

## บทที่ 2

### เอกสาร งานวิจัย และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการใช้ข้อมูลและสนับสนุนทางโทรศัพท์ต่ออัตราการมาตรวจตามนัดในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

#### 1. ความผิดปกติของเซลล์เยื่อปากมดลูก

##### 1.1 พยาธิกำเนิด

##### 1.2 การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear)

##### 1.3 สาเหตุของเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

##### 1.4 การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูก

##### 1.5 การแปลผลรายงานเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่ผิดปกติ

##### 1.6 การดูแลผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

##### 1.7 การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นๆ

##### 1.8 การป้องกันและควบคุมเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ (Cervical cytological abnormalities prevention)

##### 1.9 ผลกระทบทางจิตใจในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

##### 1.10 บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

#### 2. การมาตรวจตามนัด

#### 3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

#### 4. การติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์

##### 4.1 ความหมาย

##### 4.2 ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์

##### 4.3 ระยะเวลาในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์

#### 5. การพัฒนาโปรแกรมการใช้ข้อมูลและสนับสนุนทางโทรศัพท์

#### 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความผิดปกติของเซลล์เยอบุปากมดลูก (Cervical cytological abnormalities)

ความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก หมายถึง ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่บ่งบอกว่าสตรีรายนั้นน่าจะมีรอยโรคภาวะก่อนลุกลามของมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งระยะลุกลามอย่างใดอย่างหนึ่งที่ปากมดลูกเป็นหลัก หรืออาจมีโรคที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งหรือโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนอื่นซึ่งพบได้น้อย (สมชัย นิรุติศาสตร์, 2546: 145)

### 1.1 พยาธิกำเนิด

ภาวะก่อนลุกลามของมะเร็งปากมดลูก จะเกี่ยวข้องกับไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus : HPV) และส่วนใหญ่จะมีจุดเริ่มต้นที่รอยต่อของเซลล์ Squamous และเซลล์ Columnar ที่บริเวณ transformation zone ทฤษฎีที่พยายามอธิบายโรคนี้นี้มี 2 ทฤษฎี (Smith and Nett, 2002)

ทฤษฎีแรกเชื่อว่า ต้นกำเนิดของโรคเกิดจากเซลล์ตัวเดียว หรือกลุ่มเซลล์ที่มีกำเนิดเดียวกัน (Unicellular theory) โดยเฉพาะเซลล์ Parabasal ที่อยู่ในขบวนการสร้างเนื้อเยื่อ (Metaplasia) จะเป็นเซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสได้ง่าย ความผิดปกติของเซลล์ดังกล่าวเกิดได้ตลอดเวลาในขบวนการสร้างเนื้อเยื่อ (Metaplasia) และแผ่ขยายในแนวราบ

อีกทฤษฎีหนึ่งเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงเซลล์เยอบุปากมดลูกผิดปกติก่อนจะลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก (Cervical Intraepithelium Neoplasia: CIN) เกิดจากหย่อมเซลล์ที่มีความผิดปกติหลายหย่อมมารวมกัน (Multicellular Theory) ในบริเวณที่มีขบวนการสร้างเนื้อเยื่อ (Metaplasia) หรือบริเวณที่เป็นเซลล์ Squamous epithelium ที่สมบูรณ์

ไวรัสเอชพีวีเป็น DNA virus มี Genome 8,000 คู่ โดยที่ Genome เหล่านี้จะมีบริเวณที่เรียกว่า Opened Reading Frames (ORFs) ซึ่งมีรหัสสำหรับโปรตีนที่ใช้ในการควบคุมหน้าที่ต่างๆ ของไวรัส และกำหนดโครงสร้างของโปรตีนสำหรับ virus assembly ORFs ประกอบด้วย Early genes 8 ตำแหน่ง (E1-8) และ Late genes 2 ตำแหน่ง (L1, L2) ที่ E6,E7 จะเป็นตำแหน่งสำคัญที่ทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวีเกิดความผิดปกติ ที่อาจกลายเป็นมะเร็ง เพราะทำให้โปรตีนของเซลล์เกิดการเปลี่ยนแปลง และสามารถเชื่อมต่อกับ Tumor suppressor p53 และ Retinoblastoma gene Rb-1 ของเซลล์เหล่านี้ทำให้ Tumor suppressor gene ทำหน้าที่แปรปรวนไป โดยเฉพาะในการควบคุมวงจรชีวิตของเซลล์ และการซ่อมแซม DNA ผลคือยีนส์ไม่มั่นคง มีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงและกลายพันธุ์ เกิดมะเร็งได้ง่าย (สายบัว ชีเจริญ, 2546: 147-148)

ไวรัสเอชพีวีในปัจจุบันพบประมาณ 70 ชนิด โดยกำหนดตามลำดับตัวเลข ในจำนวนนี้ประมาณ 16 ชนิดที่อาจเกี่ยวข้องกับมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ส่วนล่าง และแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถที่จะทำให้เกิดมะเร็ง โดยไวรัสเอชพีวีชนิด 11, 39 มีความสามารถทำให้เกิดมะเร็งต่ำ

ส่วนไวรัสเอชพีวีชนิด 31, 33, 35, 51 และ 52 มีความสามารถทำให้เกิดมะเร็งปากกลาง และไวรัสเอชพีวีชนิดที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งมากคือชนิดที่ 16, 18, 45 และ 56 ซึ่งจะพบได้มากในพวกมะเร็งปากมดลูกกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งเป็นชนิดที่ 16, 18 ประมาณร้อยละ 70 (วีระชัย พึ่งรัศมี, 2549: 202) การศึกษาในปัจจุบันเชื่อว่าการที่เกิดเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมีการแบ่งตัวผิดปกติและพยาธิสภาพมีความรุนแรงมากขึ้นนั้น เป็นเพราะเนื้อเยื่อที่ปากมดลูกติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิดที่มีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดมะเร็ง และไวรัสยังคงอยู่ตลอดเวลา ประมาณร้อยละ 80 ของสตรีเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ จะติดเชื้อไวรัสเอชพีวี แต่ส่วนใหญ่จะเป็นอยู่เพียงชั่วคราว เพราะร่างกายสามารถขจัดไวรัสให้หมดไปโดยไม่ปรากฏรอยโรค มีเพียงร้อยละ 20 ของสตรีเหล่านี้ที่จะมีรอยโรคของการเกิดเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมีการแบ่งตัวผิดปกติ ถึงกระนั้นส่วนใหญ่ของสตรีที่มีรอยโรคก็สามารถจะขจัดไวรัสได้เองในภายหลัง ซึ่งผลที่ตามมาก็คือเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมีการแบ่งตัวผิดปกติก็จะหายไปได้เอง ซึ่งกลไกตรงจุดนี้ต้องอาศัยการทำงานของ Cytotoxic-T cell ถ้าไวรัสเอชพีวีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดมะเร็งยังคงอยู่ รอยโรคของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติมีการแบ่งตัวผิดปกติก็จะทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามในที่สุด ซึ่งจะใช้ระยะเวลาประมาณ 10-13 ปี ระยะเวลาช่วยสนับสนุนว่า การจะเกิดมะเร็งปากมดลูกต้องมียีนส์ประกอบ 3 ประการคือ การติดเชื้อไวรัสชนิดที่มีความเสี่ยงสูง ภูมิคุ้มกันในร่างกาย และการเปลี่ยนแปลงของยีนส์ในเซลล์ (สายบัว ชีวีเจริญ, 2546: 147-148)

## 1.2 การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou smear)

Dr. George Nicholas Papanicolaou เป็นผู้ซึ่งได้รับสมญานามว่าเป็น "บิดาแห่งเซลล์วิทยา" ได้รายงานวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2471 โดยตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกในมูกของปากมดลูกที่ใช้ Pipette ดูดออกมาป้ายลงบนสไลด์ ต่อมาในปี พ.ศ. 2490 Dr. James Ernest Ayre ได้เสนอการเก็บเซลล์ตัวอย่างจากปากมดลูกโดยใช้ไม้แบนโค้งหยักที่เรียก "Ayre spatula" ทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แพร่หลายเป็นผลให้อุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 70-72

การตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูก (Pap smear) จะมีผลลบลง (False negative) ได้ ซึ่งมีองค์ประกอบการเกิดความผิดพลาด 4 อย่าง คือ การเก็บเซลล์ตัวอย่าง (Sample collection) กระบวนการย้อมสไลด์ที่ส่งตรวจ (Processing the sample) การตรวจคัดกรองโดยเจ้าหน้าที่ (Screening) และการแปลผลโดยพยาธิแพทย์ (Interpretation) แต่สาเหตุของผลลบลง ร้อยละ 70-80 เกิดจากการเก็บเซลล์ตัวอย่างจากปากมดลูกไม่ถูกต้อง ดังนั้นการเก็บเซลล์ตัวอย่างจากปากมดลูกเพื่อทำการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกต้องทำให้ถูกต้องตามแนวทางของ The American Medical Association (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, 2547: 176)

จากผลการศึกษาของ International Agency for Research on Cancer (IARC/ WHO) พบว่าการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งทุก 1 ปี 1 ครั้งทุก 2 ปีหรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะทำให้สตรีอายุ 35-46 ปี มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91-93 และการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งทุก 5 ปีจะลดลงร้อยละ 84 (เพชรินทร์ ศรีวิวัฒนกุลและคณะ, 2547: 3) ดังนั้นในปัจจุบันจึงมีการรณรงค์ให้สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปีละครั้ง

### 1.3 สาเหตุของเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

นอกเหนือจากภาวะก่อนลุกลามและระยะลุกลามของมะเร็งปากมดลูกแล้ว อาจเป็นผลจากกรณีต่อไปนี้

1.3.1 การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papilloma Virus: HPV) ที่มองไม่เห็น

ด้วยตาเปล่า

1.3.2 การติดเชื้อพยาธิในช่องคลอดหรือการอักเสบเรื้อรังที่ปากมดลูก

1.3.3 การเปลี่ยนแปลงของช่องคลอด ปากมดลูกอันเป็นผลมาจากการขาดฮอร์โมนหรือหมดฮอร์โมนเพศ

1.3.4 ขบวนการสร้างเนื้อเยื่อทดแทนเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่ปากมดลูก

1.3.5 การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อในช่องคลอด ปากมดลูกอันเป็นผลจากการได้รับรังสีรักษา

1.3.6 มะเร็งของช่องคลอดและปากช่องคลอด (สายบัว ชีเจริญ, 2546: 151)

### 1.4 การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูก

การรายงานผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมีหลายระบบคือ WHO System, Papanicolaou System, The Bethesda System (TBS) และ CIN System แต่ในปัจจุบันการรายงานผลทางพยาธิวิทยานิยมใช้ The Bethesda System เพราะให้รายละเอียด และสื่อสารแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบอื่นเท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน (นวลพรรณ อนันต์วัฒนวงษ์, 2550: 52-53)

การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกระบบต่างๆ ดังเดิม ก่อนปี 1998 นิยมใช้ระบบ Papanicolaou system ซึ่งจะรายงานผลเป็น

Class I	หมายถึง	ผลปกติ
Class II	หมายถึง	อาจพบเซลล์ที่มีการอักเสบ แต่ไม่พบเซลล์มะเร็ง
Class III	หมายถึง	พบเซลล์ผิดปกติ ซึ่งประกอบด้วยความผิดปกติในระดับ CIN 1-2 หรือ Mild to moderate dysplasia
Class IV	หมายถึง	พบเซลล์ผิดปกติในระดับ CIN 3 หรือ severe dysplasia หรือสงสัยเซลล์มะเร็ง (Carcinoma in situ)

Class V หมายถึง ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Squamous cell carcinoma หรือ Adenocarcinoma

ในปี 1991 The Bethesda System (TBS 1991) ได้ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อให้รายงานผลมีความเข้าใจ และมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก และทำให้การสื่อสารระหว่างแพทย์หรือบุคลากรที่ทำการตรวจคัดกรองกับพยาธิแพทย์มีความถูกต้องและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งจะมีผลต่อการดูแลที่จะไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยพลาดโอกาสที่ดีของการรักษา และอีกนัยหนึ่งไม่ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลมากเกินไป จนทำให้ต้องมีการรักษาที่มากเกินไป ซึ่งเป็นสิ่งที่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและงบประมาณแผ่นดิน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบการรายงานผล Pap Smear ระบบต่างๆ

WHO System	Papanicolaou System	The Bethesda system 1991	CIN System
Normal Atypical	Class I	Within normal limits -Reactive or reparative changes -ASCUS, AGUS	Normal -No significant cellular changes -Squamous atypia NOS -HPV changes (Koilocytic changes)
Mild dysplasia	Class II	Low-grade SIL, ASC-US, AGUS	CIN 1, HPV Infection
Moderate dysplasia	Class III	High-grade SIL	CIN 2
Severe dysplasia	Class IV	High-grade SIL	CIN 3
Carcinoma in situ			
-Squamous cell Carcinoma -Adenocarcinoma	Class V	-Squamous cell Carcinoma -Adenocarcinoma	-Squamous cell Carcinoma -Adenocarcinoma

การแปลความหมาย

ASCUS = Atypical squamous cell of undetermined significance

AGUS = Atypical glandular cell of undertermined significance

SIL = Squamous intraepithelial lesion

CIN = Cervical intraepithelial lesion

ในปี 2001 The Bethesda system (TBS 2001) ได้ถูกพัฒนาขึ้นและมีการปรับปรุงการรายงานผลการตรวจดังนี้

The Bethesda system 2001 เลิกใช้ ASCUS แต่แบ่งเป็น 2 Categories ดังนี้

- Atypical squamous cells of undertermined significance (ASC-US)
- Atypical squamous cells cannot exclude HSIL (ASC-H)

The Bethesda system 2001 เลิกใช้ AGUS แต่แบ่งเป็น 3 Categories ดังนี้

- Atypical glandular cells (specify endocervical, endometrial, or not otherwise specified) (AGC)
- Atypical glandular cells, favor neoplasia (specify endocervical or not otherwise specified) (AGC-favor neoplasia)
- Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)

The Bethesda system 2001 ประเมินคุณภาพของ Specimen adequacy ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปจาก The Bethesda 1991 คือ

-เลิกใช้คำว่า Satisfactory for evaluation but limited by....เพื่อไม่ให้ผู้ตรวจเกิดความสับสนในการประเมินว่า Specimen นี้เชื่อถือได้เท่าใด

-ใน General categorization (optional) เลิกใช้คำ within normal limits แต่เปลี่ยนเป็น Negative for intraepithelial lesion or malignancy (เทวินทร์ โกสิยะตระกูลและวรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย ,2548: 54)

การรายงานผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกตามระบบ The Bethesda 2001 (นวลพรรณ อนันตวัฒน์วงศ์, 2550: 57-59)

การรายงานผลตามระบบ Bethesda 2001 ประกอบด้วย

1. Specimen Type เป็นการระบุว่า Specimen ได้มาจากการเก็บเซลล์ด้วยวิธีใด โดยปัจจุบันการเก็บเซลล์ทำได้ 2 วิธี คือ

1.1 Conventional smear เป็นการทำ Pap smear ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1.2 Liquid based preparation ซึ่งสามารถตรวจหาไวรัสเอชพีวีได้

2. Specimen Adequacy เป็นการดูปริมาณและคุณภาพของ Specimen ว่าเพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยาหรือไม่ และรายงานเป็น Satisfactory และ Unsatisfactory

Satisfactory หมายถึง มี Specimen เพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา โดยตัดลินจากการส่องกล้องพบเซลล์จำนวนตั้งแต่ 8,000 เซลล์ขึ้นไปต่อ 1 slide

Unsatisfactory for Evaluation หมายถึงมี specimen ไม่ดีพอ หรือไม่เพียงพอต่อการวินิจฉัยทางเซลล์วิทยา

### 3. General Categorization (Optional) ซึ่งแบ่งเป็น 3 หมวด ดังนี้

3.1 (100) Negative for Intraepithelial lesion or malignancy หมายถึง ไม่พบเซลล์ผิดปกติ หรือเซลล์มะเร็ง และอาจพบมีเชื้อ organism ต่างๆ เช่น Trichomonas spp., Bacteria vaginosis เป็นต้น

3.2 (200) Epithelial cell abnormalities หมายถึง ตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ แบ่งเป็น 2 ชนิด

#### 3.2.1 Squamous cell lesion จะรายงานผลดังนี้

Atypical Squamous Cells

-Atypical Squamous Cells of Underdetermined Significance (ASC-US) พบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับผิวบน

Low grade Squamous Intraepithelial Lesion (LSIL) encompassing พบความผิดปกติขั้นต่ำ เกิดจาก การติดเชื้อไวรัสเอพีวี หรือ CIN I

High grade Squamous Intraepithelial Lesion (HSIL) encompassing พบความผิดปกติขั้นสูง เกิดจาก CIN II, CIN III, CIN III with features suspicious for invasion (CIN= Cervical Intraepithelial Neoplasia)

Squamous cell carcinoma ตรวจพบเซลล์มะเร็งชนิด Squamous

#### 3.2.2 Glandular cell lesion (columnar cell) จะรายงานผลดังนี้

Atypical glandular cell (AGC) ซึ่งมาจากเซลล์เยื่อบุผิว ชนิด glandular ผิดปกติ (มาจากคอมดลูก (endocervical) หรือโพรงมดลูก (endometrial) และอื่นๆ)

Atypical glandular cell favor neoplasia เซลล์เยื่อบุผิวชนิด glandular ผิดปกติ ซึ่งบ่งชี้ว่าจะเป็นมะเร็งได้ (คอมดลูก โพรงมดลูก อื่นๆ )

Endocervical adenocarcinoma in situ (AIS) เซลล์เยื่อบุผิวชนิด glandular ผิดปกติ ระยะก่อนมะเร็ง (คอมดลูก)

Adenocarcinoma เป็นมะเร็งระยะลุกลาม (คอมดลูก โพรงมดลูก อื่นๆ)

### 3.3 (300) Other malignant neoplasm

-Adenosquamous carcinoma

-Poorly differentiated squamous cell carcinoma with small cell

- Small cell undifferentiated carcinoma
- Carcinosarcoma
- Carcinoid tumors
- Malignant melanoma
- Malignant lymphoma
- Extrauterine carcinoma

### 1.5 การแปลผลรายงานเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่ผิดปกติ

การเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของรายงานความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกกับความผิดปกติทางพยาธิวิทยาของปากมดลูกเป็นสิ่งสำคัญต่อการเข้าใจถึงหลักการของการดูแลรักษาสตรีที่มีผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติ พยาธิสภาพของปากมดลูกที่ทำให้ผลเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติมีได้ 4 ลักษณะคือ

1. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการอักเสบติดเชื้อ
2. รอยโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีชนิดความเสี่ยงต่ำ ได้แก่มีการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์มีระดับบน (CIN I) และหูดหงอนไก่ (Condyloma)
3. รอยโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งของปากมดลูก ได้แก่มีการแบ่งตัวผิดปกติของเซลล์ด้านล่างและส่วนกลาง (CIN 2) และมีความผิดปกติของเซลล์ทุกชั้นของเยื่อปากมดลูก (CIN 3)
4. มะเร็งระยะลุกลามของปากมดลูก

เพื่อให้การดูแลรักษาสตรีที่มีผลรายงานเซลล์วิทยาของปากมดลูกผิดปกติเป็นไปอย่างสมเหตุสมผล แพทย์ต้องรู้ว่าความผิดปกติของผลรายงานแต่ละอย่างมีความเสี่ยงต่อการตรวจพบรอยโรคที่สัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูกมากเพียงใด ถ้าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ การดูแลรักษาก็ควรเป็นแบบการรักษาให้คงที่ แต่ถ้าเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงการดูแลรักษาก็ควรเป็นแบบเชิงรุก (สมชัย นิรุติศาสตร์, 2546: 146)

### 1.6 การดูแลผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ

การรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นเพียงการวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้ายต้องเป็นการวินิจฉัยทางเนื้อเยื่อ ซึ่งความรุนแรงอาจแตกต่างจากผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ แนวทางดูแลผู้ป่วยที่ตรวจพบความผิดปกติ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังต่อไปนี้

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รายงานผลเป็นมีความผิดปกติของเซลล์เล็กน้อย (Mild dysplasia) หรือมีการแบ่งตัวผิดปกติเฉพาะเซลล์ด้านบน (CIN I) หรือพบความผิดปกติขั้นต่ำ (Low-grade SIL) รวมทั้งพบความผิดปกติเล็กน้อยในเซลล์ระดับผิวบน (ASCUS)



ยังมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย จากความรู้ถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงของ ASCUS, CIN I หรือ Low-grade SIL จะนั่นจึงมีผู้แนะนำให้ทำเพียงติดตามทุก 4-6 เดือน แต่ถ้าพบผลมีเซลล์ปากมดลูกผิดปกติซ้ำ จึงทำการตรวจโดยใช้กล้องขยายปากมดลูก (Colposcopy) เพื่อการวินิจฉัยทางเนื้อเยื่อ จะพบเซลล์ที่มีการแบ่งตัวผิดปกติประมาณร้อยละ 19-56 และในจำนวนนั้นประมาณครึ่งหนึ่งเป็นความผิดปกติขั้นสูง (High-grade CIN) จึงแนะนำให้ทำการตรวจโดยใช้กล้องขยายปากมดลูกทุกราย

2. ในกรณีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรายงานผลเป็นมีความผิดปกติของเซลล์ระดับปานกลาง (Moderate dysplasia) ขึ้นไปหรือพบความผิดปกติขั้นสูง (High-grade SIL) รวมทั้งรายงานผลเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive squamous cell carcinoma) ซึ่งการตรวจภายในไม่พบรอยโรคผิดปกติ ทุกสถาบันให้ดำเนินการตรวจวินิจฉัยทางเนื้อเยื่อทุกราย ซึ่งในปัจจุบันนี้แนะนำให้ทำการตรวจโดยใช้กล้องขยายปากมดลูก

3. ถ้าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รายงานผลเป็นมีความผิดปกติของเซลล์ชนิด Glandular (Atypical Glandular Cells of Underdetermined Significance: AGUS) ซึ่งลักษณะทางพยาธิอาจเป็น Benign Condition, Glandular Intraepithelial Neoplasia (GIN) หรือ Cervical Intraepithelial Glandular Neoplasia หรือ Adenocarcinoma in situ รวมทั้งรายงานผลเป็น Adenocarcinoma ที่ตรวจภายในไม่พบความผิดปกติทาง Glandular lesion ของปากมดลูกชัดเจน แต่อาจช่วยในการหาความผิดปกติของ Squamous lesion ซึ่งจากการรักษาโรค CIN จะพบ GIN ร่วมด้วย ประมาณร้อยละ 1 และประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย GIN จะพบ CIN ร่วมด้วย หลังการตรวจโดยใช้กล้องขยายปากมดลูก แล้วถ้าไม่พบรอยโรคชัดเจนชัดเจนควรทำการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยเพื่อการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์ , สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, 2542: 421-422)

### 1.7 การตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่น ๆ

1. Schiller's test เป็นการตรวจหาบริเวณที่ผิดปกติเพื่อจะตัดชิ้นเนื้อหลังจากที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ โดยใช้ยาน้ำ Schiller หรือน้ำยา Lugol (ยาน้ำทั้ง 2 ชนิด ประกอบด้วยโปแตสเซียมไอโอไดด์และไอโอดีนที่มีความเข้มข้นต่างกัน) ป้ายบริเวณรอบปากมดลูก ถ้าเป็นเยื่อปากมดลูกปกติชนิด Stratified Squamous Epithelium ซึ่งมีกลัยโคเจนมาก จะติดสีน้ำตาลเข้ม (Mahogany Brown) แต่ถ้าเป็นเยื่อปากมดลูกที่เป็นมะเร็งหรือเซลล์ที่ไม่ใช่ Glycogenated Squamous Epithelium จะไม่ติดสีน้ำตาลเรียกว่า Positive schiller's test ดังนั้น Schiller's test จะบอกให้ทราบเพียงว่า บริเวณที่จะตัดชิ้นเนื้อเป็นเซลล์ที่ไม่มีกลัยโคเจนเท่านั้น แต่ไม่ได้บอกถึงพยาธิสภาพว่าเป็นรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งปากมดลูก

2. Colposcopy เป็นเครื่องมือที่จะช่วยวินิจฉัยและบอกขอบเขตความผิดปกติของปากมดลูกเพื่อใช้เป็นตำแหน่งที่จะตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิสภาพ เครื่องมือนี้ประกอบด้วยกล้องจุลทรรศน์สองตาที่มีเลนส์ปรับกำลังขยายระหว่าง 5-40 เท่า มีดวงไฟที่ให้แสงสว่างอยู่ในแนวกกลางและมี Green filter เพื่อปรับแสงเป็นแสงสีเขียว โดยจะตรวจดูความผิดปกติของเยื่อเมือก การเปลี่ยนแปลงของสีผิวเป็นผิวสีขาวภายหลังพ่นทำความสะอาดด้วย 3-5% acetic acid และลักษณะการเรียงตัวของหลอดเลือด ขณะส่องกล้องสามารถพิจารณาขูดโพรงปากมดลูก (endocervical curettage) เมื่อสงสัยรอยโรคคุกคามหรืออยู่ในโพรงปากมดลูก และใช้กล้องส่องและตัดชิ้นเนื้อบริเวณที่สงสัย

3. การขูดโพรงปากมดลูก (Endocervical Curettage, ECC) เป็นการใช้นิ้ว Kevorkian Endocervical Curettage ขูดรอบวงโพรงมดลูก 2-3 รอบ ซึ่งจะได้มูกปนเลือดและชิ้นเนื้อเล็กน้อยของปากมดลูกปนอยู่ นำมูกปนเลือดที่ขูดได้ทั้งหมดห่อกระดาษเช็ดเลนส์แซฟไฟร์มาลิน ส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนใหญ่มักทำขณะตรวจ Colposcopy หรือทำ Conization

4. Cervical Conization เป็นการตัดปากมดลูกเป็นวงรูปกรวย โดยฐานรูปกรวยต้องครอบคลุมบริเวณปกติของ Endocervix ที่อยู่ต่ำกว่ารอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วและใช้เพื่อการรักษาในรายที่เป็นรอยโรคก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก และยังต้องการมีบุตรอีก วิธีการทำมี 2 แบบ คือ

4.1 Cold Knife Conization ผู้ป่วยต้องได้รับการวางยาชาเฉพาะส่วน เย็บผูก Descending Branches ของ Uterine Arteries ก่อนตัดปากมดลูกเพื่อลดการเสียเลือด ใช้ น้ำยา Schiller หรือ Lugol ป้ายรอบปากมดลูก ใช้ใบมีดตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยให้ห่างจากบริเวณ Positive Schiller's Test แล้วเย็บรอบแผล ส่วนการผ่าตัดเอามดลูกออกหลังทำ Conization ควรจะทำผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หรือรอทำผ่าตัดภายหลัง 6 สัปดาห์ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมาโดยเฉพาะการอักเสบติดเชื้อ

4.2 Hot Conization เป็นการตัดเนื้อปากมดลูกเป็นรูปกรวยโดยใช้ Electric blade ซึ่งปัจจุบันไม่นิยมทำกันแล้ว เพราะชิ้นเนื้อที่ได้ออกมาจะถูกทำลายโดยกระแสไฟฟ้า ทำให้วินิจฉัยพยาธิสภาพไม่ได้

5. Loop Electrical Excision Procedures (LEEP) เป็นการใช่วงลวดที่ทำจากลวดเส้นผ่าศูนย์กลางเล็ก 0.5 มม. และใช้กำลังไฟสูง 35-55 Watt ไหลผ่านเพื่อมาตัดให้กว้างครอบคลุมบริเวณรอยโรคของปากมดลูก โดยต้องใช้ Speculum พลาสติกที่มีรู Suction ติดอยู่ และฉีดยาชา 1% Xylocaine ที่บริเวณ 3, 6, 9, 12 ของนาฬิกาปากมดลูก ภายหลังทำจะมีระดูขาว 5-10 วัน (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ ,2547: 182-184)

6. การตัดชิ้นเนื้อ (Punch Biopsy) เป็นการตัดชิ้นเนื้อขนาดเล็ก บริเวณที่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง และส่งชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา หลังการตัดอาจมีเลือดออกเล็กน้อย แพทย์จะใช้ก้อนผ้าใส่ไว้ในช่องคลอด เพื่อกดบริเวณแผลไม่ให้เลือดออก และให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นใน 2-3 สัปดาห์

### 1.8 การป้องกันและควบคุมเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ (Cervical Cytological Abnormalities Prevention)

วิธีการป้องกันและควบคุมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามองค์การอนามัยโลกคือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกที่เป็นที่ทราบกันแล้วว่าเกิดจากไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และถุงยางอนามัยก็ไม่สามารถป้องกันได้ทุกราย ดังนั้นการป้องกันระดับปฐมภูมิในมะเร็งปากมดลูกจึงได้แก่ การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งคงจะเป็นไปได้ยาก หรือลดความสำล่อนทางเพศ นอกจากนี้ได้มีการพัฒนาวัคซีนเอชพีวีเพื่อการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านการติดเชื้อเอชพีวี แต่จะป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์เดียวกับวัคซีนที่ฉีดเท่านั้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่การวินิจฉัยโรคมะเร็งให้ได้ในระยะต้นๆ หรือการตรวจวินิจฉัยให้ได้ในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ในประเทศไทยส่วนมากพบในระยะที่ 2 และการตรวจภายในเพียงอย่างเดียวก็จะทำให้วินิจฉัยระยะที่ 1 ได้มากขึ้น อันเป็นผลทำให้ผลการรักษาและอัตราการรอดเพิ่มขึ้น มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีความผิดปกติก่อนจะเกิดเป็นมะเร็ง โดยไม่มีอาการเป็นเวลานานประมาณ 10-15 ปี ถ้าคัดกรองได้ในระยะนี้ และได้รับการรักษาซึ่งกระทำได้ง่ายและได้ผลดีก็จะเป็นการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกดังที่ได้มีการดำเนินการอยู่ในประเทศที่พัฒนาแล้ว

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention) คือการป้องกันโดยการพัฒนาวิธีการรักษาให้ได้ผลดีขึ้น เมื่อพิจารณาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และผลการรักษามะเร็งปากมดลูกในช่วงระยะเวลาต่างๆ โดยรวบรวมข้อมูลจากที่ต่างๆ ทั่วโลก พบว่าอัตราการรอด 5 ปี เพิ่มขึ้นจาก 55.7% ในระหว่างปี ค.ศ. 1973-1975 เป็น 72.2% ในรายงานล่าสุดปี ค.ศ. 1993-1995 ซึ่งผลการรักษาดีขึ้น เกิดจากการพัฒนาวิธีการรักษา และการค้นพบมะเร็งในระยะต้นมากขึ้น สำหรับการพัฒนาให้ได้ผลการรักษาให้ดีขึ้นกว่านี้คงจะมีความลำบากและคงต้องใช้ทรัพยากรอย่างมาก ดังนั้นสิ่งที่ที่ดีที่สุดคือการพัฒนาการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยการคัดกรองในระยะก่อนเป็นมะเร็ง (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2545: 244-246)

### 1.9 ผลกระทบทางจิตใจในผู้ป่วยที่มีผลเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ

เมื่อผู้ป่วยรับทราบว่าการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ ส่วนใหญ่จะเกิดความวิตกกังวลอย่างมาก ทั้งในแง่ความกลัวว่าจะเป็นมะเร็ง และความกังวลต่อขั้นตอนการตรวจ การรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ดังนั้นการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย การรักษาภาวะแทรกซ้อนหรือผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผลการรักษาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสื่อสาร บวกกับความพยายามเข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างจริงจังจะมีประโยชน์อย่างมากในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ อย่างไรก็ตามควรใช้คำพูดที่เข้าใจง่ายด้วย (สายบัว ชี เจริญ, 2546: 166) สตรีที่ได้รับจดหมายแจ้งผลรายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่าผิดปกติ ก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าทางด้านจิตใจแก่สตรี ระยะเวลาการซึมเศร้าขึ้นอยู่กับการยอมรับในเนื้อความในจดหมาย และความอับอาย ความไม่สะดวกสบาย ความกดดันจากกระบวนการรักษา ซึ่งเป็นเหตุผลพบประมาณร้อยละ 10-61 อาจทำให้สตรีขาดการตัดสินใจที่ถูกต้องในการที่จะไปรับการตรวจรักษาต่อไป (Shinn et al., 2004) ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมการสนับสนุนทางโทรศัพท์เพื่อให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้สตรีพูดระบายความรู้สึก ให้คำปรึกษาตามที่สตรีต้องการ และกระตุ้นเตือน ร่วมวางแผนการมาตรวจตามนัด และสร้างแรงจูงใจในการมาตรวจตามนัด ซึ่งถือเป็นสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมคือการมาตรวจตามนัด

#### บทบาทพยาบาลในการให้คำปรึกษาสตรีที่มีเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ

สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ ในวันที่สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีต้องการทราบผลการตรวจและหวังว่าผลการตรวจจะออกมาปกติ การให้ความรู้ ข้อมูล เป็นสิ่งที่ทำให้สตรีมีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถวางแผน และปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ต่อไป และเมื่อสตรีทราบข่าวร้าย สตรีต้องการการระบายความรู้สึก กำลังใจจากบุคคลใกล้ชิด คำแนะนำจากบุคลากร เพื่อการทำความเข้าใจกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น และวางแผนการดูแลตนเองต่อไป การให้คำปรึกษา และคำแนะนำจากบุคลากรที่มีสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ หมายถึง กระบวนการในการช่วยเหลือบุคคลให้มีสุขภาพะที่ดีที่สุด สมบูรณ์ที่สุด ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ สถิติปัญญา สังคมและจิตวิญญาณ โดยอาศัยเทคนิควิธีการในการให้คำปรึกษา และพื้นฐานความรู้ในด้านสุขภาพอนามัยของผู้ให้คำปรึกษา ในการช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจตนเอง ยอมรับเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตน สามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับตนเองในการดูแลสุขภาพ รวมถึงเจตคติ ค่านิยม และการปฏิบัติตนอย่างเหมาะสม และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขเต็มตามศักยภาพของตน (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549: 6)

การให้คำปรึกษารายบุคคล เป็นกระบวนการปรึกษาที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล 2 คน โดยที่ผู้มีปัญหาพบผู้ให้คำปรึกษาที่มีความรู้ และทักษะในการให้คำปรึกษา เพื่อจัดการกับปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และประสบความสำเร็จในชีวิต การให้คำปรึกษารายบุคคลมักเป็นปัญหาทางอารมณ์ และจิตใจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 83)

ลักษณะปัญหาที่เหมาะสมสำหรับการให้คำปรึกษารายบุคคล เน้นปัญหาดังนี้

1) อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องการระบายด้วยความรู้สึกไว้วางใจ และปลอดภัยในการพูดกับผู้ให้คำปรึกษาโดยตรง

2) ปัญหาส่วนตัว ที่ต้องการความเฉพาะเจาะจง

3) ปัญหาการปรับตัวด้านต่างๆ รวมถึงการพัฒนาตนเอง

4) การแก้ปัญหา การตัดสินใจ ในสภาพการณ์เฉพาะราย เฉพาะเรื่อง

เทคนิคและกลวิธีในการให้คำปรึกษา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549: 78-

81)

1) การเริ่มต้นให้คำปรึกษา (Opening the interview) ในระยะแรกผู้ให้คำปรึกษาและผู้ขอรับบริการ อาจจะมีความรู้สึกใหม่ต่อกัน หรือรู้สึกตื่นเต้น ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องหาทางสร้างบรรยากาศให้รู้สึกผ่อนคลาย เป็นกันเอง และใช้คำถามการเริ่มต้นสนทนา ด้วยการทักทายเรื่องทั่วไป เช่น ใช้คำว่า "สวัสดี" เป็นต้น

2) การตั้งคำถาม (Questioning) ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้เทคนิคการตั้งคำถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้รับคำปรึกษา หรืออาจใช้คำถามเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจตัวเอง หรือให้สะท้อนความรู้สึกและทัศนคติ

3) การซักถามตรงๆ (Probing) เป็นการตั้งคำถามตรงปัญหา กลวิธีนี้ใช้ได้กับผู้รับคำปรึกษาที่พยายามเลี่ยงที่จะกล่าวถึงจุดสำคัญของปัญหาตลอดเวลา

4) การเสนอแนะ (Suggestion) เป็นวิธีที่ผู้ให้คำปรึกษาใช้บ่อย การเสนอแนะจะต้องหาวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ขอรับคำปรึกษารู้จักแนะนำตนเอง มีวินัยในตนเอง และจัดการกับปัญหาด้วยตนเอง มากกว่าการเสนอการแก้ปัญหาให้โดยตรง

5) การตีความหมาย (Interpretation) ผู้ให้คำปรึกษากล่าวถึงบางอย่างที่มีความหมายสืบเนื่องจากที่ผู้รับคำปรึกษาได้กล่าวไปแล้ว จะช่วยให้ผู้ขอรับคำปรึกษาเข้าใจแจ่มแจ้งเร็วขึ้น

6) การเงียบและการฟัง (Silence and Listening) ผู้ให้คำปรึกษาเงียบ เพื่อคอยฟังเรื่องราวต่าง ๆ แสดงถึงความสนใจและยอมรับ แต่ต้องดูจังหวะ ไม่ทิ้งช่วงจนเกิดความเงียบนานเกินไป

7) การให้ความกระจ่างแจ้ง (Clarification) ผู้ให้คำปรึกษาพยายามสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้รับคำปรึกษา โดยสรุปคำพูดเรื่องราว และสิ่งที่สังเกตได้ ให้ผู้ขอรับคำปรึกษากระจ่างแจ้ง เข้าใจในปัญหาของเขา ซึ่งอาจมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาได้

8) การแสดงความเห็นชอบด้วย (Approval) เป็นวิธีส่งเสริม สนับสนุนหรือให้กำลังใจ ในการคิดและตัดสินใจ

9) การให้ความมั่นใจ (Assurance) เป็นการให้ความมั่นใจแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา ในการเลือกและตัดสินใจในเรื่องราวของตน ใช้เมื่อผู้ให้คำปรึกษาอยากให้ผู้ขอรับคำปรึกษาใคร่ครวญแล้วว่าจะไม่เกิดผลเสียที่หลัง

10) การย้ำเพื่อให้เกิดความมั่นใจ (Reassurance) เป็นการให้กำลังใจ เพื่อลดความเครียด ความกังวลใจ

11) การสะท้อนความรู้สึก (Reflection of feeling) เป็นการทำความเข้าใจ ข้อความหรือคำพูดของผู้รับคำปรึกษา แสดงถึงความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

12) การสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตพฤติกรรม กระแสเสียง สีหน้า ท่าทางขณะสนทนา จะช่วยให้ผู้ให้คำปรึกษาสามารถ เข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับคำปรึกษา ช่วยให้สามารถจับประเด็นปัญหาที่แท้จริง

13) การแนะนำ (Advising) เป็นการให้คำชี้แนะโดยตรง เพื่อช่วยแก้ปัญหา โดยอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ของผู้ให้คำปรึกษา

14) การกระตุ้นให้กำลังใจ (Encouragement) กระตุ้นให้กำลังใจ มักใช้กับผู้ที่มีความมั่นใจว่าจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้

15) การชักชวน (Persuasion) เป็นวิธีการที่ผู้ให้คำปรึกษาพยายามทำให้ผู้ขอรับคำปรึกษายอมรับความเห็นของตน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องระมัดระวังมาก อาจเกิดการขัดแย้งได้

16) การท้าทาย (Challenge) เป็นการใช้คำพูดในลักษณะ ปฏิเสธ ดุหมั่น ตำหนิ ผู้ขอรับคำปรึกษาตรงๆ เป็นการดูถูกอย่างสุภาพ ทั้งนี้ต้องมั่นใจในสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้ขอรับคำปรึกษาเป็นอย่างดีแล้ว

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนให้คำปรึกษารายบุคคลหลังจากพบแพทย์ และการสนับสนุนทางโทรศัพท์ ซึ่งทั้งหมดต้องใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาโดยเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสตรีแต่ละราย

## 2. การมาตรวจตามนัด (Compliance)

Evangelista (1999) ได้ศึกษาโดยอันดับแรกค้นหาคำว่า "Comply" และให้ความหมายของคำว่า "Compliance" ว่าเป็นการลงมือหรือกระบวนการสนองตามคำขอ เมื่อมีความต้องการการร้องขอ หรือข้อเสนอแนะ รวมไปถึงการบังคับ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับนิสัย การยอมรับของบุคคลว่าจะปฏิบัติตามคำขอหรือไม่ หากปฏิบัติตามคำขอก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ เช่นการมาตรวจตามนัด

ข้อดีของการมาตรวจตามนัดเมื่อมีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกตินั้นทำให้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติก่อนจะลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก (Cervical Intraepithelial Neoplasia) ซึ่งเป็นผลดีต่อการตรวจรักษาและการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะเวลาที่เหมาะสม (พิชัย เจริญพานิช, 2535) ปัญหาที่ตามมาจากการไม่มาตามนัดนั้น ทำให้เซลล์ที่ผิดปกติจะเปลี่ยนแปลงไปอย่างช้าๆ กินเวลาประมาณ 1-5 ปี และพบว่าประมาณร้อยละ 30-70 ของมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น (Carcinoma in situ) กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาประมาณ 5-10 ปีเท่านั้น (สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์, 2542) ที่สำคัญสตรีบางรายอาจมีการลุกลามของความผิดปกติในระยะเวลาอันสั้นเพียง 12-18 เดือน หรือนานถึง 10 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดและสาเหตุของการเกิดความผิดปกติ ซึ่งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญต่างให้ความเห็นว่าเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติระดับที่ 3 พร้อมทั้งจะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ตลอดเวลา ดังนั้นการส่งเสริมการมาตรวจตามนัดในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติจึงเป็นสิ่งสำคัญมาก

ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาถึงปัจจัยและโปรแกรมที่ส่งเสริมการมาตรวจตามนัดมากมาย เช่น โปรแกรมการส่งเสริมการมาตรวจตามนัดร่วมกับการให้คำแนะนำในผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน โดยใช้การติดต่อผ่านทางบริการทางโทรศัพท์ (Sprivulis et al., 2004) และการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ โดยดูต้นทุนและประโยชน์ในการแนะนำให้สตรีมาตรวจตามนัดโรคมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (Wu et al., 2004) ในเครือข่ายมะเร็งระดับนานาชาติศึกษาแนวทางการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยมะเร็งพบว่า การตัดสินใจเลือกการรักษามีส่วนสำคัญ ต้องมีการชี้แจงรายละเอียดที่เป็นอันตรายคุกคามชีวิตและการรักษาที่จะได้รับก่อนเขตนยินยอม การให้ยาต้องมีแนวทางเดียวกันและมีแนวทางเดียวกันหากต้องการเปลี่ยนยา และมีการสนับสนุนด้านความคาดหวังในชีวิต (Landercaasper et al., 2006) อย่างไรก็ตามการศึกษาในสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดและโปรแกรมที่ส่งเสริมการติดตามดังนี้

Thinkhamrop และคณะ (1998) ศึกษาการติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ทั้งด้านทัศนคติและเหตุผล ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบอัตราการไม่มาตรวจตามนัดของสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติพบร้อยละ 41.10 ไม่มา

ตรวจตามนัด และสตรีที่ไม่มาตรวจตามนัดส่วนใหญ่ พบว่าขาดข้อมูลข่าวสาร เช่น ไม่ได้รับจดหมายแจ้งผลจากโรงพยาบาล ไม่เข้าใจข้อความในจดหมาย และเข้าใจว่าเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติไม่อันตราย ดังนั้นการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพและผู้ป่วยและการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญในการติดตามสตรีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ราตรี ฉายากุล (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของสตรีในภาคใต้ที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ โดยศึกษาปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคมกับการมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า สตรีในภาคใต้ที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ มาตรวจตามนัดเพียงร้อยละ 66.70 ไม่มาตรวจตามนัดถึงร้อยละ 33.30 และระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจตามนัดของสตรีในภาคใต้ที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ .05 กับการมาตรวจตามนัดของสตรีในภาคใต้

กนกพร อิทธิวิศวกุล (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผลการศึกษาพบว่า อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเท่ากับ 40.76 ปี ผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติเป็น ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL, SCC, AIS และ adeno CA มีผลทางพยาธิวิทยาเป็นรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกชั้นสูง (HSIL) ร้อยละ 12.6, 23.5, 11.7, 60.8, 45.0, 66.7 และ 12.5 ตามลำดับ ในขณะที่พบว่ามีผลทางพยาธิวิทยาเป็นมะเร็งร้อยละ 2.2, 11.8, 0.7, 8.6, 40.0, 11.1 และ 62.5 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างผลการตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติชั้นสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จะเห็นได้ว่าความชุกของมะเร็งปากมดลูกในกรณีที่เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น ASC-US, LSIL หรือ HSIL พบสูงกว่าในต่างประเทศ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มักพบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งระยะลุกลามมากแล้ว ขณะที่ในประเทศอเมริกาสามารถตรวจคัดกรองผู้ป่วยได้ตั้งแต่เป็นรอยโรคที่ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง และยังสามารถครอบคลุมการตรวจคัดกรองได้กว้างขวางมากกว่าประเทศไทย

Jones และคณะ (1988) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการเพิ่มการมาตรวจตามนัดในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุ ผลของการมาตรวจตามนัดในคลินิกและการใช้โทรศัพท์ โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวบรวมข้อมูล 500 คน แบ่งเป็น 1) กลุ่มควบคุม A ให้การพยาบาลตามปกติและไม่ใช้โทรศัพท์ติดตาม 2) กลุ่มทดลอง B ให้การพยาบาลตามปกติและใช้โทรศัพท์ติดตามตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3) กลุ่มทดลอง C ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพยาบาลและการใช้โทรศัพท์ติดตาม 4) กลุ่มทดลอง D ใช้แบบแผนความ



เชื่อด้านสุขภาพในการพยาบาลและการใช้โทรศัพท์ติดตามและเพิ่มการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 3 กลุ่มมีการมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มควบคุม A อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Paskett (1989) ศึกษาแรงจูงใจในการมาตรวจตามนัดในสตรีที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าสตรีประมาณร้อยละ 60 จะมารับการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่าง 161 คน กลุ่มทดลองได้รับจดหมายแจ้งและจุลสารให้ความรู้ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับจดหมายแจ้งอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าอัตราการมาตรวจตามนัดกลุ่มที่ได้รับการติดตามโดยจดหมายและจุลสารจะมีความสนใจในการมาตรวจตามนัดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับจดหมายแจ้งอย่างเดียว และพบว่าการให้คำแนะนำเป็นพิเศษมีประโยชน์อย่างยิ่งในการสร้างแรงจูงใจในการมาตรวจตามนัด

Funke และ Nicholson (1993) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจตามนัดในสตรีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ สัปดาห์กลุ่มตัวอย่าง 272 คน มี 29 คน ไม่มาตรวจตามนัด คิดเป็นร้อยละ 11 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการไม่มาตรวจตามนัดได้แก่ ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองที่ได้รับและการตัดสินใจเกี่ยวกับผลที่ได้รับ ซึ่งการได้รับคำแนะนำที่ถูกต้องจะมีผลต่อการตัดสินใจมาตรวจตามนัดของสตรี

Yabroff และคณะ (2000) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลที่ใช้ในการติดตามหลังจากผลการตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ พบว่าจาก 22 รูปแบบการพยาบาลมีการใช้ประโยชน์จากการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ เพิ่มอัตราการมาตรวจตามนัดจากร้อยละ 24 เป็นร้อยละ 31 รูปแบบในการติดตามโดยการเตือนความจำให้แก่ผู้ป่วย ประสบผลสำเร็จเพิ่มการติดตามได้ถึงร้อยละ 18

Abercrombie (2003) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อติดตามสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยร้อยละ 10 จะมีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติด้วย และสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีจำนวนมากที่ไม่กลับมารับการดูแลรักษาหลังจากทราบผลแล้ว ซึ่งจากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมาตรวจคือ อายุ พบว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 40 ปีจะมาตรวจน้อย ความกลัว ยังไม่เห็นปัญหา ยังไม่มีอาการแสดงของโรค สภาพชีวิต ฐานะ การสนใจเกี่ยวกับสุขภาพ และการจัดการดูแลสุขภาพ สรุปว่าการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติทางคลินิกจะต้องมีการศึกษาต่อในอนาคตในการติดตามสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

Chan และคณะ (2004) ศึกษาการให้ข้อมูลก่อนการส่องกล้องตรวจภายในช่องคลอดและการให้คำปรึกษาเพื่อลดความวิตกกังวล และให้ความรู้เพิ่มขึ้น และการติดตามให้มาตรวจตามนัด โดยให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์และร่วมกับอภิปรายกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่าสตรีมีความรู้เพิ่มขึ้นทั้ง

จากได้รับข้อมูลก่อนการส่องกล้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความวิตกกังวลลดลงและมาตรวจรักษาตามนัดมากขึ้น

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจตามนัดในสตรีที่มีเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ คือ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมการติดตามสตรีกลุ่มดังกล่าว โดยการจัดโปรแกรมให้ครอบคลุมทุกปัจจัย สอดคล้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ผู้วิจัยศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมนัดจะกล่าวถึงต่อไป

### 3. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การพัฒนา HBM ในครั้งแรก Hochbaum และคณะ เริ่มจากแนวความคิดตามแนวความคิดทฤษฎีของ Kurt Lewin ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมนั้นๆ" คือ สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือ แม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพคิดก็ตาม

Rosenstock (1974) ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของ HBM ไว้คือการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดี ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่มีอุปสรรคมาขัดขวางการปฏิบัติ เช่นค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวดและอายุ เป็นต้น

จากการศึกษาของ Becker และ Maiman (1975) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี โดยต่อมา Becker และคณะ (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเพิ่มองค์ประกอบสิ่งชักจูงไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งรวมถึงความใส่ใจ (Concern) เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ความตั้งใจ (Intention) ของบุคคลที่จะแสวงหาความป้องกันโรค และการรักษาโรค และปัจจัยร่วม (Modifying factors) เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค และสิ่งชักนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย รวมไปถึงพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งรายละเอียดของแต่ละองค์ประกอบสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทาง คือ ความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะป่วยเป็นโรคต่างๆ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถือว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ โดยจะส่งผลให้บุคคลเกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรค

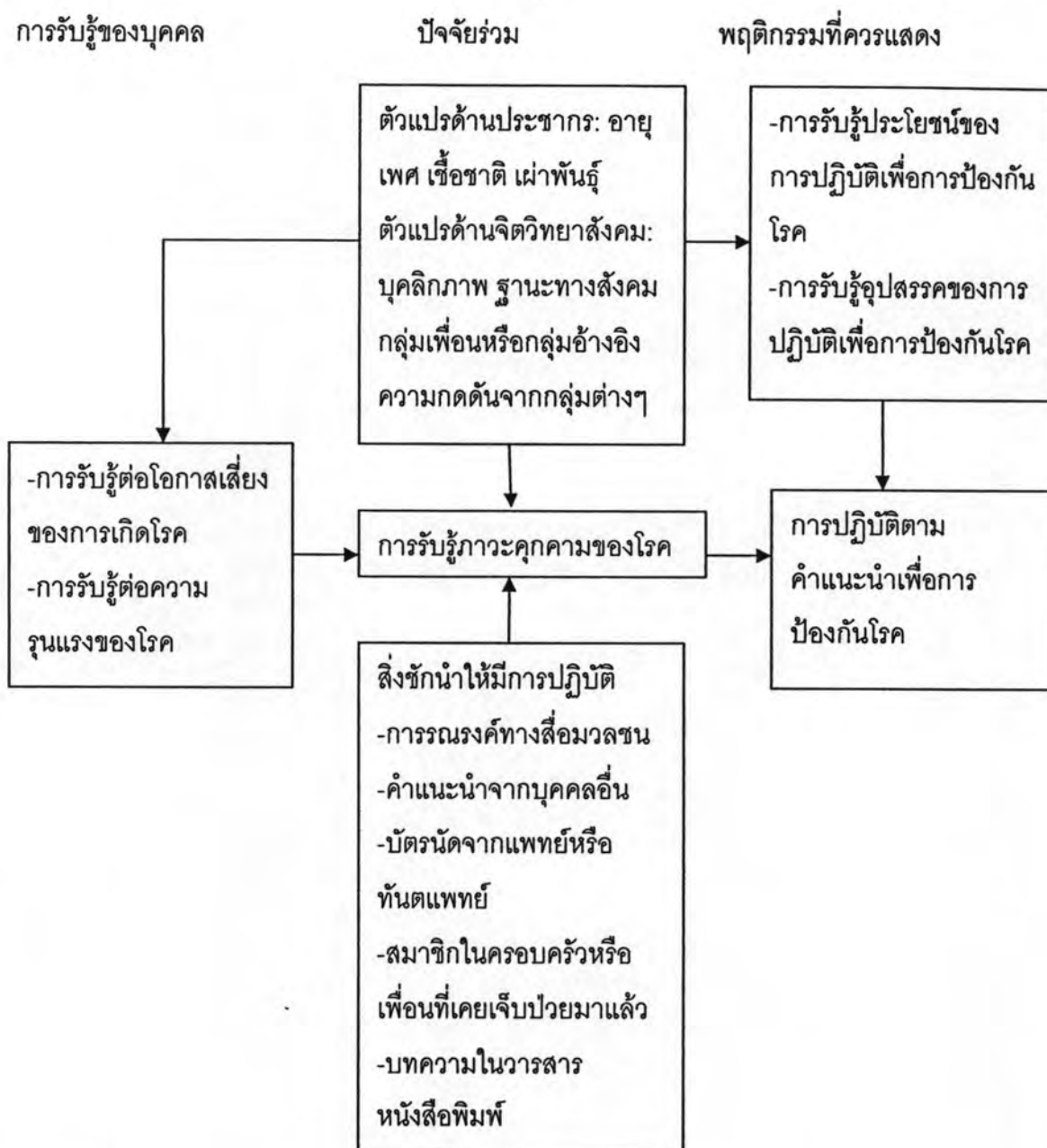
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความลำบาก การใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค กระทบกระเทือนฐานะทางสังคม เกิดความพิการของร่างกายจนกระทั่งสูญเสียชีวิต เพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสียและอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ ครอบครัวของตนเองแล้ว การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้องก็จะเกิดขึ้นได้น้อย

3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันและการรักษา (Perceived Benefits and Barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีการรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเกิดโรคและถ้าเป็นแล้วจะเกิดความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดผลต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม บุคคลก็จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการปฏิบัติในการรักษาตนเองให้หายจากโรค และบุคคลนั้นต้องยอมรับว่าวิธีดังกล่าวมีประโยชน์เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ตนเองหายจากโรค ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่เป็นสิ่งที่มามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ในกรณีที่มีการปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น ความไม่สะดวกในเรื่องต่างๆ ความอาย ความเจ็บปวด และไม่สะดวกสบายของการรักษา ค่าใช้จ่าย พฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อและวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจึงเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์ต่อเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ดังนั้นการรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและการรักษาโรค

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าจากภายในและภายนอก เช่น ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ความตั้งใจของบุคคลที่จะแสวงหาการรักษาโรค การได้รับข่าวสารที่เกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไปความ

พอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ จะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่างๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น ปัจจัยด้านประชากร สถานภาพทางสังคม ทัศนคติ ตลอดจนปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่มสังคมด้านต่างๆ ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันรักษาสุขภาพด้วยเช่นกัน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคในเรื่องปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม ทัศนคติ การรับรู้ของบุคคล ความสัมพันธ์ของการตอบสนองของบุคคลกับปัจจัยด้านอื่นๆ Becker และ Maiman (1975) จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังแผนภูมิที่ 1



### แผนภูมิที่ 1 "แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ" ใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค

(Becker and Maiman, 1975: 12)

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยสรุปแล้วอธิบายพฤติกรรมของบุคคลใน การที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ การเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ทั้งสองอย่างนี้จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะ คุกคาม ทำให้ผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยบุคคลจะต้องเลือกวิธี ปฏิบัติที่ดีที่สุด เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย และเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับ และผลเสียที่ไม่ ปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น

ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติด้านการป้องกันโรคของบุคคลนั้นๆ ด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดโปรแกรมส่วนที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ การให้คำปรึกษา รายบุคคล และการให้ข้อมูลผ่านสื่อคู่มือเรื่อง "ทำอย่างไร เมื่อตรวจพบเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ" แก่สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกรายในกลุ่มทดลอง ใช้เวลา 15 นาที เพื่อ 1) ส่งเสริมการรับรู้ของสตรีในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีเนื้อหาดังนี้ สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัย และการรักษามะเร็งปากมดลูก 2) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจตามนัด มีเนื้อหาดังนี้ ข้อดีของการมาตรวจตามนัด การเตรียมตัวมาตรวจตามนัด ข้อเสียของการไม่มาตรวจตามนัด ส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางโทรศัพท์ แก่สตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ กลุ่มทดลอง เพื่อให้กำลังใจ ให้ข้อมูลสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ โดยการโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 10 นาที ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ให้สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ คือการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน เพื่อให้สตรีเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและปฏิบัติพฤติกรรมคือการมาตรวจตามนัด

#### 4. การติดต่อสื่อสารโดยใช้โทรศัพท์

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารโทรคมนาคมโดยเฉพาะการสื่อสารทางโทรศัพท์ที่มีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบัน ที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เดิมหน้าที่หลักของโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อด้านธุรกิจ ปัจจุบันได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งได้นำโทรศัพท์มาใช้ติดตามประชากรกลุ่มต่างๆ เช่นในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลันที่กลับบ้าน (Wheeler and Waterhouse, 2006) สนับสนุนทางจิตสังคมในผู้ป่วยมะเร็ง (Cook and Bottomley, 1998) ติดตามความพึงพอใจของผู้ป่วยในการให้บริการของพยาบาล (Moscatto et al., 2007) บริการให้คำแนะนำผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค (Valanis et al., 2007) การให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (เด่นสุรางค์ ภิรมย์สวัสดิ์, 2539) การติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ราชินี ศรีนิรัญ, 2544) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางโทรศัพท์ (นงคินุช สุเมธ, 2545) บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ 24 ชั่วโมง (สุจิรา เนาวรัตน์, 2544) เตือนผู้ป่วยในการใช้ยาลดความดันโลหิต (นรรัตน์ สมเพชรและคณะ, 2550) ให้

ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยกระดูกพีเมอร์หัก (นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุลและคณะ, 2550) ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวาน (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2547)

#### 4.1 ความหมาย

รัชนี ศรีศิริบุญ (2544) ให้ความหมายของการติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึงการกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรงในพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สุจิตรา เนาวรัตน์ (2544) ให้ความหมายของการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หมายถึงกระบวนการให้ความช่วยเหลือบุคคล ซึ่งประสบปัญหาหรือความยุ่งยากใจในการดำเนินชีวิต อาศัยสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ให้การปรึกษา และผู้รับการปรึกษาโดยใช้ศิลปะในการสื่อสารช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจในตนเอง ซึ่งนำไปสู่การแก้ปัญหา และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2547) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ หมายถึงการสอน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค อธิบายให้เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ และภาวะแทรกซ้อนและการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้ปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุลและคณะ (2550) ให้ความหมายของการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ ว่าเป็นการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ ให้คำแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจและสังคม

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของ การสนับสนุนทางโทรศัพท์ ว่าหมายถึงการช่วยเหลือสตรีที่ประสบปัญหา หรือความยุ่งยากใจ หลังจากได้ทราบข่าวร้าย โดยการเปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำตามที่สตรีต้องการ เพื่อให้สามารถเข้าใจสาเหตุของความผิดปกติ สามารถวางแผนการตัดสินใจในการมาตรวจรักษาได้อย่างเหมาะสม และการกระตุ้นเตือนให้สตรีมาตรวจตามนัด

#### 4.2 ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ (สุนันทา คำพอ, 2540: 198-199)

1) ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ตามแบบรุ่นที่มีอยู่ให้ถ่องแท้ ก่อนลงมือใช้ เตรียมข้อมูลที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมค้นหาสอบถามหมายเลขโทรศัพท์ให้แน่นอนก่อนลงมือใช้

2) เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดีค่ะ บอกชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงาน ใส่ยิ้มลงไปในน้ำเสียง (Put a smile in your voice) พูดเสียงนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วยแทนคำสรรพนาม

3) บอกเหตุผลที่โทรศัพท์มา และประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้คำถามเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้น และกระชับ

4) ในระหว่างที่พูดโทรศัพท์ควรจะสอดแทรกคำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องที่สมควรหรือนัดหมายการโทรศัพท์ครั้งต่อไป

5) ใช้เวลาในการโทรศัพท์พอสมควร อย่าให้นานจนน่าเบื่อ หรือรีบร้อนเกินไป

6) ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มา และสรุปแผนการพยาบาล ทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน ถ้ามีข้อสงสัยหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้องให้แก้ไข

7) ยุติการสนทนาโดยใช้คำว่า "สวัสดี"

#### 4.3 ระยะเวลาในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์

พฤติกรรมของบุคคลเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่นาทีแรกที่มีสิ่งเร้ามากระตุ้น (ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าวิธีการและระยะเวลาในการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ มีดังนี้

เด่นสุรางค์ ภิรมย์สวัสดิ์ (2539) ศึกษาอัตมโนทัศน์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ หลังได้รับคำปรึกษาทางโทรศัพท์ 1 เดือน จำนวน 40 ราย พบว่ามีผลให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ร้อยละ 71.5 มีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ 5-6 ครั้ง ร้อยละ 30

รัชณี ศรีธีรบุญ (2544) การติดตามผู้ป่วยจิตเภททางโทรศัพท์หลังจำหน่ายผู้ป่วย จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน โดยติดตามใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย และติดตามซ้ำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 6 สัปดาห์ ใช้เวลาแต่ละครั้งนาน 15-20 นาที มีผลทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องมากขึ้น

นงศันุช สุเมธ (2545) สัมภาษณ์ผู้ป่วยอายุกรรมหญิงจำนวน 39 คนที่ได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง ครั้งแรกภายใน 48 ชั่วโมงหลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 ก่อนถึงวันนัด 1 วัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากทั้งในด้านการสร้างสัมพันธภาพ ความไว้วางใจ และการให้ความรู้

วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ของผู้ป่วยเบาหวาน 40 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ให้ความรู้เป็นรายบุคคล 2 ครั้ง ครั้งละ 15-20 นาที โดยครั้งแรกกับครั้งที่สองห่างกัน 5 วันทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นและมีความพึงพอใจในระดับมากอีกด้วย



นรรัตน์ สมเพชรและคณะ (2550) พบว่าผลของการเตือนทางโทรศัพท์จำนวน 62 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31 รายและกลุ่มควบคุม 31 ราย เตือนทางโทรศัพท์จำนวน 4 ครั้ง ครั้งแรก หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ครั้งที่ 3 หลังวันที่มารับยาตามนัดแล้ว 1 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 อีก 2 สัปดาห์ต่อมา ใช้เวลาครั้งละ 1-5 นาทีทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุลและคณะ (2550) พบว่าผลของการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วย 32 ราย โดยโทรศัพท์เยี่ยมผู้ป่วย 2 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 20-30 นาที/ครั้ง/ราย มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

Bullock และคณะ (2002) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้น้อย เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย จัดโปรแกรมเนื้อหาอย่างสั้นๆ ใช้เวลา 20 นาที ถ้ามีการถามตอบเพิ่มเติมจะใช้เวลา 2-60 นาที เวลาตั้งแต่ 22.00 น .เป็นต้นไป พบว่าพยาบาลมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ และมีการจัดการดูแลเตรียมทารกให้เกิดมาโดยปลอดภัย

Ouellet และคณะ (2003) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหลังจำหน่ายแล้ว กลุ่มตัวอย่าง 53 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 26 คนและกลุ่มทดลอง 27 คนจะได้รับการพยาบาลตามปกติหลังจำหน่าย และให้ข้อมูล ติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลใน 24-72 ชั่วโมงหลังจำหน่าย 1 ครั้ง โดยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามวันและเวลา และสอบถามปัญหาของผู้ป่วยและให้ข้อมูลตามลำดับความสำคัญของปัญหา ใช้เวลา 1-25 นาที ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วย 90% ยอมรับฟังการให้ข้อมูลเมื่อกลับบ้าน และมีการสอบถามปัญหาอาการโดยเฉพาะปัญหาเรื่องอาการปวด ท้องผูก บวมซึ่งต้องการคำแนะนำและกำลังใจอย่างมาก

Dewar และคณะ (2004) ศึกษาการติดตามโดยใช้โทรศัพท์หลังผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยและประสบการณ์ของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัดได้เลื่อน ผ่าตัดเอาก้อนที่ขนาดเล็กที่เต้านมออก ผ่าตัดอื่นๆ โดยใช้กล้องขนาดเล็กตัดออก โดยโทรศัพท์ติดตามในวันที่ 1-3 หลังจากจำหน่าย ใช้เวลาในการโทรศัพท์ประมาณ 5 นาทีแต่ถ้าผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ ข้อมูลก็จะใช้เวลา 20-25 นาที ในการให้ข้อมูลเรื่องอาการปวด การนอนหลับ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา อาการข้างเคียงของยา

Wong และคณะ (2005) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์โดยพยาบาลต่อสมรรถนะแห่งตนในการจัดการกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน กลุ่มควบคุม 30 คนและกลุ่มทดลอง 30 คน โดยให้การพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันที่ 3-7 หลังจำหน่าย ครั้งที่ 2 ในวันที่ 14-20 แต่ละครังใช้เวลา 10-20 นาที โดยโทรศัพท์ให้ความรู้ตามโปรแกรม และรวบรวมข้อมูลในวันที่ 29-35 ทั้งสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลอง

มีสมรรถนะในการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ดีว่ากลุ่มควบคุม มีการปฏิบัติตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลสุขภาพด้านอื่นๆ

Wheeler และ Waterhouse (2006) ก็ยังพบว่าการพยาบาลโดยใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ป่วยหัวใจวาย 40 คนโดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน โทรศัพท์ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ เมื่อกลับบ้าน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นเวลา 12-14 สัปดาห์ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนต่างๆ ลดลงและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยด้วย

Shearer และคณะ (2007) ศึกษาการใช้โทรศัพท์เสริมพลังอำนาจแก่ตนเองในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง 90 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 45 คนและกลุ่มทดลอง 45 คน โทรศัพท์ติดตามทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งแรกเมื่อกลับบ้านในวันที่ 1-3 หลังจำหน่าย และติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 8 และ 12 พบว่าผู้ป่วยมีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

จะเห็นได้ว่าการใช้โทรศัพท์ในการติดตาม ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม พบได้ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกการโทรศัพท์ติดตาม 2 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลาอย่างน้อย 10 นาที โดยให้ข้อมูลตามขั้นตอนของการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ตามที่ได้ออกแบบไว้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความครอบคลุมมากที่สุดในการโทรศัพท์ติดตามสตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติให้มาตรวจตามนัด

## 5. การพัฒนาโปรแกรมการใช้ข้อมูลและสนับสนุนทางโทรศัพท์

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนามาเป็น โปรแกรมการใช้ข้อมูลและสนับสนุนทางโทรศัพท์ ในการติดตามให้สตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติมาตรวจตามนัด โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ การให้คำปรึกษารายบุคคล และการให้ข้อมูลผ่านสื่อคู่มือเรื่อง "ทำอย่างไร เมื่อตรวจพบเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ" แก่สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกรายในกลุ่มทดลอง การดูวีดิทัศน์ใช้เวลา 15 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมการรับรู้ของสตรีในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีเนื้อหา ดังนี้ สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก 2) ส่งเสริมการรับรู้ของสตรีในเรื่องการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจตามนัด มีเนื้อหา ดังนี้ ข้อดีของการมาตรวจตามนัด การเตรียมตัวมาตรวจตามนัด ข้อเสียของการไม่มาตรวจตามนัด หลังจากนั้นให้สตรีตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพ และการให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินสภาพปัญหา 3) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) การร่วมวางแผน พร้อมกับแจกคู่มือเรื่อง "ทำอย่างไร เมื่อตรวจพบเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ" ให้สตรีนำกลับไปศึกษาด้วยตนเองที่บ้าน โปรแกรมส่วนที่ 1 นี้ผู้วิจัยเน้นส่งเสริมการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ตามทฤษฎีแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ก็จะเกิดการหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคาม และเลือกที่จะปฏิบัติพฤติกรรม โดยเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ประโยชน์ของการปฏิบัติด้วย อีกทั้งผู้วิจัยยังเพิ่มสิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) คือการได้รับคำปรึกษาคำแนะนำจากบุคลากรด้านสุขภาพ และคู่มือเรื่อง "ทำอย่างไร เมื่อตรวจพบเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ" ด้วย

โปรแกรมส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางโทรศัพท์แก่สตรีที่มีเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติกลุ่มทดลอง เพื่อให้กำลังใจ ให้ข้อมูลสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ โดยการโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 10 นาที (นงเยาว์ ภูริวัฒน์กุล และคณะ, 2550; Wong et al., 2005) โดยการโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ในวันที่สตรีได้รับจดหมายแจ้งผล ซึ่งผู้วิจัยส่งจดหมายแจ้งผลแบบลงทะเบียนและตรวจสอบผลการรับจดหมายกับเว็บไซต์ของไปรษณีย์ไทย เน้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูลสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก และให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินสภาพปัญหา 3) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) การร่วมวางแผน การโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ก่อนถึงวันนัด 1 วัน โดยการกระตุ้นเตือน และร่วมวางแผนการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ ซึ่งตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ให้สิ่งชักนำไปสู่การปฏิบัติคือการให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน เพื่อให้สตรีเกิดการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคและปฏิบัติพฤติกรรมคือการมาตรวจตามนัด

โดยในการโทรศัพท์ติดตามจะปฏิบัติตามขั้นตอนของการติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ดังนี้

1) ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โทรศัพท์ เตรียมข้อมูลที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมค้นหา ตรวจสอบหมายเลขโทรศัพท์ให้แน่นอนก่อนลงมือใช้

2) เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี บอกชื่อ นามสกุล สถานที่ทำงาน ใส่ยิ้มลงไปในน้ำเสียง (Put a smile in your voice) พูดเสียงนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วยแทนคำสรรพนาม

3) บอกเหตุผลที่โทรศัพท์มา และประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้คำถามเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้น และกระชับ

4) ในระหว่างที่พูดโทรศัพท์จะสอดแทรกคำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องที่

สมควรและนัดหมายการโทรศัพท์ครั้งต่อไป

- 5) ใช้เวลาในการโทรศัพท์อย่างน้อย 15 นาที อย่าให้นานจนน่าเบื่อ หรือรีบร้อนเกินไป
- 6) ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มา และสรุปข้อมูลที่ให้อีกครั้ง ทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน ถ้ามีข้อสงสัยหรือมีความเข้าใจไม่ถูกต้องให้แก้ไข
- 7) ยุติการสนทนาโดยใช้คำว่า "สวัสดี"

## 6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

อุสมพร ปุรินทรภิบาล (2532) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยประยุกต์แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ของเบคเกอร์และไมแมน ผลการศึกษาพบ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคและการรับรู้ผลดีและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มทดลองภายหลังการสอนสุขภาพ สูงกว่าก่อนการสอนสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ )

อัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับกระบวนการกลุ่ม มาเป็นกรอบในการจัดทำโปรแกรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อัตราการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ โตท่าโรง (2541) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพ ซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับการจูงใจ ต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านระหว่างกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภายหลังทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่าสตรีกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วนิดา ทางาม (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพ ที่มีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วภายหลัง

การทดลอง สตรีในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความตั้งใจที่จะตรวจสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p= 0.000$ ) และรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 71.2 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งรับบริการเพียงร้อยละ 35

ปรารธนา เพียรทอง (2545) ศึกษาผลของการให้โปรแกรมโภชนศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก หลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก การรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ค่าเฉลี่ยของปริมาณพลังงาน โปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญา ผดนิทร (2547) ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 35 ราย ใช้การอภิปรายเจาะกลุ่ม 4 ครั้ง แล้วดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์สังเกตพฤติกรรมหลังดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์และ 6 สัปดาห์ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเลือดหรือสารคัดหลั่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคจากการปฏิบัติงาน และความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อรุณีย์ ศรีนวล (2548) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวาน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงพบว่าทำให้มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความรุนแรงมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคดีขึ้น

ธัญลักษณ์ โฆราชูร์ (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโภชนาการ และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ

เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโภชนาการ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของภาวะเจ็บป่วย การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ใจเพชร พลสงคราม (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อการปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของหัวหน้าครอบครัว ศูนย์สุขภาพชุมชน กลุ่มตัวอย่าง 76 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาในกลุ่มทดลองจำนวน 7 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วย บรรยายประกอบวีดิทัศน์ อภิปรายกลุ่ม ตัวแบบเล่าประสบการณ์ และการเยี่ยมบ้าน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้แรงจูงใจของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้แรงสนับสนุนที่มีผลต่อการลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ ทักษะคติต่อการเลิกบุหรี่และการปฏิบัติตัวในการลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้การจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่มีอายุ 35-60 ปีจำนวน 92 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าทำให้มีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมากขึ้น ในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีสัดส่วนของการไปรับการตรวจมากขึ้นด้วย

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มตัวอย่าง 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ในกลุ่มทดลองได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพโดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ การนำเสนอสื่อบุคคลและกระบวนการ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

สุพรรณิ เปี้ยวนาลาว (2549) ศึกษาผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ น้ำหนักเกิน โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง 20 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายกลุ่มตามขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสการเกิดโรคจากภาวะน้ำหนักเกินหลังทดลองและ

ระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของภาวะน้ำหนักเกินหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชนิดานา เอี่ยมสะอาด (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและกระบวนการกลุ่มของผู้ป่วยโรคจิตเสีดวงทวารหนัก กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 20 คนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพได้แก่ การให้สุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กระบวนการกลุ่ม การใช้สื่อ เช่น วีดิทัศน์บรรยายเรื่องโรค แฝดทับ โบนัด แบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เจตคติเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ผลดีและอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อีกทั้งยังมีแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Jones และคณะ (1988) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ลดอัตราการมาตรวจซ้ำในผู้ป่วยที่มารักษาอาการต่างๆ ที่แผนกฉุกเฉินเช่น แ่นหน้าอก ความดันโลหิตสูง หอบหืด การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปวดศีรษะ ปวดหลังและผื่น รวบรวมข้อมูลในผู้ป่วย 500 คน แบ่งออกเป็น 1.กลุ่มควบคุม A ให้การพยาบาลตามปกติ ไม่ใช้โทรศัพท์ติดตาม 2.กลุ่มทดลอง B ให้การพยาบาลตามปกติและใช้โทรศัพท์ติดตามรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3. กลุ่มทดลอง C ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพยาบาลรวมทั้งการใช้โทรศัพท์ติดตามด้วย 4.กลุ่มทดลอง D ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการพยาบาลและการใช้โทรศัพท์ติดตามและเพิ่มการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้วย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 3 กลุ่ม มีอัตราการมาตรวจซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## 6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูล

นาฎยา เอื้องไพโรจน์ (2535) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของคู่สมรสของผู้ป่วยที่อยู่ในหอภิบาลผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผลการศึกษาพบว่าความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนและหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กล่าวคือความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน

ศรีนวล มาตย์สมบัติ (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการรับรู้และการปรับตัวของผู้ป่วยเบาหวานที่มีผลจำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มทดลองมีการปรับตัวดีกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุรวดี เจริญไชย (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ จำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีคะแนนความวิตกกังวลและคะแนนความรู้สึกเจ็บปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

นิสสาร โพธิชัย (2541) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวของบุคคลที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจจำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้า มีคะแนนการปรับตัวโดยรวมและคะแนนการปรับตัวในรายด้านสูงกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม (2542) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในรายด้านได้แก่การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน หลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อารุณี อัครศุภฤกษ์ (2547) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ผู้ป่วยสูงอายุโรคต่อกระดูกในระยะเวลาก่อนผ่าตัดจำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลจาก 39.95 ลดลงเป็น 29.10 แต่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นกว่าในกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุทธินี วัฒนกุล (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 40 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลและการสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวพีร์ จันทระเจษฎา (2547) ศึกษาผลของการจัดรูปแบบให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความวิตกกังวลของครอบครัว และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 30 รายแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย



แนวทางการปฏิบัติงาน คู่มือการปฏิบัติงาน วิดีทัศน์ เรื่อง "คำแนะนำสำหรับญาติผู้ป่วย" และแบบ  
กำกับกรปฏิบัติงาน พบว่าความวิตกกังวลหลังการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนการใช้  
รูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่  
ได้รับการใช้รูปแบบการให้ข้อมูลกับกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความพึงพอใจในการจัดการรูปแบบของพยาบาล หลังการ  
จัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนการ  
จัดรูปแบบการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

## กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการใช้ข้อมูลและสนับสนุนทางโทรศัพท์โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 1 เป็นการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์ ใช้เวลา 15 นาที โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีเนื้อหา ดังนี้ สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก 2) ส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมาตรวจตามนัด มีเนื้อหา ดังนี้ ข้อดีของการมาตรวจตามนัด การเตรียมตัวมาตรวจตามนัด ข้อเสียของการไม่มาตรวจตามนัด หลังจากนั้นให้สตรีตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยให้คำปรึกษารายบุคคล ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การประเมินสภาพปัญหา 3) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำ 4) การสนับสนุนให้กำลังใจ 5) การร่วมวางแผน พร้อมกับแจกคู่มือเรื่อง "ทำอย่างไร เมื่อตรวจพบเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ" ให้สตรีนำกลับไปศึกษาด้วยตนเอง

ส่วนที่ 2 เป็นการสนับสนุนทางโทรศัพท์แก่สตรีที่มีเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติ โดยการโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละอย่างน้อย 10 นาที โดยการโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ในวันที่สตรีได้รับจดหมายแจ้งผล เน้นให้กำลังใจ ให้ข้อมูลสนับสนุนและสร้างแรงจูงใจ เปิดโอกาสให้พูดระบายความรู้สึก และให้คำปรึกษาตามความต้องการ การโทรศัพท์ครั้งที่ 2 ก่อนถึงวันนัด 1 วัน โดยการกระตุ้นเตือน และร่วมวางแผนการมาตรวจตามนัด เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ

### การพยาบาลตามปกติ

การอำนวยความสะดวกแก่สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและให้ความรู้ในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี และการแจ้งผลติดตามสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเซลล์เยื่อปากมดลูกผิดปกติโดยการใช้จดหมายแจ้งผล

การมาตรวจตามนัด