “ การ ตรวจปากมดลูกด้วยกล้องส่อง ขยาย” - เฉพาะส่วนการปฏิบัติตัว และภาวะเสี่ยงหลังการตรวจ (ขึ้นความคิดรวบยอด)	- สร้างการรับรู้ เกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวและภาวะเสี่ยงหลัง ตรวจและตัดสินใจ	- การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้แก่ การทำความสะอาด สออดอวัยวะสืบพันธุ์ งคการมีเพศสัมพันธ์ งดการทำงานที่ต้องยืนหรือนอนนานภายหลัง ตรวจ 1 วัน การรับประทานอาหาร (ดื่งผ้า ขาวสะอาดในช่องคลอดออก) - การสังเกตอาการผิดปกติได้แก่ มีเลือดออก มากผิดปกติ มีไข้ ปวดท้อง		ผู้ปวยสนใจ ดึงใจชม Power point

กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา	อุปกรณ์	การประเมินผล
		รุนแรง เจ็บปวดในช่องคลอด ศกขาวผิดปกติ มีกลิ่นเหม็น - การแก้ปัญหาเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการผิดปกติดังกล่าว เช่น การโทรศัพท์ปรึกษาการติดต่อกับโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์ใกล้บ้าน เพื่อรับตรวจอาการก่อนวันนัด		
3. ดูแผ่น Flow Chart แนวทางการรักษาในขั้นตอนไปและผลของชิ้นเนื้อ (ขึ้นความคิดรวบยอด)	สร้างการรับรู้ เกี่ยวกับแนวทางการรักษาในขั้นตอนไป และผลชิ้นเนื้อที่อาจตรวจพบแบบแสดงระยะของมะเร็งปากมดลูก	- อธิบายถึงแนวทางการรักษาของแพทย์ชิ้นเนื้อ คำศัพท์ทางการแพทย์ - ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เช่น คำใช้จ่าย การตรวจซ้ำ หรือการรักษาโดยการผ่าตัด		ผู้ป่วยสนใจ ตั้งใจฟัง ปัญหาข้อสงสัย
4. พูดคุย (ขึ้นการประยุกต์แนวคิดสู่การนำไปใช้)	- ให้ผู้ป่วยวางแผนการปฏิบัติตัว และดำเนินชีวิตประจำวันภายหลังการตรวจ	- ให้ผู้ป่วยเล่าถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การประกอบอาชีพ บทบาทในครอบครัว - แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นถึงวิธีการลดความเครียด ความวิตกกังวล - เน้นย้ำการมาฟังผลชิ้นเนื้อ ตรวจตามนัด		ผู้ป่วยทุกคนร่วมพูดคุย

กิจกรรม	เพื่อ	เนื้อหา/รายละเอียด	อุปกรณ์	การประเมินผล
		- ในรายที่ผลการตรวจส่องกล้องขยายปกติแนะนำให้ผู้ป่วยรักษาสุขภาพ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่องตามนัด ทุก 3 เดือนหรือทุก 6 เดือน - เน้นถึงช่องทางหรือวิธีการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ กรณีเกิดความผิดปกติหลังการตรวจ หรือต้องการเลื่อนนัด - เน้นให้ผู้ป่วยใส่ใจดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ในเรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเพียงพอ จิตใจให้แจ่มใสไม่เครียด - ให้สังเกตอาการในเรื่องของการมีประจำเดือน	แผ่น Flow Chart แผนผังการปฏิบัติงานภายหลังการตรวจที่มีเบอร์โทรศัพท์ของห้องตรวจภายใน	ผู้ป่วยสนใจดูแผ่นพับ พูดทวนเบอร์โทรศัพท์

อาการผิดปกติ

- มีเลือดสดๆ ออกปริมาณมาก
- ปวดท้องน้อยรุนแรง
- มีไข้สูง



ถ้าท่านมีอาการผิดปกติ สามารถติดต่อกับ

โรงพยาบาลดังนี้

ในเวลาราชการ ติดต่อเจ้าหน้าที่ตึกสมเด็จพระ

ศรีฯ ชั้น 11/2 (ห้องตรวจภายใน)

โทร 02-4197000 ต่อ 4683

นอกเวลาราชการ มาที่ห้องฉุกเฉิน ตึกผู้ป่วยนอก



ถ้าท่านมีเหตุขัดข้องต้องเลื่อนนัด หรือมี

ข้อสงสัย

สามารถติดต่อเฉพาะในเวลาราชการ กับ

เจ้าหน้าที่ตึกสมเด็จพระศรีฯ ชั้น 11/2 (ห้องตรวจ

ภายใน) โทร 02-4197000 ต่อ 4683

การปฏิบัติตัวภายหลัง
การตรวจปากมดลูกด้วยกล้องขยาย



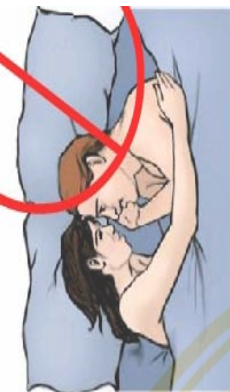
การปฏิบัติตัวที่บ้าน

1. (ถ้าแพทย์ใส่ปากมดลูกห้ามเลือดในช่องคลอด)
ช่วงนี้หรือเร็วเกินไป รุ่งขึ้น ดึงผ้ากอส
ที่ใส่ไว้ในช่องคลอดออก โดยนั่งยองๆ
แล้วดึงด้ายที่ห้อยออกมาจากช่องคลอด
ผ้ากอสจะหลุดตามออกมา

ถ้าลืมผ้ากอสองข้างไว้จะทำให้เกิด
กาติดเชื้อในช่องคลอดได้

2. ใส่ผ้าอนามัยภายหลังล้างผักกอสอก หรือหลัง
ตัดชิ้นเนื้อ
3. ให้สังเกตสีและปริมาณเลือดที่ออก
อาจจะมียืดเยื้อๆ สีคล้ำ คล้าย
เลือดประจำเดือน ออกปริมาณ
เล็กน้อย ไม่เต็มผ้าอนามัย
เป็นเวลา 1-3 วัน หลังตัดชิ้นเนื้อได้
ถือว่าเป็นอาการปกติ

แต่ถ้ามีเลือดออกมา เป็นเลือดสด
ปริมาณ มากชุ่มผ้าอนามัย ให้ติดต่อ
กลับมากที่ โรงพยาบาลหรือมาพบแพทย์



งดการทำงานหรือการออกกำลังกายที่

ต้องออกแรงเกร็งบริเวณหน้าท้อง ขึ้น
หรือเดินนานๆ เช่น การยกของหนัก ขุด
ดิน รังเร็ว กระโดดสูง เป็นต้น

7. รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่
ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผักและ
ผลไม้



8. รับประทานยาให้ครบตามแพทย์สั่ง
10. มาฟังผลตรวจชิ้นเนื้อ ตามวันและเวลา
ที่กำหนดไว้ในนัด



No. MU 2006-166

Documentary Proof of Ethical Clearance
The Committee on Human Rights Related to
Human Experimentation
Mahidol University, Bangkok

Title of Project. Participatory Learning Strategy to Promote Health Literacy According to
Patient's Right of Pre Invasive Cervical Carcinoma Patient
(Thesis for Master Degree)

Principle Investigator. Miss Thitiya Kaewsomboon

Name of Institution. Faculty of Public Health

Approved by the Committee on Human Rights Related to Human Experimentation

Signature of Chairman. 
(Professor Dr. Srisin Khusmith)

Signature of Head of the Institute. 
(Professor Dr. Pornchai Matangkasombut)

Date of Approval. - 5 SEP 2006

Date of Expiration. - 4 SEP 2007

2 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 272/2008

ชื่อโครงการภาษาไทย : เทคนิคการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมความแตกฉานด้านสุขภาพ ตามสิทธิผู้ป่วยของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม

รหัสโครงการ : 077/2550

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : น.ส.จิตติยา แก้วสมบุญ / ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ทำวิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย
5. แบบสอบถาม

วันที่รับรอง : 6 มิถุนายน 2551

วันหมดอายุ : 5 มิถุนายน 2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจริยา เลิศอรธรรมขันธ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

10 มิถุนายน 2551

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

18 มิถุนายน 2551

วันที่

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวจิตติยา แก้วสมบุญ
วัน เดือน ปีเกิด	6 สิงหาคม 2517
สถานที่เกิด	จังหวัดพิจิตร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต, 2536-2540 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2546-2551 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอก สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
ทุนวิจัย	-
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพระดับ 6 พ.ศ.2540-ปัจจุบัน งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล