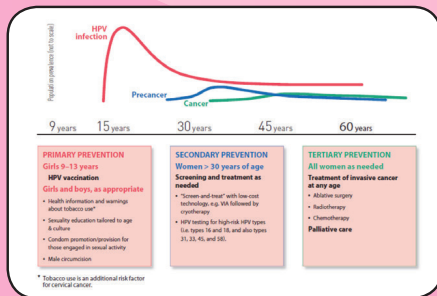
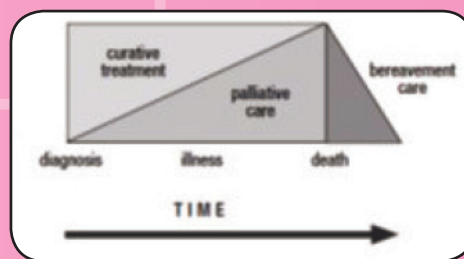
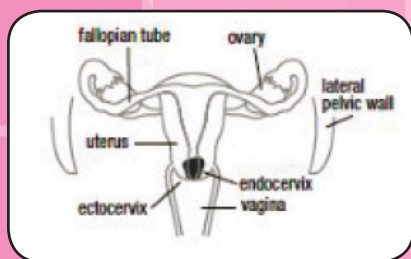
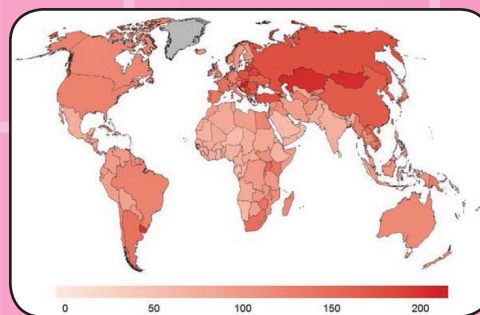
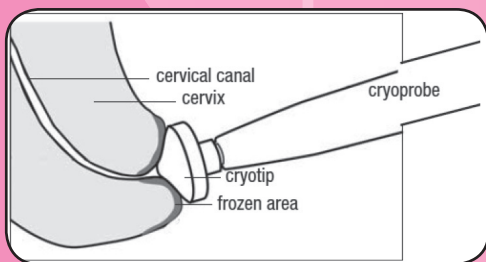


การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ

(Comprehensive Cervical Cancer Control : A guide to essential practice)



Attribute	Quadrant 1	Quadrant 2
Conventional name (abbreviation) (see note 1)	Quadrant 1 (Quadrant 1)	Quadrant 2 (Quadrant 2)
HPV types in vaccine	4, 11, 16, 18	16, 18
Disease prevention	prevent cervical cancer	prevent cervical cancer
Number of doses (see note 2) (doses)	2 doses, the second dose 6 months after the first dose	2 doses, the second dose 6 months after the first dose
Duration of protection	no decrease in protection noted during the period of observation	no decrease in protection noted during the period of observation
Prevalence	1 dose not	1- and 2-dose not
Method of administration	intramuscular injection (0.5 ml of liquid suspension)	intramuscular injection (0.5 ml of liquid suspension)
Contraindications (see section 4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> severe allergic reaction to any vaccine component or other reacting the vaccine severe febrile illness not recommended during pregnancy 	<ul style="list-style-type: none"> severe allergic reaction to any vaccine component or other reacting the vaccine severe febrile illness not recommended during pregnancy
Co-administration with other adjuvanted vaccines studied and found to be effective (see note 3) (doses)	<ul style="list-style-type: none"> Hepatitis B diphtheria/tetanus/whooping cough 	<ul style="list-style-type: none"> diphtheria/tetanus/whooping cough polio
Start date (see note 4) (doses)	26 months at 0-4°C	1 dose not 40 months at 0-4°C 2 dose not 30 months at 0-4°C

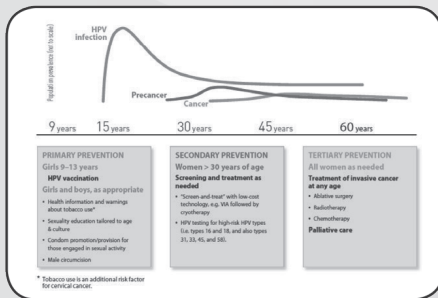


กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH

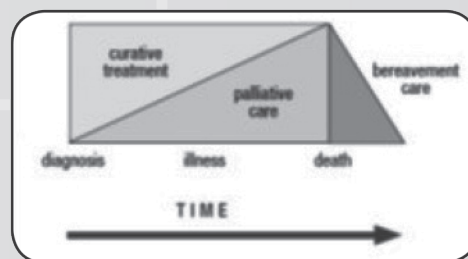
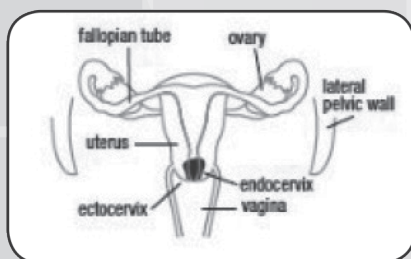
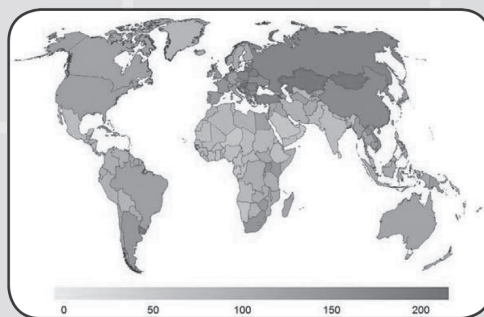
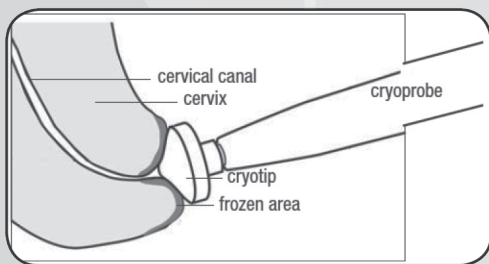


การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ

(Comprehensive Cervical Cancer Control : A guide to essential practice)



Attribute	Conventional	Thermocoagulation	Thermocoagulation
Conventional cone resection (see table 1)	Conventional	Thermocoagulation	Thermocoagulation
HPV types in capsule	6, 11, 16, 18	16, 18	16, 18
Disease progression	central cancer cervical cancer	central cancer	central cancer
Number of doses (see table 2) (total)	2 doses, the second dose 6 months after the first dose	2 doses, the second dose 6 months after the first dose	2 doses, the second dose 6 months after the first dose
Duration of protection	no decrease in protection noted during the period of observation	no decrease in protection noted during the period of observation	no decrease in protection noted during the period of observation
Prevalence	1 dose only	1- and 2-dose only	1- and 2-dose only
Method of administration	intrauterine injection 2.0 ml of liquid suspension	intrauterine injection 2.0 ml of liquid suspension	intrauterine injection 2.0 ml of liquid suspension
Contraindications (see table 4.2.5)	• severe allergy • reaction to any vaccine component or other • pregnancy • severe febrile illness • not recommended during pregnancy	• severe allergy • reaction to any vaccine component or other • pregnancy • severe febrile illness • not recommended during pregnancy	• severe allergy • reaction to any vaccine component or other • pregnancy • severe febrile illness • not recommended during pregnancy
Co-administration with other adjuvanted vaccines (table 4.2.6) and boosters (see table 2) (total)	• Hepatitis B • diphtheria/tetanus/whooping cough • poliovirus	• Hepatitis B • diphtheria/tetanus/whooping cough • poliovirus	• Hepatitis B • diphtheria/tetanus/whooping cough • poliovirus
Stability (see table 4.2.6)	36 months at 2-8°C	1- dose only: 60 months at 2-8°C 2- dose only: 36 months at 2-8°C	1- dose only: 60 months at 2-8°C 2- dose only: 36 months at 2-8°C



**การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางการปฏิบัติที่สำคัญ
(Comprehensive Cervical Cancer Control : A guide to essential practice)**

ISBN : 978-616-11-2857-9

กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

จัดทำโดย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ผู้แปลและเรียบเรียง

รศ.ดร.นพ.บัณฑิต	ชุมวรฐายี	ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นายแพทย์วัชร	เอี่ยมรัศมีกุล	ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
แพทย์หญิงสมสุข	สันติเบญจกุล	หน่วยวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
รศ.นพ.वलันต์	สินะสมิต	อาจารย์พิเศษ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ศ.กิตติคุณ พญ.คุณหญิงกอบจิตต์	ลิมปพยอม	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กองบรรณาธิการ

รศ.นพ.वलันต์	สินะสมิต	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
แพทย์หญิงพรสม	หุตะเจริญ	แพทย์ที่ปรึกษาโรงพยาบาลมะเร็ง ลพบุรี
นายแพทย์กิตติพงศ์	แซ่เจ็ง	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นายแพทย์บุญฤทธิ์	สุขรัตน์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นางกอบกุล	ไพศาลอัชพงษ์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นางชลิตา	เกษประติษฐ์	ที่ปรึกษาสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางสาวเจนจิรา	อุ้นแก้ว	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นายอำพล	มุงคิด	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นางสาววรรณิ	ร่อนแก้ว	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
นางสาวทิพาพรรณ	ฐสรานนท์	สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย

สารบัญ

	หน้า
ชื่อย่อ และ คำย่อ (Acronyms and Abbreviations)	1
รวมประเด็นสำคัญ	4
คำนำ	9
บทนำ	11
เกี่ยวกับหนังสือแนวทางฉบับนี้	11
ระดับต่างๆ ของระบบบริการสุขภาพ	20
เอกสารสำคัญ	22
บทที่ 1 ภูมิหลัง	27
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	28
1.1 ทำไมจึงต้องสนใจมะเร็งปากมดลูก?	29
1.2 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี	32
1.3 ธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก	43
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	49
บทที่ 2 สิ่งสำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก	53
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	54
2.1 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมคืออะไร?	55
2.2 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ	59
2.3 ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก	84
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	86
บทที่ 3 การขับเคลื่อนชุมชน การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา	89
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	90
3.1 การเพิ่มการใช้บริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก	92
3.2 การบริการนอกสถานที่	93
3.3 การขับเคลื่อนชุมชน	95
3.4 การให้สุขศึกษาเชิงป้องกัน	98
3.5 การให้คำปรึกษา	107
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	111

บทที่ 4 การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี	113
ข้อแนะนำที่สำคัญจากองค์การอนามัยโลกเรื่องวัคซีนเอชพีวี	114
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	115
4.1 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและคนอื่นๆ	116
4.2 วัคซีนเอชพีวี	118
4.3 ประชากรกลุ่มเป้าหมายและกลยุทธ์ในการแจกจ่าย	124
4.4 การขับเคลื่อนชุมชน	128
4.5 การขอความยินยอม/อนุญาตสำหรับเด็กหญิงเพื่อรับวัคซีน	129
4.6 การติดตามตรวจสอบและการประเมินผลและความยั่งยืนของแผนงาน/ โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี	130
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	134
บทที่ 5 การคัดกรองและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก	137
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	139
5.1 ผู้ให้บริการดูแลด้านสุขภาพ	140
5.2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	142
5.3 วิธีการตรวจคัดกรองต่างๆ สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก	148
5.4 การตรวจวินิจฉัยสำหรับการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก	158
5.5 ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งของปากมดลูก	163
5.6 ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้และการตรวจติดตามหลังการรักษา	170
5.7 การเชื่อมโยงการคัดกรองเข้ากับการรักษาในเวชปฏิบัติ	171
บทที่ 6 การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก	177
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	178
6.1 อาการนำและการวินิจฉัยของมะเร็งปากมดลูก	181
6.2 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ	182
6.3 การจัดระยะมะเร็งปากมดลูก	186
6.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก : ภาพรวม	190
6.5 ทางเลือกต่างๆ ในการรักษา	192
6.6 กรณีพิเศษ : มะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์และในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี	198
6.7 การสนับสนุนและการตรวจติดตามผู้ป่วย	200
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	203

บทที่ 7 การดูแลแบบประคับประคอง	205
บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง	206
7.1 แนวทางการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม	209
7.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง	213
7.3 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ	214
7.4 การจัดการอาการที่พบบ่อยในมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้ว	219
7.5 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง	223
เอกสารอ่านเพิ่มเติม	227
เอกสารประกอบการปฏิบัติ	229
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 2.1 : รายการตรวจสอบสำหรับการวางแผนและการดำเนิน แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก	231
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 2.2 : ตัวชี้วัดสมรรถนะหลักและตัวชี้วัดผลกระทบต่างๆ สำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ	232
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.1 : ข้อความที่สำคัญสำหรับการขยายงานและให้สุศึกษา ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก	236
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.2 : คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	239
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.3 : สิ่งทีบูรณาจำเป็นต้องรู้เพื่อช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูก	245
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 : การให้คำปรึกษา	246
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.5 : ขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับ ช่วงก่อน ระหว่าง และหลัง ที่ผู้รับบริการได้รับการตรวจ การทำหัตถการ หรือการรักษา	249
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.6 : การให้คำปรึกษาพิเศษแก่สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี	251
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.7 : การทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน : วิธีการสรรหาและฝึกอบรม	252
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.1 : คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี	254
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.2 : คุณลักษณะของวัคซีนเอชพีวีและห่วงโซ่เย็น	259
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.3 : ช่วงดำเนินการฉีดวัคซีน	262
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.4 : ความปลอดภัยในการฉีดวัคซีน	265
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.5 : การติดตามตรวจสอบและการประเมินผลของแผนงาน/ โปรแกรมการฉีดวัคซีน - การเก็บรวบรวมข้อมูลและเอกสาร	266

● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.6 : ในกรณีที่มีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน เกิดขึ้น	268
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.7 : การพูดคุยกับครูและเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเกี่ยวกับ การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี	271
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.1 : การขอหนังสือยินยอม/การยินยอมจากสตรีผู้รับบริการ	274
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2 : การซักประวัติและการตรวจภายใน	276
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.3 : วิธีการคัดกรอง : บันทึกลำหรับผู้ให้บริการ	281
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.4 : วิธีการคัดกรองทาง molecular-การตรวจหา HPV DNA	282
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.5 : วิธีการคัดกรองโดยใช้การดู-วีไอเอ	285
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.6 : วิธีการคัดกรองทางเซลล์วิทยา-Pap smear และ Liquid- based cytology (LBC)	288
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.7 : การให้คำปรึกษาสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ	294
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.8 : คอลโปสโคปี	297
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9 : การตัดชิ้นเนื้อ และการขูดด้านในช่องคอมดลูก	301
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.10 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็ง ปากมดลูก : การจี้เย็น	306
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.11 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็ง ปากมดลูก : การตัดด้วยห้วงลวดไฟฟ้า	311
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.12 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็ง ปากมดลูก : การตัดปากมดลูกด้วยมิดเป็นรูปกรวย	317
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.1 : เมื่อผู้ป่วยมาปรึกษาเนื่องจากมีอาการซึ่งอาจเป็นจาก มะเร็งปากมดลูก	321
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.2 : การแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก และการสนทนากับเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว	323
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.3 : การให้ข้อมูลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกว่าอะไร จะเกิดขึ้นบ้างที่โรงพยาบาล	325
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.4 : การสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งของเธอและ การรักษา : คำแนะนำต่างๆ สำหรับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพระดับตติยภูมิ	326
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.5 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การตัดมดลูก	329

● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.6 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การฉายรังสีอุ้งเชิงกราน	334
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.7 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การใส่แร่	340
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.1 : การประเมินและการรักษาอาการปวด	343
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.2 : วิธีการจัดการกับอาการตกขาว รุ้ร่ว และตกเลือด ที่บ้าน	350
● เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.3 : การสนทนากับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้านไปรับการดูแลแบบประคับประคอง	353
ภาคผนวก	355
ภาคผนวก 1. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมและผู้มีส่วนช่วยสนับสนุน ในการจัดทำหนังสือ C4GEP ต้นฉบับภาคภาษาอังกฤษ	357
ภาคผนวก 2. วิธีการจัดทำหนังสือ C4GEP ฉบับนี้ บทบาทของกลุ่มเทคนิคและกลุ่มทำงานต่างๆ และการจัดการเรื่องการขัดแย้งทางผลประโยชน์	365
ภาคผนวก 3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	367
ภาคผนวก 4. ระบบการจำแนกโรคมะเร็งและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก	371
ภาคผนวก 5. การรายงานผลโดยระบบ Bethesda ปี ค.ศ. 2001	374
ภาคผนวก 6. ตัวอย่างแบบฟอร์มการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี	376
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.1 : บัตรบันทึกการฉีดวัคซีนเอชพีวีประจำตัวเด็กหญิง	376
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.2 : ทะเบียนการเฝ้าติดตามความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเอชพีวีสำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน	378
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.3 : แบบรายงานความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเอชพีวีระดับชาติสำหรับส่งต่อไปให้ “the WHO–UNICEF joint”	381
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.4 : แบบรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ จากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี	382
ภาคผนวก 7. ผังงานประกอบการตัดสินใจสำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย”	385
ภาคผนวก 8. ผังงานสำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (สตรีที่ผลเอชไอวีเป็นลบหรือไม่ทราบผลเอชไอวี)	387
8.1 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	388
8.2 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการตรวจวีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	389
8.3 : คัดกรองด้วยการตรวจวีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	390

8.4 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโกปี (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา) แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	391
8.5 : คัดกรองด้วยวิธีการทางเซลล์วิทยาตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโกปี (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา) แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	392
ภาคผนวก 9. ผังงานสำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (สตรีที่ผลเอชไอวีเป็นบวก หรือสตรีที่ไม่ทราบผลเอชไอวี แต่อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง)	393
9.1 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	394
9.2 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี ตามด้วยการตรวจจีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	395
9.3 : คัดกรองด้วยการตรวจจีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสม ต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	396
9.4 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี ตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโกปี (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา) แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	397
9.5 : คัดกรองด้วยวิธีการทางเซลล์วิทยา ตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโกปี (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา) แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)	398
ภาคผนวก 10. การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามการแบ่งระยะของ FIGO	399
ภาคผนวก 11. ตัวอย่างแบบฟอร์ม	402
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 11.1 : ตัวอย่างจดหมายแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่ไม่ได้มาฟังผลหรือไม่ได้มารับการตรวจติดตามตามนัดหมาย	402
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 11.2 : ตัวอย่างบัตรที่สามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบ การติดตามผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ	403
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 11.3 : ตัวอย่างบัตรที่สามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบ การติดตามผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรับการดูแลรักษา เพิ่มเติม	404
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 11.4 : ตัวอย่างจดหมายตอบกลับถึงสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วย มาให้ทราบถึงผลการตรวจวินิจฉัยหรือดูแลรักษาของผู้ป่วย	405

ภาคผนวก 12. การรักษาภาวะปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ และอุ้งเชิงกรานอักเสบ	406
ภาคผนวก 13. การเตรียมยาป้ายมอแนเซล	409
ภาคผนวก 14. การรายงานผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูก	411
ตัวอย่างแบบฟอร์ม 14.1 : การรายงานผลทางพยาธิวิทยาของการผ่าตัดมดลูก แบบถอนรากถอนโคน	412
อภิธานศัพท์	413

ชื่อย่อ และ คำย่อ

ABHR	alcohol-based handrub
AEFI	adverse event following immunization
AGC	atypical glandular cells
AIS	adenocarcinoma in situ
ASC	atypical squamous cells
ASC-H	atypical squamous cells : cannot exclude a high-grade squamous (intra) epithelial lesion
ASCUS	atypical squamous cells of undetermined significance
C4GEP	comprehensive cervical cancer control : a guide to essential practice
C4P	cervical cancer prevention and control costing tool
CD4	cluster of differentiation 4
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (United States of America)
CHP	community health promoter
CHW	community health worker
CIN	cervical intraepithelial neoplasia
CKC	cold knife conization
CT	computerized tomography
DOI	declaration of interest
DTP	diphtheria, tetanus and pertussis
ECC	endocervical curettage
ERG	External Review Group
FAQ	frequently asked question
FICA	Flanders International Cooperation Agency
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GAVI	GAVI Alliance (formerly the Global Alliance for Vaccines and Immunisation)
GDG	Guideline Development Group
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development
GSK	GlaxoSmithKline
HCT	HIV counselling and testing
HDR	high dose rate

HPV	human papillomavirus
HSIL	high-grade squamous intraepithelial lesion
IARC	International Agency for Research on Cancer
ICD	International Classification of Diseases
IEC	information, education and communication
INCa	Institut National du Cancer
IPC	infection prevention and control
IUD	intrauterine device
Jhpiego	an affiliate of Johns Hopkins University (formerly Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics)
LBC	liquid-based cytology
LDR	low dose rate
LEEP	loop electrosurgical excision procedure
LSIL	low-grade squamous intraepithelial lesion
M&E	monitoring and evaluation
MIS	management information system
MMT	multidisciplinary management team
MOH	ministry of health
MRI	magnetic resonance imaging
MSD	Merck Sharp & Dohme Corp.
NCI	National Cancer Institute of the NIH (United States of America)
NIH	National Institutes of Health (United States of America)
NITAG	national immunization technical advisory group
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug
OC	oral contraceptives
PAHO	Pan American Health Organization
Pap	Papanicolaou
PATH	international nonprofit organization (formerly the Program for Appropriate Technology in Health)
PEPFAR	United States President's Emergency Plan for AIDS Relief
PID	pelvic inflammatory disease
PIE	personal protective equipment

PS	practice sheet
SAGE	Strategic Advisory Group of Experts on Immunization
SCJ	squamocolumnar junction
SPMSD	Sanofi Pasteur MSD
STI	sexually transmitted infection
UICC	Union for International Cancer Control
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund
VIA	visual inspection with acetic acid
VLP	virus-like particles
VVM	vaccine vial monitor
WHA	World Health Assembly
WHO	World Health Organization

รวมประเด็นสำคัญ

บทที่ 1 ภูมิหลัง

- มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ แต่กลับยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (จากมะเร็ง) ที่สำคัญของสตรีทั่วโลก การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง
- สาเหตุหลักของการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus; HPV) สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (หรือสายพันธุ์ก่อมะเร็ง) เรื้อรัง/หรือคงอยู่นาน (persistent) อย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งสายพันธุ์
- การติดเชื้อเอชพีวี เป็นการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด และมักได้รับมาตั้งแต่ในระยะแรกๆ ของการมีเพศสัมพันธ์
- ในสตรีและบุรุษที่ติดเชื้อเอชพีวี ส่วนใหญ่การติดเชื้อจะสามารถหายได้เอง
- มีเพียงส่วนน้อยที่การติดเชื้อเอชพีวีจะคงอยู่นาน สำหรับในสตรีนี้อาจนำไปสู่การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งได้ภายในระยะเวลา 10-20 ปี
- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีแนวโน้มมากกว่าที่จะเกิดการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นานตั้งแต่อายุยังน้อย และกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้เร็วกว่า
- การมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ของอวัยวะสืบพันธุ์ และธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูกจะช่วยทำให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีความสามารถเพียงพอในการสื่อสารและทำความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรี คนในครอบครัว และชุมชน

บทที่ 2 สิ่งสำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

- การจัดทำแผนงาน/โปรแกรม (programmes) การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในระดับชาติใดๆ ขึ้นมา ควรดำเนินการโดยอิงตามโครงสร้างการทำงาน “six building blocks” ที่ WHO แนะนำไว้เพื่อให้ระบบสุขภาพโดยรวมแข็งแกร่ง
- แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกต่างๆ ล้วนได้รับการจัดทำและออกแบบขึ้นมาเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก
- มีความไม่เสมอภาคอยู่มากในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูก ที่มีประสิทธิผล มะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อสตรีที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงบริการเหล่านี้
- แผนงาน/โปรแกรมที่ครอบคลุม ควรรวมถึงกิจกรรมการป้องกัน (และรักษา) ที่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)

- บริการตรวจคัดกรองจะต้องเชื่อมโยงกับการรักษาและการตรวจติดตามหลังการรักษา
- การติดตามตรวจสอบ (monitoring) และการประเมินผล (evaluation) ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

บทที่ 3. การขับเคลื่อนชุมชน การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา

- การบริการนอกสถานที่ (outreach) การขับเคลื่อนชุมชน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษา ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิผล เพื่อที่จะทำให้มั่นใจว่าจะได้ความครอบคลุมสูงในการให้วัคซีน ได้ความครอบคลุมสูงในการตรวจคัดกรอง และมีการเชื่อมโยงกับการรักษาได้สูง
- กลยุทธ์การบริการนอกสถานที่จะต้องไปให้ถึงและทำให้เด็กหญิงอายุน้อยและสตรีได้มีส่วนร่วม ซึ่งสองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่น่าจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองตามลำดับ เช่นเดียวกันจะต้องเข้าไปถึงบุรุษและเด็กชาย รวมไปถึงผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนได้/เสียหลักๆ
- การขับเคลื่อนชุมชนและการให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการที่จะเอาชนะความท้าทาย (ปัญหา) ที่พบได้บ่อย ซึ่งขัดขวางการเข้าถึงและการได้ใช้บริการป้องกันโรค อุปสรรคที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อต้องห้ามทางสังคม ปัญหาทางภาษา การขาดข้อมูล และการขาดระบบการขนส่งไปยังสถานบริการ
- การให้สุขศึกษาจะช่วยให้มั่นใจว่า สตรี คนในครอบครัวและชุมชนของเธอ เข้าใจได้ว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้
- ข่าวสารในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ควรสะท้อนถึงนโยบายแห่งชาติและควรมีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม รวมถึงควรมีความสม่ำเสมอสอดคล้องกันในทุกๆระดับของระบบสุขภาพ
- สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพควรมีห้องที่มีความเป็นส่วนตัวที่สามารถใช้ในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่สตรีเป็นรายบุคคล หากสามารถทำได้ เพื่อช่วยให้สตรีได้เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดต่อสุขภาพของพวกเธอ
- ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (Health-care provider) ควรได้รับการฝึกให้สามารถให้ข้อคิดเห็นในเรื่องทางเพศ ในวิถีทางที่ไม่เข้าไปตัดสิน และสามารถพูดในทางที่บรรเทาปัญหาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และเชื้อเอชพีวีได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วยได้
- มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ข่าวสารในการให้สุขศึกษา ต้องเน้นเรื่องสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติว่าจะต้องกลับมารับการตรวจติดตาม

บทที่ 4 การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

- การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบบ่อยที่สุด
- มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูง (หรือก่อมะเร็ง) สายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกก็คือสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งรวมกันแล้วคิดเป็นประมาณร้อยละ 70 ของมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในประเทศต่างๆ และทั่วโลก

- วัคซีนสองชนิดที่ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูงสายพันธุ์ 16 และ 18 ปัจจุบันได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศส่วนใหญ่แล้ว วัคซีนทั้งสองชนิดนี้มีทั้งบันทึกความปลอดภัยดีเยี่ยม และอาจให้ร่วมกับวัคซีนชนิดอื่นได้อย่างปลอดภัย เช่น คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และตับอักเสบบี (B)
- หนึ่งในเอชพีวีวัคซีนคือ วัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ (quadrivalent) สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเอชพีวีชนิด 6 และ 11 ซึ่งเป็นสาเหตุร้อยละ 90 ของหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (anogenital warts หรือ condyloma) ได้ด้วย
- การให้วัคซีนแก่เด็กหญิงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เป็นมาตรการป้องกันปฐมภูมิที่สำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม
- วัคซีนไม่สามารถรักษาการติดเชื้อหรือรอยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวีที่มีอยู่ก่อนแล้ว นี่เป็นสาเหตุว่าทำไมจึงแนะนำให้วัคซีนก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
- เพราะวัคซีนไม่ได้ป้องกันเอชพีวีทุกชนิดที่สามารถก่อมะเร็ง เด็กหญิงที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ก็ยังคงต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไปในอนาคตของพวกเธอ

บทที่ 5 การคัดกรองและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งของปากมดลูก

- การตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งได้แต่เนิ่นๆ โดยการคัดกรองสตรีทั้งหมดในกลุ่มอายุเป้าหมาย แล้วตามด้วยการรักษารอยโรคนั้น สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้เป็นส่วนใหญ่
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรทำอย่างน้อยหนึ่งครั้งแก่สตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย ซึ่งช่วงอายุที่จะได้ประโยชน์สูงสุดคือ 30-49 ปี
- แนะนำให้ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยหนึ่งครั้งในสตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย แต่การคัดกรองนี้อาจขยายออกไปถึงสตรีที่อายุน้อยกว่า 30 ปี หากมีหลักฐานว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (CIN2+)
- การตรวจหาเอชพีวี (HPV testing) การตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) และวีไอเอ (visual inspection with acetic acid; VIA) ล้วนเป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่ได้รับการยอมรับ/แนะนำ
- สำหรับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้มีประสิทธิภาพ สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกจะต้องได้รับการรักษาโดยวิธีที่มีประสิทธิภาพ
- มีการแนะนำให้ทำตามแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย (screen-and-treat)” หรือไม่ก็ตามแนวทาง “คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา (screen, diagnose and treat)”
- การตัดสินใจว่าจะนำแนวทางใดในการคัดกรองแล้วรักษามาใช้ในประเทศหนึ่ง หรือในสถานบริการดูแลสุขภาพหนึ่งเป็นการเฉพาะนั้น ควรขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ได้แก่ ประโยชน์และอันตราย โอกาสที่สตรีจะไม่กลับมารับการตรวจติดตาม ต้นทุนค่าใช้จ่าย และการมีอยู่ของเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่จำเป็น รวมถึงทรัพยากรบุคคล

- แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” การตัดสินใจรักษาขึ้นอยู่กับผลการตรวจคัดกรอง และการรักษาจะทำโดยเร็วได้หรือ โดยอุดมคติแล้ว ในทันทีหลังจากพบว่าผลการตรวจคัดกรอง เป็นบวก (นั่นก็คือ ไม่มีการใช้การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย)
- แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” จะช่วยลดการไม่กลับมารับการตรวจติดตาม และสามารถลดระยะเวลาการคอยการรักษาของสตรีได้
- สตรีที่มีผลการตรวจโดยวิธีวีไอเอ หรือโดยเซลล์วิทยาเป็นลบ ระยะห่างในการมารับการคัดกรองซ้ำควรเป็นสามถึงห้าปี
- สตรีที่มีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นลบ ระยะห่างในการมารับการคัดกรองซ้ำควรเป็นอย่างน้อยห้าปี
- หากสงสัยมะเร็งในสตรีที่มาคัดกรอง พวกเขาไม่ควรได้รับการรักษา (ทันที) แต่ควรได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่น ที่สามารถทำการวินิจฉัยและรักษามะเร็งได้
- การจี้เย็น (cryotherapy) หรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure ; LEEP) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลและมีความเหมาะสม สำหรับสตรีส่วนใหญ่ที่มีผลการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกเป็นบวก

บทที่ 6 การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก

- สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะต้น โดยปกติสามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการรักษาที่มีประสิทธิผล
- เป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทุกระดับ ที่ต้องสามารถรู้ถึงอาการและอาการแสดง ที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งปากมดลูก และพร้อมที่จะให้การดูแลได้ทันที
- การวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ได้มาจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อ ที่ตัดออกมา
- สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จะได้รับประโยชน์จากการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลรักษามะเร็งระดับตติยภูมิ
- ทางเลือกต่างๆ ในการรักษาได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด วิธีการเหล่านี้อาจนำมาใช้ร่วมกันก็ได้
- ผู้ป่วยควรตระหนักรู้ถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น ไม่สามารถมีบุตรได้อีก ภาวะวัยหมดระดู รู้สึกไม่สบายหรือมีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ ตลอดจนอาจมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะ
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลว่าเป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมารับการตรวจติดตามในระยะยาว และต้องติดต่อกับหน่วยมะเร็งที่ซึ่งตนเองได้รับการรักษา

- ผู้ให้บริการที่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ ควรส่งบันทึกการรักษาที่สมบูรณ์เป็นลายลักษณ์อักษร และแผนการดูแลที่ยังต้องทำต่อเนืองให้แก่ผู้ให้บริการที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วยที่สุด ซึ่งจะมีหน้าที่ในการให้ความสะดวกในการติดตามดูแลผู้ป่วย
- หากทิ้งไว้ไม่รักษา มะเร็งปากมดลูกจะเป็นเหตุให้เสียชีวิตเกือบเสมอไป

บทที่ 7 การดูแลแบบประคับประคอง

- การดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นของการควบคุมมะเร็งปากมดลูก
- การดูแลแบบประคับประคองช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตดีขึ้น
- การดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมาน โดยการระงับและประเมินแล้วรักษาได้แต่เนิ่นๆ ของอาการปวด และความทุกข์ทรมานรูปแบบอื่นๆ ของทั้งทางกาย ทางจิตวิทยาสังคม (psychosocial) และทางจิตวิญญาณ (spiritual)
- การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ให้ได้มีศักดิ์ศรีและความสงบในระหว่างช่วงเวลาที่ยากลำบาก และระยะสุดท้ายของชีวิต
- การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำได้ดีที่สุด โดยใช้แนวทางของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและผู้สนับสนุนที่ใกล้ชิด ผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ที่ให้บริการดูแลแบบประคับประคองพิเศษในชุมชน รวมถึงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกระดับของสถานบริการ
- กลไกสำหรับการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง อันได้แก่ การให้ความรู้และการมียาต่างๆ ที่จำเป็นอยู่พร้อม ต้องได้รับการทำให้มีความแข็งแกร่ง
- โดยการใช้วิธีการต่างๆ ร่วมกันอย่างกว้างขวางทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา อาการปวดส่วนมากสามารถถูกควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- พยาบาลซึ่งได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม อาจได้รับอนุญาตให้สั่งใช้ยาบรรเทาปวดประเภทโอปิออยด์ (opioids) อย่างแรงได้ ตามบรรทัดฐานและแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ ที่กำหนดไว้
- คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคองขึ้นอยู่กับ การฝึกอบรมและการควบคุมดูแลที่เพียงพอ สำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมาก และหากเป็นไปได้สำหรับผู้ให้การดูแลของชุมชนด้วย
- การเข้าถึงยาและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น ล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลรักษาอาการทั้งที่สถานบริการและที่บ้านของผู้ป่วย

คำนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพอย่างมากของประเทศไทยที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย ศูนย์วิจัยมะเร็งนานาชาติขององค์การอนามัยโลกคำนวณว่า ในปี พ.ศ. 2555 ทั่วโลกมีสตรีป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากถึง 527,624 ราย เสียชีวิตจำนวน 265,672 ราย โดยประเทศไทยมีมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในปีเดียวกัน จำนวน 8,184 ราย หรือคิดเป็นอุบัติการณ์ 23.0 ต่อแสนประชากร และเสียชีวิตมากถึง 4,513 ราย หรือวันละ 12 ราย ที่น่าเศร้าใจคือสตรีเหล่านี้เสียชีวิตในช่วงที่สำคัญที่สุดของชีวิตการตายของสตรีในช่วงวัยนี้นับเป็นโศกนาฏกรรมของครอบครัวและสังคมโดยรวม ทั้งที่โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้หากได้รับการคัดกรองและดำเนินการรักษาแต่เนิ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

สิ่งสำคัญที่จะต้องพิจารณาสำหรับประเทศกำลังพัฒนาคือ ระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็งและการสนับสนุนงบประมาณอย่างเพียงพอต่อการดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกอย่างบูรณาการ เราจะต้องไม่ลืมว่าสตรีที่เสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกคือ สตรีที่ด้อยโอกาสและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ สตรีเหล่านี้มักจะมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ เจตคติที่ไม่ถูกต้องต่อการคัดกรองโรค หรือแม้จะมีความรู้และเจตคติที่ดีแต่ไร้โอกาสและความสามารถที่จะเข้าถึงบริการนี้ได้ สตรีที่เสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกเหล่านี้ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองและรักษา (ในรายที่ผิดปกติ) ที่เหมาะสมและทันเวลา สตรีเหล่านี้อาศัยอยู่ทั้งในพื้นที่ทุรกันดารในชนบทที่ห่างไกล และในเขตเมืองใหญ่ที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการคัดกรองใดๆ ได้ การต่อสู้เพื่อเอาชนะมะเร็งปากมดลูกให้ได้นั้น จะต้องคำนึงถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เป็นลำดับแรก และพิจารณาร่วมไปกับการเสริมพลังให้แก่สตรีเหล่านี้ด้วยเสมอ การทำความเข้าใจว่าปัญหานี้ไม่ใช่จำกัดอยู่เพียงระบบบริการเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการแก้ไขปัญหาจะต้องพิจารณาให้ถึงความครอบคลุมการเข้าถึงบริการและความเป็นธรรมด้านสุขภาพ

ปัจจุบันองค์ความรู้ด้านวิทยาการมะเร็งมีชัดเจนแล้วว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และการพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีวัคซีนป้องกันไวรัสเอชพีวีแล้ววัคซีนนี้เป็นวัคซีนป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพสูง สำหรับเด็กอายุ 9-13 ปี ซึ่งเป็นวัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ แต่ปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทางการค้าและค่าใช้จ่ายที่สูงทำให้สตรีที่ควรได้รับประโยชน์จากวัคซีนนี้กลับไม่ได้รับประโยชน์และเข้าไม่ถึงนวัตกรรมนี้ได้ทันกาลเท่าที่ควร หากการต่อรองเรื่องราคาบรรลุผล เราคงจะสามารถปกป้องชีวิตของสตรีได้เร็วขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก

เอกสารสำคัญฉบับนี้ได้รวบรวมประเด็นต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกอย่างบูรณาการไว้รอบด้านรวมทั้งได้เสนอประเด็นด้านการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนชุมชนและสังคมเพื่อให้เข้าถึงสตรีกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้ครอบคลุมครบถ้วน ขอขอบคุณคณะผู้แปล รศ.ดร.นพ.บัณฑิต ชุมวรฐายี ที่เป็นกำลังสำคัญในการเริ่มต้นแปลเอกสารฉบับนี้ นพ.วัชร เยี่ยมรัมย์กุล รศ.นพ.वलันต์ ลิณะสมิต

พญ.สมสุข ลันตีเบ็ญจกุล ขอบพระคุณสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ที่ให้การสนับสนุนและเป็นเจ้าภาพในการจัดพิมพ์เอกสารสำคัญนี้

ดิฉันหวังว่าเอกสารฉบับนี้จะมีส่วนช่วยให้ผู้หญิงไทยปลอดภัยจากการเป็นมะเร็งปากมดลูก
มีอนาคตที่สดใส สุขภาพที่มั่นคง มีความเสมอภาคและได้รับความเป็นธรรมด้านสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน

แพทย์หญิงคุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มปวยออม

ศาสตราจารย์กิตติคุณ

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรกฎาคม พ.ศ. 2558

เกี่ยวกับหนังสือแนวทางฉบับนี้

หนังสือแนวทางฉบับนี้แปลมาจากหนังสือ “Comprehensive cervical cancer control : a guide to essential practice (C4GEP)” ที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2014 ซึ่งได้รับการปรับปรุงและทำให้ทันสมัยขึ้นจากฉบับที่ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2006

ทำไมการปรับปรุงจึงมีความสำคัญ?

ช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ได้มีกลยุทธ์ใหม่ๆ ที่ถือว่าเป็นการปฏิวัติวิธีการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้น เพราะว่ากลยุทธ์ (ต่างๆ) ดังกล่าวนั้นต้องมีการประเมินผลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อที่จะนำมาใช้สำหรับการตัดสินใจในการปฏิบัติทางคลินิกและการวางแผนโปรแกรม คณะทำงาน World Health Organization (WHO) Steering Committee และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ถูกรับเชิญได้มีการประชุมกันที่เมือง Geneva ประเทศ Switzerland ในเดือนกันยายน ปีค.ศ. 2010 เพื่อให้แน่ใจว่าหนังสือแนวทางของ WHO เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจะยังคงรวมเอาเทคโนโลยีและกลยุทธ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องไว้ทั้งหมดในต้นฉบับภาคภาษาอังกฤษ ภาคผนวก 1 เป็นรายชื่อของผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมและผู้มีส่วนช่วยสนับสนุน และภาคผนวก 2 ได้บรรยายถึงวิธีการจัดทำหนังสือแนวทางนี้ บทบาทของกลุ่มเทคนิคและกลุ่มทำงานต่างๆ และการจัดการเรื่องการขัดแย้งทางผลประโยชน์ (conflict of interests) และการประกาศถึงผลประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมประชุม (เคย) ได้รับ

หนังสือแนวทาง C4GEP ที่ได้รับการปรับปรุงนี้ได้รวบรวมข้อเสนอแนะต่างๆ ของ WHO ที่เกี่ยวกับการคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง และการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีที่ได้ทำไปจนถึงเดือนเมษายน ปีค.ศ.2014 โดยคำนึงถึงรายงาน (ต่างๆ) ที่เกี่ยวข้องที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วจนถึงเดือนธันวาคม ค.ศ.2013 สำหรับการปฏิบัติที่กำลังเกิดขึ้นใหม่ซึ่งยังคงมีการประเมินอยู่ก็ได้รับการบันทึกไว้ในหนังสือเล่มนี้ด้วย

หนังสือแนวทางนี้มีบทใหม่สองบท มีบทที่ทำการจัดรวบรวมขึ้นใหม่หนึ่งบท และบทที่ได้รับการปรับปรุงพอสมควรสองบท ทุกบทได้รับการทำให้ทันสมัยอย่างทั่วถึงและแก้ไขตามความจำเป็น

บทใหม่สองบทได้แก่ :

บทที่ 2 : สิ่งที่สำคัญสำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะตอบสนองต่อคำร้องขอจากผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรม และผู้อ่านอื่นๆ จากทุกระดับที่ให้การดูแลสุขภาพ WHO ได้รวมไว้ทั้งหมดในบทใหม่นี้ซึ่งมีการบรรยายถึงแง่มุมที่สำคัญต่างๆ ในการพิจารณาเขียนแผนงาน/โปรแกรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก : การวางแผน การเตรียมการดำเนินการการกำกับดูแลและการประเมินผล การนิเทศติดตามและการฝึกอบรม

บทที่ 4 : การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี บทนี้จะบรรยายโดยละเอียดถึงแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแก่เด็กหญิงอายุ 9-13 ปี แผนงาน/โปรแกรมเช่นนี้ไม่เคยมีอยู่ในประเทศกำลังพัฒนามาก่อนตอนที่หนังสือแนวทางฉบับแรกได้มีการตีพิมพ์ แต่ในปัจจุบันแผนงานเหล่านี้พบว่ามีอยู่ในประเทศต่างๆ แล้วมากขึ้นเรื่อยๆ บทนี้ยังได้รวมเอาข้อแนะนำของ WHO ที่เป็นประเด็นสำคัญสามประการเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีไว้

บทที่ทำการจัดรวบรวมขึ้นใหม่คือ :

บทที่ 5 : การคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก บทนี้ได้จัดรวมข้อมูลต่างๆ มาจากที่เคยเป็นสองบทเดิมคือ : การคัดกรองสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก และการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก การรวมเข้าไว้ด้วยกันนี้ได้ทำขึ้นมาเพราะว่า การคัดกรองโดยปราศจากการรักษานั้นไม่ถือเป็นมาตรการที่จะช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก หรือการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องลงได้ นอกจากนี้งานวิจัยเกี่ยวกับแนวทาง-คัดกรองแล้วรักษาเลย-เพื่อการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้มีความก้าวหน้าไปมากตั้งแต่เมื่อหนังสือแนวทางนี้ฉบับก่อนได้รับการตีพิมพ์

สองบทที่ได้รับการปรับปรุงพอสมควรคือ :

บทที่ 6 (การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก) และ บทที่ 7 (การดูแลแบบประคับประคอง) สองบทนี้ไม่ได้รวมถึงข้อแนะนำของ WHO ไว้ เพราะว่าแนวทางของ WHO เกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้กำลังได้รับการจัดทำอยู่สองบทนี้จึงได้รับการปรับปรุงไปตามหลักฐานที่สามารถหาได้ในปัจจุบันเท่านั้น

ขอบเขตและวัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลักของหนังสือแนวทางนี้ เพื่อช่วยผู้ที่รับผิดชอบในการให้บริการที่มุ่งหมายจะลดภาระจากมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อทั้งสตรี ชุมชน และต่อระบบสุขภาพ หนังสือฉบับนี้พุ่งเป้าไปที่ความรู้เวชปฏิบัติที่ดีที่สุด และทักษะในการสื่อสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องมีในผู้ให้บริการดูแลสุขภาพซึ่งกำลังทำงานอยู่ในชุมชนและในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อให้บริการในการป้องกัน คัดกรอง รักษา และการดูแลแบบประคับประคองสำหรับมะเร็งปากมดลูก : การดูแลต่อเนื่อง (continuum of care) อย่างเต็มรูปแบบ

สี่ระดับของการ (บริการ) ดูแลที่อ้างถึงอยู่ตลอดในหนังสือแนวทางฉบับนี้คือ :

- ชุมชน
- ศูนย์ (สุขภาพ) อนามัย หรือ การดูแลระดับปฐมภูมิ
- โรงพยาบาลอำเภอ หรือ การดูแลระดับทุติยภูมิ
- โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ หรือการดูแลระดับตติยภูมิ

การบรรยายโดยละเอียดของแต่ละระดับจะกล่าวถึงต่อไปในบทหน้า (ระดับต่างๆ ของระบบการดูแลสุขภาพ)

กลุ่ม (ผู้อ่าน) เป้าหมาย

หนังสือแนวทางนี้มีเจตนาหลัก เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในศูนย์อนามัย และโรงพยาบาลอำเภอต่างๆ ซึ่งต้องทำงานเกี่ยวกับอนามัยสตรีและ/หรืออนามัยวัยรุ่น หนังสือฉบับนี้ ยังอาจเป็นที่สนใจสำหรับผู้ให้บริการในชุมชนและผู้ให้บริการในสถานบริการระดับตติยภูมิอีกด้วย

ผู้อ่านเป้าหมายกลุ่มที่สอง โดยเฉพาะในบทที่ 2 ที่เกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญสำหรับแผนงาน/โปรแกรม ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้จัดการระดับรองๆ ของชาติ ซึ่งความรับผิดชอบของพวกเขาอาจรวมถึงการวางแผน ทำแผนงาน/โปรแกรม การดำเนินการ การกำกับดูแลและการประเมิน และ/หรือการนิเทศติดตามและการฝึกอบรมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอื่นๆ

ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจระดับชาติ จะสามารถพบกับข้อมูลที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยได้ในหนังสือแนวทางฉบับนี้ เกี่ยวกับว่ากลยุทธ์ใดที่มีประสิทธิผลในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจเป็นประโยชน์ในฐานะที่เป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงแนวทาง และขั้นตอนการปฏิบัติของพวกเขาเอง

ภาษาที่ใช้ในหนังสือแนวทางฉบับนี้

ภาษาที่ใช้โดยตลอดในหนังสือแนวทางฉบับนี้ ได้รับการปรับเปลี่ยนไปโดยเจตนาเพื่อให้เหมาะสมแก่กลุ่มผู้อ่านเป้าหมายหลัก : ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ซึ่งผู้มารับบริการ ผู้ป่วย และชุมชนของพวกเขาจะเป็นผู้ที่ได้ผลประโยชน์สูงสุด หนังสือฉบับนี้ได้หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์เทคนิคต่างๆ เมื่อบรรยายถึงกระบวนการต่างๆ ที่ระดับตติยภูมิ และบริการต่างๆ ที่ทำโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แทนที่จะเป็นอย่างนั้น หนังสือฉบับนี้กลับให้วิธีการต่างๆ เพื่อใช้ในการอธิบายและสนทนาประเด็นพื้นฐานต่างๆ กับผู้ป่วยและกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนเธอ เพื่อให้พวกเขาได้สามารถเข้าใจและทำการตัดสินใจได้หลังรับข้อมูลแล้ว ศัพท์เทคนิคต่างๆ ที่ใช้ในหนังสือแนวทางฉบับนี้ ที่อาจไม่เป็นที่คุ้นเคยต่อผู้อ่านจะได้รับการนิยามไว้ในอภิธานศัพท์

โครงสร้างของหนังสือแนวทางนี้

หนังสือแนวทางนี้ประกอบด้วย 7 บท :

บทที่ 1 : ภูมิหลัง

บทที่ 2 : สิ่งที่สำคัญสำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

บทที่ 3 : การขับเคลื่อนชุมชน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษา

บทที่ 4 : การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

บทที่ 5 : การคัดกรองและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

บทที่ 6 : การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก

บทที่ 7 : การดูแลแบบประคับประคอง

แต่ละบทได้บรรจุเอาข้อมูลต่างๆ ที่จำเป็นต้องรู้ซึ่งมีความครอบคลุม ถึงแง่มุมของการป้องกัน และ/หรือควบคุมมะเร็งปากมดลูก เนื้อหาต่างๆ ของแต่ละบทได้รับการเรียบเรียงไว้ดังต่อไปนี้ :

- ประเด็นสำคัญต่างๆ จากเนื้อหาที่ครอบคลุมไว้ในแต่ละบท
- การบรรยายถึงบทบาทและความรับผิดชอบต่างๆ ของผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ที่สัมพันธ์กับหัวเรื่องของแต่ละบท
- ข้อมูลภูมิหลังที่สำคัญเกี่ยวกับหัวเรื่อง ตามด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ของเวชปฏิบัติทางคลินิก ที่เกิดขึ้นมาและมีอยู่แล้ว และข้อแนะนำต่างๆ สำหรับเวชปฏิบัติ ตามความเหมาะสม (ตอนนี้จะนำเสนอ ข้อมูลพื้นฐานและทักษะต่างๆ ที่ผู้ให้บริการจะสามารถนำไปใช้ให้บริการที่มีคุณภาพดี มีความทันสมัย)
- แนวทางและข้อแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับวิธีในการให้คำปรึกษาและสื่อสารกับผู้ป่วย คนในครอบครัว และชุมชน
- ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในแต่ละระดับ (ของทั้งสี่ระดับ) ของระบบดูแลสุขภาพ ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้
- ข้อมูลต่างๆ ในการให้คำปรึกษา เพื่อช่วยผู้ให้บริการให้สามารถสื่อสารกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริการที่พวกเขาได้รับและการตรวจติดตามที่พวกเขาจะต้องทำ (บทที่ 6 และ 7 มีข้อแนะนำต่างๆ ซึ่งเจตนาเพื่อช่วยผู้ให้บริการเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่สถานบริการระดับตติยภูมิ ให้ได้ทำการสนทนาสองทาง (two-way conversations) ที่มีประสิทธิผลกับผู้ป่วย คนในครอบครัว และกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนเธอ)
- รายการของบทความที่ควรอ่านเพิ่มเติม

เอกสารประกอบการปฏิบัติ ที่ได้ให้ไว้หลังแต่ละบท ล้วนได้รับการออกแบบมาเพื่อเป็น :

- ลิงค์เตือนความจำสำหรับผู้ให้บริการเกี่ยวกับองค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญซึ่งรวมถึง เมื่อจะทำการบรรยาย การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับ และ/หรือ การดำเนินการขั้นตอนหรือองค์ประกอบของการดูแลที่จำเพาะ (รวมถึงตอบคำถามต่างๆ ที่ถามกันบ่อย) และ/หรือ
- รายการตรวจสอบ (checklist) ต่างๆ เพื่อช่วยผู้ให้บริการได้ทำให้มั่นใจว่ามีสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นอยู่ครบก่อนที่จะเริ่มดำเนินการกิจกรรมหนึ่งๆ (เช่น ก่อนการดำเนินการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี) หรือเพื่อบันทึกความสามารถไว้เป็นเอกสาร ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการนิเทศที่พร้อมสนับสนุน (เช่น วิธีการที่ถูกต้องในการทำการจี้เย็น)

บทต่างๆ เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูกและการดูแลแบบประคับประคอง (บทที่ 6 และ 7) ได้รวมเอาเอกสารประกอบการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการระดับล่างและกลางที่ผ่านการฝึกอบรม เพื่อให้ได้มีข้อมูลที่ชัดเจนไว้เป็นพื้นฐานสำหรับการอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ว่าบริการอะไรที่พวกเขาสามารถคาดหวังได้จากโรงพยาบาลของผู้เชี่ยวชาญ เมื่อพวกเขาได้รับการส่งต่อไปเพื่อการตรวจและ/หรือการรักษาเพิ่มเติม

เอกสารประกอบการปฏิบัติ สามารถทำสำเนาหรือปรับไว้ใช้ได้เฉพาะบุคคล โปรดสังเกตด้วยว่า เอกสารเหล่านี้ไม่ได้มีไว้เพื่อให้ผู้ที่เพิ่งเริ่มเรียนรู้ใหม่ใช้เป็นแนวทางในการเรียนรู้เพื่อไปปฏิบัติหัตถการหนึ่งๆ

ภาคผนวก ตอนท้ายของหนังสือแนวทางฉบับนี้ จะให้รายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับองค์ประกอบ การปฏิบัติที่จำเพาะต่างๆ โดยใช้ขั้นตอนการปฏิบัติที่มีอยู่แล้วในระดับนานาชาติ (เช่น แผนภูมิการดูแลรักษา และขั้นตอนการรักษาต่างๆ) และกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อทำให้มั่นใจได้ว่าบริการมีคุณภาพ (เช่น การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)

อภิธานศัพท์ บรรณานุกรมของศัพท์ต่างๆ ทั้งทางวิทยาศาสตร์และทางเทคนิค ที่ใช้อยู่ในหนังสือ แนวทางฉบับนี้

กับผู้อยู่ดูแลสุขภาพ

แผนงานการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในอุดมคติ ผู้ให้บริการ (ต่างๆ) จะทำงาน เป็นทีมในวิถีทางที่เพิ่มเติมและเสริมแรงกัน โดยคงไว้ซึ่งการสื่อสารที่ดีทั้งภายในและระหว่างระดับต่างๆ ของการดูแลในบางประเทศ ภาคเอกชน และ NGOs (nongovernmental organizations or sectors) ล้วนเป็นผู้ให้บริการที่สำคัญของบริการต่างๆ สำหรับมะเร็งปากมดลูก ความพยายามในการบูรณาการ ภาคส่วนเหล่านี้ เช่นเดียวกับองค์กรวิชาชีพต่างๆ ซึ่งเป็นตัวแทนของผู้ให้บริการในหลายสาขา (เช่น สมาคม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และนักเวชศาสตร์) สามารถ เป็นประโยชน์ในการขยายบริการออกไป และเพื่อให้แน่ใจได้ว่าขั้นตอนการปฏิบัติ และมาตรฐานต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันจะได้รับการประยุกต์มาใช้ ด้วยการมีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ใช้ในหลายประเทศ มากเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ กุมารแพทย์และผู้ให้สุศึกษาล้วนมีบทบาทที่สำคัญในการให้บริการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เทคโนโลยีใหม่ๆ ที่ง่ายขึ้น (ตามที่ใช้อยู่ในแนวทาง-คัดกรองแล้วรักษาเลย) ได้ให้โอกาสในการปรับเปลี่ยนงาน ภายในทีมของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

บทบาทบางอย่างที่เป็นไปได้ของผู้ให้บริการที่ระดับต่างๆ ของระบบดูแลสุขภาพ มีดังต่อไปนี้ :

- ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (Community health workers : CHWs) อาจเข้าไปเกี่ยวข้อง ในการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในชุมชน การขับเคลื่อนและการช่วยเหลือสตรีให้เข้ามา ใช้บริการ และการติดตามผู้ที่ได้รับการตรวจแล้วมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ และผู้ที่ได้รับการรักษาแล้ว ที่สถานบริการระดับสูงกว่าเมื่อกลับไปบ้าน
- ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ สามารถส่งเสริมการให้บริการเพิ่มขึ้น และดำเนินการคัดกรอง ตรวจติดตาม และให้คำปรึกษา และสามารถส่งต่อผู้ป่วยของพวกเขาไปยังสถานบริการระดับสูงกว่า ตามความจำเป็น รวมถึงการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งที่คาดว่าจะได้พบที่สถานบริการนั้น

- ผู้ให้บริการระดับทุติยภูมิ สามารถให้บริการวินิจฉัยและรักษาต่างๆ หลายอย่างและส่งต่อผู้ป่วยไปยังทั้งสถานบริการระดับสูงกว่าและต่ำกว่าได้ ตามที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ผู้ให้บริการเหล่านี้อาจถูกเปลี่ยนไปรับหน้าที่อื่นได้ตามการพิจารณาในแผนงาน/โปรแกรม
- ผู้ให้บริการระดับตติยภูมิ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะต้นและระยะที่โรคลุกลามไปมากแล้ว และส่ง (ต่อ) ผู้ป่วยกลับสถานบริการระดับต่ำกว่า (ปฐมภูมิและทุติยภูมิ) ได้ตามความเหมาะสม

การใช้หนังสือแนวทางนี้

เช่นเดียวกับฉบับแรก หนังสือแนวทางฉบับที่ได้รับการปรับปรุงนี้ จะให้ข้อมูลที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสามารถนำไปปรับให้เข้ากับระบบสุขภาพท้องถิ่น และความต้องการภาษาและวัฒนธรรมของท้องถิ่น

หนังสือแนวทางนี้และข้อแนะนำต่างๆ สามารถนำไปใช้ได้ในระดับชาติด้วย โดยใช้เป็นพื้นฐานสำหรับการจัดทำหรือปรับแนวทาง (ต่างๆ) แห่งชาติ ในการเปลี่ยนแปลงนโยบายและการปฏิบัติและ/หรือในการจัดทำแผนงาน/โปรแกรมให้ทันสมัย เพื่อที่แผนงานต่างๆ จะได้อยู่ในแนวเดียวกันอย่างชัดเจน กับมาตรฐาน (ที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์) ที่ได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติของ WHO

หนังสือแนวทางนี้สามารถนำไปใช้โดยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และผู้จัดการแผนงานที่ทุกระดับของระบบสุขภาพ :

- เป็นคู่มืออ้างอิง ที่ให้ข้อมูลพื้นฐานซึ่งทันสมัย เกี่ยวกับการป้องกัน การคัดกรอง การวินิจฉัย และการรักษามะเร็งปากมดลูก
- เพื่อออกแบบการให้การศึกษาและการฝึกอบรมก่อนการให้บริการ และระหว่างการให้บริการ และเป็นเครื่องมือในการศึกษาด้วยตนเอง
- เพื่อการทบทวนขั้นตอนของกระบวนการต่างๆ ในการป้องกันและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูก
- เพื่อค้นหาข้อแนะนำที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการในการจัดการกับสถานการณ์ที่จำเพาะต่างๆ
- เพื่อทำความเข้าใจถึงบทบาทของผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน ว่ามีความเชื่อมโยงกันในระดับต่างๆ ของระบบการดูแลสุขภาพในลักษณะใด

หนังสือแนวทางนี้ยังอาจได้รับการนำมาใช้เพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์สำหรับการสาธารณสุขได้อีกด้วย ในฐานะที่เป็นแหล่งอ้างอิงเมื่อกำลังจัดทำหลักสูตรการฝึกอบรม และเป็นสื่อการศึกษาสนับสนุนสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และคนที่ทำงานซึ่งเพิ่งได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับบริการมะเร็งปากมดลูกที่ระดับท้องถิ่น

หนังสือแนวทางนี้สามารถนำมาใช้ทั้งหมด หรือผู้ใช้สามารถเพ่งเล็งไปที่เพียงบางภาคส่วน ที่เกี่ยวข้องกับตนเองและกับระดับของเวชปฏิบัติที่ตนเองทำงานอยู่

การแจกจ่ายหนังสือแนวทางนี้

หนังสือแนวทางเหล่านี้สามารถหาได้ทางอินเทอร์เน็ตในฐานข้อมูลของ WHO Library ในลิงค์ของ “WHO’s Sexual and Reproductive Health” เว็บเพจ และใน “WHO Reproductive Health Library (RHL)” ซึ่งเป็นวารสารทบทวนวรรณกรรมอิเล็กทรอนิกส์^[1] สิ่งตีพิมพ์นี้จะได้รับการประกาศไว้ใน UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP) “WHO Reproductive Health Update”^[2] ด้วย ซึ่งสามารถเข้าถึงผู้อบรมมากกว่า 2,000 ราย รวมไปถึงองค์กรจำนวนมากที่กำลังทำงานร่วมกับ WHO หลายองค์กรเหล่านี้จะสำเนาของประกาศนี้ไว้ในจดหมายข่าวของตนเองด้วย

หนังสือแนวทางนี้จะได้รับการแจกจ่ายในรูปสิ่งตีพิมพ์แก่ผู้อบรมสิ่งตีพิมพ์ของ WHO แก่รายการไปรษณีย์ของ WHO สำหรับการกระจายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (หัวหน้าผู้บริหารสุขภาพแห่งชาติต่างๆ รัฐมนตรีว่าการหรือปลัดกระทรวงสาธารณสุข ห้องสมุดคลังสำหรับสิ่งตีพิมพ์ของ WHO ตัวแทนหรือเจ้าหน้าที่ประสานงานของ WHO ห้องสมุดของ WHO/HQ สำนักงานภูมิภาคของ WHO และห้องสมุดนอกสำนักงาน) ผู้รับเพิ่มเติมที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ผู้มีอำนาจแห่งชาติในสาขานามัยทางเพศ และการเจริญพันธุ์ แผนงานการควบคุมมะเร็งต่างๆ ศูนย์วิจัยอนามัยเจริญพันธุ์แห่งชาติ และศูนย์ความร่วมมือ WHO) เจ้าหน้าที่ WHO ที่สำนักงานใหญ่ ภูมิภาคและประเทศ และที่อื่นๆ NGOs ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สมาคมทางการแพทย์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมมะเร็ง และ/หรืออนามัยทางเพศและการเจริญพันธุ์ วารสารต่างๆ ทางวิทยาศาสตร์ (รวมถึงวารสารทางการแพทย์ทั่วไป และวารสารเฉพาะทางอนามัยทางเพศ และการเจริญพันธุ์ หรือมะเร็ง) องค์กรนานาชาติต่างๆ และผู้บริจาค ผู้ที่อาจเป็นผู้บริจาค ผู้ที่อาจเป็นผู้ตีพิมพ์ฉบับแปล เช่นเดียวกับผู้ที่มีส่วนร่วมในการร่างเอกสารเหล่านี้^[3] และ International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) World Congress^[4] ก็รวมอยู่ด้วย การสัมมนาทางอินเทอร์เน็ตต่างๆ หลายครั้ง ก็ได้รับการวางแผนด้วยว่าจะได้รับการจัดขึ้นในปี ค.ศ. 2015 และ 2016 ในแต่ละภูมิภาคของ WHO โดยกลุ่ม Cervical Cancer Action^[5]

การประชุมเชิงปฏิบัติการต่างๆ ล้วนได้รับการวางแผนแล้วว่าจะจัดขึ้นในอเมริกาและแอฟริกา เพื่อนำเสนอแนวทางใหม่ต่างๆ ของ WHO แก่ผู้มีส่วนได้เสียจำนวนหนึ่งที่เกี่ยวข้องในการวางแผนงานระดับชาติในปี ค.ศ. 2015 ส่วนภูมิภาคอื่นๆ จะได้รับการจัดขึ้นในปี ค.ศ. 2016-2017

หากได้รับการร้องขอโดยสำนักงานภูมิภาคของ WHO ประเทศต่างๆ จะได้รับการสนับสนุนเพื่อปรับใช้แนวทางต่อความต้องการต่างๆ ที่จำเป็นซึ่งจำเพาะต่อประเทศนั้นๆ และเพื่อบูรณาการสื่อสุขศึกษาเข้ากับแนวทางต่างๆ แห่งชาติที่มีอยู่ การปรับใช้จะได้รับการทำโดยการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการระดับภูมิภาค ต่ำกว่าภูมิภาค และระดับประเทศ เพื่อทำการวิพากษ์วิจารณ์

ส่วนประกอบหลักต่างๆ ของแนวทางต่างๆ เหล่านี้ เพื่อที่จะทำการปรับใช้ให้เข้ากับบริบททางระบาดวิทยา วัฒนธรรมและสังคมเศรษฐกิจของชาติ ตอนเริ่มแรก แนวทางต่างๆ นี้จะมีอยู่ในรูปแบบภาษาอังกฤษเท่านั้น และการแปลเป็นภาษาอื่นๆ จะค่อยๆ ทำขึ้นต่อไป ตามแต่ว่าจะมีแหล่งทุนสนับสนุนหรือไม่ การแปลเป็น ภาษาที่ไม่ใช่ของ UN และการตีพิมพ์เป็นภาษาเหล่านี้โดยกลุ่มที่สาม (third parties) จะได้รับการสนับสนุน

.....
[1] ฐานข้อมูลของ WHO Library สามารถหาได้ที่ <http://www.who.int/library/databases/en/>; เว็บเพจของ WHO's Sexual and Reproductive Health สามารถหาได้ที่ <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/cancers>; WHO's RHL สามารถหาได้ที่ <http://apps.who.int/rhl/en/>

[2] การบอกรับ HRP's WHO Reproductive Health Update สามารถหาได้ที่ <http://www.who.int/reproductivehealth/RHUpdate/en/>

[3] ดู : <http://www.uicc.org/convening/world-cancer-congress>

[4] ดู : <http://figo2015.org/>

[5] ดู : <http://www.cervicalcanceraction.org/home/home.php>

การประเมินหนังสือแนวทางนี้

จำนวนของการดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของ WHO (สำนักงานใหญ่และภูมิภาค) จะได้รับการนำมาใช้เป็นตัวชี้วัดหนึ่งของความสนใจในแนวทางต่างๆ เหล่านี้

ที่สำนักงานใหญ่ WHO แผนก Reproductive Health and Research เรากำลังทำงานร่วมกับสำนักงานภูมิภาคของ WHO เพื่อเฝ้าดูคำร้องขอจากประเทศต่างๆ สำหรับการช่วยเหลือทางเทคนิคในการใช้แนวทางต่างๆ เหล่านี้ เพื่อเป้าประสงค์นี้ การประชุมผู้มีส่วนได้เสียระดับชาติจะได้รับการจัดขึ้นภายในประเทศนั้นๆ และการให้ข้อมูลป้อนกลับซึ่งความชัดเจน ความเป็นไปได้ และความเป็นประโยชน์ของข้อเสนอแนะและแนวทางต่างๆ จะได้รับการบันทึกไว้ เราจะเฝ้าดูร่วมกับสำนักงานภูมิภาคด้วยว่ามีจำนวนกี่ประเทศที่ได้เปลี่ยนแนวทางต่างๆ แห่งชาติเหล่านั้นไปตามแนวทางใหม่เหล่านี้ของ WHO

การปรับปรุงหนังสือแนวทางนี้ให้ทันสมัย

กลุ่ม Guideline Development Group จะยังคงทำงานต่อไปร่วมกับ WHO เพิ่มเติมหลังจากนี้สำหรับแต่ละบท เพื่อความรู้จากการวิจัยที่ยังขาดอยู่ซึ่งระบุได้ในระหว่างกระบวนการจะได้สามารถเพิ่มเติม นอกจากนี้ หลักฐานที่ได้รับการตีพิมพ์เกี่ยวกับวิธีการคัดกรองและการรักษา มะเร็งปากมดลูกและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกใหม่ๆ จะได้รับการเฝ้าดู เพื่อที่การปรับปรุงแนวทางและข้อเสนอแนะต่างๆ ให้เป็นปัจจุบันจะสามารถได้รับการพิจารณาทันที วิธีการเดียวกันนี้จะได้ประยุกต์ใช้กับข้อเสนอแนะต่างๆ เกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีด้วย โดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีน Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization ที่จะทำให้การทบทวนข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องที่ได้รับการตีพิมพ์ใหม่ๆ อย่างสม่ำเสมอ กลุ่ม Cancer Control Programme ของ WHO ก็จะทำางานเกี่ยวกับ

ข้อเสนอแนะต่างๆ สำหรับการรักษามะเร็งโดยทั่วไปด้วย ทำยที่สุดหลังจากการประชุม 2014 World Health Assembly เพื่อแก้ไขปัญหาลึกเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มหนึ่งก็จะพัฒนา ข้อเสนอแนะใหม่ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ด้วยที่ WHO เราคาดหมายว่าประมาณห้าปีหลังจากการตีพิมพ์ข้อเสนอแนะต่างๆ เหล่านี้ จะมีหลักฐานใหม่ที่เพียงพอแก่การปรับปรุงแนวทางของ WHO ฉบับปัจจุบันนี้ให้ทันสมัย และอาจมีการตีพิมพ์ฉบับใหม่อีกเล่มหนึ่ง

In the community



ระดับชุมชน

ระดับนี้หมายถึงทั้งตัวบุคคลและองค์กรต่างๆ ทั้งที่ขึ้นกับชุมชนเอง ขึ้นกับศาสนา และ NGOs ต่างๆ รวมไปถึงการให้บริการดูแลแบบประคับประคองต่างๆ ที่ขึ้นกับทั้งชุมชนและขึ้นกับบ้าน รวมทั้งสุขภาพที่มีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนด้วย

At the health centre



ศูนย์อนามัย - ระดับการดูแล ปฐมภูมิ

ศูนย์อนามัยเป็นสถานที่ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ ที่มีเจ้าหน้าที่ซึ่งได้รับการฝึกอบรมทำงานอยู่ในเวลาราชการ บริการทางสูติกรรมและห้องปฏิบัติการพื้นฐานอาจมีอยู่ ผู้ให้บริการที่ระดับนี้ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ให้คำปรึกษา ผู้ให้สุขศึกษา ผู้ช่วยแพทย์ เจ้าหน้าที่คลินิก และบางครั้งก็มีแพทย์ด้วย

At the district hospital



โรงพยาบาลอำเภอ - ระดับการดูแล ทติยภูมิ

ตามแบบฉบับแล้ว โรงพยาบาลที่ระดับนี้จะให้บริการทางการแพทย์ทั่วไป กุมารเวชกรรม และสูติกรรม ศัลยกรรมทั่วไป การดูแลผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และการดูแลเฉพาะทางในบางสาขาที่จำเพาะ ผู้ป่วยอาจได้รับการส่งต่อมายังระดับนี้จากศูนย์อนามัยต่างๆ และผู้ประกอบการเวชปฏิบัติเอกชนในอำเภอ บริการทางห้องปฏิบัติการที่มีอยู่อาจรวมถึงเซลล์วิทยา และจุลพยาธิวิทยา

ผู้ให้บริการที่ระดับนี้ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่คลินิก พยาบาล เภสัชกร หรือเสมียนจ่ายยา ผู้ช่วยแพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล และผู้ช่วยนักเทคนิคห้องปฏิบัติการ และเป็นไปได้ว่ามีนรีแพทย์และนักเซลล์วิทยา มักพบว่าโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลการกุศลอยู่ในระดับนี้

At the central hospital



โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลรับส่งต่อ - ระดับการดูแล ตติยภูมิ

โรงพยาบาลตติยภูมิจะให้การดูแลเฉพาะทางสำหรับผู้ป่วยกรณีต่างๆ ที่ซับซ้อนและป่วยเฉียบพลัน รวมถึงการผ่าตัด รังสีรักษา และการดูแลแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่หลากหลายจะมีให้บริการการแพทย์ทั่วไป คลินิกที่ดูแลเรื่องเฉียบพลันและเรื้อรัง บริการทางห้องปฏิบัติการที่สมบูรณ์ที่สุดของภาครัฐ เพื่อการวินิจฉัยและอ้างอิงก็มีอยู่ โดยมีทั้งพยาธิแพทย์และนักเซลล์วิทยา รวมถึงการวินิจฉัยทางรังสีวิทยาอยู่ด้วย

ผู้ให้บริการที่ระดับนี้อาจได้แก่ นรีแพทย์ แพทย์มะเร็งวิทยา และแพทย์รังสีรักษา เช่นเดียวกับบุคลากรต่างๆ ที่มีอยู่ในระดับการดูแลที่ต่ำกว่า

.....

⁶¹ การเขียนบรรยายนี้ไม่ได้รวมถึงการบริการต่างๆ และผู้ให้บริการที่อยู่นอกระบบสุขภาพที่เป็นทางการ เช่น หมอพื้นบ้าน หมอตำแย หมอขายยา และอื่นๆ ซึ่งก็อาจมีบทบาทสำคัญได้ด้วย

เอกสารสำคัญ

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs : a manual for managers. Seattle (WA) : ACCP; 2004 (<http://whqlibdoc.who.int/paho/2004/a92126.pdf>, accessed 18 July 2014).
- International Agency for Research on Cancer (IARC). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10 : cervix cancer screening. Lyon : IARC; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer pain relief : with a guide to opioid availability, 2nd edition. Geneva : WHO; 1996 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer screening in developing countries : report of a WHO consultation. Geneva : WHO; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Surgical care at the district hospital. Geneva : WHO; 2003 (<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA58.22. Cancer prevention and control. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 16–25 May 2005. Geneva : WHO; 2005 (http://www.who.int/ipcs/publications/wha/cancer_resolution.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes : palliative care (module 5). Geneva : WHO; 2007 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines : key points for policy-makers and health professionals. Geneva : WHO; 2007 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva : WHO; 2007 (http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf, accessed 21 November 2014).

- World Health Organization (WHO). Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes : diagnosis and treatment (module 4). Geneva : WHO; 2008 (http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections : use of the programme guidance tool. Geneva : WHO; 2009 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva : WHO; 2010 (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines : use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Geneva : WHO; 2011 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P) : user's guide. Geneva : WHO; 2012 (http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Geneva : WHO; 2012 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO information sheet : observed rate of vaccine reactions : human papillomavirus vaccine. Geneva : WHO; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO technical specifications : cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer. Geneva : WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva : WHO; 2013 (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>, accessed 21 November 2014).

- World Health Organization (WHO). WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. Geneva : WHO; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva : WHO; 2013 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines : WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43) :465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Implementation tools : package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva : WHO; 2014 (<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/> , accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2014;89(21) :221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme : from decision to implementation and monitoring. Geneva : WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/vaccine_intro_resources/nvi_guidelines/en/, accessed 21 November 2014).
- World Health Organization (WHO). Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Sixty-seventh World Health Assembly, agenda item 15.5, Geneva, 24 May 2014. Geneva : WHO; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf, accessed 18 July 2014).
- World Health Organization (WHO). WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ : cryotherapy, large loop excision of the transformation zone, and cold knife conization. Geneva : WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/104174/1/9789241506779_eng.pdf, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer (IARC), African Population and Health Research Center (APHRC). Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy : a demonstration project in six African countries : Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva : WHO; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75250/1/9789241503860_eng.pdf, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva : WHO; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). The WHO-UNICEF joint statement : vaccine donations, August 7, 2010. Geneva : WHO; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.09_eng.pdf, accessed 21 November 2014).

World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF). WHO-UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP). Geneva : WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/, accessed 21 November 2014).

เว็บไซต์ที่เป็นประโยชน์

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP) : www.alliance-cxca.org

EngenderHealth : www.engenderhealth.org

Grounds for Health : www.groundsforhealth.org

International Agency for Research on Cancer (IARC) : www.iarc.fr

Jhpiego : www.Jhpiego.org

PATH : www.path.org

WHO Department of Reproductive Health and Research : www.who.int/reproductive-health

WHO Department of Immunization, Vaccines and Biologicals : www.who.int/immunization

WHO Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health :

www.who.int/maternal_child_adolescent

WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases : www.who.int/nmh/

WHO Department of Essential Medicines and Health Products : www.who.int/medicines

WHO HPV Vaccine Introduction Clearing House : www.who.int/immunization/hpv

WHO Human papillomavirus (HPV) : www.who.int/immunization/diseases/hpv



บทที่ 1
ภูมิหลัง

ประเด็นสำคัญ

- มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้เป็นส่วนใหญ่ แต่กลับยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิต (จากมะเร็ง) ที่สำคัญของสตรีทั่วโลก การเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง
- สาเหตุหลักของการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papillomavirus; HPV) สายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (หรือสายพันธุ์ก่อมะเร็ง) เรื้อรัง/หรือคงอยู่ยาวนาน (persistent) อย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งสายพันธุ์
- การติดเชื้อเอชพีวี เป็นการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด และมักได้รับมาตั้งแต่ในระยะแรก ๆ ของการมีเพศสัมพันธ์
- ในสตรีและบุรุษที่ติดเชื้อเอชพีวี ส่วนใหญ่การติดเชื้อจะสามารถหายได้เอง
- มีเพียงส่วนน้อยที่การติดเชื้อเอชพีวีจะคงอยู่ยาวนาน สำหรับในสตรี ที่อาจนำไปสู่การเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถ้าหากไม่ได้รับการรักษาอาจดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งได้ภายในระยะเวลา 10-20 ปี
- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีแนวโน้มมากกว่าที่จะเกิดการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่ยาวนานตั้งแต่อายุยังน้อย และกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้เร็วกว่า
- การมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ของอวัยวะสืบพันธุ์ และธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก จะช่วยทำให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิมีความสามารถเพียงพอในการสื่อสาร และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรี คนในครอบครัว และชุมชน

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

ตอนที่ 1.1 ทำไมจึงต้องสนใจมะเร็งปากมดลูก? จะสรุปสถิติทั่วโลก และความแตกต่างกันอย่างมากทั้งภายในและระหว่างประเทศ ของอัตราการเกิดโรครายใหม่ (อุบัติการณ์ : incidence) และอัตราตาย (การเสียชีวิต : mortality) ที่ได้มีการบันทึกไว้ในแต่ละปี ข้อมูลเหล่านี้จะแสดงให้เห็นถึงภาวะ ที่มะเร็งปากมดลูกมีต่อทั้งสตรี และต่อการให้บริการด้านสุขภาพ รวมถึงเหตุผลว่าทำไมการเข้าถึงบริการ การป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

ตอนที่ 1.2 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของอวัยวะสืบพันธุ์ จะแสดงให้เห็นถึงกายวิภาคศาสตร์ของอวัยวะสืบพันธุ์ และบรรยายถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับปากมดลูกตลอดอายุขัย จากวัยทารกจนถึงวัยหมดระดู และเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เข้ากับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ความรู้พื้นฐานทางกายวิภาคศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญพันธุ์สตรี จะช่วยเป็นเครื่องมือให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพได้ใช้สื่อสารกับสตรี คนในครอบครัว และชุมชน เกี่ยวกับการบริการป้องกันมะเร็งปากมดลูก (ดูบทที่3)

ตอนที่ 1.3 ธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปอย่างช้าๆ มาก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เป็นลำดับต่อเนื่องเหล่านี้ เพื่อที่จะสามารถอธิบายแก่ชุมชนได้ว่าทำไมเราจึงมีโอกาสในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่ให้เกิดขึ้น และด้วยเหตุนี้ จึงสามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงความทุกข์และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรจากมะเร็งปากมดลูกได้

1.1 ทำไมจึงต้องสนใจมะเร็งปากมดลูก?

1.1.1 เหตุที่ต้องสนใจมะเร็งปากมดลูก

เหตุที่ต้องสนใจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ :

- ทั่วโลก มีสตรีประมาณ 266,000 คน เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปี มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งที่สำคัญในอาฟริกาตะวันออกและกลาง

- การเสียชีวิตเหล่านี้ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ โดยผ่านแผนงาน/โปรแกรม (programmes) การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่สามารถเข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งมีศักยภาพใน การเข้าถึงเด็กหญิงทุกคน เพื่อให้ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และถึงสตรีทุกคนที่มีความเสี่ยง ด้วยการตรวจคัดกรองร่วมกับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

- เรารู้ว่าอะไรเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก : เกือบทุกรายมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีสายพันธุ์ “ความเสี่ยงสูง” (หรือสายพันธุ์ก่อมะเร็ง) ที่คงอยู่เป็นเวลานานๆ (persistent) อย่างน้อยหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งสายพันธุ์

- เราเข้าใจถึงธรรมชาติการดำเนินโรคของการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี และของโรคนี้ที่เป็นไปอย่างช้าๆ มากในสตรีที่มีภูมิคุ้มกันปกติ จากปกติ (สุขภาพดี) สู่ระยะก่อนมะเร็ง สู่การเป็นมะเร็ง ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้

- เวลาที่ห่าง 10-20 ปี จากระยะก่อนมะเร็งถึงมะเร็ง ทำให้มีโอกาสมากพอที่จะได้ทำการตรวจคัดกรอง ตรวจพบและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง และหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดเป็นมะเร็งได้ อย่างไรก็ตาม ในสตรีที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เช่น สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี) การดำเนินต่อไปของรอยโรคก่อนมะเร็งไปเป็นมะเร็งจะพบได้บ่อยกว่าและเร็วกว่า

- มีวิธีการตรวจอยู่หลายอย่าง ซึ่งสามารถตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ และราคาไม่แพง ขณะเดียวกันในปัจจุบันมีวิธีการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งอยู่หลายวิธีที่ค่าใช้จ่ายไม่สูงให้เลือก

- ปัจจุบันมีวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว หากได้มีการให้แก่เด็กหญิงทุกคน ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้เป็นจำนวนมาก

- จนกว่าจะมีการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ที่สามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึง ซึ่งจะต้องมีการแก้ไขความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงที่มีอยู่ในปัจจุบันก่อน ความแตกต่างในอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตระหว่างบริบท (settings) ต่างๆ ที่มีอยู่และยังคงเป็นหลักฐานที่มากพอว่ายังขาดการให้บริการที่มีความครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

1.1.2 ระบาดวิทยาของมะเร็งปากมดลูกระดับโลก

ระบาดวิทยา เป็นการศึกษาถึงการกระจายตัวและปัจจัยต่างๆ ของสภาวะสุขภาพหรือเหตุการณ์ (รวมถึงโรค) และการประยุกต์ใช้การศึกษานี้ เพื่อการควบคุมโรคต่างๆ และปัญหาสุขภาพอื่นๆ

ก. จำนวน และการเปรียบเทียบระหว่างประเทศ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรี ใน 45 ประเทศทั่วโลก และเป็นเหตุของการเสียชีวิตมากกว่ามะเร็งใดๆ ใน 55 ประเทศ ประเทศเหล่านี้ได้แก่ ประเทศต่างๆ ในอาฟริกากลาง ในเอเชีย (รวมถึงอินเดีย) และบางประเทศในอเมริกากลางและใต้ แผนที่ในรูปที่ 1.1 และ 1.2 แสดงให้เห็นความแตกต่างทั่วโลก ในอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิต ระหว่างประเทศและภูมิภาคต่างๆ ของโลก แผนที่เหล่านี้ไม่ได้แสดงถึงความแตกต่างในอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตระหว่างพื้นที่ต่างๆ ภายในประเทศหนึ่งๆ ซึ่งล้วนมีความสัมพันธ์กับความหลากหลายทางเศรษฐกิจสังคมและภูมิศาสตร์ อคติทางเพศ และปัจจัยต่างๆ ทางวัฒนธรรม ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถจำกัดการเข้าถึงบริการป้องกันโรคในสตรีบางกลุ่มได้อย่างรุนแรง

ยิ่งไปกว่านั้น ข้อมูลต่อไปนี้ยังได้แสดงอย่างชัดเจนให้เห็นถึงความแตกต่างกันอย่างมากระหว่างสตรีที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้สูงกับประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง

- ในปี ค.ศ. 2012 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 528,000 ราย ได้รับการวินิจฉัยอยู่ทั่วโลก จากจำนวนนี้ ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 85 อาศัยอยู่ในภูมิภาคที่พัฒนาน้อย
- ในปีเดียวกันทั่วโลกมีสตรี 266,000 ราย เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก เกือบ 9 จากทุกๆ 10 รายเหล่านี้ หรือ 231,000 ราย อาศัยและเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ในทางกลับกันเพียง 35,000 ราย หรือ 1 จากทุกๆ 10 รายของสตรีเหล่านี้ อาศัยและเสียชีวิตอยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง เหตุผลหลักของความแตกต่างนี้ก็คือ การขาดซึ่งแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันโรค การตรวจพบและการรักษาแต่เนิ่นๆ ที่มีประสิทธิผล รวมทั้งขาดการเข้าถึงแผนงาน/โปรแกรมนี้อย่างเสมอภาค

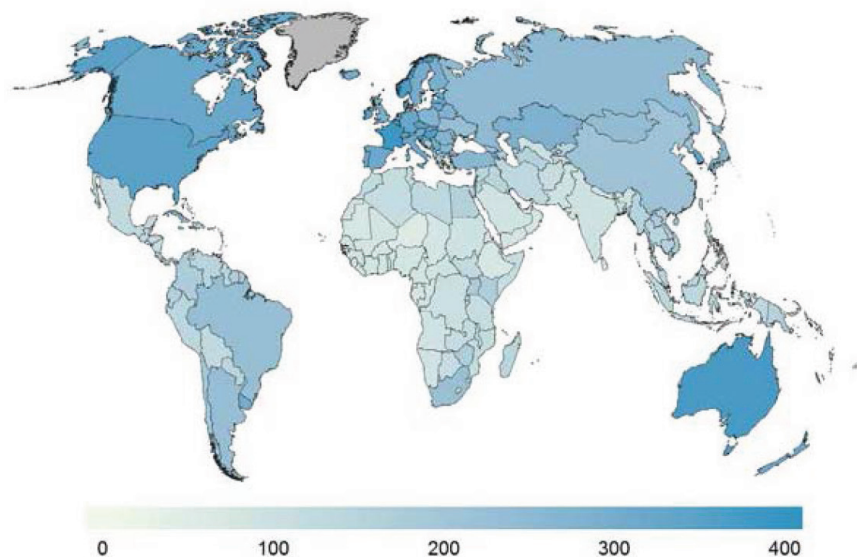
หากไม่มีมาตรการเหล่านี้เข้ามา มะเร็งปากมดลูกก็มักจะได้รับ การตรวจพบต่อเมื่อเข้าสู่ระยะที่ลุกลามไปมากแล้วเท่านั้น ซึ่งก็สายเกินไปสำหรับการรักษาที่มีประสิทธิผลแล้ว และด้วยเหตุนี้ อัตราการเสียชีวิตก็จะสูง

ข. การเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่พบในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และการเสียชีวิตในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา

ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ลดลงในประเทศที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมดีขึ้น ส่วนใหญ่แล้ว เป็นผลมาจากการทุ่มเทความพยายามลงไปทำในเรื่องการป้องกันทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่ การตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ การตรวจวินิจฉัยและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็งระยะต้น ตั้งแต่เนิ่นๆ

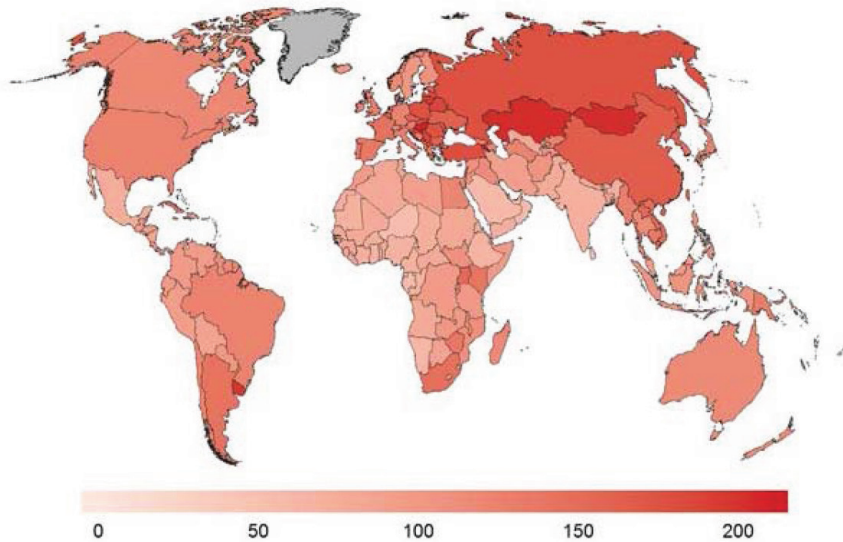
เพื่อเป็นการสรุปในตอนนี ของบทที่ 1 สถิติต่างๆ ที่ได้แสดงไว้นี้ ได้สะท้อนให้เห็นการละเลยที่น่าตกใจต่อสตรีในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง จึงถือได้ว่าจำเป็นที่จะต้องจัดให้มีการบริการ ซึ่งมีประสิทธิภาพสำหรับสตรีทุกคน

รูปที่ 1.1 : อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกโดยประมาณ 2012



ที่มา : International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 : cancer fact sheets : cervical cancer. Lyon : IARC; 2014.

รูปที่ 1.2 : อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกโดยประมาณ 2012



ที่มา : International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 : cancer fact sheets : cervical cancer. Lyon : IARC; 2014.

1.2 กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของอุ้งเชิงกรานสตรี

1.2.1 ทำไมการทำความเข้าใจกายวิภาคศาสตร์ของอวัยวะเพศสตรีจึงมีความสำคัญ

การทำความเข้าใจกายวิภาคศาสตร์ของโครงสร้างอุ้งเชิงกรานสตรี จะช่วยให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับแผนงานโปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สามารถ :

- ปฏิบัติงานในหน้าที่ของตน ได้แก่ การให้สุขศึกษาชุมชน การตรวจคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษาอวัยวะก่อนมะเร็ง
- ส่งต่อสตรีที่มีรอยโรคซึ่งไม่สามารถดูแลรักษาได้ที่ระดับผู้ให้บริการนั้นๆ ไปยังผู้ให้บริการในระดับสูงกว่าซึ่งมีความเหมาะสม
- มีความเข้าใจรายงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการและขั้นตอนการรักษาและข้อแนะนำทางคลินิกที่ได้รับจากผู้ให้บริการที่ระดับสูงกว่าในระบบการดูแลสุขภาพ
- ให้สุขศึกษาและให้คำปรึกษาแบบตัว-ต่อ-ตัวกับสตรีแต่ละคน (รวมทั้งคนในครอบครัวของสตรีรายนั้นด้วย หากได้รับการร้องขอ) เกี่ยวกับสถานะของเธอและแผนในการตรวจติดตาม
- สื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกกระดับ รวมถึงผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนและผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิที่ได้ส่งต่อผู้ป่วยไป

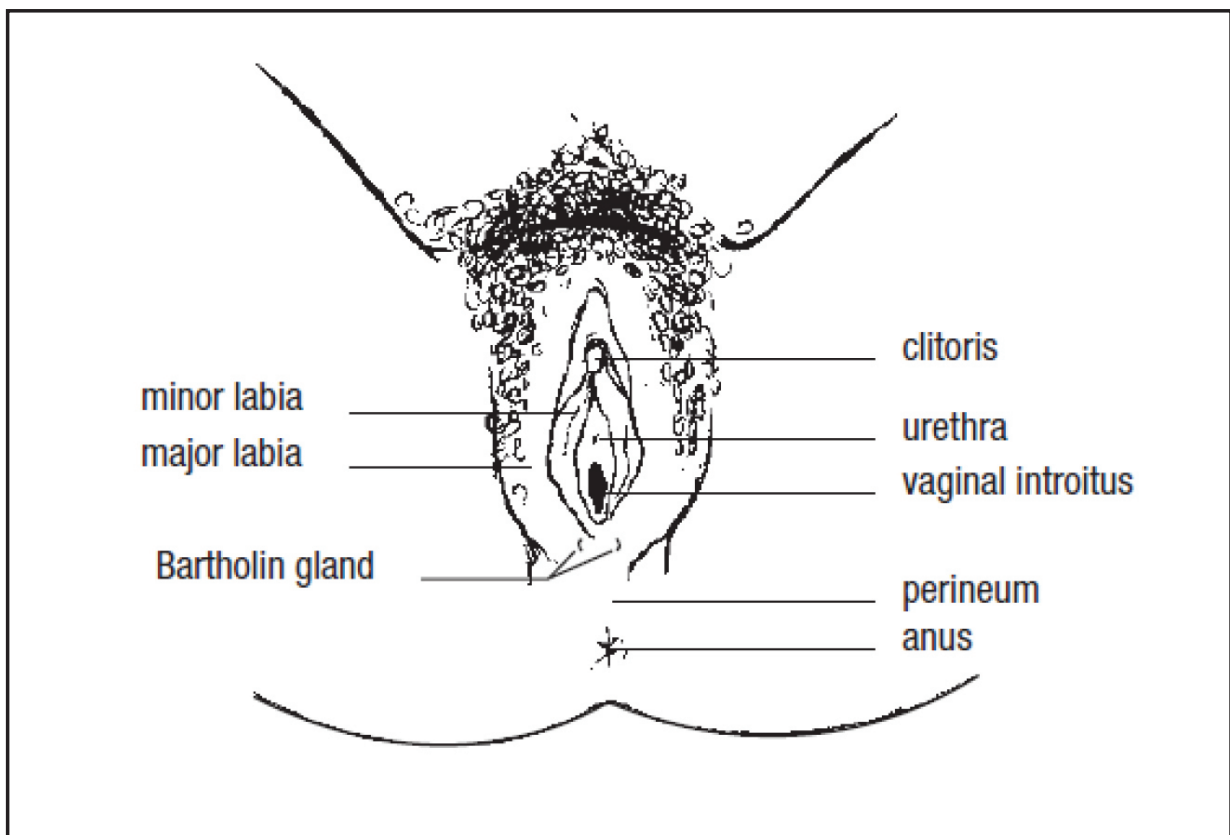
ดูบทนำ สำหรับรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับระดับ (ต่างๆ) ของระบบบริการดูแลสุขภาพ และผู้ให้บริการที่แต่ละระดับ

1.2.2 การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและภายในของสตรี

ก. อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกประกอบด้วย ส่วนที่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่า และเห็นได้ด้วยการใช้เครื่องถ่างตรวจช่องคลอดแบบปากเปิด (speculum) รูปที่ 1.3 แสดงให้เห็นบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ เมื่อแยกขาออกจากกัน ได้แก่ วัลวา (vulva) [คือพื้นที่ระหว่างขอบบนในรูปและระดับของต่อมบาร์โธลิน (Bartholin's glands)] ฝีเย็บ (perineum) และทวารหนัก (anus) วัลวาประกอบด้วย ปากช่องคลอด (introitus) และอวัยวะใกล้เคียงที่ได้รับการปกปิดด้วยแคมใหญ่ (major labia) และแคมเล็ก (minor labia) ได้แก่ คลิตอริส (clitoris) ซึ่งเป็นอวัยวะที่เล็กและไวต่อความรู้สึกมาก ซึ่งช่วยในการเพิ่มความสุขทางเพศ รูปัสสาวะ (urethra) ซึ่งเป็นรูเปิดที่เล็กมากอยู่เหนือปากช่องคลอด ฝีเย็บเป็นพื้นที่ระหว่างปากช่องคลอดและทวารหนัก ต่อมบาร์โธลินโดยปกติจะสร้างมูกใสซึ่งช่วยในการหล่อลื่นปากช่องคลอด เมื่อสตรีได้รับการกระตุ้นทางเพศ

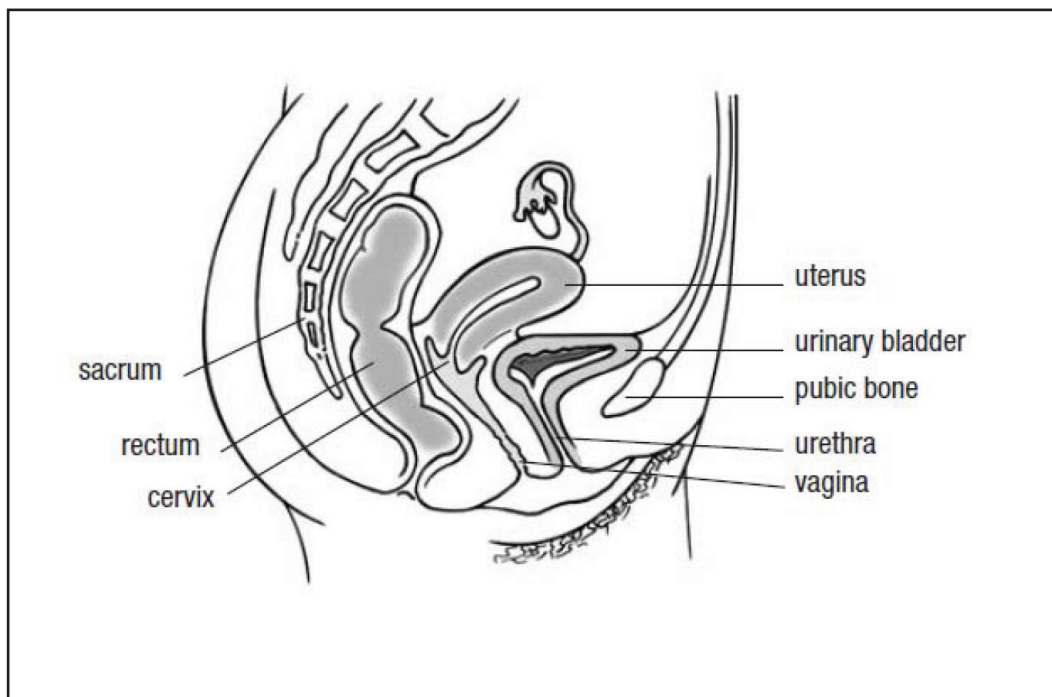
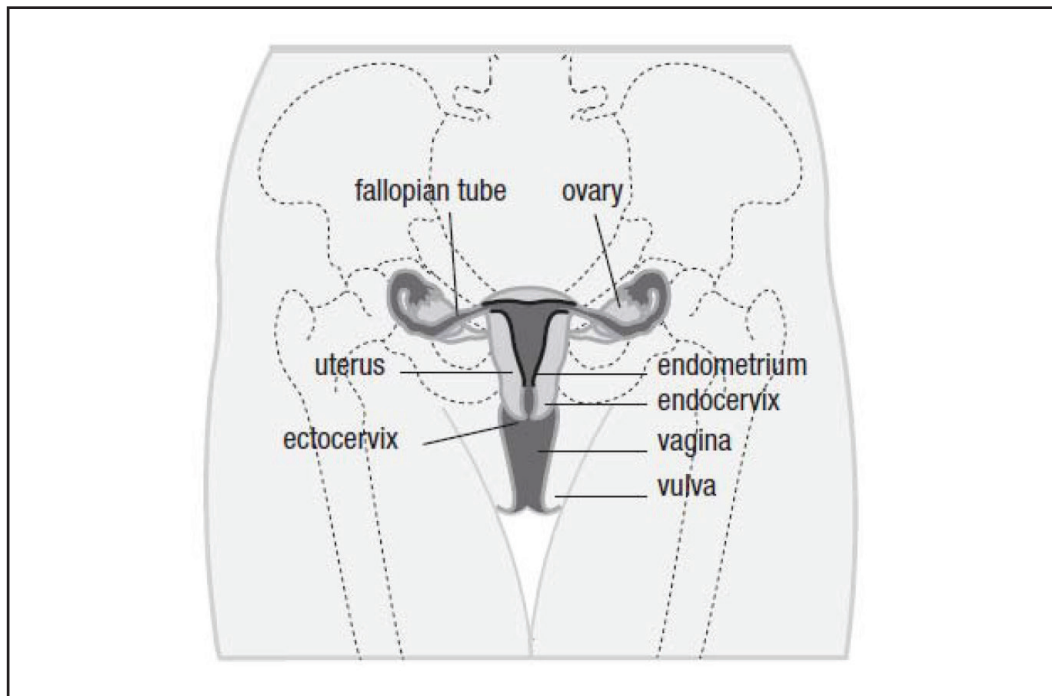
รูปที่ 1.3 : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี



ข. อวัยวะสืบพันธุ์ภายใน

อวัยวะสืบพันธุ์ภายในอวัยวะของสตรีไม่สามารถมองเห็นได้ ยกเว้นสตรีได้รับการผ่าตัดเปิดหน้าท้องหรือใช้กล้องส่องดูภายในช่องท้อง ดังแสดงในรูปที่ 1.4 กระเพาะปัสสาวะ (urinary bladder) และท่อปัสสาวะล้วนอยู่ด้านหลังของกระดูกหัวเหน่า (pubic bone) และอยู่ด้านหน้าต่อช่องคลอด (vagina) และปากมดลูก (cervix) ต่อมดลูก (uterus) อยู่เหนือปากมดลูก ส่วนล่างของลำไส้ใหญ่ (colon) และลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย/ไส้ตรง (rectum) ล้วนอยู่หลังอวัยวะสืบพันธุ์ มดลูกถูกตรึงอยู่กับที่ไว้ด้วยเนื้อเยื่อหนาหรือเอ็นยึด (ligaments) ที่อยู่ในเยื่อช่องท้อง (peritoneum) ท่อไต (ureter) (เป็นท่อเรียวยาวที่นำปัสสาวะจากไตไปสู่กระเพาะปัสสาวะ) ล้วนอยู่ทางด้านข้างแต่ละข้างของต่อมดลูก แต่ไม่ได้แสดงไว้ในรูปเหล่านี้

รูปที่ 1.4 : ภาพมุมมองด้านหน้าและด้านข้างของอวัยวะสืบพันธุ์ภายในของสตรี



1.2.3 การบรรยายเกี่ยวกับอวัยวะภายในเชิงกรานโดยสังเขป

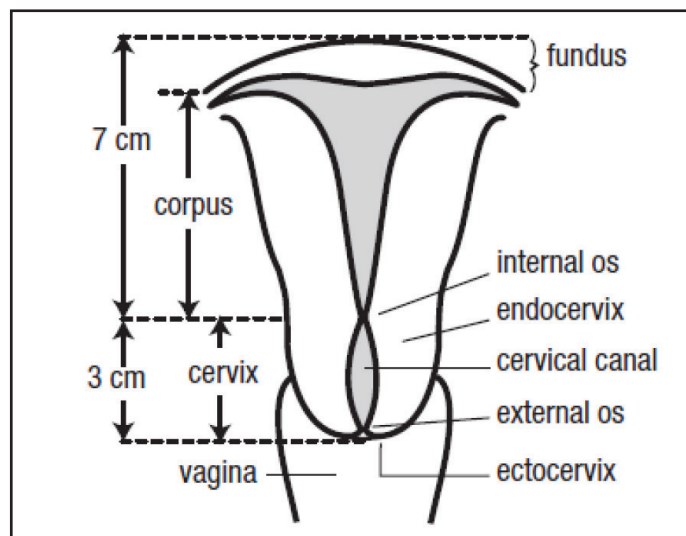
ก. ช่องคลอด

ช่องคลอดเป็นท่อน้ำเนื้อที่ยืดหยุ่นได้ดี มีรอยย่นอยู่จำนวนมาก เชื่อมจากปากช่องคลอด ไปยังปากมดลูกส่วนนอกของปากมดลูก (ectocervix) ยื่นเข้ามาในปลายบนสุดของช่องคลอด และพื้นที่ของช่องคลอดรอบๆ ปากมดลูกส่วนนี้เรียกว่าชอกช่องคลอด (vaginal fornix)

ข. ปากมดลูก

ปากมดลูกคือส่วนล่างประมาณหนึ่งในสามของตัวมดลูกทั้งหมดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่ตั้งครรภ์ มักมีความยาวประมาณ 3 เซนติเมตร และมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2.5 เซนติเมตร ส่วนนอกของปากมดลูก (ectocervix) วางตัวอยู่ในช่องคลอด และสามารถเห็นได้ด้วยการใช้ speculum ส่วนในสองในสามของปากมดลูก (endocervix) วางตัวอยู่เหนือช่องคลอดและไม่สามารถมองเห็นได้ มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เริ่มเกิดขึ้นตรงบริเวณรอยต่อที่ endocervix และ ectocervix มาพบกัน รูปที่ 1.5 แสดงให้เห็นมดลูก และขนาดโดยเปรียบเทียบกับของปากมดลูกที่เป็นส่วนหนึ่งของมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์

รูปที่ 1.5 : มดลูกและปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์

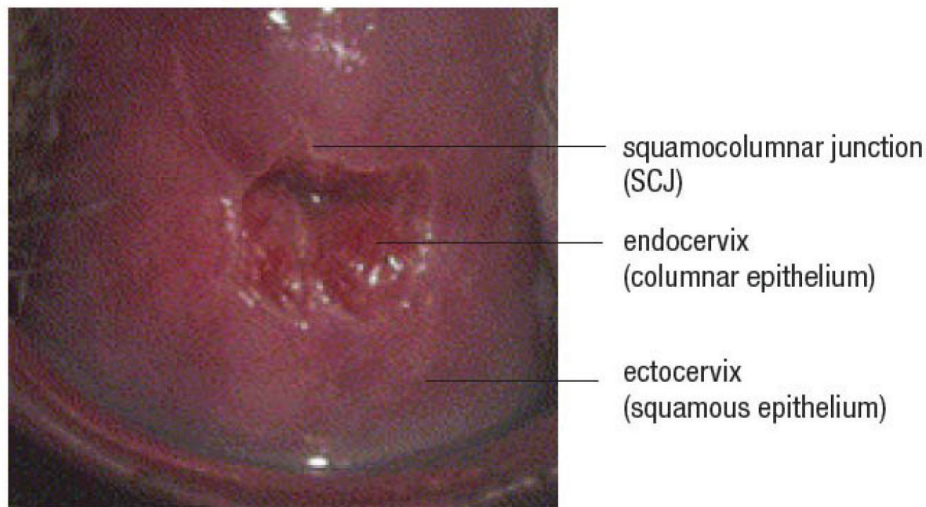


ปากมดลูกประกอบไปด้วยเนื้อเยื่อฝืดและกล้ามเนื้อ (fibro-muscular tissue) ที่หนา ช่องคอมดลูก (cervical canal) เชื่อมผ่านจุดศูนย์กลางของปากมดลูกจากรูปากมดลูกด้านใน (internal os) (รูเปิดเข้าสู่โพรงมดลูก) ไปสู่อปากมดลูกด้านนอก (external os) (ซึ่งสามารถเห็นได้ด้วยการใช้ speculum)

รูปที่ 1.6 เป็นภาพขยายใหญ่ขึ้นเล็กน้อยของปากมดลูกตามที่สามารถเห็นได้ด้วยการใช้ speculum แสดงให้เห็นรูเปิดด้านนอกที่ค่อนข้างไม่เรียบ เข้าไปสู่ช่องคอมดลูก (cervical canal) ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ไม่เคยคลอดบุตรผ่านทางช่องคลอด ในสตรีที่เคยคลอดบุตรทางช่องคลอดอย่างน้อยหนึ่งครั้งปากมดลูก

จะดูคล้ายรูปปากที่ฉีกออกทางด้านข้าง ในรูปนี้ บริเวณสีเข้มกว่าที่ล้อมรอบรูปากมดลูก (os) อยู่ คือบริเวณที่แผ่ออกไปของเยื่อบุคอลัมน์นาร์ (columnar epithelium) ที่บุช่องมดลูก บริเวณสีอ่อนกว่าที่อยู่รอบๆ นั้น ประกอบไปด้วยเยื่อบุสแควมัส (squamous epithelium) ที่หนาหลายชั้นซึ่งแผ่มาจากช่องคลอด รอยต่อระหว่างเยื่อบุสองชนิดนี้ เรียกว่า squamocolumnar junction (SCJ)

รูปที่ 1.6 : ปากมดลูก



ในตอนต่อไปจะมีรายละเอียดมากขึ้นเกี่ยวกับเยื่อบุผิวปากมดลูก และการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นตามปกติในระหว่างวัยเจริญพันธุ์ (ตอนที่ 1.2.4) และการเปลี่ยนแปลงในรูปร่างของปากมดลูกในแต่ละช่วงชีวิตของสตรีคนหนึ่งๆ (ตอนที่ 1.2.5) ทั้งสองตอนนี้มีสำคัญและจำเป็นต้องทราบก่อนที่จะไปถึงตอนที่ 1.3 : ธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก

ค. มดลูก

มดลูก (uterus หรือ womb) เป็นอวัยวะกล้ามเนื้อรูปร่างคล้ายลูกแพร์ที่กลวง มีผนังหนา เมื่อไม่ได้โตขึ้นจากการตั้งครรภ์หรือมีเนื้องอกจะมีขนาดประมาณ 10 เซนติเมตร จากยอดมดลูก (fundus) ถึงส่วนล่างสุดของ ectocervix (ดูรูปที่ 1.5) ตัวมดลูกถูกตรึงไว้ด้วยเอ็นยึด (ligaments) ซึ่งเกิดขึ้นจากการหนาตัวของเยื่อช่องท้องที่ยึดติดอยู่กับผนังอุ้งเชิงกราน เนื้อเยื่อที่อยู่ระหว่างด้านข้างของตัวมดลูกกับผนังอุ้งเชิงกราน เรียก parametrium โพรงมดลูกบุด้วยเยื่อบุโพรงมดลูก (endometrium) ซึ่งเป็นเยื่อบุชั้นเดียวที่มีต่อมอยู่มากมาย เยื่อบุโพรงมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างน่าทึ่งในระหว่างรอบระดูและระหว่างการตั้งครรภ์

ง. รังไข่

รังไข่ (ovary) เป็นอวัยวะที่อยู่ข้างละอันของอุ้งเชิงกราน ในสตรีที่มีรอบประดูตามธรรมชาติ โดยมีซ็อกยกเว้นอยู่บ้าง ไข่เพียงหนึ่งฟองจะถูกผลิตออกมาจากรังไข่ข้างใดข้างหนึ่งเท่านั้น (อาจเรียกว่า การตกไข่ : ovulation) ในแต่ละเดือน

จ. ท่อนำไข่

ท่อนำไข่ (fallopian tube) เป็นท่อกว้างบางที่เป็นช่องทางซึ่งไข่ใช้ในการเดินทางจากรังไข่มาสู่มดลูก และเป็นบริเวณที่การปฏิสนธิของไข่เกิดขึ้น หากสตรีมีเพศสัมพันธ์ในวันก่อนหรือหลังการตกไข่เล็กน้อยโดยที่ไม่ได้คุมกำเนิด

ฉ. โครงสร้างของระบบเลือดและน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน

เส้นเลือดแดง (artery) และเส้นเลือดดำ (vein) ที่เลี้ยงมดลูกและปากมดลูกทอดตัวลงมาสองข้างตามความยาวของปากมดลูก มีความสำคัญที่จะต้องระลึกถึงตำแหน่งของเส้นเลือดเหล่านี้ไว้ เพื่อหลีกเลี่ยงการฉีดยาเฉพาะที่เข้าไปในเส้นเลือดเมื่อจะฉีดยาบริเวณปากมดลูก

ต่อมน้ำเหลือง (lymph node) และหลอดน้ำเหลืองที่ระบายน้ำเหลืองออกจากอุ้งเชิงกรานทอดตัวอยู่ใกล้กับเส้นเลือดต่างๆ และอาจเป็นช่องทางในการกระจายของมะเร็งปากมดลูก ในระยะท้ายๆ ของมะเร็งก้อนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่อาจอุดตันการระบายของน้ำเหลืองจนทำให้ขาบวมน้ำเหลือง (lymphoedema) ได้

ช. ระบบประสาทของบริเวณอุ้งเชิงกราน

ปากมดลูกส่วนนอก (ectocervix) ไม่มีปลายประสาทรับความเจ็บปวด ดังนั้น หัตถการที่เกี่ยวข้องเฉพาะส่วนนี้ [เช่น การตัดชิ้นเนื้อ (biopsy) และการจี้เย็น (cryotherapy)] ผู้ป่วยจะสามารถทนได้โดยไม่ต้องใช้ยาชา ในทางกลับกัน ปากมดลูกส่วนใน (endocervix) มีปลายประสาทอยู่มากมายที่อาจทำให้สตรีรู้สึกเจ็บได้ในระหว่างการทำหัตถการที่เกี่ยวข้องกับบริเวณนั้น เช่น การขูดช่องคอมดลูก (endocervical curettage) การบาดเจ็บ และการถ่างขยายช่องคอมดลูก

เครือข่ายเส้นประสาทมีอยู่ในเนื้อปากมดลูก เส้นประสาทเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาทอัตโนมัติ (autonomic nervous system; ANS) ซึ่งมีหน้าที่ในการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และการทำหน้าที่อื่นๆ ของร่างกาย หัตถการที่เกี่ยวข้องกับช่องคอมดลูก เช่น การใส่ endocervical speculum เข้าไปในช่องคอมดลูก หรือการขูดช่องคอมดลูกอาจกระตุ้นเส้นประสาทเหล่านี้ทำให้เกิด vasovagal reaction ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ คือ มีเหงื่อออก หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตต่ำ และเป็นลมหมดสติได้

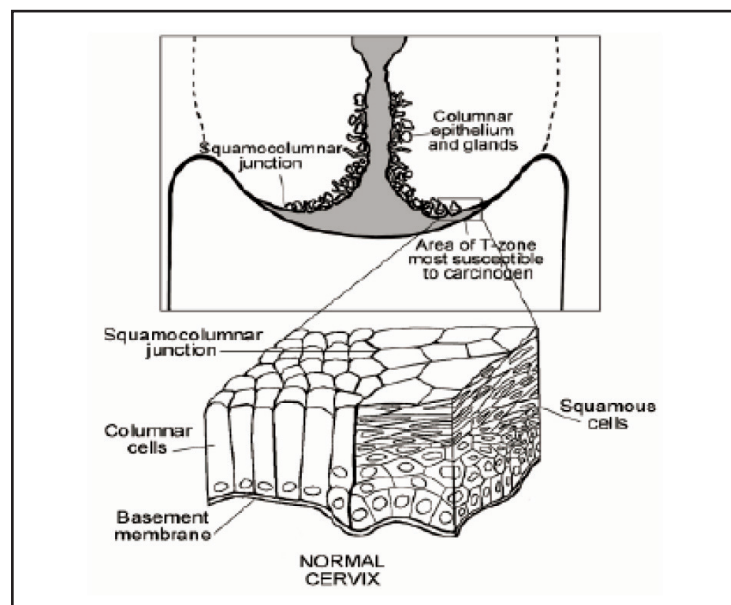
การบล็อกเส้นประสาทข้างปากมดลูก (paracervical block) เพื่อทำให้เกิดการชาเฉพาะที่ก่อนทำหัตถการบางอย่าง สามารถทำได้โดยการฉีดยาเข้าไปที่จุดต่างๆ ในเนื้อปากมดลูกส่วนนอก หรือชอกช่องคลอด (vaginal fornices) แต่หลีกเลี่ยงการฉีดเข้าไปที่ตำแหน่ง 3 และ 9 นาฬิกา ที่ซึ่งมีเส้นเลือดอยู่

1.2.4 เยื่อเมือกปากมดลูก และการเปลี่ยนแปลงตามปกติในช่วงวัยเจริญพันธุ์

ก. รายละเอียดของเยื่อเมือกปากมดลูก

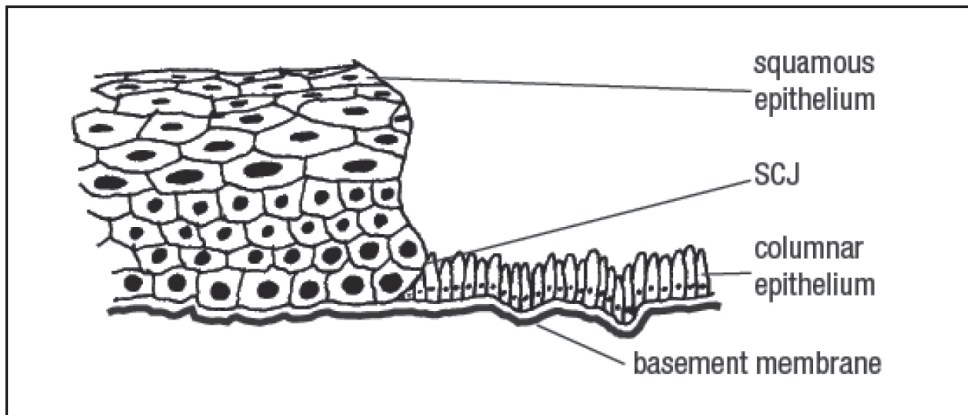
ผิวของปากมดลูกถูกบุด้วยเยื่อเมือกสองชนิด เป็นเยื่อเมือกแบบเดียวกันกับที่พบได้ที่ผิวหนังและด้านในของอวัยวะที่มีลักษณะกลวง ผิวของปากมดลูกส่วนนอก (ectocervix) ถูกปกคลุมด้วยเยื่อเมือกแควมัส (squamous) หนาหลายชั้น แข็งแรง มีความสามารถในการปกป้อง ซึ่งเยื่อเมือกนี้แผ่ต่อเนื่องมาจากที่คลุมช่องคลอดอยู่ รูเปิดปากมดลูกถูกปกคลุมด้วยเยื่อเมือกชั้นเดียวชนิดคอลัมน์นาร์ (columnar) ซึ่งแผ่ต่อเนื่องมาจากที่คลุมช่องคอมดลูกอยู่ (ดูรูปที่ 1.7 และ 1.8)

รูปที่ 1.7 : ปากมดลูกปกติ



ที่มา : Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings. Baltimore (MD) : Jhpiego; 2005.

รูปที่ 1.8 : เยื่อบุปากมดลูกสองชนิด และรอยต่อสแควมอคอลัมน์นาร์ (squamocolumnar junction)



ที่มา : ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia : a beginners' manual. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003.

เยื่อบุสแควมัสหลายชั้น ดังแสดงในรูปที่ 1.8 ประกอบไปด้วยเซลล์ชั้นลึกที่มีรูปร่างกลม ส่วนเซลล์ที่อยู่ชั้นบนๆ ขึ้นมาหลายชั้นจะมีลักษณะที่ค่อยๆ แบนลงคล้ายกระเบื้องมากขึ้น

เยื่อบุคอลัมน์นาร์ เป็นเซลล์รูปร่างสูงชั้นเดียว บุกอยู่ในช่องคอปากมดลูกและแผ่ออกมาด้านนอก ปกคลุมบางส่วนของ ectocervix มากบ้างน้อยบ้าง เยื่อบุชนิดนี้มีความบางและเปราะกว่าเยื่อบุสแควมัสของ ectocervix มาก และมีต่อม (glands) อยู่มากมายซึ่งสร้างสารหล่อลื่นช่องคอปากมดลูก

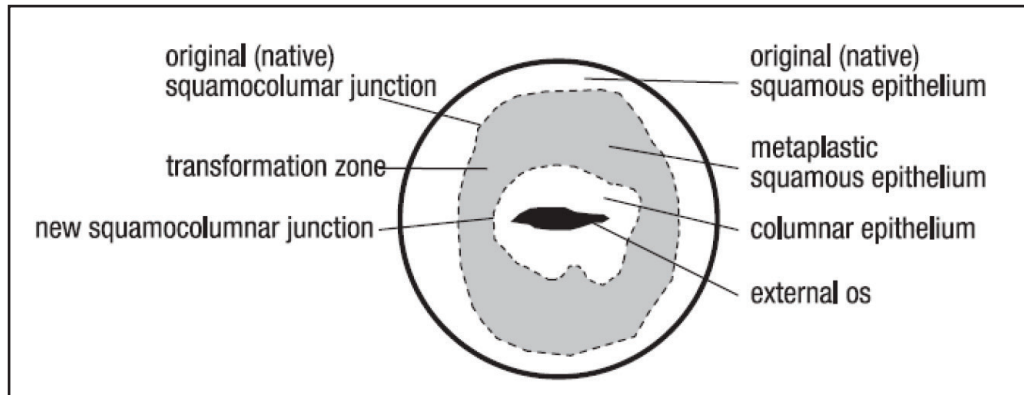
Squamocolumnar junction (SCJ) คือรอยต่อที่เยื่อบุสองชนิดมาบรรจบกัน ดังแสดงไว้ในรูปที่ 1.8 เป็นเส้นคมที่มีขึ้นต่างระดับจากการที่เยื่อบุสองชนิดมีความหนาต่างกัน ตำแหน่งที่ของ SCJ จะปรับเปลี่ยนไปตามอายุ สภาพฮอร์โมน ประวัติการบาดเจ็บจากการคลอด ภาวะการตั้งครรภ์ และการเคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดของสตรี

ข. การเปลี่ยนแปลงตามปกติของเยื่อบุผิวปากมดลูกในช่วงวัยเจริญพันธุ์

เมื่อปากมดลูกสัมผัสกับสภาพแวดล้อมที่เป็นกรดในช่องคลอด เยื่อบุคอลัมน์นาร์ที่เปราะบางกว่า ซึ่งแผ่ออกจากช่องคอปากมดลูกมาอยู่ที่ผิวหน้าของปากมดลูก ก็จะค่อยๆ ถูกแทนที่ด้วยเยื่อบุสแควมัสที่ทนทานกว่า กระบวนการแทนที่ตามปกตินี้เรียกว่าการกลายรูปเป็นสแควมัส (squamous metaplasia) ซึ่งจะทำให้เกิด SCJ เส้นที่สอง และบริเวณที่อยู่ระหว่าง SCJ เดิม (original SCJ) กับ SCJ ใหม่ (new SCJ) เรียกว่าบริเวณกลายรูป (transformation zone; TZ) ซึ่งมีขนาดได้หลากหลาย

ดังที่ได้บรรยายในตอนต่อไปของบทนี้ เกี่ยวกับธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก (ตอนที่ 1.3) เซลล์ที่อยู่ในบริเวณกลายรูปนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีได้ง่าย และก็เป็นบริเวณนี้เองที่มะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัส (squamous cell carcinoma : SCCA) ส่วนมาก เริ่มก่อตัวขึ้น

รูปที่ 1.9 : บริเวณกลายรูป (transformation zone) ของปากมดลูกสตรีวัยเจริญพันธุ์
ที่เคยอดบุตร



ที่มา : ดิทิพพ์ซ่าโดยได้รับอนุญาตจาก Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia : a beginners' manual. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003.

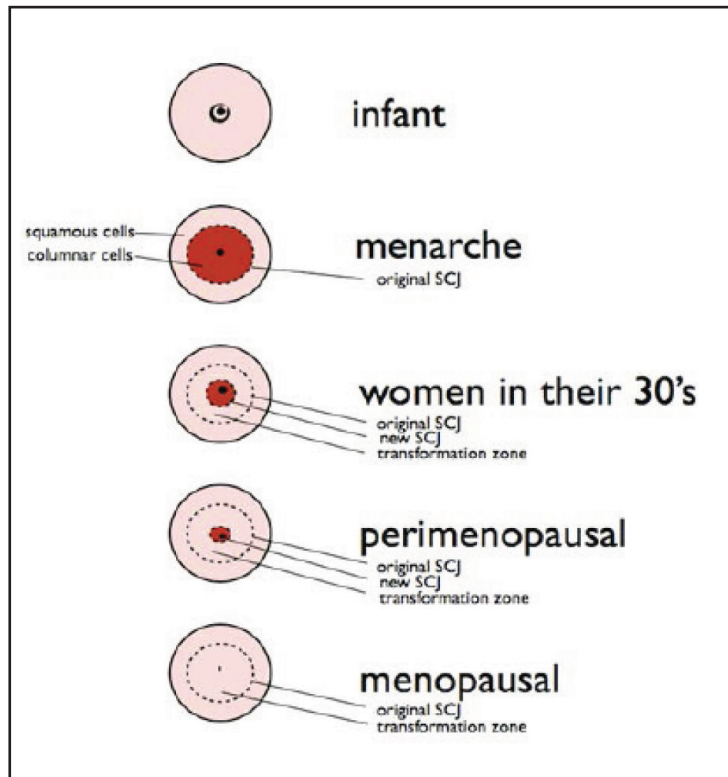
รูปที่ 1.9 ภาพวาดผิวหน้าปากมดลูกของสตรีที่เคยอดบุตรทางช่องคลอดอย่างน้อยครั้งหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงตามปกติที่รวมถึงเยื่อเมือกที่กลายเป็นสแควมัส (squamous metaplastic epithelium) บริเวณกลายรูป (transformation zone) และ SCJ ทั้งสองเส้น

1.2.5 การเปลี่ยนแปลงตามปกติในลักษณะของปากมดลูกเมื่อสตรีมีอายุมากขึ้น

นอกจากการเปลี่ยนแปลงที่เยื่อเมือกบนปากมดลูก ที่ได้บรรยายไปแล้วในตอนๆ 1.2.4 ลักษณะของปากมดลูกก็จะมีเปลี่ยนแปลงอย่างน่าทึ่งด้วย ตั้งแต่เกิดไปจนถึงวัยหมดระดู

รูปที่ 1.10 ภาพวาดที่แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของปากมดลูกตามช่วงอายุต่างๆ ของสตรี แต่ก็ควรสังเกตด้วยว่าในชีวิตจริง ลักษณะและขอบเขตของปากมดลูกสตรีในช่วงชีวิตต่างๆ มักไม่ได้สวยงามชัดเจนอย่างที่วาดไว้

รูปที่ 1.10 : ลักษณะของปากมดลูกในช่วงชีวิตต่างๆ ของสตรี



SCJ : squamocolumnar junction.

ที่มา : ภาพวาดโดย August Burns; ดัดแปลงโดยได้รับอนุญาตจาก Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia : a beginners' manual. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003.

ก. จากแรกเกิดถึงแรกสาว (Prepuberty)

Original SCJ มีอยู่ในเด็กหญิงตั้งแต่เกิด ที่ตรงหรือใกล้เคียงกับรูเปิดของปากมดลูก (external os)

ข. จากวัยเริ่มมีระดูถึงวัยเจริญพันธุ์ตอนต้น

ในวัยสาว (puberty) เมื่อรังไข่เริ่มหลั่งเอสโตรเจน (estrogen) ปากมดลูกมีขนาดใหญ่ขึ้นจะทำให้สามารถมองเห็นเซลล์คออัมน์นาร์จาก endocervix และ original SCJ ได้ชัดเจน ectocervix

ค. ในสตรีอายุ 30 - 39 ปี

ภายใต้อิทธิพลของ estrogen กระบวนการเติบโตเต็มวัยตามปกติ (normal maturing process) หรือกระบวนการกลายรูปเป็นสแควมัส (squamous metaplasia) ได้เกิดขึ้นแล้ว และทั้ง original และ new SCJ มีปรากฏอยู่บนปากมดลูก transformation zone คือ บริเวณที่อยู่ระหว่างเส้น SCJ ทั้งสองนี้

ง. ในสตรีวัยใกล้หมดระดู

เมื่อสตรีมีอายุมากขึ้นและอิทธิพลของ estrogen เริ่มลดลงในวัยใกล้หมดระดู ปากมดลูกก็จะเริ่มหดเล็กลง และเยื่อคอลัมน์ารวมถึง transformation zone ก็จะหดถอยกลับจาก ectocervix เข้าไปอยู่ภายในช่องคอปากมดลูก

จ. ในสตรีวัยหมดระดู

เมื่อปราศจากการกระตุ้นโดย estrogen เส้น original SCJ จะยังคงสามารถเห็นได้เมื่อใช้ speculum แต่ new SCJ และเยื่อผิวกลายเป็นรูป (metaplastic epithelium) ที่อยู่มากบ้าง น้อยบ้างบน transformation zone จะหดถอยกลับเข้าไปอยู่ภายในช่องคอปากมดลูก

การเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องนี้อาจไม่เป็นไปอย่างนี้เสมอไป เช่น ในสตรีวัยหมดระดูบางราย อาจยังคงมีปากมดลูกที่ดูเหมือนวัยใกล้หมดระดู (perimenopausal) ซึ่งยังคงสามารถมองเห็น new SCJ ได้บางส่วนหรือทั้งหมดเลยก็เป็นได้

1.3 ธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก

1.3.1 มะเร็งคืออะไร?

มะเร็ง (cancer) เป็นคำที่ใช้เรียกการเติบโตของเซลล์และเนื้อเยื่อ ที่ไม่สามารถควบคุมได้เป็นอิสระ และเป็นอันตราย การเติบโตของก้อนเนื้ออกที่เป็นมะเร็งนี้ อาจบุกรุกเนื้อเยื่อข้างเคียง แล้วไปก่อให้เกิดก้อนเนื้ออกที่คล้ายๆ กับมะเร็งเดิมในที่ใหม่ แต่อยู่ในส่วนที่ไกลออกไปของร่างกาย เรียกว่า การแพร่กระจาย (metastases) ในการที่มะเร็งเติบโตขึ้น มันจะทำลายเนื้อเยื่อปกติและแย่งสารอาหาร รวมทั้งออกซิเจนจากเนื้อเยื่อปกติด้วย

1.3.2 มะเร็งปากมดลูกคืออะไร?

การติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็งที่คงอยู่นาน (persistent) เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ของมะเร็งปากมดลูกเป็นชนิดสแควมัส (squamous cell carcinoma) ที่เริ่มก่อตัวขึ้นใน transformation zone ของ ectocervix อีกร้อยละ 10 เป็นชนิดอะดีโน (adenocarcinoma) ซึ่งก่อตัวขึ้นในชั้นเยื่อบุชนิดคอลัมน์าร์ที่มีต่อมสร้างมูกของ endocervix

ดังที่ได้กล่าวไว้ในตอนที่ 1.1 ของบทนี้ มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีนแก่เด็กหญิง เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชพีวีที่เป็นสาเหตุ และด้วยการตรวจคัดกรองในสตรี เพื่อหารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกและรักษารอยโรคนั้น รอยโรคเหล่านี้มักก่อตัวขึ้นก่อนมะเร็งเป็นเวลาหลายปี นอกจากนี้ หากสามารถวินิจฉัยมะเร็งได้ตั้งแต่ระยะต้นแล้วรักษาแต่เนิ่นๆ มะเร็งปากมดลูกก็ยังคงสามารถรักษาให้หายขาดได้

1.3.3 รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกคืออะไร?

รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก เป็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุผิวบริเวณ transformation zone ของปากมดลูก เซลล์เหล่านี้เริ่มมีการพัฒนาตัวในรูปแบบผิดปกติเมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน หรือเป็นระยะเวลายาวนาน

ในมะเร็งชนิดอื่นส่วนใหญ่ แม้ว่าอาจมีระยะก่อนมะเร็ง แต่ก็มักเป็นอยู่ในระยะเวลาที่สั้นเกินไปที่จะตรวจพบได้ จึงไม่ได้ให้โอกาสในการวินิจฉัยและรักษาแต่เนิ่นๆ ได้ง่าย มะเร็งปากมดลูกเป็นหนึ่งในมะเร็งไม่กี่ชนิด ที่มีรอยโรคระยะก่อนมะเร็งที่อยู่เป็นเวลายาวนานหลายปี ก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง ทำให้มีโอกาสมากพอที่จะได้รับการตรวจพบและรักษาแต่เนิ่นๆ

เป็นเรื่องที่โชคร้าย แม้ว่าจะสามารถป้องกันได้ ที่ยังคงมีสตรีเป็นจำนวนมากเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในหลายประเทศ (ดูตอนที่ 1.1) ทั้งนี้เป็นเพราะว่าสตรีเหล่านั้นไม่มีช่องทางในการเข้าถึงบริการป้องกันและรักษาโรค ซึ่งเป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น อุปสรรคต่างๆ ที่จำกัดการเข้าถึงการบริการ ได้แก่ เวลาทำการของสถานพยาบาลในการให้บริการ ระยะเวลาที่ห่างไกล ปัญหาการคมนาคม จำนวนครั้งที่ต้องกลับมาพบผู้ให้บริการเพื่อฟังผลตรวจ และที่เป็นปัญหาหนักได้แก่อุปสรรคด้านวัฒนธรรม และทางเพศที่พบเห็นได้ทั่วไป ในกรณีส่วนมากแล้วสาเหตุหลักของปัญหาทั้งหมดคือ ความยากจน

1.3.4 การติดเชื้อเอชพีวี และปัจจัยร่วมที่ช่วยให้เกิดการติดเชื้อที่คงอยู่นาน

สาเหตุหลักของรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก คือการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง (สายพันธุ์ก่อมะเร็ง : หรือ oncogenic) ที่คงอยู่นานหรือเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งสายพันธุ์โดยที่ไม่มีอาการ การติดเชื้อเอชพีวีเป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด

เชื้อเอชพีวีมีอยู่มากกว่า 100 สายพันธุ์ ส่วนใหญ่ไม่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก 7 ใน 10 (ร้อยละ 70) ของมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดที่ได้รับการรายงานจากทั่วโลก มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชพีวีเพียงสองสายพันธุ์ คือ 16 และ 18 ส่วนอีกสี่สายพันธุ์คือ 31 33 45 และ 58 พบได้รองลงไปว่ามีความสัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูก โดยบางสายพันธุ์มีความจำเพาะที่พบได้บ่อยในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ เชื้อเอชพีวีสองสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ (6 และ 11) ไม่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก แต่เป็นสาเหตุทำให้เกิดหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศ (genital wart หรือ condyloma) ส่วนใหญ่

ทั้งบุรุษและสตรีเกือบทุกคนจะติดเชื้อเอชพีวี ไม่นานหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยอวัยวะเพศชายไม่จำเป็นต้องสวมล้าเข้าไปของคลอดเลย เพราะเชื้อไวรัสเอชพีวีนี้สามารถติดต่อได้ด้วยเพียงแคผิวหนังบริเวณใกล้เคียงอวัยวะเพศสัมผัสกัน เช่นเดียวกับในสตรี การติดเชื้อในบุรุษ ส่วนใหญ่ก็ไม่มีอาการ และการติดเชื้อส่วนใหญ่ก็เป็นเพียงระยะเวลาสั้น บุรุษสามารถเป็นมะเร็งทวารหนักได้ มะเร็งชนิดนี้พบว่ามีสาเหตุมาจากเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 16 ได้บ่อยที่สุด และพบได้บ่อยกว่าในบุรุษที่มีเพศสัมพันธ์กับบุรุษ (men who have sex with men; MSM) เช่นเดียวกับในสตรี เชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 6 และ 11 ก็เป็นสาเหตุของหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศชายส่วนใหญ่

ในสตรีช่วงวัยแรกสาวและในระหว่างตั้งครรภ์ transformation zone บน ectocervix จะขยายกว้างขึ้น การสัมผัสกับเชื้อเอชพีวีในช่วงเวลาเหล่านี้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อง่ายขึ้น และอาจอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งปากมดลูกชนิดสแควมัสกับการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีบุตรคนแรกตั้งแต่อายุยังน้อย และประวัติของการตั้งครรภ์หลายครั้ง และพฤติกรรมต่างๆ ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีด้วย (นั่นก็คือมะเร็งปากมดลูกด้วย) ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน และการมีคู่นอนที่มีคู่นอนหลายคน

ในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะตรวจพบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงทุกราย แต่โดยข้อเท็จจริงแล้วสตรีที่ติดเชื้อเหล่านี้ไม่จำเป็นต้องเป็นมะเร็งปากมดลูกเสมอไป เพราะว่าการติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นอยู่เพียงระยะเวลาสั้นๆ โดยไม่ขึ้นกับสายพันธุ์ด้วย ร่างกายจะสามารถกำจัดมันได้เองภายในระยะเวลาไม่เกินสองปี การติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงที่คงอยู่นาน (เป็นการติดเชื้อเรื้อรัง) มีเพียงจำนวนน้อยเท่านั้น และสตรีที่มีการติดเชื้อเรื้อรังเหล่านี้มีเพียงส่วนน้อยที่จะดำเนินต่อไปจนกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesion) และจากจำนวนนี้ ก็มีเพียงสัดส่วนที่น้อยลงไปอีกที่โรคจะดำเนินต่อไปจนเป็นมะเร็ง ดังนั้น จึงประมาณได้ว่ามีสตรีไม่เกินร้อยละ 2 ของสตรีทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด ที่ในช่วงชีวิตของเธอจะเกิดมะเร็งปากมดลูกขึ้นมา

สถานะต่างๆ (หรือปัจจัยร่วม) ที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน และดำเนินต่อไปเป็นมะเร็ง ซึ่งยังไม่เป็นที่เข้าใจดีนัก แต่ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ต่อไปนี้อาจมีบทบาท :

- สายพันธุ์ของเชื้อเอชพีวี ความสามารถในการก่อมะเร็ง
- สถานะภูมิคุ้มกัน คนที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น คนที่มีเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มมากกว่าที่จะมีการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน และดำเนินต่อไปเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งได้เร็วกว่าด้วย
- การติดเชื้อร่วมกับเชื้อโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น เริม (herpes simplex)

หนองในเทียม (chlamydia) และหนองใน (gonorrhoea)

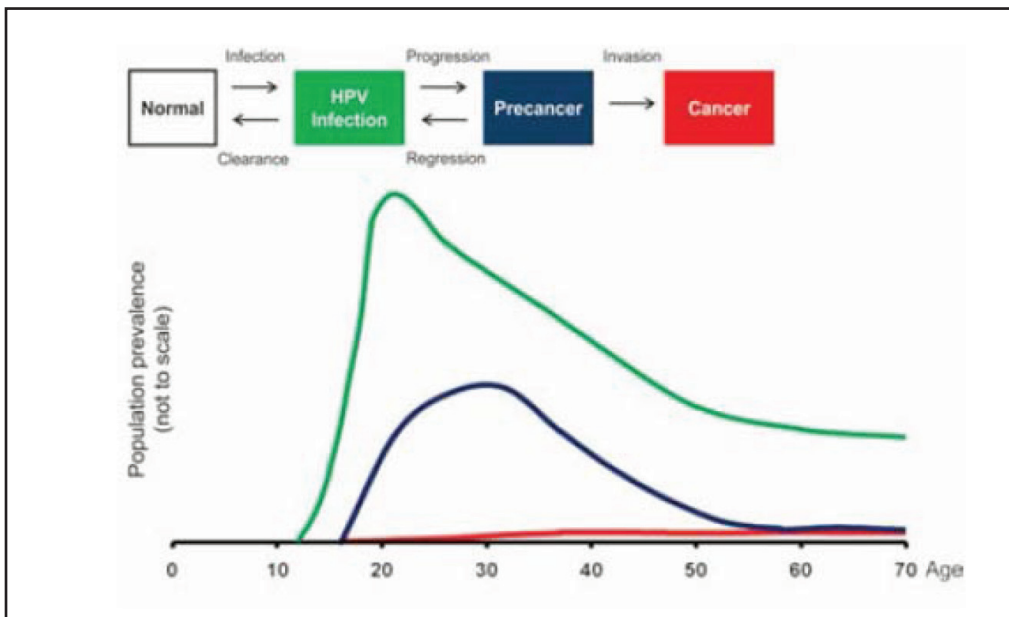
- จำนวนการคลอดบุตร และการคลอดบุตรครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย
- การสูบบุหรี่
- การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี

ปัจจัยร่วมข้อสุดท้าย การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี เป็นปัจจัยที่มีความแรงน้อยที่สุด ข้อมูลนี้ได้มาจากการศึกษาวิจัยอย่างกว้างขวางโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญของ WHO ซึ่งสรุปว่า ประโยชน์ยิ่งใหญ่ที่ได้จากการใช้วิธีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการตั้งครรรภ์ที่ไม่ได้วางแผนหรือไม่ได้ต้องการนี้ (รวมถึงผลพลอยได้คือ การป้องกันภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตจากการตั้งครรรภ์เหล่านี้) มีน้ำหนักมากกว่าความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย ที่อาจก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น จึงไม่ควรนำมาเป็นสิ่งที่สตรีควรใส่ใจที่จะไม่สนับสนุนหรือขัดขวางไม่ให้สตรีใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ทั้งหมดที่สตรีเหล่านี้ต้องการก็เหมือนกับสตรีทั่วไปก็คือได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.3.5 การก่อตัวของรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

หลังจากเข้าไปสู่เซลล์เยื่อเมือกปากมดลูก เชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงจะเริ่มรบกวนการทำงานตามปกติของเซลล์เหล่านั้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่มีลักษณะของรอยโรคก่อนมะเร็ง (อาจเรียก dysplasia ด้วยก็ได้) ดูภาคผนวก 4 สำหรับ terminology รูปที่ 1.11 แสดงให้เห็นเส้นเวลาของการดำเนินโรคจากปากมดลูกปกติ (ไม่ติดเชื้อ) ไปสู่ปากมดลูกที่ติดเชื้อ รอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็งตามลำดับ โปรดสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง เพราะเซลล์ที่ติดเชื้อเอชพีวี ส่วนมากสามารถกลับมาเป็นเซลล์ปกติได้ และส่วนมากของรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกก็ไม่ได้กลายเป็นมะเร็ง

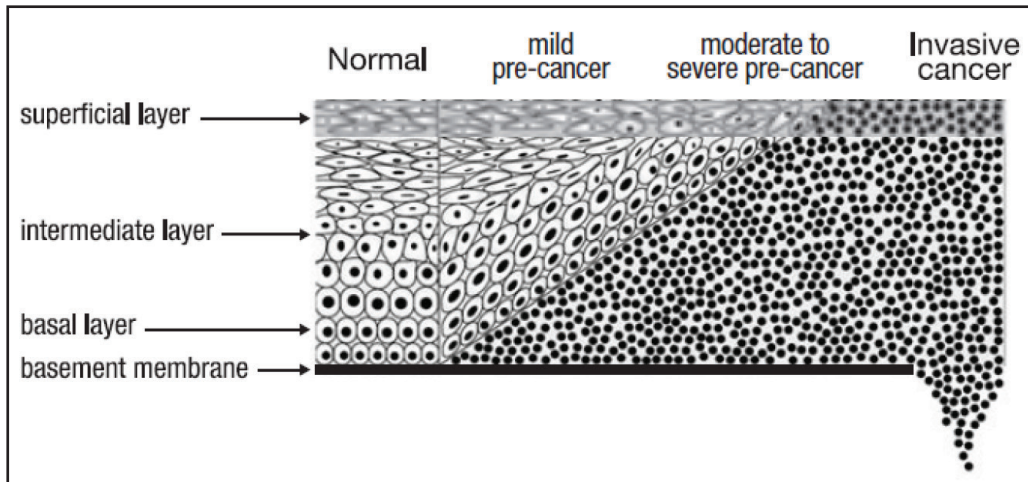
รูปที่ 1.11 : ระยะเวลาและธรรมชาติการดำเนินโรค ในการพัฒนาไปเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก



ที่มา : ตีพิมพ์ซ้ำโดยได้รับอนุญาตจากผู้เขียนชื่อแรกใน Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. N Engl J Med. 2005;353(20) :2101-4.

รูปที่ 1.12 แสดงเยื่อเมือกแควมัสของปากมดลูกที่ปกติทางด้านซ้าย และที่หนาขึ้นเป็นลำดับ โดยมีเซลล์ใหม่ที่ผิดปกติเกิดอยู่ในเยื่อเมือกในส่วนกลางที่มีขนาดใหญ่ของภาพ ตามที่แสดงในส่วนกลางของภาพ เยื่อเมือกที่ปกติจะค่อยๆ ถูกเซลล์ที่ผิดปกติแทนที่มากขึ้นและมากขึ้น ซึ่งจะได้รับการพิจารณาว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งขั้นเล็กน้อย (mild) แล้วก็ขั้นปานกลาง (moderate) และในที่สุดก็ขั้นรุนแรง (severe) การเปลี่ยนแปลงตามลำดับนี้นำไปสู่มะเร็ง หากเซลล์ที่ผิดปกติบุกรุกทะลุชั้นล่างสุดของเยื่อเมือก (basement membrane) ดังแสดงทางด้านขวาของภาพนี้

รูปที่ 1.12 : การพัฒนาจากเยื่อปกปิดไปเป็นมะเร็ง



1.3.6 ช่องทางที่มะเร็งแพร่ไปในร่างกาย เมื่อโรคมมีการลุกลามมากขึ้น

โดยปกติมีอยู่สี่ช่องทาง มักตามลำดับ ที่มะเร็งปากมดลูกแพร่ไปเมื่อมีการลุกลามคือ

i. ภายในปากมดลูกเอง : การแพร่กระจายเกิดขึ้นจากจุดเล็กๆ ของมะเร็งที่รุกรานไปเพียงเล็กน้อย (microinvasive) จนกระทั่งไปทั่วเนื้อปากมดลูกทั้งหมด ซึ่งอาจทำให้ปากมดลูกมีขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่ขึ้นมาได้ถึง 8 เซนติเมตรหรือใหญ่กว่า ก้อนมะเร็งอาจมีลักษณะเป็นแผล (ulcerating) เป็นก้อนยื่นออกมา (exophytic) หรือแทรกซึมลึกเข้าไปในเนื้อปากมดลูกจนแข็ง (infiltrating)

ii. ไปยังอวัยวะข้างเคียง : การแพร่กระจายโดยตรงสามารถไปได้ในทุกทิศทาง ลงด้านล่างสู่ช่องคลอด ขึ้นด้านบนสู่ตัวมดลูก ไปด้านข้างสู่เนื้อเยื่อที่พุงมดลูกในอุ้งเชิงกรานและท่อไต ไปด้านหลังสู่ลำไส้ตรง และไปด้านหน้าสู่กระเพาะปัสสาวะ

iii. ระบบน้ำเหลือง : การแพร่กระจายสู่ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน เกิดขึ้นได้ถึงร้อยละ 15 ของมะเร็งที่ยังคงอยู่เฉพาะที่ปากมดลูก และจะเพิ่มขึ้นอีกหากมะเร็งมีการแพร่กระจายออกไปแล้ว การแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองในตอนแรกจะยังคงอยู่ในอุ้งเชิงกราน ต่อมาจึงจะกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองที่เรียงรายอยู่ข้างเส้นเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (aorta) แล้วในที่สุดก็จะไปถึงบริเวณเหนือกระดูกไหปลาร้าข้างซ้าย (supraclavicular fossa) ต่อมน้ำเหลืองต่างๆ เมื่อถูกลุกลาม มะเร็งก็จะมีขนาดโตขึ้น และหากอยู่ใกล้กับผิวหนัง ก็จะสามารถคลำได้ ตัวอย่างเช่น หากมะเร็งลุกลามลงไปที่ช่องคลอดส่วนล่างหนึ่งในสาม ต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบก็อาจมีมะเร็งกระจายไปอยู่แล้ว และสามารถคลำพบได้ และต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (supraclavicular nodes) ก็อาจสามารถคลำได้ว่าใหญ่เช่นกัน

iv. การแพร่กระจายไปไกลผ่านกระแสเลือดและหลอดน้ำเหลือง : เซลล์มะเร็งปากมดลูก สามารถแพร่กระจายผ่านทางกระแสเลือดและระบบน้ำเหลือง ทำให้เกิดการแพร่ไปได้ไกลสู่ตับ กระดูก ปอด และสมอง

ในขณะที่มะเร็งยังคงอยู่ภายในอุ้งเชิงกรานในตอนเริ่มต้น ก็ยังสามารถรักษาผู้ป่วย ส่วนมาก ให้หายได้ด้วยการรักษาที่เหมาะสม อย่างไรก็ตาม หากทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษา มะเร็งปากมดลูกจะดำเนินต่อไปในรูปแบบที่สามารถพยากรณ์ได้ และนำไปสู่การเสียชีวิต (ดูบทที่ 6 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัย และรักษามะเร็งปากมดลูก)

1.3.7 มะเร็งปากมดลูกกับการติดเชื้อเอชไอวี

มะเร็งปากมดลูกจัดเป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ได้รับมา หรือเอดส์ (AIDS; acquired immunodeficiency syndrome) ในผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีโดยนิยาม ^[1] สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีและสตรีที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอจากเหตุอื่น จะมีความชุกของการติดเชื้อเอชพีวีสูงกว่า สตรีทั่วไป (ความเสี่ยงของการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นตามระดับของความรุนแรงที่ภูมิคุ้มกันถูกกด) รวมทั้ง มีความชุกของการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน และการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูงร่วมกันหลายสายพันธุ์ สูงกว่าสตรีทั่วไปด้วยเช่นกัน

ความไวต่อการติดเชื้อเอชพีวีที่เพิ่มขึ้นนี้นำไปสู่ :

- มีความเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งตั้งแต่อายุน้อยสูงกว่า ซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามระดับของความรุนแรงที่ภูมิคุ้มกันถูกกด
- มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งที่เร็วกว่าสตรีที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี ถึง 10 ปี
- มาพบแพทย์เมื่อโรครมีการลุกลามมากกว่า ซึ่งทำให้ออกการรอดที่ห้าปีหลังจากการวินิจฉัย และรักษาน้อยกว่าด้วย

.....

^[1] ตามที่ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งสหรัฐอเมริกาได้นิยามไว้ ผู้ป่วยจะเป็น AIDS หากมีเชื้อเอชไอวีและเกิดหนึ่งในความเจ็บป่วยที่ได้กำหนดไว้ตามนิยามของ AIDS ซึ่งรวมถึง มะเร็งปากมดลูก วัณโรคและอีกหลายอย่าง หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก (นั่นก็คือ จำนวนเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 lymphocyte ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร) (CDC, 2008)

ประเด็นต่างๆ ข้างต้น บ่งชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาวัคซีนซึ่งมีความจำเพาะ แนวทางการตรวจคัดกรองและรักษาสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี และสำหรับสตรีทั่วไปทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศหรือภูมิภาคต่างๆ ที่มีความชุกของการมีเชื้อเอชไอวีสูง แนวทางที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน ล้วนทำขึ้นมาจากประสบการณ์ และการศึกษาวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องก็ยังคงมีการดำเนินอยู่ เพื่อประเมินว่าแนวทางที่มีอยู่เหล่านี้เป็นเวชปฏิบัติที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้แล้วหรือยัง สำหรับข้อมูลที่จำเพาะต่อสตรีที่มีเชื้อเอชพีวี ดูบทที่ 5 ตอนที่ 5.2.5 และ 5.4.6; บทที่ 6 ตอนที่ 6.6.2 และภาคผนวก 9

WHO guidelines ที่เกี่ยวข้อง

Cervical cancer screening in developing countries : report of a WHO consultation. Geneva : WHO; 2002 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545720.pdf>).

WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. Geneva : WHO; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78128/3/9789241505147_eng.pdf).

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

Basu P, Roychowdhury S, Das Bafna U, Chaudhury S, Kothari S, Sekhon R, et al. Human papillomavirus genotype distribution in cervical cancer in India : results from a multicenter study. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2009;10(1) :27–34.

Berek JS. Berek & Novak's gynecology, 15th edition. Baltimore (MD) : Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

Bhatla N, Lal N, Bao Y-P, Ng T, Qiao Y-L, A meta-analysis of human papillomavirus type-distribution in women from South Asia : implications for vaccination. *Vaccine.* 2008;26 :2811–7. doi :10.1016/j.vaccine.2008.03.047.

Blumenthal PD, McIntosh N. Cervical cancer prevention guidelines for low-resource settings. Baltimore (MD) : Jhpiego; 2005 (http://www.jhpiego.org/files/CECAP_Manual.pdf, accessed 8 July 2014).

Bosch FX, Manos MM, Muñoz N, Sherman M, Jansen AM, Peto J, et al.; International Biological Study on Cervical Cancer (IBSCC) Study Group. Prevalence of human papillomavirus in cervical cancer : a worldwide perspective. *J Natl Cancer Inst.* 1995;87 :796–802.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged < 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to < 13 years – United States, 2008.

MMWR. 2008;57(RR-10) :1–8 (<http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5710.pdf>, accessed 18 July 2014).

Ellerbrock TV, Chiasson MA, Bush TJ, Sun XW, Sawo D, Brudney K, Wright TC Jr. Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *JAMA.* 2000;283(8) :1031–7. doi :10.1001/jama.283.8.1031.

Goldie, S. A public health approach to cervical cancer control : considerations of screening and vaccination strategies. *Int J Gyn and Obs.* 2006;94(Suppl 1) :S95–S105. doi :10.1016/S0020-7292(07)60016-2.

International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). IARC handbooks of cancer prevention, volume 10 : cervix cancer screening. Lyon : IARC Press; 2005 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>, accessed 18 July 2014).

International Agency for Research on Cancer (IARC), World Health Organization (WHO). Cancer fact sheets : cervical cancer. In : GLOBOCAN 2012 : estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012 [website]. Lyon : IARC; 2014 (http://globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx, accessed 18 July 2014).

Minkoff H, Zhong Y, Burk RD, Palefsky JM, Xue X, Watts DH, et al. Influence of adherent and effective antiretroviral therapy use on human papillomavirus infection and squamous intraepithelial lesions in human immunodeficiency virus-positive women. *J Infect Dis*. 2010;201(5) :681–90. doi :10.1086/650467.

Muñoz N, Bosch FX, Castellsagué X, Díaz M, de Sanjose S, Hammouda D, et al. Against which human papillomavirus types shall we vaccinate and screen? The international perspective. *Int J Cancer*. 2004;111(2) :278–85. doi :10.1002/ijc.20244.

National Cancer Institute (NCI). Fact sheet : HPV and cancer. Washington (DC) : NCI, National Institutes of Health; 2012 (<http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>, accessed 18 July 2014).

Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on incidence of and mortality from cancer of cervix in England : evaluation based on routinely collected statistics. *BMJ*. 1999;318 :904. doi :<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7188.904>.

Schiffman M, Castle PE. The promise of global cervical-cancer prevention. *N Engl J Med*. 2005;353(20) :2101–4. doi :10.1056/NEJMp058171.

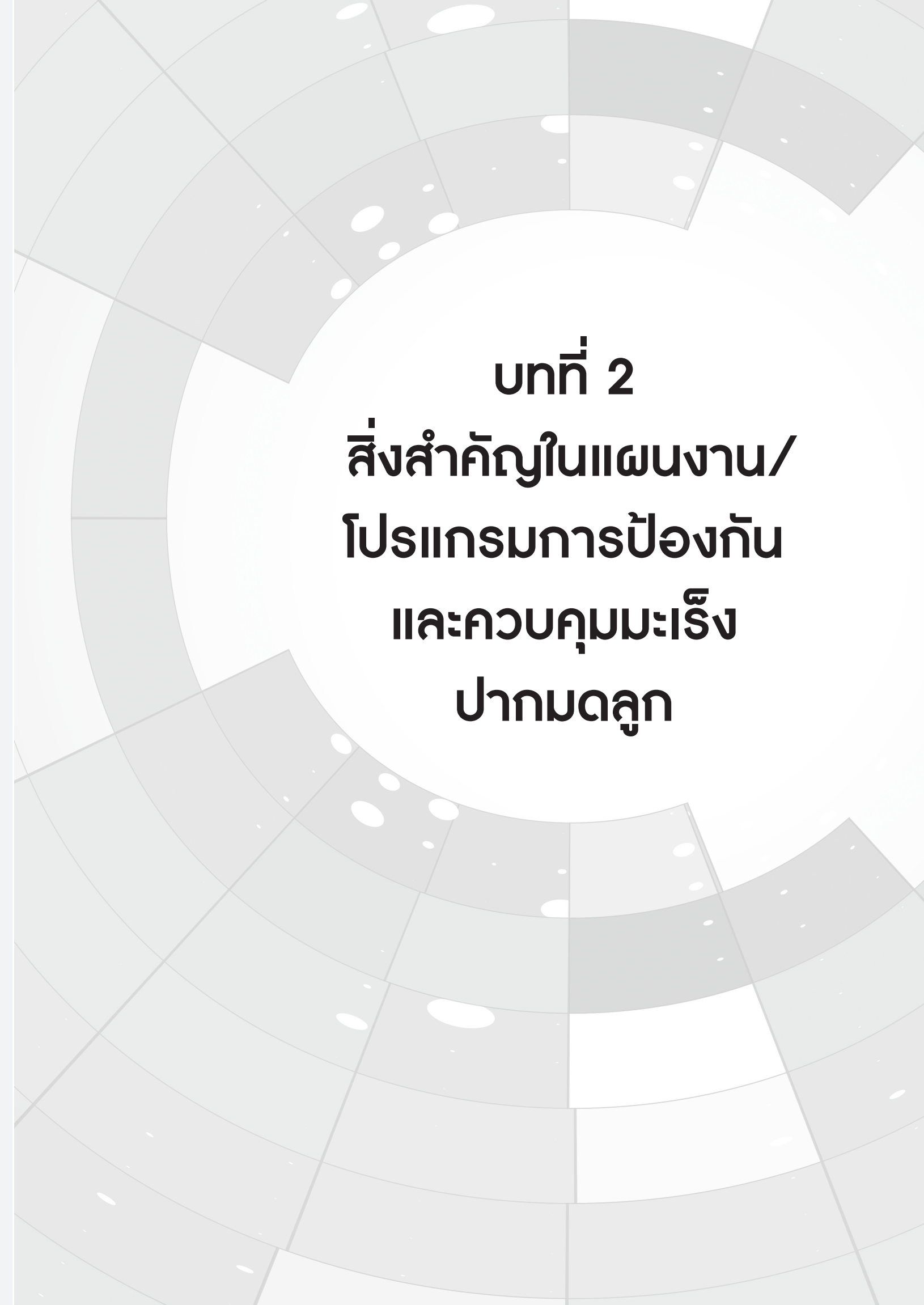
Schiffman M, Castle PE, Jeronimo J, Rodriguez AC, Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet*. 2007;370(9590) :890–907. doi :10.1016/S0140-6736(07)61416-0.

Sellers JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia : a beginners' manual. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>, accessed 18 July 2014).

Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, editors. *Gynaecology*, 3rd edition. Edinburgh : Churchill Livingstone; 2003.

Tavassoli FA, Devilee P, editors. Pathology and genetics : tumours of the breast and female genital organs : World Health Organization classification of tumours. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003.

Walboomers JMM, Jacobs MV, Manos MM, Bosch FX, Kummer JA, Shah KV, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol. 1999;189 :12-9.



บทที่ 2
**สิ่งสำคัญในแผนงาน/
โปรแกรมการป้องกัน
และควบคุมมะเร็ง
ปากมดลูก**

บทที่ 2

สิ่งสำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูก

ประเด็นสำคัญ

- การจัดทำแผนงาน/โปรแกรม (programmes) การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในระดับชาติใดๆ ขึ้นมา ควรดำเนินการโดยอิงตามโครงสร้างการทำงาน “six building blocks” ที่ WHO แนะนำไว้เพื่อให้ระบบสุขภาพโดยรวมแข็งแกร่ง
- แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกต่างๆ ล้วนได้รับการจัดทำและออกแบบ ขึ้นมาเพื่อลดอุบัติการณ์ ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก
- มีความไม่เสมอภาคอยู่มากในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูก ที่มีประสิทธิผล มะเร็งปากมดลูกมีผลกระทบอย่างชัดเจนต่อสตรีที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงบริการเหล่านี้
- แผนงาน/โปรแกรมที่ครอบคลุม ควรรวมถึงกิจกรรมการป้องกัน (และรักษา) ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care)
- บริการตรวจคัดกรองจะต้องเชื่อมโยงกับการรักษาและการตรวจติดตามหลังการรักษา
- การติดตามตรวจสอบ (monitoring) และการประเมินผล (evaluation) ล้วนเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

จุดมุ่งหมายของบทนี้ก็คือ การให้ภาพรวมว่าจะสามารถจัดทำแผนงาน/โปรแกรมการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติขึ้นมาได้อย่างไร โดยผู้มีส่วนในการตัดสินใจของชาติ และเพื่อให้ข้อมูล พื้นฐานที่จำเป็นต่อผู้จัดการและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมเช่นนี้ที่ระดับตัวผู้ป่วย และชุมชน

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาสามตอน ตอนที่ 2.1 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็ง ปากมดลูกที่ครอบคลุมคืออะไร? บรรยายเกี่ยวกับเป้าประสงค์โดยรวมของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม และวิธีการในการดำเนินการจัดตั้งเพื่อที่จะให้ส่งผลกระทบต่อภาวะ ที่เกิดขึ้นจากโรคนี และเพื่อที่จะประสบความสำเร็จแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติ ควรรวมถึงองค์ประกอบหลัก ต่อไปนี้คือ การให้บริการป้องกันระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็ง และการรักษาแบบประคับประคอง

ตอนที่ 2.2 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติบรรยายถึงระยะต่างๆ ของแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติ : (1) การกำหนดนโยบายแห่งชาติ และจัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการ แผนงาน/โปรแกรมการ (2) การวางแผนและการเตรียมแผนงาน/โปรแกรม รวมถึงระบบการส่งต่อที่มี ประสิทธิภาพ (3) การดำเนินแผนงาน/โปรแกรมและ (4) การติดตามตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/ โปรแกรม ซึ่งจะต้องกระทำในทุกๆ ระดับของการให้บริการ ในบทนี้จะให้แนวทางในการปฏิบัติ

ด้วยมาตรการต่างๆ ที่จำเป็นในแต่ละระดับเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายในการลดภาระที่เกิดขึ้นจากมะเร็งปากมดลูกทั้งที่ระดับปัจเจกบุคคล ชุมชน และชาติ

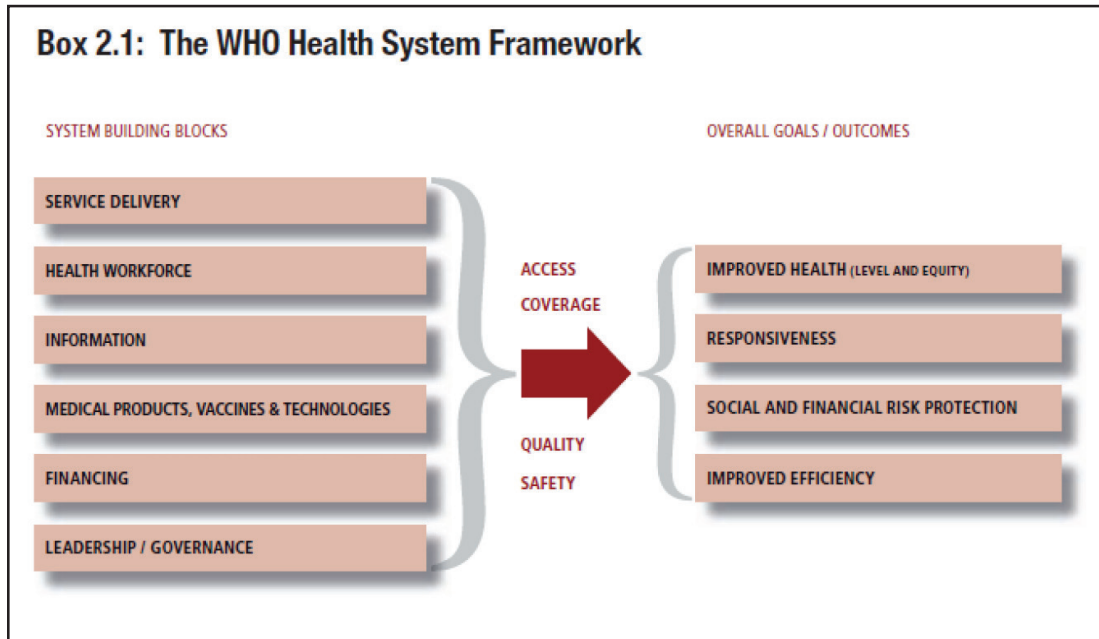
ตอนที่ 2.3 ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก จะให้ภาพรวมว่าเมื่อไรจึงถือได้ว่าแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกประสบความสำเร็จ

ที่รวมอยู่ในบทนี้ด้วยก็คือ ตารางที่สรุปถึงความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ ซึ่งพบได้บ่อยต่อการวางแผนและการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม และทางเลือกต่างๆ ที่เป็นไปได้เพื่อลดหรือกำจัดผลกระทบทางลบของปัญหานั้นๆ บทนี้ยังได้รวมถึงรายการที่ควรอ่านเพิ่มเติมและเว็บไซต์ที่มีประโยชน์ และข้อมูลที่เชื่อมโยงไปยังเอกสารประกอบการปฏิบัติสองแผ่นคือ รายการตรวจสอบ (checklist) การวางแผนและการดำเนินการ และรายละเอียดของตัวชี้วัดสมรรถนะหลักและตัวชี้วัดผลกระทบสำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ

2.1 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมคืออะไร?

แผนงาน/โปรแกรมด้านสุขภาพแห่งชาติที่จำเพาะในเรื่องหนึ่งเรื่องใด จะถูกระบุไว้ในระบบสุขภาพแห่งชาติตามที่แนะนำไว้โดย WHO ระบบสุขภาพที่แข็งแกร่งควรได้รับการจัดทำขึ้นมาในรูปแบบ “six building blocks” (ดูกล่องที่ 2.1) ผู้ที่วางแผนโปรแกรมควรได้รับการกระตุ้นให้ใช้โครงสร้างการทำงานที่ WHO แนะนำนี้ เพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการสร้างแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ

กล่องที่ 2.1 : โครงสร้างการทำงานระบบสุขภาพของ WHO



ที่มา : Everybody’s business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO’s framework for action. Geneva : World Health Organization; 2007.

แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ ประกอบด้วยชุดกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อป้องกันและลดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แผนงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของมาตรการที่ควรทำก่อน ตามที่ถูกระบุไว้ในแผนปฏิบัติการแห่งโลก เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคของ NCDs ระหว่างปี ค.ศ. 2013-2020 (Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020) ^[1] ในแผนงานนี้จะมีรายละเอียดของแผนปฏิบัติว่าจะต้องทำงานอะไร โดยใคร และเมื่อใด รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการและทรัพยากรที่จะต้องนำมาใช้ในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม ความสำเร็จของแผนงาน/โปรแกรมจะได้รับการประเมินเป็นระยะๆ ด้วยการใช้ชุดตัวชี้วัดที่สามารถใช้วัดได้ แผนงาน/โปรแกรมที่ครอบคลุมจะรวมเอามาตรการที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ว่าสามารถลดภาระที่หนักและไม่เสมอภาคที่มีผลกับสตรีและระบบสุขภาพจากมะเร็งปากมดลูก ในประเทศที่พัฒนาน้อย

เป้าหมายของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกใดๆ ก็ตาม คือ การลดภาระจากมะเร็งปากมดลูกโดย (i) การลดการติดเชื้อเอชพีวี (ii) การตรวจพบและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก และ (iii) ให้การรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง อย่างทันเวลาแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในรูปที่ 2.1

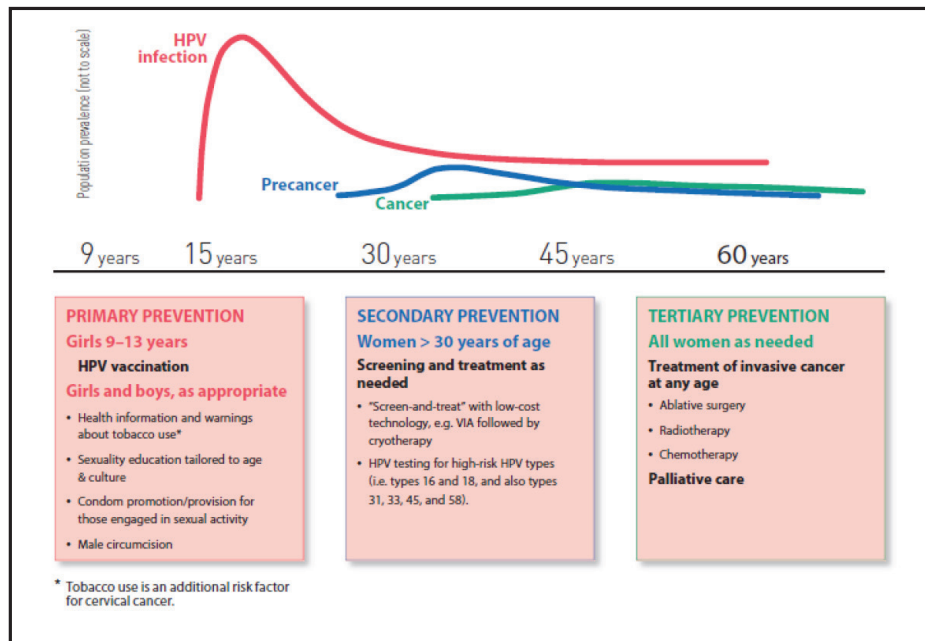
.....

[1] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>

2.1.1 องค์ประกอบหลักของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม

แผนงาน/โปรแกรมที่ครอบคลุมต้องมีสามองค์ประกอบซึ่งพึ่งพากัน คือ การป้องกันปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ (ดูรูปที่ 2.1) มาตรการต่างๆ ที่อยู่ในแต่ละองค์ประกอบจะได้รับการบรรยายไว้ในตอนนี

รูปที่ 2.1 : แนวทางในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม โดย WHO : ภาพรวมของมาตรการต่างๆ ที่ใช้ในแผนงาน ในตลอดช่วงชีวิตของสตรีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และมะเร็งปากมดลูก



ที่มา : ดัดแปลงจาก WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. Geneva : World Health Organization; 2013.

ก. การป้องกันปฐมภูมิ : ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชพีวี

เป้าหมายทางสาธารณสุขคือ ลดการติดเชื้อเอชพีวี เพราะการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นานสามารถก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

มาตรการต่างๆ ที่จะนำมาใช้ได้แก่ :

- การให้วัคซีนแก่เด็กหญิงอายุ 9–13 ปี (หรือช่วงอายุตามที่แนวทางของแต่ละประเทศได้กำหนดไว้) ก่อนที่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
- การให้สุขศึกษาทางเพศที่มีผลดีต่อสุขภาพ แก่เด็กชายและเด็กหญิง โดยปรับเปลี่ยนเนื้อหาให้เหมาะสมตามอายุและวัฒนธรรม ด้วยความมุ่งหมายเพื่อการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวี (ไปพร้อมๆ กันกับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมถึงเอชไอวี) เนื้อหาที่จำเป็นควรรวมถึงการชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการลดพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง

- การส่งเสริมการใช้หรือการแจกจ่ายยาอนามัยแก่ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว
 - ขลิบปลายอวัยวะเพศชายในกรณีที่เหมาะสมและจะมีการทำอยู่แล้ว
- สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ดูบทที่ 4 และสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวี ดูบทที่ 1 ตอนที่ 1.3.4

ข. การป้องกันทุติยภูมิ : การตรวจคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง

เป้าหมายทางสาธารณสุขคือ ลดอุบัติการณ์และความชุกของมะเร็งปากมดลูก และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องด้วยการสกัดกั้นไม่ให้อรอยโรคก่อนมะเร็งก้าวหน้าไปเป็นมะเร็ง

มาตรการต่างๆ ที่จะนำมาใช้ได้แก่ :

- การให้การปรึกษาและการแบ่งปันความรู้
 - ทำการคัดกรองสตรีทุกคนที่มีอายุ 30-60 ปี (หรือช่วงอายุตามที่แนวทางของแต่ละประเทศได้กำหนดไว้) เพื่อตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็ง ซึ่งโดยปกติแล้วไม่มีอาการอะไร
 - การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งที่ตรวจพบก่อนที่จะดำเนินต่อไปเป็นมะเร็ง
- แม้แต่สตรีที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ก็ยังคงมีความสำคัญที่ต้องไปรับการคัดกรองและรักษาอย่างต่อเนื่องเมื่ออายุถึงเกณฑ์ที่เหมาะสม
- สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง ดูบทที่ 5

ค. การป้องกันตติยภูมิ : การรักษามะเร็งปากมดลูก

เป้าหมายทางสาธารณสุขคือ ลดจำนวนการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก

มาตรการต่างๆ ที่จะนำมาใช้ได้แก่ :

- กลไกการส่งต่อที่ดี จากผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิไปสู่สถานบริการที่มีการตรวจวินิจฉัยและรักษามะเร็ง
- การวินิจฉัยที่ถูกต้องแม่นยำและทันเวลา โดยมีการค้นหาขอบเขตการลุกลามของโรค
- การรักษาที่เหมาะสมตามแต่ละระยะของโรค ที่ขึ้นอยู่กับการวินิจฉัย :
 - มะเร็งระยะต้น : หากมะเร็งจำกัดอยู่แคที่ปากมดลูกและพื้นที่รอบๆ (บริเวณอุ้งเชิงกราน) การรักษาก็สามารถให้ผลถึงหายขาดได้ โดยการให้การรักษาซึ่งเหมาะสมที่สุดที่มีอยู่ และการช่วยบรรเทาอาการที่เกิดจากมะเร็งหรือจากการรักษาด้วย
 - มะเร็งระยะลุกลาม : หากมะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่ออื่นนอกปากมดลูกและอุ้งเชิงกราน หรือมีการแพร่กระจายไปไกล การรักษาสามารถทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ควบคุมอาการและบรรเทาความทุกข์ทรมานได้ โดยการให้การรักษาซึ่งมีประสิทธิผลที่สุดที่มีอยู่ และการดูแลแบบประคับประคองในสถานบริการระดับตติยภูมิและที่ระดับชุมชน รวมถึงช่องทางในการเข้าถึงยา opioids
- การดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการปวดและความทุกข์ทรมาน

สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษามะเร็ง และการดูแลแบบประคับประคอง
ดูบทที่ 6 และ 7 ตามลำดับ

ง. บริบทสำหรับการดำเนินการองค์ประกอบต่างๆ ของการป้องกัน

ทั้งสามองค์ประกอบของการป้องกันที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ล้วนต้องได้รับการวางแผนและดำเนินการ
ไปพร้อมกับ :

- แนวทางที่จัดเป็นระบบเพื่อการให้สุศึกษาในชุมชน และกลยุทธ์ในการขับเคลื่อนระดับชาติ
(ดูบทที่ 3 สำหรับรายละเอียด)
- ระบบการติดตามตรวจสอบและประเมินผลระดับชาติ (บรรยายไว้ในบทนี้ ตอนที่ 2.2.3)

2.2 แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ

วัตถุประสงค์ของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ
เพื่อจะลดอุบัติการณ์และความชุกของมะเร็งปากมดลูก รวมไปถึงการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องในประเทศ
การจัดทำและการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ
ควรผ่านขั้นตอน (phases) ต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดนโยบายระดับชาติ และการจัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการแผนงาน/โปรแกรม
2. การวางแผนและการเตรียมแผนงาน/โปรแกรม
3. การดำเนินแผนงาน/โปรแกรม
4. การติดตามตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/โปรแกรม

2.2.1 การกำหนดนโยบายระดับชาติและการจัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการแผนงาน/ โปรแกรม

ก. การกำหนดนโยบายระดับชาติ

การกำหนดนโยบายระดับชาติ เป็นขั้นตอน (phase) ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่างๆ
ที่เหมาะสมและมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชาติ การพิจารณา
ยังรวมถึงความสามารถในการขยายกลุ่มเป้าหมาย และความยั่งยืน และการพัฒนาแนวทางปฏิบัติระดับชาติ
ขึ้นมาที่มีพื้นฐานอยู่บนการตัดสินใจเชิงนโยบายเหล่านี้

ขั้นตอนนี้จำเป็นต้องใช้กระบวนการวัฏจักร (cyclical process) เนื่องจากนโยบายจำเป็นต้องมี
การปรับปรุงอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ใหม่เกิดขึ้นมา การให้บริการการฝึกอบรมและ
การติดตามตรวจสอบและประเมินผล (monitoring and evaluation; M&E) ทั้งหมดนี้ล้วนจำเป็นต้อง
ต้องปรับเปลี่ยนไปตามนโยบายที่ได้รับการปรับปรุง

การตัดสินใจตามลำดับความสำคัญของชาติ

การตัดสินใจเชิงนโยบายที่สำคัญมากควรได้รับการร่างอย่างรอบคอบ โดยมีพื้นฐานอยู่บนภาระของโรคที่มีต่อทรัพยากรในชาติ ความพร้อมทางการเงินและบุคคลากร และโครงสร้างที่มีอยู่ คุณภาพและความครอบคลุมของระบบการดูแลสุขภาพและระบบการศึกษา การตัดสินใจทั้งหมดนี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบและปรับให้เหมาะเพื่อทำให้มีความยั่งยืนและสามารถประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริงของประเทศ ผู้มีส่วนร่วมในขั้นตอนนี้ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบายและผู้มีอำนาจตัดสินใจในระดับชาติ นักการเมืองและนักวิชาการจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศ รวมถึงตัวแทนจากองค์กรทางการแพทย์ เช่น แพทยสภา ราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์ สมาคมแพทย์มะเร็ง สภาการพยาบาล เป็นต้น

เนื้อหาสำหรับการอภิปรายและตัดสินใจในการร่างนโยบาย อาจรวมถึงประเด็นต่อไปนี้ :

- ทบทวน และหากจำเป็น ปรับแนวทางปฏิบัติแห่งชาติและขั้นตอนการปฏิบัติสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพทุกระดับที่มีอยู่ให้เป็นปัจจุบัน
- จัดสัมมนาเชิงนโยบาย และได้ข้อสรุปที่เห็นพ้องระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ได้แก่ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหารระบบประกันสุขภาพ และสมาคมวิชาชีพแพทย์ เป็นต้น
- รวบรวมและทบทวนข้อมูลของประเทศเพื่อตอบคำถามหลักๆ เหล่านี้ :
 - ปัญหาอยู่ที่ไหน?
 - อะไรคือเรื่องสำคัญที่ต้องทำก่อน/หลังในการแก้ปัญหา?
 - ค่าใช้จ่ายในการให้บริการมีอะไรบ้าง? และค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะได้รับการสนับสนุนทางการเงินอย่างไร?
 - ประเมินความสามารถทางการเงินในการจัดหา ความคุ้มค่า และความยั่งยืนในการนำวัคซีนเอชพีวี และวิธีการคัดกรองแล้วรักษาเลย (screen-and-treat) มาใช้ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกตลอดจนระบบการส่งต่อเพื่อการรักษาในระดับชาติ
 - ตัดสินใจว่าการบริการที่มีอยู่ก่อนแล้วนั้น สามารถเพิ่มบริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเข้าไปอีก (รวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี) ได้หรือไม่ และวางแผนรับมือกับข้อบกพร่องใดๆ ที่อาจเกิดขึ้น
 - พิจารณากลยุทธ์ในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม ที่รวมถึง ทำเมื่อใด ทำอย่างไร (ทำเป็นระยะๆ หรือไม่) และทำที่ไหน (หากไม่ใช่ทั่วประเทศ) ที่จะนำวัคซีนเอชพีวี และให้บริการตรวจคัดกรอง รักษามาใช้ หากไม่ทำทั่วประเทศตั้งแต่ต้น ก็ต้องรวมถึงแผนแนวโน้มในการขยายในอนาคต เพื่อเข้าถึงสตรีและเด็กหญิงที่มีความเสี่ยงทุกคนในประเทศต่อไป
 - เลือกกลยุทธ์ในการให้บริการ และสถานที่ที่เป็นไปได้ สำหรับการบริการให้วัคซีนเอชพีวี และสำหรับการคัดกรอง
 - เลือกว่าจะใช้วัคซีนเอชพีวีชนิดใดในประเทศ
 - ตัดสินใจว่าจะใช้วิธีการใดในการตรวจคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง

- ตัดสินใจว่าจะใช้โรงพยาบาลใดเป็นศูนย์ในการรับส่งต่อเพื่อรักษามะเร็งปากมดลูก
- ตัดสินเลือกช่วงอายุ ความถี่ ระดับความครอบคลุม กรอบเวลาในการบรรลุความครอบคลุม และระดับสถานบริการดูแลสุขภาพสำหรับการให้บริการ ของแต่ละมาตรการที่ได้รับเลือก
- วางแผนการฝึกอบรมสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน
- วางแผนสำหรับการให้ข้อมูล การให้สุศึกษาและการสื่อสาร (information, education and communication; IEC) เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการฝึกอบรมผู้จัดการและผู้ให้บริการ ถึงวิธีการในการดำเนินการ IEC สุ่มเป้าหมายและสื่อต่างๆ
- วางแผนล่วงหน้าสำหรับการติดตามตรวจสอบและประเมินผล (M&E) ตัดสินเลือกตัวชี้วัดหลัก ความถี่ในการเก็บข้อมูล รวมถึงวิธีการบันทึกและวิเคราะห์ข้อมูล

เพื่ออำนวยความสะดวกในการตัดสินใจ เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ผู้จัดการแผนงานและผู้กำหนดนโยบายจำเป็นต้องมีข้อมูล เกี่ยวกับต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยประมาณในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมในการนำมาตราการต่างๆ มาใช้ป้องกันมะเร็งปากมดลูก WHO ได้จัดทำเครื่องมือที่ชื่อ cervical cancer prevention and control costing tool (C4P) ^[2] ขึ้นมาเพื่อช่วยรัฐบาลให้สามารถประมาณต้นทุนค่าใช้จ่ายของการบริการ โดยประมาณในการนำมาตราการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมาใช้เป็นเวลาตามแผนห้าปี โมดูล 1 ของเครื่องมือเพิ่งไปถึงไปที่การนำวัคซีนเอชพีวีมาใช้ ในขณะที่โมดูล 2 เพิ่งไปถึงไปที่การตรวจคัดกรองและการรักษามะเร็งปากมดลูก

.....

[2] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool

การพิจารณาความสามารถในการขยายกลุ่มเป้าหมายและความยั่งยืน

ปัจจัยสำคัญสองประการ ที่ควรคำนึงถึงเมื่อกำลังจัดตั้งหรือปรับปรุงแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ก็คือความสามารถในการขยายกลุ่มเป้าหมายและความยั่งยืน ค่าใช้จ่ายของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการรวมเอาไว้ในงบประมาณสุขภาพแห่งชาติ การวางแผนเพื่อความยั่งยืน ควรรวมถึงการตัดสินใจอะไรเป็นไปได้ในรูปของความพร้อมทางการเงินและทรัพยากรบุคคล และโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ ด้วยมุมมองถึงการทำให้มีความเสมอภาคขององค์ประกอบต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก การวางแผนให้เกิดความยั่งยืนอาจรวมถึง การค้นหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอก ทั้งจากหน่วยงานในระดับทวิภาคีและข้ามชาติและองค์กรขนาดใหญ่ ที่เป็นที่ยึดถือ ตัวอย่างเช่น ในการนำเอาวัคซีนเอชพีวีมาใช้ การสนับสนุนจากพันธมิตร GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) มีให้ได้ถึงห้าปี โดยมีข้อผูกพันว่าประเทศนั้นจะต้องวางแผน ความยั่งยืนระยะยาวในการให้วัคซีนต่อไปให้นานกว่าห้าปีแรก

สำหรับประเทศต่างๆ ที่มีทรัพยากรจำกัดซึ่งในตอนแรกสามารถเพียงแค่นำดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการบริการป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยความครอบคลุม จำกัดความสามารถในการขยายกลุ่มเป้าหมายในอนาคต เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณาอย่างหนึ่งความครอบคลุมที่กว้างขวางสามารถได้มาด้วย

การใช้แนวทางค่อยๆ เพิ่มขึ้นเป็นขั้นๆ ผ่านกรอบเวลาที่กำหนด โดยขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้และทรัพยากรที่มี แผนในการขยายกลุ่มเป้าหมายควรให้ความสำคัญก่อน แก่สตรีที่ไม่มีช่องทางเข้าถึงบริการสุขภาพ และในกลุ่มที่มีภาระจากการเสียชีวิตและความทุกข์ทรมานจากมะเร็งมากกว่าผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรมจะต้องตั้งเป้าหมายต่างๆ ที่เป็นไปได้โดยขึ้นอยู่กับจำนวนของผู้ให้บริการ ชั่วโมงการทำงานที่มีขนาดและลักษณะทางวัฒนธรรมของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ที่กำลังได้รับการพิจารณาอยู่

การจัดทำแนวทางปฏิบัติ (guidelines) แห่งชาติ

การตัดสินใจต่างๆ ที่กล่าวไว้ข้างต้นจะเป็นข้อมูลในการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ กิจกรรมนี้จำเป็นต้องดำเนินไปด้วยการร่วมมือกันระหว่างผู้กำหนดนโยบายแห่งชาติและตัวแทนกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับคำปรึกษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ สมาคมวิชาชีพแพทย์ และกลุ่มองค์กรสตรี มีความสำคัญที่จะรวมถึงผู้เชี่ยวชาญ มะเร็งปากมดลูก ระดับชาติและระดับนานาชาติและตัวแทนจาก NGO ที่มีประสบการณ์ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกด้วย

แนวทางปฏิบัตินี้จะต้องมีข้อมูลความต้องการทั้งทางคลินิกและทางด้านสาธารณสุขรวมอยู่ด้วย เพื่อให้แผนงาน/โปรแกรมนี้ประสบความสำเร็จ องค์ประกอบต่างๆ ที่ควรกำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติมีดังข้างล่างนี้

ความต้องการทางคลินิก :

- การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี : ช่วงอายุ ตารางเวลาฉีด และขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิก
 - การคัดกรอง : ช่วงอายุ วิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรอง ความถี่ของการตรวจคัดกรอง
- เกณฑ์การวินิจฉัย ข้อแนะนำในการตรวจติดตาม และขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิก
- การรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง : วิธีที่ใช้ในการรักษา และขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิก
 - การรักษามะเร็ง : วิธีที่ใช้ในการรักษา ขั้นตอนการปฏิบัติทางคลินิกและการดูแลแบบประคับประคอง
 - ระบบการส่งต่อ

ความต้องการทางด้านสาธารณสุข :

- การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี : กลยุทธ์ในการให้วัคซีน ความครอบคลุม มาตรฐานความปลอดภัย การรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการได้รับวัคซีน (AEFI)
- การคัดกรอง : โครงสร้างพื้นฐาน ความต้องการวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ แนวทางการประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ ความครอบคลุม
- การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็ง : โครงสร้างพื้นฐาน ความต้องการวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ เวลาารอคอยการรักษา แนวทางการประกันคุณภาพและการควบคุมคุณภาพ

- การติดตามตรวจสอบและประเมินผล (M&E) : ตัวชี้วัดสมรรถนะหลักและตัวชี้วัดผลกระทบสำหรับแต่ละองค์ประกอบของการบริการ แผนในการรวบรวมข้อมูลที่เป็นเข้าสู่ระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการ (management information system : MIS)

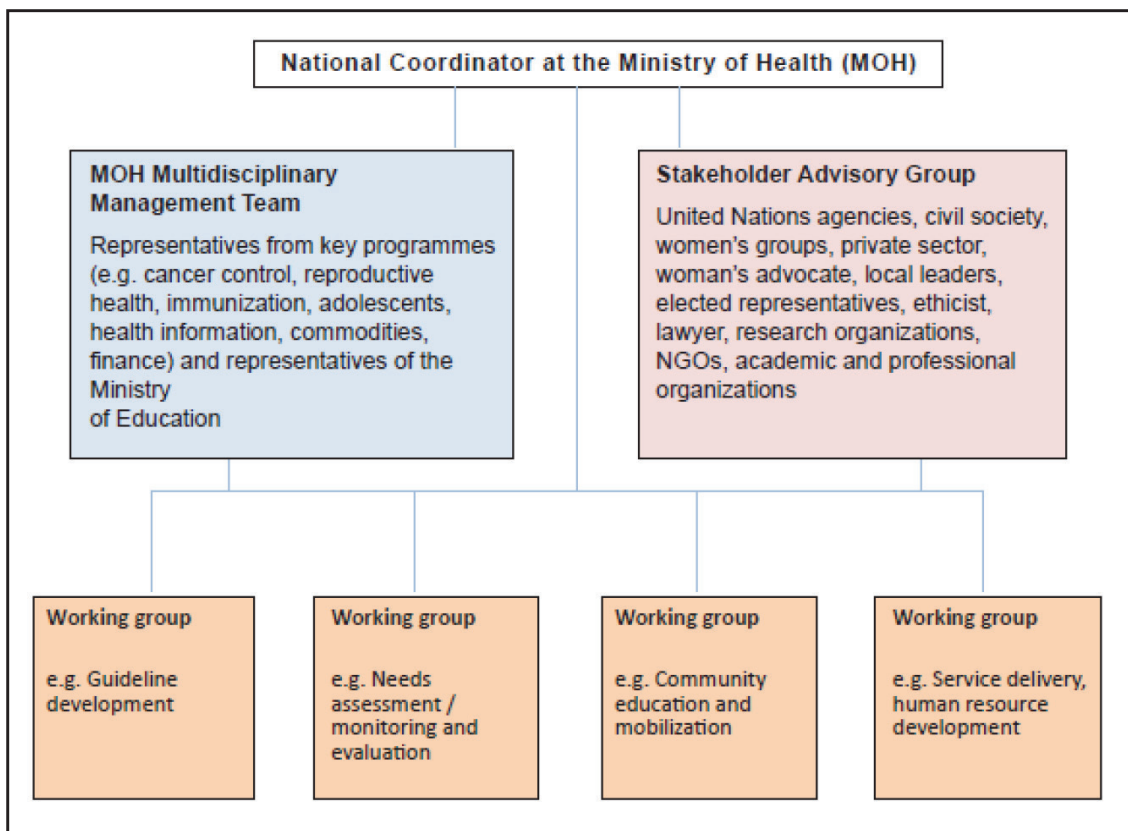
ข. การจัดทำโครงสร้างในการบริหารจัดการแผนงาน/โปรแกรม

เพื่ออำนวยความสะดวกในการวางแผน การดำเนินการ และการติดตามตรวจสอบแผนงาน/โปรแกรม การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ มีความสำคัญที่จะต้องจัดตั้งทีมบริหารจัดการมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ โดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบที่ชัดเจนสำหรับแผนงาน/โปรแกรมนี

ดังแสดงในรูปที่ 2.2 กลุ่มหลักสองกลุ่มที่ควรได้รับการจัดตั้งขึ้นมาในระดับชาติ นำโดยผู้ประสานงานระดับชาติที่ได้รับมอบหมาย :

- i. ทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary) มีหน้าที่กำกับดูแลแผนงาน/โปรแกรม ประกอบด้วยตัวแทนจากกรมกองและที่ดำเนินแผนงาน/โปรแกรมต่างๆ อยู่ในระดับชาติ
- ii. ทีมที่ปรึกษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยตัวแทนจากภาคส่วนต่างๆ ที่เหมาะสมของสังคมสมาชิกของทั้งสองกลุ่มอาจได้รับการคัดเลือกและเชิญเข้ามาร่วมงานโดยกระทรวงสาธารณสุข

รูปที่ 2.2 : โครงสร้าง (ที่ขอเสนอ) ของทีมบริหารจัดการมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ



บทบาทของผู้ประสานงานระดับชาติ

บทบาทของผู้ประสานงานระดับชาติ ที่อาจจะรวมถึงกิจกรรมและหน้าที่ต่างๆ ต่อไปนี้ :

- ก่อให้เกิดความตระหนักรู้ภายในกระทรวงสาธารณสุขที่ระดับต่างๆ ของระบบสุขภาพ ถึงความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในชาติ และศักยภาพในการป้องกันการเสียชีวิตได้โดยใช้เพียงทรัพยากรค่อนข้างน้อย
- สนับสนุนให้การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งสำคัญก่อนอื่นภายในกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงการจัดทรัพยากรให้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนแก่แผนงาน/โปรแกรมนี้
- ด้วยความคิดเห็นและคำแนะนำจากผู้บริหาร และผู้จัดการกระทรวงสาธารณสุขอาวุโสจัดตั้งและพัฒนาสมาชิกตัวแทน กำหนดบทบาทและหน้าที่สำหรับทีมบริหารจัดการที่มีสหสาขาวิชาชีพขึ้นมา (ตามโครงสร้างที่ได้แสดงไว้ในรูปที่ 2.2)
- ด้วยการร่วมมือกับทีม วางระบบและกำหนดตารางเวลาการประชุมที่สม่ำเสมอของทีม
- ด้วยการปรึกษากับทีมและผู้บริหารและผู้จัดการกระทรวงสาธารณสุขอาวุโส ระบุและเชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากภาคส่วนต่างๆ ของสังคม เพื่อสร้างทีมที่ปรึกษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (ตามโครงสร้างที่ได้แสดงไว้ในรูปที่ 2.2) แล้วกำหนดบทบาทและหน้าที่สำหรับทีมนี้ขึ้นมา
- ด้วยความร่วมมือกับทีมที่ปรึกษาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จัดให้มีการประชุมเป็นระยะๆ เพื่อให้ข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับสถานะของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก และขอความร่วมมือจากทีมที่ปรึกษาในการทำงานในขั้นตอนหลักๆ
- ทำตัวเป็นผู้ประสานงานหลักช่วยเชื่อมโยงทั้งระหว่างและภายใน ในทุกระดับการให้บริการ ที่เกี่ยวข้องในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ ตลอดจนผู้ที่ทำแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติอื่นๆ (เช่น การควบคุมมะเร็ง การให้วัคซีน และอนามัยวัยรุ่น) และกับผู้มีส่วนร่วมทำงานอื่นๆ
- เตรียมจัดทำข้อเสนอ เพื่อให้มั่นใจว่าองค์ประกอบที่จำเป็นทั้งหมดของการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม จะมีอยู่พร้อมใช้ในทุกสถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ เช่น วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม พร้อมผู้กำกับดูแล กระบวนการนี้ควรเกี่ยวข้องกับบุคลากร ในการจัดการระดับภูมิภาค และข้อเสนอนี้ อาจจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสมของแต่ละภูมิภาค
- จัดพิมพ์รายงานประจำปี เกี่ยวกับผลการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก โดยอ้างอิงไปตามตัวชี้วัดต่างๆ ของแผนงาน/โปรแกรมที่ได้กำหนดไว้

บทบาทของทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพแห่งชาติ

เพื่อให้ทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพแห่งชาติมีประสิทธิผล กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องให้อำนาจในการตัดสินใจสั่งการที่เหมาะสม มีความเป็นอิสระ และทรัพยากรเพื่ออำนวยความสะดวกติดตามตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาตินี้

ตามที่แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ มีองค์ประกอบหลัก อยู่หลายส่วน ทีมบริหารจัดการจะต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับตัวแทนที่ทำแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติอื่นๆ ได้แก่ การให้สุขศึกษาในชุมชนและขับเคลื่อนสังคม การให้วัคซีน อนามัยการเจริญพันธุ์ อนามัยวัยรุ่นและโรงเรียน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี มะเร็ง การติดตามและประเมินผล เป็นต้น การมีตัวแทนจากท้องถิ่น และภูมิภาคก็มีความสำคัญ จำนวนคนที่อยู่ในทีมโดยรวมๆ จะประมาณ 10-25 คน โดยขึ้นอยู่กับขนาด ของประเทศและโครงสร้างของแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติ

หน้าที่หลักของทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพแห่งชาติ (multidisciplinary management team; MMT) :

- จัดทำแผนแห่งชาติสำหรับองค์ประกอบและส่วนประกอบต่างๆ ของแผนงาน/โปรแกรม
- จัดทำรายละเอียดงบประมาณสำหรับการวางแผน การดำเนินการ การติดตามตรวจสอบ และประเมินผลแผนงาน/โปรแกรม
- วางระบบสำหรับส่วนประกอบต่างๆ ของแผนงาน/โปรแกรม ได้แก่ : การบันทึกข้อมูลลงในระบบ ข้อมูลบริหารจัดการที่มีอยู่ มีรายงานออกมาเป็นระยะๆ (ความถี่ เนื้อหา และผู้อ่าน) การแจกจ่าย และบำรุงรักษาวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ และอื่นๆ
- โดยผ่านทางกิจกรรมการติดตามตรวจสอบ และประเมินผลทำการประเมินว่ามีการให้บริการ อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ และทำให้มั่นใจว่าจะมีการดำเนินการแก้ไขใดๆ ได้อย่างทันเวลาหากจำเป็น
- โดยการใช้แนวทางที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีส่วนประกอบหลากหลาย สร้างความตระหนักรู้ ขององค์ประกอบต่างๆ ของแผนงาน/โปรแกรม ทั้งที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และให้แน่ใจว่าผู้ให้บริการดูแล สุขภาพจะได้รับข้อมูลทางวิชาการที่ทันสมัย
- รายงานเป็นเอกสารและดำเนินการแก้ไข การได้รับรู้ข้อมูลหรือการเข้าใจที่ผิดพลาดใดๆ ของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและสมาชิกในชุมชน
- ดำเนินกิจกรรมการติดตามตรวจสอบและประเมินผลของแผนงาน/โปรแกรมอย่างสม่ำเสมอ

หน้าที่หลักของทีมที่ปรึกษาที่มาจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง :

- ให้การสนับสนุนและข้อมูลที่จำเป็น แก่ทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพ (MMT) ของกระทรวง สาธารณสุข ในการจัดทำแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก และ/หรือขยาย ปรับปรุง ให้ทันสมัย หรือทำให้การดำเนินการที่มีอยู่แล้วแข็งแกร่งขึ้น
- เข้าร่วมประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนกิจกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา วางแผนที่จะทำใหม่และบันทึก สิ่งที่ได้วางแผนและทำสำเร็จแล้ว และ/หรือไม่สำเร็จ ไว้เป็นเอกสาร
- โดยความร่วมมือกับทีม MMT จัดตั้งกลุ่มทำงานเฉพาะกิจ เพื่อพุ่งเป้าไปที่ส่วนประกอบจำเพาะ อันใดอันหนึ่งของแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติ ตามที่ได้แสดงไว้ในรูปที่ 2.2 (แต่ไม่ได้จำกัดแต่เพียงแค่นั้น)
- ให้คำแนะนำและเข้าร่วมในการประชุมระดับชาติ ภาค และระดับท้องถิ่น กับทีม MMT ตามความจำเป็น เพื่อให้แผนงาน/โปรแกรมมีความชัดเจนขึ้น

**ค. ความท้าทาย (ปัญหา) ต่อการจัดทำกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก
ที่มีประสิทธิผล**

เช่นเดียวกับทุกแผนงาน/โปรแกรมใหม่อื่นๆ สามารถคาดหวังได้เลยว่าความท้าทาย (ปัญหา) จะเกิดขึ้นในทุกระดับของพีรามิดระบบสุขภาพ (health system pyramid) เมื่อแผนงาน/โปรแกรม การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติได้รับการพิจารณาและจัดทำขึ้นเป็นครั้งแรก มีการดำเนินการ หลายอย่างซึ่งสามารถทำได้ในทุกระดับ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบของความท้าทาย (ปัญหา) เหล่านี้

ตารางที่ 2.1 บรรยายถึงความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ ที่พบได้บ่อยที่สุด และแนะนำการดำเนินการ ที่เป็นไปได้เพื่อบรรเทาเรื่องต่างๆ เหล่านี้ที่ระดับซึ่งเหมาะสมของระบบสุขภาพการดำเนินการอื่นๆ เพิ่มเติมอีกสามารถจัดทำขึ้นมาได้ตามแต่ความเหมาะสมในแต่ละประเทศ โดยมีพื้นฐานอยู่บนการทบทวน เนื้อหาที่ปรับปรุงให้ทันสมัยแล้วในทุกบทของหนังสือฉบับนี้อย่างรอบคอบ

ตารางที่ 2.1 : ความท้าทาย (ปัญหา) ที่อาจเกิดขึ้นในระดับนโยบายและระดับบริหารจัดการ และการดำเนินการที่แนะนำเพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบในเรื่องดังกล่าว

ความท้าทาย (ปัญหา)	การดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ
<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดความตระหนักรู้และจัดลำดับความสำคัญในเรื่องสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี รวมถึงมะเร็งปากมดลูก โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● ทำงานร่วมกับผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรมและสมาชิกทีมที่ปรึกษาเพื่อให้เห็นชัดขึ้นถึงภาระที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูก นั่นก็คือ ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่สูงในสตรีอายุน้อย ผลกระทบเชิงลบต่อสังคมความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจสังคม และค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพที่สูง ● ทำการสนับสนุนให้เพิ่มความตระหนักรู้ในท่ามกลางผู้มีส่วนในการตัดสินใจเกี่ยวกับความจำเป็นก่อน/หลังของสุขภาพทางเพศของสตรีวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงมะเร็งปากมดลูก และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ระบุและช่วยเหลือผู้ที่ต่อสู้เพื่อให้เกิดการลดลงของมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ระดับสูงขึ้นไป ● ระบุและสนับสนุนการประสานงาน และการรับผิดชอบระดับชาติ
<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาของท้องถิ่น/ชาติที่มีอยู่ยังไม่เพียงพอแก่การทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบายตระหนักถึงความสำคัญ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ปรับปรุงการใช้ข้อมูลของท้องถิ่น ภูมิภาค หรือของประเทศที่มีอยู่ หรือถ้าหากไม่มี ให้ใช้ข้อมูลหรือที่คาดคะเนจากแหล่งข้อมูลนานาชาติ ได้แก่ :

ความท้าทาย (ปัญหา)	การดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ
	<ul style="list-style-type: none"> - การคาดคะเนของ WHO (www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/cancer) - โครงการ GLOBOCAN ของ International Agency for Research on Cancer (IARC) ที่ให้การคาดคะเนอุบัติการณ์และการเสียชีวิตจากมะเร็งในแต่ละประเทศ (globocan.iarc.fr) - ศูนย์ข้อมูล ICO เกี่ยวกับเอชพีวีและมะเร็งจะให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นข้อมูลและบริการซึ่งเฉพาะของ ประเทศหนึ่งๆ (www.hpvcentre.net) ● หากจำเป็น ก็ดำเนินการสำรวจข้อมูลเฉพาะ ของประเทศ
<ul style="list-style-type: none"> ● การไม่รวมเอาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเข้าไปในแผนสุขภาพแห่งชาติ ของกระทรวงสาธารณสุข 	<ul style="list-style-type: none"> ● สนับสนุนให้กระทรวงสาธารณสุขได้รวมเอากิจกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกไว้ในแผน ● ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคุ้มค่าแก่ผู้กำหนดนโยบาย และผู้ที่มีอิทธิพลต่อนโยบาย ^[3]
<ul style="list-style-type: none"> ● นโยบายและแนวทางปฏิบัติระดับชาติ จำเป็นต้องปรับปรุงให้ทันสมัย 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำ ปรับใช้ หรือทำให้ทันสมัยซึ่งนโยบาย และแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมระดับชาติ
<ul style="list-style-type: none"> ● การขาดทรัพยากร เช่น แหล่งทุน วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และโครงสร้างพื้นฐาน 	<ul style="list-style-type: none"> ● รวบรวมรายละเอียดสำหรับการดำเนินการไปข้างหน้าของแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติไว้ในงบประมาณสุขภาพแห่งชาติประจำปี โดยมีพื้นฐานอยู่บนข้อมูลเกี่ยวกับต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม และแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ ● ตรวจสอบให้แน่ใจว่าได้มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ และโครงสร้างพื้นฐานไว้แล้ว
<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดระบบการส่งต่อที่ทำงานได้ และมีประสิทธิผล ที่อยู่ภายในการให้บริการตามแผนงาน/โปรแกรม 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้หนังสือฉบับนี้เป็นแนวทางเพื่อจัดตั้ง การบริการต่างๆ ที่มีระบบการส่งต่อที่ทำงานได้ และมีประสิทธิผล

^[3] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources>

2.2.2 การวางแผนและการเตรียมแผนงาน/โปรแกรม

แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ต้องการการวางแผนและการเตรียมที่ลงลึกถึงรายละเอียดเพราะว่า :

- ต้องการความร่วมมือส่วนร่วม ความมุ่งมั่น และการประสานงานที่ใกล้ชิดระหว่างและภายในหลายกระทรวง ที่มีอยู่ (เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงการพัฒนาลังคม และความมั่นคงของมนุษย์ และอื่นๆ) และประสานกับหลายแผนงาน/โปรแกรมภายในแต่ละกระทรวง (เช่น ภายในกระทรวงสาธารณสุขก็มีหลายแผนงาน/โปรแกรมที่มีความเกี่ยวข้องอยู่ รวมถึงงานควบคุมมะเร็งงานให้วัคซีน งานอนามัยการเจริญพันธุ์ งานอนามัยวัยรุ่น และอื่นๆ)

- ต้องมีการพิจารณาถึงหน้าที่ต่างๆ หลากหลายและความเชื่อมโยงระหว่างโครงสร้างในระดับต่างๆ ของระบบสุขภาพ : ระดับประเทศ ระดับภาค ระดับคลินิก และระดับชุมชน (ดูรูปที่ 2.3)

- มีความเกี่ยวข้องกับความร่วมมือกับ NGOs กลุ่มองค์กรสตรี และสมาคมวิชาชีพ เช่น กุมารแพทย์ นรีแพทย์ แพทย์มะเร็ง แพทย์ครอบครัว และพยาบาล

- ต้องการการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลักในท้องถิ่น

ก. การวางแผน : ข้อพิจารณาหลักในการทำแผนงาน/โปรแกรม

โดยมีพื้นฐานอยู่บนการตัดสินใจเชิงนโยบายที่ได้ทำไปแล้วเกี่ยวกับแผนงาน/โปรแกรมนี้อ เพื่อให้สามารถก้าวไปข้างหน้าด้วยการวางแผนและออกแบบแผนงาน/โปรแกรมที่เป็นระบบ (organized programmes) ข้อพิจารณาหลักในการทำแผนงาน/โปรแกรม ได้แก่ :

- การให้โอกาสแก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ในการแสดงความคิดเห็นต่อการวางแผน และการเตรียมแผนงาน/โปรแกรมที่เป็นไปตามแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ

- มีการประเมินความต้องการในการให้บริการที่สถานบริการทั้งหมด และจัดการทำขึ้นมาจากสิ่งที่มีพร้อมอยู่แล้วในแต่ละสถานที่ ด้วยความมุ่งหมายให้มีการแบ่งปันทรัพยากร

- จัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) สำหรับการให้สุศึกษาและการขับเคลื่อนชุมชน และจัดทำสื่อวัสดุสุศึกษาที่เหมาะสม

- จัดหามาและแจกจ่าย วัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือ รวมถึงการจัดตั้งระบบการซ่อมแซมบำรุงรักษา และแจกจ่ายไว้ด้วย

- มีการจัดตั้งและทำให้ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพคงไว้

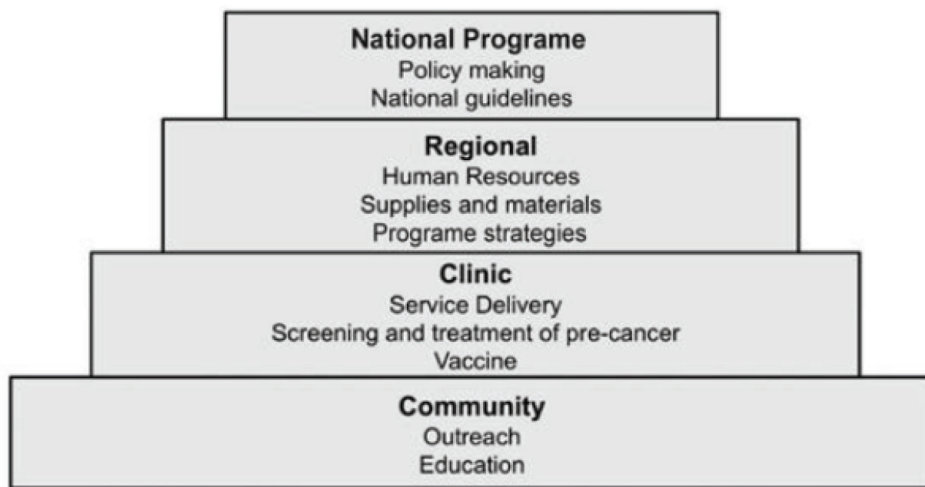
- มีการจัดตั้งระบบข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการ (อาจใช้กระดาษหรือคอมพิวเตอร์) เพื่อช่วยให้สามารถทำการติดตามตรวจสอบและประเมินผลได้

- จัดทำกลยุทธ์ในการติดตามตรวจสอบและประเมินผล เพื่อทำการประเมินแผนงานอย่างสม่ำเสมอ และจะได้ทำการแก้ไขปัญหาที่พบได้ทันเวลา

- มีการทำให้มั่นใจว่าหลักสูตรในการฝึกอบรมผู้ให้บริการที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดี และดำเนินการอยู่นั้น ได้รวมเอาการติดตามหลังการฝึกอบรม และการฝึกอบรมทบทวนความรู้เป็นระยะไว้ด้วย

- มีการให้การนิเทศที่พร้อมสนับสนุน (supportive supervision) เพื่อให้ทราบและแก้ไข ปัญหาใดๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับการให้บริการด้านสุขภาพต่างๆ เพื่อที่แน่ใจว่าการทำงานจะยังคงเป็นไปตาม มาตรฐานแห่งชาติ
- กำหนดกลยุทธ์การดำเนินการร่วมกับผู้จัดการในระดับอำเภอ และผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ ในระดับท้องถิ่น

รูปที่ 2.3 : ตัวอย่างของข้อพิจารณาในการทำแผนงาน/โปรแกรมที่ระดับต่างๆ ของระบบสุขภาพ



ข. ขั้นตอนในการเตรียมพร้อมที่จะเริ่มแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติใหม่โดยใช้แนวทางกลยุทธ์

วิธีการเชิงกลยุทธ์ในการเริ่มดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก แห่งชาติใหม่ ต้องมีการทำกิจกรรม 4 อย่างให้สำเร็จก่อนที่จะเริ่มออกให้บริการ ขั้นตอนหลัก 4 ขั้นตอน มีดังต่อไปนี้

กำหนดกลุ่มเป้าหมาย

มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน สำหรับการให้วัคซีนป้องกันการ ติดเชื้อเอชพีวี และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจะต้องทราบถึงตำแหน่งที่อยู่และขนาดของประชากร เหล่านี้ด้วย ข้อมูลเหล่านี้สามารถได้มาค่อนข้างง่ายในประเทศที่มีการบันทึกข้อมูลประชากรเก็บไว้ และปรับปรุง ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการด้านสุขภาพ หรือโดยใช้ข้อมูล สำมะโนประชากร จากหน่วยงานสถิติแห่งชาติ ในประเทศที่ไม่มีข้อมูลเหล่านี้ การประมาณตามภูมิภาค จากสหประชาชาติ (United Nations : UN) ก็อาจนำมาใช้ได้¹⁴⁾

การกำหนดกลุ่มเป้าหมายมีความสำคัญด้วยเหตุผลดังต่อไปนี้ :

- เพื่อได้ตัวหารในการคำนวณความครอบคลุมเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดสมรรถนะหลักตัวหนึ่ง
- เพื่อประมาณความต้องการวัสดุอุปกรณ์ จำนวนบุคลากรและเวลา และทรัพยากรอื่นๆ ที่จำเป็น
- เพื่อช่วยเหลือในการจัดทำแผนปฏิบัติการสำหรับการให้บริการและการติดตามตรวจสอบ

.....

^[4] สามารถหาได้ที่ : <http://www.un.org/popin/data.html>

ทำการประเมินความต้องการ

การประเมินความต้องการเกี่ยวข้องกับการไปเยี่ยม การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก และมีการบันทึกเป็นเอกสารเกี่ยวกับทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ ข้อมูลที่จำเป็นต้องได้มามีดังต่อไปนี้ :

- ตำแหน่งที่อยู่ และสภาพของสถานบริการทั้งหมดที่อยู่ในพื้นที่ที่ถูกเลือกใช้ในการเริ่มดำเนินการ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน เครื่องมือ และวัสดุอุปกรณ์
- ความสามารถในการรับภาระเพิ่มของกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมทั้งหมด หากเพิ่มเติมการบริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเข้าไปอีก
- คุณภาพของการให้บริการของแต่ละสถานบริการ จากมุมมองของบุคลากรคลินิกในทุกระดับ (จากผู้จัดการถึงพนักงานทำความสะอาด) และของตัวแทนชุมชน รวมถึงสตรีและเด็กหญิงในกลุ่มอายุเป้าหมาย (ทั้งที่ได้มาใช้และไม่ได้มาใช้บริการ)
- ตารางเวลาการให้บริการเป็นชั่วโมงต่อวันและต่อสัปดาห์ และค่าใช้จ่ายที่ออกจากกระเป๋าสำหรับการให้บริการต่างๆ ทั้งหมดหรือบางอย่างหากมี
- การมีอยู่ของระบบการส่งต่อ/ส่งกลับที่ยังใช้งานได้
- การมีอยู่ของระบบที่เพียงพอในการเพิ่มเติมข้อมูลเกี่ยวกับบริการมะเร็งปากมดลูกลงไปอีก เนื่องจากข้อมูลเหล่านี้จะเป็นที่ต้องการสำหรับนำมาใช้เพื่อการติดตามตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/โปรแกรมใหม่นี้
- มีพื้นที่ว่างที่สามารถใช้สำหรับการเก็บในระบบห่วงโซ่ความเย็น (cold chain storage) ของวัคซีนชนิดใหม่ เพื่อตัดสินใจว่าการขยายพื้นที่เพื่อการนี้อาจจำเป็นหรือไม่ในอนาคตอันใกล้

กำหนดที่ และขอการสนับสนุนเพิ่มจากผู้ให้การช่วยเหลือได้ในท้องถิ่น

เนื่องจากการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเกี่ยวข้องกับการทำงานร่วมกันกับหลายองค์กร ทั้งของรัฐและเอกชน การรู้ตำแหน่งที่ตั้งโครงสร้างพื้นฐานและทรัพยากรบุคคลขององค์กรเหล่านี้ ที่อยู่ในพื้นที่ดำเนินการ สามารถเป็นประโยชน์ได้อย่างมาก มีความสำคัญที่จะต้องทำความรู้จักและติดต่อเป็นการส่วนตัว ผู้ที่อาจเป็นผู้ให้การช่วยเหลือในท้องถิ่นได้ และขอความร่วมมือจากท่าน ผู้ที่อาจเป็นผู้ให้

การช่วยเหลือเหล่านี้อาจรวมถึงองค์กรที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญในการให้การฝึกอบรมผู้ให้บริการ ในการทำให้สังคมตระหนักและขับเคลื่อนในการออกแบบและดำเนินการบริการให้วัคซีน ในการติดตาม ตรวจสอบและนิเทศที่พร้อมสนับสนุน และการจัดตั้งรวมถึงการติดตามตรวจสอบการทำงานของระบบ ห่วงโซ่เย็น และอื่นๆ

การตัดสินใจ และการออกแบบกลยุทธ์ในการเริ่มดำเนินการ

ประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด สามารถพิจารณาเริ่มดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ในรูปแบบของโครงการสาธิต (demonstration project) ภายในพื้นที่ที่ได้เลือกไว้ กลยุทธ์นี้มีคุณค่ามาก เพราะเป็นวิธีการติดตามตรวจสอบดูว่า มีองค์ประกอบใดหรือไม่ที่อาจจำเป็นต้องได้รับการดัดแปลง หรือปรับปรุง ก่อนที่จะสามารถขยายขนาดการให้บริการขึ้นไป

การขยายพื้นที่การดำเนินงาน สามารถวางแผนได้ด้วยการใช้แนวทางเป็นขั้นๆ (step-wise approach) การประยุกต์บทเรียนที่ได้มาจากโครงการสาธิต และการนำเอาเทคโนโลยีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เพิ่งเกิดขึ้นมาใหม่มาใช้ การขยายขนาดการให้บริการสามารถดำเนินไปที่ละเล็กทีละน้อย จนกระทั่งสามารถ ให้บริการได้ทั่วถึงทั้งประเทศ

2.2.3 การดำเนินแผนงาน/โปรแกรม

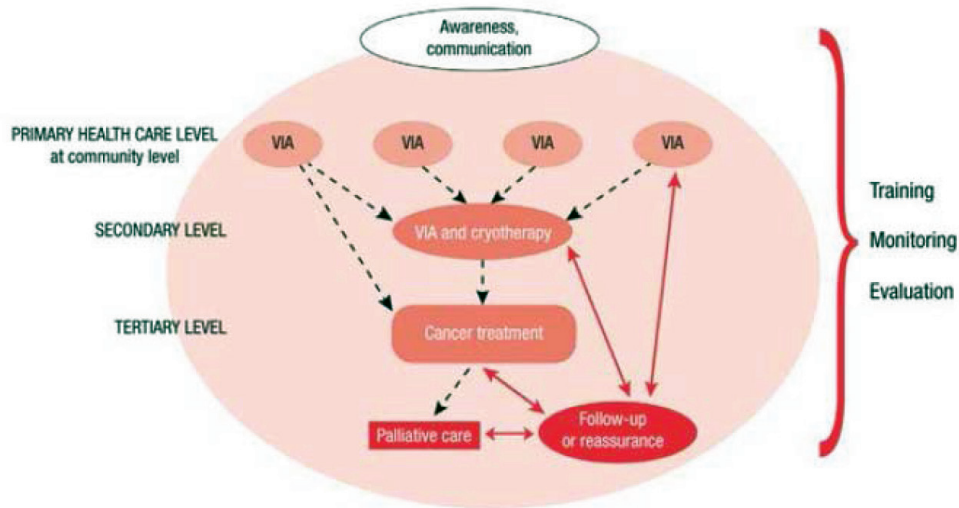
กรอบการดำเนินงานจะต้องได้รับการพัฒนาให้สอดคล้องสำหรับกิจกรรมต่างๆ ที่จำเป็นต้องทำ ที่ระดับต่างๆ ของระบบการดูแลสุขภาพ ดูรูปที่ 2.3 และ 2.4

ระดับชุมชน กิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ การให้สุขศึกษา และการพยายาม ให้บริการนอกสถานที่โดยพุ่งเป้าไปที่เด็กหญิงอายุ 9-13 ปี และสตรีอายุ 30-60 ปี (ดูบทที่ 3 และ ตอนที่ 4.3 และ 4.4 ในบทที่ 4) สำหรับผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว คนในครอบครัวและชุมชน ล้วนเป็นผู้ให้การช่วยเหลือหลัก สำหรับการดูแลแบบประคับประคอง หลังจากสตรีได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (ดูบทที่ 7 การดูแลแบบประคับประคอง)

ระดับสถานบริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและตติยภูมิ การตรวจคัดกรอง (อาจมีได้มากกว่า หนึ่งวิธี) ที่ได้รับการเลือกในขั้นตอนการทํานโยบาย สามารถกระทำได้ และผู้รับบริการที่มีผลการตรวจ เป็นบวก (ผิดปกติ) สามารถได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็น (cryotherapy) หรือตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP) สำหรับรอยโรคที่ไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยวิธีการเหล่านี้ สตรีนั้นจะต้องได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการด้านสุขภาพระดับตติยภูมิ เพื่อทำการประเมินและรักษาเพิ่มเติม (ดูบทที่ 5 และ 6 เกี่ยวกับการวินิจฉัยและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง และมะเร็ง ตามลำดับ)

การฝึกอบรมผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ การนิเทศ การติดตามตรวจสอบและประเมินผล การให้บริการ ล้วนมีความจำเป็นและจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่องในทุกๆระดับ

รูปที่ 2.4 : ตัวอย่างขององค์กรที่มีการให้บริการตรวจคัดกรอง การส่งต่อ และการรักษา



ที่มา : Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy : a demonstration project in six African countries : Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva : World Health Organization; 2012.

ก. บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ทุกระดับ เช่นเดียวกับผู้จัดการ ผู้นิเทศงาน และผู้ดำเนินการฝึกอบรม ล้วนมีส่วนช่วยให้แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติมีประสิทธิภาพ

บทบาทหลักของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ มีดังต่อไปนี้ :

- ให้บริการด้านสุขภาพเชิงป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่ในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ต่อกลุ่มประชากรที่ควรได้รับตามที่ได้ถูกกำหนดไว้ในแนวทางปฏิบัติแห่งชาติและในขั้นตอนการให้บริการ
- เข้าร่วมในการฝึกอบรมและการฟื้นฟูวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีความรู้และทักษะที่ทันสมัย
- พร้อมรับข้อมูลหากมีการเปลี่ยนแปลงข้อเสนอแนะในการบริการ หรือมาตรการใหม่เกิดขึ้น และปรับเปลี่ยนเวชปฏิบัติทางคลินิกไปตามนั้น
- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ชุมชนด้วยความที่ชัดเจน โดยใช้ภาษาท้องถิ่นเพื่อที่จะให้ประชาชนในกลุ่มประชากรเป้าหมายได้นำเอาบริการนี้ไปใช้ประโยชน์ (และได้รับประโยชน์จากบริการนี้)
- ให้แน่ใจว่าได้ให้บริการนี้ในจังหวะเวลาที่เหมาะสม และระบบการส่งต่อยังคงมีประสิทธิภาพ
- มีการบันทึกและลงทะเบียนที่ละเอียดถี่ถ้วนและอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีความจำเป็นในการคำนวณตัวชี้วัดในการติดตามตรวจสอบ เนื่องจากมันเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินว่าเป้าหมายต่างๆของแผนงาน/โปรแกรมได้บรรลุแล้วหรือไม่
- สร้างความเชื่อมั่นและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

ข. การบูรณาการการให้บริการมะเร็งปากมดลูกเข้ากับการให้บริการสุขภาพอื่นๆ

การบูรณาการการให้บริการต่างๆ เข้าด้วยกัน อย่างน้อยที่สุดคือการแจ้งให้ทราบและจัดให้มีการเชื่อมโยงระหว่างกัน จนทำให้เกิดการจัดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic) แก่สตรี การนำเอาการให้บริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกใหม่เข้ามา ทำให้มีโอกาสที่จะทำให้การดูแลสุขภาพของสตรีได้อย่างครอบคลุม

การบูรณาการการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูกเข้ากับการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์อื่นๆ

จำเป็นที่จะต้องมีความเชื่อมโยงระหว่างอุปสงค์และอุปทานของการให้บริการด้านสุขภาพต่างๆ ในด้านอุปสงค์ สตรีจำนวนมากมาที่สถานบริการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ได้รับข้อแนะนำสำหรับการเจ็บป่วยต่างๆ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่พวกเขาอาจไม่ทราบถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาเป็นการเฉพาะ

ด้านอุปทาน สถานบริการระดับปฐมภูมิหลายแห่งมักมีเพียงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับกลางอยู่คนเดียว ซึ่งทำหน้าที่จัดการเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ทุกอย่างให้แก่สตรี (นั่นก็คือวางแผนครอบครัว รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ฝากครรภ์ และการสื่อสารเพื่อให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) เป็นไปได้บ่อยว่าผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิคนนี้ ไม่เคยได้รับการฝึกอบรม และ/หรือมีเครื่องมือที่จำเป็นในการให้บริการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุมากกว่า 30 ปี และเพราะฉะนั้นจึงอาจเป็นไปได้ที่จะพลาดโอกาสเพียงครั้งเดียวนี้ที่จะให้บริการนี้แก่สตรีรายนั้น หากการตรวจคัดกรองไม่สามารถเป็นไปได้ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ผู้ให้บริการก็สามารถ เป็นอย่างน้อย ที่จะบอกได้ถึงความจำเป็นในการไปรับบริการของสตรีรายนี้ โดยให้สุศึกษาแก่เธอแล้วส่งต่อไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิได้

การบูรณาการการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีเข้ากับการให้บริการป้องกันปฐมภูมิอื่นๆ

กลยุทธ์การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เป็นโอกาสทองในการบูรณาการกับการให้บริการด้านสุขภาพอื่นๆ ในโรงเรียน และอนามัยที่เป็นมิตรกับวัยรุ่น (adolescent-friendly) ซึ่งเป็นการให้บริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ มาตรการต่างๆ สามารถรวมถึงการคัดกรองภาวะทุพโภชนาการที่พบได้บ่อย ความพิการและความเจ็บป่วยทางกาย เช่นเดียวกับการให้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการป้องกัน เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ วิธีการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน และการใช้ถุงยางอนามัย เพื่อประโยชน์สองสถาน คือป้องกันทั้งการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมไปถึงการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การบูรณาการการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีและคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้การรักษา

WHO ได้แนะนำอย่างแข็งขันว่า ในประเทศที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง เมื่อมีการพบปะกันระหว่างผู้รับบริการและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ควรใช้เป็นโอกาสให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเอชไอวี และการตรวจหา (HIV Counseling and testing; HCT) รวมถึงการให้สุขศึกษาและการดูแลที่เหมาะสม การบูรณาการระหว่างการให้บริการมะเร็งปากมดลูกและเอชไอวีสามารถเกิดขึ้นได้สองวิธี :

- สตรีที่มารับบริการ HCT ควรได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย หากอายุมากกว่า 30 ปี หากสตรีมีเชื้อเอชไอวีและไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนก็ควรได้รับการกระตุ้นให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทันทีโดยไม่ต้องคำนึงถึงอายุ หรือไปรับการตรวจคัดกรองภายในสามปีหลังจากที่เคยได้รับการตรวจแล้วผลปกติ

- สตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในประเทศที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ควรได้รับการสนับสนุนให้ไปรับบริการ HCT ด้วย หากไม่เคยได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีมาเมื่อเร็วๆ นี้

ค. การบูรณาการการให้บริการนี้เข้ากับการตรวจคัดกรองมะเร็งอื่น : กรณีของมะเร็งเต้านม

หลักการเดียวกันที่ใช้สำหรับการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีคุณภาพสูงและประสบความสำเร็จ นำมาประยุกต์ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งชนิดอื่น เช่น มะเร็งเต้านม ได้ประสบความสำเร็จและบทเรียนที่ได้จากการจัดตั้งและดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการให้บริการมะเร็งปากมดลูก สามารถให้หลักการพื้นฐานแก่การพัฒนาแผนงาน/โปรแกรมการให้บริการสำหรับมะเร็งเต้านม ความแตกต่างในช่วงอายุของประชากรกลุ่มเป้าหมายสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (โดยปกติคือสตรีอายุมากกว่า 50 ปี) จำเป็นต้องได้รับการพิจารณา เมื่อพบสตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยที่สุด การให้บริการมะเร็งปากมดลูกก็ได้ให้โอกาสในการสร้างความตระหนักรู้ เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และเชื่อมโยงไปสู่การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ ทำนองเดียวกัน สตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ควรได้รับการถามเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย หากอายุยังอยู่ในช่วงที่แนะนำสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนเลย ก็ควรได้รับการสนับสนุนให้ตรวจเป็นพิเศษ

ง. ความท้าทาย(ปัญหา)ต่อการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม

ความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ ไม่เพียงแค่พบได้ในระดับการจัดทำนโยบายเท่านั้น แต่ยังสามารถพบได้ในระหว่างการทำดำเนินแผนงาน/โปรแกรม ที่ระดับสถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพและในชุมชนอีกด้วย นอกจากนี้อุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อครอบครัวและปัจเจกบุคคล ตารางที่ 2.2 ได้สรุปถึงความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ เหล่านี้และได้ให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อการบรรเทาผลกระทบเชิงลบใดๆ จากความท้าทาย (ปัญหา) เหล่านี้

ตารางที่ 2.2 : ความท้าทาย (ปัญหา) ที่อาจเกิดขึ้นในระยะดำเนินการ และการดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ

ความท้าทาย (ปัญหา)	การดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ
<p>สถานบริการดูแลสุขภาพ ระดับภาค/ ท้องถิ่น</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● มีบางคนหรือบางกลุ่มที่ต่อต้านการรับวัคซีน รวมถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และเข้าร่วมในการกระจายข้อมูลข่าวสารที่ผิด 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำการทดสอบนำร่อง (pilot test) และเผยแพร่ ออกอากาศโดยการรณรงค์ผ่านสื่อหลากหลายรูปแบบที่มีประสิทธิภาพอย่างกว้างขวาง เพื่อส่งเสริมให้เห็นผลดีของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแก่เด็กหญิง และเพื่อต่อสู้กับการให้ข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงจากการรับวัคซีนอย่างชัดเจน (ดูบทที่ 4 และตอนต่อไป ในตารางนี้ เกี่ยวกับการดำเนินการที่แนะนำที่ระดับชุมชน และผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ)
<ul style="list-style-type: none"> ● จำนวนผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรม และมีความสามารถ มีไม่เพียงพอ 	<ul style="list-style-type: none"> ● จัดการฝึกอบรม พยายามรักษาไว้และปรับจำนวนผู้ให้บริการที่มีความสามารถให้เพียงพอสำหรับทุกระดับการให้บริการตลอดเวลา ในการนี้อาจต้องมีการปรับเปลี่ยนและแบ่งปันงานในหน้าที่ระหว่างกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ● ให้สิ่งจูงใจที่ไม่ใช่เงินแก่ผู้เข้าไปดูแลผู้รับบริการตรงเวลา และให้รางวัลแก่การให้บริการที่มีคุณภาพสูง
<ul style="list-style-type: none"> ● สมาชิกชุมชนมองหาคำแนะนำจากผู้ให้บริการ ท้องถิ่นและแผนโบราณ ผู้นำชุมชน และบุคคลที่มีชื่อเสียงในชาติ ผู้ซึ่งไม่ตระหนักรู้ถึงภาวะจากโรคและศักยภาพในการป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ให้คำแนะนำในระดับท้องถิ่น สามารถมีบทบาทสำคัญ ในการทำให้ผู้รับบริการยอมรับบริการ พวกเขาควรเข้าร่วมในกิจกรรมการให้ข้อมูลที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) และควรถูกขอให้ช่วยเหลือ เพื่อลดการกระจายข้อมูลผิดๆ และทัศนคติเชิงลบต่างๆ (ดูบทที่ 3 สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการสื่อสารและข่าวสาร)
<ul style="list-style-type: none"> ● คุณภาพของสมรรถนะการตรวจคัดกรองไม่ดี เนื่องจากทั้งเทคโนโลยีของวิธีการตรวจเอง และความผิดพลาดของผู้ให้บริการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● เลือกแผนภูมิที่เขียนตามหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งที่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ ทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐานที่มีอยู่ เพื่อให้มั่นใจว่าจะทำให้การเข้าถึงได้ อย่างเสมอภาค และได้สมรรถนะสูงสุดที่เป็นไปได้ (ดูบทที่ 5 สำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการตรวจ คัดกรอง)

ความท้าทาย (ปัญหา)	การดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ
<ul style="list-style-type: none"> ● ระยะทางในการเดินทางไปศูนย์สุขภาพไกล และชั่วโมงทำการก็จำกัด ซึ่งทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> ● แก้ไขเวลาการเปิดและปิดทำการในการให้บริการ โดยคำนึงถึงกำหนดเวลาในการทำงานของสตรี และทำงานร่วมกับชุมชน เพื่อช่วยให้สตรีได้มาถึงสถานบริการ ซึ่งทำให้โอกาสในการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง การรักษา และการตรวจติดตามเพิ่มขึ้น ● พัฒนากลยุทธ์ที่จะทำให้มั่นใจว่ามีช่องทางการเข้าถึงบริการต่างๆ สำหรับสตรีทุกกลุ่มอายุเป้าหมาย โดยไม่ขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจสังคม ระยะทางจากศูนย์บริการ และปัจจัยอื่นๆ ทางวัฒนธรรมท้องถิ่น
<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดระบบในการเชิญสตรีมารับการตรวจคัดกรองและการตรวจติดตาม ● จำเป็นต้องให้สตรีกลับมารับการบริการด้านสุขภาพบ่อยๆ ซึ่งทำให้สตรีที่ไม่มารับการตรวจติดตามมีมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ● กำหนดกลยุทธ์ในการเข้าถึงสตรี ที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจติดตาม และทำให้พวกเธอตระหนักว่าการบริการเหล่านี้ มีความจำเป็นด้วยมุมมองที่ต้องการจะลดปัญหาคอขวดในการให้บริการ ● ให้การตรวจคัดกรองและรักษาโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ในการมารับบริการครั้งเดียว
<ul style="list-style-type: none"> ● วัคซีน การตรวจคัดกรอง หรือการรักษา มีราคาแพง 	<ul style="list-style-type: none"> ● วางแผนและดำเนินการกลยุทธ์ในท้องถิ่นเพื่อลดราคาของบริการวัคซีน การตรวจคัดกรอง และการรักษา ● เข้าร่วมกับผู้ร่วมงานระดับนานาชาติและภูมิภาค ● เจรจาต่อรองกับบริษัทผู้ผลิต
ระดับชุมชน และผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ	
<ul style="list-style-type: none"> ● คนในชุมชนและบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพขาดความตระหนักรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นโดยทั่วไป และเกี่ยวกับความจำเป็นในการตรวจคัดกรอง แม้แต่ในกรณีที่ไม่มีอาการ 	<ul style="list-style-type: none"> ● การใช้แนวทางต่างๆ ที่เหมาะสม อันได้แก่ให้สุขศึกษาและมาตรการเพิ่มความตระหนักรู้แก่คนทั่วทั้งชุมชน ผู้นำชุมชน และบุคคลสำคัญในชุมชน เช่นเดียวกันสำหรับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ และเจ้าหน้าที่สนับสนุนทางคลินิกที่มีใช้วิชาชีพ ก็จะได้รับข้อมูลที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ เกี่ยวกับธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก ความสัมพันธ์กับเชื้อเอชพีวี และวิธีการป้องกันรวมถึงการรักษาแต่เนิ่นๆ ที่มีประสิทธิผลที่มีอยู่

ความท้าทาย (ปัญหา)	การดำเนินการที่แนะนำ เพื่อบรรเทาผลกระทบเชิงลบ
<ul style="list-style-type: none"> ● ทักษะคติเชิงลบและข้อมูลผิดๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงของการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ความเข้าใจผิดว่าการฉีดวัคซีนให้กับเด็กหญิงที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ จะส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์และความเชื่อหรือบรรทัดฐานต่างๆ ที่ยับยั้งผู้คนไม่ให้วิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับโรคของ อวัยวะสืบพันธุ์ 	<ul style="list-style-type: none"> ● ใช้การพูดคุยเป็นกลุ่มเฉพาะและการสัมภาษณ์เพื่อสืบค้นและวิพากษ์ความเข้าใจผิดที่มีอยู่ทั่วไป และทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และโรคของอวัยวะสืบพันธุ์โดยทั่วไป และมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะ แล้วชี้แจงโดยให้หลักฐานที่ตรงกันข้าม โดยใช้ภาษาที่ไม่ใช้ศัพท์เทคนิค (ใช้หนังสือฉบับนี้เป็นแหล่งข้อมูล) ● ในระหว่างพยายามให้การฝึกอบรมและสุศึกษาแก่บุคคลสำคัญจากชุมชน ให้พยายามระบุผู้ที่เคยต่อต้านการให้บริการ แต่ตอนนี้ได้เข้าใจและเปลี่ยนมายอมรับข้อมูลแล้ว ฝึกบุคคลเหล่านี้ให้สามารถให้คำปรึกษาและสุศึกษาแก่ชุมชน (ให้สื่อและเครื่องมือที่เป็นประโยชน์สำหรับกิจกรรมนี้แก่พวกเขาด้วย)
<ul style="list-style-type: none"> ● ปัจจัยด้านบุคคล ลังคม หรือวัฒนธรรมที่เป็นอุปสรรคในการขัดขวางไม่ให้สตรีมารับบริการด้านสุขภาพเชิงป้องกัน 	<ul style="list-style-type: none"> ● ชี้ให้เห็นอุปสรรคเหล่านี้ ซึ่งอาจได้แก่ ความไม่เสมอภาคและความรุนแรงทางเพศ ลักษณะสังคมแบบชายขอบ (เช่น ชนพื้นเมือง ชนเผ่า หรือผู้ลี้ภัย) เศรษฐฐานะ ความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น
<ul style="list-style-type: none"> ● ขาดการสนับสนุนทางการเงินแก่สตรีและคนในครอบครัว สำหรับค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองและชุดเซยค่าจ้างที่ไม่ได้รับ (สตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากประกันสังคมหรือประกันสุขภาพ) 	<ul style="list-style-type: none"> ● หากมีระบบประกันสังคมหรือประกันสุขภาพอยู่ ต้องทำให้ระบบดังกล่าวครอบคลุมค่าใช้จ่ายเหล่านี้

จ. จัดทำแผนปฏิบัติการ (action plan) สำหรับการให้ข้อมูลและสุขศึกษา การฝึกอบรม และการนิเทศที่พร้อมสนับสนุน (supportive supervision)

เช่นเดียวกับองค์ประกอบอื่นๆ ของแผนงาน/โปรแกรม แผนปฏิบัติการเพื่อ IEC (information, education and communication) การฝึกอบรม และการนิเทศที่พร้อมสนับสนุน ควรได้รับการจัดทำขึ้นมา โดยมีพื้นฐานอยู่บนการประเมินความต้องการและแบบฝึกหัดการสร้างแผนที่ตั้งที่ได้บรรยายไว้ก่อนหน้านี้ ในตอนที่ 2.2.2

แผนปฏิบัติการนั้น ควรรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ :

- ดำเนินการการพูดคุยเป็นกลุ่มเฉพาะ และ/หรือการสัมภาษณ์ กับสตรีและเด็กหญิงในกลุ่มอายุ เป้าหมาย เพื่อให้สามารถเข้าใจดีขึ้นถึง ความรู้ การรับรู้ และความต้องการที่จำเป็นของพวกเธอ ข้อมูลที่ได้นี้จะช่วยให้ผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรม ได้ปรับเปลี่ยนหลักสูตรในการฝึกอบรม แก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ไปตามความเหมาะสม เพื่อให้ผู้ให้บริการจะสามารถให้ข้อมูลและการสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้มารับบริการ และจะมั่นใจได้ว่าจะมีการเข้าร่วมในการตรวจคัดกรอง รวมทั้งมารับการรักษาและการตรวจติดตามมากขึ้น
- โดยอาศัยข้อมูลที่มีเกี่ยวกับความสามารถในการให้บริการที่มีอยู่แล้วและความต้องการของท้องถิ่น จัดทำและดำเนินการหลักสูตรฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ และสร้างสื่อและเครื่องมือในการทำ IEC และการให้ สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย
- เตรียมรายงานและทะเบียนต่างๆ เพื่อทำเป็นเอกสารบันทึกการบริการที่ได้ให้ไป เรื่องนี้มีความสำคัญ ไม่ใช่แค่เพื่อการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและการประเมินผลการให้บริการ แต่ยังสำคัญแก่การนิเทศและการประเมินสมรรถนะผู้ให้บริการอีกด้วย
- ให้การฝึกอบรมแก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรมทั้งหมด เพื่อให้พวกเขาเหล่านั้นมีความสามารถในการอธิบายได้อย่างชัดเจนกับผู้ป่วยถึงสิ่งที่คาดว่าจะพบเจอเมื่อได้รับการบริการ อย่างใดอย่างหนึ่ง (ดูบทที่ 3-7 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นในการให้คำปรึกษา และแผนในการขับเคลื่อน สำหรับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี รวมถึงการตรวจคัดกรองและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก)
- ให้การฝึกอบรมแก่ผู้จัดการข้อมูล เจ้าหน้าที่บำรุงรักษาเครื่องมือ หัวหน้าที่ดูแลแผนงาน/โปรแกรม และเจ้าหน้าที่เทคนิคประจำห้องปฏิบัติการ เกี่ยวกับรายละเอียดทางเทคนิคของงานในหน้าที่ของพวกเขา
- ให้สุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูกและการดูแลสุขภาพระดับประคับประคอง เพื่อที่พวกเขาเหล่านั้นจะได้มีความรู้เกี่ยวกับการบริการต่างๆ ที่ให้อยู่ในระดับ ตติยภูมิ

ระยะเวลาของหลักสูตรฝึกอบรมควรยาวนานพอ ที่จะทำให้ผู้เข้าอบรมได้มีความสามารถถึงระดับชำนาญ (proficiency) เป็นส่วนใหญ่ และควรรวมถึงองค์ประกอบทางทฤษฎี การใช้หุ่นจำลองกายวิภาค จำลองสถานการณ์และการฝึกอบรมปฏิบัติการทางคลินิก วิธีในการฝึกอบรมที่จะนำมาใช้ในการให้บริการ ควรยืดหยุ่นพอที่จะบูรณาการเทคโนโลยีใหม่เข้าไปได้ด้วย หากเกิดขึ้นมา

ความท้าทาย (ปัญหา) ที่พบบ่อยซึ่งมักเกิดขึ้นในการฝึกอบรม ได้แก่

- การฝึกอบรมปฏิบัติการ (ลงมือทำ) มีไม่เพียงพอ เนื่องจากมีผู้มารับบริการน้อย
- ขาดการเฟื่องฟูไปที่การฝึกอบรมที่มีพื้นฐานอยู่บนความสามารถ (competency-based training)
- การติดตามและการนิเทศที่พร้อมสนับสนุนหลังการฝึกอบรม ไม่เพียงพอ
- ขาดหลักสูตรการฟื้นฟูวิชาการ
- ศูนย์การฝึกอบรมไม่สะท้อนถึงทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่จริงในสถานที่ที่ให้บริการ

เมื่อเผชิญกับความท้าทาย (ปัญหา) บางอย่างเหล่านี้ มันอาจช่วยได้หากคำนึงถึงประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ไว้ในใจ ในขณะที่ผู้เข้าอบรมบางราย สามารถรับความรู้และเกิดทักษะได้อย่างรวดเร็ว บางรายก็อาจต้องการเวลาเพิ่มเติม การยืดช่วงเวลากการฝึกปฏิบัติออกไปเกินเวลาหลักสูตร สามารถทำได้ โดยการมีผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์นำผู้เข้าอบรมไปฝึกฝนด้วยเป็นเหมือนลูกศิษย์ที่สถานบริการของพวกเขา สัปดาห์ละครั้งหรือหมุนเวียนกันไป หลังจากที่เรียนจบหลักสูตรพื้นฐานแล้ว มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องทำให้มั่นใจได้ว่าผู้ให้บริการทั้งหมด มีความมั่นใจในความสามารถของตน ในการให้บริการตามมาตรฐานที่ได้ตั้งไว้ก่อนที่พวกเขาจะได้เริ่มให้บริการ การนิเทศหลังการฝึกอบรม การใช้เครื่องมือช่วยงาน ขั้นตอนการปฏิบัติ และเครื่องมือในการเรียนต่างๆ ที่มีคุณค่า เพื่อการส่งเสริมสมรรถนะที่มีคุณภาพ ควรได้รับการสร้างขึ้นมาบรรจุไว้ในแผนการฝึกอบรม และการบริหารจัดการบริการในเวลาต่อไป

ฉ. องค์ประกอบอื่นๆ ที่จะต้องมีพร้อมเพื่อการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย การจัดหาและการบำรุงรักษาเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์

การประเมินความต้องการในระหว่างช่วงการวางแผนและเตรียมการ จะให้ข้อมูลที่สำคัญ เกี่ยวกับเครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นและยังต้องการจัดหาอยู่

กลยุทธ์ต่างๆ ในการแจกจ่ายและจัดเก็บเครื่องมือ และในการทดแทนวัสดุอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ (ได้แก่ ของที่ใช้หมดไป อะไหล่ และน้ำยาต่างๆ) จะต้องได้รับการกำหนด นอกจากนี้ ระบบการซ่อมแซมและบำรุงรักษาที่มีประสิทธิภาพที่อยู่ในท้องถิ่นก็จำเป็นต้องมี เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการสะดุดหยุดลงของการให้บริการหรือการต้องนัดผู้ป่วยอีกครั้งเพราะเครื่องมือเสียหาย หรือไม่ทำงานการสะดุดของการให้บริการอาจทำให้ผู้ป่วยไม่อยากจะกลับมาอีก และอาจทำลายภาพพจน์ของคุณภาพการบริการที่มีต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่อาจเป็นผู้ป่วย

กลยุทธ์การป้องกันการติดเชื้อ

การจัดการของเสียทางการแพทย์ (medical waste) ที่เหมาะสม รวมถึงการกำจัดสิ่งสกปรก และการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือที่สามารถนำมาใช้ใหม่ได้นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องทำให้การแพร่กระจายของการติดเชื้อ อันตรายต่อบุคลากรที่ทำงานในคลินิก ผู้ป่วย และชุมชนท้องถิ่น มีน้อยที่สุด (ดูภาคผนวก 3 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ)

กลยุทธ์นี้ควรให้คำแนะนำที่ชัดเจนในประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้ :

- การจัดการที่เหมาะสมกับของเสียทางการแพทย์ รวมถึงการคัดแยก การขนส่ง และการกำจัด

- ระบบในการกำจัด vials และ syringes ที่ใช้แล้วในการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.4 สำหรับส่วนประกอบต่างๆ ที่จำเป็นในการฉีดยาที่ปลอดภัย เพื่อการให้บริการที่มีคุณภาพ)
- การจัดการกับเครื่องมือที่นำมาใช้ใหม่ได้ซึ่งถูกปนเปื้อนแล้ว ตามมาตรฐานนานาชาติ ได้แก่ การกำจัดสิ่งปนเปื้อนด้วยสารละลายคลอรีน การชะล้างและการล้างน้ำ การฆ่าเชื้อโรคในระดับสูง หรือการทำให้ปราศจากเชื้อ
- การใช้อุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมโดยเจ้าหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพที่มีหน้าที่ในการจัดการกับของเสีย ทั้งที่ปนเปื้อน และ/หรือ เครื่องมือที่นำมาใช้ใหม่ได้ ได้แก่ เสื้อผ้าที่ใช้ใส่ป้องกัน ถุงมือที่หนา และหน้ากาก หากจำเป็น

ห้องปฏิบัติการที่ใช้เป็นแหล่งอ้างอิงระดับชาติ

สิ่งนี้มีความจำเป็นสำหรับการประกันและควบคุมคุณภาพ เมื่อเลือกที่จะนำเอาการตรวจหาเชื้อเอชพีวีมาใช้ในแผนงาน

รายการตรวจสอบ (checklist) ในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 2.1 อาจช่วยในการวางแผน และการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการควบคุมมะเร็งปากมดลูก โปรดอ่านเพิ่มเติมตามรายการที่ได้แนะนำไว้ในตอนท้ายบทนี้ด้วย มีทั้งสิ่งตีพิมพ์ที่เป็นประโยชน์และเว็บไซต์ต่างๆ ที่มีข้อมูลอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ อันทันสมัยเกี่ยวกับแนวทางกลยุทธ์ในการวางแผนและการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม

2.2.4 การติดตามตรวจสอบและการประเมินผลแผนงาน/โปรแกรม

การทำการติดตามตรวจสอบและประเมินผล (M&E) ในแผนงาน/โปรแกรมด้านสุขภาพใดๆ ก็เพื่อให้มั่นใจว่ากระบวนการและระบบต่างๆ ได้รับการจัดทำและได้มีการปฏิบัติไปตามนั้น เพื่อที่การให้บริการจะมีคุณภาพดีและก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตัวชี้วัดหลักที่นำมาใช้สำหรับการติดตามตรวจสอบและประเมินผลในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก สามารถพบได้ในสิ่งตีพิมพ์ของ WHO/PAHO 2013 ชื่อ *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes.* ^[5]

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้นตอนการวางแผนกลยุทธ์ เพื่อให้มั่นใจว่าผลลัพธ์ต่างๆ ที่จำเป็นจะได้มาจากแผนงาน/โปรแกรม และว่ามาตรการแก้ไขต่างๆ ที่เหมาะสมจะได้รับการประยุกต์ใช้ตามจำเป็น ระบบข้อมูลสุขภาพพื้นฐานไม่ว่าจะโดยการเขียน (ใช้บันทึกรายงานและลงทะเบียน) ใช้คอมพิวเตอร์ หรือใช้ทั้งสองอย่างร่วมกัน ควรมีไว้พร้อมใช้ และข้อมูลเพื่อการติดตามตรวจสอบ และประเมินผลก็ควรได้รับการเก็บบันทึกไว้อย่างสม่ำเสมอ

ทะเบียนมะเร็ง (cancer registries) เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญสำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็ง รายนามและการตายจากมะเร็ง ข้อมูลเหล่านี้สามารถได้รับการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดขึ้น หรือแนวโน้มของมะเร็งในกลุ่มประชากรที่กำหนด และเพื่อประเมินผลกระทบจากแผนงาน/โปรแกรม การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก หากเป็นการยากเกินไปในตอนแรกที่จะดำเนินการลงทะเบียนมะเร็ง ทั่วทั้งประเทศ sentinel sites ที่เป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่หลากหลายสามารถได้รับการจัดตั้งขึ้น และเมื่อได้เรียนรู้แล้วก็สามารถดัดแปลงและขยายขนาดขึ้นไปจนครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการลงทะเบียนมะเร็ง ศึกษาได้จากเว็บไซต์ของ Global Initiative for Cancer Registry Development (GICR) แห่ง International Agency for Research on Cancer (IARC) ^[6]

.....

^[5] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

^[6] สามารถหาได้ที่ : <http://gicr.iarc.fr>

ก. การติดตามตรวจสอบ

ตามอภิวาทของ WHO Health Systems Strengthening ^[7] การติดตามตรวจสอบคือ การสังเกตกิจกรรมอย่างต่อเนื่องซึ่งจะช่วยในการนิเทศงาน และทำให้เห็นว่ากิจกรรมนั้นได้ก้าวหน้าไปตามแผนหรือไม่ การติดตามตรวจสอบเกี่ยวข้องกับกำหนัดวิธีการที่จำเพาะในการวัดกิจกรรม การใช้ทรัพยากร และการตอบสนองต่อการให้บริการ ตามเกณฑ์ที่ได้ตกลงกันไว้

การติดตามตรวจสอบร่วมกับมาตรการแก้ไขที่เหมาะสมต้องอาศัยระบบที่ทำงานได้เพื่อการรวบรวม จัดเก็บ และแจกจ่ายข้อมูลด้านสุขภาพ ระบบการนิเทศงานเพื่อให้มั่นใจได้ว่าการปฏิบัติได้เป็นไปตามมาตรฐาน การมีส่วนร่วมและการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และวิธีการแก้ปัญหาที่ท้องถิ่นซึ่งได้รับการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการและสมาชิกในชุมชน ในตอนย่อยนี้จะให้รายละเอียดมากขึ้น เกี่ยวกับระบบข้อมูลสุขภาพ มีการแนะนำเครื่องมือต่างๆ เพื่อการประเมินตนเองและการแก้ไขปัญหาที่ท้องถิ่น และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการนิเทศที่พร้อมสนับสนุนที่ใช้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

มีกิจกรรมสองอย่างที่จำเพาะในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ต้องอาศัยการติดตามตรวจสอบอย่างมากก็คือ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของการให้บริการและการติดตามตรวจสอบเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังจากการได้รับวัคซีน (adverse events following immunization : AEFIs) (ดูบทที่ 4 และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.6 สำหรับประเด็นที่จำเพาะเกี่ยวกับ การติดตาม ตรวจสอบและประเมินผลในแผนงาน/โปรแกรมการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี)

การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องของการให้บริการ ควรได้รับการทำเป็นระยะๆ ด้วยการกระทำ ที่จะช่วยปรับปรุงในจังหวะเวลาที่เหมาะสม การพัฒนาคุณภาพถือเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทุกคน และควรเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ได้รับการฝึกอบรมทุกคนด้วย วิธีการต่างๆ ที่สามารถนำมาปรับใช้ได้ในการติดตาม ตรวจสอบและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ ได้แก่ :

- การประเมินตนเองและการแก้ไขปัญหาที่ท้องถิ่น : เรื่องเหล่านี้เป็นวิธีการแบบมีส่วนร่วมที่ควรเกี่ยวข้องกับกลุ่มผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมทุกคน เช่นเดียวกันกับตัวแทนที่เป็นสมาชิกของชุมชน กระบวนการประเมินตนเองชื่อ COPER (client-oriented, provider-efficient services) ขององค์กร EngenderHealth's ได้สร้างเครื่องมือหลายอย่างที่สามารถนำมาปรับใช้ เพื่อช่วยในความพยายามนี้ เช่น แนวทางการสัมภาษณ์ผู้รับบริการ การวิเคราะห์ขั้นตอนต่างๆ ที่ผู้รับบริการต้องผ่าน (flow) และแผนปฏิบัติการ COPE ^[8]

- การนิเทศที่พร้อมสนับสนุน (supportive supervision) : เรื่องนี้จะต้องทำเป็นระยะและกระบวนการควรได้รับการช่วยเหลือโดยผู้นิเทศที่ได้รับการฝึกอบรมมา บทบาทหลักของทีมนิเทศที่พร้อมสนับสนุน ได้แก่ :

- การสังเกตทุกแง่มุมของการให้บริการ หากสามารถทำได้ (นั่นก็คือ การลงทะเบียน ผู้รับบริการ การให้คำปรึกษา การขอความยินยอม การบริหารจัดการการให้วัคซีน การคัดกรอง การรักษา รอยโรคก่อนมะเร็ง ปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และการบันทึกเป็นเอกสาร)

- การทบทวนข้อมูลระดับสถานบริการที่เกี่ยวข้องกับการรวบรวมผู้รับบริการความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (ทั้งที่ได้สมบูรณ์และบางส่วน) อัตราการตรวจคัดกรองและรักษา การไม่มารับการตรวจติดตาม และอัตราของ AEFIs เป็นต้น

- การช่วยสอนแนะและปรับปรุงทักษะของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพให้ทันสมัย และทำงานร่วมกับพวกเขาเพื่อแก้ไขปัญหาใดๆ ที่สังเกตเห็นเกี่ยวกับการให้บริการที่สถานบริการ หรือที่ชุมชนก็ตาม

.....

^[7] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/

^[8] สามารถหาได้ที่ : <http://www.engenderhealth.org/pubs/quality/cope.php>

ข. การประเมินผล

การประเมินผลได้รับการนิยามโดยอริธานคัพท์ของ WHO Health Systems Strengthening ว่าเป็นการประเมินอย่างมีระบบและไม่ลำเอียงในความสัมพันธ์ ความเพียงพอ ความก้าวหน้า ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลกระทบของการปฏิบัติโดยอิงตามวัตถุประสงค์ และโดยได้คำนึงถึงทรัพยากรและสถานที่ ที่ได้ถูกจัดให้ใช้งาน

แผนการประเมิน ที่ได้รับการจัดทำขึ้นมาด้วยการมีส่วนร่วมอย่างดีของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำเป็นต้องระบุให้ชัดเจนในสิ่งต่อไปนี้ :

- บุคคลหรือกลุ่มบุคคลในทีมบริหารจัดการสหสาขาวิชาชีพที่จะรับผิดชอบในการประเมินการให้บริการ
- ทรัพยากรและการบริการต่างๆ ที่จะได้รับการประเมิน รวมถึงวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการประเมิน
- ข้อมูลที่จะต้องเก็บรวบรวม และคำนิยามของตัวชี้วัดสมรรถนะหลัก และตัวชี้วัดผลกระทบสำหรับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 2.2 สำหรับตัวชี้วัดหลัก)
- รูปแบบมาตรการที่จะใช้ในการแก้ไขเมื่อพบว่ามีข้อบกพร่องเกิดขึ้น
- งบประมาณสำหรับการดำเนินการประเมินผล

ค. ตัวชี้วัดหลัก (Core indicators)

ตัวชี้วัดหลัก ที่ใช้ในการติดตามตรวจสอบและการประเมินผลการให้บริการในแผนงาน/โปรแกรม ป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม ได้แก่ ตัวชี้วัดสมรรถนะและตัวชี้วัดผลกระทบต่อตัวชี้วัดหลัก คือสิ่งที่ทุกๆ ประเทศล้วนได้รับการกระตุ้นอย่างมากให้นำไปปรับใช้ เนื่องจากพวกมันเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการติดตามตรวจสอบและการประเมินผลความก้าวหน้าและผลกระทบของแผนงาน/โปรแกรม และยังเป็นข้อมูลสากลเพื่อใช้ในการเปรียบเทียบทั้งภายในและระหว่างประเทศ (ตัวอย่างเช่น ดูปทที่ 1 ตอนที่ 1.1.2 ซึ่งแสดงข้อมูลเกี่ยวกับระบาดวิทยาทั่วโลกของมะเร็งปากมดลูก)

ตัวชี้วัดสมรรถนะของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี :

- ความครอบคลุมของการให้วัคซีนในประชากรกลุ่มเป้าหมาย : สัดส่วนของเด็กหญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนครบตามกำหนดภายในอายุ 15 ปี ของแต่ละปี (วัดได้โดยการใช้แบบฟอร์มรายงานร่วม WHO-UNICEF)
- อัตราของ AEFIs : จำนวนของ AEFIs ที่ได้รับการรายงานในแต่ละปี (ดูปทที่ 4 สำหรับรายละเอียด)

ตัวชี้วัดสมรรถนะของการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูก :

- ความครอบคลุมในประชากรกลุ่มเป้าหมาย :
 - i. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้งตั้งแต่อายุ 30 ปี (สิ่งนี้สามารถประเมินได้โดยการสำรวจสตรีอายุ 30-60 ปี ที่รวมเอาคำถามเกี่ยวกับว่าเคยได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้งหรือไม่)
 - ii. ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองในปีนั้น (ข้อมูลนี้สามารถได้มาจากสมุดบันทึกการให้บริการ รมั้ตระวังว่าต้องแยกการตรวจคัดกรองครั้งแรกออกจากการตรวจซ้ำ)
หมายเหตุ : สำหรับตัวชี้วัดทั้งสองข้างบน ตัวหารคือจำนวนประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี และเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องแยกข้อมูลออกมาเป็นช่วงละ 5 ปี
- อัตราผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก : ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองอายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกภายในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา (ข้อมูลสามารถได้มาจากสมุดบันทึกการให้บริการ)
- อัตราการรักษา : ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกแล้ว ได้รับการรักษาเสร็จสมบูรณ์สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 12 เดือน ที่ผ่านมา (ข้อมูลสามารถได้มาจากสมุดบันทึกการให้บริการ)

ตัวชี้วัดผลกระทบ (Impact indicators) :

- อุบัติการณ์ที่จำเพาะต่ออายุ (age-specific incidence) ของมะเร็งปากมดลูกและอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก : ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

คู่มือการประกอบการปฏิบัติที่ 2.2 เพื่อคำนิยามต่างๆ สำหรับตัวชี้วัดสมรรถนะหลักและตัวชี้วัดผลกระทบวิธีการคำนวณ และระดับค่าที่ใช้ตัดสิน (cut-off level) เพื่อดำเนินมาตรการแก้ไข (ตัวชี้วัดอื่นๆ ก็ได้รับการบรรยายไว้ด้วยในเอกสารประกอบการปฏิบัติเดียวกันนี้)

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม ศึกษาได้จากเอกสารของ WHO/PAHO ที่ชื่อ *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes* ที่ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2013 ^[9]

[9] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

2.3 ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกสามารถประสบความสำเร็จได้ถ้า :

- นโยบายแห่งชาติและแนวทางปฏิบัติแห่งชาติที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกได้รับการจัดทำขึ้นมาและแจกจ่ายออกไป โดยมีพื้นฐานอยู่บนธรรมชาติการดำเนินของโรคและข้อมูลเกี่ยวกับความชุก และอุบัติการณ์ในกลุ่มอายุต่างๆ

- ทรัพยากรทางการเงินและทางวิชาการได้รับการจัดสรรลงไป เพื่อสนับสนุนการดำเนินนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ทำให้การให้บริการสามารถเข้าถึงได้และสามารถจ่ายได้โดยสตรีและเด็กหญิงทั่วไป

- มีแผนงาน/โปรแกรมการให้สุขศึกษาแก่สาธารณชนและการสนับสนุนในการป้องกันโรคพร้อมอยู่ในการสนับสนุนนโยบายแห่งชาติ

- สตรีและเด็กหญิงในกลุ่มอายุเป้าหมาย เข้าร่วมในการคัดกรองหรือการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีอย่างกว้างขวาง

- วัคซีนเอชพีวีได้รับการบริหารจัดการตามกลยุทธ์ที่อิงกับประชากร (population-based strategy) ให้กับเด็กหญิงวัยรุ่นอายุ 9-13 ปี

- การคัดกรองได้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (organized) ไม่ใช่เป็นไปตามแต่โอกาส (opportunistic)

- การให้บริการตรวจคัดกรองมีการเชื่อมโยงกับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็ง

- ระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อการบริหารจัดการ และแผนในการติดตามตรวจสอบและประเมินผล มีพร้อมอยู่เพื่อติดตามตรวจสอบความสำเร็จ ระบบข้อมูลพร้อมที่ยังมีอยู่และให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างสม่ำเสมอแก่ผู้จัดการและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เพื่อที่มาตรการแก้ไขที่เหมาะสมจะได้ถูกนำมาใช้ได้อย่างทันเวลา

- ระบบการส่งต่อที่ทำงานได้ ได้มีการสร้างขึ้นและรักษาไว้

- ระบบสุขภาพโดยรวมที่มีความเข้มแข็งได้ถูกวางไว้

- A strategic approach to strengthening control of reproductive tract and sexually transmitted infections : use of the programme guidance tool. Geneva : WHO; 2009
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241598569/en/>).
- Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes : diagnosis and treatment (module 4). Geneva : WHO; 2008
(http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_diagnosis/en/).
- Cancer control knowledge into action : WHO guide for effective programmes : palliative care (module 5). Geneva : WHO; 2007
(http://www.who.int/cancer/publications/cancer_control_palliative/en/).
- Cervical cancer prevention and control costing tool (C4P) : user's guide. Geneva : WHO; 2012
(http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/cervical_cancer_costing_tool/en/).
- Everybody's business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva : WHO; 2007
(http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf).
- Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva : WHO; 2013
(<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-action-plan/en/>).
- Human papillomavirus vaccines : WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43) :465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).
- Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva : WHO; 2013
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).
- New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva : WHO; 2010
(http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).
- Prevention of cervical cancer through screening using visual inspection with acetic acid (VIA) and treatment with cryotherapy : a demonstration project in six African countries : Malawi, Madagascar, Nigeria, Uganda, the United Republic of Tanzania, and Zambia. Geneva : WHO; 2012 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241503860/en/>).
- WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. Geneva : WHO; 2013
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>).

- Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs : a manual for managers. Seattle (WA) : ACCP; 2004 (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).
- Bray F, Znaor A, Cueva P, Korir A, Swaminathan R, Ullrich A, et al. Planning and developing population-based cancer registration in low- and middle-income settings. IARC Technical Publication No. 43. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2014 (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/treport-pub/treport-pub43/index.php>, accessed 16 June 2014).
- EngenderHealth. COPER for cervical cancer prevention : a tool book to accompany the COPER handbook. New York (NY) : EngenderHealth; 2004 (http://screening.iarc.fr/doc/cope_cxca_toolbook.pdf, accessed 18 July 2014).
- Franco EL. Epidemiology in the study of cancer. In : Bertino JR, editor. Encyclopedia of cancer, volume 1. San Diego (CA) : Academic Press; 1997 :621–41.
- PATH. Implementing HPV vaccination programs : practical experience from PATH. Cervical cancer prevention : Practical experience series. Seattle (WA) : PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-vaccine-implementation.htm>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Strategic planning and situation assessment for cervical cancer prevention : practical experience from PATH. Cervical cancer prevention : practical experience series. Seattle (WA) : PATH; 2011 (<http://www.rho.org/HPV-strategic-planning.htm>, accessed 18 July 2014).
- PATH. Cervical cancer prevention action planner, version 2.0 [website]. PATH; 2012 (<http://www.rho.org/actionplanner.htm>, accessed 18 July 2014).
- World Bank. World development indicators 2013. Washington (DC) : World Bank; 2013 (<http://data.worldbank.org/products/wdi>, accessed 18 July 2014).

เว็บไซต์ต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

EngenderHealth – Client-Oriented, Provider-Efficient Services (COPE^R) :

www.engenderhealth.org/our-work/improving-quality/cope.php

ExpandNet – Scaling up Health Innovations : www.expandnet.net/

International Agency for Research on Cancer (IARC) – Global Initiative for Cancer

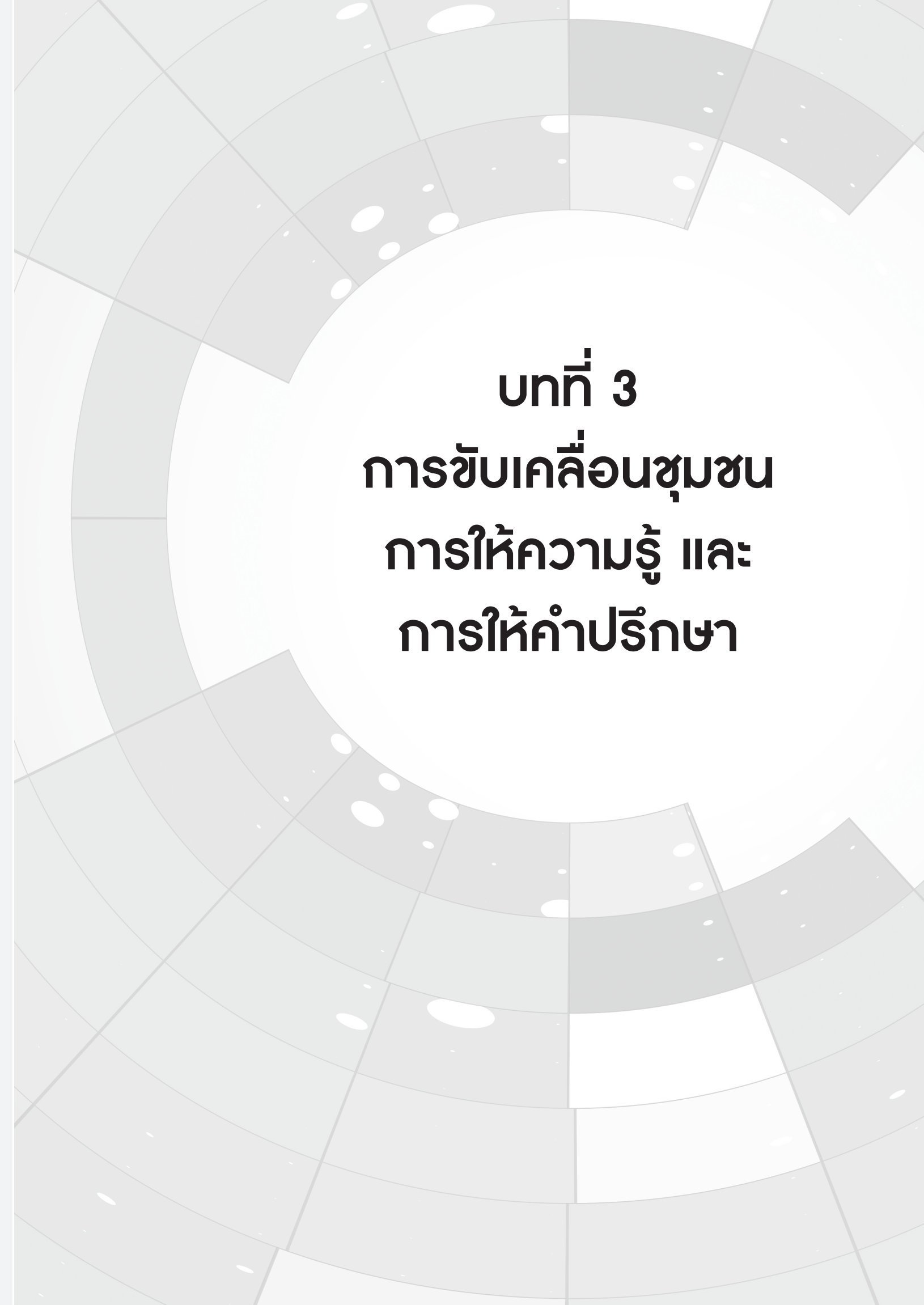
Registry Development (GICR) : <http://gicr.iarc.fr>

United Nations Population Information Network : <http://www.un.org/popin/data.html>

WHO – The WHO Strategic Approach to strengthening sexual and reproductive health policies

and programmes : www.who.int/reproductivehealth/topics/countries/strategic_approach/en/

WHO – HPV Vaccine Introduction Clearing House : www.who.int/immunization/hpv/en/



บทที่ 3
การขับเคลื่อนชุมชน
การให้ความรู้ และ
การให้คำปรึกษา

บทที่ 3

การขับเคลื่อนชุมชน การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา

ประเด็นสำคัญ

- การบริการนอกสถานที่ (outreach) การขับเคลื่อนชุมชน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษา ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิผล เพื่อที่จะทำให้มั่นใจว่าจะได้รับความครอบคลุมสูงในการให้วัคซีน ได้รับความครอบคลุมสูงในการตรวจคัดกรอง และมีการเชื่อมโยงกับการรักษาได้สูง
- กลยุทธ์ในการบริการนอกสถานที่จะต้องไปให้ถึงและทำให้เด็กหญิงอายุน้อยและสตรีได้มีส่วนร่วม ซึ่งสองกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่น่าจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากการฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรองตามลำดับ เช่นเดียวกันจะต้องเข้าไปให้ถึงบุรุษและเด็กชาย รวมไปถึงผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- การขับเคลื่อนชุมชนและการให้สุขศึกษาเป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการที่จะเอาชนะความท้าทาย (ปัญหา) ที่พบได้บ่อย ซึ่งขัดขวางการเข้าถึงและการได้ใช้บริการป้องกันโรค อุปสรรคที่พบบ่อย ได้แก่ ข้อต่อห้ามทางสังคม ปัญหาทางภาษา การขาดข้อมูล และการขาดระบบการขนส่งไปยังสถานบริการ
- การให้สุขศึกษาจะช่วยให้มั่นใจว่า สตรี คนในครอบครัว และชุมชนของเธอเข้าใจได้ว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้
- ข่าวสารในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ควรสะท้อนถึงนโยบายแห่งชาติและควรมีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม รวมถึงควรมีความสม่ำเสมอสอดคล้องกันในทุกระดับของระบบสุขภาพ
- สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพควรมีห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ที่สามารถใช้ในการให้ข้อมูลและคำปรึกษาแก่สตรีเป็นรายบุคคล หากสามารถทำได้ เพื่อช่วยให้สตรีได้เลือกทางเลือกที่ดีที่สุดต่อสุขภาพของพวกเธอ
- ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพควรได้รับการฝึกให้สามารถให้ข้อคิดเห็นในเรื่องทางเพศในวิถีทางที่ไม่เข้าไปตัดสิน และสามารถพูดในทางที่บรรเทาปัญหาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและเชื้อเอชพีวีได้ ในขณะที่เดียวกันก็ยังรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับของผู้ป่วยได้
- มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ข่าวสารในการให้สุขศึกษา ต้องเน้นเรื่องสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติว่าจะต้องกลับมารับการตรวจติดตาม

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

บทนี้จะกล่าวถึงความจำเป็นที่ต้องรวมเอาการเข้าถึง การขับเคลื่อนชุมชน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษาไว้ในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิผล เป้าหมายของกลยุทธ์ต่างๆ เหล่านี้ ก็เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้สตรีและคนในครอบครัวได้แสวงหา การบริการป้องกันโรค ที่รวมถึงการตรวจพบและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งแต่เนิ่นๆ และการให้วัคซีนแก่ เด็กหญิง และในที่สุดแล้วก็เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของพวกเขาเองให้ดีขึ้น

บทนี้ประกอบด้วยห้าตอนหลัก ตอนที่ 3.1 การเพิ่มการใช้บริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นบทนำต่อเนื้อหาวิชาของบทนี้ โดยพุ่งเล็งลงไปทีบทบาทสำคัญของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ สำหรับตอนต่างๆ ที่เหลือคือ 3.2 การบริการนอกสถานที่ 3.3 การขับเคลื่อนชุมชน 3.4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และ 3.5 การให้คำปรึกษาที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางที่มีประสิทธิผลสูงสุด และข้อมูลที่ สำคัญสำหรับการดำเนินงานต่างๆ ข้างต้น รวมถึงทรัพยากรต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินการ ในแต่ละกิจกรรม การถ่ายทอดข่าวสารที่มีความสม่ำเสมอสอดคล้องต้องอาศัยทักษะในการสื่อสารที่ดี และการใช้ภาษาซึ่งไม่ใช่ศัพท์วิชาการอันมีความเหมาะสมแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

เอกสารประกอบการปฏิบัติ (practice sheets) ต่างๆ สำหรับบทนี้ ได้จัดเรียงข้อมูลที่สำคัญที่จะต้อง เอมารวมไว้ในการให้สุศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ให้คำตอบแก่คำถามต่างๆ ซึ่งพบบ่อย (frequently asked questions; FAQs) ที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและเชื้อเอชพีวี ให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีที่จะนำเอาบุรุษ เข้ามาเกี่ยวข้องในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และให้ข้อมูลในการให้คำปรึกษา เอกสารประกอบการปฏิบัติ สำหรับบทอื่นๆ บางอันก็อาจช่วยสนับสนุนผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในการสื่อสารได้ด้วย และจะได้มีการอ้างอิงต่อไปในบทนี้

เรื่องของแอนนา

แอนนาเป็นสตรีชาวเคนยาอายุ 32 ปี ที่ไม่ได้ป่วย ความจริงเธอเป็นคนอารมณ์ดี ไม่นานก่อนหน้านี้ คำกล่าวของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนคนหนึ่งในงานศพ ได้ให้แรงบันดาลใจเธอ เขาได้กล่าวถึงโรคหนึ่ง ที่มีผลต่อสตรี มะเร็งปากมดลูก และอธิบายว่าโรคนี้อาจป้องกันได้ แต่หากมะเร็งไม่ได้รับการตรวจพบ และรักษาแต่เนิ่นๆ ก็สามารถทำให้สตรีเสียชีวิตได้

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน คนที่เธอรู้จักและไว้ใจ ได้ให้การ์ดใบหนึ่งแก่แอนนาและบอกเธอว่า ควรไปที่ใดเพื่อรับการตรวจคัดกรอง “ฉันรู้สึกว่ามันสำคัญสำหรับฉันที่ต้องทราบว่ามีความเสี่ยงหรือไม่ เพราะหลังจากนั้นฉันก็สามารถไปรับการช่วยเหลือได้” เมื่อเธอกลับไปอีกในสองสัปดาห์ต่อมา เธอได้รับ แจ้งว่าผลการทดสอบของเธอเป็นลบ ซึ่งแปลว่าเป็นปกติ “ฉันรู้สึกโล่งใจมาก” เธอกล่าว และจากนี้ไปเธอก็ เพียงแค่ต้องกลับมาตรวจอีกครั้งภายในห้าปีข้างหน้าเท่านั้นเอง

เพราะว่าเธอได้รับการปฏิบัติเป็นอย่างดีและได้เรียนรู้อะไรมากมาย แอนนาจึงเริ่มพูดต่อสาธารณชน เกี่ยวกับประสบการณ์ของเธอ สตรีจำนวนมากที่ได้พูดคุยกับเธอได้ปฏิบัติตามคำแนะนำ และได้รับการตรวจ เช่นเดียวกับเธอ สองรายในจำนวนนี้ได้แจ้งกับแอนนาว่าพวกเขาได้รับการรักษารอยโรค ก่อนมะเร็งของปากมดลูก เพื่อที่พวกเขาจะได้ไม่เป็นมะเร็ง แอนนามีความสุขที่ได้ช่วยคนอื่นๆ “ฉันไม่ต้องการให้ใครๆ ต้องเสียชีวิต ทั้งมีโอกาสในการมีชีวิตอยู่ต่อไป”

ที่มา : ดัดแปลงจาก Women's stories, women's lives : experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA) : Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004.

3.1 การเพิ่มการใช้บริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันโรคช่วยทั้งชีวิตและประหยัดทรัพยากร ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการที่สูญเสียสตรีคนหนึ่งไปจากมะเร็งปากมดลูกนั้นสูงนัก ทั้งต่อครอบครัวและชุมชน การบริการนอกสถานที่ (outreach) ในชุมชน การให้สุขศึกษา และการให้คำปรึกษาที่ดั่งจะช่วยให้ผู้คนสามารถเข้าใจและลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยของพวกเขาและความเสี่ยงต่อสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งเพื่อนๆ ด้วยการยอมรับและใช้ประโยชน์จากมาตรการในการดูแลป้องกันต่างๆ เช่น การฉีดวัคซีนและการตรวจคัดกรอง การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงอันตราย และการปรับปรุงวิถีชีวิตให้มีสุขภาพดีขึ้น

สตรีและคนในครอบครัวจำนวนมากอาจจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน เพื่อเอาชนะความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ ที่ขัดขวางไม่ให้พวกเขาได้รับบริการ ความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ เหล่านี้สามารถมีได้ตั้งแต่ความกลัวที่จะทราบว่าตัวเองติดเชื้อหรือเป็นโรค หรือความอายที่ต้องผ่านการตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ไปจนถึงความสับสนเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และ/หรือการไม่มีเวลาหรือการขาดการขนส่งที่ไม่แพงไปยังสถานที่ให้บริการ การขับเคลื่อนชุมชนเกี่ยวข้องกับกระบวนการทำงานกับชุมชน เพื่อระบุถึงความท้าทาย (ปัญหา) ต่างๆ เหล่านี้ และพัฒนากลยุทธ์ต่างๆ เพื่อเอาชนะ

3.1.1 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (health-care provider)

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกด้วยการเพิ่มบริการในการใช้วัคซีนและการตรวจคัดกรองให้แก่สตรีที่น่าจะได้ประโยชน์สูงสุด ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่มีบทบาทนี้อาจเป็นแพทย์ พยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนอื่นที่ได้รับการฝึกอบรมมา เป็นใครก็ได้ที่ให้บริการทางคลินิกหรือให้บริการในชุมชนอยู่ ผู้ให้บริการเหล่านี้เป็นคนสำคัญในทีมที่ใหญ่กว่า ซึ่งเมื่อทำงานร่วมกันแล้วจะสามารถรวบรวมและนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูก วิธีการป้องกัน ตรวจคัดกรอง และการรักษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติจากประสบการณ์ได้แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารโดยตรงระหว่างผู้ให้บริการดูแลสุขภาพกับผู้มาขอรับบริการเป็นวิธีที่มีประสิทธิผลสูงสุดในการแบ่งปันข้อมูลสุขภาพที่สำคัญและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและการมาขอรับบริการสตรีและคนในครอบครัวมักจะหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการ

ด้วยการใช้ภาษาที่ชัดเจนและกินใจในระหว่างการสื่อสารระหว่างบุคคล การถ่ายทอดข่าวสารที่สำคัญที่มีข้อมูลที่สอดคล้องสม่ำเสมอและถูกต้อง และการให้บริการเชิงสนับสนุนที่มีสตรีเป็นศูนย์กลาง (women-centered services) ซึ่งเข้าถึงได้โดยสะดวก สิ่งเหล่านี้จะก่อให้เกิดความแตกต่างในการประสบความสำเร็จของความพยายามในการลดมะเร็งปากมดลูก ดูกล่องที่ 3.1 สำหรับลักษณะของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่สามารถเป็นผู้ให้สุขศึกษาที่ดีในเรื่องของมะเร็งปากมดลูก

กล่องที่ 3.1 : ลักษณะของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่สามารถเป็นผู้ให้สุขภาพที่ดีในเรื่องของมะเร็งปากมดลูก

- **มีความรู้ :** มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวิธีในการป้องกัน รวมถึงเหตุผลต่างๆ ที่ต้องให้ความสำคัญก่อนแก่บางกลุ่มอายุในการรับบริการต่างๆ มีความสามารถในการคาดการณ์และตอบคำถาม และสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ตามความจำเป็น
- **มีความสบายใจกับเนื้อเรื่อง :** มีความสบายใจในการพูดคุยเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ของสตรี การมีเพศสัมพันธ์ และเรื่องทางเพศอื่นๆ
- **ชัดเจนและสอดคล้องสม่ำเสมอ :** แบ่งปันข้อมูลหลักต่างๆ ที่ง่ายต่อการเข้าใจและเหมาะสมสำหรับผู้รับข้อมูลของตน และมีความสอดคล้องสม่ำเสมอในการให้ข่าวสารต่างๆ เหล่านี้
- **มีความเห็นอกเห็นใจและไม่ตัดสิน :** ประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยทางเพศสามารถเป็นประเด็นที่อ่อนไหวมากได้ ต้องใช้ภาษาและน้ำเสียงที่เหมาะสม แน่ใจได้ว่าการใช้ถ้อยคำต่างๆ ไม่ไปก่อให้เกิดตราบาปหรือส่งเสริมให้เกิดรูปแบบทางเพศที่อันตรายต่างๆ (ดูตารางที่ 3.1)
- **ช่วยสนับสนุน :** เป็นผู้ฟังที่ดี แสดงความอดทนและความเข้าใจ และช่วยสตรีและคนในครอบครัวให้สามารถหาหนทางแก้ปัญหาของพวกเขา และทำการตัดสินใจที่ดีเกี่ยวกับการได้รับการดูแลที่พวกเขาต้องการ
- **ยินดีต้อนรับและให้กำลังใจ :** เมื่อผู้คนรู้สึกว่าจะได้รับการต้อนรับที่ดี ก็มีโอกาสมากที่พวกเขาจะกลับมาอีกเพื่อรับการดูแล เมื่อพวกเขาต้องการ

3.2 การบริการนอกสถานที่ (Outreach)

Outreach หมายถึงความพยายามต่างๆ ที่ทำนอกสถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ เพื่อไปให้ถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับประเด็นสุขภาพที่จำเพาะ (ตัวอย่างหนึ่งก็คือ การป้องกันมะเร็งปากมดลูก) และเพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอื่นๆ ให้มากขึ้น

บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพประกอบด้วย ทำกิจกรรมบริการนอกสถานที่ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการวางแผนอย่างรอบคอบ ขั้นตอนแรกในการจัดทำแผนการบริการนอกสถานที่ก็คือ การกำหนดประชากรกลุ่มเป้าหมายสำหรับให้ข่าวสารที่จำเพาะ และสามารถที่จะสื่อสารได้อย่างชัดเจนถึงเหตุผลและความสำคัญของการที่ให้ความสำคัญต่อการบริการในกลุ่มนี้ก่อน อ้างอิงรูปที่ 2.1 ในบทที่ 2 ซึ่งได้ระบุกลุ่มอายุที่ได้รับผลกระทบ และกลุ่มซึ่งสามารถที่จะได้รับประโยชน์สูงสุดจากมาตรการที่จำเพาะต่างๆ การทำงานร่วมกับคนในชุมชนจะก่อให้เกิดการสนับสนุนในการป้องกันโรคซึ่งจะช่วยให้สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นตอนของการวางแผนกิจกรรมการเข้าถึง มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องเข้าใจอุปสรรคหลักๆ ที่อาจขัดขวางไม่ให้สตรีและเด็กหญิงมารับบริการด้านสุขภาพเชิงป้องกัน

เป้าหมายการบริการนอกสถานที่ก็คือการทำให้ความครอบคลุมและการใช้บริการป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อจะบรรลุเป้าหมายนี้ มีกลุ่มที่เป็นเป้าหมายหรือต้องให้ความสำคัญก่อนอยู่ 5 กลุ่ม ซึ่งจำเป็นต้องเข้าถึงด้วยข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ดังนี้ :

- **วัยรุ่น (และคนในครอบครัว) :** งานวิจัยบ่งชี้ว่าวัคซีนเอชพีวีจะมีประสิทธิผลสูงสุดก็เมื่อได้ให้แก่เด็กหญิงและ/หรือสตรีก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและก่อนมีการติดเชื้อเอชพีวี เพราะฉะนั้นประชากรกลุ่มเป้าหมายสำหรับวัคซีนเอชพีวี ตามที่ได้ให้คำแนะนำไว้โดย WHO ก็คือเด็กหญิงวัยรุ่นอายุ 9-13 ปี ^[1] อย่างไรก็ตามมีความสำคัญที่จะต้องรวมเอาเด็กชายไว้ด้วยในการสร้างความตระหนักรู้และการรณรงค์เพื่อให้ความรู้

- **สตรีที่เป็นผู้ใหญ่ :** ประโยชน์สูงสุดจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถได้มาโดยจำกัดการใช้ทรัพยากรในการตรวจคัดกรอง ให้แก่กลุ่มประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี ทั้งนี้เป็นเพราะว่าสตรีส่วนใหญ่ได้รับการติดเชื้อเอชพีวีตั้งแต่ตอนที่เป็นวัยรุ่นและช่วงอายุ 20-29 ปี และเชื้อไวรัสนี้ปกติ ใช้เวลา 10-15 ปี ในการก่อให้เกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก การรวมเอาสมาชิกในครอบครัวและโดยเฉพาะคู่เพศสัมพันธ์ชายตอนให้ข่าวสารสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีความสำคัญยิ่งต่อการทำให้มั่นใจว่าจะเกิดการยอมรับต่อการบริการตรวจคัดกรอง

- **กลุ่มเสี่ยง :** หลักฐานแสดงให้เห็นว่า บริการต่างๆ มีแนวโน้มที่จะถูกใช้น้อยที่สุดโดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด ไม่เป็นการเพียงพอที่จะจัดตั้งการบริการขึ้นมาและทักท้วงเอาว่าเด็กหญิงและสตรีที่มีความเสี่ยงจะมาใช้บริการเหล่านั้นให้เกิดประโยชน์เอง จำเป็นต้องใช้ความพยายามเป็นพิเศษในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สุด กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ ได้แก่ :

- เด็กหญิงซึ่งเข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาอย่างเป็นทางการ
- สตรีที่อาศัยอยู่ไกลจากสถานบริการ และมีทรัพยากรน้อย (ทุรกันดาร)
- กรรมกรอพยพ ผู้ลี้ภัย และประชากรชายขอบต่างๆ
- สตรีและเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี รวมถึงผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่องอื่นๆ ที่อาจต้องการกำหนดตาราง

การตรวจที่เข้มข้นกว่าผู้อื่น

- **ผู้นำ และผู้ประสบความสำเร็จในชุมชน :** การเชิญผู้นำชุมชนเข้ามาเกี่ยวข้องสามารถช่วยให้การบริการนอกสถานที่ง่ายขึ้นได้อย่างมาก เพียงผู้นำที่เข้มแข็งซึ่งประสบความสำเร็จไม่กี่คนก็สามารถดึงความสนับสนุนจากชุมชนได้ ซึ่งจะทำให้แผนงาน/โปรแกรมประสบความสำเร็จ การให้ความช่วยเหลือจากพวกเขาอาจได้แก่ การทำให้หัวหน้าครอบครัวในท้องถิ่นยอมรับการให้การสนับสนุนทางการเงิน แก่ครอบครัวที่จำเป็นต้องใช้ จัดการขนส่งไปยังสถานบริการ หรือให้ใช้สถานที่ในการสนทนาหรือการรณรงค์

● **บุรุษ** : เช่นเดียวกับในด้านอื่นๆ ของอนามัยการเจริญพันธุ์สตรี เป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องเข้าไปถึงและเกี่ยวข้องกับบุรุษ พบได้บ่อยว่าบุรุษทำหน้าที่เป็น “ผู้รักษาประตู (gatekeepers)” สำหรับการเข้าถึงบริการของภรรยาและลูกสาว ดังนั้นการสนับสนุนจากพวกเขา (หรือในกรณีสุดโต่งคือการให้อนุญาต) อาจจำเป็นหากสตรีจะต้องมารับบริการ การเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเรื่องสุขภาพสตรีให้แก่บุรุษจะช่วยให้พวกเขาตัดสินใจได้ดีขึ้นเกี่ยวกับตัวเองและคู่ชีวิต และช่วยทำให้แผนงานมีความแข็งแกร่งขึ้น ข้อมูลเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและมะเร็งปากมดลูกสามารถให้แก่บุรุษได้ในสถานที่ไม่ว่าจะเป็นคลินิกและในชุมชน เป็นข่าวสารเกี่ยวกับความสำคัญของการสนับสนุนให้คู่วิตมารีรับการตรวจคัดกรอง และรักษาด้วยหากจำเป็น (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.3)

.....
^[1] เด็กหญิงไม่จำเป็นต้องถูกถามเกี่ยวกับกิจกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการให้วัคซีน การถามเด็กหญิงอายุน้อยเช่นนี้ในเรื่องดังกล่าว เป็นการสื่อข่าวสารที่ผิด อีกทั้งอาจก่อให้เกิดความกลัวรวมถึงความไม่เชื่อใจได้ด้วย

เมื่อประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการกำหนดแล้ว แผนในการบริการนอกสถานที่ก็ควรรวมถึง :

- กลยุทธ์ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน และแบบ “เพื่อน-ถึง-เพื่อน” (peer-to-peer) เพื่อที่จะให้ข้อมูลและกระตุ้นประชากรกลุ่มเป้าหมายนั้นให้ไปรับบริการ
- หน่วยเคลื่อนที่ออกทำการตรวจคัดกรอง และ/หรือหน่วยให้วัคซีน เพื่อนำการบริการไปสู่ชุมชน
- โปสเตอร์ แผ่นพับ วิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆ เพื่อเข้าถึงทุกภาคส่วนของประชากร

กลุ่มเป้าหมาย เช่นเดียวกับผู้คนที่สามารถมีอิทธิพลต่อกลุ่มเป้าหมายได้

ดูตอนที่ 3.4.3 (c) ต่อไปนี้ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้สุศึกษาในชุมชน

3.3 การขับเคลื่อนชุมชน (Community mobilization)

การขับเคลื่อนชุมชน เป็นกระบวนการของการเข้าไปเกี่ยวข้องกับชุมชน แล้วก่อให้เกิดการสนับสนุนที่จำเป็นทั้งหมดในการให้บริการด้านสุขภาพต่างๆ (ตัวอย่างเช่น การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก) ซึ่งมีผลทำให้เกิดความรู้สึกในการเป็นเจ้าของและการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืน

การส่งเสริมการให้บริการเชิงป้องกันโรครสามารถเป็นความท้าทายได้ในทุกสถานที่ พบได้บ่อยว่าผู้คนมักมีแนวโน้มที่จะมองหาการดูแลรักษาหากพบว่าตัวเองหรือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย มากกว่าที่จะมองหาการบริการเชิงป้องกันโรค และสตรีก็มักจะลดความสำคัญของการดูแลป้องกันตัวเองลงไปอยู่ในลำดับต่ำสุด การดูแลป้องกันที่มีประสิทธิผลที่สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ ต้องการไม่เพียงแต่การจัดให้มีการให้บริการแต่ที่มีความสำคัญเท่ากัน คือต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้พวกเขาได้เกิดความเข้าใจและมาใช้บริการ

3.3.1 การทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรค

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพมักมีภาระมากเกินไปอยู่แล้วจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทำให้เป็นการยากที่จะออกไปให้บริการในชุมชน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน อาสาสมัคร และผู้จัดการสถานบริการสามารถถูกระดมมาเพื่อให้สุขภาพและการเข้าถึงแก่ชุมชนได้ ผู้มีส่วนร่วมทำงานในชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้นำทางศาสนา ครู และสมาชิกกลุ่มสตรีชุมชน ทั้งหมดที่กล่าวมานี้สามารถเข้ามาช่วยระดมสมาชิกที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ และสามารถช่วยบรรเทาอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงและการรักษาได้ด้วย (ดูกล่องที่ 3.2) ความพยายามในการขับเคลื่อนชุมชน สามารถขยายการเข้าถึงและลดผลกระทบจากการที่มีทรัพยากรอย่างจำกัดของศูนย์บริการด้านสุขภาพและผู้ให้บริการได้

กล่องที่ 3.2 : ชุมชนสามารถสร้างความแตกต่างได้ (Communities can make the difference)

- มากกว่า 25 ล้านครอบครัวทั่วโลก หาเลี้ยงชีพของพวกเขาด้วยการผลิตกาแฟ ในชุมชนจำนวนมากที่ปลูกกาแฟ ชาวไร่รายย่อยได้จัดระบบของพวกเขาเองด้วยการรวมตัวกันเป็นสหกรณ์ หรือสหภาพ เพื่อที่จะได้แบ่งปันทรัพยากรการผลิตและเพิ่มอำนาจการต่อรอง ในฮัวตัสโก (Huatusco) ประเทศเม็กซิโก (Mexico) ที่ซึ่งผู้นำสหกรณ์กาแฟได้ทราบว่าสตรีจำนวนมากในชุมชนของพวกเขา กำลังจะเสียชีวิตโดยไม่จำเป็น จากโรคที่สามารถป้องกันได้ พวกเขาจึงเริ่มทำงานเพื่อแก้ไขสถานการณ์นี้ ด้วยการทำงานร่วมกับ NGO และกระทรวงสาธารณสุข พวกเขาเริ่มโดยการให้ความรู้แก่สมาชิกของพวกเขา (ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุรุษ) เกี่ยวกับความสำคัญของการช่วยชีวิตสตรี และบทบาทของพวกเขาในการอนุญาตให้ภรรยาไปรับการตรวจคัดกรอง พวกเขาทำงานร่วมกับการให้บริการด้านสุขภาพในท้องถิ่นเพื่อจัดตั้งวันพิเศษต่างๆ ขึ้นสำหรับ “การตรวจคัดกรอง” แล้วก็ใช้รถบรรทุกกาแฟของพวกเขาในการขนส่ง สตรี สมาชิกทุกคนในครอบครัวก็ออกมาช่วย ด้วยการทำงานบ้านและเลี้ยงดูเด็กเล็กๆ แทน
- โดยการจัดให้มีการตรวจคัดกรองและกิจกรรมพิเศษที่เห็นได้ชัด จึงได้รับการยอมรับโดยสตรีทั้งหมดที่จะเข้ามาใช้บริการ สตรีที่กลัวก็ได้รับกำลังใจจากเพื่อนๆ และเพื่อนบ้านในการเข้ามาร่วม และที่สำคัญที่สุด สตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการประกันว่าจะได้รับการรักษา สำหรับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นมะเร็งระยะทำยากองทุนชุมชนจะรวบรวมและมอบการสนับสนุนให้แก่ครอบครัวเพื่อให้การช่วยเหลือ สำหรับสิ่งใดก็ตามที่อาจมีค่าใช้จ่ายสูง ภายในสองปีมากกว่าร้อยละ 80 ของสตรีทั้งหมดในประชากรกลุ่มเป้าหมายก็ได้รับการตรวจคัดกรอง และร้อยละ 90 ของผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติได้รับการ การรักษา สหกรณ์ได้รับสมาชิกใหม่เพิ่มขึ้นและคนทำงานของสหกรณ์ก็รู้สึกจรรู้สึกดีต่อองค์กรมากขึ้น และแน่นอน ได้ช่วยชีวิตสตรีไว้หลายคน

3.3.2 การทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน

ระบบสุขภาพจำนวนมาก ใช้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (community health workers : CHWs) ที่ได้รับการฝึกอบรมในการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน เกี่ยวกับการป้องกันโรคและส่งเสริมบริการด้านสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนสามารถทำหน้าที่เป็นสะพานเชื่อมระหว่างบริการด้านสุขภาพกับชุมชน และล้วนได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็นส่วนหนึ่งที่จำเป็นของทีมงานที่ดูแลด้านการดูแลสุขภาพแนวทางการทำงานแบบ “เพื่อน-ถึง-เพื่อน” ของพวกเขาจะช่วยให้ได้รับความไว้วางใจจากสมาชิกในครอบครัวต่างๆ ที่อาจได้รับประโยชน์จากข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับทั้งแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนและการตรวจคัดกรอง ไปจนถึงบรรเทาความกลัวหรือความกังวลใดๆ ที่อาจมี ตัวอย่างเช่น เมื่อสตรีถูกพบว่ามีการตรวจคัดกรองผิดปกติ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนสามารถอธิบายความสำคัญในการกลับมารับการดูแลรักษาเพิ่มเติมที่คลินิกได้ และหากพ่อแม่มีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวี การให้ข้อมูลที่ถูกต้องก็อาจช่วยพวกเขาให้เข้าใจเกี่ยวกับความปลอดภัยและประโยชน์ที่พึงได้จากการรับวัคซีน เป็นการดีที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนมาเป็นเพื่อนกับสตรีแต่ละราย หากสตรีนั้นต้องการ เมื่อมารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหรือที่โรงพยาบาล ซึ่งสามารถแสดงให้ชุมชนเห็นว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นสมาชิกในทีมที่มีทั้งคุณค่าและความรู้

เมื่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพมีสัมพันธภาพในการทำงานที่ดีกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน จะสามารถช่วยให้สิ่งต่อไปนี้เป็นไปได้ง่ายขึ้น :

- การเรียนรู้ของชุมชนเกี่ยวกับการบริการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และความสำคัญ
- การตัดสินใจของคนในครอบครัวที่เลือกจะให้ลูกสาวมารับวัคซีน ซึ่งจะช่วยปกป้องเด็กหญิงจำนวนมากขึ้นจากการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูง
- การที่สตรีจะได้รับการสนับสนุนที่จำเป็น เพื่อการตัดสินใจให้ความยินยอมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง
- การที่สตรีในชุมชนซึ่งเข้าเกณฑ์จะได้รับการตรวจคัดกรอง ซึ่งจะช่วยให้รอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งได้รับการตรวจพบแต่เนิ่นๆ
- การที่สตรีซึ่งมีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติจะได้รับการดูแลรักษา
- การที่สตรีซึ่งได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาเพิ่มเติมจะไปตามนัด

หากมีกลุ่มของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพหรือผู้ส่งเสริมในชุมชนทำงานอยู่แล้วในประเด็นด้านสุขภาพอื่นๆ จะเป็นการดีที่สุดหากรวมเอาข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกไปไว้ในงานการเข้าถึงของพวกเขาที่มีอยู่แล้วด้วยการให้ความรู้ที่ทันสมัยแก่พวกเขาในเรื่องนี้ หากไม่มีผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนอยู่ในชุมชน ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้เสียคนอื่นก็สามารถช่วยในการระบุและสรรหากลุ่มคนสำหรับการฝึกอบรมและการให้บริการ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.7)

3.4 การให้สุขศึกษาเชิงป้องกัน (Preventive health)

การให้สุขศึกษา เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลโดยมีเป้าหมายประสงค์ในการเพิ่มความตระหนักรู้ และความรู้เกี่ยวกับวิธีการที่ทำให้มีสุขภาพดีและการป้องกันโรคต่างๆ (เช่น มะเร็งปากมดลูก) รวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่และประโยชน์ต่างๆ จากการเข้ามาใช้บริการ

3.4.1 สุขศึกษาเชิงป้องกันสำหรับบุคคลและคนในชุมชน

อุปสรรคหลายประการของการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สามารถได้รับการแก้ไขโดยการให้ความรู้และไปมีส่วนร่วมด้วยชุมชน การต่อต้านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจสะท้อนถึงการขาดความเข้าใจว่า มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ผ่านทาง การตรวจคัดกรองและรักษาแต่เนิ่นๆ เป็นการยากด้วยสำหรับสตรีที่จะให้ความสำคัญกับสุขภาพของตนก่อนสิ่งอื่น เมื่อพวกเธอมีภาระหลายอย่างที่ต้องเลือกทำในเวลาและทรัพยากรที่มีของพวกเธอ สถานการณ์นี้สามารถถูกทำให้รุนแรงมากขึ้นไปอีกด้วยอคติทางเพศ ซึ่งสามารถทำให้อัตราการมารับบริการป้องกันโรคต่ำทั้งในสตรีและเด็กหญิง นอกจากนี้ ความเข้าใจผิดและความกังวลของชุมชนเกี่ยวกับแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีน ก็อาจสร้างอุปสรรคต่างๆ ขึ้นมาได้

การให้สุขศึกษาที่มีคุณภาพเกี่ยวข้องกับการสื่อสารข้อมูลที่ต้องการ ด้วยภาษาที่เรียบง่ายเข้าใจได้ดี แก่บุคคลหรือกลุ่มคน โดยมีเป้าหมายเพื่อการสร้างความตระหนักรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการลดความเจ็บป่วยและการเสียชีวิต

การให้สุขศึกษาไม่ใช่กิจกรรมที่ทำเพียงครั้งเดียว มันควรเป็นกิจกรรมต่อเนื่องและต้องการความพยายามอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาความรู้ของผู้ให้บริการให้ทันสมัยอยู่เสมอ ในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก วัตถุประสงค์หลักๆ ในการให้สุขศึกษา ได้แก่ :

- การให้ข้อมูลผู้คนที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก (โดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี) และการดำเนินโรค
- การส่งเสริมการฉีดวัคซีนเอชพีวีสำหรับเด็กหญิง เมื่อมีวัคซีนให้ใช้ในชุมชนนั้น
- การส่งเสริมการตรวจคัดกรองสำหรับสตรีที่อยู่ในกลุ่มอายุซึ่งเข้าเกณฑ์
- แน่ใจว่าสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วทันที่
- การเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก และการให้กำลังใจสตรีไปขอรับบริการดูแลรักษาหากมีอาการดังกล่าว
- ทำการแก้ไขความไม่รู้ ความกลัว ความอาย และตราบายที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชพีวี และมะเร็งปากมดลูก

3.4.2 วิธีการให้สุขศึกษา

ผู้ให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิผลจะต้องมีความรู้พื้นฐานที่แข็งแกร่งของข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และมีความสบายใจกับเนื้อหา และในเรื่องที่ไวต่อความรู้สึกก็เลือกใช้คำพูดได้ดี ลักษณะและทักษะต่างๆ ในการสื่อสารของผู้ให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิผลในเนื้อหาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แสดงไว้อย่างละเอียด ในกล่องที่ 3.1 ในตอนที่ 3.1 ของบทนี้ แต่ผู้ให้สุขศึกษาที่มีประสิทธิผลจะต้องมีความเชี่ยวชาญในการนำเสนอด้วยเพื่อให้มั่นใจว่าข่าวสารจากเขาหรือเธอ ได้รับความเข้าใจอย่างเต็มที่ และผู้รับฟังยังคงสนใจอยู่

เคล็ดลับบางประการในการนำเสนอ

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้องในลักษณะที่พร้อมรับฟัง (sensitive) และไม่ตัดสิน
- ทำให้มั่นใจว่าสื่อต่างๆ ที่ใช้ สามารถเข้าใจได้ง่ายและมีความเหมาะสมกับผู้รับฟัง
- ข่าวสารที่สำคัญควรต้องให้อย่างสอดคล้องสม่ำเสมอ (consistent) โดยไม่ขึ้นกับผู้รับฟังแต่ก็พยายามด้วยที่จะทำให้ข่าวสารมีความเหมาะสมต่อทั้งท้องถิ่นและวัฒนธรรม และปรับเปลี่ยนภาษาไปตามผู้รับฟัง โดยใช้ศัพท์ซึ่งเป็นที่เข้าใจกันทั่วไปหากเป็นไปได้
 - จัดทำข่าวสารขึ้นมาให้สอดคล้องตามแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ แต่ก็ใช้ความคิดเห็นจากชุมชนด้วย และทำการทดสอบร่างข่าวสารและสื่อต่างๆ ก่อนใช้จริงกับคนในชุมชน ใช้ข้อมูลป้อนกลับและคำแนะนำจากพวกเขาในการแก้ไขร่างข่าวสาร เพื่อทำให้มั่นใจได้ว่าพวกเขาจะเข้าใจอย่างเต็มที่และมีประสิทธิผล
 - จัดทำข่าวสารขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาในเรื่องความกลัวและความเข้าใจผิดต่างๆ ที่พบได้บ่อย และตราบาปที่บางครั้งติดมากับการเป็นมะเร็งและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ดูตอนที่ 3.4.4 และตารางที่ 3.1)
 - ปรับปรุงทักษะในการสื่อสารให้ดีขึ้นผ่านกระบวนการฝึกปฏิบัติ มีความสำคัญที่จะต้องเอาชนะความไม่สบายใจใดๆ ในการสนทนาเกี่ยวกับเรื่องทางเพศ หรือโรคของอวัยวะสืบพันธุ์

กล่องที่ 3.3 : ความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

- รอยโรคก่อนมะเร็งคือ อะไร?
- มะเร็งปากมดลูกคือ อะไร?
- จะสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ อย่างไร?
- ควรฉีดวัคซีนให้แก่ ใคร?
- ควรตรวจคัดกรองให้แก่ ใคร?
- บริการเชิงป้องกันโรคที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นบริการ ไດ?
- บริการที่มีให้อยู่ในท้องถิ่นเหล่านั้นสามารถเข้าถึงได้ ที่ไหน และ เมื่อไหร่?

ข้อควรจำ : การสื่อสารที่มีประสิทธิผลสามารถเพิ่มอัตราการรับวัคซีนและการตรวจคัดกรอง และช่วยชีวิตสตรี

3.4.3 การจัดทำและการนำเสนอการให้สุศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพเชิงป้องกัน

เพื่อที่จะได้ประสิทธิผลสูงสุดในความพยายามในการเข้าถึงและการให้ความรู้ มีความสำคัญที่จะต้องเข้าใจเนื้อหาเป็นอย่างดีและต้องฝึกซ้อมปฏิบัติการนำเสนอข้อมูลมาก่อน ข้อเท็จจริงที่ว่ามะเร็งปากมดลูกมีความเชื่อมโยงกับการติดเชื้อเอชพีวีซึ่งได้รับการติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ได้ก่อให้เกิดคำถามยากๆ บางอย่างที่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมคำตอบมาก่อน ข่าวสารที่ให้ควรได้รับการจัดทำขึ้นมาโดยใช้ภาษาที่ไม่ใช้ศัพท์เทคนิคและมีความเหมาะสมทางวัฒนธรรม

ก. การใช้ข้อความที่สำคัญ (Key messages)

ถึงแม้ว่าการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกจะสามารถเป็นเรื่องที่มีเนื้อหาซับซ้อนมากแต่เนื้อหาหลักที่สำคัญก็สามารถทำให้สั้นและเรียบง่าย เพื่อช่วยให้ผู้คนสามารถเข้าใจและเลือกทางเลือกที่ดีของ ตนเองได้

ข้อความที่สำคัญเกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี 5 หัวข้อ ได้แก่ :

1. มีวัคซีนซึ่งปลอดภัยและมีประสิทธิผล ที่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้
2. วัคซีนเอชพีวีมีประสิทธิผลดีที่สุด เมื่อได้รับก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
3. เด็กหญิงทุกคนในกลุ่มอายุเดียวกันหรือในชั้นเรียนเดียวกัน ที่ถูกกำหนดเป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายในแผนงานแห่งชาติ ควรได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี
4. วัคซีนเอชพีวีไม่ได้รับการหรือกำจัดการติดเชื้อเอชพีวีที่มีอยู่ก่อนแล้ว
5. เด็กหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วก็สามารถรับวัคซีนเอชพีวีได้ แม้ว่าประสิทธิผลอาจจะน้อยลง
(คณะผู้จัดทำ : มีความเห็นว่าควรพิจารณาเป็นรายๆ)

ข้อความที่สำคัญเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและรักษา 5 หัวข้อ ได้แก่ :

1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้
2. ไม่มีใครสมควรที่จะต้องเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก
3. มีการตรวจอยู่หลายวิธีที่ใช้ในการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มในปากมดลูก (รู้จักกันในชื่อว่ารอยโรคก่อนมะเร็ง) ที่อาจกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกหากไม่ได้รับการรักษา
4. มีการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลสำหรับการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มเหล่านี้อยู่หลายวิธี
5. สตรีทุกคนที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยครั้งหนึ่ง

ข้อความที่จำเพาะซึ่งจัดทำขึ้นมาเพื่อใช้ในแต่ละประเทศ จำเป็นต้องสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติแห่งชาติของแต่ละประเทศ รวมถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ (นั่นก็คือ ช่วงอายุสำหรับการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีในเด็กหญิง และสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี)

เอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.1 ให้ข้อความที่ละเอียดมากขึ้นเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.2 และ 4.1 ให้คำตอบต่างๆ แก่คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และวัคซีนเอชพีวีตามลำดับ เอกสารประกอบการปฏิบัติเหล่านี้สามารถช่วยให้งานของผู้ให้สุขศึกษาง่ายขึ้น มันสามารถถูกดัดแปลงไปให้เหมาะสมกับความจำเป็นของผู้ให้บริการ และของผู้คนในชุมชนท้องถิ่นต่างๆ

ข. ทรัพยากร

เพื่อช่วยความพยายามในการให้ความรู้ สื่อและทรัพยากรเสริมต่างๆ สามารถได้รับการจัดทำขึ้นมา กลยุทธ์และวัสดุต่างๆ ในการสื่อสารจะมีประสิทธิภาพสูงสุดก็เมื่อพวกมันได้รับการปรับใช้หรือสร้างขึ้นมาจากความคิดเห็นจากสมาชิกในกลุ่มผู้รับเป้าหมาย

พิจารณาใช้เครื่องมือและทรัพยากรต่อไปนี้ :

- **แผ่นภาพพลิก (Flipcharts)** มีความเหมาะสมโดยเฉพาะในภาคการให้ความรู้แก่กลุ่มภาพต่างๆ ควรง่ายต่อการมองเห็นและเข้าใจ การเล่าเรื่องสตรีที่กำลังไปรับการตรวจคัดกรองและการรักษาสามารถมีประสิทธิภาพได้มากและง่ายกว่าในการเข้าใจ เมื่อเทียบกับภาพทางกายวิภาคและตัวเชื้อไวรัส
- **แผ่นพับ (Brochures)** สามารถให้ข้อมูลง่ายๆ และข้อความที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคสำหรับสมาชิกในชุมชนได้นำกลับบ้าน ไปสนทนากับครอบครัวและคนอื่นๆ
- **การแสดงละครและการแสดงบทบาท (role playing)** ก็สามารถนำมาใช้ได้ ตามตลาดหรือที่ชุมนุมในชุมชน และสามารถดึงดูดความสนใจจากผู้คน รวมถึงสอนผ่านกระบวนการเล่าเรื่อง ประสิทธิภาพต่างๆ จากเพื่อนก็สามารถนำมาใช้ไม่ว่าในสถานการณ์สดหรือเป็นกรณีศึกษาในการแสดงละครและการแสดงบทบาท
- **รายการวิทยุและโทรทัศน์** ล้วนมีประสิทธิภาพในการเล่าเรื่อง และส่งผ่านข่าวสารสั้นๆ หรือประกาศต่างๆ การมีส่วนร่วมเป็นแขกรับเชิญในรายการสนทนาทางวิทยุหรือโทรทัศน์ จะช่วยได้มาก ในการนำเสนอข้อมูลได้มากไปสู่ผู้คนจำนวนมากภายในครั้งเดียว สถานีวิทยุท้องถิ่นมีประโยชน์เป็นพิเศษ ในการข่าวประกาศการให้บริการและการรณรงค์ต่างๆ รวมถึงการเตือนความจำผู้มีผลการตรวจคัดกรอง ผิดปกติที่ยังไม่ได้ไปรับการรักษาให้กลับไปรับการรักษาด้วย

ค. การให้สุขศึกษา

สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ

เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้ ควรพร้อมที่จะให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก (รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรอง) เมื่อมีสตรีมาถึงที่สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพเพื่อรับบริการใดๆ ไม่ว่าจะเพื่อตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว ข้อมูลสามารถให้ไปได้แก่ทั้งกลุ่มในบริเวณรอคอยผ่านการใช้โปสเตอร์ การพูดคุยเรื่องสุขภาพ วิทยุทัศน์ และ/หรือ กระดานเขียนรวมทั้งสิ่งตีพิมพ์ต่างๆ ข้อมูลและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สามารถให้แก่ทั้งบุรุษและสตรี โดยบูรณาการเข้าไปในการพูดคุยเรื่องสุขภาพในเรื่องการดูแลก่อนและหลังคลอด การวางแผนครอบครัว การดูแลโรคเรื้อรัง และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเอชไอวีและเอดส์

ชุมชน

การให้ความรู้แก่ชุมชน อาจเกิดขึ้นได้ในหลากหลายสถานการณ์ เช่น ในศูนย์กลางชุมชน สถานที่ทางศาสนาและโรงเรียน ที่มีกิจกรรมกีฬาในวันรับรู้เรื่องสุขภาพท้องถิ่น หรือในรูปแบบของการรณรงค์ตรวจคัดกรอง สมาชิกที่ได้รับเลือกของชุมชนบางคนสามารถได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน ครู ผู้นำชุมชน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน แพทย์พื้นบ้านและผดุงครรภ์ ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์จากการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (หากมีอยู่) ก็ควรได้รับการปรับเปลี่ยนไปให้เหมาะสมกับเด็กหญิง เด็กชาย และพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ในขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองควรมุ่งเป้าไปที่สตรีและคูชีวิตของเธอ

ตัวอย่างของกิจกรรมการบริการนอกสถานที่ในชุมชน ได้แก่ :

- **การให้สุขศึกษาแก่ชุมชน :** จัดการประชุมสำหรับให้ข้อมูลโดยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่ได้รับการฝึกอบรม สามารถเพิ่มการใช้บริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกได้ กิจกรรมนี้เป็นที่นิยมหากจัดทำได้ดี และจัดทำในตำแหน่งที่สตรีมาชุมนุมกันอยู่หนาแน่นหรือกำลังรอคอยกันอยู่ในแถว (รอคิว) ด้วยเหตุผลใดๆ (เช่น รอรับอาหารช่วยเหลือ การลงทะเบียนเรียนในโรงเรียน เป็นต้น)
- **การเยี่ยมบ้าน :** ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน หรือ คนที่ทำงานเพื่อชุมชน นักสังคมสงเคราะห์สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการป้องกันโรค บรรเทาความกังวล ตอบคำถาม และช่วยเหลือสตรีในการเตรียมการเพื่อมารับบริการยังสถานบริการด้านสุขภาพ หากบุรุษคูชีวิตและ/หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นอยู่ด้วย และทั้งหมดเห็นด้วย อาจชักชวนพวกเขาเข้าร่วมในการสนทนาด้วย
- **ปากต่อปากของผู้รับบริการ :** ผู้รับบริการที่พึงพอใจสามารถได้รับการส่งเสริมให้ไปบอกต่อเกี่ยวกับการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว แผ่นพับสามารถช่วยเป็นสื่อช่วยในการสนทนาได้
- **กิจกรรมวัฒนธรรมของชุมชน :** โต้ะให้ข้อมูลและ/หรือการประกาศต่างๆ ในกิจกรรมของชุมชน กิจกรรมการออกร้าน หรือเทศกาลต่างๆ ล้วนเป็นประโยชน์ต่อโอกาสในการนำเสนอข่าวสารแก่ชุมชนที่กว้างขึ้น วันตลาดนัดก็ด้วย ที่ซึ่งผู้ค้าและผู้ซื้อส่วนใหญ่ก็เป็นสตรี ทำให้เป็นโอกาสที่ตนเองได้รับความรู้จากชุมชน

3.4.4 การจัดการกับข้อมูลที่ผิด และการป้องกันตราบาปที่เกิดขึ้นในการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและมะเร็ง

ตราบาปเกี่ยวกับเชื้อเอชพีวีและมะเร็งสามารถรบกวนการเข้าถึงการดูแลรักษาได้ พบได้บ่อยว่ามีเรื่องของการตราบาปที่สัมพันธ์อยู่กับโรคของอวัยวะสืบพันธุ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเชื้อเอชพีวี ผู้ปกครองยังอาจมีความกังวลเกี่ยวกับการให้วัคซีนชนิดใหม่แก่ลูกสาวของตนอีกด้วย สถิติอาจกล่าวว่าการตรวจคัดกรองจะทำให้เจ็บและอาจอายุในการตรวจอวัยวะเพศ และมีความกังวลเกี่ยวกับการขาดความเป็นส่วนตัวและการรักษาความลับ ซึ่งอาจทำให้พวกเขาไม่อยากมารับบริการ

การให้ความรู้แก่พ่อแม่เกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิผลของวัคซีนในการปกป้องลูกสาวของตนจากมะเร็งปากมดลูกในอนาคตจะช่วยลดความวิตกกังวล การให้ความรู้แก่สตรีเป็นการส่วนตัวเกี่ยวกับว่ามีอะไรที่เกี่ยวข้องในการตรวจคัดกรองบ้าง และให้ความมั่นใจเธอว่ากระบวนการตรวจคัดกรองนั้น ทั้งปลอดภัยและไม่เจ็บ เป็นวิธีการหลักในการบรรเทาความกลัวและการเข้าใจผิดใดๆ ที่มี หากหลังจากให้ข้อมูลเหล่านี้แล้วสตรีนั้นได้รับการบริการโดยผู้ที่มีความชำนาญและด้วยความเคารพ สตรีและครอบครัว ก็ย่อมมีแนวโน้มที่จะใช้บริการป้องกันโรค รวมไปถึงการแนะนำทั้งวัคซีนและการตรวจคัดกรองให้แก่เพื่อนๆ และครอบครัว

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่เกิดการให้ข้อมูลที่ผิดและตราบาปต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ทบทวนข้อความนี้ในตารางที่ 3.1 และพูดคุยกับผู้ร่วมงานและสมาชิกในชุมชนเกี่ยวกับการเข้าใจผิดที่พบได้บ่อยในท้องถิ่น และวิธีการในการแบ่งปันข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในวิถีทางที่ไม่ก่อให้เกิดตราบาปหรือความกลัว โปรดดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.1 ด้วย สำหรับข้อความที่สำคัญ และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.2 สำหรับคำตอบต่อคำถามที่พบได้บ่อยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 3.1 : ข้อความต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่อาจก่อให้เกิดทราบป และ
ข้อแนะนำสำหรับการให้ข้อความที่ดีกว่า

ข้อความที่อาจก่อให้เกิด ปัญหา	ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ	เป็นการดีกว่าหากพูดว่า
<p>ข้อความที่อาจก่อให้เกิด ทราบป : มะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชพีวี ซึ่งเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง สตรีที่มีมะเร็งปากมดลูกหรือ รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ก็คือมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั่นเอง</p>	<p>การพูดคุยเกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูกและรอยโรคก่อนมะเร็ง ปากมดลูกว่าเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ อาจทำให้เกิดทราบป กับแผนงาน/โปรแกรมการบริการ ตรวจคัดกรองและกับสตรีที่มีผล การตรวจเป็นบวกแล้วต้องได้รับ การรักษา เรื่องนี้อาจทำให้สตรี ไม่ค่อยเต็มใจที่จะมารับการตรวจ และอาจทำให้เกิดปัญหา ความสัมพันธ์กับคู่ชีวิต รวมถึง การก่อให้เกิดความรุนแรงทางเพศ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจาก เชื้อไวรัสชนิดหนึ่งชื่อเอชพีวี ที่ผ่านเข้ามาทางการมีเพศสัมพันธ์ และผู้คน ส่วนใหญ่ก็เคยได้รับเชื้อนี้ เข้ามา ในบางช่วงเวลาของชีวิต ● การติดเชื้อเอชพีวีส่วนใหญ่ หายไปได้เองโดยบุคคลเหล่านั้น ไม่เคยทราบเลยว่าตนเองเคย ติดเชื้อ ● ในสตรีบางราย การติดเชื้อ ไม่หายไป และหลังจากหลายปี ผ่านไป อาจก่อให้เกิดรอยโรคก่อน มะเร็ง หากไม่ได้รับการตรวจพบ และรักษา รอยโรคนี้อาจกลาย ไปเป็นมะเร็ง ปากมดลูก ● สตรีทุกคนควรได้รับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย ครั้งหนึ่งในระหว่างอายุ 30-60 ปี หรือตามที่แนวทางปฏิบัติแห่งชาติ กำหนด ● สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยง มากกว่าต่อการเป็นมะเร็ง ปากมดลูก พวกเขาจึงควรได้รับ การตรวจคัดกรองโดยเร็วที่สุด หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่ามี เชื้อเอชไอวี

ข้อความที่อาจก่อให้เกิดปัญหา	ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจ	เป็นการดีกว่าหากพูดว่า
<p>ข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง : การตรวจคัดกรองเป็นการทดสอบสำหรับมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>เมื่อการตรวจคัดกรองถูกตีความว่าเป็นการทดสอบสำหรับมะเร็งปากมดลูก มันก็ดูสมเหตุสมผลสำหรับผู้ที่คิดว่าการมีผลบวกหมายถึงสตรีมีมะเร็งแล้ว นี่จะก่อให้เกิดความเครียดและความกลัวอย่างมาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจคัดกรองคือการใช้วิธีการทดสอบง่ายๆ เช่น แพลสมิเยร์ วีไอเอ หรือการตรวจหาเอชพีวี (Pap smear, VIA หรือ HPV test) ในการตรวจพบ การเปลี่ยนแปลงแรกเริ่ม ก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก
<p>ข้อมูลที่ผิด : ไม่มีประโยชน์ที่จะต้องไปตรวจคัดกรอง หากสตรีมีผลการทดสอบเป็นบวก แปลว่าเธอเป็นโรคร้ายที่ทำให้เสียชีวิตได้ และเธอจะเสียชีวิตแน่</p>	<p>จะมีเพียงสตรีไม่กี่คนไปรับการตรวจคัดกรอง หากพวกเขาเชื่อว่าไม่มีทางรักษาอยู่แล้ว</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มที่ปากมดลูกซึ่งเรียกว่ารอยโรคก่อนมะเร็ง (รอยโรคที่อาจกลายเป็นมะเร็ง) ได้รับการตรวจพบด้วยการใช้วิธีการทดสอบง่ายๆ ● หากสตรีมีการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มเหล่านี้ ก็มีทางเลือกในการรักษาที่ปลอดภัยและง่ายสำหรับเธออยู่ ● หากสตรีได้รับการตรวจคัดกรองในช่วงอายุที่เหมาะสม คือระหว่าง 30-60 ปี มะเร็งปากมดลูกก็จะสามารถป้องกันได้ ● มะเร็งปากมดลูก หากได้รับการตรวจพบแต่เนิ่นๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้
<p>ข้อมูลที่ผิด : ห่วงอนามัยคุมกำเนิด (intrauterine devices : IUDs) และยาเม็ดคุมกำเนิดก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>สตรีจะกลัวการคุมกำเนิด แม้ว่าเรื่องนี้จะไม่จริงก็ตาม</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● ห่วงอนามัยไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถเพิ่มความเสี่ยงได้เล็กน้อยมากแต่ประโยชน์จากการป้องกันการตั้งครรภ์มีมากกว่า ความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งที่เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยนี้เป็นอย่างมาก

ข้อความที่อาจก่อให้เกิดปัญหา	ผลที่เกิดขึ้นโดยไม่ตั้งใจ	เป็นการดีกว่าหากพูดว่า
ข้อมูลที่ผิด : การทดสอบคัดกรองจะทำให้เจ็บ และจะมีบางส่วนของร่างกายสตรีถูกตัดออกไป	สตรีจะกลัวการไปรับการตรวจคัดกรอง คนในครอบครัวของเธอก็อาจกลัวแล้วห้ามไม่ให้她去	<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจด้วยการใช้ speculum อาจทำให้สตรีบางรายรู้สึกไม่สบาย แต่การทดสอบก็ไม่ได้ทำให้เจ็บปวด ● ในระหว่างการตรวจ ไม้พันสำลีหรือแปรงนุ่มๆ จะไปแตะที่ปากมดลูกสตรีอย่างนุ่มนวล ● การตรวจ นั้นง่ายและใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที ● การตรวจคัดกรองไม่ใช่วิธีเดียวกันกับการตัดชิ้นเนื้อหรือการผ่าตัด (biopsy หรือ surgery) ไม่มีการตัดอะไรเกิดขึ้นในระหว่างการทดสอบ คัดกรอง

3.4.5 ข้อมูลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

เช่นเดียวกับผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพหรือบริการใหม่ๆ จะมีคำถาม ความกลัว ความเข้าใจผิดอยู่บ้างเสมอ เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี โดยธรรมชาติแล้ว คนในครอบครัวย่อมต้องการที่จะทราบเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีน วัคซีนนี้ให้ผลดีมากน้อยแค่ไหน ระยะเวลาที่วัคซีนนี้จะให้การปกป้อง และวัคซีนนี้มีผลหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ใดที่พบได้บ่อยหรือไม่ ความกังวลเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับวัคซีน โดยใช้ตัวอย่างของการฉีดวัคซีนอื่นให้แก่เด็กๆ ที่ต้องฉีดกันหลายครั้งเพื่อที่จะได้การปกป้องเต็มที่

ประสบการณ์ต่างๆ ในหลายประเทศได้แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการส่งเสริมให้ใช้วัคซีนเอชพีวี ข้อมูลข่าวสารไม่ควรกล่าวมากเกินไปว่าวัคซีนนี้สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดหนึ่ง แต่ที่ควรคือ กล่าวเน้นถึงศักยภาพของวัคซีนในการป้องกันมะเร็ง จะมีประโยชน์และมีประสิทธิผลมากกว่า

การให้รายละเอียดบางอย่างเกี่ยวกับการทดสอบวัคซีนต่างๆ ในการทดลองทางคลินิก และบันทึกความปลอดภัยของวัคซีนที่ตีพิมพ์ จะช่วยสนับสนุนพ่อแม่ให้มั่นใจว่าลูกสาวของพวกเขาจะได้รับวัคซีนและปฏิบัติตามตารางเวลาที่แนะนำ สำหรับผู้นำชุมชน ลิงคิติมพ์ต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวัคซีนเอชพีวีล้วนมีประโยชน์ในการช่วยพวกเขาที่จะตอบคำถามต่างๆ จากสมาชิกในชุมชนผู้เลือกเข้ามา ความเข้าใจผิดที่พบได้บ่อยบางอย่างและข้อเท็จจริงที่สำคัญๆ เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวีได้รับการนำเสนอไว้ในตารางที่ 3.2

ข้อมูลที่สมบูรณ์เกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสามารถพบได้ในบทที่ 4 และเอกสารประกอบการปฏิบัติต่างๆ

ตารางที่ 3.2 : ความเข้าใจผิดและข้อเท็จจริงต่างๆ เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี

ความเข้าใจผิดต่างๆ ที่พบในชุมชน	ข้อเท็จจริง (อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากงานวิจัยขนาดใหญ่)
วัคซีนอาจเป็นอันตรายได้	ความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีได้รับการประเมินอย่างรอบคอบตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 และวัคซีนนี้ก็เหมือนวัคซีนชนิดอื่นที่มีใช้กันอยู่อย่างแพร่หลายทั่วโลก (สำหรับรายละเอียดดูบทที่ 4)
วัคซีนมีผลกระทบต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์ และหากให้ต่อเด็กหญิงอาจทำให้มีบุตรยาก	วัคซีนเอชพีวีไม่มีผลทำให้มีบุตรยากหรือเป็นหมัน
ลูกสาวของฉันไม่จำเป็นต้องได้รับวัคซีนนี้ในตอนี้ เพราะเธอยังอายุน้อยมากและยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	มีความจำเป็นที่จะต้องป้องกันเด็กหญิงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
วัคซีนนี้จะส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น	หลักฐานบ่งชี้ว่าการได้รับวัคซีนเอชพีวี ไม่มีผลกระทบต่ออายุของผู้คนในตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

3.5 การให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษา หมายถึงการแนะนำหรือให้แนวทาง (โดยปกติแล้วก็เป็นการทำแบบ ตัว-ต่อ-ตัว) จากผู้ที่มีความรู้ เพื่อช่วยในการตัดสินใจรายบุคคล การให้คำปรึกษาโดยทั่วไปจะทำอย่างเป็นส่วนตัวและเป็นความลับ การให้คำปรึกษาต้องการทักษะในการฟังและการสื่อสารที่ดี รวมทั้งต้องมีความรู้ที่ดีในเนื้อหาที่กำลังสนทนาด้วย ผู้ให้คำปรึกษาที่ดีจะใช้ทักษะการสื่อสารทั้งที่ใช้คำพูดและไม่ใช้คำพูด (verbal and nonverbal) และช่วยให้ผู้รับบริการรู้สึกทุกเวลา โดยการแสดงความเห็นใจในสถานการณ์ของเธอให้ความมั่นใจแก่เธอ และช่วยให้เกิดความรู้สึกของการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของเธอ

ผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้องในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ระดับต่างๆ ควรได้รับการฝึกทักษะในการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อที่พวกเขาจะสามารถสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพกับผู้รับบริการ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.4)

เนื้อหาในการให้คำปรึกษาจะแปรเปลี่ยนไปได้หลากหลาย ตามแต่ปัญหาหรือความกังวลของผู้รับบริการและบริบทต่างๆ ของเธอ มันอาจครอบคลุมถึงการป้องกัน การตรวจคัดกรอง การตรวจติดตาม การส่งต่อการวินิจฉัย การรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง การรักษามะเร็งปากมดลูก และ/หรือการดูแลแบบประคับประคอง บทและเอกสารประกอบการปฏิบัติต่างๆ ที่ให้ข้อมูลอันจำเพาะมากกว่าเกี่ยวกับวิธีการสนทนากับสตรีภายใต้แต่ละบริบทล้วนได้รับการชี้แจงไว้ในตอนย่อย (ต่างๆ) ที่เกี่ยวข้องในส่วนที่เหลือของบทนี้

3.5.1 ใครบ้างที่จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษา?

สตรีและบุรุษทุกคนที่จำเป็นต้องทำการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง และว่าจะรับบริการรับยาหรือรับการรักษาหรือไม่ อาจได้รับประโยชน์จากการได้รับคำปรึกษาที่รวมเอาการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและการสนทนาสองทาง (two-way) ที่เป็นส่วนตัว เกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ที่มีอยู่ รวมถึงการที่จะเลือกรับหรือปฏิเสธการบริการที่เสนอ (เช่น การตรวจคัดกรอง) แล้วอาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของตัวเองอย่างไร ทั้งปัจจุบันและในอนาคต ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.5 สำหรับขั้นตอนต่างๆ ในการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับก่อน ระหว่าง และหลังจากที่ผู้รับบริการได้รับการตรวจการทำหัตถการ หรือการรักษา

เด็กหญิงและผู้ปกครองของเธอสามารถรับคำปรึกษาไปพร้อมกันหรือเฉพาะบุคคลก็ได้ เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี การรับคำปรึกษาร่วมกันจะให้โอกาสในการสนทนาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศกับเด็กหญิง และสนับสนุนให้มารดาได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.1 สำหรับคำตอบต่างๆ ต่อคำถามที่พบบ่อย เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

สตรีและเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับข้อมูลและคำปรึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีมากกว่าต่อการติดเชื้อเอชพีวีได้ง่าย และโอกาสที่จะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุน้อยๆ มากกว่าด้วย สตรีและเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี จึงควรได้รับคำปรึกษาให้เริ่มการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้หลังจากการทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี และรับการรักษาทันทีหากพบว่ามีภาวะผิดปกติใดๆ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.6 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี และดูบทที่ 5 เพื่อได้ข้อมูลมากขึ้นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี ในตอนที่ 5.2.5 (ก) และเกี่ยวกับกระบวนการวินิจฉัยสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีในตอน 5.4.6 (ค)

สตรีทุกรายที่มีผลการตรวจคัดกรองสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกเป็นบวก จะต้องได้รับคำปรึกษา การทำให้มั่นใจว่าจะได้ให้การรักษาและการป้องกันการไม่กลับมารับการตรวจติดตามอาจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดของความพยายามที่จะทำให้การตรวจคัดกรองประสบความสำเร็จ (ดูตอนต่อไปในบทนี้ และดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.7 ในบทที่ 5 สำหรับวิธีในการให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังจากมีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก)

การให้คำปรึกษาควรจัดทำให้เป็นรูปแบบเพื่อ :

- ให้ความรู้แก่สตรีเกี่ยวกับการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชพีวี และมะเร็งปากมดลูก
- ทบทวนแล้วอธิบายผลการตรวจคัดกรอง และความสำคัญของการตรวจติดตามและการรักษาหากต้องการ
- นำเสนอการบริการและหัตถการอื่นๆ ที่เป็นทางเลือก
- ตอบคำถามที่ผู้ป่วยมีความกังวลทั้งหมดด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสม เป็นการดีด้วยหากจะยอมรับว่าคุณไม่ได้มีคำตอบสำหรับทุกคำถามให้ได้ทันที และบอกว่าคุณจะไปหาข้อมูลที่ถูกต้องมา และอาจติดต่อเธอโดยตรงเพื่อให้ข้อมูล หรือหาผู้ให้บริการท่านอื่นที่สามารถตอบคำถามมาให้

3.5.2 องค์ประกอบสำคัญของการให้คำปรึกษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก หรือเป็นมะเร็งปากมดลูก

จงแน่ใจว่าได้รวมถึงต่อไปนี้ไว้ในการให้คำปรึกษา :

หากสตรีมีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกและเข้าเกณฑ์ในการจี้เย็น (cryotherapy) หรือ LEEP :

- เธอเข้าใจจุดประสงค์ของการตรวจคัดกรอง และความเป็นไปได้ของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผ่านกระบวนการรักษาแต่เนิ่นๆ หรือไม่?
- เธอเข้าใจว่าการตรวจคัดกรองเป็นบวกอาจหมายถึงว่าเธอมีเซลล์ที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงและโอกาสที่มีมะเร็งเป็นไปได้น้อยมาก หรือไม่?
- มีเหตุผลใดที่เธออาจมีความลำบากในการกลับมารับบริการ เช่น คู่ชีวิตไม่สนับสนุนหรือต่อต้าน ขาดการขนส่ง หรือไม่มีเงินพอ หรือไม่? หากเป็นเช่นนั้น ให้สนทนาหาทางออกที่เป็นไปได้ และช่วยเธอวางแผน เพื่อให้เธอสามารถได้รับบริการที่เธอจำเป็นต้องได้

หากผลการตรวจของผู้รับบริการเป็นการสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง :

- ถามเธอว่ามีใครมากับเธอวันนี้ไหม ที่เธออาจอยากให้มานั่งร่วมสนทนาด้วย
 - แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่พบ แต่ อย่า บอกเธอว่าเธอเป็นมะเร็งแล้ว เนื่องจากมันยังเป็นการเร็วไปที่จะมั่นใจในผลการวินิจฉัยนั้น จงบอกเธอว่าเธอมีผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติและเธอจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อ เพื่อรับการตรวจ/การประเมินเพิ่มเติมเท่านั้น
 - ให้ความมั่นใจเธอว่าจะได้รับความช่วยเหลือที่จำเป็นสำหรับเธอ
 - ให้ข้อมูลที่ชัดเจนแก่เธอเกี่ยวกับสถานที่ใด ที่เธอต้องไปรับการวินิจฉัยและการรักษา
 - เชิญชวนให้เธอกลับมา หากเธอมีคำถามหรือข้อสงสัยใดๆ
- สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมขึ้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก เมื่อสงสัยมะเร็งและไม่สงสัยมะเร็ง ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.7

หากผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอย่างแน่นอน :

- ถามเธอว่ามีใครมากับเธอวันนี้ไหม ที่เธออาจอยากให้มานั่งร่วมสนทนาด้วย
- แสดงความห่วงใยเกี่ยวกับสิ่งที่พบ แต่ก็ให้ความมั่นใจว่ากรณีส่วนใหญ่ของมะเร็งปากมดลูก สามารถรักษาจนหายขาดได้ หากพบตั้งแต่ในระยะต้น
- บรรยายถึงธรรมชาติและวิถีการดำเนินโรคของเธอ แล้วสนทนาถึงการรักษาที่อาจได้รับในอนาคต และโอกาสที่จะหายขาด ในทุกสถานการณ์ จงทำให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ให้นั้นถูกต้องและเป็นที่ยอมรับ
- ถามคำถามต่างๆ เพื่อทดสอบว่าผู้รับบริการเข้าใจ และใช้เวลาในการตอบคำถามหรือในการทำให้ความสับสนที่มีกระจ่างขึ้น

คู่มือการประกอบการปฏิบัติที่ 6.2 สำหรับข้อมูลที่มากขึ้นเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาหลังจากการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.4 (สำหรับผู้เชี่ยวชาญทางด้านมะเร็ง) ในการสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งและการรักษาของเธอ และดูบทที่ 6 ตอนที่ 6.6.1 ด้วย สำหรับแนวทางการให้คำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษามะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์

หากผู้รับบริการได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและในกรณีของเธอเกินกว่าจะหายได้ :

- ให้คำปรึกษาและกำลังใจอย่างเห็นใจ เธอย่อมจะต้องการข้อมูล รวมทั้งการสนับสนุนทั้งทางจิตใจและจิตวิญญาณ รวมถึงการเตรียมเพื่อการดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดและทำให้เธอรู้สึกสบายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
 - การให้คำปรึกษาเช่นนี้อาจเกี่ยวข้องกับเพียงตัวผู้ป่วย หรือทำร่วมกับคู่อชีวิตและคนในครอบครัว โดยเฉพาะหากมีความจำเป็นที่ต้องตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคที่รุนแรงหรือการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายสูง
- ในบทที่ 7 ตอนที่ 7.5 เกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.3 สำหรับแนวทางต่อไปในการสนทนากับผู้ป่วยที่จะต้องกลับบ้านภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง

สำหรับข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น :

- เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูก ดูบทที่ 5
- เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูก ดูบทที่ 6
- เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดูบทที่ 7

WHO guideline ที่เกี่ยวข้อง

Cervical cancer, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccines : key points for policymakers and health professionals. Geneva : WHO; 2007
(http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_RHR_08.14_eng.pdf).

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Planning and implementing cervical cancer prevention and control programmes : a manual for managers. Seattle (WA) : ACCP; 2004
(http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf, accessed 18 July 2014).

Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Women's stories, women's lives : experiences with cervical cancer screening and treatment. Seattle (WA) : ACCP; 2004
(http://www.path.org/publications/files/RH_womens_stories.pdf, accessed 18 July 2014).

Bradley J, Lynam PF, Dwyer JC, Wambwa GE. Whole-site training : a new approach to the organization of training. AVSC Working Paper, No. 11. New York (NY) : Association for Voluntary Surgical Contraception; 1998
(http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp11/wp_11.html, accessed 18 July 2014).

Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K; Niemann S, Metcalf E, editors. Where women have no doctor : a health guide for women. Berkeley (CA) : Hesperian Foundation; 2010.

Herman Z. Community health guides : making materials relevant, effective, and empowering. Washington (DC) : United States Agency for International Development, Health Care Improvement Project; 2012.

Hubley J. Communicating health : an action guide to health education and health promotion. London : Macmillan; 1993.

Kirby D, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs : their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. J Adolesc Health. 2007;40(3) :206-17. doi :10.1016/j.jadohealth.2006.11.143.

Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru : lessons learned from the TATI Demonstration Project. Washington (DC) : Pan American Health Organization (PAHO); 2006
(<http://screening.iarc.fr/doc/pcc-cc-tati-rpt.pdf>, accessed 18 July 2014).

PATH. Implementing HPV vaccination programs : practical experience from PATH. Cervical cancer prevention : practical experience series. Seattle (WA) : PATH; 2011
(http://www.rho.org/files/rb2/Implementing_HPV_vaccination_PATH_2011.pdf, accessed 18 July 2014).

PATH. Conducting formative research for HPV vaccination program planning : practical experience from PATH. Cervical cancer prevention : practical experience series. Seattle (WA) : PATH; 2012 (http://www.rho.org/files/PATH_HPV-conducting-formativeresearch_2012.pdf, accessed 18 July 2014).

Promundo, CulturaSalud, REDMAS. Program P : a manual for engaging men in fatherhood, caregiving and maternal and child health. Rio de Janeiro, Brazil and Washington (DC) : Promundo; 2013 (<http://men-care.org/data/FInal%20Program%20P%20-%20Single%20Page.pdf>, accessed 18 July 2014).

Rinehart W, Rudy S, Drennan M. GATHER guide to counselling. Population Reports, Series J, No. 48. Baltimore (MD) : Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program; 1998 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnacp920.pdf, accessed 18 July 2014).

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International technical guidance on sexuality education : an evidence-informed approach for schools, teachers and health educators. Volume I : the rationale for sexuality education. Paris : UNESCO; 2009 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>, accessed 18 July 2014).

Younger E, Wittet S, Hooks C, Lasher H. Immunization and child health materials development guide. Seattle (WA) : PATH, Bill and Melinda Gates Children's Vaccine Program; 2001 (http://www.rho.org/files/rb3/Immunization_Child_Health_Materials_Development_Guide_PATH_2001.pdf, accessed 18 July 2014).



บทที่ 4
การฉีดวัคซีนป้องกัน
เชื้อเอชพีวี

บทที่ 4

การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

ประเด็นสำคัญ

- การติดเชื้อไวรัสเอชพีวี เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่พบได้บ่อยที่สุด
- มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูง (หรือก่อนมะเร็ง) สายพันธุ์ที่พบได้บ่อยที่สุดว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกก็คือสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งรวมกันแล้วคิดเป็นประมาณร้อยละ 70 ของมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดในประเทศต่างๆ และทั่วโลก
- วัคซีนสองชนิดที่ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูงสายพันธุ์ 16 และ 18 ปัจจุบันได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยแล้ว วัคซีนทั้งสองชนิดนี้มีทั้งบันทึกความปลอดภัยดีเยี่ยม และอาจให้ร่วมกับวัคซีนชนิดอื่นได้อย่างปลอดภัย เช่น คอตีบ บาดทะยัก ไอกรน และตับอักเสบบี (B)
- หนึ่งในเอชพีวีวัคซีน คือวัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ (quadrivalent) สามารถป้องกันการติดเชื้อจากเอชพีวีชนิด 6 และ 11 ซึ่งเป็นสาเหตุ ร้อยละ 90 ของหูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศและทวารหนัก (anogenital warts หรือ condyloma) ได้ด้วย
- การให้วัคซีนแก่เด็กหญิงก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เป็นมาตรการป้องกันปฐมภูมิที่สำคัญในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม
- วัคซีนไม่สามารถรักษาการติดเชื้อหรือรอยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวีที่มีอยู่ก่อนแล้ว เป็นสาเหตุว่าทำไมจึงแนะนำให้วัคซีนก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
- เพราะวัคซีนไม่ได้ป้องกันเอชพีวีทุกชนิดที่สามารถก่อมะเร็ง เด็กหญิงที่ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแล้ว ก็ยังคงต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไปในอนาคตของพวกเธอ

ข้อแนะนำที่สำคัญขององค์การอนามัยโลก (WHO) เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

- ประเทศต่างๆ ควรพิจารณานำวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีมาใช้ เมื่อ (i) มะเร็งปากมดลูกหรือ รอยโรคอื่นๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวี หรือทั้งสองอย่าง ก่อให้เกิดปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญกว่าอย่างอื่น (ii) ในการนำวัคซีนมาใช้ มีความเป็นไปได้ที่จะดำเนินการในรูปแบบของแผนงาน/โปรแกรม (iii) สามารถได้รับการสนับสนุนทางการเงินที่ยั่งยืน และ (iv) ความคุ้มค่าของกลยุทธ์ในการให้วัคซีนในประเทศหรือภูมิภาคได้ผ่านการพิจารณาแล้ว
- การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ควรได้รับการนำเข้ามาใช้โดยเป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์การประสานความร่วมมือที่ครอบคลุม เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกและรอยโรคอื่นๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวี การนำการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีมาใช้ ไม่ควรไปทำลายหรือโอนเงินทุนมาจากที่ให้การสนับสนุน การจัดทำหรือดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ

- WHO แนะนำให้ใช้วัคซีนเอชพีวีในเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี เด็กหญิงที่ได้รับวัคซีนโดส (dose) แรกก่อนอายุ 15 ปี สามารถใช้ตารางการให้แบบสองโดสได้ (two-dose schedule) ระยะเวลาห่างระหว่างโดสทั้งสองควรเป็นหกเดือน ไม่มีระยะห่างสูงสุดระหว่างทั้งสองโดส อย่างไรก็ตาม ได้แนะนำว่าไม่ควรห่างกันเกิน 12-15 เดือน หากระยะเวลาห่างระหว่างสองโดสสั้นกว่าห้าเดือน โดสที่สองควรให้อย่างน้อยที่หกเดือน หลังจากโดสแรก สำหรับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี และสตรีอายุ 15 ปี หรือมากกว่าก็ควรได้รับวัคซีนและควรได้รับสามโดส (ตารางการฉีดที่ 0, 1-2, และ 6 เดือน) เพื่อที่จะได้รับการปกป้องเต็มที่

ที่มา : World Health Organization (WHO). Human papillomavirus vaccines : WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43) :465-92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

4.1 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และคนอื่นๆ 4.2 วัคซีนเอชพีวี 4.3 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการแจกจ่าย 4.4 การขับเคลื่อนชุมชน 4.5 การขอความยินยอม/อนุญาตสำหรับเด็กหญิง เพื่อรับวัคซีน 4.6 การติดตามตรวจสอบและการประเมินผล และความยั่งยืนของแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

เอกสารประกอบการปฏิบัติต่างๆ สำหรับบทนี้ครอบคลุมหลายแง่มุมของแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี รวมถึงคำตอบต่างๆ ต่อคำถามที่พบบ่อย ลักษณะของวัคซีนและห่วงโซ่ความเย็น (cold chain) การเตรียมและการดำเนินการภาคการให้วัคซีน ความปลอดภัยในการฉีด การติดตามตรวจสอบและประเมินผลแผนงาน/โปรแกรม เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน และการสนทนากับครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียนเกี่ยวกับภาคการให้วัคซีนที่โรงเรียน

เรื่องของแมเรียล

แมเรียล อายุ 35 ปี มีลูกสาวสองคน : แอนนี่ อายุ 7 ปี และโรส อายุ 10 ปี มารดาของแมเรียล เสียชีวิตเมื่อห้าปีก่อนด้วยมะเร็งปากมดลูกตอนอายุ 60 ปี ชีวิตช่วงสองปีสุดท้ายของมารดาเธอเต็มไปด้วยความเศร้าโศกทั้งที่ได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัวของเธอ หลังจากที่มารดาของเธอได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การรักษาของโรงพยาบาลนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ และมารดาของเธอยังต้องการยาบรรเทาปวดอยู่เสมอ แล้วก็เริ่มมีสิ่งคัดหลั่งกลิ่นเหม็นออกมาจากช่องคลอดของมารดาของเธอ หลังจากที่ได้เห็นวามารดาได้รับความทุกข์ทรมานมากเพียงใด และด้วยการช่วยเหลือจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนของเธอ แมเรียลจึงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสองครั้งในหกปีที่ผ่านมาผลการตรวจทั้งสองครั้งเป็นลบ หนึ่งเดือนก่อนผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนได้มาเยี่ยมแมเรียลและคู่อชีวิต และได้บอกคนทั้งสองว่ามีบริการใหม่เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกกำลังจะเริ่มขึ้นในชุมชนของพวกเขา รวมถึงการให้วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกสำหรับเด็กหญิงทั้งหมดที่มีอายุ 9-13 ปี เธอยังได้บอกกับเขาทั้งสองว่า เพื่อให้วัคซีนได้ผลจะต้องฉีดให้แก่เด็กหญิงเมื่อเธอยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ แมเรียลได้เคยเรียนรู้มากมายเกี่ยวกับวัคซีนชนิดนี้มาก่อนแล้วตอนที่เธอได้เข้าไปร่วมประชุมเกี่ยวกับมันในชุมชนข้างเคียง เธอจึงได้ค้นหาเรื่องที่ได้ความรู้มากับครอบครัวของเธอ และทั้งหมดก็เห็นว่าเป็นความคิดที่ดีมาก หากจะให้โรสรับวัคซีน ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนได้เชิญพวกเขาไปร่วมในการประชุมอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งคล้ายคลึงกันกับก่อนหน้านี้ ในชุมชนของพวกเขาเองสำหรับพ่อแม่ทุกคนของเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี และผู้สนใจอื่นๆ การประชุม ในเวลาสามสัปดาห์จะได้ให้ข้อมูลที่สมบูรณ์และโอกาสในการได้คำตอบสำหรับคำถามใดๆ เจ้าหน้าที่ที่ดำเนินแผนงาน/โปรแกรมนี้ก็จะได้กำหนดตารางเวลาการฉีดวัคซีนที่สะดวกสำหรับเด็กหญิงและพ่อแม่ส่วนมากด้วย

แมเรียลและคู่อชีวิตได้บอกกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนว่าไม่เพียงแต่พวกเขาจะได้วางแผนมาร่วมการประชุมแต่จะขออาสาไปเยี่ยมและผลักดันให้ครอบครัวอื่นๆ มาร่วมด้วย ยิ่งไปกว่านั้น แมเรียลจะมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้ให้บริการในการจัดการประชุม โดยการนำเสนอเรื่องราวความทุกข์ทรมานของมารดาของเธอ ที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูก และโดยการผลักดันให้ผู้มาร่วมการประชุมนำลูกสาวของพวกเขามารับวัคซีน เพื่อลดโอกาสในการเป็นโรคเมื่อพวกเขาเติบโตเป็นผู้ใหญ่

4.1 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และคนอื่นๆ

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และทีมของพวกเขา ล้วนเป็นผู้ดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนที่ทั้งระดับส่วนกลางและระดับภาค ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.1 สำหรับคำตอบต่างๆ ต่อคำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อเอชพีวี

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นบุคคลที่สัมผัสอยู่และสื่อสารกับทุกคนรอบตัว ในชุมชนของพวกเขาอย่างสม่ำเสมอ และพวกเขาเป็นเสมือนสะพานเชื่อมระหว่างชุมชนและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่สถานบริการ

แผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี บทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนอาจ ได้แก่ :

1. ก่อให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับการมีอยู่ของวัคซีนเอชพีวี และความสำคัญของวัคซีนนี้ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยมีเป้าหมายคือชุมชนส่วนใหญ่ ผู้จัดการในเรื่องสุขภาพของท้องถิ่น และชุมชนผู้มีอำนาจในท้องถิ่น ผู้นำศาสนา และตัวแทนภาคประชาสังคม
2. การให้ความรู้แก่เด็กหญิงและพ่อแม่ และสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชนเกี่ยวกับประโยชน์ของวัคซีนเอชพีวี และกลยุทธ์การป้องกันมะเร็งปากมดลูกอื่นๆ ที่มีอยู่
3. ให้การตอบโต้ข้อมูลที่ผิดและข่าวลือต่างๆ ที่บ่อนทำลายการยอมรับของการให้วัคซีนโดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง
4. การขอความยินยอมจากพ่อแม่
5. อำนวยความสะดวกในการมารับบริการของเด็กหญิงที่สถานที่ให้วัคซีน
6. เตือนความจำเด็กหญิงและคนในครอบครัวให้มารับวัคซีนได้สต่อไปซึ่งจำเป็น เพื่อให้ได้การปกป้องเต็มที่ (ดูตารางการให้โดสยาในตอนที่ 4.2.3)
7. ให้วัคซีนแก่เด็กหญิงไม่ว่าในชุมชน ที่โรงเรียน หรือสถานที่ที่ได้เลือกไว้ และ/หรือบันทึกกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้วัคซีน
8. อำนวยความสะดวกหรือช่วยเหลือในการให้บริการมาตรการเพิ่มเติมอื่นๆ ที่ประเทศอาจได้เลือกขึ้นมาเพื่อให้สุขภาพของเด็กหญิงและเด็กชายวัยรุ่นดีขึ้น (เช่น การให้วัคซีนอื่นๆ หรือยาถ่ายพยาธิ)

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ : แพยาบาล แพทย์ ผู้ให้วัคซีน

เพราะวัคซีนมีคุณสมบัติเฉพาะอยู่หลายอย่าง รวมถึงการที่ประชากรกลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ผู้ให้บริการเหล่านี้เมื่อได้รับการฝึกอบรมจะสามารถมีบทบาทหลายอย่างมากไปกว่าแค่การบริหารจัดการวัคซีน โดยการจัดตั้งทีมร่วมกับครู เจ้าหน้าที่โรงเรียน อาสาสมัครท้องถิ่น ผู้ให้บริการด้านสุขภาพภาคเอกชน และผู้ช่วยสนับสนุนอื่นๆ หน้าที่ในการรับผิดชอบของพวกเขาอาจมีเพิ่มขึ้น ได้แก่ :

- 1-4 เป็นความรับผิดชอบสื่ออย่างแรก ที่ได้บรรยายไว้ภายใต้บทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนข้างต้นร่วมกับ
5. การฝึกอบรมและการให้ความรู้แก่ครู รวมถึงเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของโรงเรียนเพื่อให้พวกเขาสามารถให้ความรู้แก่เด็กหญิงและอำนวยความสะดวกในภาคการให้วัคซีนที่โรงเรียนได้
6. การบริหารจัดการและการส่งมอบวัคซีน

7. ทำการบันทึกรายงานอย่างละเอียดถี่ถ้วนและสม่ำเสมอ ของเด็กหญิงที่ได้รับวัคซีน อายุ และจำนวนโดสของวัคซีน

8. อำนวยความสะดวกหรือช่วยเหลือในการให้บริการมาตรการเพิ่มเติมอื่นๆ ที่ประเทศอาจได้เลือก ขึ้นมาเพื่อทำให้สุขภาพของเด็กหญิงและเด็กชายวัยรุ่นดีขึ้น (เช่น การให้วัคซีนอื่นๆ หรือยาถ่ายพยาธิ) ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.3-4.5 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม

ครูและเจ้าหน้าที่โรงเรียน

บุคคลต่างๆ เหล่านี้อาจมีบทบาทในการอุทิศตนเพิ่มเติมในกลยุทธ์การให้วัคซีนที่โรงเรียนหลังจาก ได้รับการฝึกอบรม ครูสามารถให้ความรู้แก่นักเรียนและพ่อแม่เกี่ยวกับประโยชน์จากการรับวัคซีน ขจัดข่าวลือ และความเชื่อผิดๆ ที่เกี่ยวข้องกับวัคซีนออกไป รวมทั้งให้คำตอบแก่คำถามและความกังวลอื่นๆ ก่อนวันที่จะมีการให้วัคซีน คู่มือที่ 3 สำหรับข้อเสนอแนะในแนวทางการสื่อสาร และคู่มือประกอบการปฏิบัติที่ 4.7 เกี่ยวกับการสนทนากับครูและเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของโรงเรียนเกี่ยวกับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

วันที่มีการให้วัคซีน เจ้าหน้าที่ต่างๆ ของโรงเรียนสามารถช่วยเหลือทีมที่จะให้บริการฉีดวัคซีน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเด็กหญิงที่อยู่ในเกณฑ์จะได้รับการฉีดวัคซีน ระบุได้ว่าเด็กหญิงซึ่งอยู่ในเกณฑ์ คนใดไม่ได้มา ในวันนั้น และช่วยอำนวยความสะดวกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการขนส่งวัสดุอุปกรณ์ตามความเหมาะสม (สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาคการให้วัคซีน อ้างอิงเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.3)

แนวทางการบูรณาการ

การนำวัคซีนเอชพีวีมาใช้ อาจให้ทั้งแรงกระตุ้นและโอกาสในการพัฒนารวมไปถึงการบูรณาการ มาตรการดูแลสุขภาพอื่นๆ สำหรับเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ด้วย ทั้งในระดับชาติ ภาค และท้องถิ่น/โรงเรียน ตัวอย่างเช่น ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสามารถอำนวยความสะดวกให้แก่ช่องทางการเข้าถึงบริการ สุขภาพอื่นๆ สำหรับเด็กหญิงกลุ่มนี้ และการนำวัคซีนมาใช้ยังอาจให้โอกาสแก่การพัฒนา และอำนวยความสะดวก การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่วัยรุ่นไปด้วย

4.2 วัคซีนเอชพีวี

ปัจจุบัน วัคซีนทั้งสองชนิดที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงสูงสายพันธุ์ 16 และ 18 ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว และชนิดใดชนิดหนึ่งหรือทั้งสองชนิดก็มีใช้อยู่แล้วในประเทศต่างๆ ส่วนมาก :

- วัคซีนชนิดสองสายพันธุ์ bivalent vaccine (ป้องกันการติดเชื้อสายพันธุ์ 16 และ 18 เท่านั้น)
- วัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ quadrivalent vaccine (ให้การป้องกันเพิ่มต่อสายพันธุ์ 6 และ 11 ซึ่งเป็น

สาเหตุของโรคหูดหงอนไก่ไม่ไช่มะเร็ง (wart, condyloma) ที่ทวารหนักและอวัยวะสืบพันธุ์ ร้อยละ 90)

วัคซีนทั้งสองชนิดบรรจุอนุภาคคล้ายไวรัส (virus-like particles; VLPs) ซึ่งเป็นชิ้นส่วนที่มีรูปร่างคล้าย เปลือกนอกของเชื้อไวรัสเอชพีวี เพราะวัคซีนจากอนุภาคคล้ายไวรัสเหล่านี้ไม่มีไวรัสพวกมันจึงไม่สามารถ

ก่อให้เกิดการติดเชื้อเอชพีวี วัคซีนจะกระตุ้นให้เกิดการสร้างแอนติบอดี (ภูมิคุ้มกัน) ต่ออนุภาคคล้ายไวรัสเหล่านี้ ซึ่งด้วยการที่มีความคล้ายไวรัสนี้เอง จึงป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีในกรณีที่ได้มีการสัมผัสในเวลาต่อมาได้

วัคซีนนี้ควรให้ **ก่อน** ที่เด็กหญิงจะมีการติดเชื้อเอชพีวี เด็กหญิงสามารถมีการติดเชื้อเอชพีวีไม่นานหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ดังนั้น ในฐานะที่เป็นมาตรการป้องกันปฐมภูมิที่สำคัญต่อมะเร็งปากมดลูก การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแก่เด็กหญิงจึงควรเกิดขึ้นก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก วัคซีนไม่สามารถรักษาการติดเชื้อเอชพีวีหรือรอยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวีซึ่งมีมาก่อน หรือไปมีผลต่อการก้าวหน้าต่อไปของรอยโรค (ทั้งระยะก่อนมะเร็ง และมะเร็ง) หากได้ให้แก่สตรีที่มีการติดเชื้อเอชพีวีไปแล้วในตอนที่ฉีดวัคซีน

4.2.1 ผลในการป้องกันของวัคซีน : หลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่และความรู้ที่ยังขาด

มีการวิจัยอยู่หลายชิ้นที่ได้ทำขึ้นก่อนการขึ้นทะเบียนในเด็กหญิงและสตรีอายุน้อยจำนวนมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกา หลายประเทศในยุโรปและบางประเทศที่มีรายได้ปานกลาง การวิจัยเหล่านี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนและระยะเวลาการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และกรณีของวัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ก็ศึกษาผลต่อหูดหงอนไก่ที่อวัยวะสืบพันธุ์ด้วย ก่อนการได้รับวัคซีนเด็กหญิงและสตรีที่ได้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับความรู้เกี่ยวกับการวิจัยนี้และได้ให้การยินยอมหลังจากได้รับข้อมูล

สิ่งต่อไปนี้เป็นผลการวิจัยที่สำคัญหลักๆ เกี่ยวกับความแรงและระยะเวลาในการป้องกันของวัคซีนเอชพีวี :

- วัคซีนทั้งสองชนิดให้ระดับการป้องกันที่สูงมากต่อรอยโรคก่อนมะเร็งที่มีสาเหตุมาจากเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 16 และ 18 ในอัตราร้อยละ 93-99 ในเด็กหญิงและสตรีที่เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งจะมีผลทำให้ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ลงได้อย่างมีนัยสำคัญในอนาคต
- วัคซีนเอชพีวีทำให้มีการตอบสนองของแอนติบอดีระดับที่สูงกว่าระดับการตอบสนองของแอนติบอดีจากการติดเชื้อโดยธรรมชาติมาก
 - การป้องกันจะลดการติดเชื้อเอชพีวีทั้งที่เริ่มติดและที่คงอยู่นาน และยังให้การป้องกันการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งขั้นปานกลางและรุนแรง (นั่นก็คือ CIN2+) อีกด้วย
 - วัคซีนชนิดสี่สายพันธุ์ ยังแสดงให้เห็นว่าสามารถลดอัตราการเป็นหูดหงอนไก่ลงได้อย่างมาก
 - ผลการวิจัยต่างๆ บ่งชี้ว่าปริมาณของแอนติบอดีที่เกิดขึ้นหลังจากการได้รับวัคซีน มีมากกว่าในเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 15 ปี เมื่อเทียบกับเด็กหญิงและสตรีที่มีอายุ 15 ปี หรือมากกว่า
 - การวิจัยบางชิ้นที่ทำการติดตาม เพื่อที่จะให้ทราบถึงระยะเวลาที่แน่ชัดในการป้องกันที่ได้จากการฉีดวัคซีนครบตามกำหนดก็ยังคงดำเนินอยู่ต่อไป แต่ก็เป็นที่มั่นใจได้แล้วว่าที่ระยะเวลาประมาณสิบปีหลังการได้รับวัคซีนซึ่งก็เป็นระยะเวลาที่มีการตรวจติดตามถึงปัจจุบัน ก็ยังไม่พบว่ามีอัตราการลดลงของระดับภูมิคุ้มกันในสตรีที่ได้รับวัคซีนแล้วเลย จากสิ่งที่ได้พบนี้จึงยังไม่มีข้อแนะนำให้ทำการฉีดได้สกระตุ้น (booster doses)

ความรู้ที่ยังขาดอยู่เกี่ยวกับผลการป้องกันของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี :

- ถึงแม้ว่าสิ่งที่พบเบื้องต้นจะบ่งชี้ว่า นอกจากการป้องกันเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ 16 และ 18 แล้วยังมีการป้องกันข้ามสายพันธุ์ไปยังเชื้อไวรัสก่อมะเร็งสายพันธุ์อื่นบ้างด้วย ระดับและระยะเวลาของการป้องกันนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่
- วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวียังไม่เคยได้รับการทดสอบในเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 9 ปี เพราะฉะนั้นปัจจุบัน วัคซีนจึงยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนหรือแนะนำให้ใช้ในเด็กหญิงอายุต่ำกว่า 9 ปี
- ระยะเวลาและระดับการป้องกันในเด็กหญิงและสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีก็ยังคงอยู่ในระหว่างการวิจัย

4.2.2 ความปลอดภัย เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ และข้อห้ามใช้

ผลการวิจัยต่างๆ บ่งชี้ว่า ความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีและเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น มีดังต่อไปนี้ :

- วัคซีนทั้งสองชนิด มีคุณสมบัติที่ผู้รับบริการสามารถทนได้ดี และไม่มีเหตุผลที่จะกังวลด้านความปลอดภัยหลักใดๆ นี่คือข้อมูลหลังจากการให้ไปทั่วโลกมากกว่า 175 ล้านโดสแล้ว
- มีการวิจัยที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา คำนับจากเด็กหญิงที่ได้รับวัคซีนบ่อยที่สุดคือ อาการปวดและบวมในบริเวณที่ฉีด
- ข้อมูลหลังการวางจำหน่าย (นั่นก็คือ หลังจากที่ได้รับวัคซีนได้รับการขึ้นทะเบียนและใช้ทั่วไป) จากการวิจัยต่างๆ ทั่วโลกยังไม่พบความเสี่ยงต่อสุขภาพใดๆ มากไปกว่าอาการอันไม่พึงประสงค์เล็กน้อย เช่น อาการไข้ อาการเวียนศีรษะ และอาการคลื่นไส้
- การเป็นลมหมดสติก็มีรายงานว่า เกิดขึ้นได้หลังจากการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี การเป็นลมหมดสตินี้พบได้บ่อยในวัยรุ่นหลังจากการทำหัตถการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเจ็บปวด เพียงเล็กน้อยมาก ด้วยเหตุนี้ จึงมีข้อแนะนำว่าควรให้เด็กหญิงได้นั่งและและอยู่ในสายตาเป็นเวลาอย่างน้อย 15 นาที หลังจากการรับวัคซีน
- เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงพบได้น้อยมากๆ การแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylaxis) สามารถมีสาเหตุมาจากวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้ และถือเป็นข้อห้ามทั้งในการให้ยาโดสต่อไปรวมถึงวัคซีนอื่นที่มีองค์ประกอบคล้ายกันแก่เด็กหญิงรายนั้น หากสงสัยว่ามีการแพ้ยาอย่างรุนแรงเกิดขึ้น เด็กหญิงรายนั้นควรได้รับการรักษาทันทีตามที่จำเป็น

ข้อห้ามใช้ของวัคซีนเอชพีวี :

- ไม่ควรให้วัคซีนเอชพีวีแก่ใครก็ตามที่เคยมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรงหลังจากการให้ โดสก่อนหน้านี้หรือหลังจากการสัมผัสกับหนึ่งในองค์ประกอบของวัคซีน (เช่น ยีสต์) อาการต่างๆ ของปฏิกิริยาการแพ้ อาจรวมถึง อาการคัน ผื่นแดง ผื่นลมพิษ หรืออุจจาระที่ผิวหนัง หากมีอาการใดๆ เหล่านี้เกิดขึ้นหลังจากการได้รับวัคซีนก็ไม่ควรให้โดสต่อไปอีก และก็ควรหลีกเลี่ยงการรับวัคซีนอื่นๆ ที่อาจมีองค์ประกอบคล้ายคลึงกันด้วย

- เด็กหญิงที่มีอาการไข้สูงไม่ควรรับวัคซีน
- ปัจจุบันวัคซีนเอชพีวี ไม่ได้รับการแนะนำให้ใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ตามที่กำหนดว่าแนะนำให้ใช้

ในเด็กหญิงอายุ 9–13 ปี โอกาสที่เด็กหญิงกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรอยู่ในขณะที่รับวัคซีนก็ต่ำมาก หากเด็กหญิงตั้งครรภ์ขึ้นมาหลังจากได้เริ่มฉีดวัคซีนไปแล้ว โด๊สที่เหลือควรให้เลื่อนไปฉีดหลังการตั้งครรภ์ ในกรณีที่ฉีดวัคซีนให้แก่เด็กหญิงหรือสตรีที่ตั้งครรภ์อยู่โดยไม่ได้ตั้งใจ ก็ไม่จำเป็นต้องมีมาตรการใดเป็นพิเศษ เธอควรได้รับความมั่นใจว่าวัคซีน ไม่มีเชื้อไวรัสที่มีชีวิต และไม่เคยพบว่ามีปัญหาทางสุขภาพ มารดาและบุตรที่เกิดมาจนถึงปัจจุบัน หลังจากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีโดยอุบัติเหตุ ระหว่างการตั้งครรภ์ โด๊สที่เหลือของวัคซีนควรได้รับการเลื่อนออกไปหลังการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นเวลาที่ควรทำให้ กระบวนการฉีดวัคซีนได้ครบ เป็นการไม่จำเป็นที่จะต้องเริ่มกระบวนการฉีดวัคซีนใหม่หลังการตั้งครรภ์ กรณีของการฉีดวัคซีนเอชพีวีให้กับผู้ที่กำลังให้นมบุตร ข้อมูลที่มีอยู่ก็ไม่บ่งชี้ว่ามีข้อกังวลด้านความปลอดภัยใดๆ

ข้อมูลมากกว่านี้สามารถพบได้ใน WHO information sheet : observed rate of vaccine reactions : human papillomavirus vaccine (June 2012) ^[1] ข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสามารถพบได้ในเว็บไซต์ของ Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS) ^[2]

.....

^[1] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf

^[2] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/vaccine_safety/committee/topics/hpv/en/

4.2.3 ลักษณะของวัคซีนและตารางการฉีด

ตารางที่ 4.1 ได้สรุปและแสดงความแตกต่างในลักษณะ และตารางการฉีดสำหรับวัคซีนทั้งสองชนิด ที่มีอยู่ (การบริหารและตารางการฉีดอ้างอิงตามข้อแนะนำปัจจุบันของ WHO) กลุ่มประชากรเป้าหมาย ที่แนะนำของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี คือเด็กหญิงอายุ 9–13 ปี ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

ตารางที่ 4.1 : ลักษณะต่างๆ ของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

คุณลักษณะ	ชนิดสี่สายพันธุ์	ชนิดสองสายพันธุ์
ชื่อการค้า (บริษัทผู้ผลิต) (ดูหมายเหตุ 1 ข้างล่าง)	Gardasil®, Silgard® (Merck)	Cervarix® (GlaxoSmithKline)
สายพันธุ์ของเอชพีวีในวัคซีน	6, 11, 16, 18	16, 18
การป้องกันโรค	มะเร็งปากมดลูก หูดหงอนไก่ของอวัยวะเพศ	มะเร็งปากมดลูก
จำนวนของโดส (ดูหมายเหตุ 2 ข้างล่าง)	2 โดส โดสที่สอง 6 เดือนหลัง จากโดสแรก	2 โดส โดสที่สอง 6 เดือนหลัง จากโดสแรก
ระยะเวลาการป้องกัน	ไม่มีการลดลงของการป้องกัน ระหว่างช่วงเวลาที่ติดตามสังเกต	ไม่มีการลดลงของการป้องกัน ระหว่างช่วงเวลาที่ติดตามสังเกต
การนำเสนอ	หลอดยา 1 โดส	มีทั้งหลอดยา 1 และ 2 โดส
วิธีการบริหารยา	สารแขวนลอยเหลว (liquid suspension) 0.5 มิลลิลิตร ฉีด เข้ากล้ามเนื้อ	สารแขวนลอยเหลว (liquid suspension) 0.5 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
ข้อห้ามใช้ต่างๆ (ดูตอนที่ 4.2.2)	<ul style="list-style-type: none"> • ปฏิกริยาแพ้อย่างรุนแรง ต่อองค์ประกอบใดๆ ในวัคซีนหลังจากการรับวัคซีน • อาการไข้สูง • ไม่แนะนำให้ใช้ระหว่างการตั้งครรภ์ 	<ul style="list-style-type: none"> • ปฏิกริยาแพ้อย่างรุนแรง ต่อองค์ประกอบใดๆ ในวัคซีนหลังจากการรับวัคซีน • อาการไข้สูง • ไม่แนะนำให้ใช้ระหว่างการตั้งครรภ์
การให้ร่วมกับวัคซีนสำหรับ วัยรุ่นชนิดอื่นที่ได้รับการศึกษา แล้วพบว่ามีประสิทธิผล (ดูหมายเหตุ 3 ข้างล่าง)	ดับอักเสบ บี คอตีบ/ไอกรน/บาดทะยัก ไขสันหลังอักเสบโปลิโอ	คอตีบ/ไอกรน/บาดทะยัก ไขสันหลังอักเสบโปลิโอ
อายุที่ขึ้นวาง – shelf life, (ดูหมายเหตุ 4 ข้างล่าง)	36 เดือน ที่ 2–8 องศาเซลเซียส	หลอดยาที่มี 1 โดส : 48 เดือน ที่ 2–8 องศาเซลเซียส หลอดยาที่มี 2 โดส : 36 เดือน ที่ 2–8 องศาเซลเซียส

หมายเหตุสำคัญเกี่ยวกับคุณลักษณะและตารางการฉีดของวัคซีน :

1. ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับความปลอดภัย การก่อให้เกิดภูมิคุ้มกัน หรือประสิทธิภาพ (efficacy) ของวัคซีนทั้งสองชนิดที่มีอยู่ในท้องตลาด หากนำมาใช้สลับกันไปมา วัคซีนเหล่านี้มีลักษณะและองค์ประกอบและข้อบ่งใช้ที่แตกต่างกัน และในสถานที่ที่มีใช้ทั้งสองชนิด ควรมีความพยายามที่จะให้วัคซีนชนิดเดียวกันทุกโดสที่จำเป็น อย่างไรก็ตาม หากวัคซีนที่ได้รับการใช้ไปในโดสก่อนไม่เป็นที่ทราบ หรือไม่ได้อยู่แล้ว ก็สามารถนำชนิดใดก็ได้ในสองชนิดที่วางตลาดแล้วนี้มาใช้ เพื่อทดแทนโดสที่ยังขาดไปให้ครบโดสได้

2. ตามที่เขียนไว้ใน WHO Position Paper (ตุลาคม ค.ศ. 2014) กลุ่มประชากรที่แนะนำ คือเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กำหนดการฉีดสองโดสด้วยระยะห่างหกเดือน สำหรับเด็กหญิงอายุน้อยกว่า 15 ปี (รวมถึงเด็กหญิงที่จะอายุมากกว่า 15 ปี ตอนรับโดสที่สองด้วย) ไม่มีระยะห่างสูงสุดระหว่างทั้งสองโดส อย่างไรก็ตาม ได้แนะนำว่าไม่ควรห่างกันเกิน 12-15 เดือน หากระยะห่างระหว่างสองโดสสั้นกว่าห้าเดือน โดสที่สามควรให้อย่างน้อยที่หกเดือนหลังจากโดสแรก สำหรับตารางการฉีดสามโดส (ที่ 0, 1-2, และ 6 เดือน) ยังคงได้รับการแนะนำให้ใช้กับเด็กหญิงและสตรีอายุ 15 ปีหรือมากกว่า และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี (ไม่ว่าจะกำลังได้รับยาต้านไวรัสอยู่หรือไม่) ไม่จำเป็นต้องทำการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชพีวี หรือเอชไอวีก่อนการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ตารางการฉีดที่ได้แนะนำสามารถประยุกต์ใช้ได้กับวัคซีนทั้งสองชนิด

3. วัคซีนเอชพีวีสามารถให้ได้ในคราวเดียวกันกับวัคซีนจากเชื้อที่ไม่มีชีวิต (non-live vaccines) อื่นๆ การให้วัคซีนมากกว่าหนึ่งชนิดในการมารับบริการครั้งเดียวจะช่วยเพิ่มโอกาสในการที่เด็กหญิงได้รับวัคซีนทั้งหมดที่จำเป็นตามกำหนด ดูตารางที่ 4.1 สำหรับวัคซีนจากเชื้อที่ไม่มีชีวิตชนิดอื่นๆ ที่ได้รับการแสดงให้เห็นแล้วว่ามีทั้งความปลอดภัยและประสิทธิผลในการให้ร่วมกัน คำแนะนำจะได้รับการทำให้ทันสมัยตามที่มีผลการศึกษาที่กำลังดำเนินอยู่เกี่ยวกับการให้วัคซีนร่วมกันเผยแพร่ออกมา ^[3]

4. วัคซีนเอชพีวีทุกสูตรควรได้รับการเก็บรักษาไว้ที่ความเย็น 2-8 องศาเซลเซียส วัคซีนเอชพีวีมีความไวต่อการแช่แข็งและจะสูญเสียประสิทธิภาพไปหากแช่แข็ง เพราะฉะนั้นวัคซีนเอชพีวีไม่สามารถถูกวางไว้ในหรือใกล้กับช่องแช่แข็งของตู้เย็น หรือบนถังก่อนน้ำแข็งสำหรับแช่แข็งโดยตรง หากมีข้อบ่งชี้ว่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี อาจได้รับผลกระทบจากอุณหภูมิต่ำกว่าศูนย์องศาเซลเซียส ก็ควรทำการทดสอบด้วยการเขย่า เพื่อตัดสินว่าวัคซีนนั้นยังสามารถนำมาใช้ได้หรือไม่ หลอดยาที่แสดงให้เห็นหลักฐานของการแข็งตัวบางส่วน หรือทั้งหมดของของเหลวที่บรรจุไว้ภายใน ควรได้รับการทิ้งไป ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.2 สำหรับวิธีการในการตัดสินว่าวัคซีนได้ผ่านการแข็งตัวเป็นน้ำแข็งมาหรือไม่ และสำหรับรายละเอียดมากกว่านี้โปรดอ้างอิงถึงบทความใน Bulletin of the World Health Organization เกี่ยวกับ Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines, ^[4] และคู่มือคำแนะนำสองเรื่อง : Shake and tell (22 minutes) และ Step by step shake test (ความยาว 10 นาที) ^[5]

5. สำหรับการลดมะเร็งปากมดลูก การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีแก่เด็กชายและบุรุษ มีความคุ้มค่าน้อยกว่าการนำทรัพยากรต่างๆ เหล่านี้ ไปใช้ในการเข้าไปให้ถึงสัดส่วนที่สูงของเด็กหญิงในกลุ่มอายุเป้าหมาย

โปรดอ่านจากเว็บเพจที่ชื่อ *WHO recommendations for routine immunization – summary tables* บนเว็บไซต์ของ WHO ที่ได้รับการทำให้ทันสมัยอยู่เสมอด้วยข้อมูลใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่ได้ทำต่อข้อเสนอแนะในการให้วัคซีนของ WHO ^[6]

^[3] สำหรับข้อมูลมากกว่านี้โปรดดู Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations, available at : <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

^[4] Kartoglu , Zgler NK, Wolfson LJ, Kurzatkowski W. Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines. Bull World Health Organ. 2010;88 :624–31 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>, accessed 18 July 2014).

^[5] สามารถหาได้ที่ : <http://vimeo.com/8381355> (Shake and tell); <http://vimeo.com/8389435> (Step by step shake test)

^[6] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

4.3 ประชากรกลุ่มเป้าหมายและกลยุทธ์ในการแจกจ่าย

4.3.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

WHO ได้แนะนำให้ฉีดวัคซีนแก่เด็กหญิงอายุ 9–13 ปี เป็นกิจวัตร เพราะว่าเป็นประเทศส่วนใหญ่ พวกเธอยังไม่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ^[7] อายุเป้าหมายควรได้รับการตัดสินใจที่ระดับประเทศโดยอ้างอิงตามข้อมูลที่มีเกี่ยวกับอายุเฉลี่ยของการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ในเด็กหญิง (เพื่อจะได้ให้ก่อนการสัมผัสกับเชื้อเอชพีวี)

^[7] ถึงแม้ว่าวัคซีนเอชพีวีจะได้รับการแนะนำให้ใช้ในเด็กหญิงอายุน้อยก่อนการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มันก็ไม่ใช่ประโยชน์ที่จะถามเด็กหญิงว่าเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนที่เธอจะถูกเสนอให้รับวัคซีนหรือไม่ ข่าวลือต่างๆ อาจแพร่ออกไปว่าข้อมูลนี้จะไม่ถูกรักษาไว้เป็นความลับเป็นผลให้เด็กหญิง บางรายอาจเลือกที่จะไม่มารับวัคซีนในวันตามกำหนดนัดหมาย

วัคซีนเอชพีวีมีความปลอดภัยหากจะให้แก่ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งแนะนำให้ใช้ตารางการฉีดสามโดสเสมอ มีข้อมูลอยู่น้อยเกี่ยวกับการก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันของวัคซีนเอชพีวีในคนที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากยาที่ได้รับหรือโรคที่มี ถึงแม้ว่าการก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันและประสิทธิผลของวัคซีนเอชพีวีอาจลดลงในสตรี และเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี ศักยภาพในการให้ประโยชน์ของวัคซีนในกลุ่มนี้กลับมากเป็นการเฉพาะ เนื่องจากความเสี่ยงในการมีรอยโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวี รวมทั้งมะเร็งปากมดลูกเพิ่มสูงขึ้น มีการวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่เพื่อติดตามและตรวจสอบประสิทธิภาพและการป้องกันระยะยาวของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีในคนที่มีเชื้อเอชไอวี

หากทรัพยากรมีอยู่เพียงพอ ประเทศอื่นๆ ก็อาจปรารถนาที่จะพิจารณาถึงการให้วัคซีนแก่เด็กหญิง ซึ่งอายุมากกว่าเกณฑ์กลุ่มอายุเป้าหมาย (catch-up vaccination) แต่ยังคงอาจจะได้รับประโยชน์จากวัคซีน ในช่วงเวลาจำกัด

4.3.2 กลยุทธ์ในการแจกจ่าย

การนำวัคซีนชนิดใหม่มาใช้โดยมีกลุ่มอายุเป้าหมายใหม่ด้วย ต้องการการปรับในประเด็นการขนส่ง และเรื่องแผนงานหลายอย่าง การดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีใหม่ อาจต้องการกลยุทธ์ในการแจกจ่ายที่เป็นเอกลักษณ์และเป็นนวัตกรรม ซึ่งรวมไปถึงการใช้สถานที่ที่เด็กหญิง กลุ่มเป้าหมายจำนวนมากสามารถเข้าถึงเพื่อการรับความรู้และบริการ เพื่อได้มั่นใจว่าเด็กหญิงเหล่านั้น จะได้รับวัคซีนครบโดสตามที่กำหนด

กลยุทธ์ในอุดมคติในการแจกจ่ายวัคซีนเอชพีวี ตามที่ได้ให้แนวทางไว้ใน 2013 *WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control* ^[8] ควรมีลักษณะ

- เข้าได้กับโครงสร้างพื้นฐานการจัดบริการให้วัคซีน และระบบห่วงโซ่ความเย็นที่มีอยู่
- สามารถซื้อหาได้ในราคาที่ไม่แพง มีความคุ้มค่า (cost-effective) และยั่งยืน
- สามารถที่จะได้มาซึ่งความครอบคลุมสูงสุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ในทางปฏิบัติ ประเทศต่างๆ อาจจำเป็นต้องทำให้เกิดความสมดุลระหว่างกลยุทธ์ที่ทำให้มีความครอบคลุมสูงสุดกับที่พิจารณาแล้วว่ามีความเป็นไปได้ สามารถซื้อหาได้ และยั่งยืนที่สุด

.....

^[8] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>

คำแนะนำของ WHO ยังแนะนำต่อไป ให้จัดลำดับความสำคัญในสองเรื่องที่ควรพิจารณา คือ : การเข้าถึงเด็กหญิงที่ในช่วงชีวิตต่อไปของพวกเธอจะมีโอกาสน้อยที่สุดในการเข้าถึงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และที่ใดก็ตามที่เป็นไปได้ ทำการเลือกแนวทางที่อาจเป็นโอกาสให้เกิดการบูรณาการกับการให้บริการด้านสุขภาพวัยรุ่นอื่นๆ

เป็นไปได้ที่ ไม่มีกลยุทธ์ในการแจกจ่ายอย่างเดียวที่จะสามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ทั้งหมดของแผนงาน/โปรแกรม ในที่สุดก็จำเป็นต้องใช้กลยุทธ์หลายอย่างร่วมกันเพื่อให้ได้ความครอบคลุมสูง และหลีกเลี่ยงการทำลายการบริการอื่นๆ ที่ดำเนินการดีอยู่แล้ว ในขณะที่ใช้ประโยชน์จากทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

แนวทางที่นำเสนอนี้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสองกลยุทธ์ที่ใช้กันบ่อยคือ (1) การแจกจ่ายวัคซีนที่สถานบริการสุขภาพ และ (2) การแจกจ่ายวัคซีนผ่านการบริการนอกสถานที่ (outreach) การแจกจ่ายวัคซีนที่โรงเรียนสามารถพิจารณาได้ว่าเป็นรูปแบบพิเศษของการเข้าถึง เนื่องจากกิจกรรมนี้เกิดขึ้นนอกสถานที่ให้บริการ ด้านการดูแลสุขภาพ ในตำแหน่งที่อยู่ในชุมชน

แต่ละกลยุทธ์มีทั้งข้อดีและข้อเสียซึ่งจะต้องตั้งข้อสังเกตไว้ หากประชากรกลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ ทั้งในชุมชนในเมืองและนอกเมือง รวมถึงในตำแหน่งที่อยู่ไกลจากสถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ และบางส่วนของพวกเขาอาจอยู่เพียงชั่วคราวและ/หรือไร้บ้าน การใช้ทั้งสองกลยุทธ์ร่วมกันอาจทำให้สามารถเข้าถึงพวกเขาได้เป็นจำนวนมากที่สุด ข้อพิจารณาเหล่านี้ควรคำนึงถึงในตอนจัดทำกลยุทธ์ในการสนับสนุน เช่น บัตรรับวัคซีน สำหรับใช้ในการติดตามตรวจสอบ การให้บัตรรับวัคซีนแก่เด็กหญิงแต่ละคนที่เธอสามารถจัดการได้เอง สามารถช่วยเธอให้ปฏิบัติตามตารางการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีของเธอได้ แม้ว่าเธอจะต้องไปรับวัคซีนที่ต่างสถานบริการ

ก. การแจกจ่ายวัคซีนที่สถานบริการดูแลสุขภาพ

วิธีการนี้จะให้โอกาสแก่เด็กหญิงที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมดให้ได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ที่สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพแห่งเดียว กลยุทธ์นี้จะลดการขนส่งและค่าใช้จ่ายของบุคลากร (เช่น เบี้ยเดินทาง) ที่มีต่อระบบสุขภาพ เพราะว่ามันขึ้นอยู่กับเด็กหญิงที่เป็นผู้ต้องเดินทางมายังสถานที่ให้บริการ โครงการสาธิต ในหลายประเทศได้แสดงให้เห็นว่ามันเป็นไปได้ที่จะได้ความครอบคลุมสูงในการให้วัคซีนผ่านทาง การให้วัคซีน ที่สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ ในพื้นที่ที่เด็กหญิงส่วนใหญ่อาศัยอยู่ใกล้กับสถานบริการ เช่น ในกรณีชุมชน เมืองต่างๆ กลยุทธ์นี้ยังได้แสดงให้เห็นด้วยว่าสามารถได้ความครอบคลุมมากขึ้น หากมีการนำเสนอแบบจัด “วันแห่งการฉีดวัคซีน” โดยมีการตอบแทนเล็กๆ น้อยๆ แก่เด็กหญิงที่มาใช้บริการ เช่น มีระยะเวลารอคอยสั้น มีดนตรีให้ฟัง มีการสนทนากลุ่ม และ/หรือวิดีโอให้ดูในห้องรอคอย

ข. การแจกจ่ายวัคซีนผ่านการบริการนอกสถานที่ (outreach)

ในบริบทของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค (immunization) outreach หมายถึงกลยุทธ์ใดๆ ที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องออกจากสถานบริการไป โดยมีการขนส่งและให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคในสถานที่ที่ใดที่หนึ่งหรือที่เคลื่อนที่ (mobile) ซึ่งมีความหลากหลายแต่อยู่ใกล้กับเด็กหญิงกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก บางตัวอย่างของสถานที่ในการบริการนอกสถานที่ คือศูนย์ชุมชน อาคารโรงเรียน และเหมาะสม โดยมีการสนับสนุนจากผู้เกี่ยวข้องโดยหน้าที่ คือสถานที่สำคัญทางศาสนา และสถานที่อื่นๆ ซึ่งเด็กหญิงมีแนวโน้มที่จะไปรวมตัวกันอยู่หนาแน่น

กลยุทธ์ในการใช้โรงเรียน (ในการบริการนอกสถานที่)

สำหรับเด็กหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนห่างไกลและคนอื่นๆ ที่ไม่สามารถมารับบริการที่คลินิก กลยุทธ์ที่แสดงให้เห็นว่าน่าจะทำสำเร็จคือ การให้วัคซีนที่โรงเรียน การเลือกเด็กหญิงซึ่งเข้าเกณฑ์มารับวัคซีน กลยุทธ์ที่โรงเรียนอาจพุ่งเป้าไปที่เด็กหญิงทั้งหมดในชั้นปีเดียวกันที่เลือกแล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ในชั้น มีอายุระหว่าง 9-13 ปี (เช่น ชั้น ป.4 - 6 ของโรงเรียนประถม) หรืออาจพุ่งเป้าไปที่เด็กหญิงซึ่งมีอายุจำเพาะ (เช่น ทุกคนที่มีอายุ 10 ปี) โดยไม่ขึ้นกับชั้นปีที่เรียนอยู่ในโรงเรียน

นอกจากการให้วัคซีน กลยุทธ์นี้อาจเป็นโอกาสในการทำให้บริการด้านสุขภาพในโรงเรียนแข็งแกร่งขึ้น และเป็นการทำให้การให้สุขศึกษารวมถึงการสื่อสารดีขึ้นด้วย

โรงเรียนที่มีโปรแกรมด้านสุขภาพในโรงเรียนซึ่งรวมถึงมีผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอยู่ ผู้ให้บริการคนนี้สามารถได้รับการฝึกอบรมและได้รับหน้าที่ในการให้วัคซีนแก่เด็กหญิงในกลุ่มอายุเป้าหมาย ด้วยการสนับสนุนเพิ่มเติมเพียงเล็กน้อยจากศูนย์บริการด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ที่สุด

อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์การให้วัคซีนที่โรงเรียนจะต้องขึ้นกับการมีทีมให้วัคซีนไปอยู่ที่โรงเรียนเป็นเวลาสองสามวัน ซึ่งอาจเป็นการที่ทีมแพทย์กลางไปมากหากมีการลงทะเบียนและการมาร่วมของเด็กหญิงที่อยู่ในกลุ่มอายุเป้าหมายจำนวนน้อย

กรณีที่การให้วัคซีนที่โรงเรียนไม่อาจเข้าถึงเด็กหญิงที่เข้าเกณฑ์ที่จะได้รับวัคซีนเป็นสัดส่วนใหญ่ เนื่องจากพวกเธอไม่ได้รับการลงทะเบียนเข้ามาหรือเนื่องจากขาดเรียน กลยุทธ์นี้จะต้องถูกเสริมด้วยกลยุทธ์อื่นเพื่อให้เข้าถึงเด็กหญิงที่ไม่อยู่ในโรงเรียน เพื่อให้มั่นใจว่ามีการเข้าถึงวัคซีนได้อย่างเสมอภาค ครู ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน และผู้นำชุมชน สามารถมีบทบาทสำคัญในการระบุดังกล่าวนี้ ให้ความรู้ ให้แรงผลักดัน และให้การช่วยเหลือให้พวกเธอได้สามารถไปรับบริการวัคซีนที่สถานบริการอื่นๆ

กลยุทธ์การบริการนอกสถานที่อื่นๆ

ท้องถิ่นที่มีสัดส่วนใหญ่ของประชากรอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ช่องทางการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมีจำกัด และมีอัตราการไปโรงเรียนของเด็กหญิงในประชากรกลุ่มอายุเป้าหมายต่ำ กลยุทธ์การให้บริการนอกสถานที่ที่เป็นทำเลศูนย์กลางอาจมีความเหมาะสม เด็กหญิงในชุมชนนั้นและชุมชนรอบๆ สามารถมาที่ทำเลศูนย์กลางนี้เพื่อรับการฉีดวัคซีน เพื่อให้มั่นใจว่ามีโอกาสในการรับวัคซีนอย่างเสมอภาค สำหรับเด็กหญิงวัยรุ่นทั้งหมดอาจจำเป็นต้องจัดให้บริการอย่างน้อยสองครั้งภายในช่วงเวลา 6-12 เดือน เพื่อเข้าถึงเด็กหญิงทั้งหมดและทุกคนได้รับวัคซีนครบตามตารางที่กำหนด

การเข้าถึงสามารถทำตามตารางที่กำหนดไว้ หรือทำเป็นครั้งคราวไม่สม่ำเสมอก็ได้ เช่น ในระหว่างทำการเข้าถึงแบบ “เก็บกวาดในสิ่งที่ยังตกค้างอยู่ (mop-up)”

บทบาทของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนในความพยายามการบริการนอกสถานที่

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่กลยุทธ์การบริการนอกสถานที่ การคำนึงถึงว่าเด็กหญิงกลุ่มอายุเป้าหมายจำนวนมากอาศัยอยู่ในชุมชนที่ยากจน โกล และโดดเดี่ยว และไม่ได้เข้าเรียนในโรงเรียน แนวทางหนึ่งอาจจะฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (หากได้รับอนุญาตโดยมีการระบุไว้ในแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ) เพื่อ :

- ขนส่งและเก็บรักษาวัคซีนจำนวนเพียงพอสำหรับเด็กหญิงทั้งหมดที่มีอายุ 9-13 ปี อุปกรณ์เก็บรักษาความเย็นที่เหมาะสม เช่น กล่องเย็น (cool box)

- ให้วัคซีนตามจำนวนโดสที่ต้องการแก่เด็กหญิงที่เข้าเกณฑ์

- บันทึกการให้วัคซีนต่างๆ ลงในแบบฟอร์มที่ได้มาตรฐาน

การฝึกอบรมและกำกับดูแลผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนให้ทำการให้คำปรึกษา ให้ตัดสินใจว่าไม่มีข้อห้ามและทำการฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัยและถูกต้อง ได้มีการดำเนินการมาอย่างประสบความสำเร็จแล้ว

ในหลายประเทศ ด้วยการให้บริการวัคซีนแก่เด็ก การฉีดยาคุมกำเนิด (DMPA หรือ Depo-Provera^R) และการรักษากลุ่มอาการของปอดบวมในเด็ก รวมถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของบุรุษและสตรี สำหรับ รายละเอียดมากกว่านี้ โปรดดูบทที่ 3 การขับเคลื่อนชุมชน การให้ความรู้ และการให้คำปรึกษา รายละเอียดเกี่ยวกับการรวบรวมและการฝึกบุคลากรสุขภาพชุมชน สามารถพบได้ในเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.7 แนวทางการฉีดยาอย่างปลอดภัยก็ได้ให้ไว้ในเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.4

4.3.3 การให้บริการต่างๆ อย่างบูรณาการ

การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีรวมไปกับมาตรการอื่น ๆ (เช่น ยาถ่ายพยาธิ หรือการแจกจ่าย มุ้งกันยุงเคลือบยาฆ่าแมลง) การให้พร้อมไปกับวัคซีนชนิดอื่นๆ ที่เหมาะสม (ดูตารางที่ 4.1) และการให้ความรู้ เกี่ยวกับเนื้อหาต่างๆ ที่หลากหลายซึ่งมีความน่าสนใจจำเพาะต่อกลุ่มอายุนี้ อาจช่วยส่งเสริมการแบ่งปัน แหล่งความรู้ข้ามการบริการต่างๆ สิ่งนี้จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทักษะการสื่อสารของผู้ให้บริการและทำให้ต้นทุน ค่าใช้จ่ายรวมทั้งการขนส่งเกิดประโยชน์สูงสุด ดังนั้น จะเป็นการช่วยเพิ่มทั้งประสิทธิผล และประสิทธิภาพของการบริการให้กว้างขวางขึ้น กลยุทธ์ต่างๆ ในการเข้าถึงสำหรับการแจกจ่ายวัคซีนป้องกัน การติดเชื้อเอชพีวีมี ลักษณะเฉพาะในการนำไปสู่การบูรณาการกับบริการสุขภาพอื่นๆ สำหรับเด็กและวัยรุ่น อยู่แล้ว

4.4 การขับเคลื่อนชุมชน

ความสำเร็จของการแจกจ่ายวัคซีนเอชพีวีขึ้นอยู่กับ การก่อให้เกิดความตระหนักรู้ของชุมชนในระดับสูง ผ่านกิจกรรมการให้ข้อมูล ให้การศึกษา และการสื่อสาร (information, education, communication; IEC) เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ และบุคคลที่มีอิทธิพลในชุมชนต่างๆ

ก่อนกิจกรรมแจกจ่ายวัคซีนจริง การประเมินความรู้ ทักษะคิด และความเชื่อ เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี สามารถช่วยเจ้าหน้าที่ที่ทำงาน/โปรแกรมในการเตรียมตนเอง เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคหรือเรื่องที่มีความอ่อนไหวใดๆ ที่พวกเขาอาจต้องเผชิญ เช่น ความกลัวหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์และความเข้าใจผิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของวัคซีนต่อความสามารถในการมีบุตร นอกจากนี้การได้รับวัคซีนที่ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และได้รับการแนะนำให้ใช้สำหรับเด็กหญิงอายุน้อยเท่านั้นสามารถก่อให้เกิดความสับสนแก่พ่อแม่และอาจนำไปสู่ความไม่เต็มใจ โดยไม่จำเป็น ที่จะต้องให้ลูกสาวผู้ซึ่งไม่เคยมีเพศสัมพันธ์รับวัคซีน แม้ว่าถึงอายุซึ่งพวกเขาจะได้ประโยชน์สูงสุดจากวัคซีน

การสร้างความสัมพันธ์และการทำงานร่วมกันเป็นทีมกับผู้มีส่วนได้เสียอย่างกว้างขวางทั้งกับหน่วยงานของรัฐและไม่ใชรัฐ ทั้งทั้งชุมชน สามารถช่วยให้เกิดการนำเสนอและดำเนินการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้อย่างประสบความสำเร็จ การให้วัคซีนที่โรงเรียนต้องการความร่วมมืออย่างใกล้ชิดระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ รวมถึงความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงเรียนระดับภาค อำเภอ และท้องถิ่น ดูบทที่ 3 สำหรับข้อมูลมากกว่านี้ เกี่ยวกับการขับเคลื่อนชุมชน

4.5 การได้รับการยินยอม/อนุญาต สำหรับเด็กหญิงเพื่อรับวัคซีน

แนวทางสำหรับการได้รับการยินยอมอาจได้มาจากกฎหมายและระเบียบข้อบังคับต่างๆ ของประเทศ โดยทั่วไปแล้ว ในการได้รับการยินยอม ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพต้องให้ข้อมูลแก่ผู้ปวยอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับ ความเสี่ยงและประโยชน์ของมาตรการที่ได้วางแผนว่าจะทำ แล้วจึงขอการยินยอมด้วยวาจาหรือลายลักษณ์อักษร (หนังสือยินยอม) เพราะว่าการให้วัคซีนส่วนใหญ่ มักให้แก่เด็กที่มีอายุน้อยเกินกว่าจะให้ความยินยอมตามกฎหมายได้ พ่อแม่จึงต้องเป็นผู้ให้สิ่งที่เรียกว่าความยินยอมจากพ่อแม่แทน ประเทศต่างๆ มักใช้กลยุทธ์ที่ถือว่าให้ความยินยอมโดยนัยโดยถือว่าหากพ่อแม่พาเด็กมารับวัคซีนที่คลินิกสุขภาพเอง โดยสมัครใจก็ถือว่าได้ให้ความยินยอมโดยนัยแล้ว

กรณีของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เด็กหญิงในกลุ่มเป้าหมายไม่ใช่เด็กเล็กๆ แล้ว และอาจมารับวัคซีนโดยที่พ่อแม่ไม่ได้มาด้วย แต่เนื่องจากเด็กหญิงก็ยังคงเป็นผู้อยู่ในปกครองตามกฎหมาย การขอความยินยอมจากพ่อแม่ก็ยังคงเป็นเรื่องจำเป็นในประเทศส่วนใหญ่ สิ่งนี้จำเป็นที่จะต้องรวมถึงการให้ข้อมูลแก่พ่อแม่และเด็กหญิง เกี่ยวกับการรับวัคซีนตามที่ได้วางแผนไว้และอย่างน้อยก็ขึ้นกับกฎระเบียบข้อบังคับของประเทศ ที่ต้องให้โอกาสแก่พ่อแม่เป็นผู้เลือกว่าจะให้ลูกของพวกเขาได้รับหรือไม่รับวัคซีน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางแห่งอาจต้องการได้หนังสือยินยอมที่ชัดเจนจากพ่อแม่ เรื่องนี้จะต้องมีการวางแผน ในการดำเนินการขนส่งและในเรื่องทรัพยากร และอาจต้องการกิจกรรมอื่นอีก ตัวอย่างเช่น ครู และเจ้าหน้าที่โรงเรียนดำเนินการร่วมกับเด็กหญิง (นักเรียน) ที่จะรับวัคซีนให้ไปขอความยินยอมจากพ่อแม่ล่วงหน้าก่อนการให้วัคซีน นอกจากพ่อแม่ผู้ปกครองแล้ว เด็กหญิงที่กำลังจะรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ก็จำเป็นต้องได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่ เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ที่จะได้รับด้วย เพื่อให้พวกเขาสามารถ “ยอมรับ” การรักษา

สถานการณ์ต่างๆ อาจเกิดขึ้น เมื่อเด็กหญิงแสดงความปรารถนาที่จะรับวัคซีน ขณะที่พ่อแม่ของเธอปฏิเสธอย่างชัดเจนที่จะให้ความยินยอม หรือความยินยอมนี้ไม่สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ในสถานการณ์ เช่นนี้ การพิจารณาเพิ่มเติมต้องคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของเด็ก หลักจริยธรรมที่ได้รับการยอมรับกัน โดยสากลต้องการให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพประเมินก่อนว่าเด็กหญิงมี “ความสามารถ” ในการตัดสินใจนี้หรือไม่ นั่นก็คือเธอได้แสดงความเข้าใจในประโยชน์ ความเสี่ยง และผลที่จะตามมาจากการรับวัคซีน เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับวัคซีน และมีความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง หากเด็กหญิงได้รับการพิจารณาว่ามีความสามารถ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพก็สามารถตัดสินใจดำเนินการให้วัคซีนต่อไป การตระหนักรู้ในหลักการเหล่านี้มีความสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อต้องทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กหญิงชายขอบหรือด้อยโอกาส เช่น ผู้ที่กำพร้า อาศัยอยู่ตามท้องถนน หรือทำงานอยู่ไกลจากครอบครัว บางประเทศมีกฎระเบียบข้อบังคับในการอนุญาตให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานของชุมชน เช่น นักสังคมสงเคราะห์ หรือเจ้าหน้าที่โรงเรียน เป็นผู้ให้ความยินยอมสำหรับเด็กๆ ที่อยู่ภายใต้หน้าที่ความรับผิดชอบของพวกเขาในบางบริบท

ท้ายที่สุด กรณีที่พ่อแม่หรือผู้ปกครองได้ให้ความยินยอมในการรับวัคซีน แต่เด็กหญิงได้ปฏิเสธที่จะรับความปรารถนาของเธอก็ควรได้รับความเคารพ และเธอก็ควรได้รับอนุญาตให้ไม่ต้องได้รับวัคซีนหลังจากที่ได้รับคำเชิญชวนให้กลับมาอีกครั้งในอนาคต เพื่อที่จะได้หารือกันในการตัดสินใจใหม่

4.6 การติดตามตรวจสอบและการประเมินผล และความยั่งยืนของแผนงาน/โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

4.6.1 การติดตามตรวจสอบ

จำนวนที่แน่นอนของเด็กหญิงในประชากรที่กำหนดจำเป็นต้องทราบ เพื่อการคำนวณความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี จะได้ให้การติดตามตรวจสอบสมรรถนะของแผนงานการให้วัคซีนและการประเมินผลกระทบในภายหลัง มีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามตรวจสอบอยู่เพื่อ :

1. ติดตามดูการเข้ามาของข้อมูลและแบบฟอร์มต่างๆ
2. ระบุได้อย่างชัดเจนว่า ใครควรได้รับแบบฟอร์มการติดตามตรวจสอบที่สมบูรณ์ และจะให้เมื่อใด
3. อธิบายว่าจะต้องทำอะไรกับข้อมูลที่ได้มาจากการติดตามตรวจสอบ

เนื่องจากการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ถูกแนะนำให้ใช้เป็นการฉีดหลายโดส (multidose) อย่างน้อยการเก็บและบันทึกข้อมูลที่ครอบคลุม (จำนวนโดส รวมถึงอายุ/วันเกิด และวันที่ฉีดวัคซีน) ล้วนมีความจำเป็น (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.3 และตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 6.1-6.3 ในภาคผนวก 6) บทความ *WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool* นั้นมีอยู่เพื่อการปรับใช้ที่ระดับท้องถิ่น^[9] เครื่องมือในการเก็บข้อมูลและการรายงานที่เป็นมาตรฐานโดยสรุป ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการจัดทำขึ้นต่อไปในระดับชาติ ได้มีการระบุไว้ในเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.5

.....

^[9] สามารถหาได้ที่ at : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

ก. การติดตามตรวจสอบและรายงานผลอันไม่พึงประสงค์หลังจากการฉีดวัคซีน

เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังจากการฉีดวัคซีน (adverse event following immunization; AEFI) สามารถบรรยายได้ว่าเป็นเหตุการณ์ทางคลินิกที่ไม่พึงประสงค์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับชั่วคราวกับการฉีดวัคซีน แต่อาจมีสาเหตุมาจากตัววัคซีนหรือกระบวนการฉีดวัคซีนหรือไม่ก็ได้ AEFI สามารถเป็นได้ตั้งแต่เหตุการณ์เล็กน้อย เช่น ปฏิกริยาที่มีความรุนแรงน้อย ที่ตำแหน่งที่ฉีด ไปจนถึงเหตุการณ์ที่อาจถึงแก่ชีวิต เช่น ปฏิกริยาการแพ้ที่รุนแรง และอาจถึงแก่เสียชีวิต ถึงแม้ว่า AEFI สามารถเกิดจากตัววัคซีนเอง เช่น ปฏิกริยาภูมิแพ้ แต่ AEFI ที่มีรายงานส่วนใหญ่ล้วนเป็นเหตุการณ์ที่เกิดร่วมซึ่งไม่ได้มีความสัมพันธ์กับวัคซีนหรือไม่ก็เป็นเหตุการณ์ที่เกิดจากความผิดพลาดของโปรแกรม/มนุษย์มากกว่าซึ่งได้ทำให้คุณภาพของวัคซีนด้อยลง

การติดตามตรวจสอบความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีมีความสำคัญเป็นพิเศษ เพราะว่ามันเป็นวัคซีนชนิดใหม่และต้องฉีดให้กับกลุ่มอายุที่ไม่เคยเป็นเป้าหมายสำหรับวัคซีนมาก่อน กลุ่มต่างๆ ที่ต่อต้านวัคซีน

ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตามอาจปล่อยหรือขยายข่าวลือเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของวัคซีน โดยชี้ถึงความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นจริงกับเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เผชิญเกิดร่วม เพื่อขัดขวางการไปรับวัคซีนของกลุ่มประชากร เพราะว่าข้อมูลผิดๆ เหล่านี้ สามารถสร้างความหายนะให้กับการยอมรับวัคซีนและความพยายามทั้งหลายในการให้วัคซีน โครงสร้างพื้นฐานการติดตามตรวจสอบ AEFI อย่างเข้มงวด จึงมีความจำเป็นเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลที่อาจช่วยในการสยบข่าวลือต่างๆ และแสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยของวัคซีน ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีที่มีอยู่อย่างต่อเนื่อง

AEFI สามารถจำแนกออกได้เป็นห้ากลุ่ม : ^[10]

1. ปฏิกริยาที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์วัคซีน : AEFI ที่มีสาเหตุมาจาก หรือ เร่งให้เกิดเร็วขึ้นโดยวัคซีน ด้วยคุณสมบัติโดยธรรมชาติหนึ่งประการหรือมากกว่าของผลิตภัณฑ์วัคซีน (เช่น แขนบวมมากหลังจากการได้รับวัคซีนคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก)
2. ปฏิกริยาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพของวัคซีนที่บกพร่อง : AEFI ที่มีสาเหตุมาจาก หรือเร่งให้เกิดเร็วขึ้นโดยวัคซีน ด้วยคุณสมบัติที่บกพร่องหนึ่งประการ หรือมากกว่าของผลิตภัณฑ์วัคซีน รวมถึงอุปกรณ์การผลิตตามที่ได้ผลิตได้ให้มา (เช่น ความผิดพลาดของผู้ผลิต การทำให้เชื้อหมดฤทธิ์โดยสมบูรณ์ในล็อตหนึ่งของวัคซีนป้องกันโปลิโอ ทำให้เกิดผู้ป่วยขาอ่อนแรงจากเชื้อโปลิโอขึ้นหลายกรณี)
3. ปฏิกริยาที่เกี่ยวข้องกับความผิดพลาดการฉีดวัคซีน : AEFI ที่มีสาเหตุมาจากการเก็บรักษาวัคซีน การสั่งใช้หรือการบริหารยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งโดยธรรมชาติของมันแล้วสามารถป้องกันได้ (เช่น การทำให้เกิดการติดเชื้อจากการใช้หลอดยาหลายขนานที่ปนเปื้อน)
4. ปฏิกริยาที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลต่อการฉีดวัคซีน : AEFI ต่างๆ ที่เกิดขึ้นมาจากความวิตกกังวลที่มีต่อการฉีดวัคซีน (เช่น การเป็นลมหมดสติในวัยรุ่น ระหว่าง/หลังจากการฉีดวัคซีน)
5. เหตุการณ์ที่เกิดร่วม : AEFI ที่มีสาเหตุมาจากบางสิ่งนอกเหนือไปจากผลิตภัณฑ์วัคซีน ความผิดพลาดในการฉีดวัคซีน หรือความวิตกกังวลต่อการฉีดวัคซีน (เช่น ไข้ที่เกิดขึ้นตอนรับวัคซีน แต่ความจริงมีสาเหตุมาจากมาลาเรีย)

เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงน้อยหลังฉีดวัคซีนเอชพีวีที่พบบ่อยสามารถหายไปได้เอง และส่วนน้อยมากๆ ที่ต้องการการรักษา ได้แก่ รอยแดง อาการปวดหรือบวม ณ ตำแหน่งที่ฉีด มีไข้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ และเป็นลม (ดูตอนที่ 4.22)

ในอีกกรณีหนึ่ง เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่มีความรุนแรงมากนั้นพบได้ยากมาก ปฏิกริยาแพ้ยาขั้นรุนแรงสามารถเกิดจากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และควรระมัดระวังถึงข้อห้ามเพื่อหลีกเลี่ยงการให้วัคซีนแก่เด็กหญิงที่เคยมีปฏิกริยาแพ้ต่อองค์ประกอบของวัคซีนมาก่อน หากสงสัยว่ามีปฏิกริยาแพ้ยาขั้นรุนแรง เด็กหญิงควรได้รับการรักษาทันทีตามความจำเป็น เด็กหญิงเหล่านี้ไม่ควรได้รับวัคซีนเอชพีวีขนานต่อไป รวมทั้งวัคซีนชนิดอื่นที่มีองค์ประกอบของวัคซีนเหมือนกัน

ควรมีระบบในการให้ความสะดวกแก่การรายงานและการตรวจสอบหาความจริงทันทีของ AEFI อยู่หน่วยงานที่ดูแลภาวะเบียบข้อบังคับแห่งชาติ และกลุ่มที่ปรึกษาทางวิชาการในการให้วัคซีนแห่งชาติ

(national immunization technical advisory groups : NITAGs) ควรมีบทบาทในการทำงานเชิงรุก การตรวจสอบรายงานของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ขั้นรุนแรง เพื่อประเมินว่ามีความเชื่อมโยงกับวัคซีนเอชพีวีหรือไม่ และจัดทำข่าวสารที่จะใช้ในการสื่อสารเพื่อบรรเทาข่าวลือต่างๆ

เหตุการณ์ทั้งหมดที่สงสัยว่าเป็น AEFI ควรได้รับการรายงานต่อหน่วยงานสุขภาพที่รับผิดชอบทันที โดยใช้แบบฟอร์มการรายงาน AEFI มาตรฐาน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 4.6 และแบบฟอร์มตัวอย่างที่ 6.4 ในภาคผนวก 6) เหตุการณ์ขั้นรุนแรง เช่น การเสียชีวิต การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการเกาะกลุ่มเฉพาะพื้นที่ของ AEFI ควรได้รับการตรวจสอบอย่างรวดเร็ว (ภายใน 48 ชั่วโมง) มีความสำคัญยิ่งที่จะต้องเตรียมการไว้สำหรับการเกิดขึ้นของ AEFI ต่างๆ และมีแผนการจัดการความเสี่ยงไว้ให้พร้อม

.....

^[10] สำหรับข้อมูลมากกว่านี้เกี่ยวกับการจำแนก AEFI ของ WHO มีอยู่ที่เว็บเพจ : <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

4.6.2 การประเมินผล

WHO ให้ข้อเสนอแนะว่าทุกประเทศที่ได้นำวัคซีนชนิดใหม่มาใช้ ควรทำการประเมินผลหลังการนำมาใช้ ทุก 6-12 เดือน โดยประมาณ WHO ได้ตีพิมพ์บทความชื่อ *New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool* ซึ่งได้ให้วิธีการเชิงระบบ การประเมินผลกระทบของการนำวัคซีนชนิดใหม่มาใช้ในระบบ การให้ภูมิคุ้มกันโรคที่มีอยู่ของประเทศ ^[11] เครื่องมือ PIE นี้ได้รับการออกแบบมาสำหรับผู้จัดการบริการฉีดวัคซีน ในประเทศต่างๆ ที่นำวัคซีนชนิดใหม่มาใช้ หรือที่มีวัคซีนแล้วแต่ยังไม่มีการใช้อย่างกว้างขวาง เครื่องมือ PIE ที่จำเพาะต่อการนำวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีมาใช้ มีอยู่ในเว็บไซต์ของ WHO's Immunization, Vaccines and Biologicals ^[12]

.....

^[11] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/

^[12] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

4.6.3 ความยั่งยืน (Sustainability)

ความยั่งยืนของแผนงาน/โปรแกรมใหม่ใดๆ จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาก่อนการดำเนินการ กรณีของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี สิ่งนี้รวมถึงการประเมินอย่างรอบคอบเกี่ยวกับภาระของโรคที่เกิดจากมะเร็งปากมดลูก ขนาด และการกระจายตัวของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ระหว่างตัวเมือง ชนบท ต้นทุนค่าใช้จ่ายโดยประมาณและทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ นอกจากนี้ ต้นทุนค่าใช้จ่ายของการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานการฝึกอบรมและการนิเทศและเวลาที่มีอยู่ของเจ้าหน้าที่ ก็ควรได้รับการนำมาพิจารณาด้วย โดยขึ้นอยู่กับผลการประเมิน กระทรวงสาธารณสุขอาจตัดสินใจที่จะมองหาการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกระทรวงการคลัง สำหรับการขับเคลื่อนทรัพยากร และจากองค์กรนานาชาติเพื่อให้ได้รับวัคซีนฟรีหรือได้รับส่วนลดอย่างมาก เมื่อมั่นใจได้ว่ามีทรัพยากรเพียงพอแล้ว กลยุทธ์การนำวัคซีนมาใช้ก็ต้องได้รับ

การกำหนดขึ้น การประเมินความคุ้มค่าสามารถดำเนินการไปเป็นพื้นฐานให้กับการตัดสินใจเชิงนโยบายว่าจะนำวัคซีนเอชพีวีมาใช้หรือไม่ อย่างไร โดยคำนึงถึงภาระโดยรวมทั้งหมดจากโรคที่มีอยู่ในประเทศ ค่าใช้จ่าย การดูแลรักษาโรค เช่นเดียวกับค่าใช้จ่ายของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีและประโยชน์ที่ได้ในระยะยาว จากวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

ตัวอย่างของข้อพิจารณาต่างๆ ที่สำคัญ สำหรับการวางแผนให้เกิดความยั่งยืนสามารถหาได้ในบทที่ 2 ในตอน เกี่ยวกับการทำนโยบายแห่งชาติ แหล่งทรัพยากรอื่นที่มีประโยชน์สามารถหาได้ที่เว็บเพจของ WHO เกี่ยวกับ *Immunization planning and financing* ^[13] และใน WHO-UNICEF *guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP)* สำหรับการให้ภูมิคุ้มกัน/ วัคซีนต่างๆ ^[14]

หลังจากที่ได้ศึกษาประเด็นต่างๆ เหล่านี้แล้ว ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจจะต้องตัดสินใจว่าแผนงาน/ โปรแกรมที่นำเสนอมานี้จะสามารถทำได้และมีความยั่งยืนหรือไม่

- หากได้รับการตัดสินใจว่าสามารถทำได้และมีความยั่งยืนในปัจจุบัน พวกเขาจะต้องจัดสรรเงินทุน ที่จำเป็นให้ลงไปเป็นระยะเวลามากกว่าหนึ่งปี
- หากได้รับการตัดสินใจว่าไม่สามารถทำได้และ/หรือไม่มีความยั่งยืนตามที่เสนอมา ข้อเสนอจะต้อง ได้รับการทบทวนและแก้ไข ด้วยมุมมองใหม่เพื่อจะลดค่าใช้จ่ายลงในส่วนใดส่วนหนึ่งที่เป็นไปได้รวมถึง การปรับเปลี่ยนลำดับความสำคัญของประชากรกลุ่มเป้าหมาย และ/หรือ การเปลี่ยนแปลงกลยุทธ์ ในการจัดบริการให้วัคซีน

.....

^[13] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/programmes_systems/financing/en/

^[14] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/

WHO guidelines ที่เกี่ยวข้อง

- Human papillomavirus vaccines : WHO position paper, October 2014. Wkly Epidemiol Rec. 2014; 89(43) :465–92 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8943.pdf>).
- Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 –conclusions and recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2014;89(21) :221–36 (<http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>).
- New vaccine post-introduction evaluation (PIE) tool. Geneva : WHO; 2010 (WHO/IVB/10.03; http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/resources/PIE_tool/en/).
- WHO guidance note : comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women. Geneva : WHO; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>).
- WHO information sheet : observed rate of vaccine reactions : human papillomavirus vaccine. Geneva : WHO; 2012 (http://www.who.int/vaccine_safety/initiative/tools/HPV_Vaccine_rates_information_sheet.pdf).
- WHO–UNICEF guidelines for developing a comprehensive MultiYear Plan (cMYP). Geneva : WHO; 2014 (http://www.who.int/immunization/documents/control/WHO_IVB_14.01/en/).
- The WHO–UNICEF joint statement : vaccine donations, August 7, 2010. Geneva : WHO; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IVB_10.09_eng.pdf).

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

เว็บไซต์ต่างๆ ที่เป็นประโยชน์

WHO – Human papillomavirus (HPV) : www.who.int/immunization/topics/hpv

This page provides information on HPV disease burden and HPV vaccine characteristics and safety. It includes links to :

- HPV Vaccine Introduction Clearing House, with technical documents from WHO and partners on various programmatic aspects of HPV implementation, including communication and linkages to adolescent health
- WHO position papers on HPV vaccines (including translations)
- Key points and technical information on HPV vaccines for policy-makers and health professionals
- HPV vaccine policy and programme guidance for countries
- Data on cervical cancer incidence and mortality worldwide

WHO – Human papillomavirus (HPV) vaccine programmatic resources

: www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources

This page includes additional links to :

- Essential training package for HPV vaccine introduction (health worker training materials)
- WHO population estimates of the 9–13 year old age cohort, by single year of age, sex and country, 2010–2020
- WHO Cervical Cancer Prevention and Control Costing Tool (C4P Tool)
- Other WHO tools and materials relevant for HPV vaccination implementation

WHO – Vaccine Safety Basics e-learning course : <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

This course comprises six modules, including Module 3 on adverse events following immunization : classification of AEFIs.

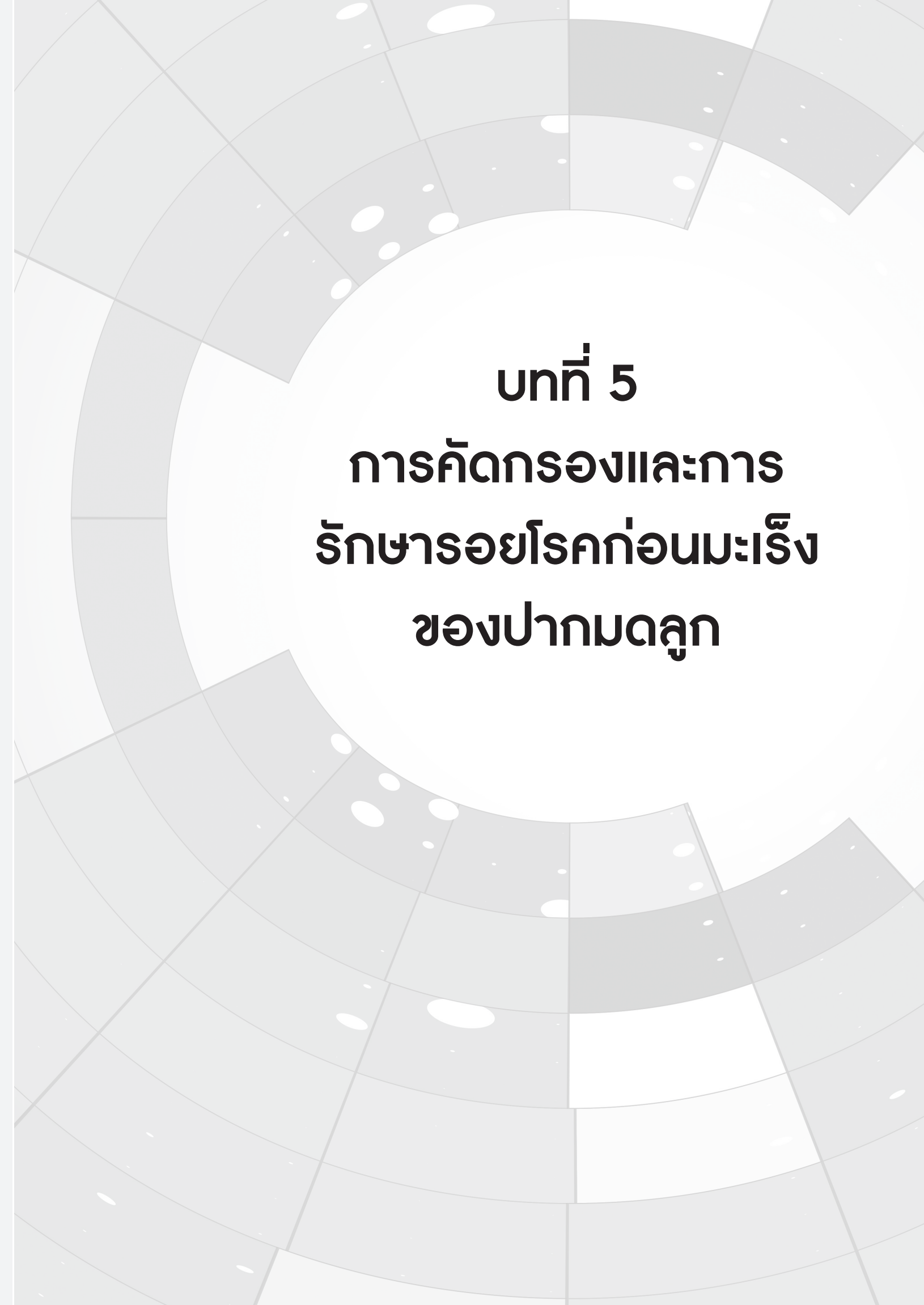
GAVI Alliance – Apply for support : www.gavialliance.org/support/apply/

This webpage provides information and assistance on applying for support from GAVI for HPV demonstration programmes or national introduction (GAVI-eligible countries only).

WHO recommendations for routine immunization – summary tables :

http://www.who.int/immunization/policy/immunization_tables/en/

This webpage is regularly updated with new data and any changes to the recommendations.



บทที่ 5
การคัดกรองและการ
รักษาโรคก่อนมะเร็ง
ของปากมดลูก

บทที่ 5

การคัดกรองและการรักษาอโรคก่อนมะเร็ง ของปากมดลูก

ประเด็นสำคัญ

- การตรวจพบอโรคก่อนมะเร็งได้แต่เนิ่นๆ โดยการคัดกรองสตรีทั้งหมดในกลุ่มอายุเป้าหมายแล้วตามด้วยการรักษาอโรคก่อนมะเร็งนั้น สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้เป็นส่วนใหญ่
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรทำอย่างน้อยหนึ่งครั้งแก่สตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย ซึ่งช่วงอายุที่จะได้ประโยชน์สูงสุดคือ 30-60 ปี
- แนะนำให้ทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยหนึ่งครั้งในสตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย แต่การคัดกรองนี้อาจขยายออกไปถึงสตรีที่อายุน้อยกว่า 30 ปี หากมีหลักฐานว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดอโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (CIN2+)
 - การตรวจหาเอชพีวี (HPV testing) การตรวจทางเซลล์วิทยา (cytology) และวีไอเอ (visual inspection with acetic acid; VIA) ล้วนเป็นวิธีการตรวจคัดกรองที่ได้รับการยอมรับ/แนะนำ
 - สำหรับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้มีประสิทธิผล สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกจะต้องได้รับการรักษาโดยวิธีที่มีประสิทธิผล
 - มีการแนะนำให้ทำตามแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย (screen-and-treat)” หรือไม่ก็ทำตามแนวทาง “คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา (screen, diagnose and treat)”
 - การตัดสินใจว่าจะนำแนวทางใดคัดกรองแล้วรักษามาใช้ในประเทศหนึ่ง หรือสถานบริการดูแลสุขภาพหนึ่งเป็นการเฉพาะนั้น ควรขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ได้แก่ ประโยชน์และอันตราย โอกาสที่สตรีจะไม่กลับมารับการตรวจติดตาม ต้นทุนค่าใช้จ่าย และการมีอยู่ของเครื่องมือ/เครื่องใช้ที่จำเป็น รวมถึงทรัพยากรบุคคล
 - แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” การตัดสินใจรักษาขึ้นอยู่กับผลการตรวจคัดกรองและการรักษาจะทำโดยเร็วได้หรือ โดยอ้อมคดีแล้ว ในทันทีหลังจากพบว่า ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก (นั่นก็คือไม่มีการใช้การทดสอบเพื่อการวินิจฉัย)
 - แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” จะช่วยลดการไม่กลับมารับการตรวจติดตาม และสามารถลดระยะเวลาการคอยการรักษาของสตรีได้
 - สตรีที่มีผลการตรวจโดยวิธีวีไอเอ หรือโดยเซลล์วิทยาเป็นลบ ระยะห่างในการมารับการคัดกรองซ้ำควรเป็นสามถึงห้าปี
 - สตรีที่มีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นลบ ระยะห่างในการมารับการคัดกรองซ้ำควรเป็นอย่างน้อยห้าปี
 - หากสงสัยมะเร็งในสตรีที่มาคัดกรอง พวกเขาไม่ควรได้รับการรักษา (ทันที) แต่ควรได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นที่สามารถทำการวินิจฉัยและรักษามะเร็งได้

- การจี้เย็น (cryotherapy) หรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลและมีความเหมาะสม สำหรับสตรีส่วนใหญ่ที่มีผล การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกเป็นบวก

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

บทนี้จะให้ข้อมูลโดยละเอียด เกี่ยวกับการคัดกรองและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก มีเจ็ดตอนหลัก เริ่มต้นด้วยการบรรยายเกี่ยวกับข้อพิจารณาต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (ตอนที่ 5.1) ตามด้วยภาพรวมของประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึง ความเสี่ยงและประโยชน์ต่างๆ และข้อพิจารณาต่างๆ ทางจริยธรรม (ตอนที่ 5.2) ตอนที่ 5.3 จะบรรยาย ถึงวิธีการต่างๆ ที่ใช้ตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งของปากมดลูกที่มีอยู่ การตรวจหาเอชพีวี (HPV testing) โดยวิธีทาง molecular วิธีการคัดกรองด้วยตาเปล่า และวิธีการคัดกรองทางเซลล์วิทยา และเปรียบเทียบ จุดแข็งรวมถึงข้อจำกัดของวิธีการตรวจเหล่านั้น

ตอนที่ 5.4 ทบทวนวิธีการต่างๆ เพื่อวินิจฉัยรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (การตรวจด้วยกล้องส่อง ขยายผ่านทางช่องคลอด [colposcopy] การตัดชิ้นเนื้อ [biopsy] และการขูดด้านในช่องคอมดลูก [endocervical curettage]) ที่ใช้เพื่อการยืนยันและระบุตำแหน่งที่มีความผิดปกติในสตรีบางรายที่มี ผลการคัดกรองเป็นบวก ตอนที่ 5.5 ทางเลือกต่างๆ ในการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการ วินิจฉัย (cryotherapy, LEEP, และการตัดปากมดลูกด้วยใบมีด [cold knife conization; CKC]) จะได้รับการ บรรยายค่อนข้างละเอียด ได้แก่ ข้อบ่งชี้ จุดแข็ง และข้อจำกัดของแต่ละหัตถการ ตอนที่ 5.6 ครอบคลุม ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และการตรวจติดตามหลังการรักษา

ท้ายที่สุด ตอนที่ 5.7 ของบทนี้ จะเน้นว่าหากต้องการให้มีผลกระทบต่ออุบัติการณ์และอัตราการ เสียชีวิตที่สัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูก ก็เป็นการจำเป็นที่จะต้องเชื่อมโยงการคัดกรองเข้ากับการวินิจฉัย และรักษาเพิ่มเติมสำหรับสตรีทุกคนที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก กลยุทธ์ของการทำแผนงาน/โปรแกรม ที่สามารถนำมาใช้เพื่อทำให้การเชื่อมโยงที่สำคัญยิ่งนี้สมบูรณ์และประสบความสำเร็จก็คือ แนวทาง “คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา” หรือแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ทั้งสองแนวทางนี้จะได้ถูกนำมาวิจารณ์ ข้อแนะนำ ต่างๆ ที่นำเสนอในบทนี้ สำหรับการตรวจคัดกรองและการตรวจวินิจฉัย รวมถึงการรักษาต่างๆ ที่จะนำมาใช้ ในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก มีหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ WHO และได้ให้แนวทางสำหรับทั้งผู้จัดการแผนงาน/โปรแกรมและผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

เอกสารประกอบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับบทนี้ ได้บรรจุข้อมูลที่จำเป็นต้องรู้ สำหรับผู้ให้บริการ เกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ในเรื่องการขอความยินยอม การตรวจภายใน และการดำเนินการตรวจคัดกรอง และการรักษาในแต่ละวิธีได้รับการหยิบยกขึ้นมาพิจารณา เอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.7 ได้รวมแนวทางการ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยหลังจากมีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก

เรื่องของมาเรีย

มาเรียเป็นสตรีชาวนิการากัวอายุ 40 ปี มีบุตรสามคน อาศัยอยู่กับสามีในชุมชนชนบท ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเคยมาเยี่ยมและบอกเธอว่าเธออยู่ในช่วงอายุที่สตรีควรได้รับการตรวจเพื่อดูว่า มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่ปากมดลูกซึ่งอาจแย่งหากไม่ได้รับการรักษา และอีกหลายปีต่อมา อาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด หลังจากนั้นเธอก็ได้รับเชิญชวนให้ไปรับบริการที่คลินิกในชุมชนใกล้เคียง ซึ่งจะมีทีมพยาบาลจากโรงพยาบาลท้องถิ่นมาให้บริการแก่สตรีทุกคนที่อายุ 30-60 ปี ด้วยการตรวจหารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก เธอจะได้รับแจ้งผลการตรวจก่อนที่จะกลับบ้าน และสตรีทั้งหมดที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ก็สามารถที่จะได้รับภายในวันเดียวกันก่อนที่จะกลับบ้าน ไม่กี่วันก่อนที่จะมีคลินิก มีพยาบาลคนหนึ่งได้มาที่ชุมชนของมาเรียแล้วรวบรวมสตรีทั้งหมดมาเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจที่อาจนำมาใช้ และรายละเอียดเกี่ยวกับการรักษา รวมถึงข้อเท็จจริงที่ว่าทั้งการตรวจและการรักษาไม่ได้ทำให้รู้สึกเจ็บปวดมากแต่อาจทำให้รู้สึกไม่สบายอยู่บ้าง

วันที่มีคลินิก มาเรียและสตรีคนอื่นอีก 10 คน จากชุมชนของเธอได้เดินไปด้วยกันถึงคลินิก โดยมีผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนไปด้วย ที่นั่นพวกเธอนั่งอยู่กับผู้ช่วยพยาบาลในบริเวณที่เป็นส่วนตัว ที่ซึ่งสตรีแต่ละคนถูกซักประวัติด้านสุขภาพและสามารถได้รับคำตอบสำหรับคำถามต่างๆ ที่เธอมีการตรวจได้ถูกกระทำในห้องที่เป็นส่วนตัว และหลังจากที่มาเรียแต่งตัวเสร็จเธอก็ได้รับแจ้งว่าปากมดลูกของเธอเป็นปกติ และเธอก็แค่จำเป็นต้องกลับมารับการตรวจอีกครั้งในอีกห้าปีข้างหน้า จากสตรีสิบคนที่มากับเธอ สองรายได้รับแจ้งว่าปากมดลูกมีความผิดปกติเล็กน้อย ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อให้มันไม่แย่ง

คนหนึ่งตัดสินใจรับการรักษาในบ่ายเดียวกันของวันนั้น ส่วนอีกคนหนึ่งตัดสินใจว่าจะกลับมาที่คลินิกเดิมอีกครั้งพร้อมกับสามีของเธอในอีกหนึ่งสัปดาห์ต่อมา สตรีทั้งสองคนที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาล้วนรู้สึกดีใจที่ได้มารับการตรวจที่คลินิก และรู้สึกพอใจมากกับประสบการณ์ที่พวกเธอได้รับ พวกเธอจึงได้แนะนำให้ญาติและเพื่อนสตรีของเธอที่มีอายุ 30-60 ปี ได้ดำเนินรอยตามพวกเธอและมารับการตรวจคัดกรอง รวมถึงการรักษา หากจำเป็น เพื่อที่พวกเธอจะได้ปลอดภัยจากมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกัน

5.1 ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ (Health-care providers)

5.1.1 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเป็นบุคคลสำคัญที่มีความพยายามประสานงานทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ทุกระดับ คือการทำให้มั่นใจว่าสตรีได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ให้บริการอย่างมีคุณภาพ และสตรีที่จำเป็นต้องได้รับการติดตามดูแลและการรักษาที่ได้รับการบริการที่เหมาะสม เมื่อพบว่ามิผลการตรวจคัดกรองผิดปกติหรือพบมะเร็งปากมดลูก ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทำงานประสานความร่วมมือระหว่างกันเองและกับกระทรวงสาธารณสุขผู้วางแผนโปรแกรม ผู้จัดการ และผู้ปฏิบัติงานในชุมชนเพื่อให้มั่นใจว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพ

5.1.2 ใครสามารถให้การคัดกรองที่มีคุณภาพดี?

ด้วยการฝึกอบรมที่มีพื้นฐานอยู่บนความสามารถ (competency-based training) ผู้ให้บริการคนใดที่สามารถทำการตรวจด้วย speculum ย่อมสามารถทำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ (นั่นก็คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผดุงครรภ์ที่ได้รับการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่คลินิก หรือแพทย์) สำหรับรายละเอียดมากกว่านี้ เกี่ยวกับการฝึกผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.7

5.1.3 การประเมินผู้รับบริการและการเตรียมการตรวจคัดกรอง

สตรีควรได้รับการประเมินพื้นฐานก่อนการเข้าสู่กระบวนการตรวจคัดกรอง ควรรวมถึงการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษา การซักประวัติทางสังคมและทางคลินิกสั้นๆ และการตรวจภายในที่ไม่ยุ่งยาก ประเด็นต่างๆ ต่อไปนี้จะเป็นรายละเอียดมากขึ้นเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ขั้นตอนนี้

- เนื่องจากสตรีมักลำบากใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของอวัยวะเพศ จึงอาจไม่เต็มใจที่จะพูดคุยเกี่ยวกับความกังวลหรืออาการของเธอ ดังนั้นการสร้าง ความมั่นใจและคงไว้ซึ่งความไว้วางใจ ต้องพยายามทำให้สตรีมั่นใจว่าจะมีการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ซึ่งจะช่วยให้สตรีได้มากในการลดความไม่เต็มใจลง

- ประโยชน์และความเสี่ยงจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรได้มีการสนทนาเป็นส่วนหนึ่งของการให้สุขศึกษาทั่วไป (ดูตอนที่ 5.2.3) สตรีจำเป็นต้องเข้าใจว่าการคัดกรอง **ไม่ใช่** การตรวจว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ มันเพียงแค่ระบุสตรีที่อาจเป็นมะเร็งในอนาคต โดยการให้ความรู้พื้นฐานถึงวิธีการที่ใช้ตรวจว่า มันทำงานอย่างไรจะสามารถช่วยให้สตรีทุเลาความวิตกกังวลหรือความกลัวได้

- องค์ประกอบที่จำเป็นสำหรับการตรวจภายในทางคลินิก คือการตรวจดูอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและการตรวจดูผ่าน speculum ด้วยตาเปล่า (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.2) ผู้ให้บริการควรอธิบายว่า กำลังจะทำอะไรในแต่ละขั้นตอนระหว่างการตรวจ หากพบว่ามี ความผิดปกติ ผู้ให้บริการก็ควรแจ้งให้สตรีทราบ โดยไม่ทำให้เธอตกใจแต่เรื่องนี้จะดีที่สุดหากทำหลังการตรวจเสร็จสิ้นสมบูรณ์

- สำหรับสตรีบางราย การมีผู้ให้บริการสตรีทำการตรวจภายใน อาจช่วยลดความไม่เต็มใจที่จะต้องรับการตรวจและเพิ่มการยอมรับต่อการตรวจคัดกรองได้ เมื่อผู้ให้บริการเป็นบุรุษการมีเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่คลินิกที่เป็นสตรีอยู่ด้วยในห้องตรวจอาจช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

5.1.4 ปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่พบในระหว่างการคัดกรอง

ความต้องการและสุขภาพของสตรี จะต้องเป็นจุดสำคัญที่สุดของแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันโรค เมื่อใดก็ตามที่เป็นไปได้ ผู้ให้บริการควรนำแนวทางที่ครอบคลุมเพื่อระบุถึงและให้การดูแลแก้ปัญหาสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ให้บริการควรให้ความสนใจเป็นพิเศษแก่อาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงมะเร็ง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือภาวะอื่นๆ ที่ได้ทราบระหว่างการซักประวัติและการตรวจภายในสตรีที่พบว่ามี ความผิดปกติ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถรับการรักษาหรือ

การส่งต่อได้ตามความเหมาะสม นอกจากนี้สตรีควรได้รับโอกาสให้กล่าวถึงความกังวลของตน เกี่ยวกับ ประเด็นสุขภาพทางเพศและการเจริญพันธุ์ด้วย เช่น ความต้องการลึกๆ ที่แท้จริงในการวางแผนครอบครัว

5.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

5.2.1 การคัดกรองคืออะไร?

การคัดกรองคือ มาตรการทางสาธารณสุขที่ให้แก่ประชากรเป้าหมายซึ่งไม่มีอาการ การคัดกรองไม่ได้ ทำไปเพื่อการวินิจฉัยโรค แต่เพื่อระบุบุคคลซึ่งมีโอกาสสูงในการมีโรคหรือมีความผิดปกติก่อนที่จะเป็นโรค

ไม่ใช่โรคทุกโรคเหมาะสมที่จะทำโปรแกรมการตรวจคัดกรอง เกณฑ์ต่อไปนี้จะช่วยในการตัดสินใจว่า โรคนั้นๆ มีความเหมาะสมที่จะทำโปรแกรมการตรวจคัดกรอง หรือไม่

- โรคนั้นจะต้องมีผลตามมาที่ร้ายแรง
- โรคนั้นจะต้องมีระยะที่สามารถตรวจพบได้ก่อนมีอาการทางคลินิก
- การรักษาในระยะก่อนมีอาการทางคลินิกจะต้องมีอิทธิพล (อันพึงประสงค์) ต่อการดำเนินโรค ในระยะยาวและการพยากรณ์ของโรคที่ได้รับการคัดกรองเพื่อการนี้
- การรักษาสำหรับผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ จะต้องมียุ่และสามารถเข้าถึงได้ ธรรมชาติในการดำเนินโรค วิธีการตรวจคัดกรอง และทางเลือกในการรักษาต่างๆ สำหรับรอยโรค ก่อนมะเร็งปากมดลูกล้วนเข้าเกณฑ์เหล่านี้

5.2.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : ภาพรวม

แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีจุดมุ่งหมาย เพื่อทำการคัดกรองสัดส่วนที่ใหญ่ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ถูกกำหนดไว้ในแผนงาน/โปรแกรมแห่งชาติ และทำให้มั่นใจว่าผู้ซึ่งมีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกหรือผิดปกติจะได้รับการรักษาที่เหมาะสม บทที่ 2 ได้กล่าวถึงข้อพิจารณาต่างๆ การดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

5.2.3 ประโยชน์และความเสี่ยงของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขณะที่แผนงาน/โปรแกรมการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลได้ให้ความหวังในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงอย่างมาก แต่ความพยายามในการจัดการคัดกรองขนาดใหญ่ใดๆ ที่มีเป้าหมายคือ ให้ประชากรมีสุขภาพดีสามารถมีทั้งผลดีและผลเสีย

ผลดีหลักของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ การลดลงของอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยการตรวจพบและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งเสียก่อนที่มันจะกลายเป็นมะเร็ง นอกจากนี้ ยังสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่วัยต้นซึ่งแพทย์สามารถรักษาให้หายขาดได้

การตรวจคัดกรองด้วยตัวของมันเอง ไม่มีคุณค่าในการป้องกันโรคอย่างแท้จริง การเชื่อมโยงไปสู่การรักษาเป็นสิ่งจำเป็นที่จะขาดมิได้ หากการเชื่อมโยงนี้ไม่สามารถดำเนินการได้ แผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองก็มีแนวโน้มที่จะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใดๆ ต่ออุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ผลดีในแง่

คุณภาพของสถานบริการดูแลสุขภาพและการให้บริการ สามารถได้มาโดยผ่านทาง การดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการป้องกัน สิ่งเหล่านี้อาจได้แก่ การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ดีขึ้น ทำการฝึกอบรมให้มีความทันสมัยสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เพิ่มความตระหนักรู้ในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรี และการก่อให้เกิดระบบการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพขึ้น (ดูบทที่ 2)

ความเสี่ยงประการหนึ่งของการคัดกรอง ซึ่งมีในทุกวิธีที่ใช้ในการตรวจคัดกรองที่ได้บรรยายไว้ คืออัตราการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งที่ไวเกิน (นั่นก็คือ ผลบวกลวง) ซึ่งนำไปสู่การรักษามากเกินไป ความจำเป็นกับสตรี ซึ่งจริงๆ แล้วเธอไม่ได้มีความเสี่ยงสูงต่อมะเร็งปากมดลูกในขณะนั้น อย่างไรก็ตาม ประโยชน์ที่ได้จากการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งได้แต่เนิ่นๆ (นั่นคือ ผลบวกจริง) เมื่อการรักษาเพื่อป้องกันการดำเนินต่อไปของการเป็นมะเร็งนั้นยังมีอยู่ มีน้ำหนักมากกว่าผลเสียเพียงเล็กน้อยในสตรีที่ได้รับการรักษา ด้วยวิธีใดๆ ที่ได้บรรยายไว้

ความเสี่ยงของการคัดกรองที่มีความสำคัญกว่าอีกประการหนึ่ง คือความเสี่ยงของการได้ผลลบลง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการพลาดโอกาสในการวินิจฉัยโรค ดังนั้น จึงพลาดโอกาสในการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็งระยะต้น

ผู้ปฏิบัติควรตรวจสอบอย่างรอบคอบ เพื่อให้มั่นใจว่าการตรวจคัดกรองได้ทำในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ตามที่ได้มีการกำหนดไว้ในแผนงานแห่งชาติเท่านั้น และมั่นใจว่ามีการจัดสรรทรัพยากรลงไปอย่างเพียงพอ เพื่อการทำงานการคัดกรองให้ครอบคลุมได้ถึงร้อยละ 100 ของสตรีเหล่านี้ รวมถึงการตรวจติดตามที่จำเป็น

แผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองจำเป็นต้องทำให้มั่นใจด้วยว่ามีระบบการส่งต่อที่ทำงาน ได้อยู่เพื่อที่สตรีซึ่งถูกพบว่าเป็นมะเร็งแล้วจะได้รับการส่งต่อและการรักษาที่เหมาะสม

5.2.4 คุณลักษณะต่างๆ ของวิธีการตรวจคัดกรองที่ดี

วิธีการตรวจคัดกรองที่ดีควรมีลักษณะดังนี้ :

- ถูกต้อง : ผลการทดสอบมีความถูกต้องแม่นยำ
- ทำซ้ำได้ : การทำการทดสอบเดิมซ้ำจะให้ผลเช่นเดิม
- ไม่แพง : สามารถซื้อหาหรือจัดหาเพื่อนำเข้ามาใช้ในระบบสุขภาพได้ในรูปของทั้งทรัพยากรการเงิน

และบุคคล และสามารถให้แก่ผู้ป่วยทุกคนและครอบครัวได้ในรูปของการเข้าถึงการบริการที่จำเป็น

- ค่อนข้างง่าย : ไม่ซับซ้อนในการปฏิบัติ และในการติดตามดูแลแก่สตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติ
- เป็นที่ยอมรับ : ยอมรับอย่างดีจากทั้งผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
- ปลอดภัย : กระบวนการในการตรวจและการดูแลรักษาของผู้ที่มีผลการตรวจเป็นบวกมีเหตุการณ์

อันไม่พึงประสงค์น้อยหรือไม่มีเลย

- หาใช้ได้ทั่วไป : สามารถเข้าถึงได้โดยประชากรเป้าหมายทั้งหมด

ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจระดับสูงจะต้องเลือกว่าจะนำวิธีการตรวจหรือวิธีการรักษาใดไปใช้

ดำเนินการในสถานบริการที่กำหนด การเลือกนี้ควรได้รับการตัดสินใจโดยพิจารณาถึงการเปรียบเทียบกันระหว่าง

สมรรถนะของแต่ละวิธีการตรวจ ได้แก่ ความสามารถในการที่จะดำเนินการในแต่ละระดับของระบบสุขภาพที่กำหนด ความสามารถในการจัดหามาใช้และความยั่งยืน และศักยภาพของมันในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ซึ่งทั้งหมดนี้อาจส่งผลให้มี ตัวอย่างเช่น การเลือกใช้วิธีการทดสอบที่แตกต่างกันระหว่างสถานบริการในเมืองกับสถานบริการในชนบท

ทางทฤษฎี วิธีการตรวจคัดกรองที่ดีที่สุด คือวิธีการตรวจที่มีอัตราผลลบลง (นั่นคือ เมื่อผลการทดสอบเป็นลบ/ปกติ แต่จริงๆ แล้วสตรีมีโรคมะเร็ง) ต่ำสุด ขณะเดียวกันมีอัตราผลบวกลง (นั่นคือ เมื่อผลการทดสอบเป็นบวก แต่จริงๆ แล้วสตรีไม่มีความผิดปกติ) ต่ำสุดด้วย ผลลบลงสามารถนำไปสู่การเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งหากไม่สามารถทำการคัดกรองบ่อยๆ ได้ ผลบวกลงสามารถนำไปสู่การรักษาเกินความจำเป็นและเพิ่มความวิตกกังวลโดยไม่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย

ทางปฏิบัติ มีความสำคัญที่จะต้องเลือกวิธีการตรวจ ที่มีความเหมาะสมที่สุด โดยพิจารณาจากสถานบริการที่จะใช้ในการดำเนินโปรแกรม และตัวบุคลากร แหล่งทรัพยากรการเงิน รวมถึงโครงสร้างพื้นฐาน ที่มีอยู่สำหรับการใช้วิธีการตรวจที่ได้รับการเลือกมาแล้วนั้น วิธีการตรวจ จะต้องมีความเหมาะสมกับแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองที่อิงกลุ่มประชากร (population-based screening) เพื่อให้มั่นใจว่าสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้ทั้งหมด และไม่ใช่แค่พวกที่มีช่องทางในการเข้าถึงบริการได้มากกว่าเท่านั้น สำหรับความยั่งยืนระยะยาวระบบสุขภาพจะต้องมีความสามารถในการบำรุงรักษาเครื่องมือที่จำเป็น และสามารถทดแทนวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องการ การเลือกวิธีการตรวจที่ดีที่สุดคือการทำให้ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ มีความสมดุล

5.2.5 อายุ และความถี่ในการตรวจคัดกรอง

ข้อแนะนำของ WHO เกี่ยวกับอายุของกลุ่มเป้าหมายและความถี่ในการคัดกรองล้วนมีพื้นฐานอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีอยู่ ณ เวลาที่ตีพิมพ์ และบนความรู้เกี่ยวกับการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชพีวีและรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (ดูบทที่ 1) การติดเชื้อเอชพีวี (สายพันธุ์) ความเสี่ยงสูงพบได้บ่อยมากในสตรีอายุน้อย แต่การติดเชื้อเหล่านี้ส่วนใหญ่มักเป็นอยู่เพียงชั่วคราวแล้วหายไปตัวเอง เพราะถูกกำจัดโดยภูมิคุ้มกันของร่างกายสตรี เพียงสัดส่วนน้อยของการติดเชื้อเอชพีวีทั้งหมดที่จะยังคงอยู่นานเป็นเวลาหลายปี และอาจนำไปสู่มะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกโดยปกติแล้วดำเนินไปอย่างช้าๆ ใช้เวลา 10–20 ปี จากรอยโรคก่อนมะเร็งไปเป็นมะเร็ง ดังนั้นจึงพบได้ยากก่อนอายุ 30 ปี การคัดกรองสตรีอายุน้อยจะพบกับรอยโรคต่างๆ มากมายที่จะไม่กลายเป็นมะเร็งเลย ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาเกินความจำเป็นไปจำนวนมาก ดังนั้นจึงไม่มีความคุ้มค่า

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ควรเริ่มก่อนอายุ 30 ปี การคัดกรองสตรีอายุ 30-60 ปี แม้เพียงแค่นั้นครั้ง ก็จะสามารถลดการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกลงได้ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับการแนะนำให้ทำแก่สตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมายนี้ก่อน แต่อาจขยายออกไปสู่กลุ่มอายุน้อยกว่าหากพบว่ามีหลักฐานของความเสียหายสูงต่อการมี CIN2+

การตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับอายุของกลุ่มเป้าหมายและความถี่ในการตรวจคัดกรอง โดยปกติแล้วต้องทำที่ระดับชาติโดยมีพื้นฐานอยู่บนสัดส่วนของสตรีที่มีรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งที่ระดับท้องถิ่น

เมื่อเทียบกับสตรีทั้งหมดที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกัน จำนวนของผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ได้รับการบันทึกไว้ในช่วงสองถึงสามปีที่ผ่านมา และทรัพยากรรวมถึงโครงสร้างพื้นฐานต่างๆ ที่มีอยู่ เช่นเดียวกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ความชุกของการมีเชื้อเอชไอวี

เพื่อให้เกิดผลกระทบสูงสุดในแง่ของการลดความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ควรให้ความสำคัญต่อการทำให้เกิดความครอบคลุมสูงสุดก่อน^[1] ร่วมกับการรักษา มากกว่าการแค่ทำให้สตรีได้รับการตรวจคัดกรองมากที่สุดในช่วงชีวิตหนึ่ง สิ่งนี้เป็นความจริงสำหรับสตรีทุกคนโดยไม่ขึ้นอยู่กับสถานะของการมีเชื้อเอชไอวี

สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (visual inspection with acetic acid; VIA) หรือด้วยวิธีเซลล์วิทยา (cytology) เป็นลบ ระยะห่างในการมาตรวจคัดกรองซ้ำควรเป็นทุกสามถึงห้าปี ในหมู่สตรีที่มีผลการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจหาเอชพีวีเป็นลบ ระยะห่างในการมาตรวจคัดกรองซ้ำควรเป็นอย่างน้อยห้าปี หลังจากการตรวจครั้งต่อมาเป็นลบและสำหรับสตรีที่มีอายุมาก ระยะห่างในการมาตรวจคัดกรองซ้ำสามารถนานกว่าห้าปีได้ สตรีที่เคยได้รับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการตรวจติดตามที่ 12 เดือน หลังการรักษา

.....
[1] “ความครอบคลุม” หมายถึงสัดส่วนของสตรีในกลุ่มอายุเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองตามระยะห่างที่ได้แนะนำภายในช่วงระยะเวลาหนึ่งที่กำหนด จำนวนการตรวจคัดกรองที่ได้ทำไปไม่ได้เป็นการวัดความครอบคลุม เนื่องจากจำนวนดังกล่าวนี้อาจรวมถึงสตรีนอกกลุ่มอายุเป้าหมาย และสตรีที่มารับการคัดกรองบ่อยกว่าที่ได้แนะนำไว้

ก. การคัดกรองสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

ข้อแนะนำสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี :

- การคัดกรองสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก ควรทำทั้งในสตรีและเด็กหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ทันทีที่สตรีหรือเด็กหญิงนั้นมีผลการทดสอบเอชไอวีเป็นบวก โดยไม่ขึ้นอยู่กับอายุ
- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีซึ่งมีผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ (นั่นคือ ไม่มีหลักฐานว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็ง) ควรได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำภายในระยะเวลาสามปี
- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีซึ่งเคยได้รับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการตรวจติดตามที่ 12 เดือน หลังการรักษา

สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงกว่าที่จะมีการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นานและการก่อเกิดรอยโรคก่อนมะเร็ง นอกจากนี้ สตรีที่มีเชื้อเอชไอวยังมีแนวโน้มมากกว่าในการเป็นมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุน้อยกว่าและเสียชีวิตเร็วจากโรคกว่าด้วย เพราะว่าพวกเธอเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งได้ตั้งแต่อายุน้อยกว่าและระยะเวลาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งในการกลายไปเป็นมะเร็งก็สามารถสั้นกว่าได้ สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีจึงได้รับการแนะนำให้ปฏิบัติตามกำหนดการคัดกรองที่ต่างออกไป หลังจากผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ พวกเธอจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำภายในเวลาสามปี [ดูผังงาน (flowchart) คัดกรองแล้วรักษาเลย-สำหรับสตรีที่มีเชื้อ

เอชไอวี ในภาคผนวก 9] วิธีการตรวจคัดกรองสามวิธีที่ได้กล่าวถึงในบทนี้ (วีไอเอ การตรวจเอชพีวี หรือเซลล์วิทยา) สามารถนำมาใช้สำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี เช่นเดียวกับการรักษาด้วยการฉีดยาและการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า

ไม่ได้มีความจำเป็นที่ต้องคัดกรองเอชไอวีร่วมกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม พื้นที่ที่มีเชื้อเอชไอวีชุกชุม สตรีควรได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี เพื่อที่พวกเขาจะได้ทราบถึงสถานะของตนเอง และหากเป็นบวก พวกเขาควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับความหมายของผลการตรวจ ได้รับการรักษาและการตรวจติดตามที่เหมาะสม ประเทศที่มีความชุกของเชื้อเอชไอวีสูงการให้บริการควบคุมมะเร็งปากมดลูกดังที่ได้บรรยายไว้ในบทที่ 2 อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดหากเป็นการบูรณาการสองทาง (two-way integration) กับการให้บริการเอชไอวี นั่นคือ สตรีที่มาใช้บริการไม่ว่าเรื่องเอชไอวีหรือการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากไม่ทราบสถานะเอชไอวีของตน หรือไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเร็วๆ นี้ ก็ควรได้รับการเสนอให้บริการคัดกรองอีกโรคหนึ่งเสมอ มันไม่ใช่เรื่องแปลกที่สตรีทราบเป็นครั้งแรกว่าตนเองมีสถานะเอชไอวีเป็นบวก ตอนที่มารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั่นเอง

5.2.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรมสำหรับแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่ขาดแคลนให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการวินิจฉัยและรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก จะต้องพิจารณาถึงความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นจากโรค และความสำเร็จที่น่าจะเกิดขึ้นจากมาตรการหนึ่งเพื่อการลดความทุกข์ทรมานและการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับโรคนั้น เปรียบเทียบกับการใช้ทรัพยากรที่ขาดแคลนเหล่านี้ เพื่อการป้องกันหรือควบคุมโรคอื่น

มะเร็งปากมดลูก เมื่อมองผ่านเลนส์นี้ สามารถก่อให้เกิดภาระอันหนักอึ้งของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิต และมาตรการ(การคัดกรองแล้วรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง) สามารถป้องกันโรคนี้ได้เป็นส่วนใหญ่ สิ่งนี้ทำให้การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกเป็นทางเลือกที่สมเหตุสมผลและถูกจริยธรรมในการใช้ทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด

ขณะที่การตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของโปรแกรม (ต่างๆ) ที่โดยปกติต้องทำอยู่แล้วในระดับประเทศ ผู้ให้บริการด้านสุขภาพก็ควรเข้าใจถึงเหตุผลต่างๆ สำหรับการตัดสินใจ เพื่อที่พวกเขาจะได้มีแรงผลักดันในการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม ในวิถีทางที่ตระหนักถึงความคุ้มค่า และสามารถอธิบายถึงลำดับความสำคัญของแผนงาน/โปรแกรมที่ต้องทำก่อนให้แก่ผู้ป่วยของพวกเขาได้ทราบ

ก่อนการดำเนินแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรอง ส่วนประกอบต่างๆ ต่อไปนี้ควรได้รับการพิจารณา เพื่อให้มั่นใจได้ว่ามีแนวทางที่ถูกต้องจริยธรรมและเสมอภาค

- การคัดกรองแล้วรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง เช่นเดียวกับการรักษามะเร็ง ควรสามารถเข้าถึงได้โดยสตรีทุกคนในกลุ่มอายุเป้าหมาย รวมถึงคนที่ยากจนที่สุด อ่อนแอที่สุด และเข้าถึงยากที่สุด ก็ควรสามารถเข้าถึงได้

- การรักษาคอหอยจะมีอยู่และสามารถเข้าถึงได้ วิธีการตรวจวินิจฉัยและตรวจเพื่อยืนยัน (หากมีรวมอยู่ในแผนงาน/โปรแกรม) คอหอยจะมีอยู่เช่นกัน รวมถึงการติดตามที่เหมาะสมหลังจากที่ได้ทำการตรวจ
- ผู้ป่วย ผู้ให้บริการ และคนในชุมชน ควรได้รับสุศึกษา เพื่อให้มั่นใจได้ว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปเกี่ยวกับการคัดกรองและรักษา เกิดขึ้นหลังจากได้รับข้อมูลแล้ว
- ระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย ควรทำให้มั่นใจว่ามีการรักษาเป็นความลับ
- ผู้ให้บริการควรได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเพียงพอ และมีแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลรักษา รวมถึงติดตามสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก
- ระบบการส่งต่อคอหอยพร้อมสำหรับทุกปัญหาด้านสุขภาพที่พบระหว่างดำเนินการคัดกรอง เช่น
 - การให้บริการรักษาและการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก
 - การรักษาความผิดปกติทางอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ

ก. การเลือกหลังได้รับข้อมูล (informed choice) และการยินยอมหลังได้รับข้อมูล (informed consent)

การเลือกหลังได้รับข้อมูล : ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เพื่อที่เธอสามารถตัดสินใจเลือก (informed choice) เกี่ยวกับว่าจะรับหรือปฏิเสธการตรวจ หรือแนวทางการปฏิบัติที่ได้รับการเสนอจากผู้ให้บริการ ข้อมูลนี้ ซึ่งจะให้เข้าและได้รับการยืนยันก่อนจะทำมาตรการใดๆ (ในกรณีของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก) ความหมายและสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาในกรณีที่ผลการตรวจเป็นบวก การรักษาที่มีอยู่ ตลอดจนความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญหากเธอปฏิเสธการคัดกรองและการรักษาที่เกี่ยวข้อง

การยินยอมหลังได้รับข้อมูล : หมายถึงการอนุญาตด้วยวาจาอย่างชัดเจนหรือเป็นลายลักษณ์อักษร (หนังสือยินยอม) ที่ผู้ป่วยให้เพื่อจะรับหัตถการหรือการตรวจ เมื่อเธอ (หรือผู้เกี่ยวข้อง) ได้รับข้อมูลที่เพียงพอที่จะทำการเลือก (informed choice)

ทั้งการเลือกหลังได้รับข้อมูลและการยินยอมหลังได้รับข้อมูล ล้วนมีพื้นฐานอยู่บนหลักการทางจริยธรรมของการเป็นอิสระและความเคารพ (principles of autonomy and respect) ต่อบุคคลหลายวัฒนธรรมที่ความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้ความยินยอมอาจหมายถึง กระบวนการตัดสินใจร่วมกันกับคนอื่นๆ เช่น สามี/คูชีวิต ครอบครัว และ/หรือ ผู้นำหมู่บ้าน การให้ข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งให้ผ่านสุศึกษาและการให้คำปรึกษาสามารถทำให้มั่นใจได้ว่าสตรีและสมาชิกในครอบครัวใหญ่ของเธอเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก รวมถึงทราบว่าใครบ้างที่มีความเสี่ยง การคัดกรองสามารถลดความเสี่ยงได้อย่างไร และอันตรายที่อาจมีได้จากการคัดกรองหรือการรักษา หลังจากได้รับข้อมูลเหล่านี้แล้วก็ต้องเป็นผู้ป่วยที่ทำการเลือกเองด้วยคำแนะนำและการสนับสนุนจากบุคคลอื่นที่ใกล้ชิดเธอ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องมีสิทธิ์รู้ถึงโอกาสว่าผู้ป่วยอาจตกอยู่ภายใต้การบังคับขู่เข็ญ และควรพยายามทำให้แน่ใจว่าตัดสินใจของผู้ป่วยไม่ได้เกิดภายใต้การบังคับขู่เข็ญ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.1 เกี่ยวกับการขอความยินยอมหลังได้รับข้อมูล

5.2.7 การป้องกันการติดเชื้อในแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กิจกรรมทางคลินิกทั้งหมด ควรเอาใจใส่ต่อการป้องกันการติดเชื้อด้วยความระมัดระวังเป็นพิเศษ ผู้ให้บริการควรใช้ถุงมือสะอาดทั้งสองมือ เมื่อทำการตรวจด้วย speculum หรือโดยใช้สองมือ (bimanual examination) การเอาชิ้นเนื้อออกมาตรวจ รวมถึงการทำหัตถการต่างๆ เช่น การจี้เย็บ สำหรับหัตถการต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการเสียเลือดมาก เช่น การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า ผู้ให้บริการควรใช้ถุงมือปราศจากเชื้อ แนวทางปฏิบัติต่างๆ เกี่ยวกับการล้างมือ การจับต้องเครื่องมือและการทิ้งวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ รวมถึงถุงมือ ควรได้รับการปฏิบัติตามอย่างระมัดระวัง เพื่อป้องกันการติดต่อของเชื้อโรคต่างๆ รวมถึงเอชไอวี มันมีความสำคัญที่จะต้องใช้ข้อควรระวังในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (infection prevention and control; IPC) มาตรฐาน (ดูภาคผนวก 3) กับผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าพวกเขาจะดูป่วยหรือสบายดี ไม่ว่าจะทราบหรือไม่ทราบ สถานะของเอชไอวี หรือสถานะของการติดเชื้ออื่นๆ ก็ตาม ด้วยวิธีการนี้ ผู้ให้บริการจะได้ปกป้องทั้งคนไข้ของพวกเขาและตนเองจากการติดเชื้อ เป็นการคุ้มค่าที่จะทำให้ความพยายามต่างๆ ในการป้องกันการติดเชื้อ ปรากฏแก่สายตาของสตรีที่กำลังมารับการตรวจคัดกรอง (เช่น การล้างมือและการเปลี่ยนถุงมือใหม่) เพื่อลดความวิตกกังวลใดๆ ที่เธออาจมีเกี่ยวกับความปลอดภัยและสุขอนามัย

5.3 วิธีการตรวจคัดกรองต่างๆ สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

จนกระทั่งไม่กี่ปีที่ผ่านมา เรามีวิธีการเดียวในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ แพปสเมียร์ (Papanicolaou; Pap smear) หรือเซลล์วิทยา ในประเทศที่มีรายได้สูงซึ่งได้ใช้แพปสเมียร์ สำหรับการตรวจคัดกรองที่อิงกลุ่มประชากรมานานกว่าสามทศวรรษ พบว่า มีการลดลงอย่างมากของภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม การตรวจคัดกรองที่อิงกลุ่มประชากรโดยใช้เซลล์วิทยา ประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง มักไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากขาดทรัพยากรทางการเงินในการจัดตั้งและรักษาไว้ซึ่งระดับที่จำเป็นของโครงสร้างพื้นฐานทางสุขภาพ รวมถึงห้องปฏิบัติการและทรัพยากรบุคคลที่มีทักษะ ซึ่งล้วนมีไม่เพียงพอในสถานบริการส่วนใหญ่

วิธีการใหม่ๆ ซึ่งได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือการตรวจคัดกรองหาเอชพีวีโดยวิธีทาง molecular และวีไอเอ วิธีการใหม่ๆ เหล่านี้ได้รับการบรรยายไว้ข้างล่างนอกเหนือไปจากวิธีการตรวจคัดกรองโดยเซลล์วิทยา ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.3 ด้วย สำหรับข้อสังเกตที่สำคัญเกี่ยวกับวิธีการคัดกรองต่างๆ

5.3.1 การตรวจหาเอชพีวี (HPV testing)

ก. คุณสมบัติ

วิธีการต่างๆ ที่ตรวจหาเอชพีวี (HPV testing) โดยวิธีทาง molecular มีพื้นฐานอยู่ที่การตรวจจับ DNA จากเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูงที่อยู่ในสิ่งส่งตรวจจากช่องคลอดหรือปากมดลูก ไม่แนะนำให้ทำการตรวจในสตรีอายุน้อยกว่า 30 ปี เพราะสตรีอายุน้อยจำนวนมากได้รับการติดเชื้อเหล่านี้ แต่การติดเชื้อส่วนใหญ่จะถูกกำจัดออกจากร่างกายของพวกเธอไปได้เองก่อนอายุ 30 ปี ดังนั้น การตรวจหาเอชพีวีในสตรีที่อายุน้อยกว่านี้

ก็จะตรวจเจอสตรีจำนวนมากที่มีเพียงการติดเชื้อชั่วคราว และอาจทำให้สตรีเหล่านี้ต้องได้รับหัตถการและการรักษาต่างๆ ที่ไม่จำเป็น ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตราย ความวิตกกังวล ความไม่สบายและเสียค่าใช้จ่าย

อย่างไรก็ตาม เมื่อสตรีมีอายุมากขึ้นเกิน 30 ปี หากยังคงพบเชื้อเอชพีวีความเสี่ยงสูงอยู่ ก็มีโอกาสมากขึ้นว่าการติดเชื้อเอชพีวีของเธอจะคงอยู่นาน เนื่องจากการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นานเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกเกือบทุกราย ฉะนั้นผลการตรวจที่เป็นบวกในสตรีอายุมากกว่า 30 ปี จึงบ่งชี้ว่า เธออาจมีรอยโรคอยู่ หรืออาจมีความเสี่ยงต่อการมีรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งในอนาคต (ดูบทที่ 1 ตอนที่ 1.3.4 และ 1.3.5) เพราะฉะนั้น การรักษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกเหล่านี้ จึงสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในอนาคตลงได้อย่างมาก

การตรวจหาเอชพีวี กำลังถูกรวมเข้ามาใช้ในโปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสถานที่ที่มีทรัพยากรมาก โดยใช้เป็นวิธีการตรวจคัดกรองเริ่มต้น (primary screening test) ปัจจุบันการตรวจ โดยวิธีนี้ยังต้องการต้นทุนที่สูงและผ่านกรรมวิธี (process) ทางห้องปฏิบัติการซึ่งซับซ้อนก่อนที่จะได้รับผลกลับมา ขณะนี้กำลังมีการทดสอบการตรวจหาเอชพีวีชนิดใหม่ที่มีราคาถูกลง และสามารถผ่านกรรมวิธีที่ไม่ซับซ้อนได้ที่สถานบริการเดียวกันกับสถานที่เก็บส่งตรวจ อยู่ในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัดสองสามแห่ง และจะมีวางตลาดในอีกไม่นาน

เมื่อมีการวางแผนที่จะใช้การตรวจคัดกรองโดยหาเอชพีวีโดยวิธีทาง molecular ในแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ก็มีความสำคัญที่จะต้องใช่วิธีการตรวจหาเอชพีวีที่มีมาตรฐาน ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางคลินิก ซึ่งวิธีการตรวจหาเอชพีวีที่พัฒนาขึ้นมาเองในท้องถิ่นล้วนไม่มีความเหมาะสม ถ้าหากพวกมันไม่ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงทางคลินิกและทำให้มีมาตรฐานอย่างเข้มงวด

ข. ใครควรได้รับการตรวจ?

ด้วยเหตุผลต่างๆ ที่ได้บรรยายไว้ข้างบน การตรวจหาเอชพีวีจึงควรได้รับการเก็บไว้ใช้เฉพาะสตรีที่มีอายุมากกว่า 30 ปี หรืออายุที่ได้รับการระบุไว้ในแนวทางแห่งชาติที่ได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัยแล้ว

ค. วิธีการตรวจคัดกรอง

การตรวจหาเอชพีวี สามารถทำได้โดยไม่จำเป็นต้องมีการตรวจภายในหรือต้องเห็นปากมดลูก ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสามารถเก็บตัวอย่างของเซลล์ได้ด้วยการสอดแปรงเล็กๆ หรืออุปกรณ์อื่นๆ ที่เหมาะสม ลึกเข้าไปในช่องคลอดแล้วนำมาใส่ไว้ในภาชนะขนาดเล็กที่บรรจุน้ำยารักษาเซลล์ (preservative solution) ที่เหมาะสมอยู่ ตัวอย่างของเซลล์อาจถูกเก็บในระหว่างการตรวจด้วย speculum ก็ได้ส่งตรวจสามารถเก็บได้เองโดยสตรี ด้วยเธอสามารถรับแปรงและภาชนะพิเศษและคำแนะนำการใช้จากผู้ให้บริการ กลยุทธ์นี้สามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้มากในการให้บริการด้านสุขภาพ และยังให้ความสะดวกขึ้นมากแก่สตรี

สำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการเก็บส่งตรวจ สำหรับการตรวจหาเอชพีวี ดูเอกสารประกอบปฏิบัติที่ 5.4

ด้วยการใช้วิธีการตรวจหาเอชพีวีตามที่มีอยู่ในปัจจุบัน ภาชนะที่ใช้ใส่สิ่งส่งตรวจจำเป็นต้องได้รับการขนส่ง ไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อผ่านกรรมวิธีโดยนักเทคนิคที่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งจะเป็นผู้ลงบันทึกข้อมูลต่างๆ แล้วส่งผลกลับมาให้ แต่การตรวจแบบใหม่เร็วๆ นี้ จะช่วยให้ดำเนินการกรรมวิธีได้ที่สถานบริการเลย

ง. จุดแข็งและข้อจำกัด

การตรวจหาเอชพีวี มีความไวสูงในการตรวจพบการติดเชื้อเอชพีวีในสตรี อย่างไรก็ตามในขณะที่การติดเชื้อเอชพีวีเป็นตัวตั้งต้นที่จำเป็นสำหรับมะเร็งปากมดลูก การมีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวกไม่ได้ยืนยันว่าสตรีมีรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก มันเพียงแคื่อยืนยันว่ามีการติดเชื้อเอชพีวีอยู่ การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อการตรวจหาเอชพีวีสามารถทำได้ที่สถานบริการใดๆ หรือแม้แต่ในชุมชน ทรายบแท่ที่มีห้องปฏิบัติการที่เหมาะสมตั้งอยู่ภายในระยะเวลาที่สมเหตุสมผล และมีการขนส่งสิ่งส่งตรวจที่ไว้วางใจได้

ปัจจุบันกรรมวิธีในการตรวจหาเอชพีวีโดยวิธีทาง molecular ที่ห้องปฏิบัติการ มีความจำเป็นต้องมีห้องซึ่งสะอาดเป็นพิเศษเพื่อหลีกเลี่ยงการปนเปื้อน ต้องมีเครื่องมือและสารเคมีตามที่ได้รับอนุญาตโดยบริษัทผู้ผลิตและยังต้องมีนักเทคนิคที่ได้รับการฝึกอบรมมา ซึ่งทั้งหมดนี้สามารถจำกัดการใช้การตรวจคัดกรองหาเอชพีวีในบางสถานที่ หากไม่มีวิธีที่น่าเชื่อถือที่ใช้ในการดำเนินการกรรมวิธีและการส่งผลการตรวจกลับไปยังผู้ช่วยภายในระยะเวลาที่สมเหตุสมผล อาจก่อให้เกิดอุปสรรคต่อการใช้การตรวจหาเอชพีวีในแง่ค่าใช้จ่ายและคุณภาพ

การตรวจหาเอชพีวีวิธีใหม่ที่มีราคาถูกลงซึ่งจะมีวางตลาดเร็วๆ นี้ จะช่วยบรรเทาข้อจำกัดนี้เพราะวิธีเหล่านั้นสามารถดำเนินการได้ที่คลินิกที่เก็บสิ่งส่งตรวจนั่นเอง โดยใช้อุปกรณ์ที่เรียบง่ายกว่า และต้องการการฝึกอบรมน้อยกว่า

5.3.2 วิธีการคัดกรองโดยใช้การดู

ก. คุณลักษณะ

วีไอเอ (visual inspection with acetic acid; VIA) เป็นวิธีการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์แต่เนิ่นๆ ที่สามารถเห็นได้เมื่อใช้ speculum ตรวจดูปากมดลูกด้วยตาเปล่า หลังจากป้ายปากมดลูกด้วยกรดอะซิติก (acetic acid) เจือจางความเข้มข้นร้อยละ 3-5 ไปแล้ว 1 นาที^[2] วิธีการนี้ต้องการการฝึกอบรมและการติดตามติดตามของผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิ เช่นเดียวกับกับการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพไปด้วย

^[2] กรดอะซิติก (acetic acid) เป็นส่วนประกอบหลักของน้ำส้มสายชูเกือบทุกชนิด จะต้องใช้น้ำส้มสายชูที่มีความเป็นกรดร้อยละ 3-5 เพื่อที่จะสามารถตรวจพบรอยโรคได้อย่างถูกต้อง

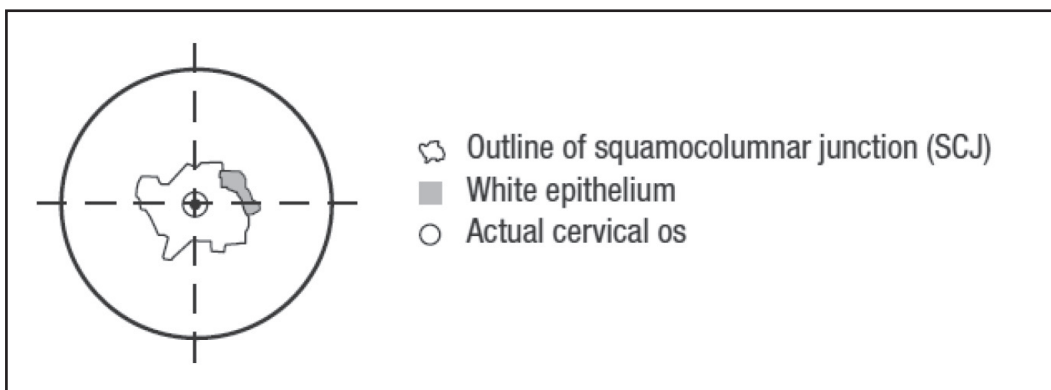
ข. ใครควรได้รับการตรวจ?

วีไอเอมีความเหมาะสมหากจะนำมาใช้ในสตรีที่ SCJ (squamocolumnar junction) ยังคงสามารถมองเห็นได้ โดยเฉพาะในรายที่มีอายุไม่เกิน 45 ปี (ดูบทที่ 1 ตอนที่ 1.2) นี่เป็นเพราะว่า SCJ จะค่อยๆ ถอยร่นเข้าไปด้านในช่องคอมดลูก เมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดระดู ทำให้เป็นไปได้ที่จะพลาดไม่เห็นรอยโรคหากพึ่งพาการตรวจด้วยการดูเพียงอย่างเดียว

ค. ทำการตรวจคัดกรองอย่างไร

วีไอเอต้องการใช้ speculum และแสงไฟส่องสว่าง รวมถึงผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรม ผู้ให้บริการจะทำการตรวจด้วย speculum ระบุ SCJ และตรวจดูปากมดลูกอย่างรอบคอบว่ามีสัญญาณของการสงสัยมะเร็งหรือรอยโรคก่อนมะเร็งหรือไม่ แล้วใช้สารละลายอะซิติกความเข้มข้นร้อยละ 3-5 ป้ายลงบนปากมดลูกโดยใช้ไม้พันสำลีขนาดใหญ่ หลังจากการเอาไม้พันสำลีออก ผู้ให้บริการรอเวลาอย่างน้อยหนึ่งนาที ในระหว่างนั้นบริเวณใดที่เกิดรอยฝ้าขาวต่างๆ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการอักเสบหรือการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (metaplasia) ของเซลล์ที่บริเวณกลายรูป (transformation zone; TZ) จะหายไป การเปลี่ยนแปลงเป็นฝ้าขาวจากสารละลายอะซิติก ที่เรียกว่า acetowhite บนปากมดลูกที่ไม่หายไปหลังจากหนึ่งนาที มีแนวโน้มว่าจะมีความสัมพันธ์กับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งปากมดลูก หากรอยโรคเหล่านี้พบว่ามีอยู่ในบริเวณ TZ และมีขอบเขตชัดเจน จะได้รับการพิจารณาว่าเป็นผลบวก (ดูบทที่ 1 ตอนที่ 1.2.4 และ/หรืออภิธานศัพท์ สำหรับรายละเอียดของ transformation zone) หากไม่พบว่ามีเปลี่ยนแปลงเป็นฝ้าขาวที่คงอยู่ จะรายงานว่าเป็นผลลบ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับวีไอเอ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ ที่ 5.5

รูปที่ 5.1 : ผลการตรวจวีไอเอที่ได้รับการบันทึกเป็นภาพวาดพร้อมคำบรรยาย



ง. จุดแข็งและข้อจำกัด

การตรวจโดยวิธีวีไอเอสามารถตรวจพบได้ทั้งการเปลี่ยนแปลงแต่เนิ่น ๆ และรอยโรคก่อนมะเร็งที่มีความรุนแรงมาก การทราบผลทันทีให้โอกาสผู้ป่วยในการรับการรักษากายในการมารับบริการครั้งเดียว นั่นคือ แนวทางการตรวจรักษาในคราวเดียว (single visit approach; SVA) อีกทางเลือกหนึ่ง หากผู้ป่วยเลือกที่จะไม่รับการรักษาทันที หรือการรักษาทันทีไม่สามารถทำได้ การรักษาก็สามารถทำได้ภายใน 1 รอบประจำเดือน ขึ้นตอนในการวินิจฉัย เช่น การตรวจด้วยกล้องส่องขยาย และ/หรือ ตัดชิ้นเนื้อ (colposcopy and/or biopsy) โดยปกติแล้วจะยังไม่ทำในขั้นตอนนี้ (ที่ในสถานบริการเดียวกันกับที่คัดกรอง) แต่ถ้าหากปากมดลูกแสดงให้เห็นสัญญาณที่ไม่ปกติใดๆ หรือผู้ให้บริการสงสัยมะเร็ง ผู้ป่วยสามารถได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยเพิ่มเติม

วีไอเอนั้นมีราคาค่อนข้างถูก ใช้เพียงวัสดุอุปกรณ์ที่หาได้ในท้องถิ่น (น้ำส้มสายชู และไม้พันสำลี) และไม่ขึ้นกับการใช้บริการห้องปฏิบัติการ สามารถปฏิบัติได้โดยผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมที่มีความสามารถในการมองเห็นที่ตีพอ ณ ที่ระดับใดก็ได้ของระบบสุขภาพ การฝึกอบรมสามารถทำให้สำเร็จได้ภายในระยะเวลาไม่กี่วัน ด้วยการใช้นโยบายที่มีพื้นฐานอยู่บนความสามารถ (competency-based) วีไอเอเป็นการตรวจที่ขึ้นอยู่กับบุคคล (subjective) เพราะฉะนั้นจึงขึ้นอยู่กับทักษะและประสบการณ์ของผู้ให้บริการที่เป็นผู้ทำการตรวจ ทักษะจะต้องถูกใช้อย่างสม่ำเสมอ และแนะนำให้เข้าหลักสูตรพื้นฐานฟูริซการเป็นระยะด้วย เนื่องจากธรรมชาติที่ขึ้นอยู่กับบุคคลของวิธีการตรวจ การควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพสำหรับวีไอเอ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง สิ่งนี้สามารถทำได้โดยผ่านกระบวนการนิเทศและ การติดตามดูแลอย่างสม่ำเสมอ สำหรับข้อมูลที่จำเพาะมากกว่านี้โปรดศึกษาจากแนวทางของ WHO/PAHO : *Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes (ที่ได้รับการตีพิมพ์ในปีค.ศ. 2013)* ^[3]

.....

^[3] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>

5.3.3 วิธีการคัดกรองทางเซลล์วิทยา

ก. คุณสมบัติ

การคัดกรองทางเซลล์วิทยา เกี่ยวข้องกับการนำตัวอย่างของเซลล์จากบริเวณ (transformation zone; TZ) ทั้งหมด (ดูบทที่ 1 ตอนที่ 1.2.4 และ/หรือ อภิธานศัพท์ สำหรับรายละเอียดของ TZ) เซลล์อาจจะได้รับการตรึง (fixed) บนสไลด์ที่สถานบริการ (Pap smear) หรือไม่ก็ใส่ลงไปในน้ำยาที่ใช้ขนส่ง (liquid-based cytology; LBC) แล้วจึงส่งไปที่ห้องปฏิบัติการ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญเทคนิคด้านเซลล์วิทยาจะทำการตรวจดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ หากพบว่ามีเซลล์ผิดปกติจากการตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ ความรุนแรงของความผิดปกติจะได้รับการจำแนกโดยใช้ระบบเบเธสดา (Bethesda System) (ดูภาคผนวก 5)

แผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองอวัยวะสืบพันธุ์วิทยา สามารถใช้ได้ทั้งสองวิธีที่มีอยู่ คือ แพลสมียร์ดั้งเดิม (conventional Pap smear) หรือเซลล์วิทยาที่ใช้สำลายนําส่ง (LBC) ด้วยวิธีเซลล์วิทยาดั้งเดิม ตัวอย่างของเซลล์จะได้รับการป้ายลงบนแผ่นสไลด์กระจก แล้วรักษาไว้ด้วยสารที่ทำให้เซลล์ติดตรึงกับแผ่นกระจก (fixative agent), LBC ได้รับการนำมาใช้ในชวงกลางทศวรรษที่ 1990 มันเป็นการปรับปรุงวิธีเซลล์วิทยาแบบดั้งเดิมให้ดีขึ้น และกำลังได้รับการนำมาใช้เพิ่มขึ้นในสถานที่ที่มีทรัพยากรมากและกลาง สำหรับ LBC แทนที่จะป้ายตัวอย่างเซลล์ลงบนแผ่นสไลด์ มันจะถูกใส่ลงในภาชนะที่บรรจุสำลายนําส่งเก็บรักษาเซลล์ แล้วส่งไปที่ห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์

ข. ใครควรได้รับการตรวจ?

การคัดกรองทางเซลล์วิทยา สามารถนำมาใช้กับสตรีในประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อการคัดกรองได้ (ดูตอนที่ 5.2.5 ในตอนต้นของบทนี้)

ค. ทำการตรวจคัดกรองอย่างไร

การเก็บตัวอย่างทางเซลล์วิทยาต้องการการตรวจด้วย speculum และแสงไฟส่องสว่างที่เพียงพอแก่การมองเห็นผิวหน้าของปากมดลูกทั้งหมด ผู้ให้บริการจะเก็บสิ่งส่งตรวจ จากผิวหน้าของปากมดลูกและจากด้านในช่องคอมดลูกด้วยการใช้ spatula หรือแปรง (brush) แล้วป้ายลงบนแผ่นสไลด์ (กรณีแพลสมียร์) หรือใส่ลงภาชนะที่บรรจุสำลายนําส่งเก็บรักษาเซลล์ (กรณี LBC) สิ่งส่งตรวจจะต้องได้รับการติดฉลากอย่างเหมาะสม แล้วจึงส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการซึ่งมีบุคลากรผู้มีทักษะอยู่ เพื่อนำมันผ่านกรรมวิธีและแปลผล (ดูเอกสารประกอบปฏิบัติการที่ 5.6 สำหรับคำแนะนำมากกว่านี้)

ง. จุดแข็งและข้อจำกัด

แผนงาน/โปรแกรมการคัดกรองโดยเซลล์วิทยาที่ได้มีการดำเนินการอย่างดี สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้อย่างประสบความสำเร็จ อย่างไรก็ตาม แผนงาน/โปรแกรมการคัดกรองโดยเซลล์วิทยามีขั้นตอนต่างๆ มากมายและเผชิญกับปัญหาที่สำคัญหลายอย่าง โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัด สิ่งส่งตรวจจะต้องได้รับการเก็บมาอย่างเหมาะสม ตรึง/เก็บรักษา ขนส่งอย่างปลอดภัยไปยังห้องปฏิบัติการผ่านกรรมวิธีและแปลผลอย่างถูกต้องแม่นยำ แล้วผลการตรวจจะต้องถูกแจ้งกลับไปยังผู้ให้บริการอย่างเชื่อถือได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการแจ้งผลและการตรวจติดตามหรือการรักษาที่จำเป็น ดังนั้น มีโอกาสมากมายสำหรับปัญหาทางการขนส่ง ที่จะเข้ามาเป็นอุปสรรคต่อแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองให้ประสบความสำเร็จ

เซลล์วิทยาที่ใช้สำลายนําส่ง (LBC) มีข้อได้เปรียบบางอย่างเหนือวิธีดั้งเดิม สิ่งส่งตรวจที่ได้มาเป็นตัวแทนของบริเวณที่เก็บตัวอย่างมาได้ดีกว่า และโดยทั่วไปแล้วมีอัตราการได้สิ่งส่งตรวจไม่เป็นที่น่าพอใจ (unsatisfactory specimen) ต่ำกว่า และมีโอกาสในการที่มีเซลล์อักเสบหรือเม็ดเลือดแดงไปบดบังเซลล์ที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจบนสไลด์ลดลงด้วย ยิ่งกว่านั้น เสียเวลาในการแปลผลสิ่งส่งตรวจแต่ละชิ้นน้อยกว่า และสิ่งส่งตรวจที่ได้มาสามารถนำไปใช้ในการตรวจหา DNA ของเชื้อเอชพีวี และโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ได้ด้วย อย่างไรก็ตามวิธีนี้มีค่าใช้จ่ายสูงที่ต้องการเทคโนโลยีขั้นสูง รวมถึงห้องปฏิบัติการที่ซับซ้อนและ นักเทคนิคที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างดี แต่หลักฐานที่มีอยู่ในปัจจุบันกลับพบว่า LBC ไม่ได้มีประสิทธิผลในการลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกไปมากกว่าวิธีเซลล์วิทยาดั้งเดิมเลย

การคัดกรองทางเซลล์วิทยา เช่นเดียวกับวิธีตรวจคัดกรองทุกวิธี ต้องการแผนงาน/โปรแกรมการควบคุมคุณภาพและประกันคุณภาพที่ทำงานได้ดี (ดูบทที่ 2 สำหรับรายละเอียดมากกว่านี้เกี่ยวกับการประกันคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะตอนที่ 2.2.4 เกี่ยวกับการกำกับดูแลและประเมินผลการบริการ)

5.3.4 การเปรียบเทียบวิธีการต่างๆ ที่ใช้ตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็ง

ตารางที่ 5.1 ได้ให้ข้อสรุปและการเปรียบเทียบของกระบวนการต่างๆ จุดแข็งและข้อจำกัดของวิธีการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งสามวิธี (วิธีทาง molecular การดูด้วยตา และทางเซลล์วิทยา) รวมถึงทั้งวิธีการทางเซลล์วิทยาทั้งสองวิธี คือ แพลสเมียร์ และ LBC

ตารางที่ 5.1 : การเปรียบเทียบคุณลักษณะของวิธีการต่างๆ ที่ใช้ตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็ง

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
<p>วิธีการตรวจคัดกรอง โดยวิธีทาง molecular : การตรวจหา DNA ของเชื้อเอชพีวี</p>	<p>สิ่งส่งตรวจอาจได้รับการเก็บโดยผู้ให้บริการหรือโดยสตรีเองก็ได้ โดยจัดเก็บไว้ในภาชนะที่บรรจุน้ำยาเก็บรักษาเซลล์ที่เหมาะสมแล้วส่งไปยังห้องปฏิบัติการ (หรืออาจผ่านกรรมวิธีทันทีที่สถานบริการ หากวิธีการตรวจแบบใหม่ได้รับการนำมาใช้)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● การเก็บสิ่งส่งตรวจนั้นทำได้ง่าย เปิดโอกาสที่เป็นไปได้ที่จะทำการเก็บด้วยตนเอง ● ผลการตรวจที่ได้มีความแน่นอน ● หากวิธีการตรวจแบบใหม่ ซึ่งการดำเนินการวิธีสามารถทำได้ทันทีที่สถานบริการและได้ผลเร็ว ถูกนำมาใช้ในกรณีที่การตรวจให้ผลบวกสามารถให้การรักษาได้ทันที (นั่นคือแนวทางการตรวจและรักษาในคราวเดียว single-visit approach) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ต้องมีวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็นอยู่ ซึ่งบางครั้งอาจไม่ง่ายในการได้มา ● ราคาต่อหน่วยมักสูง ● การเก็บวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการตรวจอาจเป็นปัญหาได้ ● โดยทั่วไปความต้องการห้องปฏิบัติการและการขนส่ง ล้วนมีความซับซ้อนสูง ● การใช้วิธีการตรวจหาเอชพีวีที่มีอยู่ในปัจจุบัน ผลการตรวจจะไม่สามารถทราบได้ทันที จึงต้องให้ผู้ป่วยกลับมาอีกหลายครั้ง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่มาตรวจติดตาม
<p>วิธีการตรวจคัดกรอง ด้วยการดู : วีไอเอ</p>	<p>ผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรม ตรวจดูปากมดลูก หลังจากป้ายด้วยกรดอะซิติก ความเข้มข้นร้อยละ 3-5 เป็นเวลาอย่างน้อย 1 นาที เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ปากมดลูก</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● วิธีนี้ค่อนข้างง่ายและไม่แพง ● สามารถให้ผลการตรวจได้ทันที ● สามารถทำได้โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่หลากหลาย หลังจากการฝึกอบรมเพียงระยะเวลาสั้นๆ 	<ul style="list-style-type: none"> ● หลังจากการฝึกอบรม ผู้ให้บริการวีไอเอจำเป็นต้องได้รับการนิเทศติดตามตั้งแต่ต้นและการมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (การฝึกอบรมซ้ำ เพื่อทบทวน) รวมถึงการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพ

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
		<ul style="list-style-type: none"> ● ความต้องการต่อโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นมีน้อยมาก ● ผลการตรวจที่เป็นบวกสามารถให้การรักษาได้ทันที (นั่นคือ แนวทางการตรวจและรักษาในคราวเดียว) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การแปลผลการตรวจขึ้นอยู่กับบุคคล มีความแปรปรวนสูงในความถูกต้องของผลระหว่างผู้ให้บริการแต่ละคน ● ไม่มีความเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการที่อยู่ในวัยหมดระดู
วิธีการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา : (ก) Pap smear ดั้งเดิม	ตัวอย่างของเซลล์ปากมดลูกได้รับการเก็บโดยผู้ให้บริการด้วย spatula และ/หรือแปรงเล็กๆ และถูก fixed ลงไปบนแผ่นกระจกสไลด์และอ่านโดยนักเทคนิคเซลล์วิทยาที่ได้รับการฝึกอบรมที่ห้องปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> ● วิธีนี้ได้รับการพิสูจน์ประสิทธิผลในการลดมะเร็งปากมดลูกในบริบทของระบบที่ทำงานได้ดีแล้ว ● ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในประเทศที่มีทรัพยากรมาก ● การฝึกอบรมและกลไกในการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพได้รับการจัดตั้งไว้เป็นอย่างดี 	<ul style="list-style-type: none"> ● วิธีนี้ยากในการนำมาใช้และรักษาไว้ ● จำเป็นต้องมีระบบที่ทำให้มั่นใจว่าการได้รับผลการตรวจกลับมา และส่งผลไปให้ผู้รับบริการทราบ และการดูแลติดตามสตรีที่มีผลการตรวจเป็นบวกในระยะเวลาที่เหมาะสม ● ต้องการการขนส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการและการส่งผลการตรวจกลับมายังคลินิก ● โปรแกรมที่ใช้การตรวจทางเซลล์วิทยาต้องการการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพ ทั้งทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการ

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
			<ul style="list-style-type: none"> ● การแปลผลการตรวจขึ้นอยู่กับบุคคล ● ผลการตรวจไม่สามารถทราบได้ทันที ดังนั้นจึงต้องมีการมารับบริการหลายครั้ง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการไม่มาตรวจติดตาม
(ข) LBC	ตัวอย่างของเซลล์ปากมดลูกได้รับการเก็บโดยผู้ให้บริการด้วย spatula และ/หรือแปรงเล็ก ๆ แล้วจุ่มลงในน้ำยาเก็บรักษาเซลล์ และส่งไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อผ่านกรรมวิธีและแปลผลโดยนักเทคนิคเซลล์วิทยาที่ได้รับการฝึกอบรมมา	<ul style="list-style-type: none"> ● เมื่อนักเทคนิคเซลล์วิทยามีความเชี่ยวชาญ ตัวอย่าง LBC จะใช้เวลาในการแปลผลน้อยลง ● ตัวอย่างต่างๆ ยังสามารถนำมาใช้เพื่อการตรวจโดยวิธีทาง molecular ได้ด้วย (เช่น การตรวจหา DNA ของเชื้อเอชพีวี) ● การฝึกอบรมและกลไกในการควบคุมคุณภาพและการประกันคุณภาพได้รับการจัดตั้งไว้เป็นอย่างดี 	<ul style="list-style-type: none"> ● วัสดุอุปกรณ์และห้องปฏิบัติการสำหรับ LBC มีราคาแพงกว่าวิธีทางเซลล์วิทยาดั้งเดิม ● ข้อจำกัดอื่นๆ ก็เหมือนกับวิธีทางเซลล์วิทยาดั้งเดิม

คู่มือการประกอบการปฏิบัติที่ 5.7 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาสตรีหลังจากมีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ดูแบบฟอร์มตัวอย่างที่ 11.1 และ 11.2 ในภาคผนวก 11 เกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรอง การตรวจติดตาม และการตรวจคัดกรองซ้ำ

5.4 การตรวจวินิจฉัยสำหรับการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

5.4.1 บทบาทของการตรวจวินิจฉัยต่างๆ

การตรวจวินิจฉัยหรือตรวจ เพื่อยืนยันเป็นการตรวจทางการแพทย์ที่ช่วยในการวินิจฉัยหรือการตรวจพบโรค เพราะว่าไม่ใช่สตรีทุกคนที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกจะมีรอยโรคก่อนมะเร็งอยู่จริง การตรวจวินิจฉัยที่ทำในเวลาต่อมาจึงต้องนำมาใช้ในบางครั้ง เพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน หรือเพื่อยืนยันว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็ง การตรวจวินิจฉัยมีผลกระทบแก่ทรัพยากรมาก ซึ่งสามารถก่อให้เกิดอุปสรรคสำคัญต่อสตรีในการเข้าถึงบริการ การรักษาอาจต้องล่าช้าออกไป และ/หรือเพิ่มจำนวนสตรีที่ไม่สามารถมารับการตรวจติดตาม และอาจเป็นผู้ที่จะไม่ได้รับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งที่พวกเธอมีอยู่เลย ยิ่งกว่านั้น เครื่องมือการวินิจฉัยก็สามารถก่อให้เกิดทั้งผลบวกและผลลบได้เช่นกัน จึงอาจทำให้การรักษาผู้ป่วยลำบากมากกว่าที่จะให้ความชัดเจนก็ได้ การตรวจวินิจฉัยไม่ควรต้องทำก่อนการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งในสถานที่ที่ไม่มีทรัพยากรหรือมีอัตราการไม่มาตรวจติดตามสูง

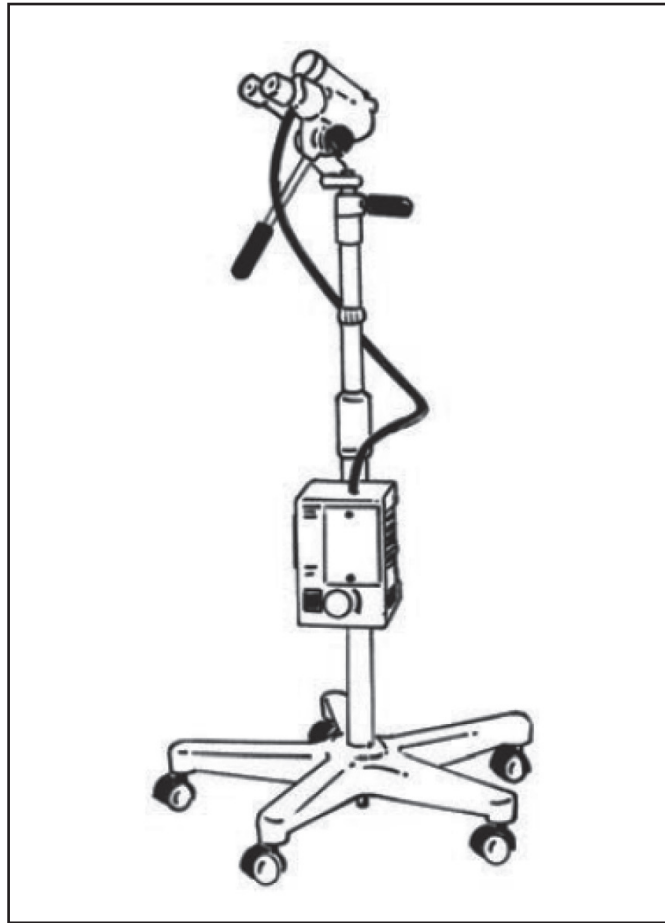
5.4.2 เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย การฝึกรวม และสถานบริการ

การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (colposcopy) การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจและการขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curettage; ECC) ล้วนเป็นการตรวจวินิจฉัยที่ทำบ่อย เพื่อการวินิจฉัยรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก หัตถการเหล่านี้ต้องการทรัพยากรและการฝึกรวมระดับสูง หากกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (colposcope) ปากคีบตัดชิ้นเนื้อ (biopsy forceps) และเครื่องมือที่ใช้ขูดช่องคอมดลูก มีอยู่หัตถการเหล่านี้ก็อาจทำได้ที่ระดับบริการปฐมภูมิ โดยแพทย์หรือผู้ให้บริการระดับกลางที่ได้รับการฝึกรวม ซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนความสามารถ และการนิเทศสนับสนุนที่เหมาะสม บ่อยครั้งที่หัตถการเหล่านี้ ทำที่แผนกผู้ป่วยนอกที่สถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาลอำเภอ)

5.4.3 การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (colposcopy)

คอลโปสโคปี เป็นการตรวจดูปากมดลูก ช่องคลอด และอวัยวะเพศ (vulva) ด้วยเครื่องมือซึ่งให้แสงที่สว่างและภาพที่ขยายใหญ่ขึ้น จึงช่วยให้รูปแบบที่จำเพาะในชั้นเยื่อเมือก และเส้นเลือดที่อยู่รอบๆ ได้รับการตรวจ สิ่งนี้สามารถทำได้ด้วยการใช้กล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (colposcope) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีราคาแพง ประดิษฐ์มาเป็นพิเศษ (ดูรูปที่ 5.2) เมื่อไม่นานมานี้ กล้องคอลโปสโคปีสามารถเก็บบันทึกภาพได้ โดยใช้ร่วมกับกล้องวิดีโอหรือกล้องดิจิทัลที่ได้รับการออกแบบมาเป็นพิเศษ โดยปกติแล้วคอลโปสโคปีจะถูกนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก เพื่อระบุถึงการมีอยู่ขอบเขต และชนิดของรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็ง เพื่อบอกตำแหน่งในการตัดชิ้นเนื้อให้ตรงบริเวณที่มีความผิดปกติรุนแรงที่สุด และเพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าการจี้เย็นหรือการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า จะเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุดหรือไม่ การทำ colposcopy ผู้ให้บริการต้องได้รับการฝึกรวมมาอย่างดี และมันไม่ใช่เครื่องมือที่เหมาะสมที่จะใช้ในการตรวจคัดกรอง รวมทั้งไม่ได้เป็นขั้นตอนที่จำเป็นต่อจากการตรวจคัดกรองก่อนการรักษา (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.8 เกี่ยวกับ colposcopy)

รูปที่ 5.2 : กล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (Colposcope)



5.4.4 การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy)

การตัดชิ้นเนื้อเป็นการตัดตัวอย่างเล็กๆ ของเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ นำไปตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อจะได้การวินิจฉัย การตัดชิ้นเนื้อหลายชิ้นสามารถทำได้จากหลายตำแหน่งของปากมดลูกที่มีผลการตรวจวีไอเอเป็นบวก หรือจากตำแหน่งที่ดูน่าสงสัยว่ามีมะเร็ง หากรอยโรคหรือบริเวณที่ผิดปกติของปากมดลูกไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า คอลโปสโคปีสามารถช่วยในการชี้จุดหรือตำแหน่งที่ควรทำการตัดชิ้นเนื้อ อาจเป็นหนึ่งแห่งหรือหลายแห่ง โดยปกติแล้วการตัดชิ้นเนื้อจะทำจากตำแหน่งที่มีความผิดปกติ แต่การตัดชิ้นเนื้อโดยสุ่มก็อาจมีประโยชน์ภายใต้บางบริบท ในการตัดต้องมีปากคิบบัดชิ้นเนื้อโดยเฉพาะ (ดูรูปที่ 5.3) และการฝึกอบรมก็มีความจำเป็น

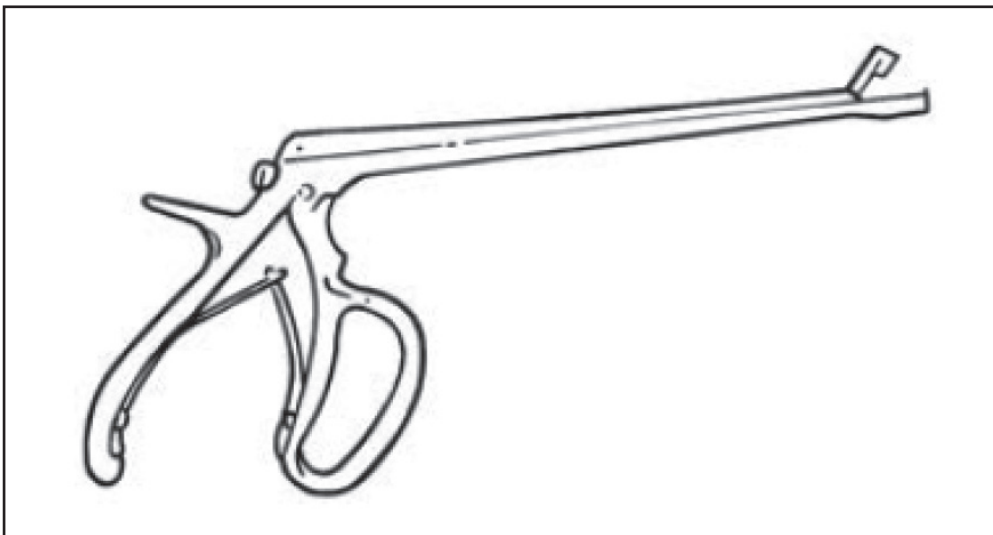
การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ เพื่อตัดสินระดับความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ที่ปากมดลูกและเพื่อแยกโรคมะเร็ง หลังจากการตรวจชิ้นเนื้อจะได้รับการจำแนกว่าปกติ เซลล์ผิดปกติอยู่ในเยื่อบุผิวปากมดลูก (cervical intraepithelial neoplasia; CIN) หรือเป็นมะเร็ง ในบางสถานที่รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกจะได้รับการจำแนกรอยโรคเป็นขั้นต่ำ (low-grade : CIN1) หรือขั้นสูง (high-grade :

CIN2 และ CIN3 ซึ่งอาจเรียกรวมกันว่า CIN2+) การจำแนกนี้ขึ้นอยู่กับความหนาของเซลล์เยื่อเมือกที่ผิดปกติ คือ ความลึกที่เซลล์ผิดปกติจากเยื่อชั้นล่างสุดขึ้นมาถึงเซลล์ชั้นบนกว่า ถ้ายิ่งมากความรุนแรงของ CIN ก็ยิ่งมาก (ดูรูปที่ 1.12 ในบทที่ 1 ตอนที่ 1.3 : การดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก สำหรับภาวะของความผิดปกติ CIN ระดับต่างๆ)

ระดับของความผิดปกติจะบอกให้ทราบถึงข้อแนะนำในการรักษากล่าวคือ รอยโรคขั้นสูง (CIN2+) ซึ่งหมายถึง รอยโรคก่อนมะเร็งชั้นกลางและสูงจะต้องได้รับการรักษา ในขณะที่รอยโรคขั้นต่ำ (CIN1) หมายถึง ความผิดปกติเล็กน้อยที่โดยปกติแล้ว แสดงถึงการติดเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่ำมากกว่า ที่จะเป็น รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่แท้จริง และด้วยเหตุนี้ CIN1 โดยปกติจึงไม่ต้องได้รับการรักษา หากพบว่า มีมะเร็งปากมดลูกจากการตัดชิ้นเนื้อ ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อไปเพื่อรับการรักษาสําหรับมะเร็ง (ดูบทที่ 6)

การใช้การตัดชิ้นเนื้อเป็นเครื่องมือการวินิจฉัย มีความจำเป็นที่จะต้องมีการขนส่งส่งส่งตรวจ ที่ได้ตัดไปห้องปฏิบัติการ มีนักเทคนิคที่มีทักษะเพื่อดำเนินกรรมวิธีและแปลผลการตรวจ รวมถึงผู้ป่วยมีความสามารถในการกลับมารับการแจ้งผลและคำแนะนำในการดูแลหรือการรักษา นอกจากนี้ ยังต้องมี แผนงาน/โปรแกรมการควบคุมคุณภาพและประกันคุณภาพที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องด้วย เพื่อคงไว้ซึ่ง ความถูกต้องระดับที่สูงในการดำเนินกรรมวิธีและการแปลผลตัวอย่างเนื้อเยื่อที่ได้มา (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.9 เกี่ยวกับการตัดชิ้นเนื้อและการชุดด้านในช่องคอมดลูก)

รูปที่ 5.3 : ปากคีบตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก (Cervical punch biopsy forceps)



5.4.5 การชุดด้านในช่องคอมดลูก (Endocervical curettage)

การชุดด้านในช่องคอมดลูกเป็นหัตถการง่าย ๆ ที่ใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที กล่าวคือ เซลล์ผิวหนังบางส่วน จะได้รับการชุดออกมาอย่างนุ่มนวลจากด้านในช่องคอมดลูก ด้วยเครื่องมือพิเศษเล็กๆ หรือ spatula แล้ว เนื้อเยื่อก็จะถูกใส่ลงในภาชนะที่บรรจุน้ำยารักษาเซลล์และส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการ เพื่อการตรวจ การชุด ด้านในช่องคอมดลูกจะทำในบริบทต่างๆ ต่อไปนี้ : (1) กรณีที่พบได้ไม่บ่อย เมื่อผลการตรวจคัดกรองบ่งชี้ว่า

อาจมีรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งซึ่งไม่สามารถเห็นได้จากการทำคอลโปสโคปี ทำให้ผู้ให้บริการสงสัยว่าอาจมีรอยโรคซ่อนอยู่ในด้านในช่องคอมดลูก (2) หาก SCJ ไม่สามารถเห็นได้ทั้งหมดร่วมกับที่เห็นแล้วว่ามีรอยโรคต้องสงสัยอยู่ (3) หากแพปสเมียร์แสดงให้เห็นว่ามีรอยโรคชนิดต่อม (glandular) ซึ่งโดยปกติเกิดมาจากเยื่อคอลัมน์นาร์ที่อยู่ด้านในช่องคอมดลูก และ (4) หากการตรวจคัดกรองและ/หรือการทำคอลโปสโคปีไม่ดีพอ (not adequate) เพราะไม่สามารถเห็นบริเวณ TZ ได้ทั้งหมดและสงสัยว่าอาจมีมะเร็ง

ในหลายพื้นที่ สิ่งส่งตรวจที่ได้มาโดยใช้แปรงเก็บเซลล์ (cytobrush) จากด้านในช่องคอมดลูก อาจนำมาใช้ทดแทนที่เทียบได้กับการขูดด้านในของช่องคอมดลูก (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.9)

ตามที่ได้กล่าวไว้ก่อนหน้านี้สำหรับการตัดสินใจ การตัดสินใจหลังจากทำการขูดด้านในช่องคอมดลูก การขนส่ง การแปลผล และการสื่อสารเกี่ยวกับผลการตรวจแก่ผู้ป่วย ล้วนมีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของแผนงาน ผู้ให้บริการจำเป็นต้องแจ้งแก่ผู้ป่วยว่าเมื่อไรที่ผลการตรวจออก และขอให้เธอกลับมารับฟังผลเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การกลับมาครั้งนี้ ทางเลือกในการรักษาควรได้รับการให้คำปรึกษาและกระทำทันที หากเป็นไปได้ โดยขึ้นอยู่กับผลการตัดสินใจและ/หรือผลการขูดด้านใน ช่องคอมดลูก สตรีที่ไม่กลับมาตามการร้องขอควรได้รับการติดต่ออีกครั้ง โดยแจ้งผลการตรวจและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาที่เธอจำเป็นต้องได้รับ ดูบทที่ 3, 6 และ 7 เพื่อข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา การแจ้งผลการตัดสินใจที่เป็นบวก และการทำให้แน่ใจว่าเธอได้รับการดูแลรักษาหรือการส่งต่อที่เหมาะสมแล้ว

5.4.6 สถานการณ์พิเศษที่เกี่ยวข้องกับการทำคอลโปสโคปี การตัดสินใจไปตรวจ และการขูดด้านในช่องคอมดลูก

ก. ไม่สามารถมองเห็นบริเวณ TZ ได้ทั้งหมด

กรณีนี้ ควรทำการขูดด้านในช่องคอมดลูก แต่หากสิ่งนี้ไม่สามารถเป็นไปได้ และการตรวจคัดกรองแสดงว่าอาจมีรอยโรคชั้นสูง สตรีนั้นก็ควรได้รับการส่งต่อไปรับการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า (LEEP) หรือไบมิด (CKC) ในสตรีวัยหมดระดู บริเวณ TZ ทั้งหมดอาจไม่สามารถมองเห็นได้

ข. สตรีตั้งครรภ์

การตั้งครรภ์ไม่ใช่ช่วงเวลาในอุดมคติที่จะทำการตรวจคัดกรอง อย่างไรก็ตาม หากได้ทำการตรวจคัดกรองไปแล้วในระหว่างการตั้งครรภ์ และพบว่ามีความผิดปกติ หรือหากพบว่ามียโรคจากการตรวจด้วย speculum ผู้ป่วยควรได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจ colposcopy การตัดสินใจระหว่างตั้งครรภ์สามารถก่อให้เกิดการเสียเลือดได้มาก เพราะฉะนั้นหากการทำ colposcopy ไม่สงสัยว่ามีมะเร็ง ผู้ป่วยควรได้รับการนัดให้กลับมาที่ 6-12 สัปดาห์หลังคลอด เพื่อรับการประเมินซ้ำด้วย colposcopy อาจมีการตัดสินใจขึ้นเนื้อร่วมด้วย แต่หากสงสัยว่ามีมะเร็งเธอควรได้รับการส่งต่อทันทีไปยังผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ค. สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

การดูแลรักษาความผิดปกติ รวมถึงการทำ colposcopy และการตัดชิ้นเนื้อ ไม่ควรได้รับการดัดแปลงไปด้วยเหตุจากสถานะการมีเชื้อเอชไอวีของสตรีนั้น ในระหว่างกระบวนการรักษาแผลตัวเอง หลังจากหัตถการใดๆ สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีอาจมีการปล่อยเชื้อไวรัสออกมามากขึ้น การให้คำปรึกษามีความสำคัญมาก สำหรับผู้ให้บริการที่จะต้องเน้นว่า ผู้ป่วยควรสนทนากับคู่วิตของเธอและงดเว้นจากการมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งแผลหาย

5.4.7 การเปรียบเทียบวิธีต่างๆ ในการวินิจฉัยรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 5.2 ได้ให้ข้อสรุปและการเปรียบเทียบของหัตถการต่างๆ จุดแข็งและข้อจำกัดของสามวิธีที่ใช้ในการวินิจฉัยรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกคือ การทำ colposcopy การตัดชิ้นเนื้อ และการขูดด้านในช่องคอมดลูก

ตาราง 5.2 : การเปรียบเทียบคุณลักษณะของวิธีการวินิจฉัยรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (Colposcopy)	ปากมดลูก ช่องคลอด และวัลวา ได้รับการตรวจดูด้วยกล้องคอลโปสโคป (หรือเครื่องมือที่เหมือนกัน) ซึ่งให้แสงที่สว่างจ้าและภาพที่ขยายใหญ่ขึ้น	<ul style="list-style-type: none"> สามารถตรวจดูรูปแบบของเซลล์และเส้นเลือดที่อยู่ล้อมรอบได้ หัตถการนี้สามารถนำมาใช้ในการบอกตำแหน่งที่จะตัดชิ้นเนื้อของบริเวณที่ผิดปกติ 	<ul style="list-style-type: none"> คอลโปสโคปีต้องใช้ทรัพยากรมากและต้องการการฝึกอบรมผู้ให้บริการ เครื่องมือพิเศษ และบริการพยาธิวิทยา มันไม่ควรนำมาใช้เป็นการตรวจคัดกรอง หากไม่มีบริการหัตถการนี้อยู่พร้อม อาจก่อให้เกิดภาวะคอขวด (bottlenecks) ในระบบ ซึ่งนำไปสู่การที่ผู้ป่วยไม่กลับมารับการตรวจติดตาม
การตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Biopsy)	ตัวอย่าง ชิ้นเล็กๆ จากเนื้อเยื่อที่ผิดปกติถูกตัดไปเพื่อการตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์จนได้ผลการวินิจฉัย	<ul style="list-style-type: none"> การตัดชิ้นเนื้อจะให้ผลการยืนยันทางจุลกายวิภาคศาสตร์ของรอยโรค รวมถึงการตัดสินว่าเป็นหรือไม่เป็นมะเร็ง 	<ul style="list-style-type: none"> การตัดชิ้นเนื้อต้องใช้ทรัพยากรมาก ต้องการการฝึกอบรมผู้ให้บริการ เครื่องมือพิเศษ และบริการพยาธิวิทยา

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
การขูดด้านในช่องคอมดลูก (ECC)	เซลล์ชั้นผิวจากด้านในช่องคอมดลูกจะได้รับ การขูดออกมาอย่างนุ่มนวล แล้วส่งต่อไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อการประเมิน	<ul style="list-style-type: none"> การขูดด้านในช่องคอมดลูกให้ตัวอย่างของเซลล์จากบริเวณปากมดลูกที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยตาเปล่าหรือด้วยคอลโปสโคปี 	<ul style="list-style-type: none"> การขูดด้านในช่องคอมดลูกต้องใช้ทรัพยากรมาก ต้องการการฝึกอบรมผู้ให้บริการเครื่องมือพิเศษ และบริการพยาธิวิทยา อาจทำให้เกิดการปวดท้องน้อย ผลการตรวจอาจยากที่จะลงความเห็นหากเนื้อเยื่อที่ได้ออกมาแตกเป็นชิ้นเล็กๆ

ดูแบบฟอร์มตัวอย่างที่ 11.3 และ 11.4 ในภาคผนวก 11 ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประเมินเพื่อวินิจฉัยต่างๆ

5.5 ทางเลือกในการรักษา สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

สตรีที่มีรอยโรคก่อนมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาที่มีประสิทธิผล ซึ่งโดยปกติสามารถให้ได้โดยผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิที่ได้รับการฝึกอบรม ณ สถานบริการปฐมภูมิ (นั่นคือ ศูนย์อนามัยชุมชน) ตรงข้ามกับการรักษาสำหรับรอยโรคที่สงสัยหรือยืนยันแล้วว่าเป็นมะเร็ง ที่ต้องการผู้ให้บริการซึ่ง

เชี่ยวชาญทางการแพทย์ที่สถานบริการระดับสูงกว่า (นั่นคือ โรงพยาบาลทั่วไปขึ้นไป) ในบริบทของแนวทางคัดกรองแล้วรักษาเลย การรักษาจะกระทำตามหลังการตรวจคัดกรองที่เป็นบวก โดยที่ไม่มีการยืนยันจากการตรวจวินิจฉัย

จุดมุ่งหมายของการรักษา เพื่อทำลายหรือเอาบริเวณปากมดลูกที่ได้รับการระบุว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งออก วิธีการรักษาอาจเป็นการทำให้ละลายหายไป (ablative) (ด้วยกระบวนการเผาไหม้ หรือการทำให้เย็นจัด [freezing] ของเนื้อเยื่อ) หรือการตัดออก (การผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อผิดปกติออกด้วยวิธีทางศัลยกรรม) กรณีที่ใช้วิธีทำให้ละลายหายไปจะไม่มีเนื้อเยื่อมาเพื่อการตรวจยืนยันทางจุลพยาธิวิทยา

แต่ละวิธีการรักษาล้วนมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนั้นควรที่ต้องตรวจว่ามีครบหรือไม่ ก่อนผ่านเข้ากระบวนการรักษาต่อไป ตอนนี้เราจะกล่าวถึงการใช้การจี้เย็น (cryotherapy) การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP) และการตัดปากมดลูกด้วยใบมีด (cold knife conization; CKC) การรักษาในรูปแบบอื่นๆ เช่น การใช้แสงเลเซอร์ในการตัดหรือทำให้ละลายหายไป แต่ก็ไม่ได้มีอยู่อย่างกว้างขวาง ดังนั้นจึงไม่ได้รับการกล่าวถึงในที่นี้

การตัดมดลูกออกแทบจะไม่ใช่การรักษาโรคก่อนมะเร็งที่เหมาะสมเลย นอกเสียจากมีเหตุผลอื่นๆ ที่จำเป็นจริงๆ ที่จะต้องเอามดลูกออกไป ก็ไม่ควรทำการตัดมดลูกออกเพื่อการรักษาโรคก่อนมะเร็ง

ทางเลือกต่างๆ ในการรักษาจะขึ้นอยู่กับ :

- ประโยชน์ที่จะได้รับและอันตรายของแต่ละวิธี
- ตำแหน่ง ขอบเขต และความรุนแรงของรอยโรค
- ค่าใช้จ่ายและทรัพยากรที่ต้องใช้ในการให้การรักษา
- การฝึกอบรมและประสบการณ์ของผู้ให้บริการ

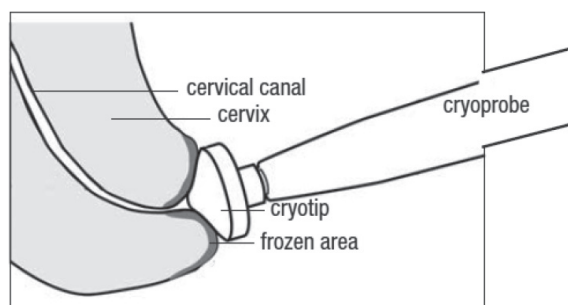
โดยไม่ขึ้นกับวิธีการรักษาที่ได้รับการแนะนำจากผู้ให้บริการ สตรีต้องการข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ เพื่อที่จะสามารถทำการเลือกได้หลังฟังข้อมูลแล้ว การได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยนั้นจำเป็นต้องมีก่อนการทำเหตุการณ์ใดๆ แต่อาจเป็นเพียงคำพูดก็ได้ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.1)

หากสงสัยว่ามีมะเร็ง กล่าวคือ หากผู้ป่วยมีความผิดปกติที่ปากมดลูกซึ่งดูน่าสงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง ผู้ป่วยไม่ควรได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็น LEEP หรือ CKC ขั้นตอนต่อไปที่เหมาะสมสำหรับเธอคือ การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก เพื่อยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ใช่ (ดูบทที่ 6) หากผู้ให้บริการได้รับการฝึกอบรม และมีเครื่องมือที่เหมาะสม เขาหรือเธอก็สามารถทำการตัดชิ้นเนื้อ แต่ถ้าหากไม่สามารถทำได้ ผู้ให้บริการควรส่งต่อผู้ป่วยไปรับการประเมินเพิ่มเติมในทันที

5.5.1 การจี้เย็น (Cryotherapy)

การจี้เย็นสามารถกำจัดบริเวณรอยโรคก่อนมะเร็งบนปากมดลูกได้ด้วยกระบวนการทำให้เย็นจัด (freezing) (ซึ่งเป็นวิธีการทำให้ละลายหายไปอย่างหนึ่ง) เกี่ยวข้องกับการใช้แผ่นโลหะกลมที่เย็นมากๆ (หัวจี้ : cryotip) ไปแตะที่ปากมดลูกและทำให้บริเวณที่ผิดปกติที่ถูกทับไว้โดยหัวจี้เย็นนั้นเย็นจัด (รวมถึงบริเวณใกล้เคียงที่ปกติด้วยเล็กน้อย) (ดูรูปที่ 5.4) ความเย็นจัดอย่างมากของหัวจี้ เกิดขึ้นจากการใช้ถังที่บรรจุก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) หรือไนตรัสออกไซด์ (N₂O) ที่ถูกอัดไว้ด้วยความดันสูง การจี้เย็นสามารถทำได้ที่ทุกระดับของระบบบริการสุขภาพ โดยผู้ให้บริการสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม (แพทย์ พยาบาล และ ผดุงครรภ์) ให้มีทักษะในการตรวจภายในและการจี้เย็น การจี้เย็นจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที และโดยปกติแล้วผู้รับบริการก็สามารถทนได้ดี และอาจมีความรู้สึกไม่สบายเพียงเล็กน้อย เพราะฉะนั้นจึงสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้ยาชา หลังจากการจี้เย็น บริเวณที่ได้รับการทำให้เย็นจัดก็จะสร้างเนื้อเยื่อใหม่ที่ปกติกลับขึ้นมาทดแทน

รูปที่ 5.4 : ตำแหน่งของหัวจี้บนปากมดลูกและการเกิดก้อนน้ำแข็ง



เกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะใช้ : สตรีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (เช่นสตรีที่มีผลวีไอเอเอเป็นบวก) หรือสตรีที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันเป็น CIN2+ ล้วนเข้าเกณฑ์การจี้เย็นได้ หากรอยโรคทั้งหมดและ SCJ สามารถมองเห็นได้ และรอยโรคมืดพื้นที่ไม่มากกว่าสามในสี่ของปากมดลูกด้านนอก หากรอยโรคแผ่ออกไปเกินกว่าขอบของหัวจี้ที่ใช้ หรือเข้าไปด้านในช่องคอมดลูก ถือว่าผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในการจี้เย็น และหากสงสัยว่ารอยโรคที่พบจะเป็นมะเร็งก็จะถือว่าผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ในการจี้เย็นด้วยเช่นกัน

หลังหัตถการ : จะใช้เวลาประมาณหนึ่งเดือน สำหรับเนื้อเยื่อปากมดลูกที่จะเกิดขึ้นมาใหม่ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำว่าในระหว่างหนึ่งเดือนนี้เธออาจมีตกขาวเป็นน้ำปริมาณมาก และควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์จนกระทั่งหมดตกขาวแล้ว หรือใช้ถุงยางอนามัยหากหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจี้เย็น ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.10 และศึกษา *WHO guidelines : use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* (ที่ได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2011) ^[4]

.....

[4] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>

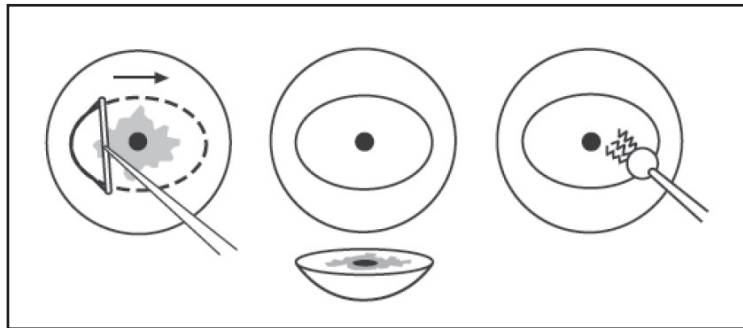
5.5.2 การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า (LEEP)

การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าเป็นตัดเอาบริเวณที่ผิดปกติของปากมดลูกออกด้วยการใช้ห้วงที่ทำจากเส้นลวดเล็กๆ ซึ่งได้พลังงานมาจากเครื่องไฟฟ้าคลื่นวิทยุ เครื่องมือลักษณะห้วงลวดนี้สามารถทำได้ทั้งตัดเนื้อและจี้ห้ามเลือดไปด้วยในเวลาเดียวกัน หลังจากนั้นก็จะตามด้วยการใช้หัวจี้ไฟฟ้าแบบห้วงกลมเพื่อห้ามเลือดให้แห้งสนิท (ดูรูปที่ 5.5)

จุดมุ่งหมายของการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า เพื่อตัดเอารอยโรคและบริเวณ TZ ทั้งหมดออก เนื้อเยื่อที่ได้ถูกตัดออกมาสามารถนำไปส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการจุลพยาธิวิทยา ช่วยให้ได้รับการประเมินขอบเขตของรอยโรค ดังนั้นการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าจึงมีสองเป้าหมายประสงค์คือ ตัดเอารอยโรคออก (จี้รักษารอยโรคระยะก่อนมะเร็ง) และยังสามารถได้ชิ้นเนื้อส่งตรวจ เพื่อการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาด้วย

หัตถการนี้สามารถทำได้ภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ แบบผู้ป่วยนอก และโดยปกติใช้เวลาน้อยกว่า 30 นาที อย่างไรก็ตามหลังจากการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าผู้ป่วยควรรอสังเกตอาการอยู่ในห้องบริการผู้ป่วยนอกก่อนเป็นเวลาสองสามชั่วโมง เพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่มีเลือดออกรุนแรง

รูปที่ 5.5 : การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าของรอยโรคที่ปากมดลูกด้านนอกด้วยการตัดผ่านครั้งเดียว : การตัดรอยโรคด้วยห้วงไฟฟ้าและจี้ห้ามเลือดด้วยหัวจี้ไฟฟ้าแบบห้วงกลม



การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าเป็นหัตถการทางศัลยกรรมที่ค่อนข้างง่าย แต่ก็ควรทำ โดยผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมและได้แสดงให้เห็นแล้วว่า มีความสามารถเพียงพอในการทำหัตถการ และสามารถในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างและหลังจากการตัดได้ เช่น การมีเลือดออก ตัวอย่างเช่น นรีแพทย์ การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าจะให้ดีที่สุดควรทำในสถานบริการที่มีการเตรียมพร้อมเพียงพอในการดูแลรักษาปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ส่วนมากสิ่งนี้จะจำกัดการใช้ การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าให้ทำอยู่ที่สถานบริการระดับทุติยภูมิ (นั่นคือ โรงพยาบาลอำเภอ) เป็นอย่างน้อย

เกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะใช้ : สตรีที่มีผลการคัดกรองเป็นบวก (เช่นสตรีที่มีผลวิธีไอเอเป็นบวก) หรือสตรีที่มีผลการตรวจชิ้นเนื้อยืนยันเป็น CIN2+ ล้วนเข้าเกณฑ์การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าได้ หากรอยโรคนั้นไม่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็ง

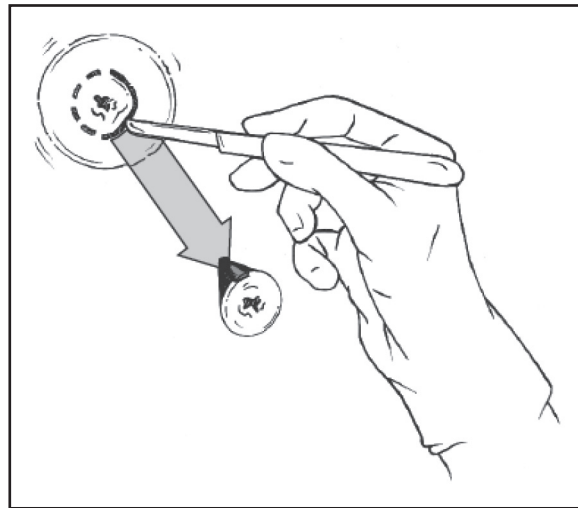
หลังหัตถการ : ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำให้คาดหวังได้ว่าจะมีการปวดเกร็งเล็กน้อยสองสามวัน และมีตกขาวบ้างได้ถึงหนึ่งเดือน ตอนแรกอาจมีสีน้ำตาลเนื้อ 7-10 วัน แล้วก็สามารถกลายเป็นสีเหลืองใส ใช้เวลาประมาณหนึ่งเดือนสำหรับเนื้อเยื่อปากมดลูกที่จะเกิดขึ้นมาใหม่ ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำว่าในระหว่างหนึ่งเดือนนี้เธอควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยหากหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.11 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า

5.5.3 การตัดปากมดลูกด้วยไวมิต (Cold knife conization; CKC)

การตัดปากมดลูกด้วยไวมิตเป็นการตัดส่วนเนื้อเยื่อออกเป็นรูปกรวยจากปากมดลูก ซึ่งรวมถึงส่วนล่างหรือด้านนอก (ectocervix) และส่วนบนหรือด้านใน (endocervix) ของปากมดลูก (ดูรูปที่ 5.6) ปริมาณของเนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกจะขึ้นอยู่กับขนาดของรอยโรคและโอกาสในการที่จะพบมะเร็ง เนื้อเยื่อที่ตัดออกมาจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา เพื่อทำการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาและเพื่อมั่นใจว่าเนื้อเยื่อที่ผิดปกติทั้งหมดได้ถูกตัดออกมาแล้ว การตัดปากมดลูกด้วยไวมิตโดยปกติแล้วจะทำภายในโรงพยาบาล ซึ่งมีโครงสร้างพื้นฐานและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรม CKC ควรทำโดยผู้ให้บริการที่มีทักษะในการผ่าตัดเท่านั้น เช่น นรีแพทย์ หรือศัลยแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมมาเพื่อทำหัตถการนี้

และได้แสดงให้เห็นแล้วถึงความสามารถเพียงพอในการวินิจฉัยและให้การดูแลรักษา ทั้งภาวะแทรกซ้อนที่เกิดระหว่างและหลังจากการตัดได้ เช่น การมีเลือดออก โดยปกติแล้วหัตถการนี้ใช้เวลาน้อยกว่าหนึ่งชั่วโมง ภายใต้การวางยาสลบหรือให้ยาชาเข้าไขสันหลัง (spinal หรือ epidural) ผู้ป่วยอาจได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในวันเดียวกันหรือวันถัดไป

รูปที่ 5.6 : การตัดส่วนเนื้อเยื่อออกเป็นรูปกรวยจากปากมดลูก



เกณฑ์ที่เหมาะสมที่จะใช้ : การตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ควรเก็บไว้ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการจี้เย็นหรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า CKC ควรได้รับพิจารณาทำด้วยในกรณีที่มียารอคก่อนมะเร็งปากมดลูกชนิดต่อม (glandular) หรือมะเร็งระยะลุกลามเล็กน้อย (microinvasive) (ดูบทที่ 6)

หลังหัตถการ : หลังการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ผู้ป่วยอาจมีการปวดเกร็งเล็กน้อยอยู่สองสามวัน และมีตกขาวสีน้ำตาลน้ำเหลืองแล้วก็กลายเป็นสีเหลืองใสอยู่ 7-14 วัน ใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ สำหรับแผลที่ปากมดลูกจะหาย (ขึ้นอยู่กับว่า หัตถการนั้นทำมากหรือน้อย) ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำว่าในระหว่างนี้ ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยหากหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.12 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต

5.5.4 การเปรียบเทียบวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 5.3 ได้ให้ข้อสรุปและการเปรียบเทียบของหัตถการจุดแข็งและข้อจำกัดต่างๆ ของสามวิธีที่ใช้ในการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกคือ การจี้เย็น การตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า และการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต

ตารางที่ 5.3 : การเปรียบเทียบคุณสมบัติของวิธีการรักษารอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
การจี้เย็น (Cryotherapy)	นำแผ่นโลหะกลมที่เย็น หลายๆ ไปแตะที่ปากมดลูก เพื่อทำให้เย็นจัด และ ทำให้เกิดการทำลาย รอยโรคก่อนมะเร็ง และตามมาด้วยการเกิด เนื้อเยื่อใหม่ที่ปกติขึ้นแทน	<ul style="list-style-type: none"> • อุปกรณ์ที่ใช้ใช้นั้น ไม่ยุ่งยากและราคา ค่อนข้างไม่แพง • สามารถทำได้โดย ผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึก อบรมทั้งที่เป็นแพทย์ และไม่ใช่แพทย์ • แต่มีความสามารถพอ การฝึกอบรมใช้เวลาไม่กี่วัน • การจี้เย็นเป็นหัตถการ ที่ทำแบบผู้ป่วยนอก สามารถทำได้ในสถาน บริการระดับปฐมภูมิ • ใช้เวลาในการทำน้อย เพียงประมาณ 15 นาที สำหรับวิธีการทำให้เย็นจัด สองครั้ง (double-freeze) • ไม่ต้องใช้ยาชา • ไม่ต้องใช้ไฟฟ้า • บริบทของการคัดกรอง แล้วรักษาเลย ถ้าผล การตรวจคัดกรองเป็นบวก สามารถตามด้วยการ รักษาในการมาคราวเดียว ช่วยทำให้เกิดความ ครอบคลุมในการรักษา สูงสุด และลดการไม่มา ตรวจติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> • ไม่มีเนื้อเยื่อมาให้ตรวจ ทางจุลพยาธิวิทยา เพิ่มเติม • ต้องการการจัดหา ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ หรือไนตรัสออกไซด์ ที่เชื่อถือได้ • ทำให้เกิดอาการ ตกขาวเป็นน้ำเป็น ระยะเวลาถึงหนึ่งเดือน

วิธี	กระบวนการ	จุดแข็ง	ข้อจำกัด
การตัดปากมดลูกด้วย ห่วงลวดไฟฟ้า (LEEP)	บริเวณที่ผิดปกติได้รับการตัดออกจากปากมดลูกด้วยห่วงที่ทำจากเส้นลวดขนาดเล็กที่ได้พลังงานไฟฟ้าจากเครื่องไฟฟ้าคลื่นวิทยุ	<ul style="list-style-type: none"> ● จะได้ชิ้นเนื้อส่งไปเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ซึ่งจะช่วยในการแยกโรคมะเร็ง ● LEEP สามารถทำแบบผู้ป่วยนอกที่สถานบริการระดับทุติยภูมิ ● ใช้เวลาในการทำน้อย (10–15 นาที) และมีความง่ายทางเทคนิคสำหรับผู้ได้รับการฝึกอบรมในการปฏิบัติ ● บริบทของการคัดกรองแล้วรักษาเลยถ้าผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกสามารถตามด้วยการรักษาในการมาคราวเดียว ช่วยทำให้เกิดความครอบคลุมในการรักษาสูงสุด และลดการไม่มาตรวจติดตาม 	<ul style="list-style-type: none"> ● LEEP ต้องการการฝึกอบรมอย่างเข้มข้น ● ต้องการสถานบริการที่สามารถให้การรักษาเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ● ชิ้นเนื้อที่ส่งไปเพื่อการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาอาจมีขอบไหม้ ทำให้ยากแก่การแปลผลเกี่ยวกับขอบของรอยโรค ● อุปกรณ์ที่จำเป็นค่อนข้างมีความซับซ้อนและต้องการ การบำรุงรักษา ● ต้องใช้ไฟฟ้า ● ต้องใช้ยาชา
การตัดปากมดลูกด้วย ใบมีด (CKC)	ส่วนเนื้อเยื่อจะถูกตัดออกเป็นรูปกรวยจากปากมดลูก รวมถึงปากมดลูกด้านนอกและด้านใน	<ul style="list-style-type: none"> ● จะได้ชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยาชิ้นเดียว ที่มีขอบ “สะอาด” ซึ่งช่วยในการประเมินขอบของรอยโรคที่ตัดออกมาและการแยกมะเร็ง 	<ul style="list-style-type: none"> ● ต้องการการวางยาสลบหรือให้ยาชาเข้าไขสันหลัง ● ต้องการผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมทางพยาธิวิทยาซึ่งมีทักษะสูง ● ต้องการห้องผ่าตัด

5.6 ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้และการตรวจติดตามหลังการรักษา

5.6.1 ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

การรักษาทั้งสามวิธีอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่คล้ายคลึงกันในหลายวันหลังการทำหัตถการ ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้อาจเป็นข้อบ่งชี้ว่า มีเลือดไหลอย่างต่อเนื่องจากปากมดลูกหรือช่องคลอด หรือมีการติดเชื้อที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา ดูภาคผนวก 12 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาการติดเชื้อที่ปากมดลูกและภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ

ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำว่า หากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต่อไปนี้หลังจากการจี้เย็น การตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า และการตัดปากมดลูกด้วยใบมีด ผู้ป่วยควรไปขอรับบริการที่สถานบริการที่ใกล้ที่สุดโดยเร็ว :

- เลือดออก (มากกว่าระดูปกติ)
- ปวดท้อง
- ตกขาวกลิ่นเหม็น
- มีไข้

5.6.2 การตรวจติดตามหลังการรักษา

การตรวจติดตามหลังการรักษารวมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำ โดยแนะนำให้ทำที่ 12 เดือนหลังการรักษา เพื่อประเมินผลการรักษาของสตรี และตรวจพบการกลับเป็นซ้ำ หากการตรวจคัดกรองซ้ำให้ผลเป็นลบ สตรีก็สามารถได้รับการส่งกลับไปสู่การบริการตรวจคัดกรองตามปกติ

เว้นแต่กรณีที่สตรีมีผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาในตอนที่ได้รับรักษา ว่าเป็น CIN3 หรือ adenocarcinoma in situ; AIS ตามที่ได้ตรวจขึ้นเนื้อที่ส่งตรวจจากการทำ LEEP หรือ CKC กรณีนี้ การตรวจคัดกรองซ้ำจะแนะนำให้ทำทุกปีติดต่อกันเป็นเวลาสามปี หากการตรวจคัดกรองซ้ำเหล่านี้เป็นลบ เธอจึงจะได้รับการส่งกลับไปสู่การบริการตรวจคัดกรองตามปกติ

หากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งไปแล้ว มีผลการตรวจคัดกรองซ้ำเป็นบวกในการมาตรวจติดตาม (ซึ่งบ่งชี้ว่ามีการคงอยู่หรือการกลับเป็นซ้ำของรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก) การรักษาซ้ำก็มีความจำเป็น หากการรักษาแรกเป็นการจี้เย็น การรักษาซ้ำก็ควรทำเป็น LEEP หรือ CKC หากเป็นไปได้

หากผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาจากชิ้นเนื้อที่ได้จากการตัดชิ้นเนื้อเล็กๆ จากการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า หรือจากการตัดปากมดลูกด้วยใบมีด บ่งว่ามีมะเร็งก็มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการติดต่อ และแนะนำให้เธอจะต้องไปรับการรักษาต่อที่สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

5.7 การเชื่อมโยงการคัดกรองเข้ากับการรักษาในเวชปฏิบัติ

เพื่อให้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรองที่เป็นผลบวกจะต้องได้รับการเชื่อมโยงกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ WHO ได้พิจารณาถึงหลักฐานสำหรับสองแนวทางในการเชื่อมโยงการคัดกรองเข้ากับการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก คือ :

1. คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา (screen, diagnose and treat)
2. คัดกรองแล้วรักษาเลย (screen-and-treat)

5.7.1 แนวทาง คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา

แนวทางนี้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการตรวจคัดกรองแล้วติดตามผู้ที่มีผลการตรวจเป็นบวกด้วยการใช้ขั้นตอนการวินิจฉัย เช่น คอลโปสโคปีและการตัดชิ้นเนื้อ เพื่อเป็นการยืนยันการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยาและความรุนแรงของรอยโรค การรักษาจึงอิงตามผลการวินิจฉัยทางจุลพยาธิวิทยานั้น ตัวอย่างเช่น หากสตรีมีผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น CIN2+ เธอจึงจะได้รับการรักษา (ดูตอนที่ 5.5 และกล่องที่ 5.1) แต่ถ้าหากพบว่ามีมะเร็งจากผลจุลพยาธิวิทยา เธอก็จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (ดูบทที่ 6)

ก. ข้อเสนอแนะ (Recommendations) สำหรับการรักษาในแนวทาง คัดกรอง วินิจฉัย แล้วรักษา

กล่องที่ 5.1 ได้แสดงข้อเสนอแนะการรักษาโดยสรุปที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ของ WHO สำหรับ CIN2+ ที่ได้รับการยืนยันทางจุลพยาธิวิทยา ข้อเสนอแนะต่างๆ เหล่านี้มาจาก *WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2-3 and adenocarcinoma in situ (2014)* โปรดอ่านบทความฉบับเต็มเพื่อข้อเสนอแนะที่สมบูรณ์ด้วยข้อสังเกตและข้อควรพิจารณาต่างๆ ^[5] ข้อเสนอแนะเหล่านี้ล้วนจัดทำขึ้นสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และเพื่อช่วยผู้จัดการโปรแกรมในการออกแบบกลยุทธ์ต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

.....

^[5] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/treatment_CIN_2-3/en/

กล่องที่ 5.1 : ข้อเสนอแนะการรักษาโดยสรุป

สำหรับสตรีที่มีผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น CIN2+ โดยไม่ขึ้นกับสถานะเอชไอวี

คณะผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า (STRONG recommendation) วิธีการรักษาต่อไปนี้จะมีผลดีกว่าการไม่รักษา :

1. ใช้การจี้เย็น ดีกว่าการไม่รักษา
2. ใช้การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า ดีกว่าการไม่รักษา
3. ใช้การตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ดีกว่าการไม่รักษา

คณะผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า (CONDITIONAL recommendation) :

4. ใช้ได้ทั้งการจี้เย็นหรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า สตรีที่จี้เย็นหรือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า ล้วนเหมาะสมที่จะใช้และมีอยู่

คณะผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่า (STRONG recommendation) :

5. ใช้การจี้เย็น เนื่องการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ในสตรีที่การจี้เย็นหรือการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ล้วนเหมาะสมที่จะใช้
6. ใช้การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า เนื่องการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต สตรีที่การตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้าหรือการตัดปากมดลูกด้วยไบนิต ล้วนเหมาะสมที่จะใช้

สำหรับสตรีที่มีผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยายืนยันว่าเป็น AIS โดยไม่ขึ้นกับสถานะเอชไอวี

คณะผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า (CONDITIONAL recommendation) :

7. ใช้การตัดปากมดลูกด้วยไบนิต เนื่องการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า

5.7.2 แนวทาง คัดกรองแล้วรักษาเลย

การเพิ่มขึ้นตอนการวินิจฉัยตามหลังการตรวจคัดกรองก่อนการรักษาอวัยวะก่อนมะเร็งอาจมีผลทำให้มีการไม่มาตรวจติดตามเกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก เพราะว่าผู้ป่วยต้องมารับบริการเพิ่มอีกหลายครั้งและจะเป็นเช่นเดียวกันในกรณีที่ระยะเวลาห่างระหว่างการคัดกรองกับการรักษายาวนานขึ้น เพื่อลดการไม่มารับการตรวจติดตามเช่นที่กล่าวนี้ แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” จึงได้รับการพัฒนาขึ้นมาและแนวทางนี้ กำลังได้รับการนำไปใช้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อยู่นทั่วโลก

แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ใช้วิธีการตรวจคัดกรองที่สามารถให้ผลได้ทันทีหรือไม่ก็อย่างรวดเร็ว จึงสามารถให้การรักษามาได้เลยแก่สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็ง โดยอุดมคติแล้ว การรักษาสสามารถเกิดขึ้นในวันเดียวกันและในสถานที่เดียวกัน (นั่นคือแนวทางการมาครั้งเดียว single visit approach; SVA) หากสิ่งนี้ไม่สามารถเป็นไปได้หรือผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ก็สามารให้ได้ในเวลาไม่นานหลังจากการตรวจคัดกรองในเวลา และสถานที่ที่ได้รับการจัดเตรียมไว้ซึ่งง่ายต่อการเข้าถึงสำหรับผู้ป่วย

แนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” จะกำจัดจำนวนครั้งการมารับบริการที่ไม่จำเป็น และเวลาที่ต้องใช้เพื่อขั้นตอนในการวินิจฉัยออกไป

ข้อจำกัดของแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” คือการที่ไม่มีขั้นตอนของการวินิจฉัย ซึ่งอาจมีผลทำให้เกิดผลบวกเท็จและการรักษาที่ตามมามากเกินไป อย่างไรก็ตาม ความกังวลเกี่ยวกับการรักษามากเกินไปจะต้องได้รับการชั่งน้ำหนักเปรียบเทียบกันระหว่างภาวะทุพพลภาพที่เกิดขึ้นได้ไม่บ่อย จากการรักษาด้วยการจี้เย็นกับผลประโยชน์โดยรวมที่ได้รับจากการมั่นใจว่ามีอัตราการได้รับการรักษาที่สูงกว่า ความกังวลอีกอย่างหนึ่งเกี่ยวกับแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ก็คือว่าเมื่อได้ทำการจี้เย็นทันทีหลังจากผลการทดสอบวีไอเอ หรือผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวกก็ไม่มีตัวอย่างเนื้อเยื่อ หากต้องการให้ได้ทำการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาในเวลาต่อมา

ความพยายามที่จะลดการรักษาที่มากเกินไป ขณะที่ยังคงประโยชน์จากแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ไว้ อีกกลยุทธ์หนึ่งก็คือ หลังการตรวจคัดกรองแรกที่มีผลเป็นบวกให้ทำการตรวจคัดกรองโดยวิธีที่สอง แล้วให้การรักษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทั้งสองวิธีเป็นบวก ตัวอย่างเช่น เมื่อการตรวจหาเอชพีวีได้ถูกใช้เป็นการตรวจคัดกรองเดียวในแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย” สตรีที่มีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวกก็จะได้รับการรักษา สตรีที่มีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวกเหล่านี้บางรายมีรอยโรคก่อนมะเร็งและได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม แต่บางรายก็ไม่ได้มีรอยโรคก่อนมะเร็ง จึงถือว่าได้รับการรักษาโดยไม่จำเป็น (การรักษามากเกินไป) กลยุทธ์ที่ใช้การทดสอบที่สอง เช่น วีไอเอ สตรีที่มีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวกจะต้องไปรับการตรวจโดยวิธีวีไอเอต่อ และจะได้รับการรักษาก็ต่อเมื่อผลการตรวจวีไอเอเป็นบวกด้วยเท่านั้น หากผลการตรวจวีไอเอเป็นลบ เธอจะไม่ได้รับการรักษาแต่อาจได้รับการตรวจติดตามด้วยการตรวจหาเอชพีวีซ้ำที่ 12 เดือน อย่างไรก็ตาม การเพิ่มการตรวจที่สองลงไปไม่ได้แปลว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่าเสมอไป เนื่องมาจากผลลบลงก็สามรถเกิดขึ้นได้ในการตรวจที่สอง หากในความเป็นจริงแล้ว การตรวจแรกให้ผลบวกจริง แต่การทดสอบที่สองให้ผลลบลง แล้วสตรีก็จะไม่ได้รับการรักษาทั้งที่จริงๆ แล้วเธอมีรอยโรคก่อนมะเร็ง ดังนั้นการนำการตรวจที่สองมาใช้จะต้องได้รับการพิจารณาให้รอบคอบ กรณีที่การตรวจแรกเป็นบวกและการตรวจที่สองเป็นลบ จึงอาจแนะนำให้มารับการคัดกรองซ้ำที่ 12 เดือนต่อมา

ก. ข้อเสนอแนะสำหรับการรักษา ในแนวทาง “คัดกรองแล้วรักษาเลย”

ข้อเสนอแนะต่างๆ ต่อไปนี้เกี่ยวกับการคัดกรองและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก จาก WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention (2013) ^[6] ข้อเสนอแนะเหล่านี้มีไว้เพื่อช่วยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพได้สามารถเข้าใจ อธิบาย และรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง รวมทั้งให้การช่วยเหลือผู้จัดการโปรแกรมในการออกแบบแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

แผนภูมิ แนวทางคัดกรองแล้วรักษาเลยที่สามารถทำตามได้ง่าย มีให้ไว้ในรูปของ flowchart ภาคผนวก 7-9 และข้อเสนอแนะโดยละเอียดก็มีอยู่ในแนวทางที่ได้รับการตีพิมพ์แล้วฉบับเต็ม (สามารถหาได้บนอินเทอร์เน็ต) กล่องที่ 5.2 ได้แสดงข้อเสนอแนะการคัดกรองแล้วรักษาเลย-โดยสรุปที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์

ของ WHO ที่ควรนำมาใช้เมื่อต้องทำการตัดสินใจในการดูแลรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โปรดอ่านบทความฉบับเต็ม เพื่อข้อเสนอแนะที่สมบูรณ์ด้วยข้อสังเกตและข้อควรพิจารณาต่างๆ ผู้จัดการโปรแกรมควรศึกษาบทที่ 2 ด้วย ซึ่งเป็นบทที่บรรจุข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ อีกมากที่จะต้องพิจารณา เมื่อกำลังจัดทำแผนงานโปรแกรมการบริการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก

กล่องที่ 5.2 : ข้อเสนอแนะต่างๆ โดยสรุปของกลยุทธ์”คัดกรองแล้วรักษาเลย”

ข้อเสนอแนะเหล่านี้สามารถประยุกต์ใช้ได้กับสตรีทุกคนโดยไม่ขึ้นกับสถานะเอชไอวี แต่ข้อเสนอแนะที่จำเพาะสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีก็ได้รับการพัฒนาขึ้นมาด้วย (ดูภาคผนวก 9) คณะผู้เชี่ยวชาญได้แนะนำ ¹⁷⁾ ไม่ใช้การตัดปากมดลูกด้วยใบมีด เป็นการรักษาในกลยุทธ์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” เพราะฉะนั้น กลยุทธ์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ทั้งหมดข้างล่างนี้จะเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยการฉีดยา หรือการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้าเฉพาะ เมื่อผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยการฉีดยา คณะผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความเห็นว่า :

- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยวีไอเอแล้วรักษาในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัดซึ่งการคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีเป็นไปได้ คณะผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่าให้ใช้กลยุทธ์ “คัดกรองด้วยวีไอเอแล้วรักษาเลย”
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์การตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยาตามด้วยการทำคอลโปสโคปี (ร่วมหรือไม่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ) แล้วรักษา อย่างไรก็ตามในประเทศที่มีความเหมาะสม/ มีกลยุทธ์การตรวจคัดกรองคุณภาพสูงด้วยเซลล์วิทยาตามด้วยการทำคอลโปสโคปีอยู่แล้ว ไม่ว่าจะการตรวจหาเอชพีวีหรือเซลล์วิทยาแล้วตามมาด้วยการทำคอลโปสโคปีสามารถนำมาใช้ได้
- ใช้กลยุทธ์ “คัดกรองด้วยวีไอเอแล้วรักษาเลย” ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยาตามด้วยการทำคอลโปสโคปี (ร่วมหรือไม่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ) แล้วรักษา ข้อเสนอแนะสำหรับวีไอเอเหนือเซลล์วิทยาตามด้วยการทำคอลโปสโคปีนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในประเทศต่างๆ ที่กำลังพิจารณาว่าจะใช้แผนงาน/โปรแกรมอย่างไรโดยหนึ่งหรือในประเทศที่มีแผนงาน/โปรแกรมทั้งสองอย่างนี้อยู่แล้ว
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการทำคอลโปสโคปี (ร่วมหรือไม่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ) แล้วรักษา
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยวีไอเอแล้วรักษา หรือไม่ก็กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีแล้วรักษา
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยวีไอเอแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยวีไอเอแล้วรักษา
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยวีไอเอแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยเซลล์วิทยาตามด้วยการทำคอลโปสโคปี(ร่วมหรือไม่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ) แล้วรักษา
- ใช้กลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยวีไอเอแล้วรักษา ดีกว่ากลยุทธ์ตรวจคัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการทำคอลโปสโคปี (ร่วมหรือไม่ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อ) แล้วรักษา

ในความเห็นของคณะผู้จัดทำ ก่อนจะรักษาด้วยการจี้เย็นนั้นผู้รักษจะต้องทำการตรวจวีไอเอ และตรวจพบฝ้าขาวที่เข้าเกณฑ์ในการรักษาก่อน

.....

^[6] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

^[7] คณะผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยสมาชิกทั้งหมดของ WHO Steering Group, the Guideline Development Group (GDG), และ the External Review Group (ERG) ดูแนวทางฉบับเต็มเพื่อรายละเอียดมากกว่านี้ได้ : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

WHO guidelines ที่เกี่ยวข้อง

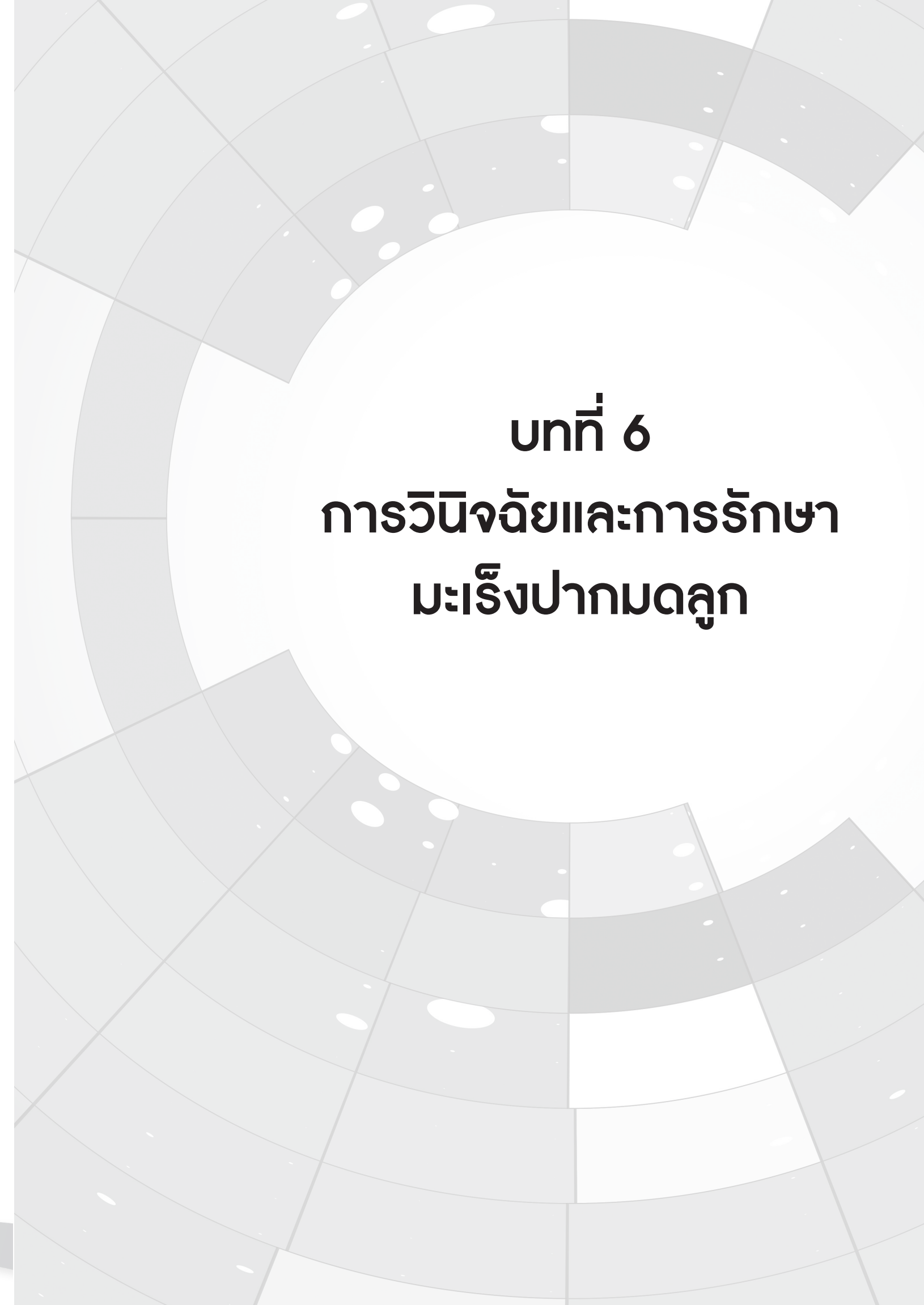
Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva : WHO; 2013
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention. Geneva : WHO; 2013
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/).

WHO guidelines for treatment of cervical intraepithelial neoplasia 2–3 and adenocarcinoma in situ. Geneva : WHO; 2014
(http://www.who.int/reproductivehealth/publications_cancers/treatment_CIN_2-3/en/).

WHO guidelines : use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. Geneva : WHO; 2011
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241502856/en/>).

WHO technical specifications on cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer : WHO; 2012
(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/>).



บทที่ 6
การวินิจฉัยและการรักษา
มะเร็งปากมดลูก

บทที่ 6

การวินิจฉัยและการรักษามะเร็งปากมดลูก

ประเด็นสำคัญ

- สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะต้น โดยปกติสามารถรักษาให้หายขาดได้ ด้วยการรักษาที่มีประสิทธิผล
- เป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทุกระดับ ที่ต้องสามารถรู้ถึงอาการและอาการแสดงที่พบได้บ่อยของโรคมะเร็งปากมดลูก และพร้อมที่จะให้การดูแลได้ทันที
- การวินิจฉัยที่แน่นอนว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ตัดออกมา
- สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จะได้รับประโยชน์จากการส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลรักษา มะเร็งระดับตติยภูมิ
- ทางเลือกต่างๆ ในการรักษาได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษาและเคมีบำบัด วิธีการเหล่านี้ อาจนำมาใช้ร่วมกันก็ได้
- ผู้ป่วยควรตระหนักถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา เช่น ไม่สามารถมีบุตรได้อีก ภาวะวัยหมดระดูรู้สึกไม่สุขสบายหรือมีอาการเจ็บขณะร่วมเพศ ตลอดจนอาจมีการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะ
- ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับข้อมูลว่า เป็นเรื่องจำเป็นที่จะต้องมารับการตรวจติดตามในระยะยาว และต้องติดต่อกับหน่วยมะเร็งที่ซึ่งตนเองได้รับการรักษา
- ผู้ให้บริการที่สถานพยาบาลตติยภูมิควรส่งบันทึกการรักษาที่สมบูรณ์เป็นลายลักษณ์อักษร และแผนการดูแลที่ยังต้องทำต่อเนื่องให้แก่ผู้ให้บริการที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วยที่สุด ซึ่งจะมีส่วนในการให้ความสะดวกในการติดตามดูแลผู้ป่วย
- หากทิ้งไว้ไม่รักษา มะเร็งปากมดลูกจะเป็นเหตุให้เสียชีวิตเกือบเสมอไป

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

ผู้ให้บริการที่สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อาจได้ทำการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วย และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ (ตอนที่ 6.1) ผู้ให้บริการนี้มีหน้าที่ในการสร้างความเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการตติยภูมิ (ที่ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจัดระยะ [staging] และการรักษาสำหรับมะเร็ง) กับตัวผู้ป่วยเองกับคนในครอบครัวของผู้ป่วย และกับชุมชน บทนี้ไม่ได้มีเจตนาหลักให้ใช้โดยผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิ แต่เพื่อช่วยผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้เข้าใจว่ามะเร็งปากมดลูกได้รับการดูแลรักษาอย่างไรเสียมากกว่า เพื่อที่จะได้สามารถอธิบายแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของเธอและสื่อสารกับผู้ให้บริการทั้งที่ระดับตติยภูมิและระดับชุมชนได้ นอกจากนี้ ผู้ให้บริการยังจะต้องมี

หน้าที่ในการระบุและจัดการกับผลข้างเคียง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา และส่งตัวผู้ป่วย กลับไปยังสถานบริการที่ให้การรักษาเมื่อจำเป็น

จุดประสงค์หลักของบทนี้ เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเข้าใจถึงการวินิจฉัย มะเร็งปากมดลูกได้มาอย่างไร อาจจะมีการจัดการต่อไปอย่างไร และจะอธิบายกระบวนการต่างๆ นี้ให้กับ ผู้ป่วยและคนในครอบครัวอย่างไร รวมถึงจะสื่อสารได้อย่างดีกับผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิและกับผู้ให้บริการ ดูแลสุขภาพในชุมชนอย่างไร สิ่งเหล่านี้ได้กล่าวอย่างครอบคลุมไว้ในตอนที่ 6.2 นอกเหนือจากข้อแนะนำต่างๆ สำหรับผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิ เกี่ยวกับวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องการดูแลรักษาของผู้ป่วยในภาษาที่ ไม่ใช่ทางเทคนิคเมื่อพูดถึงเกี่ยวกับความหมายโดยนัยยะของการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

บทนี้ยังได้บรรยายต่อไปถึงการจัดระยะของมะเร็งปากมดลูก (ตอนที่ 6.3) และต่อด้วยการให้ภาพรวม ของประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็งปากมดลูก (ตอนที่ 6.4) ตอนที่ 6.5 จะให้การบรรยายสั้นๆ เกี่ยวกับการรักษาแต่ละชนิดที่อาจมีอยู่ที่สถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถอธิบายถึง การรักษาเหล่านี้แก่ผู้ป่วยได้ ตอนที่ 6.6 จะบรรยายถึงข้อพิจารณาพิเศษต่างๆ เมื่อมะเร็งปากมดลูกจะต้อง ได้รับการรักษาระหว่างที่มีการตั้งครรภ์และในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี ทำที่สุดท้ายหากเมื่อไปถึงจุดที่การรักษาได้รับการ ตัดสินว่าไม่มีประสิทธิผล และโรคของผู้ป่วยก็ไม่สามารถหายได้แล้ว ตอนที่ 6.7 ของบทนี้ก็จะได้ให้ ข้อแนะนำถึงวิธีการที่ผู้ให้บริการระดับตติยภูมิจะสามารถให้คำปรึกษาประเด็นนี้ร่วมกับผู้ป่วยและเพื่อน ผู้ใกล้ชิดที่ผู้ป่วยเลือก รวมถึงวิธีการอธิบายว่ามันอาจดีกว่าสำหรับผู้ป่วยเองที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน ในช่วงเวลาของชีวิตที่เหลืออยู่ โดยคนในครอบครัวและชุมชนของเธอ ด้วยการสนับสนุนจากผู้ให้บริการ ในทุกระดับตามความจำเป็น

เอกสารประกอบการปฏิบัติสำหรับบทนี้เขียนด้วยภาษาที่ไม่ใช่ทางเทคนิค ซึ่งมีประโยชน์มากสำหรับ ผู้ให้บริการในทุกระดับใช้ในการสื่อสารกับผู้ป่วย (และผู้ที่ถูกเลือกไว้จะเป็นเพื่อน) เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการรักษาของตนเอง หัวข้อที่จำเพาะต่อการให้คำปรึกษา ได้แก่ อาการและการวินิจฉัย การรักษา ที่เป็นไปได้ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และผลข้างเคียงต่างๆ จากการรักษา การพยากรณ์โรค การติดตาม ทางทางแพทย์ที่จำเป็นและวิธีการในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทุกๆ ระยะ ด้วยความช่วยเหลือจากคน ในครอบครัว ชุมชน และผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิของผู้ป่วยมีเอกสารประกอบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง วิธีการรักษา หลักต่างๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ การตัดมดลูก การให้รังสีรักษาภายนอกอวัยวะเชิงกราน และการใส่แร่

โปรดสังเกตว่าบทที่ 7 และเอกสารประกอบการปฏิบัติของบทนั้น จะให้ข้อมูลโดยละเอียดเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งควรได้เปิดอ่านดูตามความจำเป็นร่วมกันไปกับข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่ในบทนี้

เรื่องของเบตตี้

เบตตี้ อายุ 42 ปี มีบุตรห้าคน เธอไปรับบริการกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิของเธอเมื่อเธอเริ่มมีเลือดออกมากหลังจากมีเพศสัมพันธ์ โดยก่อนหน้านั้นเธอก็มีตกขาวผิดปกติมาแล้วหลายเดือน พยาบาลผู้ที่เคยพบกับเบตตี้มาก่อนแล้วด้วยปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ให้ยาเม็ดบางอย่างแก่เธอแล้วบอกว่าถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้กลับมาใช้บริการอีก อาการเลือดออกและตกขาวผิดปกติไม่ดีขึ้น เบตตี้จึงกลับมาที่คลินิกอีกกับคูชีวิตของเธอ

ทั้งหมดที่พยาบาลทำได้ก็คือ ตรวจภายในโดยไม่ได้ใช้ speculum (เพราะไม่มี) เมื่อเธอใส่นิ้วเข้าไปในช่องคลอดของเบตตี้ เธอรู้สึกว่ามีก้อนแข็งขรุขระอยู่ที่ปลายนิ้ว ตอนนี้พยาบาลจึงได้แจ้งแก่เบตตี้ และคูชีวิตว่าเธอทั้งคู่ต้องจำเป็นต้องไปที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ เพื่อรับการตรวจประเมินทางนรีเวช และพยาบาลก็ทำการนัดให้เธอเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ที่โรงพยาบาล เบตตี้ได้รับการตรวจโดยอินเทอร์นผู้ที่ได้เห็นว่ามีก้อนขนาดใหญ่คล้ายดอกกะหล่ำ (ยื่นออกมา) อยู่ที่ส่วนบนของช่องคลอด จึงสงสัยทันทีว่ามีมะเร็งอยู่ แล้วจึงได้ทำการตัดชิ้นเนื้อ เพื่อการยืนยันและสั่งทำการตรวจอื่นๆ ด้วย ผลการตัดชิ้นเนื้อยืนยันความสงสัยของอินเทอร์นว่ามีมะเร็งจริง และผลการตรวจอื่นๆ แสดงให้เห็นว่าเบตตี้มีภาวะโลหิตจางมากทีเดียว เธอจึงได้รับการให้เลือดและส่งต่อไปหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิโดยด่วน

หลังจากการตรวจเบตตี้และทำการตรวจอื่นๆ เพิ่มเติม แพทย์ก็ได้อธิบายแก่เธอและคูชีวิตว่าเธอมีมะเร็งซึ่งได้กระจายไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ ปากมดลูกของเธอ แต่ยังไม่ได้ลามไปยังอวัยวะอื่นๆ หรือกระจายไปไกล พวกเขา (แพทย์) อธิบายว่าพวกเขาเชื่อว่าเธอมีโอกาสที่ดีในการหายขาด ด้วยการรักษาโดยรังสีรักษาที่ให้ทุกวันติดต่อกัน 5 สัปดาห์แบบผู้ป่วยนอก แพทย์ยังได้อธิบายถึงวิธีการทำงานของรังสีรักษาและบรรยายถึงการให้รังสีรักษาแบบภายนอกและแบบภายใน (การใส่แร่) เพื่อการรักษาที่พวกเขาสามารถจะให้ได้ เธอได้รับการบอกถึงผลข้างเคียงจากการได้รับรังสีรักษาที่จะทำให้เธอเข้าสู่วัยหมดระดู หมายความว่าเธอจะไม่มีระดูอีก เธอจะไม่สามารถมีบุตรได้อีก (เป็นหมัน) และเธออาจมีอาการร้อนวูบวาบได้ เธอและคูชีวิตอาจพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ไม่สุขสบาย แพทย์ยังได้อธิบายว่าพวกเขาจะช่วยบรรเทาอาการต่างๆ เหล่านี้ของเบตตี้ และได้ตอบคำถามต่างๆ ของเธอและคูชีวิต และทำให้มั่นใจว่าเธอเข้าใจ ทุกสิ่งที่พวกเขาได้อธิบาย

แพทย์ได้บอกเธอว่าเธอสามารถเริ่มการรักษาได้เร็วๆ นี้เลยหากเธอพร้อม แต่ก็บอกเธอด้วยว่าก่อนเริ่มการรักษา เธอจำเป็นต้องลงนามในหนังสือยินยอมของโรงพยาบาล พวกเขารับประกันกับเธอว่าการลงนามในแบบฟอร์มนี้จะไม่ขัดขวางเธอหากเธอเปลี่ยนใจด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม เมื่อใดก็ตามที่ทั้งก่อนและระหว่างการรักษา เธอเลือกที่จะเริ่มการรักษาเลย และคูชีวิตของเธอก็ได้ให้การสนับสนุนการตัดสินใจของเธอและสัญญาว่าจะช่วยให้เธอผ่านพ้นช่วงเวลานี้ไปได้ เบตตี้จึงได้เข้าห้องใกล้โรงพยาบาล และคูชีวิตของเธอก็ได้กลับบ้านไปดูแลลูกๆ แต่ก็ได้มาเยี่ยมเธอเป็นระยะเวลาล้นๆ บ่อยๆ เบตตี้สามารถทนต่อการรักษาต่างๆ ได้ดี และหลังจาก 5 สัปดาห์ผ่านไป เธอก็สามารถกลับบ้านได้ คูชีวิตและลูกคนโตของเธอได้ช่วยเธอทำงานบ้านจนกระทั่งเธอหายดี

ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้ส่งรายงานการรักษาโดยละเอียด ไปยังแพทย์ที่โรงพยาบาลในท้องถิ่น ผู้มีหน้าที่ในการให้การตรวจติดตามแก่เบตตี้ทุกสามเดือน และอาจบอกรู้ขึ้นหากจำเป็น แพทย์ของเธอได้ติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่ให้การรักษาเธอเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างการตรวจติดตาม และวิธีการต่างๆ ในการดูแลรักษา ผลข้างเคียงต่างๆ ที่เบตตี้มีก็เป็นไปตามที่คาดไว้ทุกประการ และเธอก็ได้รับคำแนะนำในการจัดการพวกมัน มะเร็งที่เบตตี้เคยเป็นก็ไม่ได้แสดงสัญญาณของการกลับเป็นซ้ำแต่อย่างใด ตลอดสองปีของการตรวจติดตามที่ปลายปีที่สอง เบตตี้ได้กลับไปโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่เธอเคยได้รับการตรวจรักษาโดยละเอียด และสนทนากับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง ที่นี่เธอได้รับการยืนยันว่าไม่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค และเบตตี้ก็ได้รับแจ้งว่าเธอต้องการอีกแค่เพียง การตรวจติดตามปีละครั้ง ตรวจหาที่เธอไม่มีอะไรใหม่ เธอได้รับเอกสารที่มีข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการดูแลทั้งหมดและบันทึก โดยละเอียดที่มีไปถึงแพทย์ระดับปฐมภูมิของเธอ

6.1 อาการนำและการวินิจฉัยของมะเร็งปากมดลูก

บางโอกาส ผู้ป่วยที่มารับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งที่คลินิกมีความผิดปกติที่เห็นได้ชัดด้วยตาเปล่าบนปากมดลูก หากมีผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นอยู่ที่คลินิกก็อาจทำการตัดชิ้นเนื้อแล้วส่งไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยหากเป็นไปได้ ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิเพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อและวินิจฉัย (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.9 เกี่ยวกับการตัดชิ้นเนื้อและการชุด้านในช่องคอมดลูก)

ที่พบบ่อยกว่าสตรีจะมาหาผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิของเธอด้วยอาการผิดปกติที่สงสัยว่า อาจมีมะเร็งปากมดลูก หากผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิคนนั้นได้รับการฝึกอบรมและมีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เธออาจทำการตัดชิ้นเนื้อเอง แต่ในกรณีส่วนมากเธอจะส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิให้ได้รับการตรวจโดยนรีแพทย์ ผู้ซึ่งจะทำการตัดชิ้นเนื้อและส่งไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หากผลที่ได้รับกลับมาเป็นบวก ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เพื่อพบกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะได้ทำการทดสอบเพิ่มเติมและการรักษา ^[1]

ที่โชคร้าย สตรีจำนวนมากอาจยังคงไม่มีอาการ จนกระทั่งโรคได้ลุกลามไปมากแล้ว โดยเฉพาะสตรีที่ไม่มีเพศสัมพันธ์แล้ว

.....

[1] โปรดไปดูข้อมูลใน WHO's 2014 publication *Implementation tools : package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings*, สามารถหาได้ที่ :

<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>

อาการนำของมะเร็งปากมดลูกตามระดับของความรุนแรง (ต้น และ เป็นมากแล้ว) ได้ระบุไว้ในตาราง ที่ 6.1 (ดูตอนที่ 6.3 ด้วย รวมถึงตารางที่ 6.2 และรูปที่ 6.1 สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบการจัดระยะของ FIGO)

ตารางที่ 6.1 : อาการของมะเร็งปากมดลูก

ระยะต้น (Early)	<ul style="list-style-type: none"> ● ตกขาว บางครั้งมีกลิ่นเหม็น ● เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ (รูปแบบใดก็ได้) ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ● เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ (อาจเป็นหยดๆ) ในสตรีอายุเท่าใดก็ได้ แม้อายุน้อย ● เลือดออก (อาจเป็นหยดๆ) ในวัยหมดระดู ● ในกรณีของเลือดออกผิดปกติใกล้วัยหมดระดู จะต้องคำนึงถึงมะเร็งปากมดลูกด้วยเสมอ โดยเฉพาะเมื่อการรักษาที่เหมาะสมด้วยยาไม่ได้ผล
ระยะที่เป็นมากแล้ว (Advanced)	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัสสาวะบ่อยหรือต้องรีบไปปัสสาวะเมื่อปวด ● ปวดหลัง ● ปวดท้องน้อย ● ปวดหลังรุนแรง ● น้ำหนักลด ● ปัสสาวะลดลง (เนื่องจากท่อไตอุดตันหรือไตวาย) ● ปัสสาวะหรืออุจจาระรั่วออกมาทางช่องคลอด (เนื่องจากมีรูรั่ว [fistulae]) ● ชาบวม ● หายใจไม่อิ่ม (เนื่องจากโลหิตจาง หรือที่พบได้ยาก คือกระจายไปปอดหรือมีน้ำในช่องปอด)

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากมะเร็งปากมดลูก ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.1

6.2 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

6.2.1 บทบาทของผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติใดๆ ดังที่ได้ระบุไว้ในตารางที่ 6.1 พวกเขาอาจเริ่มด้วยการไปปรึกษาปัญหากับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน หรือแพทย์พื้นบ้านของเธอก่อน เธออาจได้รับการรักษา และหากอาการยังคงมีอยู่ เธอก็มีแนวโน้มที่จะได้รับคำแนะนำให้ไปปรึกษาผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของเธอ ซึ่งมักจะเป็นพยาบาล

ก. เมื่อสตรีไปสถานบริการระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิด้วยอาการผิดปกติต่างๆ

หากผู้ให้บริการที่สถานบริการระดับปฐมภูมิได้รับการฝึกอบรมมาและมีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น เธออาจทำการตรวจภายในและทำการตัดชิ้นเนื้อจากตำแหน่งที่พบความผิดปกติบนปากมดลูก หากผลการตัดชิ้นเนื้อเป็นมะเร็ง ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิอาจส่งต่อผู้ป่วยโดยตรงไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิเพื่อการตรวจเพิ่มเติมและการรักษา อย่างไรก็ตาม ศูนย์บริการดูแลระดับปฐมภูมิส่วนใหญ่ ไม่มีเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็น หรือไม่มีผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมมาสำหรับการตรวจภายใน เพราะฉะนั้น พบได้บ่อยว่าสตรีที่มาด้วยอาการผิดปกติจะได้รับแจ้งว่าเธอจำเป็นต้องไปพบนรีแพทย์ที่สถานบริการระดับทุติยภูมิที่ใกล้ที่สุดโดยเร็ว ในกรณีที่พบได้ไม่บ่อย ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการตกเลือดรุนแรงที่ศูนย์บริการดูแลระดับปฐมภูมิ ผู้ป่วยเหล่านี้อาจจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อโดยตรงไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อการประเมินและการรักษาโดยเร่งด่วน

โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ผู้ให้บริการที่จัดการกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการผิดปกติ ได้รับคำแนะนำให้สร้างความสัมพันธ์หรือความไว้วางใจกับผู้ป่วย ก่อนอื่นผู้ให้บริการอาจซักประวัติทั้งหมดและทำการตรวจโดยละเอียด เพื่อตัดสินใจว่ามีรอยโรคใดๆ ที่ปากมดลูกหรือไม่ โดยสังเกตถึงการมีความแข็งแรงของขรุขระ การบวมหรือความผิดปกติอื่นๆ ที่ปากมดลูกและที่เนื้อเยื่อรวมถึงอวัยวะต่างๆ ที่อยู่รอบๆ (ดูเอกสารประกอบ การปฏิบัติที่ 5.2)

หากเป็นการเหมาะสมและยินยอมโดยผู้ป่วย การตรวจการตั้งครรภ์และการตรวจเอชไอวีก็อาจทำได้ก่อนการตัดชิ้นเนื้อรอยโรคปากมดลูกที่สถานบริการทุติยภูมิ หากผลการตรวจทั้งสองเป็นลบและมีทั้งเครื่องมือที่จำเป็นและผู้ให้บริการที่มีประสบการณ์อยู่พร้อม ก็อาจทำการตัดชิ้นเนื้อส่งไปที่ห้องปฏิบัติการ เพื่อทำการตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หากอีกนัยหนึ่ง สตรีตั้งครรภ์และ/หรือมีเชื้อเอชไอวีก็ขอแนะนำให้ส่งต่อเธอไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อ และก็ขึ้นอยู่กับผลการตรวจว่าจะวางแผนการรักษาเธอต่อไปอย่างไร

ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ได้ทำการตัดไป จะช่วยยืนยันหรือแยกโรคการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นขั้นตอนที่จำเป็นก่อนการตรวจอื่นๆ อีกหลายอย่างที่ตามมา หากผลการตัดชิ้นเนื้อว่าเป็นสำหรับมะเร็ง ผู้ป่วยก็จะได้รับการส่งต่ออีกครั้งหนึ่ง แต่คราวนี้จากสถานบริการระดับปฐมภูมิไปยังสถานบริการระดับทุติยภูมิเพื่อการทดสอบและการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม รวมถึงการตัดสินใจที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมที่สุดที่มีอยู่ (ดูตอนที่ 6.2.2 เกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการทุติยภูมิ)

ผู้ให้บริการทุกคนควรคำนึงไว้เสมอว่า ผลการตัดชิ้นเนื้ออาจระบุได้ถึงการวินิจฉัยโรคอื่นอีก 2-3 อย่างที่อาจเป็นไปได้อีกด้วยสำหรับสตรีที่มีอาการเหมือนกัน (กระบวนการนี้เรียกว่า การวินิจฉัยแยกโรค) ความเป็นไปได้อื่นๆ นั้นรวมถึงโรคติดเชื้อต่างๆ เช่น เริม ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏของปากมดลูกและทำให้สับสนกับมะเร็งปากมดลูกระยะต้น หรือเป็นการกระจายของมะเร็งมาจากตำแหน่งอื่น รวมถึงจากเยื่อโพรงมดลูก (นั่นก็คือ เป็นมะเร็งเยื่อโพรงมดลูก)

ข. เมื่อสตรีได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกที่สถานบริการระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิ

เมื่อมีรายงานการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งแน่ชัด ผู้ให้บริการที่ได้ทำการตัดสินใจนั้นก็จำเป็นต้องอธิบายผลการวินิจฉัยแก่สตรีอย่างนุ่มนวล ให้เวลากับเธอเพื่อให้เธอได้สะท้อนความรู้สึกและทำความเข้าใจต่อความรุนแรงของโรคของเธอ รวมถึงให้โอกาสเธอในการถามคำถามต่างๆ หากเธอขณะนั้นยังไม่ได้อยู่ที่โรงพยาบาลตติยภูมิเธอจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางที่ใกล้ที่สุด ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งและเครื่องมือที่พร้อมอยู่เพื่อให้การรักษาดูแลประกอบประกอบปฏิบัติที่ 6.2 และ 6.3 เพื่อคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้ป่วยที่ระยะนี้

ค. เมื่อสตรีได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลังการรักษา

บทบาทเพิ่มเติมของผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ก็คือการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ไม่ว่าจะเพราะการรักษาประสบความสำเร็จและเธอเริ่มหาย หรือเพราะการรักษาไม่มีประสิทธิผลและได้มีการแนะนำให้กลับบ้านเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ หากเป็นไปได้ จะยังคงมีการติดต่อสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญที่สถานบริการระดับตติยภูมิและปฏิบัติตามข้อแนะนำในการตรวจติดตามเป็นระยะ ระบุและจัดการดูแลผลข้างเคียงรวมทั้งภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากทั้งโรคและ/หรือการรักษา และหากจำเป็นและเป็นไปได้ ก็คือการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังสถานบริการที่ทำการรักษาผู้ป่วย

หากผู้ป่วยกำลังได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิก็จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนหลักทางการแพทย์ของเธอ ในการปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญที่สถานบริการระดับตติยภูมิ และหากปรารถนาพบกับแพทย์พื้นบ้านด้วย การสนับสนุนทางการแพทย์เหล่านี้อาจได้แก่ การทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความเจ็บปวด และการรักษาอาการต่างๆ ที่พบได้บ่อย อันเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับการรักษามะเร็งมา

ง. บทบาทสำคัญอื่นๆ

ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมียังมีบทบาทอื่นๆ ที่สำคัญเกี่ยวกับความร่วมมือในฐานะที่เป็นสมาชิกของ “ทีมมะเร็งปากมดลูก” ด้วย สิ่งเหล่านี้อาจได้แก่ :

- การให้ความรู้และการฝึกอบรมแก่ชุมชน
- การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน รวมถึงการจ่ายยาเพื่อบรรเทาปวด (หากสิ่งนี้ได้รับอนุญาตจากกฎระเบียบข้อบังคับแห่งชาติ)
- การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ใหม่ ที่เพิ่งได้เข้ามาร่วมทีม
- การสอนคนในครอบครัวที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเพื่อนของผู้ป่วย เกี่ยวกับวิธีการให้การดูแลพิเศษเพื่อป้องกันอาการรุนแรงต่างๆ และรักษาอาการเหล่านั้นได้หากเกิดขึ้น

- สร้างความเชื่อมโยงระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวของเธอ กับองค์กรการกุศลหรือผู้ให้การช่วยเหลือต่างๆ ที่อาจให้การสนับสนุนต่างๆ อย่างกว้างขวางซึ่งไม่ใช่ทางการแพทย์ เช่น การรับบริจาคทุน อาหาร และวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์

- การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวของเธอให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในระหว่างระยะสุดท้ายของโรค

- ทำการเยี่ยมบ้านในระหว่างระยะที่รุนแรงหรือระยะสุดท้ายของโรค หากเป็นไปได้ สำหรับรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ดูปทที่ 7 และเอกสารประกอบการปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

6.2.2 การทำความเข้าใจกับบทบาทต่างๆ ของผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิ

ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษามะเร็งรวมถึงเทคโนโลยีในการตรวจและวิธีการในการรักษาแบบต่างๆ ที่ทันสมัยให้เลือกอยู่ ข้อมูลในเอกสารตอนนี้มีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อช่วยผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิให้เกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยสามารถคาดหวังได้ว่าจะพบกับอะไรบ้างเมื่อเธอได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิ

บทบาทต่างๆ ของผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิมีดังต่อไปนี้ :

- ประเมินระยะของโรคมะเร็งของสตรี โดยอาศัยการตรวจร่างกายอย่างละเอียด และการตรวจต่างๆ เป็นชุด สิ่งนี้จะทำให้ได้ข้อมูลเพื่อการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย รวมถึงวิธีการรักษาและการตรวจติดตาม (ดูตอนที่ 6.3 สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดระยะของมะเร็ง และข้อคิดเห็นต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ให้บริการดูแลระดับตติยภูมิสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย)

- ตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่ในสถานบริการสำหรับผู้ป่วย โดยคำนึงถึงการมีอยู่ของผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือต่างๆ

- ติดตามและประเมินผู้ป่วยในระหว่างและหลังจากการรักษา เพื่อให้ทราบผลของการรักษาที่มีต่อมะเร็งและเพื่อให้การดูแลอาการข้างเคียงใดๆ ที่เกิดขึ้น

- หากการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการดูแลในท้องถิ่นกับที่ระดับตติยภูมิเป็นไปได้ ผู้เชี่ยวชาญอาจช่วยเหลือผู้ให้บริการท้องถิ่นที่อยู่ในชุมชนของผู้ป่วยในการให้การติดตามดูแลหลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หากจำเป็นผู้เชี่ยวชาญจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับการสั่งทำการตรวจเพิ่มเติมและเกี่ยวกับการดูแลอาการข้างเคียงรวมถึงปัญหาอื่นๆ ที่กำลังเกิดขึ้นตามมา

- การสนับสนุนอย่างต่อเนื่องสำหรับการดูแลติดตามแก่ผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อไปรับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน การสนับสนุนนี้อาจเกิดขึ้นผ่านทางโทรศัพท์ อีเมลหรือช่องทางอื่นๆ ที่มีอยู่ กับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและ/หรือทุติยภูมิ ในบางกรณี เนื่องจากอาการรุนแรงที่ยากแก่การรักษา (เช่น อาการปวด ตกเลือด) ผู้ป่วยอาจได้รับการส่งต่อกลับไปยังโรงพยาบาลเพื่อการรักษาแบบประคับประคองเพิ่มเติม (ดูบทที่ 7)

6.3 การจัดระยะมะเร็งปากมดลูก

การจัดระยะ (staging) มะเร็งปากมดลูก ทำโดยการใช้หนึ่งในระบบการจัดระยะนานาชาติที่มีอยู่ เพื่อให้ทราบถึงขอบเขตการลุกลามของมะเร็ง รวมถึงการมีหรือไม่มีกระจายของมะเร็งไปไกล ระยะของมะเร็งของผู้ป่วยจะถูกใช้โดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อเลือกและวางแผนการรักษาที่มีอยู่ซึ่งเหมาะสมที่สุดให้แก่ผู้ป่วย (ดูภาคผนวก 10 เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูกตามระยะ)

ที่สถานบริการระดับตติยภูมิบางแห่ง การตรวจด้วย speculum การคลำทางช่องคลอดและการคลำทางทวารหนัก อาจรวมถึงการส่องกล้องตรวจดูกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) และการส่องกล้องตรวจดูลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (proctoscopy) เป็นเพียงเครื่องมือที่มีใช้ใช้ในการจัดระยะเท่านั้น โดยอาศัยวิธีการตรวจต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์จะรู้ได้ถึงตำแหน่งของก้อนมะเร็งว่ามันโตออกภายนอกหรือบุกรุกเข้าไปภายในจากเนื้อเยื่อของปากมดลูก ขนาดของมัน การลุกลามไปยังเนื้อเยื่อข้างเคียงและตัวมดลูกรวมถึงเส้นเอ็นต่างๆ ที่ยึดมดลูกให้อยู่กับที่ และการลุกลามไปที่ผนังอุ้งเชิงกราน การลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ส่วนล่างก็สามารถทราบได้ด้วย

ที่สถานบริการระดับตติยภูมิส่วนใหญ่ จะมีวิธีการตรวจต่างๆ ที่ทันสมัยกว่าอยู่และอาจจะนำมาใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้นของโรค ซึ่งจะช่วยในการตัดสินใจการรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่สำหรับผู้ป่วย (ดูตาราง ที่ 6.2) การประเมินนี้สามารถทำได้ภายใต้การวางยาสลบ หากการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยและการจัดระยะเต็มรูปแบบ ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายและ/หรือความเจ็บปวดมากเกินไป

ตารางที่ 6.2 : การตรวจต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการเพื่อการจัดระยะและการรักษามะเร็งปากมดลูก

ต้องทำเพื่อการจัดระยะ	อาจทำเสริมเพื่อการจัดระยะ
<ul style="list-style-type: none"> ● การตรวจด้วย speculum การคลำทางช่องคลอด และการคลำทางทวารหนัก ● การตรวจดูการทำงานของไตด้วยการฉีดสี (intravenous pyelogram : IVP) หรือการตรวจด้วยอัลตราซาวนด์ทางหน้าท้อง (transabdominal ultrasound) 	<ul style="list-style-type: none"> ● การส่องกล้องตรวจดูกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) ● การส่องกล้องตรวจดูลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (proctoscopy) ● การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone biopsy) ● การชุดหรือป้ายเซลล์จากด้านในช่องคอมดลูกไปตรวจ ● การตรวจภาพรังสีของปอด (chest x-ray) ● การตรวจภาพรังสีของกระดูกหรือการสแกนกระดูก (ถ้ามีอาการปวดกระดูก)

ที่มา : ข้อมูลนี้เป็นไปตามแนวทางในการจัดระยะของ International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)

นอกจากการตรวจต่างๆ ที่ได้รับการแนะนำจาก International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO) ในตารางที่ Table 6.2 แล้ว ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลอาจทำการตรวจต่างๆ เพิ่มเติมเพื่อการสำรวจดูขอบเขตของมะเร็งให้ละเอียดมากขึ้น สิ่งเหล่านี้อาจได้แก่ :

- การตรวจเลือด รวมถึงการตรวจนับเม็ดเลือดโดยละเอียดและระดับของฮีโมโกลบิน (เพื่อประเมินการมีภาวะโลหิตจางที่เกิดจากการเสียเลือด ซึ่งหากมีอยู่สามารถมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการรักษา) นอกเหนือจากการตรวจการตั้งครรภ์และเอชไอวี เมื่อมีความเหมาะสม

- การตรวจการทำงานของไตและตับ

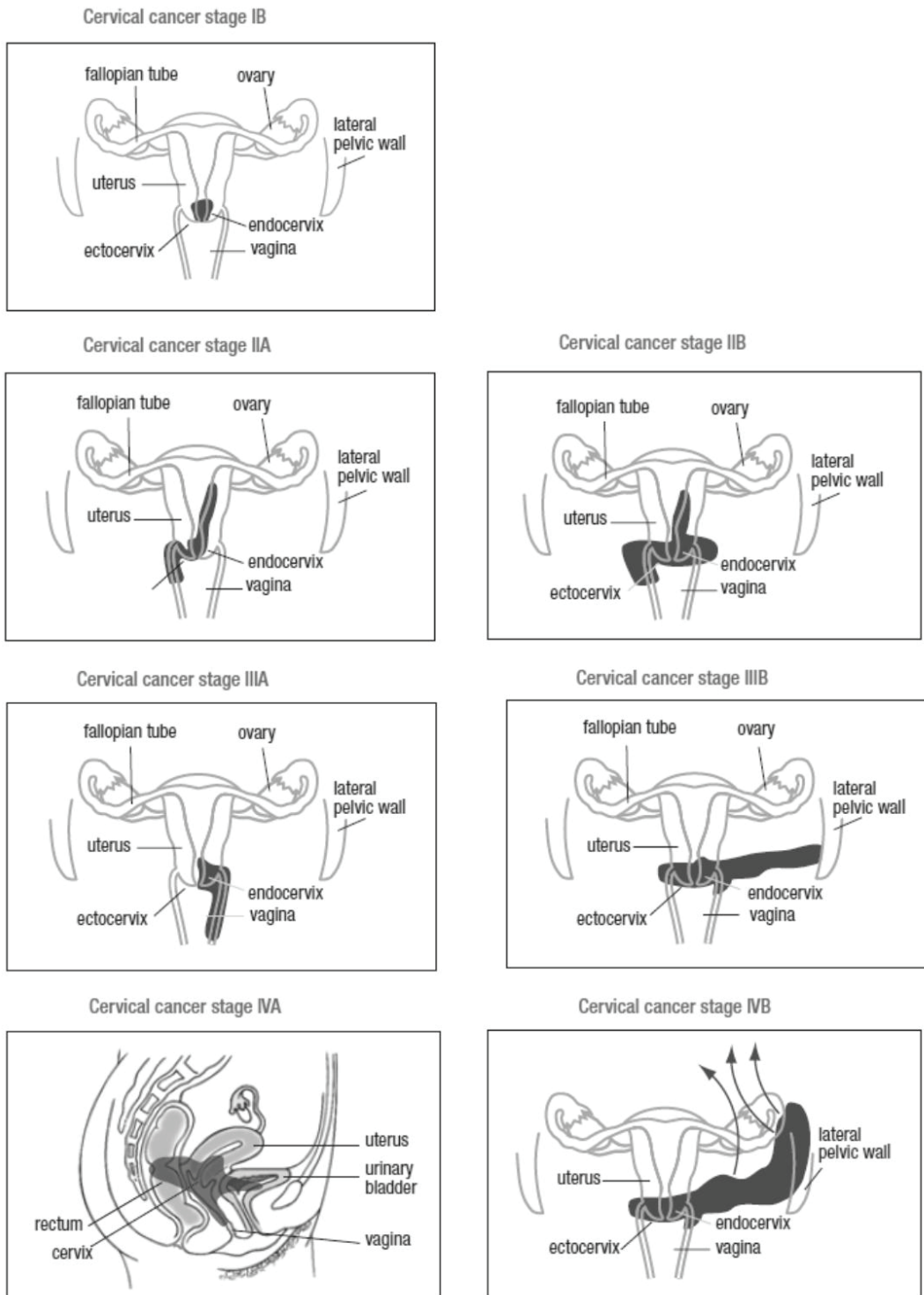
- การตรวจโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography : CTscan) หรือที่อาจดีกว่าคือการถ่ายภาพด้วยคลื่นแม่เหล็ก (magnetic resonance imaging : MRI) ของบริเวณช่องท้องและอุ้งเชิงกราน (เพื่อช่วยในการวางแผนการใช้รังสีรักษา) อย่างไรก็ตาม การรักษาสภาพสามารถวางแผนไปได้โดยไม่มี การตรวจต่างๆ เหล่านี้หาก ไม่ได้มีข้ออยู่ ค่าใช้จ่ายในการทำสูงมาก หรือเป็นไปได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการทั้งหมดที่ได้ทำไป เพื่อเป้าประสงค์ในการจัดระยะ ผลการตรวจเหล่านั้น จะต้องได้รับการบันทึกอย่างรอบคอบในเวชระเบียนของผู้ป่วย การบรรยายเป็นแผนภาพสามารถนำมารวมไว้ด้วยและส่งมอบให้แก่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ระดับต่างๆ ทั้งหมดที่จะเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วย

ก. ระบบการจัดระยะของ FIGO

มีหลายระบบที่ถูกนำมาใช้เพื่อการจัดระยะมะเร็งปากมดลูก ระบบการจัดระยะของ FIGO ซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดของก้อนมะเร็งและขอบเขตการลุกลามของโรคภายในอุ้งเชิงกรานและไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกล เป็นระบบที่ได้รับการนำมาใช้บ่อยที่สุด (ดูรูปที่ 6.1)

รูปที่ 6.1 : ระบบการจัดระยะของ FIGO ที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 2009



ที่มา : Edge et al. (2010), Gold et al. (2008), Pecorelli (2009); คู่มือบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

ระบบการจัดระยะของ FIGO (ที่ได้รับการปรับปรุงใหม่ในปี ค.ศ. 2009) ได้บรรยายถึงสี่ระยะที่รุนแรงขึ้นเป็นลำดับของมะเร็งปากมดลูก จากระยะที่ I ไปถึงระยะที่ IV

ต่อไปนี้เป็นบทสรุปของการจัดระยะหลักและระยะย่อยของ FIGO (ดังแสดงในรูปที่ 6.1) :

ระยะที่ I : โรคมะเร็งยังคงจำกัดอยู่ในปากมดลูก (รวมถึงระยะย่อยที่ IA1, IA2, IB1 และ IB2)

ระยะที่ II : มะเร็งได้กระจายออกไปนอกปากมดลูกสู่ช่องคลอดส่วนบน หรือเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างๆ ปากมดลูก (parametrium) แต่ไม่ถึงผนังอุ้งเชิงกรานด้านข้าง (sidewall of the pelvis) (รวมถึงระยะย่อยที่ IIA1, IIA2 และ IIB)

ระยะที่ III : มะเร็งได้กระจายออกไปสู่ช่องคลอดส่วนล่าง หรือเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างๆ ปากมดลูกทั้งหมด ไปจนถึงผนังอุ้งเชิงกรานด้านข้าง (รวมถึงระยะย่อยที่ IIIA และ IIIB)

ระยะที่ IV : มะเร็งได้กระจายออกไปสู่อวัยวะต่างๆ ที่อยู่ล้อมรอบ หรือเนื้อเยื่อที่อยู่ไกลออกไป เช่น ปอด และต่อมน้ำเหลืองนอกอุ้งเชิงกราน (รวมถึงระยะย่อยที่ IVA และ IVB)

ข. ข้อเสนอแนะ สำหรับผู้ให้บริการระดับตติยภูมิ เกี่ยวกับวิธีการพูดคุยกับผู้ป่วย ในเรื่อง ความสำคัญของการจัดระยะ ก่อนที่จะทำและหลังจากได้รับผลการตรวจต่างๆ แล้ว

การสนทนา อาจเต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกเป็นอย่างมาก และอาจจำเป็นต้องทำมากกว่าหนึ่งครั้ง การสนทนาที่แสดงความเห็นอกเห็นใจและเคารพต่อการเข้าใจที่ชัดเจนรวมถึงปฏิกิริยาต่างๆ ของผู้ป่วย ล้วนเป็นเรื่องสำคัญ ผู้ป่วยควรได้รับการเสนอทางเลือกว่าจะให้มีสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิท อย่างน้อยหนึ่งคนอยู่ด้วยเพื่อให้กำลังใจในระหว่างการสนทนาหรือไม่ ในระหว่างการสนทนาให้หยุดบ่อยๆ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยและเพื่อนได้ถามคำถาม ในระหว่างเวลาที่ดำเนินไปให้ถามตัวเองอยู่เสมอว่าผู้ป่วยเข้าใจ สิ่งที่เรากำลังพูดอยู่หรือเปล่า และให้การแก้ไขความเข้าใจผิดใดๆ ที่มีด้วยการใช้ถ้อยคำที่ต่างออกไปในการสนทนาทั้งหมดที่เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ต้องคำนึงถึงแง่มุมทางวัฒนธรรมของชุมชนของผู้ป่วยด้วย

ดูกล่องที่ 6.1 เกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โรคและอัตราการอยู่รอด และดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.4 สำหรับข้อเสนอแนะต่างๆ ที่จำเพาะกว่าสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งซึ่งจำเป็นต้องพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งและการรักษาของผู้ป่วย

กล่องที่ 6.1 : ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการพยากรณ์โรค และอัตราการอยู่รอดที่ห้าปี (five-year survival) ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกหลังเสร็จสิ้นการรักษาที่ดีที่สุด*

ปัจจัยอันเดียวที่สำคัญที่สุดในการพยากรณ์การรอดชีวิตในระยะยาว คือระยะของโรคทางคลินิก (clinical stage) เมื่อแรกได้รับการวินิจฉัย ปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมต่อไปนี้มีอิทธิพลต่อโอกาสในการอยู่รอดมากกว่า ห้าปีของสตรีหลังการรักษาด้วย :

- ช่องทางในการเข้าถึงการรักษา
- การกระจายของมะเร็งไปต่อมน้ำเหลือง
- การมีโรคหรือภาวะร่วมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื้อรังหรือเฉียบพลัน
- สุขภาพและภาวะโภชนาการโดยทั่วไป รวมถึงการมีภาวะโลหิตจาง
- ระดับความรุนแรงของการมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เช่น สถานะการมีเชื้อเอชไอวี)

*ในประเทศซึ่งไม่มีการรักษาที่ดีที่สุดอยู่หรือมีอยู่อย่างไม่เพียงพอ อัตราการอยู่รอดก็จะต่ำกว่าอย่างเห็นได้ชัด

6.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก : ภาพรวม

6.4.1 หลักการของการรักษา

แต่ละประเทศหรือภูมิภาค ล้วนมีแผนการส่งต่อสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกอยู่ เพื่อให้เธอได้รับการดูแลรักษาที่สถานบริการระดับตติยภูมิ

ทางเลือกในการรักษาที่มีเสนอให้แก่ผู้ป่วยควรนำมาจากแนวทางของนานาชาติ ของชาติ หรือของสถาบันเอง โดยมีพื้นฐานอยู่บนการมีอยู่ของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพที่มีคุณสมบัติ (นั่นคือนรีแพทย์ ศัลยแพทย์ แพทย์ด้านอายุรศาสตร์มะเร็ง และ/หรือ แพทย์ด้านรังสีรักษา/นักฟิสิกส์การแพทย์) และการมีอยู่และสภาพของเครื่องมือที่จำเป็น มีข้อพิจารณาในการรักษาที่พิเศษบางประการ สำหรับสตรีที่กำลังตั้งครรภ์ หรือมีเชื้อเอชไอวี ดังที่จะได้บรรยายต่อไปในตอนที่ 6.6

ในผู้ป่วยทุกรายผู้ให้บริการดูแลสุขภาพควรมั่นใจว่าวิธีการรักษาที่ได้เลือก นอกจากลดขนาดของมะเร็งแล้ว ก็น่าจะลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยด้วย แต่ถ้าหากการรักษาและ/หรือผลข้างเคียงของการรักษากลับมีความเสี่ยงมากกว่าโรคที่เป็น (นั่นคือ มีแนวโน้มมากกว่าโรคเสียอีกในการทำใช้ชีวิตของผู้ป่วยสั้นลง หรือทำให้คุณภาพของช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยแย่ลง) ก็ไม่ควรใช้วิธีการรักษานั้น

การรักษาควรได้รับการปรับให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน แผนการรักษาที่ดีที่สุดควรได้รับการตัดสินใจโดยทีมซึ่งประกอบด้วย นรีแพทย์ แพทย์มะเร็ง และผู้เชี่ยวชาญด้านรังสีรักษา เมื่อมีทีมนี้อยู่ พวกเขาจะพิจารณาถึงประโยชน์สูงสุดและความต้องการของผู้ป่วย และนำข้อมูลเหล่านี้ไปวางแผนการรักษาสำหรับเธอด้วยการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุดโดยมีพื้นฐานอยู่บนขอบเขตของโรค และสถานะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย แล้วแผนการรักษานี้ก็จำเป็นต้องได้รับการนำไปปรึกษาหารือกับผู้ป่วย รวมทั้งติดต่อสื่อสารไปยังผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิของผู้ป่วย โดยการใช้ภาษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยรายนั้นๆ

(เพื่อให้ผู้ให้บริการคนอื่นๆ ก็สามารถพูดในทำนองเดียวกันในเนื้อหาของการปรึกษาหารือได้ โดยการใช้ภาษาเดียวกันนั้นด้วย) (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.3)

ไม่ว่าทางเลือกในการรักษาทั้งหมดที่ได้บรรยายไว้ในบทนี้ (ตอนที่ 6.5) จะมียุติที่ทุกสถานบริการระดับตติยภูมิ เครื่องมือที่จำเป็นอาจไม่ได้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ วัสดุอุปกรณ์อาจขาดไป หรือคุณสมบัติของผู้ให้บริการอาจไม่ทันสมัยแล้วสำหรับในการให้การรักษาที่จำเพาะบางอย่าง โดยมีพื้นฐานอยู่บนการมีอยู่และคุณภาพของการให้บริการ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่มีหน้าที่ในการจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องสามารถอธิบายถึงทางเลือกในการรักษาที่ดีที่สุดของผู้ป่วยได้ หากมีวิธีการรักษาที่ให้ผลการรักษาเหมือนกัน หรือในกรณีที่ต้องเลือกระหว่างการรักษาโดยวิธีเดียวกับการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ผู้ป่วยและบุคคลผู้สนับสนุนเธอควรได้รับข้อมูลอย่างละเอียดของแต่ละทางเลือก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ

เมื่อการปรึกษาหารือและการแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับขอบเขตของตัวโรคและแผนการรักษาได้สิ้นสุดลงแล้ว (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.4) ผู้ให้บริการก็จะอธิบายและทบทวนเนื้อหาทั้งหมดของหนังสือยินยอมซึ่งมีให้อยู่ในโรงพยาบาลและแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจความหมายของการลงนามของเธอ ให้ความมั่นใจว่าเธอมีสิทธิในการที่จะเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เธอได้ให้ความยินยอมไปแล้ว หากเธอต้องการจะด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม หลังจากนั้นผู้ป่วยก็จะได้รับการขอให้ลงนาม (ในหนังสือยินยอม) หากเธอพร้อมและมีการลงนามของพยานด้วย (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 5.1 เกี่ยวกับการได้รับการยินยอม)

6.4.2 การเลือกว่าจะรักษาหรือไม่ และเมื่อใดที่จะเริ่มการรักษา : การตัดสินใจ ของตัวผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วย เมื่อได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่แล้วก็เป็นผู้ที่มีสิทธิในการเลือกว่าจะรับการรักษาหรือไม่ วิธีการรักษาแบบไหนที่เธอเห็นชอบมากกว่า (หากเธอมีโอกาสดำเนินการ) และเมื่อใดที่จะเริ่มรักษา เพื่อทำสิ่งนี้ เธออาจจำเป็นต้องคำนึงถึง :

- สถานการณ์ของตัวเองและของครอบครัวเธอ
- ความรับผิดชอบต่างๆ ของเธอที่บ้าน
- เวลาที่จำเป็นต้องใช้เพื่อการรักษา
- ประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของการรักษาที่คาดหวังได้
- การรักษาที่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิจากประกันสุขภาพของเธอหรือไม่
- ค่าใช้จ่ายใดๆ ที่เธอและครอบครัวของเธอต้องออกเอง หากไม่ได้รับการคุ้มครองโดยสิทธิจากประกันสุขภาพ
- ผลที่จะตามมาต่างๆ หากไม่รับการรักษา

ในกระบวนการนี้ ผู้ป่วยอาจต้องการขอคำแนะนำจากบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดเธอเพื่อนำมาพิจารณา

6.4.3 อุปสรรคขัดขวางผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา

การรักษาหมักมีอยู่แต่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งอาจอยู่ไกลจากบ้านของผู้ป่วย ทำให้จำเป็นต้องอยู่ห่างไกลจากบ้านเป็นเวลายาวนานมาก ค่าใช้จ่ายต่างๆ ของสตรีและครอบครัวของเธอและสิ่งที่ต้องแยกกันอยู่จากการรักษา อาจเป็นปัญหาใหญ่ทีเดียว และอาจเป็นเหตุผลให้สตรีบางคนปฏิเสธหรือหยุดการรักษา หากเป็นไปได้ ผู้ให้บริการที่สถานบริการทุกระดับสามารถช่วยเธอโดยการเสาะหาการสนับสนุนจากทั้งครอบครัวและชุมชนของเธอรวมทั้งจากองค์กรต่างๆ ของรัฐและ NGO ด้วย ในบางประเทศมีการเสนอให้เงินช่วยเหลือแบบคนพิการแก่สตรีที่กำลังรับการรักษามะเร็งอยู่ ในขณะที่บางประเทศเสนอให้ที่อยู่ใกล้ๆ กับศูนย์รักษามะเร็ง แต่ในหลายประเทศก็ไม่มี的帮助เหลือใดๆ ให้เลย ในบางประเทศที่ไม่มีแม้แต่สถานบริการรักษามะเร็ง สตรีจะได้รับการส่งต่อไปยังประเทศเพื่อนบ้านเพื่อรับการรักษาและนี้อาจทำให้เกิดความยากลำบากขึ้นไปอีกแก่เธอและครอบครัว ประเด็นปัญหาทั้งหมดนี้ต้องการการศึกษาอย่างลึกซึ้ง เพื่อที่จะได้หาทางออก ซึ่งสามารถทำให้สตรีแต่ละคนได้รับการรักษาที่อาจทำให้เธอหายขาด หรือยืดและทำให้ชีวิตของเธอดีขึ้น

6.5 ทางเลือกต่างๆ ในการรักษา

ทางเลือกต่างๆ ในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด รวมถึงการใช้วิธีการรักษาที่กล่าวมาพร้อมกัน แต่ละทางเลือกจะได้รับการกล่าวถึงในตอนนี้อย่างละเอียดเพียงพอที่จะช่วยผู้ให้บริการที่ทุกระดับของระบบสุขภาพ สามารถแจ้งข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยได้ โดยคำนึงเสมอว่า จะใช้ภาษาที่ไม่ใช่ทางเทคนิคอย่างเหมาะสม การใช้คำศัพท์ในที่นี้มีเจตนาเพื่อช่วยผู้ให้บริการในการพูดคุยเกี่ยวกับวิธีการรักษาต่างๆ แก่ผู้ป่วย

โดยขึ้นกับระยะของมะเร็ง สถานะสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย และการมีอยู่ของเครื่องมือและสถานที่ที่จะให้บริการรวมถึงบุคคลากรที่มีความเชี่ยวชาญการรักษาหลัก (primary therapy) อาจเป็นการผ่าตัดหรือรังสีรักษาโดยใช้ร่วมหรือไม่ร่วมกับการให้เคมีบำบัด การรักษาหลัก (อาจเรียกอีกอย่างว่า การรักษาขั้นแรก [first-line therapy] หรือการรักษาปฐมภูมิ) เป็นการรักษาลำดับแรกสำหรับมะเร็งโดยปกติมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้โรคราย การรักษาเสริม (adjunctive therapy) ถือเป็นอีกการรักษาหนึ่งที่ใช้ร่วมกับการรักษาหลักเพื่อช่วยให้ผลการรักษาดีขึ้น การรักษาขั้นที่สอง (secondary therapy) หรือการรักษาทติยภูมิ หมายถึงการรักษาอีกอย่างหนึ่งที่สามารถให้หลังจากการรักษาขั้นแรกหรือปฐมภูมิได้ใช้ไปแล้ว

6.5.1 การผ่าตัด

การผ่าตัดหมายถึง การตัดเอาเนื้อเยื่อในปริมาณที่แตกต่างกันจากบริเวณที่มีการลุกลามของมะเร็งออก รวมเนื้อเยื่อปกติที่อยู่รอบๆ ด้วย การผ่าตัดสามารถทำผ่านได้ทั้งทางช่องคลอดและทางการเปิดหน้าท้อง

การผ่าตัดสามารถนำมาใช้เป็นการรักษาหลัก เช่นเดียวกับการรักษาขั้นที่สอง (secondary therapy) หลังจากที่มีการรักษาอีกอย่างหนึ่งได้ใช้ไปก่อนหน้าแล้ว

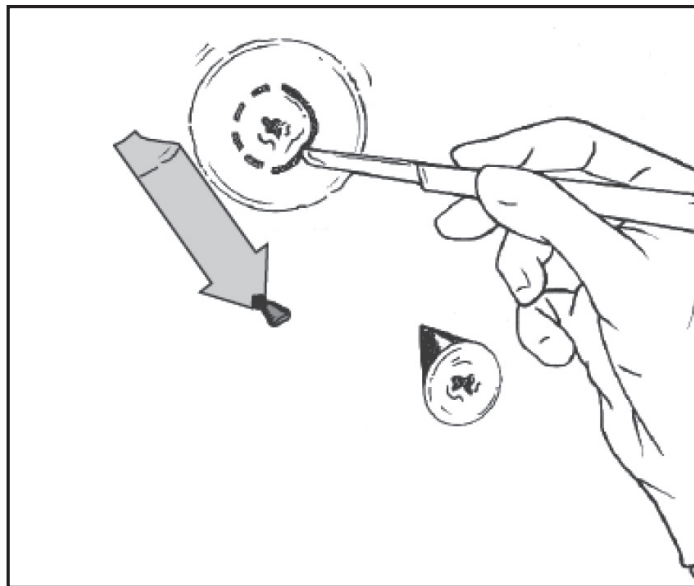
กระบวนการผ่าตัดสองอย่างแรกที่ได้รับการบรรยายในที่นี้ (การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย และการตัดมดลูกอย่างง่าย [simple hysterectomy]) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อออกน้อยกว่า ในขณะที่อย่างที่สอง (การตัดมดลูกอย่างถอนรากถอนโคน [radical hysterectomy]) เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อออกมากกว่า

ก. การผ่าตัดในฐานะที่เป็นการรักษาหลัก

การผ่าตัดในฐานะที่เป็นการรักษาหลัก (ปฐมภูมิ) สำหรับมะเร็งปากมดลูก เป็นการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อในปริมาณที่แตกต่างกันออก โดยขึ้นอยู่กับขอบเขตของการลุกลามของมะเร็งภายในอุ้งเชิงกรานและลักษณะอื่นๆ เฉพาะราย

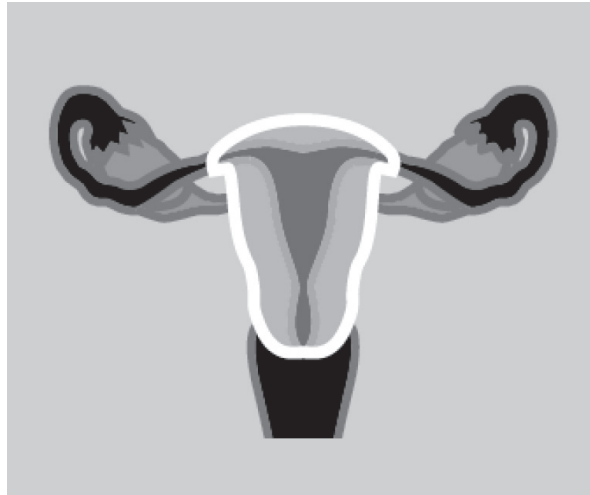
การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (cone biopsy) คือการผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อเป็นวงกลมกว้างที่รอบรูเปิดของปากมดลูกและรวมถึงส่วนล่างของช่องคอมดลูกออก (ดูรูปที่ 6.2) มะเร็งที่ลุกลามเล็กน้อย (microinvasive) (มีเซลล์มะเร็งออกนอกเยื่อบุผิวปากมดลูกไปเพียงเล็กน้อย : ระยะที่ IA1) สามารถได้รับการรักษาด้วยการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยนี้ โดยเฉพาะหากยังคงต้องการมีบุตรอีก

รูปที่ 6.2 : การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (cone biopsy)



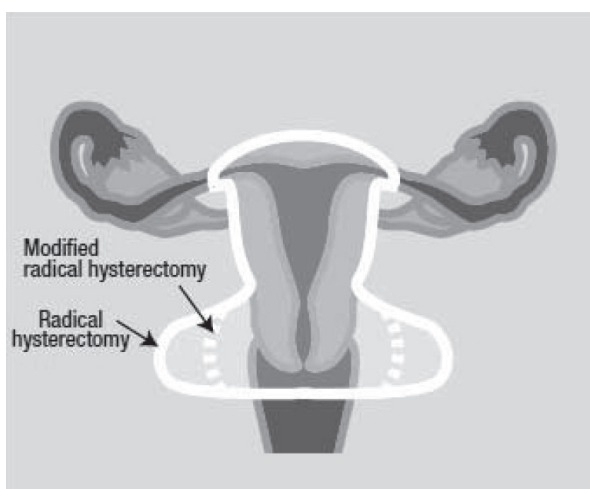
การตัดมดลูกอย่างง่าย (simple hysterectomy) เป็นวิธีการผ่าตัดเอามดลูกออกทั้งหมด ซึ่งรวมถึงปากมดลูกด้วย จะทำผ่านทางแผลที่ท้องน้อย หรือผ่านทางช่องคลอด ร่วมหรือไม่ร่วมกับการใช้กล้องส่องช่องท้อง (laparoscopy) ก็ได้ (ดูรูปที่ 6.3) ท่อนำไข่และรังไข่จะไม่ได้ถูกตัดออกไปด้วยในทุกครั้ง แต่ก็อาจจะถูกตัดออกไปด้วยหากสตรีเข้าสู่วัยหมดระดูแล้ว หรือดูผิดปกติ การตัดมดลูกอย่างง่ายถือเป็นการรักษาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในวัยหมดระดูที่มีมะเร็งปากมดลูกมีการลุกลามเล็กน้อย หรือในสตรีอายุน้อยกว่าที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก

รูปที่ 6.3 : การตัดมดลูกอย่างง่าย (simple hysterectomy)



การตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) เป็นการรักษาที่ทำกันน้อยที่สุด เพื่อการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต้น การผ่าตัดนี้จะตัดเอาเนื้อเยื่อที่อยู่ข้างๆ ต่อมดลูกออกและ มักรวมถึงต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกรานด้วย ทั้งนี้อาจรวมถึงต่อมน้ำเหลืองข้างหลอดเลือดแดงใหญ่เออร์ต้า ในบางราย (ดูรูปที่ 6.4) ท่อนำไข่และรังไข่จะไม่ได้ถูกตัดออกไปด้วยในทุกครั้งเว้นแต่ว่าดูผิดปกติ ดูภาคผนวก 14 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับกรรมวิธีและการบันทึกสิ่งส่งตรวจจากการตัดมดลูก แบบถอนรากถอนโคนรวมถึงตัวอย่างแบบฟอร์มรายงานทางพยาธิวิทยา (แบบฟอร์มตัวอย่างที่ 14.1)

รูปที่ 6.4 : การตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) และการตัดมดลูกแบบกว้าง (modified radical hysterectomy)



ข. การผ่าตัดในฐานะที่เป็นการรักษาขั้นที่สอง (secondary therapy)

การผ่าตัดเพื่อกอบกู้ (salvage surgery) ยังคงสามารถมีวัตถุประสงค์เพื่อที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคได้ การผ่าตัดประกอบด้วยผ่าตัดแบบถอนรากถอนโคน รวมถึงการตัดเอาบางส่วนหรือช่องคลอดส่วนบนออก เพื่อลดโอกาสในการเกิดซ้ำของมะเร็ง มักได้รับการทำเมื่อ :

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหลักไปแล้ว แต่จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ของเนื้อเยื่อที่ได้ถูกตัดออกไป พบว่ามีขอบของเนื้อเยื่อที่ติดอยู่รอบมะเร็งน้อยเกินไป หรือ
- ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาและ/หรือเคมีบำบัดไปแล้ว แต่พบว่ามีอาการกลับเป็นซ้ำไม่นานหลังจากนั้น หรือพบว่าก้อนมะเร็งได้รับการทำลายที่ไม่สมบูรณ์ ในระหว่างการตรวจติดตาม

การผ่าตัดแบบประคับประคอง (palliative surgery) บางครั้งก็ได้รับการทำในมะเร็งที่มีการลุกลามไปมากแล้วเพื่อบรรเทาอาการของลำไส้ หรือเพื่อการรักษารูรั่ว (ช่องผิดปกติที่เชื่อมต่อระหว่างช่องคลอดกับอวัยวะในระบบสืบสาวะ หรือลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง) ที่เป็นผลมาจากรังสีรักษาหรือการลุกลามของตัวโรคเอง

ค. ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก

ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ก็เหมือนกับการผ่าตัดอื่นๆ ทุกชนิดความเสี่ยงโดยทั่วไปมักมีน้อยและส่วนใหญ่แล้วก็สามารถจัดการได้ ได้แก่ :

- ความเสี่ยงเล็กน้อยต่อการติดเชื้อในบริเวณที่ทำการผ่าตัด
- การเสียเลือด
- เกิดอันตรายต่ออวัยวะข้างเคียงการผ่าตัด (เช่น ลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ)
- ความเสี่ยงต่อการเกิดก้อนเลือดในหลอดเลือดดำที่อยู่ลึกของขา หากผู้ป่วยต้องอยู่บนเตียงและเคลื่อนไหวได้ค่อนข้างน้อยเป็นเวลาหลายวันหลังจากการผ่าตัด สิ่งนี้จะต้องได้รับการตรวจให้พบและรักษาแต่เนิ่นๆ เพื่อป้องกันการที่ก้อนเลือดนั้นหลุดจากที่เดิมแล้วไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอดต่อ

นอกจากภาวะแทรกซ้อนทั่วไปข้างต้น การผ่าตัดสำหรับมะเร็งปากมดลูกยังมีความเสี่ยงต่อไปนี้ด้วย :

- การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการเกิดการคลอดก่อนกำหนด และ/หรือการแท้งเมื่อทำในสตรีตั้งครรภ์
- การตัดมดลูกทำให้เป็นหมัน
- การตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน นอกจากการเป็นหมันแล้ว ยังอาจทำให้การทำงานของกระเพาะปัสสาวะ และ/หรือ ลำไส้ผิดปกติได้

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตัดมดลูกเพื่อการรักษา มะเร็งปากมดลูก ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.5

6.5.2 รังสีรักษา

รังสีรักษา (หรือการฉายแสง) เป็นการใช้เครื่องมือที่ซับซ้อนเพื่อก่อให้เกิดลำแสง (rays) ที่มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งก็เหมือนกับรังสีของแสงสว่างแต่มีพลังงานมากกว่า ส่งไปยังเนื้อมะเร็งและบริเวณล้อมรอบที่ได้รับผลกระทบจากมะเร็ง ลำแสงนี้จะทะลุทะลวงผ่านร่างกายไปทำลายเซลล์มะเร็งทำให้ก้อนมะเร็งถูกกำจัดไปทั้งหมดหรือบางส่วน แล้วเซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายเหล่านี้ก็จะถูกกำจัดออกไปจากร่างกายในเวลาต่อมา รังสีรักษาด้วยตัวของมันเองไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด แต่อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียง ที่มีความสำคัญ (อ้างอิงตอนท้ายของตอนนี้)

ก. รังสีรักษาในฐานะที่เป็นการรักษาหลัก

รังสีรักษาปฐมภูมิ (primary radiotherapy) ร่วมหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด ถูกนำมาใช้โดยมีเจตนาทำให้หายจากโรค สำหรับสตรีที่เป็นมะเร็งระยะ IIA2 หรือมากกว่า (ดูรูปที่ 6.1) มันอาจจะใช้เป็นวิธีการรักษาสตรีที่มีก้อนมะเร็งขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางใหญ่กว่า 4 เซนติเมตร ที่ยังอยู่เฉพาะที่ปากมดลูก และสำหรับมะเร็งที่แพร่ออกไปนอกปากมดลูกแล้ว รังสีรักษาปฐมภูมิมิเจตนาเพื่อรักษามะเร็งระยะต้นให้หาย โดยจะให้ทุกวันเป็นเวลา 5-6 สัปดาห์ โดยใช้สองรูปแบบในการให้รังสี คือ :

- รังสีรักษาแบบภายนอก (external-beam radiotherapy) หรือรังสีรักษาระยะไกล (teletherapy) โดยใช้การฉายรังสีที่มีต้นกำเนิดจากเครื่องมือที่ตั้งอยู่นอกตัวของผู้ป่วย (ดูแผ่นฝึกที่ 6.6)
- รังสีรักษาแบบภายใน (internal radiotherapy) หรือรังสีรักษาระยะใกล้ (brachytherapy) หรือ การใส่แร่โดยใช้รังสีที่มีต้นกำเนิดจากวัตถุกัมมันตรังสีที่วางอยู่ในช่องคลอด ใกล้กับก้อนมะเร็ง (ดูแผ่นฝึก ที่ 6.7)

ข. รังสีรักษาในฐานะที่เป็นการรักษาเสริม (adjunctive therapy)

รังสีรักษาที่ร่วมหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด อาจถูกนำมาใช้เป็นการรักษาเสริม ร่วมกับการผ่าตัดปฐมภูมิสำหรับข้อบ่งชี้ต่างๆ ต่อไปนี้ :

- หาก ในระหว่างการผ่าตัดปฐมภูมิ นรีแพทย์พบว่ามะเร็งได้กระจายออกไปนอกปากมดลูกสู่น้ำเยื่อข้างปากมดลูก หรือไปยังอวัยวะอื่นๆ ในอุ้งเชิงกรานแล้ว
- หลังจากการตัดมดลูก หากผลการตรวจทางพยาธิวิทยารายงานว่า มีเนื้อเยื่อที่ไม่ถูกมะเร็งบุกรุกเหลือน้อยกว่า 5 มิลลิเมตร ล้อมรอบก้อนมะเร็งอยู่ (วัดจากก้อนมะเร็งไปถึงขอบชั้นเนื้อ)
- หาก ในระหว่างการผ่าตัดปฐมภูมิ พบว่ามีการลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองต่างๆ

ค. รังสีรักษาในฐานะที่เป็นการรักษาขั้นที่สอง (secondary therapy)

รังสีรักษาที่ร่วมหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด อาจถูกนำมาใช้เป็นการรักษาขั้นที่สองสำหรับข้อบ่งชี้ต่อไปนี้ :

- สำหรับโรคมะเร็งที่เกิดซ้ำแต่ยังอยู่ในเฉพาะอุ้งเชิงกราน ในสตรีที่เคยได้รับการผ่าตัด เป็นการรักษาขั้นแรก

ง. รังสีรักษาในฐานะที่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative radiotherapy)

รังสีรักษาแบบประคับประคอง โดยปกติจะไม่ให้ร่วมกับเคมีบำบัด อาจนำมาใช้ได้หลากหลายสถานการณ์ (ดูบทที่ 7) :

- เป็นการรักษาเพียงวิธีเดียวในสตรีที่มะเร็งลุกลามไปมากแล้ว
- เพื่อควบคุมอาการที่รุนแรง เช่น การตกเลือดตกขาวกลิ่นเหม็น และ/หรือ ปวด
- เพื่อช่วยผู้ป่วยที่ป่วยเกินกว่าจะทนต่อเคมีบำบัดหรือรังสีรักษาเต็มขนาดได้ (เช่น ไตวายรุนแรง อันมีเหตุมาจากท่อไตอุดตัน ตับวาย และอื่นๆ)
- เพื่อรักษามะเร็งที่กระจายไปอยู่ที่จุดเดียว (เช่น ที่กระดูกสันหลัง หรือต่อมน้ำเหลืองต่างๆ โดยไม่มีหลักฐานของการแพร่กระจายอย่างกว้างขวาง)

จ. ผลข้างเคียงของรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งปากมดลูก

รังสีรักษาจะมีผลกระทบต่อหลายระบบของร่างกายด้วย แต่ก็เฉพาะแคว่ระบบที่ได้สัมผัสกับรังสีโดยตรงเท่านั้น ในกรณีของมะเร็งปากมดลูก โดยปกติก็คือบริเวณท้องน้อย รวมถึงกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ส่วนปลาย และไขกระดูกที่อยู่บริเวณนี้ ผลข้างเคียงอื่นๆ ที่เป็นไปได้ ได้แก่ ภาวะหมดระดูเป็นหมัน ไม่สุขสบายหรือเจ็บเวลามีเพศสัมพันธ์ และอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ลำไส้หรือกระเพาะปัสสาวะ รูรั่ว (fistula) เป็นผลข้างเคียงที่พบได้น้อยมาก

6.5.3 เคมีบำบัด

เคมีบำบัดเป็นการให้การรักษารักษาด้วยยาที่เป็นพิษชุดของการรักษาด้วยตัวยาหนึ่งชนิดหรือมากกว่า จะได้รับการฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อฆ่าเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว (จุดเด่นที่สำคัญของมะเร็งทุกชนิด)

ก. เคมีบำบัดในฐานะที่เป็นการรักษาหลัก (primary therapy)

เคมีบำบัดแทบไม่ค่อยได้ถูกนำมาใช้เดี่ยวๆ ในการรักษาหลักของมะเร็งปากมดลูก ที่ใช้บ่อย คือ การให้ร่วมกับรังสีรักษาและที่ใช้บ่อยน้อยลงไปคือการให้ร่วมกับการผ่าตัด

ข. เคมีบำบัดในฐานะที่เป็นการรักษาหลักร่วมกับรังสีรักษา

เคมีบำบัดได้ถูกนำมาใช้ครั้งแรกในการรักษาสตรีที่มีก้อนมะเร็งขนาดใหญ่มาก เพื่อลดขนาดก้อนมะเร็งลง แล้วตามด้วยรังสีรักษาการรักษาทำตามลำดับที่ว่านี้ก็เพราะมะเร็งแสดงให้เห็นการตอบสนองต่อรังสีดีขึ้นเมื่อก้อนมะเร็งมีขนาดเล็ก

ค. เคมีบำบัดในฐานะที่เป็นการรักษาแบบประคับประคอง (palliative care)

เคมีบำบัดที่ให้เป็นการรักษาแบบประคับประคองได้ถูกนำมาใช้เป็นบางครั้ง หลังจากการพิจารณาโดยรอบคอบถึงประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เมื่อเทียบกับผลไม่พึงประสงค์จากยาแล้ว เพื่อบรรเทาอาการในสตรีที่มีการแพร่กระจายของมะเร็งอย่างกว้างขวางไปยังตับ ปอด และกระดูก

ง. ผลข้างเคียงจากการให้การรักษาร่วม (เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา)

ผลข้างเคียงจากการให้การรักษาร่วมนี้อาจเป็นการเพิ่มเข้าไป : ผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากทั้งเคมีบำบัดและจากรังสีรักษา เพราะว่ายาเคมีบำบัดที่เป็นพิษนั้นไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือดไปทั่วร่างกาย ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดนั้นจึงเกิดได้ทั่วร่างกาย อีกนัยหนึ่ง ผลข้างเคียงต่างๆ ที่เกิดจากรังสีรักษาจะอยู่เฉพาะในบริเวณอวัยวะที่ฉายรังสี (ดูตอนที่ 6.5.2 เกี่ยวกับรังสีรักษา)

การรักษาด้วยเคมีบำบัดจะมีผลกระทบไม่เพียงแต่เซลล์มะเร็ง แต่กับเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วในระบบต่างๆ ทั่วร่างกายด้วย เช่น ไชกระดูก ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะผิวหนัง และอวัยวะต่างๆ ที่บุด้วยเยื่อๆ นี้หมายความว่า จะมีความเสี่ยงต่อภาวะโลหิตจาง เม็ดเลือดขาวต่ำ และการติดเชื้อ หรือการมีเลือดออกจากปริมาณเกร็ดเลือดต่ำเคมีบำบัดยังสามารถทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และถ่ายเหลว หรือปฏิกิริยาการแพ้ยาได้ซึ่งอาการเหล่านี้โดยปกติแล้วจะเกิดขึ้นเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ และไม่ได้หมายความว่ามีความเสี่ยงต่างๆ เพิ่มขึ้น

6.6 กรณีพิเศษ : มะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์และในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

6.6.1 การดูรักษามะเร็งในสตรีตั้งครรภ์

ถึงแม้ว่าจะพบได้น้อยมาก บางครั้งมะเร็งปากมดลูกก็วินิจฉัยได้ในสตรีตั้งครรภ์ มะเร็งปากมดลูกไม่ผ่านรก ดังนั้นทารกจะได้รับผลกระทบเพียงแคจากการถูกกลืนโดยตรงของก้อนมะเร็งที่ปากมดลูก ซึ่งมีขนาดใหญ่ หรือจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากวิธีการต่างๆ ที่ใช้ในการประเมินหรือการรักษามะเร็งเท่านั้น การให้คำปรึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก ต้องการทั้งทักษะและความอ่อนไหวเป็นพิเศษ ประเด็นต่างๆ มีความซับซ้อนกว่ามาก และรวมไปถึงการต้องช่วยเธอในการตัดสินใจว่า เธอต้องการจะพยายามตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่มันจะช่วยได้มากหากมีทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และผู้ที่ให้การสนับสนุนใกล้ชิดเธอเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เพื่อที่จะร่วมกันกำหนดแผนการดูแลรักษาที่บรรลุความต้องการของทุกฝ่าย และได้คำนึงถึงความซับซ้อนของการตัดสินใจในบริบทนี้ มักพบบ่อยว่าในการตัดสินใจต่างๆ ล้วนทำให้ใจสลายสำหรับสามีภรรยา และการให้กำลังใจทั้งคู่ต้องทำทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการรักษา

ก. หากผู้ป่วยต้องการตั้งครรภ์ต่อ

หากผู้ป่วยและคู่ชีวิตของเธอ (หากเธอต้องการเขาให้มาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจนี้) แสดงความหวังที่จะตั้งครรภ์ต่อ ในกรณีนี้การรักษาส่วนใหญ่ก็จะเกิดขึ้นหลังจากการคลอด ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งล่วงหน้าด้วยว่า เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่เกิดจากการเปิดของปากมดลูก (เช่น การตกเลือด) การคลอดควรได้รับการวางแผนให้ผ้าท้องทำคลอด ก่อนการเจ็บครรภ์คลอดจะเริ่มขึ้น

อย่างไรก็ตามยังคงมีความสำคัญที่จะต้องทำการตัดสินใจเนื่องจากรอยโรค เพื่อตรวจริยธรรมการวินิจฉัยโดยไม่ล่าช้า การทำการตัดสินใจเนื้อหาของปากมดลูกในระหว่างตั้งครรภ์ไม่ได้เป็นข้อห้าม แต่ก็อาจต้องเผชิญกับการมีเลือดออกมากกว่าปกติ ด้วยเหตุผลนี้จึงขอแนะนำให้ทำการตัดสินใจที่สถานบริการระดับตติยภูมิ

ผู้ป่วยควรได้รับคำปรึกษาว่า ถึงแม้การตัดชิ้นเนื้อในระหว่างการตั้งครรภ์โดยทั่วไปจะปลอดภัย เช่นเดียวกับหัตถการอื่นๆ ในระหว่างการตั้งครรภ์ การตัดชิ้นเนื้อก็มีความเสี่ยงเล็กน้อยที่สัมพันธ์กับการแท้งบุตร

ข. หากผู้ป่วยไม่ต้องการตั้งครรภ์ต่อ

ในกรณีเช่นนี้ การรักษาจะทำไปตามระยะของมะเร็ง แบบเดียวกับในกรณีสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ หากสภาวะของผู้ป่วยเหมาะสมแก่การผ่าตัดมดลูกอย่างง่าย หรืออย่างถอนรากถอนโคน และโรคมะเร็งยังคงอยู่แค่ที่ปากมดลูก วิธีการผ่าตัดก็อาจได้รับการพิจารณาโดยขึ้นอยู่กับอายุครรภ์ รังสีรักษาหลัก (ร่วมหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด) ก็อาจเป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ในกรณีนี้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับทราบว่าการรักษาจะทำให้สูญเสียลูกในครรภ์

6.6.2 การดูรักษามะเร็งในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ได้รับการออกแบบมาอย่างดี หรือที่มีการติดตามยาวนานพอ เกี่ยวกับการรักษามะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี จึงไม่มีแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับเรื่องนี้ รวมเข้าไว้ในหนังสือแนวทางเล่มนี้ แม้จะไม่มีแนวทางปฏิบัติดังกล่าวอยู่เนื้อหาในตอนนี้เป็น การนำเสนอการปฏิบัติบางประการที่ใช้กันทั่วไปในแวดวงวิชาการของนานาชาติและในระดับชาติ

จะเป็นการดีที่สุดสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีและมีมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับการวินิจฉัยและจัดระยะอย่างเต็มรูปแบบ รวมถึงการรักษาที่สถานบริการระดับตติยภูมิ โดยผู้มีความเชี่ยวชาญที่เหมาะสมสถานบริการส่วนใหญ่ซึ่งรักษาสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีจะใช้ทีมสหสาขาวิชา สตรีแต่ละคนจะได้รับการประเมินเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวมของเธอ รวมถึงการมีอยู่ของโรคเรื้อรังอื่นๆ (เช่น วัณโรค) ที่อาจเป็นอันตรายต่อระบบภูมิคุ้มกันของเธอและความสามารถในการทนต่อการรักษาด้วยยาต้านมะเร็งที่กดภูมิคุ้มกันให้แย่ลงไปอีก

ทั้งรังสีรักษาและเคมีบำบัดล้วนเป็นการรักษาที่กดภูมิคุ้มกัน และสำหรับการผ่าตัดก็ต้องการสตรีที่มีสุขภาพค่อนข้างดี เพื่อที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการผ่าตัด การเสียเลือด หรือปัญหาที่แผลผ่าตัด เพราะฉะนั้น การตรวจนับเซลล์ CD4 ไว้เป็นพื้นฐานเป็นเรื่องสำคัญในการดูแลสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี และควรเป็นหนึ่งในการตรวจแรกๆ ที่ทำ โดยไม่ขึ้นกับการเป็นมากน้อยของมะเร็ง การนับจำนวนเซลล์ CD4 ยังจำเป็นต้องใช้ในการติดตามดูแลสภาวะภูมิคุ้มกันของผู้ป่วย ตลอดการรักษาอีกด้วยหากจำนวนเซลล์ CD4 ต่ำลงมากระหว่างการรักษา เธอก็อาจจำเป็นต้องเริ่มได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งอาจทำให้การรักษาต้องล่าช้าออกไป เพื่อรอให้ระบบภูมิคุ้มกันของเธอได้ฟื้นตัว

6.7 การสนับสนุนผู้ป่วยและการตรวจติดตามผู้ป่วย

6.7.1 การสนับสนุนผู้ป่วยระหว่างการรักษา

ทุกระยะของการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งที่มีความสำคัญที่จะต้องประเมินและรักษาอาการปวดและอาการอื่นๆ อย่างเพียงพอ นอกจากนี้ สตรีที่กำลังได้รับรังสีรักษาและ/หรือ เคมีบำบัด จะต้องได้รับการตรวจนับเม็ดเลือด การตรวจการทำงานของไตและตับ อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ทราบและหากเป็นไปได้ป้องกันความเสี่ยงต่างๆ ต่อการติดเชื้อ

ผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมาก ทุกข์ทรมานจากการเสียเลือดระดับปานกลางถึงมากและภาวะทุพโภชนาการเรื้อรัง ซึ่งอาจทำให้ดีขึ้นได้ด้วยอาหารสุขภาพ และการให้เหล็กและโฟเลตเสริม การรักษาภาวะโลหิตจางก็มีความสำคัญเช่นกัน เพราะว่าภาวะโลหิตจางทำให้ประสิทธิภาพของรังสีรักษาลดลง

การสวนล้างช่องคลอดอย่างนุ่มนวล และยาปฏิชีวนะเช่น metronidazole อาจลดหรือกำจัดอาการตกขาวที่มีกลิ่นเหม็น ซึ่งมักพบเกี่ยวข้องกับการรักษามะเร็งที่ลุกลามไปมากแล้ว ดูปทที่ 7 และแผนผังเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการปัญหาต่างๆ ที่พบบ่อยในมะเร็งปากมดลูก

6.7.2 การตรวจติดตามผู้ป่วย

เมื่อสตรีเสร็จสิ้นการรักษามะเร็งปากมดลูกแล้ว เธอก็จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหรือแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนการจำหน่าย การดูแลติดตามโดยปกติจะได้มีการปรึกษาหารือกัน ในการประชุมของผู้ที่เคยได้เกี่ยวข้อง หรือจะเกี่ยวข้องทั้งหมด ในการดูแลผู้ป่วยการปรึกษาหารือในครั้งนี้ ควรได้รวมเอาความเห็นจากตัวผู้ป่วยเองและบุคคลในครอบครัวของเธอด้วย ถึงแม้ว่าการตรวจติดตามจะดีที่สุด หากทำที่ศูนย์การรักษามะเร็งระดับตติยภูมิ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ส่วนใหญ่ของศูนย์เหล่านี้ตั้งอยู่ในเมืองใหญ่ๆ หากมันไกลจากบ้านของผู้ป่วยมากเกินไป ระยะทางก็อาจเป็นสิ่งขัดขวางไม่ให้เธอได้รับการเนื่องจากไม่มีเวลา การขนส่ง หรือค่าใช้จ่าย รวมทั้งข้อจำกัดส่วนบุคคลอื่นๆ ผู้ป่วยจำนวนมากจึงจะเลือกรับการตรวจติดตามที่สถานบริการใกล้บ้านหากเป็นเช่นในกรณีนี้มันจะเป็นประโยชน์ สำหรับนรีแพทย์จากโรงพยาบาลตติยภูมิ หากมาอยู่ร่วมในการประชุมที่สำคัญเกี่ยวกับการดูแลติดตามนี้ด้วย

เมื่อการตรวจติดตามจะเกิดขึ้นที่สถานที่ห่างไกลจากศูนย์การรักษา แพทย์ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิซึ่งมีทักษะในการตรวจพบและดูแลแก้ไขปัญหา หรือการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง (ซึ่งมักเป็นนรีแพทย์) จะได้รับรายงานที่ครอบคลุม มีรายละเอียดเกี่ยวกับระยะของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับไป และการพยากรณ์โรค เช่นเดียวกับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่พบได้บ่อยซึ่งอาจเกิดขึ้น รวมทั้งวิธีในการป้องกันหรือรักษาปัญหาเหล่านี้ เป็นการดีที่สุดที่จะรวมเอาข้อมูลในการติดต่อ (เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร เบอร์อีเมล ที่อยู่) ของศูนย์การรักษาไว้ด้วยเสมอในรายงานนี้ เพื่อให้การสนับสนุนแก่ผู้ที่มีหน้าที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วย จะได้สามารถให้ข้อมูลป้อนกลับอย่างสม่ำเสมอ และขอรับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งได้ หากผู้ป่วยมาด้วยอาการที่นอกเหนือจากความคาดหวัง

ก. การตรวจติดตามสตรีที่ได้รับการรักษาหลักด้วยการผ่าตัดและ/หรือรังสีรักษาหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด

เป็นที่แนะนำสำหรับสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและ/หรือรังสีรักษาหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัดต้องได้รับการตรวจติดตามทุกสามเดือนหลังการรักษาเป็นช่วงเวลาอย่างน้อยสองปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่การคงอยู่หรือการเป็นซ้ำของโรคร่วมมาก จะแสดงให้เห็นหรือสามารถตรวจพบได้นอกจากนี้ยังเป็นช่วงเวลาที่ผลข้างเคียงต่างๆ ของการรักษาส่วนมากจะเกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน และต้องการการดูแลรักษา

การปรึกษาหารือในระหว่างการตรวจติดตาม กิจกรรมต่างๆ ต่อไปนี้ ควรได้รับการทำและบันทึกไว้ทั้งหมดในรายงานของผู้ป่วย :

- การซักประวัติอย่างละเอียดเพื่อค้นหา และสอบถามถึงอาการทางกายทั้งหมดที่ผู้ป่วยมีประสบการณ์
- การประเมินสถานการณ์ทางสังคม จิตวิทยา/อารมณ์ และเศรษฐกิจของผู้ป่วย และผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเธอ และจากการรักษาที่มีต่อปัจจัยข้างต้น
- การตรวจร่างกายอย่างละเอียดได้แก่ การตรวจระบบทั่วไปและการตรวจคลำหน้าท้อง รวมถึงการคลำต่อมน้ำเหลือง โดยให้ใส่ใจเป็นพิเศษที่บริเวณลำคอและขาหนีบ
- การตรวจด้วย speculum และการดูให้เห็นช่องคลอดส่วนบนสุด
- การตรวจทางเซลล์วิทยาประจำปีของช่องคลอดส่วนบนสุด สำหรับสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียว (บทบาทของการทดสอบวีไอเอเอหรือเอชพีวีในสถานการณ์นี้ยังไม่เป็นที่ทราบ และยังไม่ได้รับการวิจัยทางคลินิก) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา (ร่วมหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด) แล้ว การตรวจทางเซลล์วิทยาจะไม่ให้คุณค่าใดๆ เพิ่มขึ้นเลย ในการตรวจหลังการรักษา ^[2]
- การตรวจด้วยสองมือทางช่องคลอดและทางทวารหนักเพื่อค้นหาการเกิดซ้ำของโรคในอุ้งเชิงกราน
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่นๆ จะทำหรือไม่ ขึ้นกับอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและสิ่งตรวจพบทางคลินิกเช่นเดียวกับการมีอยู่ของทรัพยากร

.....

^[2] Novetsky et al. (2013), Rimel et al. (2011), Zanagnolo et al. (2009); ดูเอกสารแนะนำอ่านเพิ่มเติม

การคงอยู่หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค ในสตรีที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวอาจรักษาได้ (และอาจหายได้) โดยการใช้การรักษาที่สองด้วยรังสีรักษาหรือไม่ร่วมกับเคมีบำบัด อย่างไรก็ตามหากสตรีได้รับการรักษาแรกคือรังสีรักษาการที่จะให้ซ้ำอีกจำเป็นต้องมีการวางแผนอย่างรอบคอบเพื่อให้มั่นใจว่าบริเวณที่เคยได้รับการรักษา จะยังได้รับรังสีไม่เกินขนาดสูงสุดที่อาจรับได้ ซึ่งถ้าเกินจะทำให้เกิดอันตรายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ในอนาคตอย่างรุนแรง

6.7.3 การให้ทางเลือกเพื่อหยุดการรักษา

สำหรับสตรีที่กำลังได้รับเคมีบำบัด และ/หรือ รังสีรักษาที่มีความสำคัญมากที่จะต้องเฝ้าดูการตอบสนองต่อการรักษาของพวกเธออย่างสม่ำเสมอ เมื่อมีความชัดเจนว่ามีการลุกลามของโรคหรือไม่มี การทุเลาจากอาการปวดและอาการอื่นๆ การรักษาที่มุ่งเน้นไปที่ตัวโรครักควรหยุดลง

การให้ความสนใจสูงสุดที่จะควบคุมอาการปวดและอาการอื่น ๆ จะยังคงเป็นจุดสำคัญของการรักษาแบบประคับประคองเมื่อผู้ป่วยได้กลับบ้านไปแล้วดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.1 เกี่ยวกับการประเมินอาการปวดและเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.2 เกี่ยวกับการดูแลรักษาอาการต่างๆ

การสร้างความมั่นใจในการควบคุมและการจัดการกับอาการปวดจะเป็นเป้าหมายหลัก ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ทั้งเมื่อโรครักยังสามารถรักษาได้และเมื่อไม่สามารถรักษาได้แล้วจะได้รับการกล่าวถึงอย่างละเอียดในบทที่ 7

เมื่อการรักษาหยุดลง นี่ก็เป็นเวลาสำหรับผู้ให้บริการที่เป็นผู้เชี่ยวชาญต้องติดต่อกับผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในท้องถิ่น และผู้ให้การดูแลอื่นๆ ที่จะต้องรับหน้าที่ในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยต่อรายงานของผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งออกไปและควรรวมถึงข้อมูลในการติดต่อ (เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร เบอร์อีเมล ที่อยู่) ของศูนย์การรักษา จะมีคำแนะนำให้เกี่ยวกับวิธีในการติดตามดูแลผู้ป่วย และศูนย์การรักษาจะยังคงขอให้ส่งกลับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยเป็นระยะด้วย

ผู้ให้การดูแลที่ท้องถิ่นอาจจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติม และเมื่อได้รับการฝึกอบรมแล้วก็ควรได้รับโอกาสในการให้การดูแลแบบประคับประคอง การควบคุมอาการปวด และการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการท้องถิ่นเมื่อมะเร็งลุกลามต่อไป ท้ายที่สุด ผู้ให้บริการตติยภูมิควรสนับสนุนผู้ดูแลที่ระดับท้องถิ่นให้ติดต่อกลับมายังพวกเขา เพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับความกังวลใดๆ ที่มี รวมถึงคำแนะนำหากผู้ป่วยมาด้วยอาการนอกเหนือความคาดหมายใดๆ หรือหากอาการต่างๆ ที่มี ไม่ดีขึ้นจากการรักษาที่เฉพาะเจาะจง

WHO guidelines ที่เกี่ยวข้อง

Surgical care at the district hospital. Geneva : WHO; 2003

(<http://www.who.int/surgery/publications/en/SCDH.pdf>).

Comprehensive cervical cancer prevention and control : a healthier future for girls and women :

WHO guidance note. Geneva : WHO; 2013

(<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505147/en/>).

Implementation tools : package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva : WHO; 2014

(<http://www.who.int/nmh/ncd-tools/en/>).

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA) : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Edge S, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Greene FL, Trotti A., editors. AJCC Cancer Staging Manual, 7th edition. New York (NY) : Springer; 2010 :395–402.

Gold MA, Tian C, Whitney CW, Rose PG, Lanciano R. Surgical versus radiographic determination of para-aortic lymph node metastases before chemoradiation for locally advanced cervical carcinoma : a Gynecologic Oncology Group Study. *Cancer*. 2008;112(9) :1954–63. doi :10.1002/cncr.23400.

Novetsky AP, Kuroki LM, Massad LS, Hagemann AR, Thaker PH, Powell MA, et al. The utility and management of vaginal cytology after treatment for endometrial cancer. *Obstet Gynecol*. 2013;121 :129–35. doi :<http://10.1097/AOG.0b013e31827499a9>.

Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;105(2) :103–4.

Rimel BJ, Ferda A, Erwin J, Dewdney SB, Seamon L, Gao F, et al. Cervicovaginal cytology in the detection of recurrence after cervical cancer treatment. *Obstet Gynecol*. 2011;118(3) :548–53.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119(Suppl 2) :S100–9. doi :10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

Zanagnolo V, Ming L, Gadducci A, Maggino T, Sartori E, Zola P, et al. Surveillance procedures for patients with cervical carcinoma : a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2009;19 :194–201.



บทที่ 7
การดูแลแบบ
ประคับประคอง

ประเด็นสำคัญ

- การดูแลแบบประคับประคองเป็นองค์ประกอบที่จำเป็นของการควบคุมมะเร็งปากมดลูก
- การดูแลแบบประคับประคองช่วยทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่างๆ ซึ่งสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตดีขึ้น
- การดูแลแบบประคับประคองประกอบด้วย การป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานโดยการระงับและประหมื่นแล้วรักษาได้แต่เนิ่นๆ ของอาการปวดและความทุกข์ทรมานรูปแบบอื่นๆ ของทั้งทางกาย ทางจิตวิทยาสังคม (psychosocial) และทางจิตวิญญาณ (spiritual)
- การดูแลแบบประคับประคองสามารถช่วยผู้ป่วยที่โรคลุกลามไปมากแล้ว ให้ได้มีศักดิ์ศรีและความสงบ ในระหว่างช่วงเวลาที่ยากลำบาก และระยะสุดท้ายของชีวิต
- การดูแลแบบประคับประคองสามารถทำได้ที่ดีที่สุดโดยใช้แนวทางของทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คนในครอบครัวและผู้สนับสนุนที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ผู้ที่ให้บริการดูแลแบบประคับประคองพิเศษในชุมชน รวมถึงผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกกระดับของสถานบริการ
- กลไกสำหรับการดำเนินงานการดูแลแบบประคับประคอง อันได้แก่ การให้ความรู้และการมียาต่างๆ ที่จำเป็นอยู่พร้อม ต้องได้รับการทำให้มีความแข็งแกร่ง
- โดยการใช้วิธีการต่างๆ ร่วมกันอย่างกว้างขวางทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยา อาการปวดส่วนมากสามารถถูกควบคุมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- พยาบาลซึ่งได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม อาจได้รับอนุญาตให้สั่งใช้ยาบรรเทาปวดรุนแรงโอปิออยด์ (opioids) อย่างแรงได้ ตามบรรทัดฐานและแนวทางปฏิบัติแห่งชาติที่กำหนดไว้
- คุณภาพของการดูแลแบบประคับประคอง ขึ้นอยู่กับการฝึกอบรมและการควบคุมดูแลที่เพียงพอสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเป็นอย่างมากและหากเป็นไปได้สำหรับผู้ให้การดูแลของชุมชนด้วย
- การเข้าถึงยาและเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่จำเป็นล้วนมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการดูแลรักษาอาการทั้งที่สถานบริการและที่บ้านของผู้ป่วย

บทนี้ประกอบด้วยเนื้อหาอะไรบ้าง

บทนี้มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่จำเป็น แต่มักถูกมองข้ามไปของแผนงาน/โปรแกรม การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม

ขณะที่ไม่มีข้อแนะนำใหม่ๆ รวมอยู่ในบทนี้ แต่ก็โปรดทราบว่ามีข้อแนะนำใหม่ๆ เกี่ยวกับอาการปวด และการดูแลแบบประคับประคองกำลังจะมีออกมาเร็วๆ นี้หลังจากการผ่านของมติในเรื่องการดูแลแบบประคับประคองในการประชุมของสมัชชาอนามัยโลก (World Health Assembly) 2014 ^[1]

บทนี้ประกอบด้วยห้าตอนหลัก ตอนที่ 7.1 ให้ภาพรวมของการดูแลแบบประคับประคอง และเน้นถึงความสำคัญของการมีทีมสหสาขาวิชาชีพของผู้ให้บริการด้านการดูแลแบบประคับประคองซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาทั้งที่ให้การดูแลได้ที่บ้าน ในชุมชน และที่อยู่ในสถานบริการ ซึ่งจะเป็นผู้ที่สามารถทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่โรคมะเร็งลุกลามไปมากแล้วได้สบายขึ้น ตอนที่ 7.2 ทบทวนเกี่ยวกับบทบาทของบุคคลในครอบครัว ผู้ซึ่งได้รับการพิจารณาว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมในการดูแลแบบประคับประคอง ตอนที่ 7.3 ให้รายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกระดับของระบบสุขภาพ ตอนที่ 7.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดการกับอาการต่างๆ โดยเฉพาะอาการปวด ตอนที่ 7.5 ตอนสุดท้าย เฟื่องไปถึงที่ประเด็นสำคัญของการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในแต่ละระยะ

ส่วนใหญ่ของประเด็นต่างๆ ที่กล่าวไว้ในบทนี้ ล้วนมีคุณค่าแก่ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งใช้ได้กับโรคอื่นๆ ที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ด้วย แผ่นฝึกปฏิบัติต่างๆ ของบทนี้ จะให้รายละเอียดคำแนะนำเกี่ยวกับการประเมินความปวด การจัดการความปวดและอาการทุพพิกขมอื่น ๆ ที่ทำได้ที่บ้าน รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เข้ามารุมเร้าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ไปจนถึงคำแนะนำในการพูดคุยกับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้านไปรับการดูแลแบบประคับประคอง

.....

^[1] WHO (2014), คู่มือความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

เรื่องของอมีเลีย

อมีเลียเป็นสตรีชาวแองโกลาอายุ 57 ปี มีลูกหกคนและหลานหลายคน เธอได้รับการนำส่งไปที่โรงพยาบาลอำเภอซึ่งอยู่ใกล้ที่สุด ระยะทาง 95 กิโลเมตร ห่างจากบ้านของเธอโดยลูกสาวคนโตของเธอ หลังจากที่เธอมีอาการตกขาวกลิ่นเหม็นมาก ซึ่งก็เป็นมาหลายเดือนแล้ว แพทย์ที่ตรวจเธอได้ทำการทดสอบบางอย่างแล้วอธิบายว่าเธอเป็นมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามมากแล้วมะเร็งได้ลุกลามออกจากปากมดลูกไปสู่ช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะ และผนังอุ้งเชิงกรานของเธอ กลิ่นที่เหม็นเกิดมาจากปัสสาวะที่รั่วจากกระเพาะปัสสาวะของเธอเข้าไปในช่องคลอด แล้วผสมกับตกขาวจากก้อนมะเร็ง แพทย์กล่าวว่า ช่างโซคร้ายที่โรคในขณะนี้ยังไม่มีวิธีการรักษาที่ทำให้โรคของเธอหายขาดได้ แต่เธอก็ควรได้รับการดูแล และทำให้สบายขึ้นได้ที่บ้าน แพทย์ยังให้คำแนะนำแก่อมีเลียและลูกสาวด้วยเกี่ยวกับการดูแลรักษาและวิธีการลดตกขาวและกลิ่น และยังได้บอกอีกว่าตัวแพทย์เองทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่อยู่ใกล้กับหมู่บ้านของอมีเลีย ผู้ที่สามารถให้การดูแลที่บ้านสำหรับผู้คนที่เจ็บป่วยมากด้วยโรคเอดส์ มะเร็ง หรือโรคอื่นๆ แล้วแพทย์ก็ได้เขียนจดหมายส่งตัวไปถึงสตรีที่เป็นเจ้าหน้าที่รับผิดชอบขององค์กรที่ให้การดูแลที่บ้าน อธิบายถึงสภาวะของอมีเลียและขอให้เธอไปเยี่ยมอมีเลียที่บ้าน แพทย์กล่าวว่าเธอจะทำงานประสานผ่านทางผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในท้องถิ่นที่อยู่ใกล้กับหมู่บ้านของอมีเลีย เพื่อให้มั่นใจว่าอมีเลียจะได้ยาต่างๆ ที่จำเป็น รวมถึงยาแก้ปวด ซึ่งอาการปวดของเธออาจเปลี่ยนแปลงเมื่อโรคมะเร็งดำเนินก้าวหน้าต่อไป

ถึงแม้ว่าอมีเลียและลูกสาวจะรู้สึกตกใจและโศกเศร้ามากกับข่าวที่ได้รับ ความกรุณาและความเอาใจใส่ของแพทย์ได้ทำให้พวกเธอรู้สึกไว้วางใจ การสัญญาว่าจะคอยติดตามการดูแลของเธอด้วยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในท้องถิ่น ทำให้พวกเธอรู้สึกทั้งมั่นใจและมีความหวังมากขึ้น

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในท้องถิ่นได้มาเยี่ยมอมีเลียตามที่ได้สัญญาไว้ เธอบอกและแสดงให้เห็นอมีเลียและลูกสาวเห็นถึงวิธีในการจัดการกับปัญหาบางประการที่พวกเธอกำลังเผชิญอยู่ เช่น วิธีในการทำผ้าอนามัยจากผ้าเก่าที่สะอาดเพื่อดูดซับตกขาว ความถี่ในการเปลี่ยนและวิธีในการซักรวมกัน วิธีในการทาวาสลิน (petroleum jelly) ที่บริเวณใกล้กับช่องคลอด เนื่องจากผิวหนังเริ่มระคายเคืองจากความชื้นอย่างต่อเนื่อง วิธีการล้างบริเวณดังกล่าวทุกวันด้วยสบู่และน้ำอย่างนุ่มนวลและการนั่งแช่น้ำถึงสะโพกเพื่อล้างด้วยการอนุญาตจากอมีเลีย เธอพูดกับคนในครอบครัวเกี่ยวกับการให้การช่วยเหลืออมีเลียและทุกคนในระหว่างการเจ็บป่วยของเธอ และได้เน้นถึงความสำคัญในการแบ่งงานกันเมื่อสภาวะของอมีเลียแย่ลงไปมากกว่านี้ อาจต้องมีการซักผ้ามากขึ้นเมื่อเครื่องนอนและชั้นในจำเป็นต้องซักบ่อยขึ้น ที่นอนควรได้รับการปกป้องจากตกขาวและปัสสาวะด้วยแผ่นพลาสติก ยาแก้ปวดต่างๆ สามารถซื้อหาได้ในราคาถูกจากโรงพยาบาลของคณะศาสนาในท้องถิ่น และบางคนอาจจำเป็นต้องทำหน้าที่ไปนำมาเป็นประจำ คนอื่นซึ่งจะมาช่วยงานที่บ้านสามารถหาได้จากโบสถ์ที่อมีเลียไปประจำครอบครัวของอมีเลียนั้นยากจน แต่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพก็ได้ช่วยจัดแจงหาการสนับสนุนจากชุมชน โบสถ์ และคณะผู้แทนท้องถิ่น จนกระทั่งสิ่งต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้มีอยู่มิได้ขาด

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนได้ช่วยครอบครัวของอมีเลียให้เข้าใจถึงความสำคัญของการให้อมีเลียได้มีส่วนร่วมในชีวิตประจำวันของพวกเขาและของชุมชนอยู่เสมอ ครอบครัวได้จัดการนัดหมายเพื่อนๆ ให้มาเยี่ยมอมีเลียเมื่อเธอรู้สึกดีพอ พวกเขาผลัดกันเตรียมอาหาร และเมื่อเธอรู้สึกอ่อนแรงเกินไปที่จะลุกออกจากเตียง พวกเขาทำให้มั่นใจว่าจะมีบางคนคอยช่วยเหลือเธออยู่ที่นั่นเสมอ อมีเลียรู้สึกว่เธอไม่ได้ถูกทอดทิ้งเพราะการเจ็บป่วยของเธอ แม้แต่ในตอนที่เราเข้าใจถึงการเสียชีวิต การสนทนาและการมีกำลังใจยังคงทำให้บ้านเต็มไปด้วยชีวิตชีวา และอมีเลียรู้สึกได้ว่าเป็นที่รักและต้องการของครอบครัวข้างจนกระทั่งวาระสุดท้ายแห่งชีวิตของเธอ

7.1 แนวทางการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองที่ครอบคลุม

การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคซึ่งรักษาไม่ได้มาเป็นเวลานาน เช่น มะเร็งปากมดลูกที่โรคลุกลามไปมากแล้ว คือการให้การสนับสนุนทางยา อาหารมน์ สังคม และจิตวิญญาณ ทีมการดูแลแบบประคับประคองจะรวมเอาบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพต่างๆ เช่น แพทย์และพยาบาล ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน และผู้ที่ให้การดูแลแก่ครอบครัวผู้ที่ให้การดูแลในทุกระดับ และทุกสถานบริการล้วนเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการดูแลแบบองค์รวม (holistic approach) ต่อโรคร้ายแรงและเมื่อเข้าใจถึงการเสียชีวิตนอกจากการจัดการความเจ็บปวดและอาการอื่นๆ ของมะเร็ง การดูแลแบบประคับประคองยังรวมถึงการให้การสนับสนุนที่ระดับชุมชน เพื่อขับเคลื่อนทรัพยากรท้องถิ่น และสร้างความเชื่อมโยงต่างๆ กับศูนย์การรักษา^[2]

[2] WHO (2004), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.1.1 การดูแลแบบประคับประคองคืออะไร และทำไมจึงมีความจำเป็น?

การดูแลแบบประคับประคองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ของผู้ป่วยและคนในครอบครัวที่กำลังเผชิญกับปัญหาซึ่งเกี่ยวข้องกับกับความเจ็บป่วยและสถานะที่อันตรายอาจถึงแก่ชีวิตการดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่เพียงแค่การดูแลตอนใกล้จะเสียชีวิต (end-of-life care) เท่านั้น แต่รวมไปถึงมาตรการต่างๆ ที่ต้องใช้ตลอดวิถีการดำเนินของโรค (ดูรูปที่ 7.1) เพื่อที่จะจัดการกับอาการทุข์ทรมานต่างๆ เช่น อาการปวดและการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความต้องการทางอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและคนในครอบครัว ความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยที่จะมีในอนาคตควรได้รับการพิจารณาในตอนที่เราได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้ว เพื่อที่ปัญหาต่างๆ นั้นจะได้รับการคาดคะเนและป้องกัน หรือดูแลแก้ไข การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้ได้โดยผู้คนที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยศูนย์สุขภาพในท้องถิ่น และโดยโรงพยาบาลต่างๆ และมีให้การดูแลได้ทั้งที่บ้านและที่สถานบริการดูแลสุขภาพ หรือที่สถานบริการต่างๆ ที่อยู่ในชุมชน การดูแลแบบประคับประคองเป็นสิทธิมนุษยชนพื้นฐานอย่างหนึ่งที่ได้รับการคุ้มครองภายใต้กฎหมายสิทธิมนุษยชนนานาชาติ^[3]

การดูแลแบบประคับประคองมีคุณสมบัติต่างๆ ดังต่อไปนี้ :

- ให้การบรรเทาอาการปวดและอาการทุกข์ทรมานอื่นๆ
- รับรองการมีชีวิตและยอมรับการเสียชีวิตว่าเป็นกระบวนการธรรมดา
- มีเจตนาไม่ทิ้งเร่หรือยื้อยุดการเสียชีวิต
- บูรณาการการดูแลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ
- ให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัว มีอำนาจในการควบคุมและตัดสินใจมากตามที่พวกเขาต้องการ

และสามารถที่จะยอมรับ

- มีระบบในการสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่อย่างมีชีวิตชีวามากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้จนกระทั่งเสียชีวิต

- มีระบบในการสนับสนุนเพื่อช่วยให้คนในครอบครัวสามารถรับมือในระหว่างการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และในช่วงการเศร้าโศกเสียใจจากการสูญเสีย

- ใช้แนวทางการทำงานเป็นทีม
- จะทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และอาจมีผลทางบวกต่อการดำเนินไปของโรคด้วย
- สามารถประยุกต์ใช้ได้ตั้งแต่ช่วงต้นของการเจ็บป่วย ร่วมกับการรักษาอื่นๆ ที่มีเจตนาเพื่อยืดชีวิต

ออกไป เช่น การผ่าตัดหรือรังสีรักษา

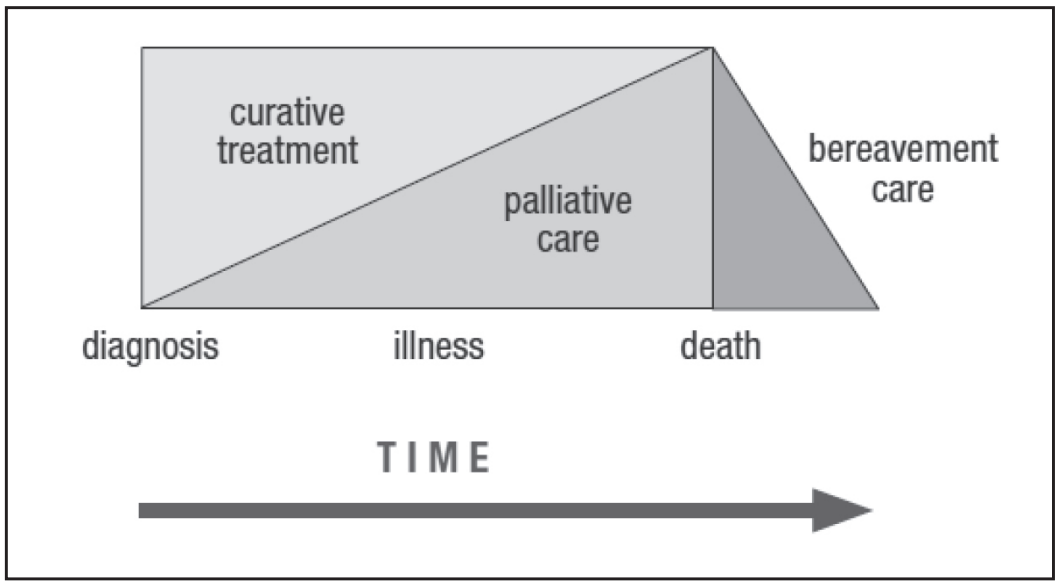
.....

^[3] OSF (2011), ดูปทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

ดังที่ได้แสดงในรูปที่ 7.1 เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งที่ลุกลามไปมากแล้ว การรักษามีลำดับความสำคัญก่อน ส่วนบทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง ถึงแม้มีอยู่ แต่ก็เป็นเรื่อง แต่เมื่อโรคนั้นเป็นมากขึ้น การดูแลแบบประคับประคองจะค่อยๆ มีความสำคัญเหนือกว่าการให้การดูแลบุคคลที่เกี่ยวข้องในครอบครัวหลังเกิดการสูญเสียเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองนั้นมีความจำเป็น ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ โดยอุดมคติแล้ว ควรมีทรัพยากรที่เหมาะสม มีการฝึกอบรมและให้ความรู้และดำเนินการอยู่เพื่อเป็นการป้องกันการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรและไม่จำเป็นจากมะเร็งปากมดลูกแต่โชคร้ายที่สตรีจำนวนมากยังคงได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกเมื่อเริ่มมีอาการ ซึ่งโดยปกติก็เป็นระยะที่มี การลุกลามของโรคไปมากแล้ว (ดูรูปที่ 6) นอกจากนี้ ในสถานที่ที่มีทรัพยากรจำกัด เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในการรักษามะเร็งปากมดลูก อาจไม่มีหรืออาจจะไม่สามารถเข้าถึงได้โดยสตรีจำนวนมากผลที่ตามมาคือ สตรีบางรายที่มะเร็งอยู่ในระยะค่อนข้างต้นไม่ได้รับการรักษา จนทำให้มีการลุกลามของ โรคมากขึ้น ในสถานการณ์เช่นนี้ การดูแลแบบประคับประคองควรได้รับการทำให้มีอยู่ในฐานะที่เป็นการรักษาที่มีประสิทธิผลที่สุด

รูปที่ 7.1 : บทบาทของการดูแลแบบประคับประคอง ตลอดวิธีการดำเนินของโรค :
ความต่อเนื่องของการดูแล



ผู้ป่วยที่มีสภาวะที่คุกคามต่อชีวิตเรื้อรังอื่นๆ ก็จำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองด้วย ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพและควรจะต้องมีความพยายามในการสร้างทีมของผู้ให้บริการด้านสุขภาพในทุกกระดับของระบบสุขภาพ ด้วยความรู้และทักษะต่างๆ ที่จำเป็น ครอบครัวยังเป็นผู้ป่วยก็ควรได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคอง เนื่องจากพวกเขาจำเป็นต้องเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการดูแล [4]

การลงมติในการประชุมของสมัชชาอนามัยโลก World Health Assembly (WHA) 2014 ในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ให้ถือเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลต่างๆ ทั่วโลก ให้มีการพัฒนาบรรทัดฐานและการบริการระดับชาติต่อไป เพื่อที่จะเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยต่างๆ ที่จำเป็นต้องได้รับ [5]

.....
[4] Connor et al. (2002), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม
[5] WHO (2014), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.1.2 องค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

องค์ประกอบต่างๆ ที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ การป้องกันและการดูแลรักษาอาการต่างๆ การบรรเทาปวด และการสนับสนุนทางจิตวิทยาสังคมรวมถึงทางจิตวิญญาณ การควบคุมอาการปวดที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้เป็นส่วนใหญ่ โดยการใช้องค์ความรู้ด้วยยา ร่วมกับวิธีการรักษาเสริมที่ไม่ใช่ยาอื่นๆ

การสนับสนุนทางจิตวิทยาสังคมและทางจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งต้องการผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรมที่มีทักษะในการสื่อสารดีนอกจากนี้ที่ระดับชุมชน การดูแลแบบประคับประคองจำเป็นที่จะต้องครอบคลุมในทุกๆ เรื่องที่จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีสะอาด และมีชีวิตชีวาที่สุดเท่าที่พวกเขาต้องการสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อที่จะทำบทบาทของพวกเขาอีกด้วย เช่น วิธีในการได้มาและวิธีการใช้วัสดุต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วย

ที่สถานบริการระดับตติยภูมิ การป้องกันและการรักษาอาการต่างๆ อาจรวมถึงการให้รังสีรักษาประคับประคองเพื่อลดขนาดของก้อนมะเร็ง เช่นเดียวกับการรักษาตกขาว รุ้ว ตกเลือด ปัญหาโภชนาการต่างๆ แผลกดทับ ไช้และข้อติดยึด

หากเป็นไปได้ สมาชิกในครอบครัวและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ควรได้รับการฝึกอบรมการดูแลแบบประคับประคอง ตั้งแต่ขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในโรงพยาบาลการฝึกอบรมและคำแนะนำดังกล่าวนี้ควรครอบคลุมถึงการป้องกันและการจัดการกับปัญหาต่างๆ และวิธีในการสนับสนุนผู้ป่วยให้ทำกิจกรรมประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การไปสุขา และการลุกเดินไปมาไม่อยู่กับที่หากอาการต่างๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ สมาชิกในครอบครัวก็จำเป็นต้องขอให้ผู้ให้บริการในท้องถิ่นมาเยี่ยมบ้าน เพื่อจะได้ให้การสนับสนุน และหากจำเป็นก็เตรียมการนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการที่เหมาะสม

7.1.3 แนวทางการทำงานเป็นทีมในการดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ให้บริการที่ทุกระดับของการดูแล ตั้งแต่ผู้เชี่ยวชาญไปจนถึงผู้ให้การดูแลที่บ้านร่วมกันทำงานเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้วจะได้มีคุณภาพชีวิตและผลการรักษาที่ดีที่สุดที่สถานบริการระดับตติยภูมิ ทีมอาจรวมถึงนรีแพทย์ แพทย์ทางรังสีรักษา นักรังสีเทคนิค นักจิตวิทยาหรือนักให้คำปรึกษา นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลมะเร็ง เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ และพยาบาลการดูแลแบบประคับประคอง ในสถานที่ที่มีทรัพยากรน้อยก็ไม่น่าเป็นไปได้ที่ทีมบุคลากรที่เชี่ยวชาญสูงเช่นนี้จะสามารถลงไปทำงานจนถึงระดับชุมชนที่ซึ่งผู้ป่วยอาศัยอยู่ได้ ในสถานที่เช่นนั้น ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่ได้รับการสนับสนุน การฝึกอบรม และการนิเทศ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการหลักในการดูแลแบบประคับประคอง

ควรมีการส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์อย่างราบรื่น ในระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่หลากหลายซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ในกรณีที่เหมาะสม เรื่องนี้เกี่ยวข้องกับการแลกเปลี่ยนและแบ่งปันบันทึกทางการแพทย์กันอย่างมีประสิทธิภาพ ระหว่างทีมระดับชุมชนและทีมระดับตติยภูมิ

ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลคนในครอบครัวผู้ป่วยทั้งหมด ควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผู้ที่พวกเขาจะติดต่อได้ที่สถานบริการไหน หากจำเป็น และวิธีในการเข้าถึงตัวเขาหรือเธอ กลยุทธ์ต่างๆ จำเป็นต้องได้รับการคิดค้นใหม่เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนได้ทำการเชื่อมโยงผู้ป่วยและคนในครอบครัวเข้ากับเจ้าหน้าที่ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

การสื่อสารที่ดีที่สุดหากระบบได้เกิดขึ้นอย่างเป็นทางการ และได้มีการดำเนินการแล้วอย่างเต็มที่ โดยสมาชิกในทีมทุกคนรวมถึงผู้เชี่ยวชาญที่ระดับตติยภูมิตั้งแต่ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายออกไปจาก ศูนย์การรักษา ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกระดับจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมให้ใช้ถ้อยคำเดียวกันซึ่งเป็น ภาษาที่ไม่ใช่ทางเทคนิค อ่อนไหวต่อวัฒนธรรม เมื่อมีผู้ป่วยและคนในครอบครัวรวมถึงสมาชิกในชุมชนอยู่ด้วย และฝึกให้สามารถจัดหาแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่พบได้บ่อยที่สุด ทั้งทางร่างกายและจิตวิทยาสังคม โดยมีการเอาใจใส่เป็นพิเศษที่การควบคุมอาการปวด

7.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง

7.2.1 การเกี่ยวข้องกับครอบครัว^[6]

ครอบครัวมีบทบาทที่เป็นเอกลักษณ์และสำคัญมากในการดูแลแบบประคับประคอง ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพควรแน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจในธรรมชาติการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค รวมถึงการรักษาที่ได้แนะนำ

ด้วยการช่วยเหลือของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ครอบครัวจะได้รับอนุญาตให้ได้เข้ามา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และจะได้รับแจ้งถึงการตัดสินใจทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเปลี่ยน ผู้ให้การดูแลและการรักษา และควรได้รับการชี้แนะถึงวิธีปฏิบัติที่ดีที่สุดของการดูแลแบบประคับประคอง ครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลอื่นๆ สามารถได้รับการสอนเพื่อให้การดูแลที่บ้าน การดูแลทางคลินิก สามารถให้โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมในการใช้ยาที่แนะนำให้ใช้โดยอยู่ภายใต้ กรอบกฎหมายแห่งชาติ ผู้ให้บริการที่ให้การดูแลแบบประคับประคองหรือการดูแลที่บ้านด้วยการสนับสนุน อย่างต่อเนื่องจากผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิ (ซึ่งอาจเป็นแพทย์ เจ้าหน้าที่ทางคลินิก หรือพยาบาล) จะสามารถ ให้การดูแลในเรื่องความต้องการต่างๆ ของผู้ป่วยได้เป็นส่วนมาก

.....

^[6] ในบริบทนี้ “ครอบครัว” หมายถึงใครก็ตามที่ผู้ป่วยพิจารณาว่ามีความสำคัญต่อเธอ

7.2.2 การเข้าถึงทรัพยากรท้องถิ่นเพื่อการดูแลที่บ้าน

เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหรือดูแลครอบครัวของเธอได้อีกต่อไป เงินทองที่ขาดแคลนอยู่แล้ว อาจยิ่งขาดแคลนมากขึ้นไปอีก ในกรณีเช่นนี้ ค่าใช้จ่ายเพื่ออาหาร วัสดุ และยาต่างๆ สำหรับการดูแล เธออาจได้มาโดยครอบครัวไปขอรับจากองค์กรในท้องถิ่นและองค์กรที่ไม่ใช่ของรัฐระดับภาคและจากองค์กร เพื่อการกุศลต่างๆ เป็นประโยชน์มากสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่จะมีความเชื่อมโยง กับองค์กรต่างๆ เหล่านี้ก่อนที่พวกเขาจะต้องการความช่วยเหลือ เพื่อที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับ การส่งต่อไปรับการช่วยเหลือจากองค์กรเหล่านั้นเมื่อจำเป็น

7.3 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกระดับของระบบสุขภาพจำเป็นต้องทำงานเป็นทีม เพื่อให้การรักษาให้ความสบายและการดูแล และส่งต่อข้อมูลอันถูกต้องและทันท่วงทีแก่ผู้ป่วยรวมถึงคนในครอบครัวและชุมชนของเธอ ในการที่จะสามารถทำเรื่องนี้ได้ผู้ให้บริการจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมพิเศษ ในการบริหารจัดการและการรักษาทั้งปัญหาทางกายและอารมณ์ และในเรื่องทักษะในการสื่อสารควรตระหนักไว้ด้วยว่ามีพฤติกรรม อารมณ์ และความเชื่อที่แตกต่างกันอยู่อย่างมากที่เกี่ยวกับการตาย ซึ่งเป็นผลมาจากบริบททางวัฒนธรรม ดุบทที่ 3 ตอนที่ 3.1 และ 3.5 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับทักษะในการสื่อสารและการให้คำปรึกษา และตอนที่ 7.5 ต่อไปนี้ ซึ่งจะกล่าวถึงการให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 3.4 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 6.4 สำหรับผู้ให้บริการระดับตติยภูมิในการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งและการรักษาของเธอ และเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.3 เกี่ยวกับการสนทนากับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้านภายใต้การดูแลแบบประคับประคอง

ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับการฝึกอบรมมา จะสามารถทำให้ผู้ป่วยและกลุ่มผู้ให้การสนับสนุนเธอสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและครอบครัวจะรู้สึกว่าคุณเขามีอำนาจในการตัดสินใจ ด้วยการสนับสนุนอย่างเต็มที่จากทีมให้การดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งงานของทีมก็คือการให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เหมาะสม และให้การสนับสนุนการตัดสินใจต่างๆ หลังได้รับข้อมูล

7.3.1 บทบาทของคนทำงานด้านสุขภาพในชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนและสมาชิกพิเศษอื่นๆ ของชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้อุทิศตน เพื่อให้การช่วยเหลือในการดูแลแบบประคับประคอง โดยความร่วมมือกับผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ มีบทบาทดังต่อไปนี้ :

- ทำแผนการดูแลส่วนบุคคลเพื่อที่จะให้การดูแลเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นไปตามตารางที่กำหนดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อที่จะคาดคะเนและหากเป็นไปได้ ป้องกันและแก้ไขปัญหาต่างๆ
- ให้การรักษาต่างๆ สอนงานนี้ให้สมาชิกในครอบครัว และฝึกผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลและให้ความสบายแก่ผู้ป่วยได้และตรวจดูว่าสิ่งเหล่านี้ได้รับการทำอยู่
- อำนวยความสะดวกให้ได้เข้าถึงเวชภัณฑ์และยาต่างๆ
- ทำการประเมินเป็นประจำถึงความต้องการทางร่างกาย จิตวิทยาสังคมและจิตวิญญาณ แล้วแจ้งผู้ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ (แพทย์) ของผู้ป่วย ถึงสิ่งที่พบ
- โดยขึ้นกับการประเมินและการให้ข้อมูลป้อนกลับจากผู้ให้การดูแลระดับปฐมภูมิ (แพทย์) ของผู้ป่วย ให้เอาใจใส่เป็นพิเศษแก่การทำให้นั่นใจว่าการรักษาต่างๆ รวมถึงการจัดการอาการปวดจะมีอยู่เท่าที่เป็นไปได้
- ตอบคำถามต่างๆ ให้ข้อมูล และเก็บรักษาบันทึก
- ให้กำลังใจแก่ครอบครัวในการพยายามทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจวัตรประจำวันของพวกเขาให้มากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้

7.3.2 บทบาทของแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบอำนาจ ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ

และทุติยภูมิ

แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบอำนาจมีบทบาทดังต่อไปนี้ :

- ไปเยี่ยมชุมชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อดำเนินการการฝึกอบรมต่างๆ ให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนสิ่งนี้ให้โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสถานะต่างๆ ในการทำงานของพวกเขา ซึ่งเป็นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่
- เมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วย ให้คำปรึกษาและให้ความรู้เธอและครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่พบได้บ่อย เช่น ข้อติดยึดและแผลกดทับ และหากเกิดขึ้น ก็แนะนำวิธีการในการจัดการกับปัญหาเหล่านี้
- ให้การสนับสนุนและนิเทศทีมงานของชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในเรื่องของการรักษาและการดูแล
- ไปเข้าร่วมหลักสูตรฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองซึ่งจัดที่สถานบริการระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ
- เขียนใบสั่งสำหรับยาแก้ปวดต่างๆ รวมถึงยามอร์ฟินรับประทาน หากมีอยู่และสำหรับยาอื่นๆ ที่รักษาอาการปวดและอาการอื่นๆ
- สั่งยา ให้ยา นิเทศ สนับสนุน และเก็บรักษาวัสดุอุปกรณ์ (รวมถึงยาต่างๆ) ให้กับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่ต้องไปทำการเยี่ยมบ้านสตรีซึ่งเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือให้โดยตรงแก่ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลเธอสำหรับการใช้ในทันที หรือในอนาคตเมื่อต้องการ
- ให้การดูแลติดตามฉุกเฉินหรือเป็นประจำสำหรับปัญหาต่างๆ หลังจากการวินิจฉัยหรือการรักษา มะเร็งปากมดลูก
- ส่งต่อผู้ป่วย หากเป็นไปได้ ไปยังสถานบริการระดับสูงกว่าเพื่อการดูแลแบบผู้ป่วยในสำหรับปัญหาฉุกเฉินต่างๆ ที่หากได้รับการรักษาที่นั่นจึงจะดีที่สุด เช่น อาการตกเลือดรุนแรง และอาการปวดที่รักษายาก (อย่างหลังโดยใช้รังสีรักษา)
- ช่วยเตรียมการเดินทางสำหรับผู้ป่วยเพื่อไปยังสถานที่ต่างๆ เหล่านี้ หากเป็นไปได้
- รักษาการติดต่อกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนและผู้ให้การดูแลแบบประคับประคองไว้ และติดตามดูการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ที่ได้รับการส่งต่อมาโดยพวกเขา
- ให้การควบคุมดูแลและให้การช่วยเหลือจากทางไกลโดยทำตัวให้ติดต่อได้เพื่อรับการปรึกษาต่างๆ ตามความเหมาะสม

7.3.3 บทบาทของผู้ให้บริการที่สถานบริการระดับตติยภูมิ

ผู้ให้บริการที่สถานบริการระดับตติยภูมิมีบทบาทต่างๆ ดังต่อไปนี้ :

- ให้การดูแลแบบผู้ป่วยในที่ระดับตติยภูมิสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรักษายาก และอาการอื่นๆ รวมถึงรังสีรักษาและการรักษาอื่นๆ ที่มีอยู่เพียงในสถานบริการระดับนี้เท่านั้น
- ให้การดูแลฉุกเฉินแบบผู้ป่วยนอกสำหรับอาการต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอาการทุกข์ทรมานรุนแรง (เช่น ตกเลือด) หากเป็นไปได้

- โดยการใช้แนวทางปฏิบัติในการบรรเทาปวดและการดูแลแบบประคับประคองแห่งชาติทำให้ผู้ป่วยปราศจากอาการปวดตลอดเวลาด้วยการใช้ยาอย่างเพียงพอรวมถึงมอร์ฟีน

- รายงานกลับไปยังผู้ให้บริการที่ส่งต่อผู้ป่วยมา และคอยรับการปรึกษาจากทางไกลเพิ่มเติม การมอบหมายงานบางอย่างให้แก่ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิจะดำเนินการได้ก็ต่อเมื่อมีระบบต่างๆ ที่เพียงพออยู่แล้วเท่านั้น เพื่อเป็นการปกป้องทั้งผู้ให้บริการด้านสุขภาพและผู้ป่วยในบางประเทศได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายและกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ เพื่อให้พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางคลินิกสามารถสั่งยาโอปิออยด์ได้ ทั้งนี้เพื่อให้มีความครอบคลุมสำหรับการบรรเทาอาการปวดดีขึ้น

หลักฐานที่เป็นเอกสารเพิ่มเติมที่จำเป็นเพื่อใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบาย เกี่ยวกับกลยุทธ์ต่างๆ ที่เป็นไปได้ในการเพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการ ในขณะที่ยังคงรักษาคุณภาพการดูแล WHO ได้พัฒนาชุดของข้อเสนอแนะและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนของงานบริการเอชไอวี^[7] หลักการทั่วไปต่างๆ สามารถนำไปใช้เพื่อการมอบหมายงานอื่นๆ ในระบบสุขภาพ ดังนั้น จึงอาจเป็นประโยชน์ในตอนวางแผนการให้บริการการดูแลแบบประคับประคองแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกด้วย

.....

^[7] WHO, PEPFAR, UNAIDS (2008), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.3.4 บทบาทของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ในการคาดการณ์เกี่ยวกับการตาย (death) และใกล้ตาย (dying)

หัวข้อเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการตายใกล้ตายและการสูญเสีย (bereavement) จะต้องได้รับการทำความเข้าใจและกล่าวถึงภายใต้บริบทของวัฒนธรรมท้องถิ่นและความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติ และพฤติกรรมต่างๆ ของผู้คนในภูมิภาคนั้น ใช้ภาษาที่แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจและมีความอ่อนไหวต่อวัฒนธรรม เมื่อกล่าวถึงเกี่ยวกับการตายและใกล้ตายกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย

ก. การคาดการณ์ปัญหาต่างๆ ในทางปฏิบัติ

อาจยากสำหรับหลายครอบครัวที่จะทำการเตรียมสำหรับความเป็นไปได้ที่ญาติซึ่งกำลังป่วยของพวกเขากำลังจะตาย ในขณะที่พวกเขาก็ยังคงหวังว่าจะหายจากโรคหรือมีอายุยืนยาวขึ้น ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพควรมีความอ่อนไหวสูงต่อความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัว ในการเผชิญกับความจริงของสถานการณ์ และควรปรับเปลี่ยนมาตรการต่างๆ โดยขึ้นกับความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ เพื่อเตรียมการสำหรับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง

การรับทราบความต้องการสำหรับความหวัง ในขณะเดียวกันก็วางแผนสำหรับสิ่งที่เลวร้ายไม่จำเป็นต้องแยกขาดจากกัน อาจช่วยได้หากสนทนาประเด็นสำคัญต่างๆ เหล่านี้กับผู้ป่วยและครอบครัว หากเธอยินยอมให้ทำสิ่งนี้ หัวเรื่องต่างๆ ที่ควรสนทนาได้แก่ :

- เป้าหมายของการดูแล (เช่น การยืดการมีชีวิตที่มีสติออกไปจนกระทั่งครอบครัวที่อยู่ไกลสามารถมาทันกล่าวคำอำลา การลดความเครียดและอาการปวด เป็นต้น)

- การจัดการภารกิจส่วนตัวให้เป็นที่เรียบร้อย เช่น พินัยกรรม การเตรียมงานศพ การเงินของครอบครัว และการทำงานที่ผูกพันให้สำเร็จ ซึ่งอาจช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมมากขึ้นในสถานการณ์ที่ยากลำบากนี้

- จะต้องทำอะไรเมื่อการเสียชีวิตเกิดขึ้น รวมถึงการหลีกเลี่ยงการกู่ชีวิตและการยึดชีวิตที่ไม่จำเป็น หากเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับความปรารถนาของผู้ป่วย

การปรึกษาหารือและให้การช่วยเหลือไปตามขั้นตอนการปฏิบัติเหล่านี้ โดยให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่น อาจช่วยให้อารมณ์ของคนในครอบครัวได้ผ่อนคลายลง

ข. การเตรียมตัวสำหรับการตาย

การสื่อสารที่ทำให้กำลังใจภายในครอบครัวสามารถทำให้การตายมีความเครียดน้อยลง และผ่านการสูญเสียไปได้ง่ายขึ้น (ดูบทที่ 6 ตอนที่ 6.7.3 และตอนที่ 7.5.4 ต่อไปในบทนี้ด้วย สำหรับคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสนทนากับผู้ป่วยและครอบครัว เมื่อมะเร็งไม่สามารถรักษาให้หายได้) หลายครั้งผู้ป่วยอาจแสดงความโกรธหรืออารมณ์รุนแรงอื่นๆ ต่อสมาชิกในครอบครัวที่ใกล้ชิดที่สุดและต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ การระเบิดอารมณ์เหล่านั้นจำเป็นต้องได้รับการยอมรับและไม่ถือเป็นเรื่องส่วนตัว ปฏิบัติการต่างๆ ต่อการที่กำลังจะเสียชีวิตมักได้รับอิทธิพลจากบริบททางวัฒนธรรมเสมอ ดังนั้นการประเมินที่อ่อนไหวถึงความเต็มใจของผู้ป่วยที่จะสนทนาเกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้จึงมีความจำเป็นต้องทำก่อนที่จะเริ่มการสนทนา ฟังระลึกไว้เสมอว่าการฟังอย่างตั้งใจและภาษาที่สงบเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด

โดยรวมกับครอบครัว ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถมีส่วนให้การช่วยเหลือสตรีที่กำลังจะเสียชีวิตโดย :

- ให้ความสบาย และการดูแลรักษา
- ช่วยเธอเผชิญกับความรู้สึกผิด หรือความเสียตาย
- พูดคุยเกี่ยวกับการตายของเธอที่กำลังมาถึง (หลังจากตรวจสอบแล้วว่าเธอต้องการสนทนา เรื่องนี้)
- ตอบสนองต่อปฏิกริยาเศร้าโศกต่างๆ เช่น ความเศร้าซึม ความรู้สึกผิด ความปรารถนา

อย่างแรงกล้า ความโกรธ ความสิ้นหวัง และการหลีกเลี่ยง

- เปิดช่องทางการสื่อสารไว้ และให้โอกาสเธอได้พูดคุยเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึกของเธอ โดยไม่ไปกดดันเธอหากเธอยังไม่พร้อมจะพูด

- เสนอให้การสนับสนุนที่สามารถทำได้ ถามเธอว่าต้องการให้ใครมาดูแลเธอ เธอต้องการไปรับการดูแลที่ไหน มีข้อจำกัดอะไรบ้างที่เธอต้องการในการให้คนเข้ามาเยี่ยม การร้องขอพิเศษใดๆ ที่เธอมี และอื่นๆ

- ถามเธอว่าต้องการให้พระหรือบาทหลวงมาช่วยดูแลไหม (โดยเป็นใครและเมื่อใด)
- หากเหมาะสมถามเธอว่าเธอต้องการเสียชีวิตที่ใดและต้องการให้ใครอยู่ด้วย
- ทำให้เธอมั่นใจว่าความปรารถนาและความลับต่างๆ ของเธอจะได้รับความเคารพ

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล ความปรารถนาต่างๆ ของผู้ป่วย ต้องถือเป็นข้อพิจารณาหลักหากเธอยังคงมีสติรู้ตัวอยู่ แต่ถ้าหากเธอไม่รู้สึกร่างแล้วความปรารถนาของ ครอบครัวก็สามารถนำมาพิจารณาได้ โดยปกติแล้วไม่เหมาะสมหากจะส่งต่อผู้ป่วยที่ใกล้ตายไปโรงพยาบาล หากไม่คาดว่าจะการตายจะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ และครอบครัวต้องการพักผ่อนบ้างก็อาจพิจารณา ทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิหรือสถานที่รับรองผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice) หากมีอยู่และสามารถจ่ายได้

ค. การตาย

เมื่อถึงเวลาที่ผู้ป่วยตายมีความจำเป็นที่จะต้องเคารพวิถี พิธีกรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี ท้องถิ่น เช่นเดียวกับความปรารถนาของผู้ป่วยหรือครอบครัว ที่ได้แสดงออกมาเกี่ยวกับการดูแลศพ การเตรียมพิธีศพ และประเด็นอื่นๆ การไปเยี่ยมบ้านขณะที่มีการตายโดยปกติแล้วถือว่ามีความเหมาะสม

ง. การสูญเสีย (bereavement)

การดูแลหลังการสูญเสีย เป็นการสนับสนุนที่ให้แก่ครอบครัวหลังการตายของผู้ป่วย เพื่อให้พวกเขาสามารถเผชิญกับการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักได้ ผู้ให้การดูแลที่บ้านและที่คลินิกซึ่งเกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีที่ระยะสุดท้ายของชีวิตสามารถร่วมแบ่งปันความเศร้าโศกของครอบครัวด้วยการกระตุ้นให้พวกเขาพูดและ แสดงความทรงจำของพวกเขาออกมา ผู้ที่ปฏิบัติงานไม่ควรปลอมประโลมอย่างหลอกลอก แต่ควรให้กำลังใจ ใช้เวลาในการฟัง และพยายามเตรียมการสนับสนุนที่เป็นไปได้ร่วมกับเพื่อนบ้านและเพื่อนๆ ในการให้บริการ การดูแลแบบประคับประคอง โดยปกติแล้ว จะรวมถึงการให้การดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องกับคนในครอบครัว ที่เพิ่งมีการสูญเสียให้การสนับสนุนให้ได้คลายความเศร้าโศกและให้มีการช่วยเหลือต่อเนื่องจากชุมชนอย่างมี ประสิทธิภาพ ตลอดจนให้มีการประเมินและช่วยเหลือคนในครอบครัวที่มีความเศร้าโศกยาวนานจนอาจรบกวน ต่อการปรับตัวกลับมาเพื่อทำหน้าที่ตามปกติ

7.4 การจัดการอาการที่พบบ่อยในมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้ว

สตรีที่มีมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้วอาจทนทุกข์ทรมานจากปัญหาต่างๆ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและทางอารมณ์ อาการปวดมักเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มปัญหานี้เสมอ และการบรรเทาอาการปวดก็ควรเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองด้วยเสมอ

7.4.1 การจัดการอาการปวด

อาการปวดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุดในมะเร็งที่ลุกลามไปมากแล้ว ส่วนใหญ่ของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มมากที่สุดที่จะทุกข์ทรมานจากอาการปวดระดับกลางถึงมาก อาการปวดระดับกลางและมากควรได้รับการบรรเทาเสมอ และยาแก้ปวดโอปิออยด์ต่างๆ ก็ล้วนมีความจำเป็นในการจัดการความปวดอยู่บ่อยๆ

สิ่งที่ทราบเกี่ยวกับการให้การบรรเทาอาการปวดสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง มีอะไรบ้าง?

- มันได้รับการใช้น้อยเกินไปเป็นอย่างมาก แม้แต่ในบางสถานที่ที่มีทรัพยากรมาก และผลที่ได้รับคือมีผู้ป่วยจำนวนมากได้รับความทุกข์ทรมานอย่างไม่จำเป็น

- อาการปวดส่วนมากสามารถทุเลาลงได้อย่างน่าพอใจ

- ผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่ดีที่สุดเกี่ยวกับอาการปวดของตนเอง และอาการปวดต้องการการประเมินอย่างต่อเนื่อง (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.1)

- มีประโยชน์มากหากมีความร่วมมือและการสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลที่บ้าน เช่นเดียวกันกับผู้ให้บริการทางคลินิกที่ทุกระดับของระบบสุขภาพ ผู้ให้การดูแลที่บ้านเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ในขณะที่ผู้ให้บริการทางคลินิกสามารถให้การสนับสนุนและยาต่างๆ

- ยาต่างๆ ที่ใช้จัดการอาการปวดล้วนมีศักยภาพในการก่อให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์ต่างๆ ได้^[8]

การมีอยู่ของยาแก้ปวดอย่างแรงต่างๆ เช่น ยาในกลุ่มโอปิออยด์ แตกต่างกันไปได้มากในระหว่างแต่ละประเทศ ยามอร์ฟินชนิดรับประทานก็ไม่ได้มีอยู่ในหลายประเทศ แต่แนวทางนโยบายของ WHO ได้แนะนำว่าทุกประเทศควรมีนโยบายที่ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการมีช่องทางเข้าถึงยาควบคุมต่างๆ (ยาต่างๆ ที่ได้รับการควบคุมเหมือนยาเสพติด เพื่อป้องกันการใช้ผิดๆ) เมื่อพวกเขาจำเป็นต้องใช้ไปปฏิบัติ^[9]

ผลข้างเคียงต่างๆ ของการใช้อมอร์ฟิน เช่น อาการท้องผูก จำเป็นจะต้องได้รับการติดตามดูแลและรักษา ผู้ให้บริการจำเป็นจะต้องใช้ยาต่างๆ ที่มีอยู่ภายในขอบเขตที่สามารถทำได้เพื่อบรรเทาอาการปวด ในขณะที่ยังคงมุ่งมั่นที่จะทำให้ความครอบคลุมดีขึ้น สำหรับการเข้าถึงยาที่ได้รับการจัดการรายการซื้อไว้โดย WHO สำหรับการบรรเทาอาการปวดและการดูแลแบบประคับประคอง^[10]

[8] โปรดอ้างอิงถึง WHO model lists of essential medicines; WHO (2013), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

[9] WHO (2011), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

[10] WHO (2013), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.4.2 อุปสรรคต่างๆ ต่อการบรรเทาอาการปวดที่มีประสิทธิผล

สิ่งต่อไปนี้เป็นกลุ่มหลักๆ ของอุปสรรคต่อการบรรเทาอาการปวดที่มีประสิทธิผล :

- อุปสรรคทางกฎหมายและนโยบาย : กฎหมายและนโยบายต่างๆ ที่มีอยู่ที่เข้มงวดมากเกินไป อาจขัดขวางช่องทางในการเข้าถึงยาควบคุมได้อย่างสะดวกสำหรับผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลของผู้ป่วย ในชุมชน
- บรรทัดฐานและแนวทางปฏิบัติแห่งชาติที่ล้าสมัย : บรรทัดฐานและแนวทางปฏิบัติต่างๆ เหล่านี้ อาจไม่ได้รับการปรับปรุงให้ทันสมัยอย่างสม่ำเสมอ ให้สอดคล้องกับอนุสัญญาการควบคุมยาเสพติดและแนวทางปฏิบัติต่างๆ ในระดับนานาชาติ
- ไม่มีผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ : การให้ความรู้แก่ผู้มิวิชาชีพให้บริการดูแลสุขภาพอาจยังไม่ครบถ้วน เพราะขาดการให้ความสนใจอย่างมากในเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง ในหลักสูตรของโรงเรียนแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร บัณฑิตที่จบจากสถาบันการฝึกอบรมต่างๆ อาจไม่เคยเรียนจนรู้สึกมั่นใจในการใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์อย่างเพียงพอเพื่อควบคุมอาการปวด และอาจขาดความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงที่พบบ่อยของยาและการจัดการ
- ความเชื่อทางในทางลบของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ได้มีพื้นฐานอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิชาการ : อาจยังคงมีความเชื่อเหล่านี้อยู่ในท่ามกลางคนที่ทำงานด้านสุขภาพที่อาจทำให้พวกเขา ใช้ยาโอปิออยด์อย่างผิดๆ ตัวอย่างเช่น พวกเขาอาจเชื่อว่าการใช้ยาโอปิออยด์ในระยะยาว อาจเร่งให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเร็วขึ้น และ/หรือ ทำให้ผู้ป่วยติดยา
- อุปสรรคต่างๆ ทางเศรษฐกิจ : อัตราการทำกำไรที่ต่ำ ราคาที่สูง และอัตราการหมุนเวียนที่ต่ำ อาจนำไปสู่การขาดแคลนของตำรับยาแก้ปวดโอปิออยด์ต่างๆ ในประเทศ

ในสถานที่ที่มียาแก้ปวดโอปิออยด์ถูกระเบียบข้อบังคับในการใช้แห่งชาติจะต้องมีตามมาอย่างไรก็ตาม กฎระเบียบเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการตรวจสอบว่าสามารถทำให้มีการจ่ายยา เพื่อที่จะบรรเทาอาการปวดได้อย่างเพียงพอหรือไม่ หากไม่เพียงพอผู้คนที่อยู่ในวงการแพทย์และนอวงวงการก็จำเป็นต้องรวมตัวกันเพื่อเรียกร้องให้ในการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยได้รวมถึงการเป็นอิสระจากอาการปวดเข้าไว้ด้วย

ในปี ค.ศ. 2011 WHO ได้ตีพิมพ์แนวทางปฏิบัติเชิงนโยบายชื่อ Ensuring balance in national policies on controlled substances : guidance for availability and accessibility of controlled medicines ^[11] แนวทางปฏิบัติเหล่านี้สามารถนำมาใช้เพื่อระบุถึงอุปสรรคต่างๆ ในการเข้าถึงการใช้ยาโอปิออยด์และยาที่มีฤทธิ์แรงอื่นๆ และยังสามารถนำไปใช้เป็นเอกสารอ้างอิงเมื่อทำการบัญญัติกฎหมายและนโยบายได้อย่างดี รวมถึงสำหรับเภสัชกรด้วย ที่ทำให้ช่องทางในการเข้าถึงยาแก้ปวดโอปิออยด์และยาควบคุมอื่นๆ ทำให้เกิดความสมดุลระหว่างการให้ยาให้เป็นประโยชน์กับความเสี่ยงของการนำไปใช้ผิดๆ และการติดยาในสังคม

.....

^[11] WHO (2011), คู่มือความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.4.3 บันไดการบรรเทาปวด (analgesic ladder) ของ WHO

บันไดสามขั้นในการบรรเทาปวดจากมะเร็งของ WHO ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1986^[12] ได้ให้แนวทางแก่วิธีในการจัดการอาการปวดจากมะเร็งปัจจุบัน อย่างไรก็ตามวิธีการที่ปฏิบัติในหลายประเทศ ก็เป็นว่าข้ามขั้นที่สองไป และใช้ยาแก้ปวดโอปิออยด์ฤทธิ์แรงในขนาดต่ำ เช่นมอร์ฟินแทน เพื่อที่จะทำให้การจัดการอาการปวดได้ทันทั่วถึงและมีประสิทธิผล แนวทางปฏิบัติใหม่เกี่ยวกับการจัดการอาการปวดจากมะเร็งในผู้ใหญ่กำลังจะได้รับการปรับปรุงออกมาให้ใช้โดย WHO ในอนาคตอันใกล้และควรได้รับการนำไปศึกษาเมื่อตีพิมพ์ออกมา

.....

^[12] WHO (1986), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.4.4 ยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (non-steroidal anti-inflammatory drugs : NSAIDs)

NSAIDs เป็นกลุ่มหนึ่งของยาต่างๆ ที่ลดอาการปวดและการอักเสบ NSAIDs มักได้รับการใช้บ่อยเพื่อบรรเทาอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลางสำหรับมะเร็งทุกชนิด เช่นเดียวกับอาการปวดจากข้ออักเสบ ปวดกระดูก ปวดกล้ามเนื้อหลังจากการออกกำลังกาย และปวดศีรษะจากกล้ามเนื้อตึงตัว NSAIDs ส่วนใหญ่มีอยู่ในตำรับต่างๆ ที่วางขายตามร้านยา บางชนิดของ NSAIDs ที่ใช้ในการรักษามะเร็ง ได้แก่ : ibuprofen, naproxen, nabumetone, ketorolac, sulindac และ diclofenac นอกจากนี้ NSAIDs ยังอาจให้ร่วมกับยาแก้ปวดโอปิออยด์ได้ด้วยในขนาดที่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น เพื่อรักษาอาการปวดที่กระดูกได้อย่างมีประสิทธิภาพกว่า

7.4.5 ยาแก้ปวดโอปิออยด์

จากมุมมองทางเภสัชวิทยา ยาโอปิออยด์ต่างๆ หมายรวมถึงสารเคมีทั้งหมดที่ทำงานเหมือนกับมอร์ฟินในการบรรเทาปวด สารโอปิออยด์ต่างๆ สามารถได้มาจากการสกัดจากต้นฝิ่น (poppy plant) หรือการสังเคราะห์ขึ้นมา และยังสามารถผลิตขึ้นมาเองโดยร่างกายด้วย (ที่เรียกว่า endorphins) พวกมันอาจมีโครงสร้างทางเคมีที่ทั้งสัมพันธ์และไม่สัมพันธ์กับมอร์ฟิน ผลในการบรรเทาปวดของยาโอปิออยด์ต่างๆ ล้วนเกิดจากการลดการรับรู้ต่ออาการปวดและการลดปฏิกิริยาต่ออาการปวด เช่นเดียวกับการเพิ่มความทนทานต่ออาการปวด ผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยของยาโอปิออยด์ ได้แก่ อาการท้องผูก คลื่นไส้ การกดประสาท กดการหายใจ การเคลิบเคลิ้มเป็นสุข และง่วงซึม ยาโอปิออยด์สามารถกดการไอได้ด้วย ทำให้การไอเป็นอีกข้อบ่งชี้หนึ่งในการให้ยาโอปิออยด์ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) จากหลักฐานเชิงประจักษ์ บ่งชี้ว่า fentanyl, morphine, hydrocodone, oxycodone และ methadone ล้วนมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน^[13]

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมีความชอบมากกว่าต่อยา fentanyl ชนิดแปะผิวหนัง การวิจัยต่างๆ ชี้ให้เห็นว่าอาการท้องผูกและปัสสาวะไม่ออกมีน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา fentanyl ในขณะที่อาการคลื่นไส้ เหนือออก และท้องเสียก็มีน้อยกว่าในกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้ยา morphine แบบรับประทาน ราคาขายต่างๆ ในท้องถิ่นก็เป็นข้อพิจารณาหนึ่งที่สำคัญเมื่อทำการเลือกตำรับยาใดมาใช้^[14]

การติดยาโอปิออยด์ ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาที่พบได้ไม่บ่อย และไม่ควรเป็นเหตุผลสำหรับการไม่รักษาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ด้วยยาขนาดที่มีประสิทธิผลสูงสุดที่กำหนดสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน^[15]

.....

^[13] WHO (2004), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

^[14] Tassinari et al. (2011), Wiffen & McQuay (2007), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

^[15] Minozzi et al. (2013), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

วิธีการใช้ยาแก้ปวดในรูปแบบทีละขั้น (stepwise) ควรได้รับการนำมาใช้โดยเริ่มต้นด้วย paracetamol หรือ NSAIDs สำหรับอาการปวดเล็กน้อย และยาแก้ปวดโอปิออยด์ที่มีฤทธิ์แรงสำหรับบรรเทาอาการปวดปานกลางถึงรุนแรง ในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก^[16]

ยาแก้ปวดต่างๆ ล้วนมีประสิทธิผลกว่าเมื่อได้ให้แบบ “ตามเวลา” ที่ช่วงห่างคงที่สม่ำเสมอ แทนที่จะให้แบบ “เมื่อต้องการ” ช่องทางการให้แบบรับประทานจะเป็นที่ชอบมากกว่า สำหรับยาแก้ปวดต่างๆ ทุกชนิด รวมถึงมอร์ฟิน^[17]

ยามอร์ฟินชนิดรับประทานทางปากนั้นมีประสิทธิผลในการใช้เป็นลำดับแรก (first-line) เพื่อรักษาอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงที่คงอยู่นานในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก^[18]

.....

^[16] WHO (2014), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

^[17] WHO (2004 and 2014), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

^[18] WHO (2014), ดูบทความที่แนะนำให้อ่านเพิ่มเติม

7.4.6 วิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา เพื่อช่วยควบคุมอาการปวด

มีวิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยา ที่มีความเหมาะสมต่อประเพณีวัฒนธรรมท้องถิ่นซึ่งสามารถนำมาใช้ช่วยควบคุมอาการปวดได้ วิธีการเหล่านี้สามารถนำมาใช้ร่วมกับยาบรรเทาอาการปวด แต่ไม่ควรไปแทนที่ยาบรรเทาอาการปวดต่างๆ ที่มีประสิทธิผล วิธีการต่างๆ ที่ไม่ใช่ยาอาจได้แก่การสนับสนุนทางอารมณ์ วิธีการทางกาย (การจับต้องและการนวด) การดึงความสนใจ ดนตรี ศิลปะ และการรักษาด้วยการแสดงออกต่างๆ จินตนาการ และผ่อนคลายตามการแนะนำ การบำบัดด้วยกลิ่น การบำบัดด้วยสัตว์ การสวดมนต์ การทำสมาธิ และวิธีการตามประเพณีท้องถิ่นต่างๆ ที่ไม่อันตราย การฝังเข็ม และการบำบัดโดยวิธีพื้นบ้านของเอเชียหรือแผนจีนก็อาจนำมาใช้ร่วมด้วยได้ การนวดได้รับการแสดงให้เห็นแล้วว่าเป็นวิธีการรักษาเสริมที่มีประสิทธิผลในการควบคุมอาการปวด วิธีการควบคุมอาการปวดต่างๆ เหล่านี้ควรทำโดยผู้เชี่ยวชาญ และด้วยความเข้าใจ และเห็นด้วยอย่างชัดเจนจากผู้ป่วยและครอบครัวเท่านั้น ผู้ป่วยควรได้รับกำลังใจให้แจ้งแก่ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับวิธีการเสริมต่างๆ ที่เธอปรารถนาจะได้รับด้วย

7.4.7 ปัญหาอื่นๆ ของโรคที่ลุกลามไปมากแล้ว

นอกจากอาการปวด อาการและปัญหาอื่นๆ ที่พบได้บ่อยในมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้ว ได้แก่ ตกขาว มีรูรั่ว ตกเลือด คลื่นไส้และอาเจียน ท้องเสียหรือท้องผูก ไข้ เบื่ออาหารผ่ายผอม อ่อนแรงและอ่อนเพลีย ขาบวม แผลกดทับ หายใจไม่เต็ม กลิ้นออกจากระหรือปัสสาวะไม่ได้ วิตกกังวลและซึมเศร้า คูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.2 สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการกับอาการตกขาว รูรั่ว และตกเลือด ที่บ้าน ข้อมูลนี้มุ่งหมายเพื่อให้การดูแลในระดับปฐมภูมิ ในชุมชน หรือให้การดูแลที่บ้านได้นำไปใช้และรวมถึงข้อมูลต่างๆ ที่มีประโยชน์ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ และการให้คำปรึกษาไว้ด้วย

7.5 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

7.5.1 สำหรับผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิ : การแจ้งผู้ป่วยถึงการหยุดการรักษาเพื่อขจัดโรค (curative treatment)

ผู้ป่วยควรได้รับแจ้งเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ของการรักษาในทุกระยะของโรคและมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการตัดสินใจ เมื่อเป็นการชัดเจนว่าการรักษาเพื่อให้หายจากโรคต่อไปจะไม่มีประโยชน์ อีกต่อไปแล้วแก่ผู้ป่วยเพราะว่ามันไม่มีผลในทางบวกใดๆ ต่อสุขภาพหรือสภาวะมะเร็งของเธอ เป็นการดีที่สุดที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่เห็นอกเห็นใจแต่ก็ให้ความจริงยัง เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องให้ผู้ป่วยได้ทราบด้วยว่าถึงแม้การรักษาจะไม่มีประโยชน์แล้ว ผู้ให้บริการก็ยังคงรับผิดชอบต่อการให้ความสบาย และรักษาอาการต่างๆ ที่เธอมีรวมถึงอาการปวด พยายามหลีกเลี่ยงการพูดว่า “ไม่มีอะไรที่สามารถทำได้อีกแล้ว” เพราะผู้ให้การดูแลยังสามารถทำอะไรได้อีกหลายสิ่งหลายอย่าง โดยบรรเทาอาการต่างๆ จัดหยาามาให้เตรียมการดูแลในระดับต่ำกว่า หรือเพียงแค่คอยให้การช่วยเหลืออยู่เท่าที่ทำได้ สำหรับผู้ป่วยที่เคยอยู่ในโรงพยาบาลและกำลังจะกลับบ้านนี้เป็นช่วงเวลาที่จะต้องติดต่อกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในท้องถิ่นซึ่งสามารถให้การดูแลแบบประคับประคองได้ คำถามต่างๆ เกี่ยวกับเวลามากไหมที่เหลืออยู่ควรได้รับการตอบอย่างซื่อสัตย์ เช่น ผู้ให้บริการไม่ทราบแน่ แต่อาจเป็นหลายวัน หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือนตามที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของเธอสิ่งนี้จะให้ข้อบ่งชี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวว่าควรคาดหวังอะไรได้บ้าง เพื่อที่พวกเขาจะได้เตรียมการอันเหมาะสม

เป็นการดีที่สุดที่จะวางตัวให้ดูสงบและพร้อมให้การช่วยเหลือเต็มที่เท่าที่จะเป็นไปได้ จากนั้นต่อไปจะเป็นการสนทนาที่สะท้อนอารมณ์และทำให้เศร้าได้มากที่จำต้องเกิดขึ้น เป็นการยอมรับไม่ได้หากจะให้เจ้าหน้าที่ระดับล่างเพียงแค่เข้ามาแล้วแจ้งกับผู้ป่วยว่าแพทย์ประจำตัวของเธอได้ตัดสินใจแล้วที่จะจำหน่ายเธอออกจากโรงพยาบาล

ขั้นแรก ควรสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกของเธอว่าเป็นอย่างไรบ้าง มีอาการอะไรบ้าง และใครซึ่งอยู่ที่บ้านและในชุมชนของเธอที่เธอทราบว่า เขาจะสามารถช่วยเธอได้เกี่ยวกับความต้องการด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ เมื่อเรื่องนี้ได้รับการสนทนาอย่างละเอียด ผู้ให้บริการก็จะทบทวนกับเธอว่าทำอะไรไปใน 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อการดูแลสุขภาพของเธอ แล้วจึงเปลี่ยนหัวข้อการสนทนาอย่างระมัดระวังว่า

การรักษาในช่วงเวลา X ลัปดาห์ หรือเดือน ที่ผ่านมาไม่ได้ทำให้โรคดีขึ้น ให้ผู้ป่วยได้ทราบว่าทีมแพทย์ที่กำลังให้การดูแลเธอที่โรงพยาบาลนี้ทั้งหมดได้ลงความเห็นว่าจะเป็นการดีที่สุดสำหรับเธอที่จะกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวและผู้ใกล้ชิดที่ให้การสนับสนุนเธอ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ดีที่สุดที่จะให้ความสบายและความสงบแก่เธอได้ ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการเขียนสิ่งต่างๆ ที่เธอต้องการจะให้ทำเมื่อเสียชีวิตแล้ว (หรือเจตนาารมณ์ขณะมีสติสัมปชัญญะ - living will) เนื่องจากสิ่งนี้อาจช่วยได้มากในเวลาต่อมา หากเธอไม่สามารถอยู่ในสถานะที่จะสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง แจ้งเธอด้วยเกี่ยวกับความช่วยเหลือที่ผู้ให้บริการและโรงพยาบาลจะสามารถให้แก่เธอได้

สุดท้าย แจ้งเธอว่ารายงานการดูแลรักษาฉบับสมบูรณ์จะถูกส่งไปยังผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน รวมถึงการรักษาต่างๆ ที่แนะนำสำหรับอาการต่างๆ ที่ยังคงมีของเธอและสำหรับอาการใหม่ๆ ที่คาดหวังว่าจะเกิดขึ้นได้ ขอร้องให้ผู้ให้บริการอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยในระหว่างระยะนี้ของชีวิตเธอ รายงานควรรวมถึงข้อมูลต่างๆ ที่ใช้ในการติดต่อ (เบอร์โทรศัพท์ เบอร์โทรสาร เบอร์อีเมล ที่อยู่) ของศูนย์บริการ และควรร้องขอข้อมูลส่งกลับอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วยรวมถึงกระตุ้นให้พวกเขาให้ปรึกษากลับมาหากผู้ป่วยมีอาการที่เหนือความคาดหมาย จงทำให้มั่นใจว่าผู้ให้บริการที่ท้องถิ่นของผู้ป่วยทราบว่าเรา (ผู้ให้บริการ) และทีมงานคอยพร้อมอยู่ ที่จะให้คำปรึกษากับพวกเขาเกี่ยวกับความกังวลใดๆ ที่พวกเขามีเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดในอนาคตข้างหน้าอันใกล้ของผู้ป่วย

7.5.2 สำหรับผู้ให้บริการที่ระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิรวมถึงผู้ให้การดูแลที่บ้าน : การสนทนากับผู้ป่วยเมื่อเธอกลับบ้าน

เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปที่บ้าน ผู้ให้บริการทั้งในชุมชนและที่ระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิควรไปเยี่ยมเธอ และถ้าหากเธอปรารถนา ก็ครอบครัวของเธอด้วย เพื่อสร้างความสัมพันธ์ที่อบอุ่นเป็นกันเองและน่าไว้วางใจ หลังจากการพักฟื้นและการแนะนำตัวที่จำเป็น ผู้ให้บริการอาจเริ่มต้นด้วยการสนทนาเกี่ยวกับอะไรที่เธอชอบในการกลับมาอยู่บ้านอีกครั้งและมีผู้สนับสนุนใกล้ชิดเธออยู่รอบข้าง ที่สำคัญที่สุดทำให้เธอมั่นใจว่าผู้ให้บริการจะคอยอยู่เมื่อใดก็ตามที่ต้องการและแจ้งวิธีในการที่เธอจะติดต่อผู้ให้บริการเมื่อใดก็ได้ แต่ก็บอกเธอด้วยว่ามีหลายอย่างมากที่ผู้ให้การดูแลสามารถทำได้ เพื่อบรรเทาอาการต่างๆ รวมถึงการจัดหามาให้และเตรียมการนัดและการเดินทางไปยังสถานบริการระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิหากจำเป็น

หลังจากที่ได้กล่าวข้างต้น มีความสำคัญที่จะต้องทำการสนทนาที่เป็นความลับ และลงรายละเอียดมากขึ้น ผู้ให้บริการจำเป็นต้องวางตัวให้ดูสงบและพร้อมให้การช่วยเหลือเท่าที่จะเป็นไปได้ จากนี้ต่อไปจะเป็นการสนทนาที่สะท้อนอารมณ์และทำให้เศร้าได้มาก ก่อนที่จะเริ่มทำการสนทนาผู้ให้บริการจำเป็นต้องทำให้มั่นใจว่ามันเป็นเวลาที่เหมาะสมแล้วที่จะทำ หากผู้ป่วยอยากสนทนาในภายหลังมากกว่าก็ให้พยายามวางแผนให้เกิดขึ้นในเวลาที่ไม่นานหลังจากนั้น ผู้ให้บริการจะต้องพยายามในการพูดความจริงแต่มีความเห็นอกเห็นใจอยู่ด้วยเสมอ ไม่มีความขัดแย้งระหว่างการพูดความจริงและการมีความหวัง

คำถามต่างๆ เกี่ยวกับเวลามากใหม่ที่เหลืออยู่ควรได้รับการตอบอย่างซื่อสัตย์ (อ้างอิงถึงข้อมูลเดียวกันนี้สำหรับผู้ให้บริการที่ระดับตติยภูมิตอนที่ 7.5.1)

สำหรับผู้ป่วยที่เคยอยู่ในโรงพยาบาลและได้กลับบ้านแล้ว นี่เป็นช่วงเวลาสำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และผู้ให้การดูแลที่ทุกระดับ ได้สร้างเครือข่ายการสื่อสารระหว่างกัน และคอยรับข้อมูลอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยและการเป็นไปของเธอ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติที่ 7.3 สำหรับแนวทางเกี่ยวกับการสนทนากับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้านไปรับการดูแลระดับประคับประคอง

7.5.3 การสนทนาเกี่ยวกับการรักษาอาการปวดกับผู้ป่วยและครอบครัว

เมื่อการจัดการอาการปวดเริ่มต้นขึ้น มีความสำคัญที่ต้องสนทนาเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะต้องคำนึงถึงแง่มุมต่างๆ ต่อไปนี้ :

- แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวว่าส่วนใหญ่แล้วอาการปวดและอาการอื่นๆ ของมะเร็งสามารถควบคุมได้
- ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวให้คงการติดต่อกับผู้ให้บริการระดับในชุมชนไว้ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการใหม่เกิดขึ้นหรืออาการปวดกำลังเพิ่มขึ้น
- บอกให้ผู้ป่วยทราบว่ายาที่ถูกจัดให้ใช้สำหรับเธอเป็นยาอะไร ซึ่งขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการปวด และบอกเธอว่าเธอจำเป็นต้องแจ้งผู้ให้บริการเสมอว่าประสิทธิผลของพวกมันเป็นอย่างไรบ้าง เพราะว่าหากพวกมันไม่มีประสิทธิผลเต็มที่แล้วก็สามารถเปลี่ยนยาบรรเทาปวด และ/หรือเพิ่มขนาดยาเดิมได้
- สนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับทางเลือกต่างๆ ในการดูแลทั้งแบบพื้นบ้านและแบบที่ไม่ใช่ทาง ซึ่งสามารถนำมาใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยา
- ทำให้ผู้ป่วยและผู้สนับสนุนใกล้ชิดของเธอมั่นใจว่า ยาบรรเทาอาการปวดที่มีฤทธิ์แรงต่างๆ ได้ถูกแนะนำให้ใช้กับเธอเพราะเธอมีอาการปวด ไม่ใช่เพราะเธอกำลังจะเสียชีวิต
- ทำให้ผู้ป่วยและผู้สนับสนุนใกล้ชิดของเธอมั่นใจว่าการติดยาบรรเทาอาการปวดที่มีฤทธิ์แรงต่างๆ พบได้น้อย
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับขนาด ความถี่ในการใช้ ประสิทธิภาพ ความรวดเร็วที่คาดหวังในการบรรเทาอาการปวด ผลข้างเคียงต่างๆ และวิธีในการป้องกันและจัดการกับสิ่งเหล่านี้ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ข้อมูลต่อไปนี้ทั้งด้วยวาจาและการเขียน :
 - มักพบได้เกือบเสมอไปว่าจะมีอาการท้องผูก สามารถจัดการได้ด้วยยาระบายชนิดรับประทานต่างๆ และสามารถป้องกันได้หากยาเหล่านี้ได้รับตั้งแต่เริ่มต้นการรักษาโดยไม่รอให้เกิดอาการท้องผูกขึ้นก่อน
 - อาการคลื่นไส้พบได้น้อยกว่า โดยปกติเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวและสามารถรักษาได้ด้วยยาต้านการอาเจียน
 - อาการเคลิบเคลิ้มเป็นสุขและอาการง่วงซึม โดยปกติก็เกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเช่นกัน หากรุนแรงหรือไม่ลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ให้บริการก็จะให้การช่วยเหลือด้วยการลดขนาดยาลงทีละน้อย หากผลข้างเคียงต่างๆ ยังคงมีอยู่ ผู้ให้บริการก็จะขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอาการปวด

- แจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงกำหนดการนัดตรวจติดตาม เมื่อใดและที่ไหน (รวมถึงที่บ้านของเธอ) แม้แต่หากไม่มีปัญหาและรวมถึงวิธีในการตระเตรียมการนัด หากพวกเขาต้องการปรึกษาแพทย์
- ในกรณีที่มีคำถามเร่งด่วน หรือมีปัญหาที่รุนแรงหรือกำลังแยลงแจ้งผู้ป่วยและครอบครัวให้ทราบถึงวิธีการเข้าถึงผู้ให้บริการทางคลินิก เวลาใดก็ได้ทั้งกลางวันหรือกลางคืน (เช่น การให้เบอร์โทรศัพท์และอื่นๆ)

7.5.4 การสนทนาเกี่ยวกับการใกล้เสียชีวิตกับผู้ป่วยและครอบครัว

มีความสำคัญที่ผู้ให้บริการในชุมชนและในระดับปฐมภูมิจะต้องสนทนากับผู้ป่วย และหากเหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้สนับสนุนใกล้ชิด ถึงความน่าจะเป็นที่ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในอีกไม่นาน

ความจำเพาะทางวัฒนธรรมจะต้องได้รับการคำนึงถึงเมื่อดำเนินการสนทนาเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่กำลังจะมาถึง มีความสำคัญที่จะต้องไม่กล่าวโดยตรงว่าผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต แต่ควรเลี่ยงไปใช้คำที่ถูกต้องต่างๆ ด้วยความห่วงใยและกล่าวตัวอย่าง เช่น ว่าเรา (ผู้ให้บริการ) ได้สังเกตเห็นว่าเธอกำลังอ่อนแอลงเรื่อยๆ และ/หรือ ว่าเห็นได้ชัดว่าเธออาการแยลง ทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยมั่นใจว่าทุกๆ คนกำลังทำทุกอย่างที่เป็นไปได้เพื่อให้เธอยังคงได้สบาย และมีความสำคัญมากสำหรับเธอที่พวกเขาจะต้องยังคงอยู่เคียงข้างและคอยให้ความรัก รวมถึงอะไรก็ตามที่จะทำให้เธอรู้สึกว่าได้ได้รับความห่วงใย

หากเป็นไปได้ แนะนำว่าผู้สนับสนุนใกล้ชิดควรทำงานร่วมกับเธอ เพื่อช่วยเธอในการติดต่อกับคนสนิทของเธอที่ไม่ได้อยู่ใกล้ๆ และกระตุ้นพวกเขาในการทำให้เธอมั่นใจว่าพวกเขาเต็มใจและสามารถที่จะทำทุกสิ่งทุกอย่างที่เธอรู้สึกว่าควรทำให้สำเร็จ เพื่อทำให้ชีวิตของเธอเป็นที่น่าพอใจมากขึ้น (เช่น การแก้ไขความขัดแย้งใดๆ ที่มีอยู่ทั้งในปัจจุบันและในอดีต และปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่างๆ แทนเธอจนสำเร็จ)

ขอให้ผู้ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยอยู่ แจ้งข้อมูลสถานะของเธออย่างสม่ำเสมอ และร้องขอให้พวกเขาไปเยี่ยมเธอทุกวันหากเป็นไปได้ ขอให้พวกเขาแจ้งแก่ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิที่ท้องถิ่นด้วย เกี่ยวกับสถานะของผู้ป่วย และหากจำเป็น ก็ร้องขอให้ผู้ให้บริการดูแลระดับปฐมภูมิไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน

สร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวว่าเรา (ผู้ให้บริการ) อยู่และจะพร้อมอยู่เสมอที่จะพบกับพวกเขา และผู้ป่วยจะด้วยเหตุผลอะไรก็ตามให้ครอบครัวทราบด้วยว่าหลังจากผู้ป่วย บุคคลอันเป็นที่รักของพวกเขาได้เสียชีวิตลง เราก็คงจะอยู่ที่นั่นเพื่อพวกเขา และให้การสนับสนุนพวกเขาในระหว่างช่วงเวลาแห่งความเศร้าโศกหากพวกเขาปรารถนา

WHO publications ที่เกี่ยวข้อง

Cancer pain relief : with a guide to opioid availability, 2nd edition. Geneva : WHO; 1996
(<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>).

WHO guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness.
Geneva : WHO; 2012
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf).

Ensuring balance in national policies on controlled substances : guidance for availability and accessibility of controlled medicines. Geneva : WHO; 2011(http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/guide_nocp_sanend/en/, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO), U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Task shifting : rational redistribution of tasks among health workforce teams : global recommendations and guidelines. Geneva :WHO; 2008 (<http://www.who.int/healthsystems/TTR-TaskShifting.pdf>, accessed 23 October 2014).

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

Connor S, Egan K, Kwilosz D, Larson D, Reese D. Interdisciplinary approaches to assisting with end-of-life care and decision-making. *Am Behav Sci.* 2002;46(3) :340–56.

Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief : a systematic review. *Addiction.* 2013;108(4) :688–98. doi :10.1111/j.1360-0443.2012.04005.x.

Open Society Foundations (OSF). Public health fact sheet : palliative care as a human right. New York : OSF; 2011 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/palliative-care-human-right-fact-sheet>, accessed 24 October 2014).

Tassinari D, Drudi F, Rosati M, Maltoni M. Transdermal opioids as front line treatment of moderate to severe cancer pain : a systemic review. *Palliative medicine.* 2011;25(5) :478–87.

Wiffen PJ, McQuay HJ. Oral morphine for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007(4) :CD003868.

World Health Organization (WHO). Cancer pain relief. Geneva : WHO; 1986
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43944/1/9241561009_eng.pdf, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO). A community health approach to palliative care for HIV/AIDS and cancer patients in sub-Saharan Africa. Geneva : WHO; 2004

(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591498.pdf>, accessed 18 July 2014).

World Health Organization (WHO). WHO model lists of essential medicines. Geneva : WHO; 2013

(<http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>, accessed 22 October 2014).

World Health Organization (WHO). Resolution WHA 67.19. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. Sixty-seventh World

Health Assembly, agenda item 15.5, Geneva, 24 May 2014. Geneva : WHO; 2014 (WHA 67.19; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf, accessed 18 July 2014).

**เอกสารประกอบการปฏิบัติ
(Practice Sheet)**

เอกสารประกอบการปฏิบัติ (Practice Sheet) 2.1 : รายการตรวจสอบ (checklist) สำหรับการวางแผนและการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก^[1]

การวางแผนแผนงาน/โปรแกรม	
จัดตั้งทีมงานบริหารจัดการ	
เชิญผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholders) ระดับท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม	
ทบทวน และหากจำเป็น ทำการปรับปรุง/ทำให้ทันสมัย แนวทางเวชปฏิบัติและขั้นตอนการปฏิบัติ	
ประเมินความต้องการสำหรับการให้บริการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี การคัดกรอง และการรักษา รวมถึงการส่งต่อที่ระดับท้องถิ่น	
กำหนดขนาดของประชากรกลุ่มเป้าหมายในการให้วัคซีนและการคัดกรอง ทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง	
จัดทำแผนปฏิบัติการ รวมถึงแผน IEC (การให้ข้อมูล การให้สุศึกษา และการสื่อสาร) แผนการฝึกอบรม กลยุทธ์การให้บริการ เป้าหมายความครอบคลุมระดับท้องถิ่นสำหรับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี และกลยุทธ์ในการตรวจคัดกรองและการรักษา	
จัดทำงบประมาณและจัดสรรแหล่งทรัพยากรต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินแผนปฏิบัติการ	
จัดทำ/ทำให้ทันสมัย เรื่อง IEC และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการฝึกอบรม	
จัดการประชุมเพื่อชี้แจงแก่ชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และเจ้าหน้าที่ระดับท้องถิ่น	
จัดการฝึกอบรมและการอบรมพื้นฐานวิชาการสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ผู้ที่จะนิเทศ และผู้จัดการด้านข้อมูล	
จัดหาและแจกจ่ายวัสดุอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ	
จัดตั้งระบบเพื่อการบริหารจัดการเรื่องคุณภาพ รวมถึงตัวชี้วัดต่างๆ ระบบการนิเทศที่พร้อมสนับสนุน และระบบการจัดเก็บข้อมูลต่างๆ เพื่อรวบรวม จัดเก็บและสื่อสารข้อมูลไปสู่ระดับต่ำกว่าระดับชาติและระดับชาติ	
ทำระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้เข้มแข็ง	
เริ่มดำเนินงานให้บริการ	
การดำเนินแผนงาน/โปรแกรม	
ดำเนินกลยุทธ์ในการให้สุศึกษาและการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ชุมชน	
ให้บริการทางคลินิกและสร้างความมั่นใจในระบบการส่งต่อ	
กำกับดูแลการทำงานของผู้ให้บริการ และจัดการฝึกอบรมเพิ่มเติม ณ สถานที่ๆ ให้บริการ รวมทั้งการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไปตามความจำเป็น	
มีการติดตามตรวจสอบและประเมินสมรรถนะของการดำเนินแผนงาน/โปรแกรม รวมทั้งผลลัพธ์ต่างๆ โดยอิงตามตัวชี้วัดที่ได้เลือกไว้	
ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์โดยอิงตามผลลัพธ์ที่ได้จากการติดตามตรวจสอบและการประเมิน	

^[1] ดัดแปลงจากหนังสือ Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs : a manual for managers. Seattle (WA) : Alliance for Cervical Cancer Prevention; 2004. (http://www.rho.org/files/ACCP_mfm.pdf)

เอกสารประกอบการปฏิบัติ (Practice Sheet) 2.2 : ตัวชี้วัดสมรรถนะหลัก (key performance) และตัวชี้วัดผลกระทบต่างๆ สำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกแห่งชาติ

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ ได้รวบรวมตัวชี้วัดของสมรรถนะหลัก ผลลัพธ์ และของผลกระทบต่างๆ สำหรับแผนงาน/โปรแกรมการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก และวิธีการคำนวณ

ตัวชี้วัดหลัก (core indicators) สำหรับการตรวจคัดกรองและรักษา ^[2]

หมายเหตุ : ชุดของตัวชี้วัดหลักเหล่านี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้กับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (visual inspection with acetic acid; VIA) แต่ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวิธีการตรวจคัดกรองอื่นๆ ได้ตามที่ระบุไว้ในข้อความข้างล่างนี้

ตัวชี้วัดหลักที่ 1 : อัตราการตรวจคัดกรอง (ตัวชี้วัดสมรรถนะ)

วัดอะไร : ร้อยละของสตรีอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นครั้งแรกภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน สิ่งนี้เป็นตัวชี้วัดในการติดตามตรวจสอบ ที่วัดจำนวนการคัดกรองซึ่งได้ทำไปภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน ต่อสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30–49 ปี

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเป็นครั้งแรกภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน

ตัวหาร : จำนวนของสตรีอายุ 30–49 ปี ในกลุ่มประชากร

ตัวชี้วัดหลักที่ 2 : อัตราผลบวกจากการตรวจคัดกรอง (ตัวชี้วัดสมรรถนะ)

วัดอะไร : ร้อยละของสตรีอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วมีผลเป็นบวก

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับรายงานว่ามีการตรวจคัดกรองเป็นบวกภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน

ตัวหาร : จำนวนของสตรีอายุ 30–49 ปี ทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรองภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน (ในกลุ่มประชากร)

ตัวชี้วัดหลักที่ 3 : อัตราการรักษา (ตัวชี้วัดสมรรถนะ)

วัดอะไร : ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกแล้วได้รับการรักษาในรอบปีที่กำหนด

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้วภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกภายในรอบระยะเวลา 12 เดือน

ตัวชี้วัดหลักที่ 4 : ความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (ตัวชี้วัดผลงาน)

วัดอะไร : ร้อยละของสตรีอายุ 30–49 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้งระหว่างอายุ 30-49 ปี
ตัวชี้วัดนี้วัดประสิทธิผลของแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรองในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย
อย่างน้อยครั้งหนึ่ง

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : สตรีทั้งหมดที่มีอายุ 30–49 ปี ซึ่งตอบ “ใช่” ต่อคำถามที่ใช้ในการสำรวจ

ตัวหาร : สตรีทั้งหมดที่มีอายุ 30–49 ปี ซึ่งตอบคำถามที่ใช้ในการสำรวจ

ตัวชี้วัดหลักที่ 5 : อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกที่จำเพาะต่ออายุ; age-specific incidence (ตัวชี้วัดผลกระทบ)

วัดอะไร : จำนวนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่กำหนดซึ่งไม่มีโรคนี้อยู่ก่อน
ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด^[3]

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละกลุ่มอายุ

ตัวหาร : จำนวนของสตรีในแต่ละกลุ่มอายุ (1 คน-ปี ต่อราย หากเป็นการวัดในรอบหนึ่งปี)

.....

^[2] ดัดแปลงจากภาคผนวก 3 ของ Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva : World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

^[3] Boyle P, Parkin DM. Statistical methods for registries. In : Jensen OM et al., editors. Cancer registration : principles and methods. Lyon : International Agency for Research on Cancer (IARC); 1991 :126–58.

ตัวชี้วัดเพิ่มเติมสำหรับการตรวจคัดกรองและการรักษา^[4]

หมายเหตุ : ชุดของตัวชี้วัดเพิ่มเติมเหล่านี้ ได้รับการพัฒนาขึ้นมาให้ใช้กับการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวีไอเอ (visual inspection with acetic acid : VIA) แต่ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวิธีการตรวจคัดกรองอื่นๆ ได้ ตามที่ระบุไว้ในข้อความข้างล่างนี้

1. ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่สามารถจี้เย็น ได้รับการรักษาภายในคราวเดียวกับการมาตรวจ

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่สามารถจี้เย็น ได้รับการรักษาภายในคราวเดียวกับการมาตรวจ x 100

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่สามารถจี้เย็น

2. ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่ไม่สามารถจี้เย็น ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (colposcopy) และได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่ไม่สามารถจี้เย็น ได้รับการส่งต่อไปรับการตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด และได้รับการรักษาที่เหมาะสมแล้ว x 100

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกด้วยรอยโรคที่ไม่สามารถจี้เย็น

3. ร้อยละของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองสงสัยว่าเป็นมะเร็ง ได้รับการตรวจรักษาหรือติดตามอย่างเหมาะสมแล้ว

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองสงสัยว่าเป็นมะเร็ง ได้รับการตรวจรักษาหรือติดตามอย่างเหมาะสมแล้ว x 100

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองสงสัยว่าเป็นมะเร็ง

.....

^[4] ดัดแปลงจากภาคผนวก 4 ของ Monitoring national cervical cancer prevention and control programmes : quality control and quality assurance for visual inspection with acetic acid (VIA)-based programmes. Geneva : World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241505260/en/>).

ตัวชี้วัดสำหรับการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

ความครอบคลุมของการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ^[5]

ได้รับวัคซีนโดยสมบูรณ์ : ร้อยละของเด็กหญิงที่เข้าเกณฑ์ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งได้รับวัคซีนตามขนาด (doses) ที่แนะนำในตารางกำหนดการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสองขนาน (หรือสามขนาน หากสามารถทำได้) แล้ว

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของเด็กหญิงที่ได้รับวัคซีน HPV2 (หรือ HPV3 หากสามารถทำได้) x 100

ตัวหาร : จำนวนของเด็กหญิงที่เข้าเกณฑ์รับวัคซีนได้ในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

.....

^[5] ดูภาคผนวก 6 : แบบฟอร์มตัวอย่างการให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

อัตราของเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังจากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (AEFIs)

จำนวนและร้อยละของเด็กหญิงที่ได้รับวัคซีน แล้วเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทั้งที่ร้ายแรงและไม่ร้ายแรงตามที่มีรายงานเองผ่านทางกลไกประจำของแผนงาน/โปรแกรมการให้ภูมิคุ้มกันของประเทศ

ตัวชี้วัดสำหรับการดูแลรักษามะเร็งปากมดลูก

อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูก : อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกที่จำเพาะต่ออายุ (age-specific) ในกลุ่มประชากรที่กำหนด ซึ่งไม่มีโรคนี้มาก่อน ภายในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูก : จำนวนของการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนด ในกลุ่มประชากรที่จำเพาะ

อัตราการรักษามะเร็ง : สัดส่วนของผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้ไปรับการรักษาที่เพียงพอ

(ตามที่ได้มีการกำหนดมาตรฐานไว้) ในช่วงเวลาที่กำหนด^[6]

.....

^[6] Diagnosis and treatment (Cancer control : knowledge into action : WHO guide for effective programmes : module 4). Geneva : World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/cancer/modules/FINAL_Module_4.pdf).

การเข้าถึงไอปีออยด์ : ร้อยละของสตรีที่โรคมะเร็งปากมดลูกมีการลุกลามไปมากแล้ว กำลังได้รับยาไอปีออยด์อย่างแรงในช่วงเวลาที่กำหนด ในศูนย์การรักษาหนึ่งๆ

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่กำลังได้รับการดูแลที่ศูนย์การรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมีอาการปวดเป็นปัญหา แล้วได้ยาไอปีออยด์อย่างแรง เช่น มอร์ฟิน

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่กำลังได้รับการดูแลที่ศูนย์การรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมีอาการปวดเป็นปัญหาอยู่

การดูแลรักษาที่ชุมชน : ร้อยละของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว ได้รับการส่งต่อกลับไปรับการรักษาที่บ้าน รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง ภายในช่วงเวลาที่กำหนด

วิธีการคำนวณ :

ตัวตั้ง : จำนวนของสตรีที่กำลังได้รับการดูแลที่ศูนย์การรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว ได้รับการส่งต่อกลับไปเพื่อ และสามารถได้รับการดูแลที่บ้าน รวมถึงการดูแลแบบประคับประคอง

ตัวหาร : จำนวนของสตรีที่กำลังได้รับการดูแลที่ศูนย์การรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว

เอกสารประกอบการปฏิบัติ (Practice Sheet) 3.1 : ข้อความที่สำคัญ (key messages) สำหรับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และให้สุขศึกษาในเรื่องมะเร็งปากมดลูก

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้จะให้ข้อความที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ทำหน้าที่ให้สุขศึกษา การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและง่ายแก่การเข้าใจเป็นขั้นแรกในการช่วยสตรีและครอบครัวได้เข้าถึงบริการที่สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูก ท่านสามารถใช้ข้อความเหล่านี้ไปพัฒนาการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพได้

ความพยายามต่างๆ ในการให้สุขศึกษา ควรให้ผลในการทำให้ทั้งสตรีและบุรุษสามารถตอบคำถามต่อไปนี้ได้ :

- รอยโรคก่อนมะเร็งคือ **อะไร?**
- มะเร็งปากมดลูกคือ **อะไร?**
- สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ **อย่างไร?**
- คนที่ควรได้รับวัคซีนคือ **ใคร?**
- คนที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองคือ **ใคร?**
- บริการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีอยู่ในท้องถิ่นคือ **บริการใด?**
- บริการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่มีอยู่ในท้องถิ่นนี้ สามารถเข้าถึงได้ **ที่ไหนและเมื่อใด?**

ข้อความที่สำคัญห้าประการ

คุณสามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ด้วยการฉีดวัคซีน การตรวจพบและรักษาแต่เนิ่นๆ ! ข้อความที่จำเพาะต่อไปนี้ล้วนเป็นสิ่งสำคัญที่สุดซึ่งควรกระจายไปในชุมชนของคุณ เรียนรู้ข้อความง่ายๆ ห้าประการนี้ แล้วใช้มันอย่างสม่ำเสมอ

1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้
2. มีการตรวจหลายอย่างที่ใช้ในการตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกที่ปากมดลูก (รู้จำกันว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง) ที่อาจนำไปสู่การเป็นมะเร็งหากไม่ได้รับการรักษา
3. มีวิธีในการรักษาที่ปลอดภัยและมีประสิทธิผลสำหรับการเปลี่ยนแปลงแต่เนิ่นๆ เหล่านี้อยู่หลายวิธี
4. สตรีที่อายุ 30-49 ปี ทุกคน ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยหนึ่งครั้ง
5. มีวัคซีนสำหรับเด็กหญิงที่สามารถช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่

ข้อความเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่ละเอียดมากขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการสนทนาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพได้แก่

ใครที่มีความเสี่ยง

- มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายจากมะเร็งที่สำคัญในสตรี
- สตรีอายุ 30–49 ปี มีความเสี่ยงสูงสุดต่อมะเร็งปากมดลูก
- สตรีรายใดก็ตามที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ล้วนมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

การติดเชื้อเอชพีวี

- มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสที่เรียกว่าเอชพีวี ไวรัสนี้ถูกส่งผ่านมาทางการมีเพศสัมพันธ์ และพบได้บ่อยมากทั้งในบุรุษและสตรี
- บุรุษและสตรีเกือบทุกรายจะได้สัมผัสกับเอชพีวีในช่วงชีวิตของพวกเขา การติดเชื้อเอชพีวีส่วนใหญ่จะหายไปภายในระยะเวลาอันสั้นโดยไม่ต้องได้รับการรักษา
- ในสตรีบางราย การติดเชื้อเอชพีวีจะยังคงดำเนินต่อไปและจะสามารถเปลี่ยนแปลงเซลล์ที่อยู่บนปากมดลูกไปอย่างช้าๆ เซลล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ถูกเรียกว่ารอยโรคก่อนมะเร็ง หากไม่ได้รับการรักษา พวกมันก็จะกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

การให้วัคซีน

- เด็กหญิงทุกรายควรได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี ระหว่างอายุ 9-13 ปี
- การให้วัคซีนจะป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีชนิดที่มีอยู่ในวัคซีน ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่
- วัคซีนเอชพีวีมีความปลอดภัยและมีประสิทธิผล ปฏิกริยาอันไม่พึงประสงค์ หากเกิดขึ้นโดยปกติแล้วก็ไม่ร้ายแรง
- วัคซีนเอชพีวี ไม่มีผลกระทบต่อความสามารถในการเจริญพันธุ์ของเด็กหญิง และไม่มีผลต่อความสามารถในการตั้งครรภ์และมีบุตรที่มีสุขภาพดีในช่วงต่อมาของชีวิต
- เพื่อให้วัคซีนเอชพีวีมีประสิทธิผลสูงสุด ก็ควรให้ตามจำนวนและจังหวะเวลาที่ได้มีการแนะนำไว้ โดยบริษัทผู้ผลิต (ดูบทที่ 4 ตอนที่ 4.2.3)
- แม้แต่หลังจากได้รับวัคซีนแล้ว สตรีเมื่ออายุ 30–49 ปี ทุกราย ก็จะต้องรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองและรักษา

- มีการตรวจคัดกรองสำหรับมะเร็งปากมดลูกอยู่หลายวิธี ที่สามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงที่จัดเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกได้แต่เนิ่นๆ
- การตรวจคัดกรองต่างๆ สำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ล้วนทำได้ง่าย รวดเร็วและไม่เจ็บ
- หากผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ก็หมายความว่าอาจมีรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ที่สามารถรักษาได้อยู่ ผลการตรวจคัดกรองที่เป็นบวก **ไม่ได้** หมายความว่า เป็นมะเร็ง

- เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก สตรีทุกรายที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ควรได้รับการรักษา
- สตรีควรได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ระหว่างอายุ 30-49 ปี เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องทำตามคำแนะนำของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เกี่ยวกับกำหนดการนัดหมายให้กลับมารับการตรวจคัดกรองซ้ำ
- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงสำหรับมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป การตรวจคัดกรองสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการทำทั้งในสตรีและเด็กหญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยเร็วที่สุดหลังจากที่มีผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวก โดยไม่ขึ้นกับอายุ สตรีและเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ ควรได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำภายใน 12 เดือน หลังจากการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งหรือภายในสามปีหลังจากพบว่าผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ

อาการแสดงและอาการต่างๆ ของมะเร็งปากมดลูก

- อาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกได้แก่ : ตกขาวกลิ่นเหม็น ตกเลือดทางช่องคลอด เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังวัยหมดระดู สตรีที่มีอาการเหล่านี้ควรไปพบแพทย์โดยเร็ว
- รอยโรคก่อนมะเร็งในระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงหรืออาการใดๆ การตรวจคัดกรองเป็นเพียงหนทางเดียวที่จะทราบได้ว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็งหรือไม่

การตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ

- สตรีล้วนมีสิทธิที่จะทำการตัดสินใจด้วยตนเองเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง เพื่อทำการตัดสินใจ (หลังจากได้รับข้อมูล) ได้อย่างเหมาะสม สตรีจำเป็นต้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง
- สตรีอาจปรารถนาที่จะให้คู่ชีวิตหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขณะที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง ซึ่งเป็นเรื่องที่แนะนำว่าควรทำอย่างยิ่ง สตรีก็ควรทราบด้วยว่าเธอมีอิสระที่จะปฏิเสธการตรวจหรือการรักษาใดๆ ก็ได้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.2 : คำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

บุรุษและสตรีรวมถึงผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพทั้งหลาย มักจะขาดข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ได้รวบรวมคำถามที่พบบ่อยและให้คำตอบไว้ด้วย คุณและเพื่อนร่วมงานควรเพิ่มเติมคำถามอื่นและคำตอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทสถานการณ์ในท้องถิ่น

ควรระวังที่จะสังเกตว่าบางส่วนของคำตอบจะซ้ำๆ เพื่อที่ว่าเมื่อมีคำถามคุณไม่จำเป็นต้องตอบรายละเอียดทุกคำตอบในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ หากคุณทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดด้านล่าง เมื่อถามคำถามคุณจะสามารถพบคำตอบที่ดีที่สุดได้อย่างรวดเร็ว

อ้างอิงถึงเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.1 สำหรับคำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

Q : มะเร็งคืออะไร?

A : มะเร็งเป็นโรคที่มีสาเหตุมาจากการเติบโตโดยควบคุมไม่ได้ของเซลล์บางชนิดในร่างกาย ทำให้เกิดเป็นก้อนเนื้อขึ้นมา ไม่ใช่ว่าก้อนเนื้อทั้งหมดจะเป็นมะเร็ง แต่เมื่อมะเร็งมีการปล่อยให้เติบโตและมีการกระจายออกไป มันสามารถรบกวนการทำงานตามปกติของร่างกายได้

Q : มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากอะไร?

A : มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (human papilloma virus ; HPV) เป็นไวรัสที่พบได้บ่อยมากซึ่งติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นผู้คนส่วนมากจะได้รับมันในบางช่วงเวลาของชีวิต สำหรับคนส่วนใหญ่เชื้อเอชพีวีจะหายไปตัวเอง แต่มีสตรีที่ติดเชื้อเพียงจำนวนน้อยที่การติดเชื้อยังคงอยู่ สำหรับสตรีเหล่านี้ เชื้อไวรัสสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ของปากมดลูก ที่อาจพัฒนาต่อไปจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก หากไม่ได้ถูกตรวจพบระหว่างการตรวจคัดกรองแล้วถูกกำจัดออกไป

Q : เชื้อเอชพีวีก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ได้อีกหรือไม่?

A : เชื้อเอชพีวีสามารถก่อให้เกิดหูดหงอนไก่ (warts) ที่อวัยวะเพศทั้งในบุรุษและสตรี หูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศมีสาเหตุมาจากเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ต่างๆ มากมายกว่าที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ หูดหงอนไก่ที่อวัยวะเพศจะไม่หายไปเป็นมะเร็ง ถึงแม้ว่าพวกมันอาจต้องได้รับการรักษาถ้าไม่หายไปเอง ในกรณีที่พบได้ยาก เชื้อเอชพีวีสามารถก่อให้เกิดมะเร็งชนิดอื่นๆ รวมถึงมะเร็งช่องคลอด ปากช่องคลอด อวัยวะเพศชายหรือทวารหนักได้ด้วย

Q : ใครบ้างที่อาจเป็นมะเร็งปากมดลูก?

A : สตรีเกือบทุกคนที่เคยมีความสัมพันธ์ทางเพศ แม้แต่จะยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ สามารถติดเชื้อเอชพีวีได้ จึงมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก สตรีที่มีความเสี่ยงสูงสุดคือผู้ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง สตรีที่มีเชื้อ

เอชไอวีก็มีความเสี่ยงสูงด้วย เพราะเชื้อเอชไอวีทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุที่น้อยกว่าสตรีปกติทั่วไป

ข่าวดีก็คือว่าร่างกายของสตรีส่วนใหญ่จะกำจัดการติดเชื้อเอชพีวีได้เองและจะไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกเลย แต่การตรวจคัดกรองก็เป็นเพียงวิธีการเดียวที่จะทราบได้ว่าผู้ใดอาจเกิดโรคร้อน เพราะว่ามีมะเร็งปากมดลูกไม่ได้พบบ่อยในสตรีจนกว่าพวกเขาจะมีอายุระหว่าง 40-59 ปี ช่วงเวลาที่ดีที่สุดในการตรวจคัดกรองหารอยโรคร้อนก่อนมะเร็ง จึงเป็นช่วงอายุระหว่าง 30-49 ปี ก่อนกลายเป็นมะเร็ง

Q : ฉันควรทำอะไรเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก?

A : วิธีการที่มีประสิทธิผลที่สุดในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกก็คือ การให้วัคซีนแก่เด็กหญิงก่อนที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และทำการตรวจคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-49 ปี

หากพบว่าผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก เธอก็ควรได้รับการรักษาทันที สิ่งนี้สามารถช่วยชีวิตเธอ หากผลการตรวจเป็นลบ ก็เป็นความคิดที่ดีที่จะรับการตรวจคัดกรองซ้ำตามที่แนวทางแห่งชาติกำหนด

หากมีบุตรสาว ต้องมั่นใจว่าเธอจะได้รับวัคซีนเอชพีวีครบโดสตามที่แนะนำ เช่นกัน สอนเธอให้ทราบถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองและการรักษาแต่เนิ่นๆ เมื่อเธอมีอายุมากขึ้น

ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคนควรมีพฤติกรรมที่ป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วย (เช่น ชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกให้ช้าที่สุด การใช้ถุงยางอนามัย และการมีคู่นอนให้น้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้) การสูบบุหรี่สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวี

เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง (การตรวจพบแต่เนิ่นๆ) และการรักษา

Q : การตรวจคัดกรองปากมดลูกคืออะไร?

A : การตรวจคัดกรองปากมดลูกคือการตรวจสตรีทุกคนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เพื่อตรวจดูว่ามีรอยโรคก่อนมะเร็งอยู่หรือไม่ หากพบว่ามีแต่ไม่ได้รับการรักษา มันอาจดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งในระยะเวลา 10 ปี หรือมากกว่า

มีการตรวจอยู่หลายวิธีที่มีประสิทธิผลมากซึ่งอาจนำมาใช้เพื่อการตรวจคัดกรอง แต่ก็ขึ้นกับว่าผู้รับบริการอาศัยอยู่ที่ไหนและมีการตรวจใดใช้อยู่ที่นั่น มีแนวโน้มว่าจะมีใช้อยู่เพียงวิธีเดียวในสถานที่หนึ่งๆ

Q : ใครบ้างที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก?

A : สตรีอายุ 30-49 ปี (หรือตามที่แนวทางแห่งชาติกำหนด) ควรได้รับการตรวจคัดกรองเพื่อจะได้ตรวจพบการเปลี่ยนแปลงบนปากมดลูกแต่เนิ่นๆ ที่เรียกว่ารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก ควรได้รับการทำในสตรีและเด็กหญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว และเร็วที่สุดที่ทราบว่ามีผลการตรวจเอชไอวีเป็นบวกด้วย โดยไม่ขึ้นกับอายุ สตรีและเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ ควรได้รับการตรวจซ้ำอีกภายใน 12 เดือนหลังจากการรักษาโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก หรือภายในสามปีหลังจากที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ

Q : ฉันไม่มีอาการอะไร ทำไมจึงยังควรได้รับการตรวจ?

A : เชื้อเอชพีวีอาศัยอยู่ในร่างกายของสตรีเป็นเวลาหลายปี ก่อนที่มันจะก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ หลังจากหลายปีผ่านไป มันก็เริ่มที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ของปากมดลูกที่เรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง ก่อนที่มันจะกลายเป็นมะเร็ง สตรีส่วนใหญ่ที่มีรอยโรคก่อนมะเร็งจะไม่มีอาการอะไร คุณสามารถมีรอยโรคก่อนมะเร็งอยู่เป็นเวลา 10-15 ปี โดยไม่รู้สึกระยะใดเลยก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง

เมื่อมีอาการต่างๆ เกิดขึ้นแล้ว เช่น อาการปวดในบริเวณอุ้งเชิงกราน หรือมีกลิ่นเหม็นจากช่องคลอด มันก็มักจะเป็นผลมาจากมะเร็งปากมดลูกที่มีการลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งยากที่จะรักษาเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นมะเร็งที่มีการลุกลามไปมากแล้ว สตรีจะต้องได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งอย่างน้อยหนึ่งครั้งระหว่างอายุ 30-49 ปี และจะต้องได้รับการรักษาหากมีอาการแสดงของโรค การรักษาโรคก่อนมะเร็งนี้ทั้งทำได้ง่ายและมีประสิทธิภาพมาก

Q : มีการทำอะไรบ้างระหว่างการตรวจคัดกรอง?

A : มีการตรวจหลายอย่างที่สามารนำมาใช้ได้ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจะบอกคุณเกี่ยวกับการตรวจที่ใช้ในสถานบริการของท้องถิ่นนั้นๆ สำหรับการตรวจส่วนใหญ่ ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจะทำการตรวจภายในเพื่อป้ายบริเวณปากมดลูกอย่างนุ่มนวล การตรวจจะไม่เจ็บ แต่ก็อาจทำให้รู้สึกไม่สบายเล็กน้อยจากการที่มี speculum อยู่ในช่องคลอดเพื่อช่วยในการมองเห็นปากมดลูก ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจะพยายามทำให้คุณรู้สึกสบายที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การตรวจบางอย่างสามารถให้ผลได้ทันที ในขณะที่บางการตรวจต้องส่งสิ่งส่งตรวจไปยังห้องปฏิบัติการแล้วรอผล

Q : จะเป็นอย่างไรหากผลการตรวจของฉันเป็นลบ?

A : หากผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ นั้นหมายความว่าไม่พบมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่อาจกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความสำคัญที่จะต้องไปรับการตรวจคัดกรองซ้ำทุก 5-10 ปี หากเป็นไปได้ เพื่อให้มั่นใจว่าหากมีการเปลี่ยนแปลงเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง จะตรวจพบและรักษาได้เสียแต่เนิ่นๆ

Q : จะเป็นอย่างไรหากผลการตรวจของฉันเป็นบวก?

A : ในกรณีส่วนมาก ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกหมายความว่า คุณมีรอยโรคก่อนมะเร็งซึ่งเป็นสภาวะที่สามารถรักษาได้โดยง่ายที่คลินิก ในสตรีบางราย ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอาจต้องการที่จะทำการทดสอบเพิ่มเติมเพื่อให้มั่นใจว่าสิ่งที่คุณมีอยู่เป็นเพียงรอยโรคก่อนมะเร็ง ไม่ใช่มะเร็ง สำหรับขั้นตอนต่อไปนั้น เขาหรือเธออาจต้องส่งต่อคุณไปยังสถานบริการอื่น ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาล ผู้ให้บริการอาจส่งต่อคุณด้วยเช่นกัน หากเขาหรือเธอไม่แน่ใจในผลการวินิจฉัย หรือหากเขาหรือเธอไม่สามารถให้การรักษาที่จำเป็นได้

บันทึกสำหรับผู้ให้บริการ : เว้นไว้แต่ว่าท่านได้รับการวินิจฉัยที่ชัดเจนว่าเป็นมะเร็งแน่นอน จากการตรวจชิ้นเนื้อที่ตัดออกไปจากปากมดลูก ท่านไม่ควรแจ้งสตรีว่าเธออาจเป็นมะเร็งเพราะพบรอยโรคก่อนมะเร็ง (ว่าจะ) เป็น ในตอนแรกอาจผิด และท่านอาจทำให้เธอตกใจโดยไม่จำเป็น

Q : ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวกหมายความว่าฉันเป็นมะเร็งใช่ไหม? มันหมายความว่าฉันจะเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกใช่ไหม?

A : ผลการตรวจคัดกรองเป็นบวก ไม่ได้หมายความว่าฉันเป็นมะเร็ง ที่พบบ่อยคือฉันมีบางสิ่งๆที่เรียกว่ารอยโรคก่อนมะเร็งอยู่ หรือมีการเปลี่ยนแปลงแรกเริ่มที่อาจกลายเป็นมะเร็งได้ในเวลาอีกหลายปี หากไม่ได้รับการรักษา รอยโรคก่อนมะเร็งนั้นรักษาง่ายและหายขาดได้ มักหายไปได้เพียงหลังการรักษาแค่ครั้งเดียว พบได้ยากกว่าสตรีจะมีการแสดงของมะเร็งปากมดลูกในตอนที่มารับการตรวจคัดกรอง แต่หากพบอาการแสดงที่บ่งบอกว่าอาจเป็นมะเร็ง ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพก็จะทำการตรวจเพิ่มเติมหรือส่งต่อคุณไปยังศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลอื่นเพื่อทำการตรวจและ/หรือการรักษา มันเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องรักษาทั้งรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็ง

การวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งไม่ได้หมายความว่าฉันจะเสียชีวิตจากมะเร็ง หากพบในระยะต้น มันก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยวิธีการรักษาต่างๆ ที่มีอยู่

Q : การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งทำอย่างไร?

A : หากคุณมีรอยโรคก่อนมะเร็ง ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอาจสามารถทำการรักษามันได้ในวันเดียวกับการตรวจคัดกรอง การรักษาที่ทํากันบ่อยที่สุดคือการทำให้อรอยโรคนั้นเย็นจัด (freeze) เรียกว่าการจี้เย็น (cryotherapy) การจี้เย็นนั้นไม่เจ็บปวด ถึงแม้ว่าจะมีความคล้ายคลึงกับการตรวจภายในมันก็จะทำให้ไม่สุขสบายอยู่บ้าง การจี้เย็นมีประสิทธิผลและปลอดภัยมาก และส่วนใหญ่แล้วปากมดลูกของคุณจะกลับไปเป็นปกติหลังจากการจี้เย็น การรักษาอีกวิธีหนึ่งคือการตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP) แต่มันมักจะไม่สามารถทำได้ในวันเดียวกันกับการตรวจคัดกรอง

Q : การตรวจคัดกรอง (ต่างๆ) ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวดไหม? ระหว่างการตรวจคัดกรองมีการนำเอาบางส่วนของปากมดลูกหรือมดลูกของสตรีออกไปไหม?

A : การตรวจคัดกรอง (ต่างๆ) ส่วนไม่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด แต่ว่าคุณอาจรู้สึกถึงความอึดอัดบ้างเล็กน้อยระหว่างการตรวจภายใน แต่ก็ไม่ได้มีการนำเอาบางส่วนของปากมดลูกหรือมดลูกของสตรีออกไปในระหว่างการตรวจคัดกรอง

Q : การตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียวเพียงพอไหม?

A : การได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อยหนึ่งครั้งระหว่างอายุ 30-49 ปี นับว่าดี มีข้อมูลที่แสดงว่าการตรวจเพียงครั้งเดียวก็สามารถลดโอกาสเสียชีวิตของสตรีจากมะเร็งปากมดลูกลงได้ อย่างไรก็ตาม หากมีทางเลือกในการไปรับการตรวจซ้ำ ก็ควรไปตรวจซ้ำทุก 5-10 ปี จึงจะดีที่สุด

Q : ฉันอายุเกินกว่าจะเปิดเผยของสงวนให้แพทย์ชายดูได้ ควรทำอย่างไร?

A : เป็นไปได้ที่จะหาแพทย์หญิงหรือพยาบาล ที่สามารถทำการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งได้ แต่หากเป็นไปไม่ได้ ก็ขออภัยให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่เป็นสตรี หรือเพื่อนหรือสมาชิกในครอบครัวมาอยู่ในห้องตรวจด้วยในระหว่างการตรวจคัดกรอง

แม้ว่าคุณจะรู้สึกอายน่าพิงจำไว้ว่าผู้ให้บริการทั้งชายและหญิงล้วนได้ผ่านการฝึกอบรมมาแล้วเหมือนๆ กันและมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยป้องกันคุณจากมะเร็งปากมดลูก จงทำสิ่งที่ถูกต้องเพื่อตัวคุณเองและครอบครัว รับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งแล้วรักษาเสีย หากมีการตรวจคัดกรองและการรักษาล้วนไม่เจ็บ หาก你不รับการตรวจคัดกรองเพียงเพราะว่าอายและผู้ให้บริการเป็นชาย พึงพยายามเอาชนะความอายนี้และจำไว้ว่า สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกทุกขั้รมาณกว่านี้มากและอาจเสียชีวิตจากโรคได้

Q : เชื้อเอชพีวีมีความคล้ายคลึงกับเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ก่อโรคเอดส์ (AIDS) อย่างไร?

A : เชื้อไวรัสทั้งสองชนิด เอชพีวี (human papilloma virus) และเอชไอวี (human immunodeficiency virus) มีความแตกต่างกันมาก

การติดเชื้อเอชพีวีพบได้บ่อยกว่าการติดเชื้อเอชไอวีมาก เกือบทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วจะติดเชื้อเอชพีวีครั้งหนึ่งในชีวิตของเขาหรือเธอ เอชพีวีอาศัยอยู่บนผิวหนังและติดต่อผ่านทาง การสัมผัสโดยตรงของผิวหนัง เอชไอวีอาศัยอยู่ในของเหลวต่างๆ ของร่างกาย เช่น น้ำอสุจิและเลือด และติดต่อผ่านการแลกเปลี่ยนของเหลวจากร่างกายเหล่านี้ระหว่างบุคคล นี่เป็นเหตุผลว่าทำไมถุงยางอนามัยจึงมีประสิทธิภาพมากในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ถุงยางอนามัยไม่ได้ดีอย่างนั้นเลยในการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เพราะเชื้อนี้สามารถอาศัยอยู่บนผิวหนังได้ วิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีก็คือการได้รับวัคซีน ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ความกังวลที่พบบ่อยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

Q : ฉันเคยได้ยินมาว่ามะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากสูขอนามัยส่วนตัวของสตรีที่ไม่ดี หรือจากการใช้ผ้าอนามัยซ้ำ จริงไหม?

A : ไม่จริง มะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชพีวี ไม่มีอะไรเกี่ยวข้องกับสูขอนามัยส่วนตัวของสตรีที่ไม่ดี หรือผ้าอนามัย

Q : มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infection; STI) หรือไม่?

A : ไม่เป็น อย่างไรก็ตาม มันมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อเอชพีวี ซึ่งสามารถส่งผ่านจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งระหว่างการมีความสัมพันธ์ทางเพศ เชื้อเอชพีวีพบได้บ่อยทีเดียวทั้งในบุรุษและสตรี มีสตรีเพียงไม่กี่คนที่มีเอชพีวีแล้วเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก หากไม่รักษา ก็จะมีเพียงบางคนของสตรีเหล่านี้ที่เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเวลายาวนานหลังจากที่พวกเขาติดเชื้อเอชพีวี

Q : สตรีที่มีคู่นอนหลายคน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชพีวีมากกว่าหรือไม่?

A : ใช่ ผู้ที่มีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกชนิดเพิ่มขึ้น ผู้ที่มีคู่นอนยิ่งน้อยคนเท่าใด ผู้นั้นก็จะมีโอกาสติดเชื้อโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใดๆ น้อยลงเท่านั้น รวมถึงเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ต่างๆ ด้วย ซึ่งบางสายพันธุ์นั้นก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

Q : จริงไหมที่ว่ามีเพียงสตรีไม่ตีหรือสำส่อนเท่านั้นที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก?

A : ไม่เลย! สตรีทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์แล้วล้วนมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกอยู่บ้าง การได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคก่อนมะเร็ง สามารถลดความเสี่ยงนี้ในสตรีอายุมากกว่า 30 ปีลงได้ และการให้วัคซีนเอชพีวีแก่เด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ก็ช่วยลดความเสี่ยงนี้ลงด้วยเมื่อพวกเขาโตขึ้น

Q : ห่วงอนามัยหรือยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกจริงไหม?

A : ไม่จริง ห่วงอนามัยหรือยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก พวกมันป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่างหาก

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.3 : สิ่งที่บุรุษจำเป็นต้องรู้เพื่อช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูก

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้จะให้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการเข้าถึงบุรุษ และเสนอแนะแนวทางต่างๆ ในการดึงพวกเขาเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมมะเร็งปากมดลูก

ข้อความสำคัญสำหรับบุรุษ

บุรุษสามารถมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการป้องกันและรักษามะเร็งปากมดลูกได้โดย :

- สนับสนุนให้คู่ชีวิต พี่น้อง และมารดา ไปรับการตรวจคัดกรองหากพวกเธอมีอายุระหว่าง 30-49 ปี
- สนับสนุนให้คู่ชีวิต พี่น้อง และมารดา ไปรับการรักษาหากพบว่าพวกเธอมีรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็ง
- สนับสนุนให้บุตรสาว พี่น้อง และเพื่อนสตรีของพวกเธอ ไปรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี
- ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่างๆ รวมถึงการติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ไปจนถึงการตั้งครรภ์ (ถุงยางอนามัยยังป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้บ้างอีกด้วย)
- ลดจำนวนคู่นอนที่มีลง และใช้ถุงยางอนามัยหากมีคู่นอนมากกว่าหนึ่งราย

ข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุรุษเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

- มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคเฉพาะสตรี แต่บุรุษก็สามารถมีบทบาทสำคัญในการป้องกันและรักษาได้
- มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสที่เรียกว่าเอชพีวี การติดเชื้อนี้โดยปกติแล้วไม่มีอาการหรือปัญหาใด แต่สตรีที่ติดเชื้อนี้บางคนจะมีรอยโรคก่อนมะเร็งเกิดขึ้นในหลายปีต่อมา ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษา สตรีบางรายในจำนวนนี้จะเป็นมะเร็งปากมดลูก
- การติดเชื้อเอชพีวีสามารถถูกส่งต่อไปได้ง่ายโดยผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์และด้วยเหตุนี้เองที่บุรุษสามารถช่วยป้องกันมันได้
- เอชพีวีบางชนิดที่ไม่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกสามารถก่อให้เกิดหูดที่อวัยวะเพศทั้งในบุรุษและสตรี ถึงแม้ว่าหูดจะไม่นำมาซึ่งการเป็นมะเร็งในบางรายที่พบได้ยาก เอชพีวีสายพันธุ์ที่สามารถก่อมะเร็งปากมดลูกในสตรีก็สามารถก่อมะเร็งที่ปาก ทวารหนัก หรืออวัยวะเพศชายได้ด้วย
- เอชพีวีติดต่อโดยผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์ แต่การสอดใส่ก็ไม่ใช่เพียงหนทางเดียวในการติด เนื่องจากไวรัสสามารถอาศัยอยู่บนผิวหนังรอบๆ อวัยวะเพศได้
- การใช้ถุงยางอนามัยให้การปกป้องได้บ้างบางส่วนต่อการติดเชื้อเอชพีวี
- การสูบบุหรี่สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งหลายชนิด ทั้งในบุรุษและสตรีรวมถึงมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวี
- บุรุษที่คู่ชีวิตถูกพบว่ามียโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็ง สามารถให้การสนับสนุนและช่วยเหลือเธอในการไปรับการรักษาตามคำแนะนำ โดยการไปคลินิกตามนัดเป็นเพื่อนเธอ และร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
- สตรีจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน (ทั้งทางร่างกายและจิตใจ) เมื่อเธอได้รับการวินิจฉัยและรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 : การให้คำปรึกษา (Counseling)

การให้คำปรึกษาคืออะไร?

การให้คำปรึกษาได้รับการนิยามว่าเป็นการให้คำแนะนำหรือแนวทาง (ปกติทำตัวต่อตัว) จากผู้ที่มีความรู้ เพื่อสนับสนุนให้บุคคลนั้นๆ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองคิดและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ การให้คำปรึกษาควรทำในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว และผู้ให้คำปรึกษาต้องรักษาความลับของผู้รับคำปรึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือบุคคลและในบางกรณีครอบครัวของเธอด้วย เพื่อให้สามารถทำการตัดสินใจได้ หลังได้รับข้อมูลแล้วปฏิบัติตาม โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่มีประโยชน์และถูกต้อง ในการที่จะเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิผล คุณควรมีความรู้ที่ทันสมัย มีความสามารถในการรับฟังและมีทักษะการสื่อสารที่ดี ภาวะแวดล้อมและการยกตัวอย่างต่างๆ รวมถึงข้อมูลที่ให้ไว้ในหนังสือแนวทางเล่มนี้ และในเอกสารประกอบการปฏิบัติต่างๆ อาจเป็นตัวช่วยให้คำปรึกษาที่มีประโยชน์ได้ เมื่อกำลังสนทนากับสตรีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

คำถามพื้นฐานเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ผู้ให้คำปรึกษาควรตอบผู้รับบริการได้

- ปากมดลูกคืออะไร อยู่ตรงไหน และสามารถตรวจดูได้อย่างไร?
- มะเร็งปากมดลูกคืออะไร?
- รอยโรคก่อนมะเร็งหรือการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระยะเริ่มแรกคืออะไร แตกต่างจากมะเร็งอย่างไร?
- มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้อย่างไร? (อธิบายว่าวิธีการตรวจคัดกรองง่ายๆ สามารถตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งได้อย่างไร ก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง)
- ใครบ้างที่อาจจะเป็นมะเร็งได้ และใครควรได้รับการตรวจคัดกรอง? (อธิบายว่ามะเร็งปากมดลูกไม่ได้พบบ่อยในสตรีจนกว่าพวกเธอจะมีอายุ 40-59 ปี ดังนั้นช่วงเวลาที่ดีที่สุดที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคก่อนมะเร็ง จึงอยู่ระหว่างอายุ 30-49 ปี ก่อนที่รอยโรคเหล่านี้จะกลายเป็นมะเร็ง)
- การตรวจคัดกรองมีความแม่นยำเพียงใด? (อธิบายว่าไม่มีการตรวจใดที่มีประสิทธิผลร้อยละ 100 ในการตรวจพบปัญหา แต่การตรวจที่กำลังจะใช้กับคุณนี้สามารถตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระยะเริ่มแรกที่สามารถเรียกว่ารอยโรคก่อนมะเร็งได้เป็นส่วนมาก)
- ทำไมการตรวจคัดกรองเพื่อพบรอยโรคก่อนมะเร็งจึงมีความสำคัญ? (อธิบายว่าการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งทำได้ง่าย ปลอดภัยและมีประสิทธิผล และมันสามารถป้องกันสตรีจากการเป็นมะเร็งปากมดลูกและช่วยชีวิตพวกเธอได้)
- มีวิธีการรักษาใดบ้างสำหรับสตรีที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก? (อธิบายว่ามันจำเป็นต้องไปที่สถานบริการระดับตติยภูมิ เพื่อรับการรักษาสําหรับมะเร็งปากมดลูก วิธีการรักษาจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคมะเร็งที่พบ)
- สามารถทำอะไรได้บ้างเพื่อป้องกันการเกิดรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก? (อธิบายว่าปัจจุบันมีวัคซีนสำหรับเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ที่สามารถช่วยป้องกันพวกเธอจากรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูก)

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้คำปรึกษา

ผู้ให้คำปรึกษาต้อง(ทำให้)มั่นใจว่า

- ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจถึงข้อมูลที่ได้ให้ และทางเลือกต่างๆ ที่เธอมี
- การสื่อสารมีความเป็นส่วนตัว (ไม่มีใครอื่นสามารถได้เห็นหรือได้ยินอะไรที่เกิดขึ้นระหว่างสตรีและผู้ให้คำปรึกษา เว้นเสียแต่ว่าจะได้รับอนุญาตเป็นการเฉพาะโดยสตรีนั้น)
- ข้อมูลที่ได้จากการให้คำปรึกษาและการตรวจจะได้รับการรักษาไว้เป็นความลับ
- เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ให้คำปรึกษาและผู้รับคำปรึกษา
- มีบางเรื่องที่เกี่ยวข้องความรู้สึกเมื่อมีการกล่าวถึงและให้ข้อคิดเห็นในเรื่องส่วนตัว โดยเฉพาะเรื่องเพศและความสัมพันธ์ทางเพศ

ขั้นตอนที่แนะนำเมื่อทำการให้คำปรึกษา

- ต้อนรับผู้รับคำปรึกษาอย่างอบอุ่นด้วยการเอ่ยชื่อเธอ แล้วจึงแนะนำตนเอง
- นั่งใกล้เพียงพอที่จะทำให้การสนทนาเป็นไปอย่างสบายๆ และเป็นส่วนตัว
- หากมีความเหมาะสมในทางวัฒนธรรมก็สบตา; และมองตรงไปที่เธอเมื่อเธอพูด
- ทำให้เธอมั่นใจว่าสิ่งที่ได้ปรึกษาหารือกันจะไม่แพร่พรายออกไป
- ใช้ภาษาที่เธอสามารถเข้าใจ แล้วให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องและเป็นประโยชน์
- ปรับข้อมูลที่ให้และการปรึกษาหารือให้เหมาะสม ตามเหตุผลที่เธอมาที่นี้ในวันนี้
- ฟังอย่างตั้งใจและบันทึกภาษากายของเธอ (ท่าทาง สีหน้า การสบตา)
- ให้กำลังใจ ด้วยการพยักหน้าหรือกล่าวคำว่า “เล่าเรื่องนั้นให้ฉันฟังต่อซิ...”
- พยายามระบุถึงความกังวลหรือความต้องการที่แท้หรือซ่อนอยู่ของเธอ
- อธิบายถึงทางเลือกต่างๆ ทั้งหมดที่มีอยู่ ให้ข้อคิดเห็นถึงข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละการตรวจหรือหัตถการ
- ตรวจสอบอยู่ตลอดเวลาว่าเธอเข้าใจสิ่งที่ได้สนทนาไป ด้วยการให้เธอก้าวซ้ำข้อความหรือคำแนะนำที่มีความสำคัญ (ที่สุด)
- ช่วยให้เธอสามารถตัดสินใจได้(ด้วยตัวเอง) โดยการให้ข้อมูลที่ชัดเจน
- เคารพการตัดสินใจที่เธอเลือก
- เชื้อเชิญให้เธอกลับมาพบอีก ถ้า/เมื่อเธอต้องการ

เคล็ดเพิ่มเติมสำหรับการให้คำปรึกษาที่ดี

- แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ ที่ดูเป็นธรรมชาติ
- เอาใจเขามาใส่ใจเรา : สมมติว่าเราเป็นผู้รับคำปรึกษา
- ใช้ภาษากายที่บ่งบอกว่าเห็นคล้อยตามด้วย (พยักหน้า ยิ้ม และอื่นๆ ตามความเหมาะสม)
- ใช้สื่อที่มองเห็นได้ (visual aids) ช่วยในการให้คำปรึกษา หากมีอยู่และเหมาะสม
- ถามคำถามปลายเปิด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ผู้รับคำปรึกษาได้พูด

- กระตุ้นให้เธอถามคำถาม แล้วตอบคำถามนั้นอย่างจริงจัง
- ให้ความเกะภาคการให้คำปรึกษาอย่างเพียงพอ
- หากเธอยังคงลังเล/ไม่แน่ใจ เชื่อเชิญให้เธอกลับมาได้ในภายหลังเพื่อบอกท่านว่าเธอ (หรืออาจเป็นครอบครัวของเธอ) ได้ตัดสินใจแล้วว่าอย่างไร

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.5 : ขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่เป็นมาตรฐาน สำหรับช่วงก่อน ระหว่าง และหลัง ที่ผู้รับบริการได้รับการตรวจ การกำหนัดการ หรือการรักษา

ก่อน

- อธิบายว่าทำไมจึงมีความสำคัญสำหรับผู้รับบริการ ที่จะได้รับการตรวจ/หัตถการ/การรักษาที่ได้แนะนำนี้
- อธิบายว่าจะมีการทำอะไรและอย่างไร ผลอาจเป็นอะไรได้บ้าง และความจำเป็นที่อาจต้องทำการตรวจ/การรักษาในอนาคต
- เชื้อเชิญให้ถาม และตอบคำถามต่างๆ
- สำหรับหัตถการและการรักษาต่างๆ ให้ผ่านกระบวนการขอความยินยอมที่เหมาะสม ตามที่ประเทศชาติ และสถานบริการได้ให้ข้อแนะนำไว้ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.1) หากการรักษาเป็นการให้วัคซีนและผู้รับบริการยังไม่บรรลุนิติภาวะที่สามารถให้ความยินยอมตามกฎหมายได้ พึงระวังว่าขั้นตอนนี้อาจจำเป็นต้องรวมถึงการได้มาซึ่งความยินยอมจากบิดามารดา (ดูบทที่ 4)
- ขอข้อมูลเพื่อจะได้สามารถติดต่อกับผู้รับบริการ หากมีความจำเป็นต้องตรวจติดตาม รวมถึงหมายเลขโทรศัพท์มือถือและเวลาที่เหมาะสมในการโทรหาเธอได้อย่างสะดวก

ระหว่าง

- ยังคงพูดคุยกับผู้รับบริการตลอดเวลาในขณะที่กำลังทำหัตถการอยู่
- อธิบายผู้ให้บริการทราบว่ากำลังทำอะไรอยู่ในทุกขั้นตอน และแสดงเครื่องมือหรือสิ่งที่จะใช้ให้เธอเห็น
- หากอะไรก็ตามที่คุณกำลังจะทำอาจก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด หรือไม่สบายใดๆ ให้เตือนเธอล่วงหน้า แล้วบอกถึงระดับความรุนแรงและระยะเวลาของความไม่สบายนั้นที่อาจเป็นอยู่ จะช่วยให้เธอรู้สึกสบายขึ้น
- ทำให้เธอมั่นใจว่าสามารถบอกคุณทราบได้ทันทีที่รู้สึกเจ็บ

หลัง

- อธิบายว่าคุณได้ทำอะไรไปบ้าง
- บรรยายถึงความผิดปกติต่างๆ ที่พบ หรือให้ความมั่นใจเธอว่าไม่พบความผิดปกติใด
- ทำความตกลงวันนัดหมายในการกลับมาตรวจ หากจำเป็น และอธิบายถึงความสำคัญของการกลับมาตรวจของเธอที่คลินิกตามกำหนดนัดหมาย
- สนับสนุนเธอให้ถามคำถาม และตอบคำถามเหล่านั้นอย่างชัดเจนแก่เธอ

หากผู้รับบริการต้องได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการระดับที่สูงกว่าเพื่อการตรวจสอบ (examination)

หรือการตรวจเพิ่มเติม

- อธิบายว่าทำไม ที่ไหน และเมื่อใดเธอต้องไป และไปพบกับใคร
- เน้นย้ำถึงความสำคัญในการไปตามกำหนดนัดหมาย
- ตอบคำถามใดๆ ที่เธอมี หรือถ้าหากไม่ทราบคำตอบ ก็ถามใครสักคนที่รู้
- เชื้อเชิญเธอให้กลับมา หากว่ามีคำถามหรือความกังวลใดๆ เกี่ยวกับกำหนดนัดหมายนี้ แล้วตอบคำถามหรือข้อกังวลนั้น ถ้าหากไม่ทราบคำตอบ ก็ถามใครสักคนที่รู้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.6 : การให้คำปรึกษาพิเศษแก่สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

ใช้เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาด้วยโปรดแน่ใจว่า ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำทั้งหมดในการให้คำปรึกษาเมื่อแจ้งผลการตรวจแก่เธอ เมื่อต้องให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีเชื้อเอชไอวี ควรให้ข้อมูลต่อไปนี้ด้วยภาษาที่ชัดเจนและเรียบง่าย :

- สตรีที่มีเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะติดเชื้อเอชพีวีแล้วเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่า แต่ด้วยการดูแลรักษาเป็นพิเศษก็สามารถอยู่อย่างสุขภาพดีได้
- มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นในสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีได้เร็วกว่าในสตรีที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี จึงมีความสำคัญที่จะต้องไปรับการตรวจคัดกรองทุกปี
- หนทางที่ดีที่สุดในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกคือการรับประทานยาต่างๆ ตามที่ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณแนะนำ และไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี
- หากคุณมีรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ขอให้ไปรับการรักษาโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ เพื่อการดูแลตนเองหลังรับการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง
- โปรดแน่ใจว่าจะไปพบผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของคุณ หากคุณมีอาการตกขาวกลิ่นเหม็นหรือเหมือนหนอง หรือมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด

หากสตรีไม่ทราบสถานะผลการตรวจเอชไอวีของเธอ แต่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีการติดเชื้อเอชไอวีชุกชุม เธอควรได้รับการสนับสนุนให้ไปรับการตรวจและทราบผลการตรวจนั้น เพราะสตรีที่มีเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่า หากติดเชื้อเอชพีวี จึงมีความสำคัญที่จะต้องได้รับการตรวจคัดกรองหารอยโรคก่อนมะเร็งเร็วกว่าและบ่อยกว่า ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพควรรู้จักสถานที่ที่ให้บริการตรวจเอชไอวีในชุมชน และสถานบริการไหนที่จะต้องส่งต่อสตรีซึ่งพบว่ามีเชื้อเอชไอวีไปรับการดูแลต่อ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.7 : การทำงานร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน (community health workers; CHWs) : วิธีการสรรหาและฝึกอบรม

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนเป็นเสมือนสะพานเชื่อมระหว่างการให้บริการด้านสุขภาพต่างๆ และชุมชน และได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของทีมที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เพราะว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนล้วนเป็นสมาชิกที่ชุมชนตั้งขึ้นมาและทรงคุณค่าพวกเขาสามารถใช้ความรู้ที่มีดีถึงสมาชิกในชุมชนทุกคนให้เข้ามามีส่วนร่วมในความพยายามป้องกันมะเร็งปากมดลูก รวมไปถึงการพูดคุยกับบิดามารดาเกี่ยวกับประโยชน์ของการฉีดวัคซีน และในการเลือกเฟ้นสตรีที่เหมาะสมสำหรับแผนงาน/โปรแกรมการตรวจคัดกรอง

การสรรหา

หากมีกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนซึ่งกำลังทำงานสำหรับประเด็นสุขภาพอื่นอยู่แล้ว ก็เป็นการดีที่สุดที่จะใช้แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่แล้วนี้ แทนที่จะไปสรรหาคนใหม่ที่จำเพาะต่อประเด็นของมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าหากในชุมชนของท่านไม่มีผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนอยู่ก่อน ก็ทำการปรึกษาหารือกับผู้จัดการคลินิกของท่านเพื่อตัดสินใจว่าจำเป็นต้องมีไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงาน/โปรแกรมนี้ไหม

เชิญผู้นำชุมชนมาให้ช่วยคุณในการคัดสรรตัวผู้ที่อาจได้รับการเลือก และช่วยพิจารณาในการสร้างกลุ่มที่เป็นตัวแทนของชุมชนคุณในบริบทของอายุ เพศ และกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อที่จะสามารถเข้าถึงสมาชิกทุกคนในชุมชนได้ดีที่สุดในเรื่องของข้อมูลและ/หรือบริการต่างๆ ดึงเครือข่ายต่างๆ ของกลุ่มเพื่อนครูอายุน้อยที่มีอยู่ให้เข้ามาร่วมเพื่อที่จะสามารถเข้าถึงวัยรุ่นในชุมชนได้ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบโรงเรียน เพื่อส่งเสริมการมารับวัคซีน จัดการฝึกอบรมทั้งบุรุษและสตรีให้เป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อทำให้ความพยายามในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของคุณดียิ่งขึ้น

ผู้ที่ควรได้รับการสรรหามาเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนควรมี :

- ทักษะการสื่อสารที่ดี รวมไปถึงทักษะในการฟังที่ดี
- ความปรารถนาที่จะรับใช้ชุมชน
- เวลาและความสนใจในการเข้าร่วมแผนงาน/โปรแกรมนี้เป็นเวลาอย่างน้อย 1-2 ปี รวมถึงการไปเข้าร่วมการฝึกอบรมและการประชุมต่างๆ
- ความเต็มใจที่จะรักษาความลับ
- ความสามารถในการรับรู้ข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพ และการบริการต่างๆ อย่างต่อเนื่อง
- ความสามารถในการอ่านและเขียน หากเป็นไปได้

การฝึกอบรม

วางแผนให้มีหลักสูตรการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนแบบมีปฏิสัมพันธ์ สำหรับผู้ที่ได้รับการสรรหาเข้ามาใหม่ หากเป็นไปได้ให้เชิญผู้นำชุมชนมาร่วมในหลักสูตรด้วย

การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนที่ได้รับการสรรหาเข้ามาใหม่ ควรครอบคลุมถึง :

- ข้อเท็จจริงพื้นฐานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและการรักษามะเร็งปากมดลูก
- วิธีในการให้ความรู้และขับเคลื่อนชุมชน
- วิธีในการป้องกันและจัดการกับข้อมูลที่ผิดและข่าวลือ
- ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิผล และโอกาสในการฝึกฝนทักษะเหล่านี้
- การจัดเก็บบันทึกต่างๆ
- วิธีในการช่วยเหลือสตรีที่ต้องการการติดตามดูแล

หลักสูตรนี้ควรรวมถึงการมอบสื่อการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องให้ และในตอนจบควรมีการมอบประกาศนียบัตรให้แก่ผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมโดยสมบูรณ์ด้วย

การดำเนินการ

วางแผนให้มีการประชุมร่วมกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนของคุณอย่างสม่ำเสมอ การจัดให้สูขศึกษาและภาคการฝึกอบรมพื้นฐานวิชาการต่างๆ สามารถใช้เป็นสิ่งจูงใจตอบแทนแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อให้พวกเขายังคงทำงานต่อไป และช่วยให้สามารถมั่นใจได้ว่าข้อมูลที่ถูกต้องจะยังคงมีให้แก่ชุมชนได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

แหล่งข้อมูลเพื่อการฝึกอบรมบุคลากรสุขภาพชุมชน

- Educational materials on training community health promoters are available in English and Spanish on request from PATH (info@path.org).
- Starr E, Burns A, Singer R. We can prevent cervical cancer : a course for community health promoters. Waterbury (VT) : Grounds for Health; 2013 (available for download at : <http://www.groundsforhealth.org/publications/community-health-promoter-curriculum/>).
- Werner D, Bower B. Helping health workers learn : a book of methods, aids and ideas for instructors at the village level. Berkeley (CA) : Hesperian; 1982, 2012 (available for purchase or download at : <http://hesperian.org/books-and-resources/>).

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.1 : คำถามที่พบบ่อย (FAQ) เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

บุรุษและสตรีรวมทั้งผู้ให้บริการดูแลสุขภาพมักจะขาดข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนเอชพีวี เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ได้รวบรวมคำถามที่พบบ่อยและให้คำตอบไว้ด้วย ท่านและเพื่อนร่วมงานควรเพิ่มเติมคำถามและคำตอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในบริบทสถานการณ์ในท้องถิ่น

ควรระวังสังเกตว่าบางส่วนของคำตอบจะซ้ำๆ เพื่อที่ว่าเมื่อมีคำถาม คุณไม่จำเป็นต้องตอบรายละเอียดทุกคำตอบในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ หากคุณทำความเข้าใจกับข้อมูลทั้งหมดด้านล่างเมื่อถามคำถาม คุณจะสามารถพบคำตอบที่ดีที่สุดได้อย่างรวดเร็ว

เอกสารประกอบการปฏิบัติสำหรับผู้ให้บริการนี้อนุมานว่าคนส่วนใหญ่อาจไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เหตุการณ์นี้อาจเป็นกรณีพ่อแม่ของเด็กหญิงในอายุกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อความสะดวก เราได้ให้ข้อมูลมากขึ้นเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน มากกว่าจะอ้างอิงไปแหล่งอื่นๆ ของเอกสารที่ข้อมูลเกี่ยวข้องกัน

เกี่ยวกับเชื้อ HPV

Q : เชื้อ HPV คืออะไร?

A : Human papilloma virus หรือ HPV เป็นไวรัสที่พบบ่อยที่มีการแพร่กระจายได้ง่ายโดยการสัมผัสทางผิวหนัง-ต่อ-ผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศระหว่างการใช้เพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แม้จะไม่มีร่วมเพศ คนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อ HPV มักไม่มีอาการหรืออาการแสดง ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่จะแพร่กระจายการติดเชื้อไปยังบุคคลอื่นโดยไม่รู้ตัว ส่วนใหญ่การติดเชื้อ HPV จะถูกร่างกายกำจัดออกไปได้ในช่วงหนึ่งถึงสองปีแรก สำหรับพวกที่ไม่ถูกกำจัดออกไปที่เรียกว่า“คงอยู่นาน”อาจทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้

Q : ทำไมวัคซีนเอชพีวี จึงจำเป็น?

A : วัคซีนเอชพีวี มีความจำเป็นเพราะมันช่วยลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกลงได้อย่างมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งของสตรีในประเทศที่พัฒนาน้อย

Q : ผู้หญิงทุกคนที่มีการติดเชื้อ HPV จะเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่?

A : ไม่ ในผู้หญิงส่วนใหญ่การติดเชื้อ HPV จะถูกร่างกายกำจัดออกไปได้ในช่วงหนึ่งถึงสองปีแรก เชื้อ HPV มีหลายสายพันธุ์ แต่มีเพียงไม่กี่สายพันธุ์ที่สามารถก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกถ้าพวกมันไม่ถูกร่างกายกำจัดออกไปและยังคงอยู่นาน 10-20 ปี ในกลุ่มไวรัสเอชพีวีที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกมีสองสายพันธุ์ HPV สายพันธุ์ 16 และ 18 ที่เป็นสาเหตุ 7 ใน 10 ของโรคมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อเอชพีวีสองสายพันธุ์นี้สามารถป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีน HPV ดังนั้นวัคซีนนี้สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70 ถ้าได้ฉีดตามที่มีการแนะนำ

นอกจากนี้มะเร็งปากมดลูกยังสามารถป้องกันได้ในหมู่ผู้หญิงที่มีการติดเชื้อ HPV ถ้าพวกเขาเข้าไปมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองและการรักษา ถ้าผู้หญิงอายุ 30-49 ปี (ทุกคน) ได้รับการตรวจคัดกรองสำหรับการเปลี่ยนแปลงในเซลล์ปากมดลูก (รอยโรคก่อนมะเร็ง) ซึ่งมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ HPV ที่คงอยู่นานและได้รับการรักษาตามความจำเป็นแล้ว การเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกก็จะกลายเป็นเรื่องหายากแม้ว่าการติดเชื้อ HPV เป็นเรื่องที่พบบ่อย

Q : มะเร็งปากมดลูกซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ HPV พบได้บ่อยเพียงใด?

A : เชื้อ HPV เป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละปีจะมีโรคมะเร็งปากมดลูก (รายใหม่) ได้รับการวินิจฉัย 528,000 ราย และจากจำนวน 266,000 ราย ของผู้หญิงที่ตายทุกปีจากโรคมะเร็งปากมดลูก ในโลกพบมีเป็นจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

เกี่ยวกับการฉีดวัคซีนเอชพีวี

Q : วัคซีนเอชพีวีจะทำให้ลูกสาวของฉันไม่เป็นมะเร็งปากมดลูก?

A : ใช่ วัคซีนเอชพีวีป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีสองสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด ทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์ควรมีพฤติกรรมที่ป้องกันการแพร่กระจายของการติดเชื้อที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย (เช่นชะลอการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ออกไป ใช้ถุงยางอนามัย และมีคู่นอนให้น้อยคนที่สุดเท่าที่เป็นไปได้) ผู้หญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อพวกเขาโตเป็นผู้ใหญ่

Q : วัคซีนเอชพีวีที่มีอยู่ในปัจจุบัน เป็นชนิดใด?

A : ปัจจุบันมีวัคซีนเอชพีวีอยู่สองชนิดทั่วโลก ชนิดหนึ่งคือ Cervarix[®] (ผลิตโดยบริษัท GlaxoSmithKline) และอีกชนิดหนึ่งคือ Gardasil[®] หรือ Silgard[®] (ผลิตโดยบริษัท Merck)

Q : วัคซีนเอชพีวีทั้งสองชนิดมีความคล้ายคลึงกันอย่างไร?

A : วัคซีนทั้งสองชนิดมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันประมาณร้อยละ 70 ของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (เพราะทั้งสองชนิดมีเป้าหมายป้องกัน HPV สายพันธุ์ 16 และ 18)

วัคซีนทั้งสองชนิดมีความปลอดภัยสูง

วัคซีนทั้งสองชนิดไม่สามารถทำให้เกิดโรคเพราะมันไม่ได้มีไวรัสที่มีชีวิตบรรจุอยู่

วัคซีนทั้งสองชนิดจะให้โดยการฉีด และต้องให้สองโดส (two-dose) สำหรับเด็กหญิงที่อายุน้อยกว่า 15 ปี และสามโดส (three-dose) สำหรับเด็กหญิงที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง (รวมทั้งกับคนที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีอยู่) และสำหรับเด็กหญิงอายุ 15 ปีและมากกว่า

Q : วัคซีนเอชพีวีทั้งสองชนิดมีความแตกต่างกันอย่างไร?

A : วัคซีนทั้งสองชนิดมีส่วนประกอบ (components) ที่ไปกระตุ้นให้ร่างกายมีการผลิตภูมิคุ้มกัน (antibody) เพิ่มขึ้น ที่แตกต่างกัน

มีวัคซีนชนิดหนึ่ง (Gardasil® หรือ Silgard®) ที่ยังให้การป้องกันหูดที่อวัยวะเพศด้วย (เพราะมันยังมีเป้าหมายป้องกัน HPV สายพันธุ์ 6 และ 11 ด้วย)

Q : ใครควรได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวี?

A : องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้เด็กหญิงควรจะได้รับวัคซีนเมื่ออายุ 9-13 ปี ในประเทศของเรา แนวทางการฉีดวัคซีนเอชพีวี ระบุไว้ว่าควรที่จะให้กับเด็กหญิงอายุ ...ถึง ... (หรือเด็กหญิงทุกคนในอายุ.../ปีการศึกษาที่.../ชั้นเรียนที่.../ ... ที่โรงเรียน) ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนนี้ในเด็กหญิงที่อายุน้อยกว่า 9 ปี

Q : ตารางเวลาที่แนะนำของการฉีดวัคซีนเอชพีวี ชนิดสองโดส (two-dose) เป็นอย่างไร?

A : แนะนำให้ฉีดสองโดสสำหรับเด็กหญิงที่อายุต่ำกว่า 15 ปี โดสที่สองให้ฉีดหกเดือนหลังจากโดสแรก ผู้ที่เป็นคนฉีดวัคซีนจะต้องแจ้งให้เด็กหญิงแต่ละคนที่ได้รับการฉีดวัคซีน (และพ่อแม่ของเธอ) ทราบว่าเมื่อไรที่เธอต้องกลับมารับการฉีดโดสสุดท้าย ไม่มีช่วงเวลาสูงสุดระหว่างสองโดส แต่อย่างไรก็ดีแนะนำว่าช่วงเวลาไม่ควรเกิน 12-15 เดือน แต่ถ้าช่วงเวลาระหว่างโดสสั้นกว่าห้าเดือนให้ฉีดโดสที่สามอย่างน้อยหกเดือนหลังโดสแรก

Q : ตารางเวลาที่แนะนำในการฉีดวัคซีนเอชพีวี ชนิดสามโดส (three-dose) เป็นอย่างไร?

A : เมื่อแนะนำให้ฉีดสามโดส (เช่น สำหรับเด็กหญิงอายุ 15 ปี หรือมากกว่า และสำหรับผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ/หรือมีเชื้อเอชไอวี โดยไม่คำนึงว่าพวกเขา กำลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่หรือไม่) โดสที่สองควรจะได้รับหนึ่งหรือสองเดือนหลังจากโดสแรก (ขึ้นอยู่กับชนิดของวัคซีน) และโดสที่สามควรจะได้รับหกเดือนหลังจากโดสแรก ผู้ที่เป็นคนฉีดวัคซีนจะต้องแจ้งให้เด็กหญิงแต่ละคนที่ได้รับการฉีดวัคซีน (และพ่อแม่ของเธอ) ทราบว่าเมื่อไรที่เธอต้องกลับมารับการฉีดโดสสุดท้าย ไม่มีความจำเป็นที่จะตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อ HPV หรือการติดเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะฉีดวัคซีนเอชพีวี

Q : วัคซีนเอชพีวีสามารถรักษาหรือกำจัดการติดเชื้อเอชพีวี หรือมะเร็งปากมดลูก ในกรณีที่เด็กหญิงหรือสตรีมีการติดเชื้อเอชพีวีอยู่แล้วขณะที่เธอได้รับการฉีดวัคซีนได้หรือไม่?

A : ไม่ได้ วัคซีนเอชพีวีไม่สามารถรักษาการติดเชื้อเอชพีวีที่อาจมีอยู่ในเด็กหญิงขณะที่เธอได้รับการฉีดวัคซีน นอกจากนี้มันก็ไม่สามารถรักษามะเร็งปากมดลูกหรือรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือป้องกันการลุกลามของโรคในสตรีที่ติดเชื้อเอชพีวีแล้ว เมื่อพวกเขาได้รับการฉีดวัคซีน

Q : สตรีที่มีอายุระหว่าง 30 และ 49 ปี ยังคงต้องได้รับการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ ในเมื่อเธอได้รับการฉีดวัคซีนอย่างเต็มที่แล้วเมื่อเธอเป็นเด็ก?

A : ถูกต้อง มันเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับสตรีที่เป็นผู้ใหญ่ที่จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อพวกเธอมีอายุ 30-49 ปี แม้ว่าพวกเธอจะได้รับการฉีดวัคซีนก่อนมาหน้านี้ ทั้งนี้เป็นเพราะว่าแม้วัคซีนมีประสิทธิภาพสูง แต่มันก็ไม่ได้ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีทุกสายพันธุ์ที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

Q : เด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี จะสามารถรับวัคซีนได้หรือไม่?

A : ได้จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า วัคซีนเอชพีวีมีความปลอดภัยเมื่อฉีดให้เด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวี การฉีดวัคซีนสำหรับเด็กหญิงเหล่านี้ แนะนำให้ฉีดก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเช่นเดียวกับที่แนะนำสำหรับเด็กหญิงกลุ่มอื่นๆ แต่สำหรับเด็กหญิงที่มีเชื้อเอชไอวีควรที่จะได้รับวัคซีน HPV สามโดส ไม่ว่าพวกเธอจะมีอายุ 15 ปี แล้วหรือไม่

Q : ทำไมเด็กผู้ชายถึงไม่ได้รับการฉีดวัคซีนนี้?

A : วัคซีนไม่ทำอันตรายต่อเด็กผู้ชาย แต่ที่เราไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนในเด็กผู้ชายในขณะนี้เพราะวัคซีนในปัจจุบันยังมีราคาค่อนข้างแพง และเป็นการดีกว่าที่จะให้วัคซีนที่มีอยู่เพื่อปกป้องผู้ที่มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกในช่วงต่อไปของชีวิต (นั่นคือ เด็กหญิง)

ความกังวลที่พบบ่อยเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนเอชพีวี

Q : วัคซีนเอชพีวี ปลอดภัยและมีประสิทธิผลหรือไม่?

A : ใช่ จากการศึกษาที่ดำเนินการในประเทศที่กำลังพัฒนาและที่พัฒนาแล้ว พบว่าวัคซีนทั้งสองชนิดมีความปลอดภัยสูงและมีประสิทธิผล ได้มีการใช้วัคซีนทั้งสองชนิดกับเด็กหญิงและสตรีนับล้านทั่วโลก โดยที่ไม่พบอาการอันไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง เช่นเดียวกับวัคซีนชนิดอื่นๆ ได้มีการติดตามตรวจสอบความปลอดภัยของวัคซีนนี้อย่างระมัดระวัง ที่พบบ่อยเป็นอาการอันไม่พึงประสงค์ที่ไม่รุนแรง ได้แก่อาการปวดและแดงบริเวณที่ฉีด ไข้ ปวดศีรษะ และคลื่นไส้ ในบางครั้งเด็กหญิงที่ได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวี (หรือวัคซีนอื่นๆ) จะมีอาการเป็นลม ดังนั้นเด็กหญิงควรได้รับการเฝ้าระวังเป็นเวลา 15 นาที หลังจากการฉีดวัคซีน ถ้าเธอรู้สึกว่าจะเป็นลมเธอควรล้มตัวลงนอนเพื่อหลีกเลี่ยงการได้รับบาดเจ็บ

Q : ทำไมคนจึงเป็นลมหลังจากที่ได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวี?

A : วัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีแนวโน้มที่จะเป็นลมหลังจากได้รับการทำหัตถการทางการแพทย์ใดๆ รวมทั้งการฉีดวัคซีน เพราะพวกเขามักจะตื่นเต้นกังวลมากก่อนที่จะเข้ามาในห้องฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการล้มลงและได้รับบาดเจ็บเนื่องจากเป็นลม แนะนำให้เด็กหญิงที่จะได้รับการฉีดวัคซีนนั้นๆ ก่อน/ระหว่างและหลังการฉีดวัคซีน เป็นเวลา 15 นาที

Q : ลูกสาวของฉันทยังเด็กเกินไปที่จะมีเพศสัมพันธ์ ทำไมยังแนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีในเด็กหญิงอายุขนาดนี้?

A : เพื่อวัคซีนเอชพีวีทำงานได้ดีที่สุดเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะต้องฉีดวัคซีนให้เด็กหญิงก่อนที่พวกเขาจะมีสัมพันธ์ทางเพศกับบุคคลอื่น ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กหญิงสามารถที่จะติดเชื้อ HPV แม้ในครั้งแรกที่เธอมีความสัมพันธ์ทางเพศ (เพียงแค่สัมผัสผิวหนัง-กับ-ผิวหนังบริเวณที่อยู่ใกล้ช่องคลอดกับอวัยวะเพศชาย) นอกจากนี้ยังมีการทดสอบที่แสดงให้เห็นว่าวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้ดีกว่าเมื่อฉีดให้ในวัยนี้เมื่อเปรียบเทียบกับเมื่อฉีดในตอนอายุมากกว่า วัคซีนไม่สามารถรักษาเด็กหญิงที่ติดเชื้อ HPV แล้ว

Q : การฉีดวัคซีนเอชพีวีจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการมีบุตรของลูกสาวของฉันทไหม? มันจะทำให้เธอดังครรภ์หรือทำให้เธออ้วนท้องครบกำหนด ได้ยากขึ้นไหม?

A : ไม่เลย! ไม่มีหลักฐานว่าการฉีดวัคซีนเอชพีวีจะมีผลต่อความสามารถในการมีบุตรในอนาคตของเด็กหญิงหรือก่อให้เกิดปัญหาใดๆ กับการตั้งครรภ์ในอนาคต

Q : จำเป็นหรือที่ลูกสาวของฉันทต้องได้รับครบโดสตามที่แนะนำเพื่อที่จะได้รับการคุ้มครองอย่างเต็มที่จากการติดเชื้อ HPV? ฉีดโดสเดียวไม่เพียงพอหรือ?

A : เหมือนกับวัคซีนชนิดอื่นๆ วัคซีนเอชพีวีจำเป็นต้องฉีดมากกว่าหนึ่งเข็ม ถ้าฉีดไม่ครบตามจำนวนโดสที่แนะนำวัคซีนอาจจะไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มันเป็นสิ่งสำคัญที่ลูกสาวของคุณได้รับครบจำนวนโดสและตามช่วงเวลาที่เหมาะสม (สั้นสุดและนานสุด) ระหว่างโดสเพื่อที่จะได้รับการคุ้มครองอย่างเต็มที่

Q : ฉีดวัคซีนเอชพีวีในขณะที่ตั้งครรภ์ปลอดภัยหรือไม่?

A : ไม่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีในเด็กหญิงหรือสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วหรือกำลังตั้งครรภ์อยู่ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่แสดงว่าวัคซีนไม่ได้ทำให้เกิดปัญหาใดๆ กับมารดาหรือทารกที่เกิดมาจากสตรีที่ได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวีในระหว่างตั้งครรภ์

ถ้าเด็กหญิงหรือสตรีได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวีขณะตั้งครรภ์ในกรณีนี้ไม่ถือเป็นเหตุผลที่จะพิจารณาให้ยุติการตั้งครรภ์ได้ แต่เพื่อความปลอดภัย จนกว่าจะมีความรู้ในเรื่องนี้มากขึ้น เด็กหญิงและสตรีไม่ควรได้รับวัคซีนขณะที่ตั้งครรภ์

Q : มีข้อห้ามอื่นใดๆ ในการที่จะได้รับการฉีดวัคซีน?

A : ถ้าเด็กหญิงมีอาการแพ้อย่างรุนแรงต่อวัคซีนอื่นหรือต่อวัคซีนเอชพีวีที่ฉีดไปโดสก่อนหน้านี เธอก็ไม่ควรได้รับการฉีดวัคซีนเอชพีวีอีก เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดปฏิกิริยาที่รุนแรง

บันทึกสำหรับผู้ให้บริการฉีดวัคซีน : ขอความเห็นของแพทย์ก่อนที่จะฉีดวัคซีนให้เด็กหญิงที่มีประวัติเกิดอาการแพ้จากการได้วัคซีนมาก่อน

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.2 คุณลักษณะของวัคซีนเอชพีวี และห่วงโซ่เย็น (cold chain)

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้สำหรับผู้ให้บริการเท่านั้น

การนำเสนอ (presentation)/รูปลักษณะ (appearance) ของวัคซีนเอชพีวี

- Gardasil[®] มีอยู่ขนาดเดียว ในรูปขวดยา (vial), ที่ฉีดโดสเดียว (single-dose), ซึ่งบรรจุสารแขวนลอย (suspension) ที่มีปริมาณ 0.5 มล. ไม่มีสารกันบูดหรือยาปฏิชีวนะผสมอยู่ สามารถสั่งซื้อได้เป็นหีบห่อที่บรรจุ 1, 10 และ 100 ขวด
- Cervarix[®] มีอยู่สองขนาด : ชนิดที่ฉีดโดสเดียว จะเป็นขวดยาที่มีจุกยางซึ่งบรรจุสารแขวนลอยปริมาณ 0.5 มล. ไม่มีสารกันบูดหรือยาปฏิชีวนะผสมอยู่ ชนิดที่ฉีดสองโดส (two-dose) บรรจุสารแขวนลอยปริมาณ 1.0 มล. ไม่มีสารกันบูดหรือยาปฏิชีวนะผสมอยู่ ทั้งสองขนาดสามารถสั่งซื้อได้เป็นหีบห่อที่บรรจุ 1, 10 และ 100 ขวด
- วัคซีนเอชพีวีทั้งสองชนิด เมื่อนำออกมาใช้หรือหลังการจัดเก็บไว้ในตู้เย็น จะเห็นมีการแยกตัวออกเป็นสองชั้น : ของเหลวใสอยู่ด้านบนและตกตะกอนเป็นสีขาวอยู่ด้านล่างของขวด จำเป็นที่จะต้องเขย่าขวดทุกครั้งให้ทั้งสองชั้นนั้นผสมเข้าด้วยกันเป็นสารแขวนลอยก่อนที่จะดูดเข้ามาในกระบอกฉีดยา

ตารางการฉีดวัคซีน

แนะนำให้ฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวีในเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี

- ตารางการฉีดแบบสองโดส มีระยะเวลาห่างกันหกเดือนระหว่าง(สอง)โดส เป็นการแนะนำสำหรับเด็กหญิงอายุ <15 ปี (รวมถึงเด็กหญิงที่มีอายุ >15 ปี ในขณะที่ฉีดโดสที่สอง)
- ไม่มีกำหนดช่วงเวลาที่นานที่สุดระหว่างสองโดสนั้น ; แต่แนะนำว่าช่วงเวลา (ระหว่างสองโดส) ไม่ควรเกิน 12-15 เดือน
- แต่ถ้าหากด้วยเหตุผลใดก็ตาม ช่วงเวลาระหว่างโดสที่หนึ่งและสองสั้นกว่าห้าเดือนแล้ว ก็ควรที่จะให้โดสที่สามที่อย่างน้อยหกเดือนหลังจากโดสแรก
- ตารางการฉีดแบบสามโดส (0, 1-2, 6 เดือน) ยังคงแนะนำสำหรับเด็กหญิงอายุ >15 ปี และคนที่มีความภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมทั้งคนที่มิเชื่อเอชไอวี (โดยไม่คำนึงถึงว่าพวกเขากำลังได้รับยาต้านไวรัสอยู่หรือไม่) ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตรวจคัดกรองว่ามีการติดเชื้อ HPV หรือ HIV ก่อนที่จะให้การฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

คำแนะนำตารางการฉีดนี้ใช้ได้กับวัคซีนทั้ง bivalent และวัคซีน quadrivalent ^[7]

.....

^[7] สำหรับข้อมูลเพิ่มเติม โปรดดูที่ the Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, April 2014 – conclusions and recommendations, สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/wer/2014/wer8921.pdf>

การจัดเก็บวัคซีน และห่วงโซ่เย็น (cold chain)

วัคซีนเอชพีวีทั้งสองชนิด มีความไวต่อสภาวะที่เย็นจัด (freezing) ถ้าถูกแช่แข็ง (frozen) จำเป็นที่จะต้องทิ้งมันไปเพราะว่ามันจะไม่สามารถให้การป้องกัน (การติดเชื้อเอชพีวี) ได้ ดังนั้นควรที่จะให้ความสำคัญกับสิ่งที่จะกล่าวต่อไปนี้ :

- จำเป็นต้องเก็บวัคซีนไว้ที่อุณหภูมิ 2-8°C
- ไม่ให้วางวัคซีนเอชพีวีไว้ใน/หรือใกล้กับช่องแช่แข็งของตู้เย็น หรือวางบนถุงน้ำแข็งที่แช่แข็ง
- ไม่ควรเก็บวัคซีนไว้ที่ด้านในประตูตู้เย็น เพราะมีแนวโน้มที่อุณหภูมิจะมีความผันผวนเมื่อเปิดและปิดตู้เย็น
- อุณหภูมิของตู้เย็นควรมีการตรวจสอบโดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิ (thermometer) อย่างสม่ำเสมอ (อย่างน้อยวันละสองครั้ง) และมีการวาง Freeze-tag[®] หรือ Fridge-tag[®] ไว้ในตู้เย็นเพื่อตรวจสอบหากอุณหภูมิลดลงถึงระดับที่เย็นจัด ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 8°C หรือต่ำกว่า 2°C จะต้องมีการปรับตามความจำเป็นเพื่อรักษาอุณหภูมิให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม
- วัคซีนทั้งสองชนิดควรนำไปฉีดให้ผู้รับบริการทันทีหลังจากที่เอาออกจากตู้เย็น ขวดวัคซีนที่เปิดใช้แล้ว หลังหกชั่วโมงหรือเมื่อสิ้นสุดช่วงเวลาการให้วัคซีนแล้วควรทิ้งไปทั้งหมด
- หากต้องการขนส่งวัคซีน ให้ใช้กระติกควบคุมอุณหภูมิ (thermos box) เพื่อที่จะรักษาอุณหภูมิไว้ที่ 2-8°C
 - ให้ระวังด้วยว่า มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะเกิดสภาวะที่เย็นจัดเมื่อใช้ถุงน้ำแข็งที่แช่แข็ง ดังนั้นถุงน้ำแข็งที่แช่แข็งควรจะวางไว้ที่อุณหภูมิห้องเป็นเวลาอย่างน้อย 5-10 นาที (จนกระทั่งเมื่อเขย่าถุงจะสามารถได้ยินเสียงน้ำแข็งที่อยู่ภายในได้) ก่อนที่จะใส่วัคซีนและถุงน้ำแข็งลงในกระติกควบคุมอุณหภูมิ ขั้นตอนนี้เรียกว่า "การปรับสภาวะ" (conditioning) ถุงน้ำแข็ง และจะป้องกันวัคซีนไม่ให้เกิดสภาวะที่เย็นจัดเมื่อมันถูกวางไว้ใกล้กับถุงน้ำแข็ง พยายามกันถุงน้ำแข็งที่ถูกปรับสภาวะแล้วนี้ให้อยู่แยกห่างจากขวดวัคซีนเสมอด้วยวัสดุที่เหมาะสมซึ่งมีความหนาพอสมควร ให้จำไว้ว่าความเสี่ยงต่อสภาวะที่เย็นจัดเป็นความเสี่ยงที่ร้ายแรงที่สุดสำหรับวัคซีนที่มีไวต่อความเย็นจัด
 - สำหรับในการนำเอาวัคซีนออกจากตู้เย็นที่เก็บรักษาไปยังที่ที่ไม่ไกลนัก พิจารณาให้ใช้ถุงน้ำ (water pack) แทน ซึ่งมันเป็นถุงน้ำแข็งที่ถูกเก็บไว้ที่อุณหภูมิระหว่าง 2°C-8°C
- วัคซีนทั้งสองชนิดมีความไวต่อแสงและควรเก็บไว้ในที่บอดมืดจนกว่าจะพร้อมที่จะใช้

วิธีการพิสูจน์ว่าวัคซีนถูกแช่แข็ง (frozen) มาก่อนหน้านี้

หากเป็นที่น่าสงสัยว่าวัคซีนเอชพีวีที่ถูกจัดมาให้จะถูกแช่แข็งหรือสัมผัสกับอุณหภูมิที่ต่ำกว่าศูนย์องศา มาก่อน ควรจะดำเนินการทดสอบโดยการเขย่า (shake test) เพื่อตรวจสอบว่าวัคซีนสามารถนำมาใช้ได้หรือไม่ ถ้ามันได้รับการแช่แข็งมาก่อน เมื่อเขย่าขวดวัคซีนจะไม่ปรากฏเป็นสารแขวนลอยสีขาวแบบสม่ำเสมอ ลักษณะที่แสดงให้เห็นอีกอย่างหนึ่งของการที่เคยถูกแช่แข็งคือส่วนที่เป็นของเหลวจะมีสีที่เปลี่ยนไป

สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดดูบทความใน the Bulletin of the World Health Organization on Validation of the shake test for detecting freeze damage to adsorbed vaccines (Kartoglu et al., 2010; ดูเอกสารอ้างอิงทั้งหมดในรายการเอกสารอ่านเพิ่มเติมที่อยู่ท้ายบทที่ 4),^[8] และดู online instructional videos : Shake and tell (22 นาที) and Step by step shake test (10 นาที).^[9]

ตามใบแทรก (insert) ของบริษัทผู้ผลิต อายุการเก็บรักษา(ความทนทาน)ของวัคซีนหลังจากที่มีการผลิต คือ สามปีสำหรับขวดวัคซีนที่ฉีดได้สเดียวของ Gardasil[®] สี่ปีสำหรับขวดวัคซีนที่ฉีดได้สเดียวของ Cervarix[®] และสามปีสำหรับขวดวัคซีนที่ฉีดสองโดสของ Cervarix[®]

ที่สำคัญ : ให้ตรวจสอบวันหมดอายุบนหีบห่อที่บรรจุวัคซีนที่จะใช้ก่อนที่จะเริ่มให้บริการฉีดวัคซีน ถ้าเลยวันหมดอายุไปแล้วต้องทิ้งวัคซีนนั้นไป ^[10]

ตัวตรวจสอบขวดวัคซีน (vaccine vial monitor ; VVM) คือฉลากที่จะเปลี่ยนสีตามอุณหภูมิ (thermochromic) ฉลากนี้จะถูกแปะติดอยู่บนขวดที่บรรจุวัคซีนและจะแสดงสีให้เห็นตามความร้อนสะสม ที่ (ทำให้ลดคุณค่าวัคซีน) ได้รับ ถ้าสีเปลี่ยนด้านในของ VVM มีสีเท่ากับหรือเข้มกว่าวงแหวนรอบนอก ให้ทิ้งวัคซีนขวดนั้น

การสับเปลี่ยนกันของวัคซีน (interchangeability)

เป็นการดีกว่าที่จะใช้วัคซีนชนิดเดียวกันสำหรับการฉีดทุกโดส ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการสับเปลี่ยนกันของวัคซีนเอชพีวีสองชนิดที่มีอยู่ แต่ถ้าวัคซีนที่ฉีดในโดสแรกไม่ทราบว่าเป็นวัคซีนชนิดใด หรือไม่มีอยู่ในสถานที่นั้นๆ ก็ให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีที่มีอยู่ได้เพื่อให้ครบตามตารางที่กำหนด

.....

^[8] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/8/08-056879/en/index.html>

^[9] สามารถหาได้ที่ : <http://vimeo.com/8381355> (Shake and tell); <http://vimeo.com/8389435> (Step by step shake test)

^[10] ข้อมูลเพิ่มเติม สามารถหาได้ที่ : <http://www.ema.europa.eu/ema/>

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.3 : ช่วงดำเนินการฉีดวัคซีน

การเตรียมความพร้อม

กลยุทธ์การใช้โรงเรียนในการจัดฉีดวัคซีน (School-based strategy)

ถ้าจะดำเนินการโดยใช้กลยุทธ์การใช้โรงเรียนในการจัดฉีดวัคซีน หรือ ถ้าโรงเรียนได้อาสาที่จะให้ใช้เป็นสถานที่ (ฉีดวัคซีน) สำหรับเด็กหญิงที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียน อาจจำเป็นต้องไปตรวจเยี่ยมดูสถานที่นั้น ก่อนเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนและครูที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฉีดวัคซีน จะต้องได้รับแจ้งในรายละเอียดของสิ่งที่จะเกิดขึ้นในวันการฉีดวัคซีน และยังคงจะต้องได้รับการฝึกอบรมก่อนที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือได้ (โปรดดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.7) องค์การอนามัยโลกมีเครื่องมือการประเมินความพร้อมของการฉีดวัคซีนที่โรงเรียนเพื่อช่วยผู้ที่วางแผนในการที่จะใช้ school-based strategy ^[11]

.....

[11] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

วันก่อนวันทำการฉีดวัคซีน หรือในช่วงต้น(ก่อนเวลา)ในวันเดียวกันนั้น

แน่ใจว่ามีสิ่งต่างๆ ต่อไปนี้พร้อม :

- วัคซีน กระบอกฉีดยา และตู้เย็นและถุงน้ำแข็งสำหรับการขนส่ง
- วัสดุ/สื่อที่จะใช้ในการให้ IEC - ข้อมูล สุขศึกษาและการสื่อสาร - (เช่น ใบปลิว แผ่นพับ โปสเตอร์)
- แก้วน้ำ และโต๊ะ
- ถังขยะสำหรับทิ้งสิ่งของที่ไม่มีความคม (เช่น swabs เช่น กระดาษเช็ดมือ)
- น้ำ และสบู่ (หรือแอลกอฮอล์ที่ใช้สำหรับถูมือ) สำหรับล้างมือ
- ถาด และชามรูปไต
- กล่องที่มีฝาปิดมิดชิด
- ภาชนะที่สำหรับใส่ขวดยาที่ใช้แล้ว
- swabs สำหรับทำความสะอาดบริเวณที่ฉีด ก่อนและหลังการฉีดวัคซีน
- ยาที่ใช้ในการรักษาอาการแพ้ตามแนวทางปฏิบัติแห่งชาติ
- สถานที่สำหรับเด็กหญิงได้พักในระหว่างรอ และหลังจากการฉีดวัคซีน 15 นาที
- สมุดบันทึกการฉีดวัคซีน (ลงทะเบียน)
- แผ่นนับจำนวน (tally sheets)
- บัตรฉีดวัคซีนประจำตัว
- ปฏิทิน

การดำเนินงาน

ก่อนการฉีดวัคซีน

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ หรือผู้ใหญ่/ครูที่ได้รับการฝึกอบรมควรตรวจสอบว่าเด็กหญิงคนใดมีคุณสมบัติเหมาะสมที่จะได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV และเธอเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องที่กำลังจะทำ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางปฏิบัติแห่งชาติที่ผู้ให้บริการควรทราบด้วยว่ามีเด็กหญิงที่มีคุณสมบัติเหมาะสมเหล่านี้อาจปฏิเสธหรือไม่ที่จะรับการฉีดวัคซีน

1. ทักทายเด็กหญิง (และพ่อแม่/ผู้ปกครองของเธอ, ถ้าอยู่ตรงนั้น)
2. อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี
3. พูดคุยถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หรือปฏิกิริยาที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน
4. พูดคุยถึงความเสี่ยงของการไม่ได้รับวัคซีน
5. ถามเด็กหญิง (และ/หรือพ่อแม่/ผู้ปกครองของเธอ ถ้าอยู่ตรงนั้น) ว่าเธอมีคำถามที่จะถามหรือไม่ และ (ถ้ามี) ตอบคำถามเหล่านี้ให้ชัดเจน โดยใช้ภาษาทางเทคนิคให้น้อยที่สุด
6. ตรวจสอบว่าเด็กหญิงคนนั้นมีความเข้าใจในข้อมูลที่ให้และแก้ไขความเข้าใจผิดใดๆ ถ้าหลังจากที่ได้รับข้อมูลแล้วเด็กหญิงปฏิเสธที่จะรับการฉีดวัคซีน ควรเคารพการตัดสินใจของเธอ ; อนุญาตให้เธอกลับไปได้หลังจากเชื่อเชิญให้เธอกลับมาในเวลาอื่นถ้าต้องการหรือเกี่ยวกับการตัดสินใจต่อไป
7. เก็บเอกสารเช่นรับความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง ถ้าทำได้
8. ตรวจสอบการมีคุณสมบัติเหมาะสม โดยการตรวจว่าเด็กหญิงคนนั้น :
 - อยู่ในกลุ่มอายุเป้าหมาย
 - ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ข้อมูลนี้ควรจะถามเป็นการส่วนตัว)
 - ไม่ได้แพ้ส่วนประกอบใดๆ ของวัคซีน
9. ขอคู่มือฉีดวัคซีนของเด็กหญิง (หรือบัตรสุขภาพวัยรุ่น) ถ้ามีให้ตรวจ
10. ระบุได้สของวัคซีน HPV ว่าเป็นโด๊ส (ที่หนึ่ง สอง หรือสาม) ที่จะได้รับการฉีดในครั้งนี้

การฉีดวัคซีนอย่างปลอดภัย ให้กับเด็กหญิงที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

11. ตรวจสอบให้แน่ใจว่าเด็กหญิงได้นั่งอยู่ในที่ที่ความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการเป็นลมที่อาจเกิดขึ้นน้อยที่สุด
12. ตรวจสอบวันหมดอายุบนขวดวัคซีน
13. ตรวจสอบ (ดูสีที่ฉลาก) ตัวตรวจสอบขวดวัคซีน (VVM)
14. ตรวจสอบสภาพของขวดวัคซีนโดยให้ถือขวดระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วกลาง : ห้ามไม่ให้ใช้ ถ้าทิบห่อที่บรรจุขวดมีรูรั่ว ฉีกขาดหรือเสียหาย หรือถ้าขวดมีอนุภาค (particles) หรือมีสีที่เปลี่ยนไปหรือมีลักษณะเป็นน้ำแข็ง
15. ให้ทำการเขย่าขวด (shake test) ถ้าสงสัยว่ามีสภาวะที่เย็นจัด (freezing) (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.2)

16. ผลผสมสารแขวนลอย (suspension) ของวัคซีนด้วยการเขย่าขวดจนของเหลวเป็นสีขาวขุ่น
17. เปิดหีบห่อที่บรรจุกระบอกฉีดยา และเอากระบอกฉีดยาและเข็มออกมา
18. ถอดปลอกเข็มออกโดยไม่ให้สัมผัสส่วนหนึ่งส่วนใดของเข็ม
19. แทะเข็มเข้าไปในขวดวัคซีนและให้ปลายของเข็มไปยังส่วนต่ำสุดของด้านล่างของขวด
20. ดูดตัวยาทั้งหมดที่อยู่ในขวดลงในกระบอกฉีดยา 0.5 มล. จนคุณได้ยินเสียง "คลิก"
21. ฉีดตัวยาทั้งหมดในกระบอกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ deltoid ที่ต้นแขน โดยทำมุมตั้งฉาก 90 องศา
22. วาง swab ลงบริเวณที่ฉีดและบอกให้เด็กหญิงกดมันไว้ ไม่ให้นิ้วกดบริเวณที่ฉีด

หลังจากฉีดวัคซีน

23. ทิ้งกระบอกฉีดยาและเข็มลงในกล่องที่มีฝาปิดมิดชิดทันทีหลังจากที่ฉีดแล้ว
24. บันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนลงในบัตรฉีดวัคซีนของเด็กหญิงคนนั้น
(ดูภาคผนวก 6 ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.1)
25. ระบุวันที่ครบกำหนดสำหรับการฉีดวัคซีนได้สต่อไป และบันทึกลงในบัตรฉีดวัคซีนนั้นด้วย
26. เตือนเธอว่าเธอจะต้องได้รับวัคซีนโดสที่เหลือ (1-2) และลงเวลาให้เธอสำหรับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไป
27. บันทึกการฉีดวัคซีนของเด็กหญิงคนนี้ลงในสมุดบันทึกที่เหมาะสม
28. บันทึกข้อมูลดังต่อไปนี้ลงในสมุดบันทึกการฉีดวัคซีน (ลงทะเบียน)
(ดูภาคผนวกที่ 6 ตัวอย่างแบบฟอร์ม 6.2) :
 - ก. ชื่อของเด็กหญิงสาว
 - ข. ที่อยู่
 - ค. วัน เดือน ปีเกิด และอายุ (ถ้าไม่รู้ ให้บันทึกอายุของเด็กหญิงโดยอาศัยการคาดเดาอย่างมีเหตุผล)
 - ง. วันที่ของการฉีดวัคซีน
 - จ. ลำดับที่ของโดสวัคซีน HPV : HPV1 หรือ HPV2 (หรือ HPV3, ถ้ามี)
 - ฉ. วันที่ฉีดโดสต่อไป ถ้าจำเป็น
 - ช. วันที่ฉีดโดสก่อนหน้า ถ้ามี
29. ส่งคืนบัตรฉีดวัคซีนที่ได้ปรับข้อมูลให้เป็นปัจจุบันให้เด็กหญิง ซึ่งให้เธอเห็นที่คุณได้ทำเครื่องหมายนัดมาฉีดโดสต่อไป และบอกให้เธอนำมันกลับมาในวันนั้นด้วย
30. สังเกตเธอเป็นเวลา 15 นาที หลังจากฉีดวัคซีน ในกรณีที่อาจมีอาการเป็นลม
31. ให้การดูแลรักษาและบันทึกอาการ/ปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์ใดๆ ที่เกิดขึ้น

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.4 : ความปลอดภัยในการฉีด(วัคซีน) (Injection safety)

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความการฉีดวัคซีนที่ปลอดภัย (safe injection) ไว้ดังนี้ :

- ไม่เป็นอันตรายต่อผู้รับ
- ไม่ทำให้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพได้สัมผัส (expose) กับความเสี่ยงใดๆ ที่หลีกเลี่ยงได้
- ไม่ทำให้เกิดของเสีย (waste) ที่เป็นอันตรายต่อชุมชน

ความปลอดภัยในการฉีด สามารถทำได้โดยยึดตามการปฏิบัติต่อไปนี้อย่างเคร่งครัด :

1. ให้ทำตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตสำหรับการใช้งาน การจัดเก็บ และควบคุมดูแล
2. ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำและปล่อยให้แห้ง
3. เตรียมการฉีดในพื้นที่สะอาดที่ซึ่งเป็นที่ที่ไม่มีโอกาสสัมผัสกับเลือดและของเหลวในร่างกาย
4. ให้เตรียมแต่ละโดสทันทีก่อนการฉีดแต่ละครั้ง ไม่ให้เตรียมกระบอกฉีดยาไว้หลายอันล่วงหน้า
5. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ ให้เตรียมพื้นที่ทำงานดังนี้ :
 - ก. ผู้ที่ทำการฉีดวัคซีนควรถูกจัดให้อยู่ (กั้น) ระหว่างเด็กหญิงกับเข็มและวัตถุมีคมอื่นๆ
 - ข. เครื่องมือที่ใช้ตรวจสอบและกล่องที่มีฝาปิดมิดชิดให้อยู่ในตำแหน่งที่สามารถหยิบถึงได้ง่าย
 - ค. ผู้ที่ทำการฉีดวัคซีนแต่ละคนใช้กล่องที่มีฝาปิดมิดชิดที่กำหนดให้ไว้เฉพาะ และสามารถมองเห็นช่องเปิดเพื่อทิ้งเข็มที่ใช้แล้ว
6. ตรวจสอบสภาพขวดและวันหมดอายุ และตรวจสอบ(ดูสีที่ฉลาก)ตัวตรวจสอบขวดวัคซีน (VVM)
7. อย่าใช้วัคซีนถ้าหีบห่อที่บรรจุขวดมีรูรั่ว ฉีกขาดหรือเสียหาย หรือถ้าขวดมีอนุภาค (particles) หรือมีสิ่งปนเปื้อน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.2)
8. ใช้กระบอกฉีดยาใหม่สำหรับเด็กหญิงแต่ละคน
9. ไม่สัมผัสส่วนหนึ่งของเข็ม
10. ไม่ให้คาเข็มทิ้งไว้ที่ด้านบนของขวดวัคซีน
11. ทำความสะอาดบริเวณที่จะฉีดและฉีดตัวยาทั้งหมดในกระบอกฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ deltoid ที่ต้นแขน โดยทำมุมตั้งฉาก 90 องศา
12. ไม่สวมปลอกเข็มกลับไปอีกหลังจากการใช้งาน
13. ทิ้งกระบอกฉีดยาและเข็มลงในกล่องที่มีฝาปิดมิดชิด (safety box) ทันทีหลังจากที่ฉีดวัคซีน safety box เป็นภาชนะที่กันน้ำและคงทนต่อการกระทบกระแทกที่มีการปิดอย่างมิดชิด มีเพียงรูเล็กๆ ที่ด้านบนขนาดใหญ่พอสำหรับกระบอกฉีดยาและเข็มที่จะผ่านลงไปได้
14. อย่าใส่ของลงใน safety box จนล้น ให้ปิดภาชนะและรูเปิดเมื่อกล่องเต็มประมาณสามในสี่ อย่าพยายามที่จะยัดสิ่งของลงโดยการดันผ่านรูเปิดเข้าไปในกล่อง
15. เก็บ safety box ในที่ที่แห้งและปลอดภัยจนกว่าจะทิ้งในสถานที่ที่ได้ถูกกำหนดไว้อย่างปลอดภัย
16. ห้ามทิ้งกระบอกฉีดยาและเข็มที่ใช้แล้วไว้ในกล่องหรือภาชนะที่เปิดอยู่

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.5 : การติดตามตรวจสอบและการประเมินผลของแผนงาน/โปรแกรม การฉีดวัคซีน การเก็บรวบรวมข้อมูลและเอกสาร

การประเมินความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเอชพีวีเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการติดตามตรวจสอบประสิทธิภาพของแผนงาน/โปรแกรมการฉีดวัคซีน และเพื่อเป็นการประเมินผลกระทบของการให้วัคซีนต่อประชากรกลุ่มนั้นด้วย ตั้งแต่แนะนำให้ฉีดวัคซีนเอชพีวีได้สองโดส โดยให้ฉีดห่างกันหกเดือนในเด็กหญิงอายุ 9-13 ปี การติดตามตรวจสอบจะต้องมีการเก็บรวบรวมข้อมูลความครอบคลุมตามโดสและตามอายุอย่างน้อยที่สุด ควรมีการเก็บข้อมูล วัน เดือน ปีเกิดของเด็กหญิง วันที่ฉีดวัคซีน และเลขที่ (HPV 1, HPV 2) ที่ได้รับการฉีด ทุกครั้ง โปรดดูภาคผนวก 6 แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.1 - 6.4

องค์การอนามัยโลกมีเครื่องมือในการติดตามตรวจสอบความครอบคลุมของวัคซีน HPV ที่มาพร้อมกับคำแนะนำ ที่อาจนำมาปรับใช้กับในท้องถิ่น ^[12] สรุปของเนื้อหาและคำแนะนำโดยย่อได้แสดงไว้ด้านล่าง

.....

^[12] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>

เครื่องมือ (สิ่งที่ใช้) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการรายงาน

สำหรับผู้ให้บริการฉีดวัคซีน :

- บัตรฉีดวัคซีนของ (เด็กหญิง) แต่ละคน (หรือบัตรสุขภาพวัยรุ่น) (แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.1)
- สมุดบันทึก (logbook) ผู้ให้บริการฉีดวัคซีน หนึ่งเล่มต่อหนึ่งสถานที่ให้บริการ (แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.2)
- แผ่นนับ (tally sheet) หนึ่งแผ่นต่อหนึ่ง session ของการให้บริการฉีดวัคซีน (แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.2)
- แผ่นบันทึกรายเดือนของการฉีดวัคซีน หนึ่งแผ่นต่อหนึ่งสถานที่ให้บริการ (แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.3)
- แบบฟอร์มการรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.6 และแบบฟอร์มตัวอย่าง 6.4)

สำหรับผู้ที่เป็นหัวหน้า (supervisor) :

- ตารางสรุปเป็นรายเดือนของการให้บริการในแต่ละปี

สำหรับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ :

- ตารางสรุปเป็นรายเดือนของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในแต่ละปี
- แบบฟอร์มการรายงานประจำปีของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

สำหรับสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ : (For national health offices)

- ตารางสรุปเป็นรายเดือนของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (national health office monthly summary table)
- แบบฟอร์มการรายงานประจำปีของสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ (national health offices annual reporting form)

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ใช้สมุดบันทึก (logbook) (ลงทะเบียน) หนึ่งเล่มต่อหนึ่งสถานที่ให้บริการ
2. การลงทะเบียนเด็กหญิงแต่ละคนให้เก็บรวบรวมข้อมูลต่อไปนี้ :
 - ก. ชื่อของเด็กหญิง
 - ข. ที่อยู่
 - ค. วัน เดือน ปีเกิด และอายุ (ถ้าไม่รู้ให้บันทึกอายุของเด็กหญิงโดยอาศัยการคาดเดาอย่างมีเหตุผล)
 - ง. วันที่ของการฉีดวัคซีน
 - จ. ลำดับที่ของโดสวัคซีน HPV : HPV1 หรือ HPV2 (หรือ HPV3 ถ้ามี)
 - ฉ. วันที่ฉีดโดสก่อนหน้า (1-2) ถ้ามี
 - ช. อายุของเด็กหญิงขณะที่ฉีดโดสก่อนหน้า (1-2) ถ้ามี
3. ถามเด็กหญิงเป็นการส่วนตัวว่าเธอตั้งครรภ์อยู่ หรือคิดว่าอาจจะตั้งครรภ์อยู่หรือไม่ : ถ้าคำตอบว่าใช่ ให้เลื่อนการฉีดวัคซีนของเธอออกไป และลงบันทึกข้อเท็จจริงนี้ไว้ในสมุดบันทึก (logbook)
4. ขอบัตรฉีดวัคซีนประจำตัวของเธอ ตรวจสอบกับสมุดบันทึก (ลงทะเบียน) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของ (ลำดับ) โดสที่จะฉีดให้ ถ้าเธอไม่ได้เอาบัตรติดตัวมา ให้ตรวจสอบที่สมุดบันทึกโดยใช้ข้อมูลส่วนตัวของเธอ
5. บันทึกการให้วัคซีนแต่ละครั้งโดยทำเครื่องหมายลงใน “0” ในช่องที่เหมาะสม (ตามอายุและตามลำดับโดสของวัคซีน) ในแผ่นนับมาตรฐาน (ดูภาคผนวก 6 แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.2)
6. เมื่อสิ้นสุดการฉีดวัคซีนในแต่ละวันให้นับจำนวนโดสของวัคซีน HPV ที่ได้ให้ไปตามอายุและตามลำดับโดส โดยเปรียบเทียบกับจำนวนที่บันทึกในแผ่นนับมาตรฐานตามอายุและตามลำดับโดส (แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.2)
7. แบบฟอร์มตัวอย่างข้างต้นเป็นเพียงการนำเสนอรูปแบบหนึ่งเท่านั้น ถ้ามีแบบฟอร์มมาตรฐานในระดับชาติ หรือเป็นที่ยอมรับในระดับสากลอยู่แล้ว ก็ควรจะนำแบบฟอร์มนั้นมาใช้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.6 : ในกรณีที่มีเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีนเกิดขึ้น

Adverse event following immunization ; AEFI สามารถ (ถูก) อธิบายได้ว่าเป็นเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ทางคลินิกที่เกี่ยวข้องชั่วคราวกับการฉีดวัคซีน แต่มันอาจจะเกิดจากหรืออาจจะไม่ได้เกิดจากตัววัคซีนเองหรือกระบวนการฉีดวัคซีน ความรุนแรงของ AEFIs สามารถมีได้แตกต่างกันจากระดับน้อย เช่นการเกิดปฏิกิริยาเล็กน้อยบริเวณที่ฉีด ไปจนถึงเหตุการณ์ที่คุกคามต่อชีวิต รวมถึงอาการแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylaxis) และอาจถึงเสียชีวิตได้ แม้ว่า AEFIs อาจเกิดได้จากตัววัคซีนเอง แต่ AEFIs ที่มีรายงานที่พบได้บ่อยมากกว่าเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกันโดยบังเอิญ (coincident) ไม่เกี่ยวข้องกับตัววัคซีนแต่เป็นปัญหาทางโปรแกรมหรือจากความผิดพลาดของบุคลากรที่ทำให้คุณภาพวัคซีนด้อยลงไป การติดตามตรวจสอบความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวีและการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในรายละเอียดมีความสำคัญอย่างยิ่งยวด เพราะวัคซีนเอชพีวีเป็นวัคซีนใหม่และใช้ฉีดให้กับเด็กอายุน้อยที่ไม่ใช่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำหรับการฉีดวัคซีนมาก่อนหน้านี้ ปฏิบัติการอันไม่พึงประสงค์ใดๆ สามารถทำลายความเชื่อมั่นของผู้ปกครองและของชุมชนที่มีต่อวัคซีนต่อแผนงาน/โปรแกรมการฉีดวัคซีน และต่อเจ้าหน้าที่ทำงาน

AEFIs สามารถแบ่งออกได้เป็นห้าประเภท : ^[13]

.....

^[13] ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดหมวดหมู่ของ AEFIs โดยองค์การอนามัยโลก สามารถหาได้ที่ : <http://vaccine-safety-training.org/classification-of-aefis.html>

1. ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับตัววัคซีน : เป็น AEFI ที่เกิดขึ้นหรือถูกทำให้เกิดเร็วขึ้นจากคุณสมบัติเฉพาะตัวอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าของวัคซีน (ตัวอย่างเช่น อาการแขนขาบวมอย่างรุนแรงจากการฉีดวัคซีน DTP)
2. ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับคุณภาพที่บกพร่องของตัววัคซีน : เป็น AEFI ที่เกิดขึ้นหรือถูกทำให้เกิดเร็วขึ้นจากคุณภาพอย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าที่บกพร่องของวัคซีน รวมถึงอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องในการฉีดวัคซีนที่ทำมาจากบริษัทผู้ผลิต (ตัวอย่างเช่น ความล้มเหลวโดยบริษัทผู้ผลิตที่ไม่ได้ทำให้เชื้อตายได้อย่างสมบูรณ์ในล็อต (lot) หนึ่งของวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ นำไปสู่การเกิดผู้ป่วยที่เป็น paralytic polio)
3. ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการฉีดวัคซีน : เป็น AEFI ที่เกิดขึ้นจากการควบคุมดูแลการล้างฉีด หรือการให้วัคซีนที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ (ตัวอย่างเช่น การส่งผ่าน การติดเชื้อจากการใช้ขวด multidose ที่ปนเปื้อน)
4. ปฏิบัติการที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับความปลอดภัย : เป็น AEFI ที่เกิดขึ้นจากความวิตกกังวลที่จะได้รับการฉีดวัคซีน (ตัวอย่างเช่น วัยรุ่นเป็นลมในระหว่าง/หลังจากฉีดวัคซีน)
5. เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมกันโดยบังเอิญ : เป็น AEFI ที่เกิดจากสิ่งอื่นที่ไม่ใช่ ตัววัคซีนเอง ความผิดพลาดในการฉีดวัคซีน หรือความวิตกกังวล (ตัวอย่างเช่น มีไข้เกิดขึ้นในช่วงเวลาของการฉีดวัคซีน แต่ในข้อเท็จจริงเกิดจากโรคมาลาเรีย)

ปฏิกิริยาที่เกิดจากการฉีดวัคซีนเอชพีวี

ปฏิกิริยาที่เกิดจากการฉีดวัคซีนเอชพีวี ที่พบบ่อย

ปฏิกิริยาเหล่านี้มักจะหายไปได้เอง และไม่จำเป็นต้องมีการรักษา :

- ปวด บวม แดงหรือเป็นจุดนูนแข็งบริเวณที่ฉีด
- มีไข้
- ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดกระดูก
- อาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
- เป็นลม

ปฏิกิริยาที่เกิดจากการฉีดวัคซีนเอชพีวี ที่พบได้ยาก

เหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงเกิดขึ้นได้ยากมากและต้องการการรักษาทันที อาการแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylaxis) อาจเกิดขึ้นได้จากการฉีดวัคซีนเอชพีวี ดังนั้นจึงต้องระวังที่จะหลีกเลี่ยงการฉีดวัคซีนให้กับเด็กหญิงที่มีประวัติการแพ้ต่อส่วนประกอบของวัคซีนก่อนหน้านี้ ถ้าฉีดวัคซีนแล้วสงสัยว่าจะเกิด anaphylaxis ต้องให้การรักษาเด็กหญิงนั้นตามความจำเป็นทันที เด็กหญิงพวกนี้ไม่ควรได้รับวัคซีนเอชพีวี ในโดสถัดไปหรือวัคซีนอื่นๆ ที่มีส่วนประกอบของวัคซีนที่คล้ายกัน

การรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน (AEFI)

ควรจัดการให้มีระบบที่จะอำนวยความสะดวกในการรายงานและการสอบสวน AEFIs ที่รวดเร็ว หน่วยงานกำกับดูแลแห่งชาติและกรรมการที่ปรึกษาวัคซีนแห่งชาติ (national immunization technical advisory groups ; NITAG) ควรจะมีบทบาทเชิงรุกในการตรวจสอบรายงาน AEFIs ที่ร้ายแรงเพื่อหาข้อเท็จจริงว่ามีความเกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนเอชพีวี หรือไม่ และทำการบอกข่าวสารให้ทราบกันโดยทั่วเพื่อไปแก้ไขข้อผิดพลาดต่างๆ

ควรรายงานทุกเหตุการณ์ที่สงสัยว่าเป็น AEFIs ไปยังหน่วยงานด้านสุขภาพ โดยใช้แบบฟอร์มรายงาน AEFI มาตรฐาน (ดูตัวอย่าง ภาคผนวก 6 แบบฟอร์มตัวอย่าง 6.4) เหตุการณ์ที่ร้ายแรงต่างๆ เช่น การเสียชีวิต การที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือเกิดมี AEFIs ขึ้นเป็นกลุ่มที่บริเวณใดบริเวณหนึ่ง ควรจะต้องมีการสอบสวนหาข้อเท็จจริงอย่างรวดเร็ว (ภายใน 48 ชั่วโมง)

การจัดการกับข่าวลือ

กลุ่มที่ไม่เห็นด้วยกับการฉีดวัคซีนอาจจุดชนวนหรือขยายข่าวลือ ของความเลื่องที่เกี่ยวกับการฉีด วัคซีนและความเกี่ยวข้องที่ไม่จริงของเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นป้องกันโดยบังเอิญ เพื่อที่จะกีดกัน การฉีดวัคซีนเอชพีวีในประชากร เพราะข้อมูลที่ผิดสามารถเป็นอันตรายต่อการยอมรับและความพยายาม ในการฉีดวัคซีน โครงสร้างพื้นฐานในการตรวจสอบ AEFI ที่แข็งแกร่งเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการปิดเป้า ข่าวลือและการแสดงให้เห็นถึงความปลอดภัยของการฉีดวัคซีนเอชพีวีอย่างต่อเนื่องการมีแผนไว้สำหรับที่จะ เน้นย้ำถึงความปลอดภัยของวัคซีนเอชพีวี และขจัดข่าวลือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของแผนงาน/โปรแกรม การฉีดวัคซีนเอชพีวีที่ประสบความสำเร็จ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.7 : การพูดคุยกับครูและเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อเอชพีวี

ในวันใดวันหนึ่ง (หรือลัปดาห์ใดลัปดาห์หนึ่ง) ก่อนกำหนดการที่จะให้มีการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อให้กับเด็กนักเรียน ควรจัดให้มีการประชุมร่วมกับพนักงานของโรงเรียนขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีนเอชพีวี อาจจะแนะนำพวกเขาให้ปรับใช้ภาษาที่เหมาะสมเมื่อพูดคุยในเรื่องดังกล่าวกับนักเรียน (ชายและหญิง) ก่อนที่จะมีการฉีดวัคซีนครั้งแรก ให้นำหมายการประชุมครั้งนี้ผ่านผู้บริหารโรงเรียนและแนะนำว่าครูทุกคนควรได้รับการเชิญให้เข้าร่วม ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้เกี่ยวกับการจัดเตรียมการประชุม การนำเสนอ และการติดตามผลอาจจะเป็นประโยชน์

สิ่งที่ต้องเตรียมจัดหามา

- วัสดุ/สื่อที่จะใช้ในการให้ข้อมูลและสุศึกษา
- แผ่นสำเนาของคำถามที่พบบ่อย และคำตอบเพื่อแจกในวันประชุม (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.2 และ 4.1)

หัวข้อและกิจกรรมในการประชุม

- หลังจากการแนะนำ ให้แบ่งผู้ร่วมประชุมออกเป็น 4-6 กลุ่มย่อย ; ถ้าเป็นไปได้ให้มีตัวแทนเจ้าหน้าที่บริหารของโรงเรียนหนึ่งคนอยู่ในแต่ละกลุ่ม
- แจกแผ่นคำถามที่พบบ่อยหนึ่งหรือสองแผ่นให้แต่ละกลุ่ม และขออาสาสมัครในแต่ละกลุ่มเพื่อเป็นผู้นำการอภิปรายในหัวข้อนั้นๆ
- อาสาสมัครจากแต่ละกลุ่มจะสามารถได้ข้อสรุปถึงสิ่งที่ในกลุ่มของตนยังไม่เข้าใจ
- ให้ข้อมูลเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาต่างๆ นั้น
- หากทุกอย่างได้ถูกอธิบายจนเป็นที่เข้าใจกันแล้วถามว่ามีคำถามอื่นๆ อีกหรือไม่และถ้ามีก็ให้ปรึกษาหารือกัน
- ดำเนินการต่อไปตามข้อ ก. หรือ ข. (ด้านล่าง) ตามความเหมาะสม
 - ก : ถ้าโรงเรียนไม่ได้จะเป็นสถานที่ฉีดวัคซีน ก่อนที่จะกล่าวขอบคุณผู้ที่เข้ามาร่วมประชุมและปิดการประชุม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่และวันเวลาของการฉีดวัคซีนที่จะเกิดขึ้นและผู้ที่ควรได้รับการฉีดวัคซีน (เด็กหญิงอายุ 9-13 ปี ที่ได้รับความยินยอมจากพ่อแม่/ผู้ปกครอง)
 - ข. หากโรงเรียนจะเป็นสถานที่ฉีดวัคซีน (และสันนิษฐานได้ว่า ได้มีการปรึกษาหารือและตกลงกันมาก่อนหน้านี้แล้วระหว่างคณะผู้บริหารโรงเรียนและผู้แทนด้านบริการสาธารณสุข) ให้เพิ่มเติมเรื่องต่อไปนี้เข้าไปในการประชุม :
- ให้มีการแสดงความเห็น/อภิปรายโต้ตอบแบบมีส่วนร่วม ในเรื่อง :
 - กำหนดการฉีดวัคซีนจะเป็นวันที่เท่าไร (หมายถึงวันที่ฉีดเข็มที่หนึ่งและวันที่ฉีดเข็มที่สอง และอาจจะต้องมีวันตามเก็บ (mob-up) หลังวันที่ฉีดทั้งสองครั้งนั้นด้วย ถ้าเป็นไปได้)

- ใครบ้างที่จะเป็นผู้ให้บริการฉีดวัคซีน;
 - ใครจะเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือในระหว่างการฉีดวัคซีนในแต่ละวันที่ถูกกำหนด (เช่น อาจเป็นอาสาสมัครจากเจ้าหน้าที่ของโรงเรียนหนึ่งหรือสองคน)
 - การดำเนินการฉีดวัคซีนควรที่จะกระทำกันที่ตรงไหนของโรงเรียน (รวมถึงความพร้อมของพื้นที่และเฟอร์นิเจอร์ที่ต้องการใช้)
- ในบางโรงเรียน ครูผู้สอนอาจจะได้รับการฝึกอบรมให้ช่วยลงทะเบียนเด็กหญิงและตรวจสอบว่า พวกเธอมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ ว่าได้รับความยินยอมจากพ่อแม่ และว่าพวกเธอเต็มใจที่จะได้รับการฉีดวัคซีน
 - ฝากสำเนาเอกสารประกอบการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสิ่งต่างๆ ที่ควรจะต้องพร้อมก่อนการดำเนินการฉีดวัคซีน (เอกสารประกอบการปฏิบัติ 4.3 4.4 และ 4.5)
 - ก่อนที่จะกล่าวขอขอบคุณทุกคนที่มาร่วมประชุมและลากลับ แจ้งให้ทราบว่าคุณจะยินดีมากถ้าคุณสามารถที่จะมาที่โรงเรียนก่อนวันที่กำหนดจะฉีดวัคซีน และพบกับอาสาสมัครของโรงเรียนคนใดคนหนึ่งเพื่อที่จะดูสถานที่และให้มั่นใจว่าทุกสิ่งทุกอย่างมีอยู่พร้อมที่จะดำเนินการ
- องค์การอนามัยโลกได้จัดทำเครื่องมือตรวจสอบความพร้อมของการให้บริการฉีดวัคซีนในโรงเรียน เพื่อช่วยผู้วางแผนงานที่ใช้กลยุทธ์การใช้โรงเรียนในการจัดฉีดวัคซีน ^[14]

^[14] สามารถหาได้ที่ : http://www.who.int/immunization/hpv/plan/school_readiness_assessment_tool_who_2013.pdf

บทที่ 5 เอกสารประกอบการปฏิบัติ (Practice Sheets)

บันทึกสำหรับผู้ให้บริการ

ก่อนที่จะดำเนินการใดๆ ในบทที่ 5 :

1. โปรดทบทวนกายวิภาคของเพศหญิงทั้งหมดในบทที่ 1 ส่วนที่ 1.2
2. ทบทวนการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในภาคผนวก 3 และแน่ใจว่ามีสิ่งจำเป็นต่างๆ อยู่พร้อมในห้องตรวจภายในเสมอ
3. ขอหนังสือยินยอม/การยินยอม (informed consent) มาจากผู้รับบริการตามแนวทางในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.1

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.1 การได้รับการยินยอม/หนังสือยินยอม (informed consent)

จากสตรีผู้รับบริการ

การยินยอม (หรือหนังสือยินยอม) คืออะไร?

ก่อนการทำหัตถการใดๆ (เช่น การตรวจ หัตถการในการวินิจฉัยหรือการรักษา) สตรีผู้รับบริการ (และคนในครอบครัวของเธอ หากเธอประสงค์) ควรได้รับข้อมูลเพียงพอเกี่ยวกับหัตถการที่ได้มีการแนะนำต่อเธอและเธอควรตกลงหรือยอมรับหัตถการนั้น (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษา) ข้อมูลควรบอกถึงรายละเอียดของหัตถการนั้นๆ เหตุผลที่ต้องทำ ระยะเวลาที่ต้องใช้ และความไม่สบายหรือความเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น ตลอดทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมา ข้อมูลควรที่จะต้องรวมถึงความหมายและนัยยะของผลการตรวจที่ผิดปกติ (ในกรณีเป็นการตรวจคัดกรองหรือการตรวจวินิจฉัย) หัตถการทางเลือกอื่นที่มี และผลที่จะตามมาหากเธอปฏิเสธหัตถการนั้น

ภายหลังจากได้รับทราบข้อมูลที่จำเป็น ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือก (informed choice) ว่าจะยอมรับหรือปฏิเสธหัตถการที่เสนอได้ หากเธอยอมรับจำเป็นที่เธอต้องให้การยินยอม (informed consent) อย่างชัดเจน สำหรับหัตถการการคัดกรอง การวินิจฉัยและการรักษา การยินยอมด้วยวาจาอาจเป็นการเพียงพอ ยกเว้นการตัดปากมดลูกด้วยมีดเป็นรูปกรวย cold knife conization (CKC) ซึ่งตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลโดยปกติแล้วมักจะต้องให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อในหนังสือยินยอมก่อนเสมอ

นอกจากนี้ หากมีโอกาสดังกล่าวจะต้องติดต่อผู้รับบริการที่บ้านหรือที่ทำงาน (เช่น แจ้งผลการตรวจหรือเตือนกำหนดนัด) ผู้ให้บริการควรขอการยินยอมล่วงหน้า ข้อมูลที่ควรเก็บให้มีไว้ ได้แก่ วิธีการติดต่อ (เช่น ให้ติดต่อเป็นการส่วนตัวที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่ชุมชน จดหมาย โทรศัพท์ เป็นต้น) และช่วงวันเวลาสำหรับการติดต่อ

หลักการของการยินยอม (หรือหนังสือยินยอม)

มันเป็นเรื่องผิดจริยธรรมที่ขอการยินยอมภายหลัง นั่นคือหลังจากได้ทำหัตถการไปแล้ว เมื่อจะขอการยินยอม ฟังระลึกลูกอยู่เสมอว่า

- กฎแลสำคัญคือการรักษาความเป็นส่วนตัว
- ต้องชัดเจนและตรงไปตรงมา ห้ามใช้คำที่ผู้รับบริการอาจจะไม่เข้าใจหรือคลุมเครือ เช่น “การเจริญเติบโตผิดปกติ” หรือ “เนื้องอก”
- วาดภาพหรือใช้รูปภาพประกอบคำอธิบาย
- ครอบคลุมทุกประเด็นสำคัญ
- ใช้เวลาผู้รับบริการทำความเข้าใจที่เพียงพอ และให้โอกาสซักถาม
- ชี้แจงให้กระจ่างและแก้ไขความเข้าใจผิดที่ผู้ป่วยอาจมี
- เมื่อตอบทุกคำถามและข้อกังวลแล้ว ขอผู้รับบริการให้การยินยอมอย่างเป็นทางการ
- อาจเป็นเรื่องสำคัญสำหรับบางวัฒนธรรมที่จะต้องมีคนคล้อย เช่น คู่สมรส ในขั้นตอนการตัดสินใจนี้ อย่างไรก็ตาม ท่านควรเคารพการตัดสินใจของตัวเองเองเป็นสำคัญ

อธิบายวิธีการตรวจและขั้นตอนแก่ผู้รับบริการ

คุณจะได้พบคำอธิบายสำหรับผู้รับบริการรวมอยู่ในแต่ละบทของหนังสือฉบับนี้ และในเอกสารประกอบการปฏิบัติ คุณอาจจะดัดแปลงให้เข้ากับแต่ละสถานการณ์เพื่อช่วยอธิบายรายละเอียดหัตถการให้ผู้รับบริการและครอบครัวเข้าใจได้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2 : การชักประวัติและการตรวจภายใน ^[15]

^[15] ที่มา : ดัดแปลงจาก (1) Burns AA, Lovich R, Maxwell J, Shapiro K; Niemann S, Metcalf E, editors.

Where women have no doctor : a health guide for women. Berkeley (CA) : Hesperian Foundation; 1997;and (2)

Sexually transmitted and other reproductive tract infections : a guide to essential practice. Geneva :World Health Organization; 2005 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241592656.pdf>).

การชักประวัติ

การให้บริการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งปากมดลูกนั้น จะรวมถึงการชักประวัติเพื่อประเมินว่าสตรีผู้รับบริการมีปัจจัยเสี่ยงหรืออาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคมะเร็งหรือไม่ ข้อมูลประกอบการชักประวัติต่อไปนี้มีความสำคัญในบางราย แต่การชักประวัติอาจจะยุ่งยากเนื่องจากปัญหาการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศ ผู้ให้บริการควรเตรียมตัวให้พร้อมในการใช้ภาษาที่อ่อนไหวทางวัฒนธรรมและเหมาะสมก่อนการชักประวัติเหล่านี้

ก่อนที่จะเริ่ม

ท่านจำเป็นต้องมีอุปกรณ์และวัสดุต่อไปนี้ :

- เวชระเบียนประวัติผู้รับบริการและปากกา/ดินสอ
- หากเป็นไปได้ ควรมีภาพแสดงอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน
- สบู่และน้ำ (หรือแอลกอฮอล์ถูมือ) สำหรับล้างมือ
- โคมไฟส่องตรวจปากมดลูก
- เตียงตรวจคลุมด้วยกระดาษหรือผ้าปูที่สะอาด
- ถุงมือที่ใช้แล้วทิ้งหรือที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง สำหรับใส่ตรวจ *
- speculum หลายขนาด ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ) *
- ถ้วยใส่น้ำเพื่อหล่อลื่น speculum
- สารละลายคลอรีน (0.5%) สำหรับขจัดการปนเปื้อนของเครื่องมือและถุงมือ

* หากเป็นหัตถการที่เปื้อนเลือด เช่น loop electrosurgical excision procedure (LEEP) และ cold knife conization (CKC) จำเป็นต้องใช้เครื่องมือปราศจากเชื้อ

ข้อมูลที่จะต้องถามผู้รับบริการ

- อายุ การศึกษา จำนวนการตั้งครรภ์ การคลอดและบุตรที่ยังมีชีวิต ระบุครั้งสุดท้าย
ลักษณะของระดู ประวัติการใช้การคุมกำเนิดในอดีตและปัจจุบัน
- การตรวจปากมดลูกที่ผ่านมา วันที่ตรวจและผลการตรวจ
- ประวัติการเจ็บป่วย รวมถึงยาที่ใช้อยู่เป็นประจำและประวัติการแพ้ยา
- พฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก (เช่น การสูบบุหรี่)
- อาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกและโรคอื่นๆ

- และหากสถานการณ์เอื้ออำนวยและเหมาะสม ให้ชักประวัติเพศสัมพันธ์ รวมถึงอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์แรก จำนวนคู่นอน ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกต่างๆ

การตรวจภายใน

ภายหลังการซักประวัติแล้ว ให้ดำเนินการตรวจภายใน โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

- การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก
- การตรวจด้วยสเปคูลัม (speculum)
- การตรวจภายในโดยใช้สองมือ (bimanual examination)

การเตรียมความพร้อม

1. เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ ให้พร้อม ตรวจสอบให้มั่นใจว่า speculum มีคุณสมบัติเหมาะสม
2. หากจะมีการตรวจหรือทำหัตถการร่วมด้วย (เช่น คัดกรองด้วยน้ำส้มสายชู การรักษาด้วยการจี้เย็น) ให้แจ้งผู้รับบริการว่าแต่ละอย่างคืออะไร มีไว้เพื่ออะไร และจะทราบผลเมื่อไร
3. สอบถามผู้รับบริการว่ามีข้อสงสัยหรือไม่และตอบคำถามตามความเป็นจริง หากคุณไม่ทราบคำตอบ ให้บอกว่าคุณจะหาคำตอบให้ก่อนที่ผู้รับบริการจะออกจากสถานบริการ
4. อธิบายขั้นตอนการตรวจภายในว่าประกอบด้วยอะไรบ้างและหยิบ speculum ให้ผู้รับบริการดู
5. บอกผู้รับบริการให้ถ่ายปัสสาวะให้เรียบร้อยและถอดชุดชั้นในที่อยู่ใต้เอวลงมา ระมัดระวังความเขินอายของผู้รับบริการ
6. ช่วยจัดท่าของผู้รับบริการบนเตียงตรวจ

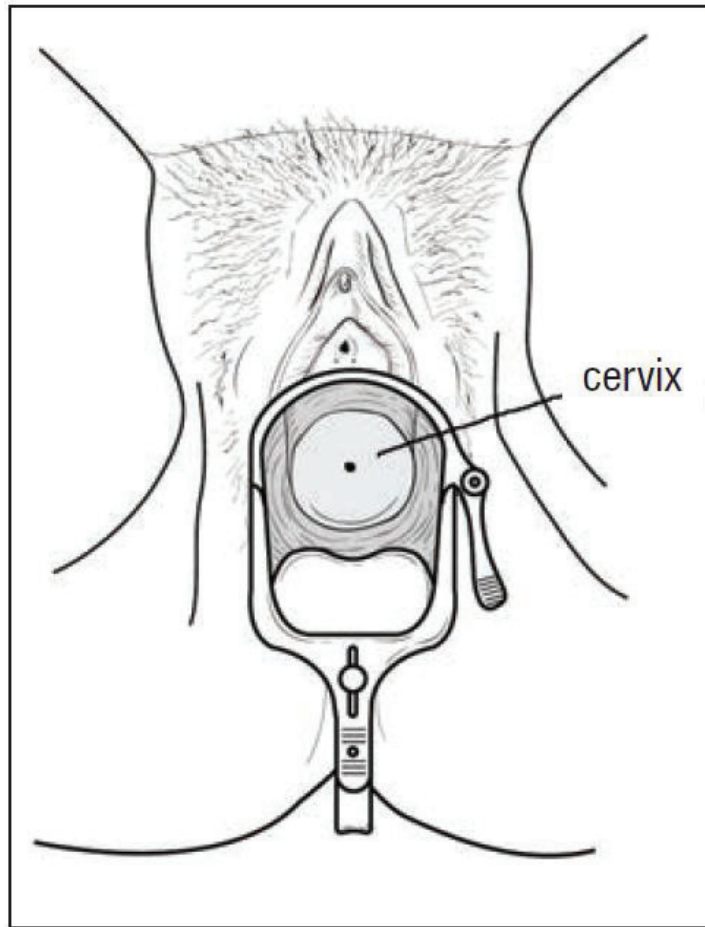
การตรวจอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก

7. สวมถุงมือทั้งสองข้าง สัมผัสผู้รับบริการอย่างนุ่มนวล ตรวจสอบบริเวณที่มีสี ก้อน บวม สิ่งคัดหลั่งที่ผิดปกติ บริเวณที่เจ็บปวด รอยฉีกและแผลเป็นรอบๆ อวัยวะสืบพันธุ์และระหว่างร่องผิวหนังของวัลว่า สิ่งผิดปกติเหล่านี้ อาจเป็นร่องรอยของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การตรวจด้วยสเปคูลัม (Speculum examination)

8. ถือ speculum ให้อยู่ในตำแหน่งปิดสนิทและค่อยๆ สอดเข้าช่องคลอด ระมัดระวังไม่ให้กดท่อปัสสาวะหรือคลิตอริสเนื่องจากเป็นบริเวณที่ไวต่อความรู้สึก เมื่อสอดเข้าได้ประมาณครึ่งหนึ่ง ให้ค่อยๆ หมุนให้ด้านจับลงมาอยู่ด้านล่างค่อยๆ เปิด speculum และมองหาปากมดลูก ขยับ speculum ช้าๆ และนุ่มนวลจนสามารถเห็นปากมดลูกทั้งหมด หมุนเกลียวให้แน่น (หรือล็อคให้เปิดค้างไว้) เพื่อให้อยู่กับที่
9. ตรวจปากมดลูก ซึ่งโดยปกติจะมีสีชมพู กลมและเรียบ อาจจะมีน้ำเล็กน้อย สีเหลือง มีบริเวณสีแดงๆ รอบรูเปิดปากมดลูก (cervical os) หรือมูกใส ซึ่งทั้งหมดเป็นสิ่งที่พบได้ปกติ

รูป 5.2.1 : การตรวจด้วยสเปคูลัม (speculum)



10. มองหาความผิดปกติใดๆ เช่น

- ตกขาวและผนังช่องคลอดแดง ซึ่งจะเป็นอาการแสดงที่พบบ่อยของช่องคลอดอักเสบ (หากมีสิ่งคัดหลั่งสีขาวคล้ายแป้งเปียก อาจเป็นเชื้อรา)
- แผล แผลเจ็บหรือตุ่มน้ำ ซึ่งอาจเกิดจากซิฟิลิส แผลริมอ่อน เริม (พบบ่อยที่สุด) หรือในบางราย อาจเป็นรอยโรคของมะเร็ง
- ปากมดลูกมีเลือดออกง่ายเมื่อสัมผัสกับไม้พันสำลี หรือมีสิ่งคัดหลั่งเป็นมูกปนหนอง ซึ่งเป็นอาการแสดงของปากมดลูกอักเสบ
- มีก้อนหรือรอยโรค ซึ่งอาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูกและมักจะต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.7)

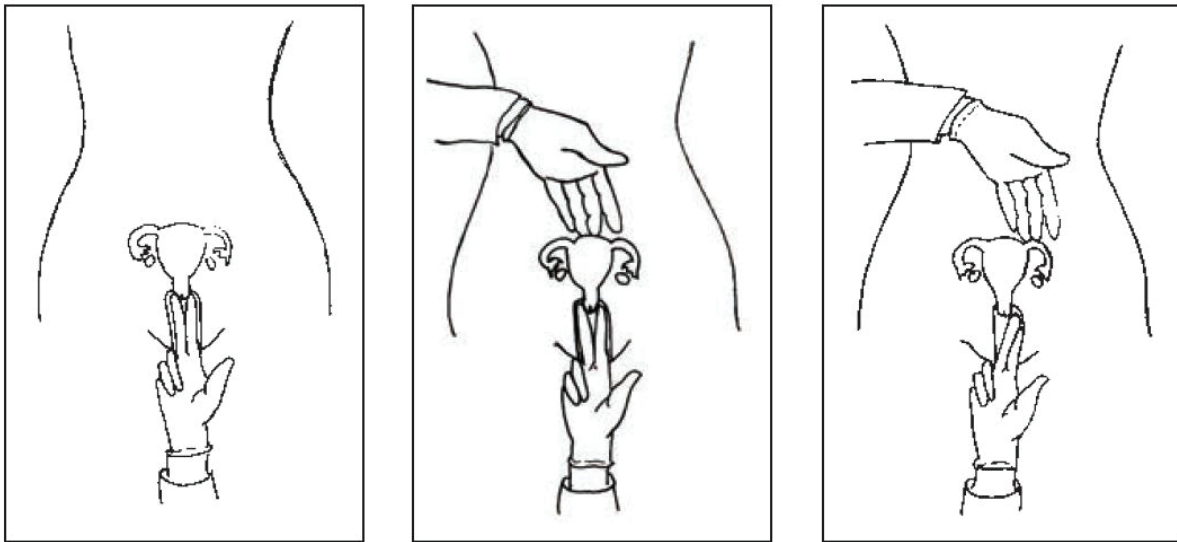
11. ค่อยๆ ดึง speculum ออกจนฝาทั้งสองพื้นปากมดลูก แล้วจึงปิดฝาและเอาออกจากช่องคลอด

การตรวจโดยใช้สองมือ (Bimanual examination)

การตรวจโดยใช้สองมือจะช่วยให้คุณคลำอวัยวะสืบพันธุ์ที่อยู่ภายในช่องท้องได้

12. ตรวจดูว่ามี cervical motion tenderness (เมื่อขยับปากมดลูกแล้วเจ็บ) หรือไม่ โดยวางนิ้วชี้และนิ้วกลางของมือที่ใส่ถุงมือให้อยู่ในช่องคลอด หงายฝ่ามือขึ้น คลำปากมดลูกดูว่ามีลักษณะแน่นตึง (firm) และกลมหรือไม่ หลังจากนั้นวางนิ้วมือมาอยู่ที่แต่ละด้านข้างของปากมดลูกและขยับปากมดลูกเบาๆ พร้อมกับสังเกตสีหน้าของสตรีผู้รับบริการ หากทำให้เกิดอาการเจ็บปวด (คุณอาจสังเกตเห็นสตรีทำหน้าตาบูดบึ้ง) เป็นการบ่งชี้ว่ามี cervical motion tenderness, และเธออาจจะมีการอักเสบของมดลูก ท่อนำไข่ หรือรังไข่ (หมายถึง ปีกมดลูกอักเสบ pelvic inflammatory disease ; PID) หากคลำแล้วพบว่าปากมดลูก เหนียว อาจหมายถึงว่าเธออาจกำลังตั้งครรภ์
13. คลำมดลูกโดยกดมืออีกข้างทางหน้าท้องเบาๆ การกระทำเช่นนี้จะช่วยขยับมดลูก ท่อนำไข่และรังไข่ ให้เข้าใกล้นิ้วมือที่อยู่ในช่องคลอด มดลูกอาจจะอยู่ในลักษณะคว่ำหน้าหรือคว่ำหลัง เมื่อคลำพบมดลูกแล้ว ให้ตรวจสอบขนาดและรูปร่าง มดลูกปกติควรมีลักษณะแน่นตึง เรียบ และเล็กกว่าลูกมะนาวแข็ง
 - หากมดลูกมีลักษณะนุ่มและขนาดโต สตรีนั้นอาจตั้งครรภ์ได้
 - หากคลำพบก้อนแข็ง สตรีนั้นอาจมีเนื้องอกมดลูก
 - หากมีอาการเจ็บปวดเวลาตรวจหรือขยับจากด้านหนึ่งไปอีกด้านหนึ่ง สตรีนั้นอาจจะมีการอักเสบ
 - หากไม่สามารถขยับได้ สตรีนั้นอาจจะมีแผลเป็นจากการติดเชื้อเดิม
14. คลำท่อนำไข่และรังไข่ ปกติจะคลำไม่พบ หากคุณคลำพบก้อนที่ใหญ่กว่าเมล็ดอัลมอนด์ (almond) หรือมีอาการเจ็บปวดรุนแรง สตรีนั้นอาจจะมีการอักเสบหรือภาวะที่ต้องการการรักษาเร่งด่วน หากคลำพบก้อนที่โตจนแล้วปวดร่วมกับมีการขาดระดู เธออาจตั้งครรภ์นอกมดลูก ในกรณีนี้จะต้องให้การดูแลรักษาเร่งด่วนทันที
15. ขยับนิ้วมือเพื่อตรวจภายในช่องคลอด ตรวจให้มั่นใจว่าไม่มีก้อน รอยฉีกขาดหรือรอยแผลเจ็บ (คุณอาจสังเกตเห็นระหว่างตรวจด้วย speculum แล้ว)
16. บอกสตรีผู้รับบริการให้ไอหรือเบ่งอุจจาระ สังเกตว่ามีการหย่อนหรือโป่งของช่องคลอดหรือไม่ หากมีเธออาจจะมีภาวะมดลูกหรือกระเพาะปัสสาวะหย่อน (prolapse)

รูป 5.2.2 การตรวจโดยใช้สองมือ (Bimanual examination)



การปฏิบัติหลังการตรวจภายใน

17. อุปกรณ์และถุงมือที่ใช้แล้วให้ใส่ลงในน้ำยาที่มีสารขจัดกาปนเปื้อน
18. ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่
19. บันทึกสิ่งตรวจพบทั้งหมดลงในเวชระเบียนผู้รับบริการ
20. บอกสตรีรายนั้นๆ ถึงผลการตรวจว่าปกติหรือคุณพบว่ามึ่สิ่งน่าสงสัยหรือไม่ปกติ และอธิบายว่าสิ่งที่ผิดปกตินั้นอาจหมายถึงอะไร
21. หากคุณสังเกตเห็นอาการแสดงที่อาจบ่งถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้การรักษาสตรีรายนั้นๆ พร้อมคู่นอนทันที โดยให้ปฏิบัติตามแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติหรือขององค์การอนามัยโลก¹⁶ แจกถุงยางอนามัยและสอนวิธีใช้ ดูภาคผนวกที่ 12 เกี่ยวกับการรักษาปากมดลูกอักเสบและปีกมดลูกอักเสบ

.....
¹⁶ *Management of sexually transmitted infections : regional guidelines. New Delhi : World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011*
<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>.

22. หากคุณพบบางสิ่งที่ต้องให้การรักษาโดยเร่งด่วน หรือไม่สามารถดำเนินการได้ในสถานบริการของคุณ (เช่น สงสัยตั้งครรภ์นอกมดลูก มดลูกหย่อน มะเร็งปากมดลูก) ให้ส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการระดับสูงต่อไป
23. หากคุณสามารถทำการตรวจใดๆ (เช่น คัดกรองเอชพีวี LEEP ตัดชิ้นเนื้อ ตรวจแป๊ปเสมีียร์) ที่จำเป็นต้องส่งออกไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการอื่น ให้แจ้งแก่สตรีว่าจะให้กลับมาฟังผลเมื่อใดหรือโทรมาสอบถามผลได้อย่างไร
24. หากจำเป็น เขียนวันนัดกลับมาตรวจติดตามให้แก่ผู้รับบริการ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.3 : วิธีการคัดกรอง : บันทึกสำหรับผู้ให้บริการ

ในหน้าต่อไปนี่ คุณจะพบเอกสารประกอบการปฏิบัติสามแผ่นเกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้บ่อยที่สุด

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.4 : วิธีการคัดกรองทาง molecular – การตรวจหา HPV DNA

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.5 : วิธีการคัดกรองโดยใช้การดู - visual inspection with acetic acid (VIA)

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.6 : วิธีการคัดกรองทางเซลล์วิทยา – Pap smear และ Liquid-based cytology (LBC)

จะเลือกตรวจด้วยวิธีใด : ในพื้นที่ให้บริการของคุณ คุณอาจจะมีวิธีการตรวจให้เลือกเพียงหนึ่งหรือสองวิธีเท่านั้น วิธีการตรวจ (หนึ่งหรือมากกว่า) ที่คุณจะใช้ได้ถูกกำหนดมาจากส่วนกลางโดยขึ้นอยู่กับคุณลักษณะของวิธีการตรวจ รวมถึงประสิทธิผล เครื่องมือและการฝึกอบรมที่ต้องการ ตลอดจนต้นทุน และความยั่งยืนในการให้บริการคัดกรองของแต่ละวิธีหรือร่วมกัน อาจเป็นไปได้ว่าวิธีการตรวจแบบหนึ่งอาจถูกเลือกใช้ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตเมือง ขณะที่วิธีการตรวจอีกแบบหนึ่งถูกเลือกใช้ในพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตชนบท คู่มือผนวก 7-9 สำหรับผังงาน (flowchart) ที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์การอนามัยโลก

การพิจารณาเกี่ยวกับการฝึกอบรม : ไม่ว่าคุณจะเลือกใช้วิธีการตรวจแบบใดก็ตามในพื้นที่ของคุณ คุณควรต้องให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเพียงพอสำหรับการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติแห่งชาติฉบับที่ทันสมัยมากที่สุดของวิธีการนั้นๆ ผู้ให้บริการที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมดังกล่าวควรได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้ทันเหตุการณ์ รวมถึงการสังเกตการฝึกปฏิบัติ ผู้ให้บริการยังต้องทำความเข้าใจกับระบบการส่งต่อที่ดำเนินการอยู่ และการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นทางการของกิจกรรมการคัดกรองเหล่านั้น

อายุ และความถี่ของการคัดกรอง : สำหรับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับอายุและความถี่ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงคำแนะนำสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี ตรวจสอบข้อมูลได้ในบทที่ 5 ส่วน 5.2.5 ในหนังสือเล่มนี้

สุดท้าย พึงจดจำว่า : การให้บริการของคุณจะยังไม่เสร็จสมบูรณ์จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับแจ้งผลการตรวจ (อย่างน้อยสำหรับผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติ) และได้รับคำปรึกษาถึงความหมายและขั้นตอนที่จำเป็นต่อไป รวมถึงความจำเป็นในการรักษากรณีผลการตรวจผิดปกติในสตรี อายุ 30-49 ปี

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.4 : วิธีการคัดกรองทาง molecular – การตรวจหา HPV DNA

ในการตรวจหา HPV DNA ล้างคัดหลังจะถูกเก็บจากปากมดลูกหรือช่องคลอดโดยใช้ไม้ป้ายหรือแปรงขนาดเล็ก (ซึ่งอาจจะรวมอยู่ในชุดตรวจ ดูคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต) แล้วใส่เข้าไปในภาชนะที่มีน้ำยาพิเศษ ภาชนะนี้จะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจจะถูกระบุว่ามี HPV DNA หรือไม่ การตรวจการติดเชื้อ HPV ที่สามารถวิเคราะห์ได้ที่สถานบริการที่เก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยใช้เครื่องมือที่ไม่ยุ่งยาก กำลังมีการทดสอบอยู่ในขณะนี้และอาจจะมีให้ใช้ในเร็วๆ นี้

ผลการตรวจที่เป็นลบจะบ่งบอกว่าไม่พบการติดเชื้อ HPV ขณะที่ผลผิดปกติบ่งบอกว่าการติดเชื้อ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงตัวหนึ่งหรือหลายตัว¹⁷ เมื่อสตรีที่อายุตั้งแต่ 30 ปี ขึ้นไป มีผลการตรวจ HPV ผิดปกติ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาติดตามตามแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติ

.....

¹⁷ เจ็ดในสิบ (ร้อยละ 70) ของมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดที่มีรายงานจากทั่วโลกมีสาเหตุจาก HPV เพียงสองสายพันธุ์ : 16 และ 18 HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงอีกสี่สายพันธุ์ 31, 33, 45 และ 58 พบว่าเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้น้อยกว่า (ดูบทที่ 1 ส่วน 1.3.4) การตรวจเอชพีวี (ที่มีเชื้ออยู่) สามารถตรวจพบ HPV สายพันธุ์เสี่ยงสูงได้ทุกสายพันธุ์

ประเด็นสำคัญ : การตรวจคัดกรองไม่ได้เป็นการวินิจฉัยว่าเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งหรือเป็นมะเร็งปากมดลูก และผู้ให้บริการก็ไม่ควรพูดว่าเป็นการวินิจฉัยภาวะดังกล่าวระหว่างการอธิบายวิธีการตรวจแก่ผู้ป่วย

การให้คำปรึกษาถึงขั้นตอนของวิธีการตรวจเชื้อ HPV ได้ถูกผนวกเข้ากับขั้นตอนของกระบวนการให้บริการแล้วตามเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 เกี่ยวกับคำแนะนำการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและข้อมูลจำเพาะก่อนการตรวจใดๆ ก่อนการคัดกรองหรือหัตถการ และดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.6 เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาจำเพาะสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจหาเชื้อ HPV

สามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยใช้ speculum หรือไม้ก็ได้ และสามารถเก็บตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ หรือผู้รับบริการเก็บเองก็ได้

ผู้ให้บริการสามารถเก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยไม่ต้องใช้ speculum โดยการสอดไม้พินสำลียาวเข้าไปจนสุดช่องคลอดแล้วหมุนรอบและนำออกมาใส่ลงในภาชนะบรรจุน้ำยาที่เหมาะสม ขั้นตอนเหล่านี้สตรีอาจทำเองก็ได้หลังจากให้คำแนะนำและให้วัสดุที่จำเป็นแก่เธอ ไม้พินสำลียาวและภาชนะบรรจุน้ำยา

หากจะมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจระหว่างการตรวจภายใน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2) จะต้องมีเครื่องมือและวัสดุต่อไปนี้

- สบู่และน้ำ สำหรับล้างมือ
- โคมไฟสำหรับส่องตรวจปากมดลูก
- เตียงตรวจคลุมด้วยกระดาษหรือผ้าปูที่สะอาด
- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)

- ถุงมือตรวจชนิดใช้แล้วทิ้ง หรือที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง
- แปรงขนาดเล็ก หรือไม้พันสำลีที่นุ่ม
- ภาชนะขนาดเล็กที่มีน้ำยาเก็บรักษาเซลล์ (preservative solution)
- แบบบันทึกข้อมูลและปากกา/ดินสอ
- ภาชนะขนาดเล็กใส่น้ำสำหรับหล่อลื่น speculum
- สารละลายคลอรีน 0.5% สำหรับขจัดการปนเปื้อนของเครื่องมือและถุงมือ

หมายเหตุ ไม่ควรเก็บตัวอย่างส่งตรวจจากสตรีที่กำลังเป็นประจำเดือน แต่ถ้ามีเลือดออกเล็กน้อยก็เป็นที่ยอมรับว่าทำได้

การเตรียมความพร้อม

1. อธิบายแก่สตรีผู้รับบริการว่าการตรวจเอชพีวีคืออะไร และผลผิดปกติมีความหมายอย่างไร ให้แน่ใจว่าเธอเข้าใจ และได้รับการยินยอมจากเธอ

การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเก็บตัวอย่างส่งตรวจ โดยใช้ speculum ใส่ช่องคลอด หรือไม่ใช้ก็ได้

2. ใช้แปรงหรือไม้พันสำลีป้ายสิ่งส่งตรวจจากบริเวณส่วนบนสุดของช่องคลอด
3. นำแปรงหรือไม้พันสำลีใส่ลงในภาชนะบรรจุน้ำยาเก็บรักษาเซลล์

หากเก็บตัวอย่างส่งตรวจด้วยตัวของผู้รับบริการเอง

- อธิบายวิธีการเก็บตัวอย่างด้วยตัวเองแก่ผู้รับบริการ ตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตชุดตรวจ
- มอบไม้พันสำลีและภาชนะบรรจุน้ำยาเก็บรักษาเซลล์ที่มีติดป้ายชื่อให้แก่เธอ
- เธอสามารถเก็บตัวอย่างที่สถานบริการ ถ้ามีที่ที่มีความเป็นส่วนตัว หรือเก็บที่บ้านก็ได้
- หากเธอเก็บตัวอย่างที่บ้าน ควรให้นำกลับมาสถานบริการภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้
- โดยบริษัทผู้ผลิตชุดตรวจ และผู้รับบริการควรได้รับการแจ้งวันที่ให้กลับมาฟังผลการตรวจ

การหลังการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

4. หากใช้ speculum ก็ให้ค่อยๆ ปิดและนำออกจากช่องคลอด และใส่ลงในถังบรรจุน้ำยาฆ่าเชื้อ
5. ติดฉลากลงบนภาชนะ (ที่มีตัวอย่างส่งตรวจ) โดยมีชื่อผู้รับบริการ หมายเลขประจำตัว และวันที่
6. แจ้งผู้รับบริการเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติที่ค้นพบ โดยเฉพาะเก็บถ้าตัวอย่างโดยใช้ speculum หากคุณพบสิ่งผิดปกติที่ต้องส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการที่ระดับเหนือขึ้นไป ให้อธิบายถึงเหตุผล สถานที่และกำหนดเวลาที่ผู้รับบริการจะต้องไป และจะไปพบใคร โดยเน้นให้เห็นความสำคัญของการนัดหมายนี้
7. บันทึกการเก็บสิ่งส่งตรวจและสิ่งตรวจพบใดๆ ลงในเวชระเบียนของผู้ป่วย
8. แจ้งสตรีผู้รับบริการถึงกำหนดเวลาที่ให้กลับมาฟังผลการตรวจ

การนัดตรวจติดตาม : การแจ้งผลการตรวจแก่สตรีผู้รับบริการในการตรวจติดตามครั้งถัดมา

- เมื่อจะต้องแจ้งผลการตรวจแก่สตรีผู้รับบริการ ให้อธิบายว่ามันหมายถึงอะไรและให้แนะนำเกี่ยวกับการนัดตรวจหรือการรักษาเพิ่มเติมหากจำเป็น
 - ถ้าการตรวจนั้นเป็นการตรวจในขั้นแรก (primary) สตรีที่มีผลการตรวจผิดปกติควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจในขั้นถัดไป ตามแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติ
 - ให้เตรียมพร้อมสำหรับการตอบคำถามเกี่ยวกับความหมายของผลการตรวจเอชพีวีผิดปกติ
- คู่มือการประกอบกรปฏิบัติ 5.7 การให้คำปรึกษาแก่สตรีในกรณีผลการตรวจเอชพีวีผิดปกติ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.5 : วิธีคัดกรองโดยใช้การดู วิโอเอ (Visual inspection with acetic acid)

ในการตรวจคัดกรองด้วยวิธีวิโอเอ ผู้ให้บริการจะชโลมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (acetic acid) ความเข้มข้น 3-5% และตรวจดูการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น 1-2 นาที ผลการตรวจวิโอเอที่ผิดปกติ หมายถึงพบรอยฝ้าขาว (acetowhite areas) ปรากฏขึ้นเป็นรอยนูนหนา ซึ่งจะคงอยู่นานมากกว่าหนึ่งนาที และโดยทั่วไปจะอยู่ใกล้รอยต่อ squamocolumnar junction – SCJ ส่วนผลการตรวจวิโอเอที่ปกติหมายถึง เยื่อปากมดลูกไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ

ผู้ให้บริการควรสงสัยมะเร็งหากพบรอยโรคลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำ (fungating) หรือมีแผล (ulcer) บนปากมดลูก ในกรณีเช่นนี้ ไม่ต้องทำวิโอเอต่อและให้ส่งตัวผู้รับบริการต่อไปยังสถานบริการระดับเหนือขึ้นไป

ให้ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 สำหรับคำแนะนำเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก และโดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนการตรวจหรือทำหัตถการใดๆ เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.6 มีรายละเอียดคำปรึกษาสำหรับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

เครื่องมือและอุปกรณ์ต่อไปนี้จำเป็นสำหรับการตรวจวิโอเอ

- สบู่และน้ำล้างมือ (หรือ แอลกอฮอล์ถูมือ)
- โคมไฟสำหรับตรวจปากมดลูก
- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- ถุงมือที่ใช้แล้วทิ้งหรือที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- เตียงตรวจคลุมด้วยกระดาษหรือผ้าปูที่สะอาด
- ไม้พันสำลี
- น้ำส้มสายชูเจือจาง 3-5%
- แบบบันทึกผลการตรวจพร้อมปากกา/ดินสอ
- อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ
 - สารละลายคลอรีน 0.5% สำหรับขจัดคาร์บอนเปื้อนของเครื่องมือ
 - ถุงใส่เครื่องมือติดเชื้อที่ใช้แล้ว

หมายเหตุ ไม่แนะนำให้ทำการตรวจวิโอเอในสตรีวัยหมดประจำเดือน ถ้าไม่เห็น transformation zone ได้ทั้งหมดตอนตรวจด้วย speculum

การเตรียมความพร้อม

1. ก่อนการตรวจ ให้ทบทวนกับผู้รับบริการว่ามีความเข้าใจเกี่ยวกับ (การตรวจ) วิธีวีไอเออย่างไร และแก้ไขหรือเพิ่มเติมข้อมูลให้แก่ผู้รับบริการ และสอบถามว่ามีข้อสงสัยประการใดอีกหรือไม่ อธิบายขั้นตอน การตรวจว่า ทำอย่างไร และผลการตรวจที่ผิดปกติมีความหมายว่าอย่างไร ให้แน่ใจว่าเธอเข้าใจดีและได้รับการยินยอมจากเธอ
2. ทำการตรวจด้วย speculum ดังที่อธิบายในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2 และให้คา speculum ไว้ในช่องคลอดขณะทำการตรวจวีไอเอ

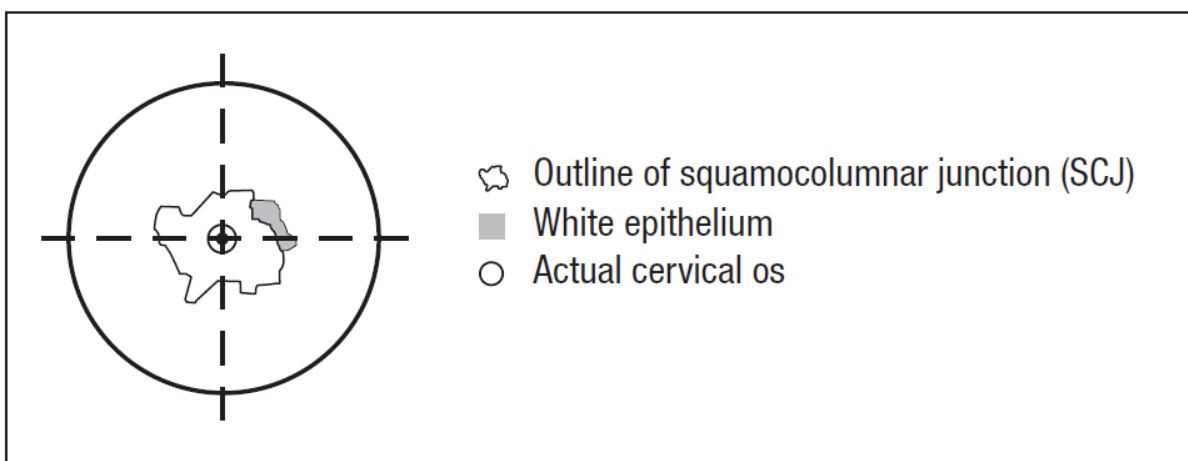
กระทำการตรวจคัดกรองวีไอเอ

3. ปรับโคมไฟให้เห็นปากมดลูกชัดเจน
4. ใช้ไม้พันสำลีซับสิ่งคัดหลั่ง เลือดหรือมูกออกจากปากมดลูก
5. ตรวจสอบให้มั่นใจว่าคุณมองเห็น transformation zone ทั้งหมด และระบุรอยต่อ SCJ และบริเวณรอบๆ ได้
6. ซิลมน้ำส้มสายชูไปบนปากมดลูก
7. ล้างสำคัญ : รอ 1-2 นาทีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
8. ตรวจสอบตรงรอยต่อเยื่อ (SCJ) อย่างรอบคอบ และให้แน่ใจว่าคุณสามารถมองเห็นได้ทั้งหมด มองหารอยนูนหนาสีขาวหรือเยื่อสีขาวที่เกิดหลังซิลมน้ำส้มสายชู (acetowhite) โดยให้ความสนใจเป็นพิเศษกับบริเวณ transformation zone
9. ใช้ไม้พันสำลีใหม่ซับน้ำส้มสายชูที่เหลือออกจากปากมดลูกและช่องคลอด
10. ค่อยๆ ปิด speculum และนำออกมาใส่ลงในถังบรรจุน้ำยาฆ่าเชื้อ

ภายหลังการตรวจคัดกรอง

11. บันทึกสิ่งตรวจพบและผลการตรวจ โดยวาดภาพความผิดปกติต่างๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูล ดังที่แสดงในรูป 5.5.1

รูป 5.5.1 : ผลการตรวจวีไอเอที่ถูกบันทึกเป็นภาพวาดพร้อมคำอธิบาย



12. อธิบายผลการตรวจคัดกรองกับผู้รับบริการ

- หากผลการตรวจเป็นลบ (ปกติ) บอกเธอว่าควรจะมาตรวจซ้ำในอีก 3-5 ปี หรือตามแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติ
- หากผลการตรวจเป็นบวก (ผิดปกติ) ให้บอกเธอว่าจำเป็นที่เธอต้องได้รับการรักษา และปรึกษาหารือในเรื่องนี้กับเธอ เน้นว่าการตรวจอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันหรือรักษามะเร็งปากมดลูกหรือรอยโรคก่อนมะเร็งได้ แต่สิ่งสำคัญคือการรักษารอยโรคก่อนมะเร็งเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกหากผลการตรวจผิดปกติ (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.7 การให้คำปรึกษาสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ)
- หากสงสัยมะเร็ง ให้บอกเธอถึงขั้นตอนต่อไปที่มีการแนะนำให้ปฏิบัติว่าเป็นอะไร เธอจะต้องถูกส่งต่อเพื่อการดูแลเพิ่มเติม (การตรวจ และการรักษา) จัดการนัดหมายและจัดเตรียมเอกสารและคำแนะนำที่จำเป็นให้แก่เธอก่อนกลับ ทำการนัดหมายให้เธอทันทีหากคุณสามารถทำได้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.6 : วิธีคัดกรองทางเซลล์วิทยา – Pap smear และ Liquid-based cytology (LBC)

การคัดกรองทางเซลล์วิทยามีสองวิธี : วิธีการตรวจแปปสเมียร์แบบดั้งเดิม (conventional Pap smear) หรือ liquid-based cytology (LBC) ทั้งสองวิธีใช้สิ่งส่งตรวจที่เก็บจากปากมดลูกระหว่างการตรวจภายใน โดยใช้ speculum สำหรับการตรวจ Pap smear ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจะถูกป้ายลงบนสไลด์แช่ในน้ำยาและตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ สำหรับการตรวจ LBC ตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจะถูกนำไปใส่ในน้ำยาพิเศษที่เก็บรักษาเซลล์ (preservative solution) และส่งไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อดำเนินการต่อไป

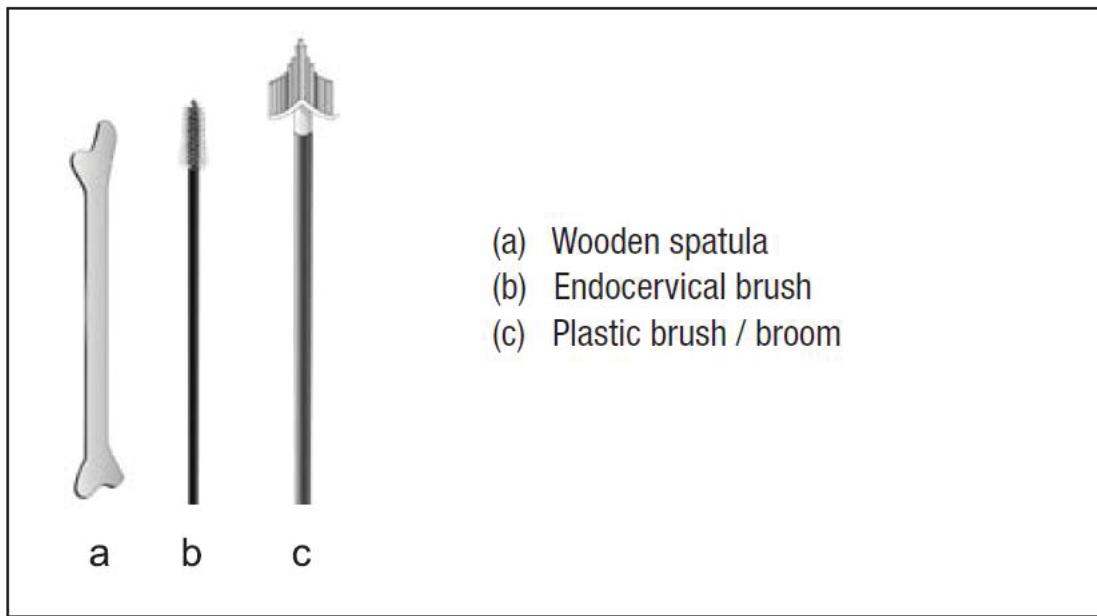
เมื่อพบเซลล์เยื่อผิดปกติในการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา จะถูกรายงานว่าผิดปกติ แต่ผลการตรวจผิดปกติส่วนใหญ่ไม่ใช่มะเร็ง ผลที่ผิดปกติเหล่านี้มักจะเกิดจากความผิดปกติได้ตั้งแต่การอักเสบจากการติดเชื้อที่ปากมดลูกหรือช่องคลอดไปจนถึงความผิดปกติจาก (รอยโรค) ก่อนมะเร็งตั้งแต่เล็กน้อยถึงรุนแรง (ดูภาคผนวก 5 ระบบการรายงานผล The 2001 Bethesda System)

ดังนั้น สตรีส่วนใหญ่ที่ผลการตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติจำเป็นต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติมเพื่อยืนยันการวินิจฉัย (ซึ่งรวมถึงการตรวจ Pap smear ชั่ว วิโอเอ การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด [colposcopy] การตัดชิ้นเนื้อ และ/หรือการขูดด้านในของช่องคอมดลูกเพิ่มเติม) และเพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมหรือไม่

เครื่องมือและอุปกรณ์ต่อไปนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการเก็บสิ่งส่งตรวจโดยวิธีเซลล์วิทยา

- สบู่และน้ำล้างมือ (หรือแอลกอฮอล์ถูมือ)
- โคมไฟสำหรับตรวจปากมดลูก
- เตียงตรวจคลุมด้วยกระดาษหรือผ้าปูที่สะอาด
- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- ถุงมือที่ใช้แล้วทิ้งหรือที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- ไม้หรือพลาสติกกรู๊ปใบพาย (spatula) ที่ด้านหนึ่งมีปลายยื่นยาวออกมา หรือแปรง (brush) สำหรับสูมเก็บสิ่งส่งตรวจ (ดูรูป 5.6.1)
- สำหรับ Pap smear เท่านั้น : แผ่นกระจกสไลด์ที่ปลายด้านหนึ่งผ้า และสเปรย์ฉีดหรือน้ำยาเพื่อผนึก (fix) เซลล์บนแผ่นกระจกสไลด์
- สำหรับ LBC : หลอด/ภาชนะที่บรรจุน้ำยาพิเศษที่ป้องกันการเสื่อมสลายของเซลล์
- แบบบันทึกผลการตรวจ พร้อมปากกา/ดินสอ
- ถ้วยใบเล็กสำหรับใส่น้ำ เพื่อหล่อลื่น speculum
- สารละลายคลอรีน (0.5%) สำหรับขจัดคาร์บอนเปื้อนของเครื่องมือและถุงมือ

รูป 5.6.1 : อุปกรณ์สำหรับการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจเพื่อการตรวจทางเซลล์วิทยา



หมายเหตุ :

- เป็นการดีที่สุดหากสามารถหลีกเลี่ยงการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากสตรีรายที่กำลังมีประจำเดือน อยู่หรือมีการติดเชื้อเฉียบพลัน หากมีเลือดเพียงเล็กน้อยก็เป็นที่ยอมรับว่าทำได้
- การตั้งครรภ์ไม่ใช่ช่วงเวลาที่ดีนัก สำหรับการคัดกรองด้วยวิธีเซลล์วิทยา เนื่องจากอาจให้ผล คลาดเคลื่อนได้ อย่างไรก็ตามหากสตรีอยู่ในกลุ่มเป้าหมายและอาจจะไม่กลับมาตรวจหลังคลอดอีก ก็สามารถตรวจคัดกรองให้ได้

ขั้นตอนการให้คำปรึกษาที่จำเพาะ สำหรับวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาได้แสดงไว้ในขั้นตอนการให้บริการ ในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 สำหรับคำแนะนำการให้คำปรึกษา แก่ผู้รับบริการในเรื่องมะเร็งปากมดลูก และโดยเฉพาะก่อนทำการตรวจใดๆ ไม่ว่าจะการตรวจคัดกรองหรือหัตถการ เอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.6 ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาที่จำเพาะกับสตรีที่มีเชื้อเอชไอวี

การตรวจแปปสเมียร์แบบดั้งเดิม (Conventional Pap smear)

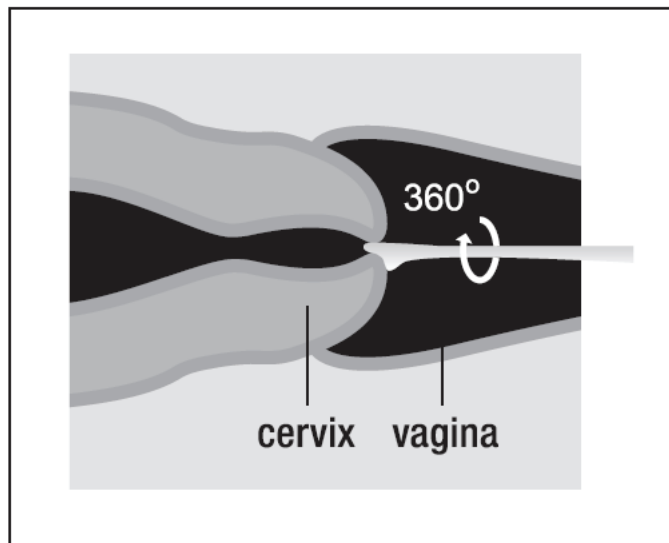
การเตรียมความพร้อม

1. อธิบายขั้นตอนของการตรวจ ความหมายของผลการตรวจที่ผิดปกติและปกติ และเหตุผล ความสำคัญในการกลับมาฟังผลการตรวจและปฏิบัติตามที่เหมาะสมหลังทราบผล ให้แน่ใจว่าเธอเข้าใจ และได้รับการยินยอมจากเธอ
2. ดำเนินการตรวจด้วย speculum ตามที่อธิบายในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2

การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

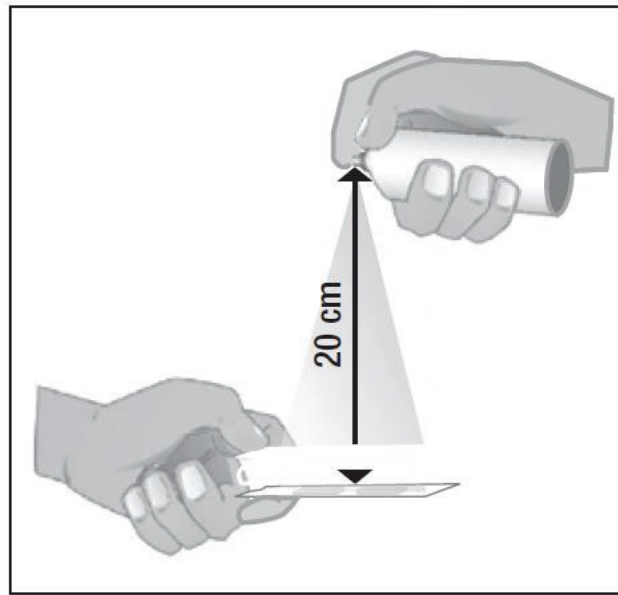
3. สอดปลายด้านยาวของไม้ป้ายหรือแปรงเก็บตัวอย่างเข้าไปในรูเปิดช่องคอปากมดลูก (cervical os) และหมุนให้เต็มรอบ (360 องศา) (ดูรูป 5.6.2)

รูปที่ 5.6.2 : การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจของเซลล์เยื่อปากมดลูกด้วยไม้ป้าย



4. ป้ายไม้ป้ายทั้งสองด้านล่างบนแผ่นกระจกสไลด์หนึ่งหรือสองครั้ง (หรือหมุนแปรงเก็บสิ่งส่งตรวจลงบนสไลด์) หากท่านเห็นความผิดปกติใดๆ นอกบริเวณที่เก็บตัวอย่าง ให้เก็บตัวอย่างแยกและป้ายลงบนกระจกสไลด์อีกแผ่น
5. ให้ทำการ fix เซลล์บนสไลด์ทันที ให้ทำก่อนถอด speculum ออกจากช่องคลอด ซึ่งจะใช้เวลาเพียงไม่กี่วินาที : ไม่ว่าจะใช้สเปรย์เพื่อ fix เซลล์บนสไลด์ โดยฉีดพ่นในแนวมุมฉากและห่างจากสไลด์ราว 20 ซม. (ดูรูป 5.6.3) หรือจุ่มลงในภาชนะบรรจุแอลกอฮอล์ (ethanol) 95% สำหรับแช่สไลด์ และทิ้งไว้อย่างน้อย 5 นาที (ขณะที่ท่านดำเนินการขั้นตอนอื่นต่อไป)
6. ปิด speculum และเอาออกจากช่องคลอดอย่างนุ่มนวล

รูปที่ 5.6.3 : การพ่นสเปรย์ฝนิก (fix) เซลล์บนสไลด์ในการตรวจ Pap smear แบบดั้งเดิม



หมายเหตุ : หากไม่ทำการฝนิก (fix) เซลล์บนสไลด์ทันที เซลล์จะแห้งและผิดรูป ซึ่งทำให้ไม่สามารถที่จะอ่านผลได้ด้วยความแม่นยำในห้องปฏิบัติการ

หลังการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ และจัดเตรียมสไลด์

7. ใส่เครื่องมือที่ใช้แล้วทั้งหมดลงในถังที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ
8. เขียนรายละเอียด ชื่อผู้รับบริการ เลขที่ และวันที่ลงบนปลายกระจกส่วนที่ฝา
9. บันทึกลงและวาดภาพสิ่งตรวจพบที่สำคัญลงในเวชระเบียน รวมถึงการมองเห็นบริเวณ transformation zone การอักเสบ แผลหรือรอยโรค ลึกลับหลังผิดปกติ บันทึกด้วยว่ามี การเก็บตัวอย่างอื่นด้วยหรือไม่ (เช่น ป้าย Pap smear จากบริเวณอื่น และการตรวจอื่นๆ เพื่อหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) และบันทึกว่าสตรีรายนั้นๆ ได้ถูกส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นหรือไม่ (ให้ไปพบใคร และเมื่อใด)
10. สอบถามผู้รับบริการว่ามีข้อสงสัยหรือไม่ และถ้ามีก็ตอบให้ชัดเจน
11. บอกผู้รับบริการว่าเธอจะได้รับผลการตรวจเมื่อใดและโดยวิธีใด และเน้นถึงความสำคัญของการกลับมาฟังผลการตรวจ โดยอุตมคติแล้ว ผลการตรวจควรส่งจากห้องปฏิบัติการมายังสถานบริการภายใน 2-3 สัปดาห์ หากใช้เวลาเกินกว่าหนึ่งเดือนถือว่าไม่ได้มาตรฐาน
12. หากคุณตรวจพบสิ่งบางอย่างที่คุณต้องการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการระดับเหนือขึ้นไป ให้อธิบายถึงเหตุผลว่าทำไมต้องส่งไป จะต้องไปที่ไหนและเมื่อใด และจะไปพบกับใคร เน้นถึงความสำคัญของการไปตามกำหนดนัด

การตรวจ (คัดกรอง) โดยวิธี Liquid-based cytology (LBC)

วิธีการตรวจชนิดนี้เป็นการพัฒนาต่อยอดจากการตรวจ Pap smear แบบดั้งเดิม มีขั้นตอนการปฏิบัติบางขั้นตอนแตกต่างกันบ้าง โดยเฉพาะระหว่างการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ วิธีการนี้จะส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการเพื่อดำเนินการต่อ และผลการตรวจจะถูกรายงานกลับมาในลักษณะเดียวกัน

การเตรียมความพร้อม

1. อธิบายขั้นตอนของการตรวจ อธิบายความหมายของผลการตรวจที่ผิดปกติและปกติ และความสำคัญของการกลับมาฟังผลการตรวจและการปฏิบัติที่เหมาะสม ให้มั่นใจว่าเธอเข้าใจ และได้รับการยินยอมจากเธอ
2. ทำการตรวจด้วย speculum ตามที่บรรยายในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2

การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

3. สอดแปร่งหรือไม้ป้ายเก็บตัวอย่าง เข้าไปในรูเปิดช่องคอมดลูก และหมุนรอบเต็มวง (360 องศา)
4. นำตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากแปร่งหรือไม้ป้าย ใส่ลงในหลอด/ภาชนะบรรจุน้ำยาพิเศษที่เก็บรักษาเซลล์
5. ค่อยๆ ปิดและนำ speculum ออกจากช่องคลอด

ภายหลังการเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ

6. นำเครื่องมือที่ใช้แล้วทั้งหมดใส่ลงในถังที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ
7. เขียนรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อ เลขที่ วันที่ บนหลอดบรรจุตัวอย่าง
8. บันทึกและวาดรูปสิ่งตรวจพบลงในเวชระเบียนรวมถึงการมองเห็นบริเวณ transformation zone การอักเสบ แผลหรือรอยโรค สิ่งคัดหลั่งผิดปกติ บันทึกด้วยว่ามีเก็บสิ่งส่งตรวจอื่นหรือไม่ (เช่น การตรวจเพื่อหาเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) และบันทึกด้วยว่าสตรีรายนั้นๆ ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นหรือไม่ (ให้ไปพบใคร และเมื่อใด)
9. สอบถามผู้รับบริการว่ามีข้อสงสัยอีกหรือไม่ และถ้ามีก็ตอบให้ชัดเจน
10. บอกผู้รับบริการว่าจะได้รับผลการตรวจเมื่อใดและโดยวิธีใด และเน้นถึงความสำคัญของการกลับมาฟังผลการตรวจ โดยอุดมคติแล้ว ผลการตรวจควรส่งจากห้องปฏิบัติการมายังสถานบริการภายใน 2-3 สัปดาห์ หากใช้เวลาเกินกว่าหนึ่งเดือนถือว่าไม่ได้มาตรฐาน
11. หากคุณตรวจพบบางอย่างที่คุณต้องการส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการระดับเหนือขึ้นไปให้อธิบายถึงเหตุผลว่าทำไมต้องส่งไป จะต้องไปที่ไหนและเมื่อใด และจะไปพบกับใคร เน้นถึงความสำคัญของการไปตามกำหนดนัด

- เมื่อผู้รับบริการกลับมาฟังผล ให้แจ้งผลการตรวจ อธิบายว่ามีความหมายว่าอะไร และแนะนำเธอถึงขั้นตอนการปฏิบัติต่อไปที่จำเป็น
 - หากผลการตรวจปกติ แนะนำให้เธอตรวจซ้ำในอีก 3-5 ปี หรือ ตามคำแนะนำของแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติ
 - หากผลการตรวจผิดปกติ ให้ใช้แผนภูมิในภาคผนวก 8 และ 9 ประกอบการอธิบาย ให้คำแนะนำแก่สตรีถึงขั้นตอนที่จำเป็นในการติดตามดูแล
- หากผู้รับบริการไม่ได้กลับมาตรวจติดตาม และผลการตรวจคัดกรองของเธอผิดปกติหรือไม่เพียงพอสำหรับแปลผลทางห้องปฏิบัติการ ให้พยายามติดต่อเธอให้ได้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.7 : การให้คำปรึกษาสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ

ให้ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 และ 3.5 เพื่อเป็นแนวทางเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา

การให้คำปรึกษาแก่สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองผิดปกติแต่ไม่สงสัยมะเร็ง

ในขณะที่อธิบายผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกติแต่ไม่สงสัยมะเร็งแก่สตรี ข้อมูลต่อไปนี้จะต้องให้โดยใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย

1. แสดงความยินดีกับเธอที่สนใจดูแลสุขภาพ และอธิบายว่าการตรวจนี้จะช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก
2. บอกเธอว่าผลการตรวจของเธอผิดปกติ และอธิบายว่ามันมีความหมายว่าอะไร ขณะเดียวกันก็ให้ความมั่นใจแก่เธอว่าไม่ได้เป็นมะเร็งปากมดลูก

ในรายชื่อผลการตรวจทางเซลล์วิทยาหรือวีไอเอผิดปกติ

- อธิบายให้เธอทราบว่าการตรวจนี้เป็นการตรวจหาความเปลี่ยนแปลง (ผิดปกติ) ในระยะเริ่มแรก เรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง ซึ่งหากปล่อยไว้อาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งได้หากไม่ได้รับการรักษา
- อธิบายว่ามีการรักษาที่ทำได้ง่ายและปลอดภัย เพื่อรักษาความเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกนี้ ซึ่งมีประสิทธิผลในการรักษารอยโรคก่อนเป็นมะเร็ง

ในรายชื่อผลการตรวจเชื้อเอชพีวีผิดปกติ (positive HPV test)

- อธิบายให้เธอทราบว่าผลการตรวจเชื้อเอชพีวีผิดปกติ มีความหมายว่ามีการติดเชื้อไวรัสที่ปากมดลูกของเธอ ให้ความมั่นใจแก่เธอว่ามีสตรีน้อยรายมากที่ติดเชื้อเอชพีวีแล้วจะกลายไปเป็นมะเร็งปากมดลูก
 - หากเธอมีผลการตรวจเชื้อเอชพีวีผิดปกติ และผลการตรวจวีไอเอปกติ อธิบายให้เธอทราบว่าเธอมีการติดเชื้อเอชพีวีที่คงอยู่นาน แต่ยังไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อ
3. อธิบายว่าการรักษาเป็นอย่างไร (หากมี) จะใช้เวลานานเท่าใด และจะเกิดอะไรกับเธอได้บ้าง
 4. เน้นข้อเท็จจริงว่าหากเธอไม่ได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด ในกรณีผลการตรวจเชื้อเอชพีวีผิดปกติ ร่วมกับผลการตรวจวีไอเอหรือการตรวจทางเซลล์วิทยาที่ปกติ ในอีกหลายปีต่อมาเธอจะสามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้
 5. อธิบายให้ทราบว่าจะสามารถได้รับการรักษาในวันนี้ (นั่นคือ ในวันเดียวกัน) หรือเร็วที่สุด หรือเธออาจจะถูกส่งต่อไปยังสถานบริการอีกแห่งเพื่อรับการรักษา ทำการนัดหมายให้หากจำเป็น

ข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีของการตรวจเอชพีวีผิดปกติ (positive HPV test)

แม้ว่าผลการตรวจเอชพีวีผิดปกติจะไม่ได้หมายความว่า สตรีรายนั้นๆ จะเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือมีปัญหาในอนาคต หรือเธอมีรอยโรคก่อนมะเร็ง เธอก็อาจจะยังกล้ากับที่ได้ยินว่าผลการตรวจเอชพีวีผิดปกติ ให้ตอบคำถามทุกคำถามเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวี และให้ข้อมูลต่อไปนี้แก่เธอ

- ไวรัสเอชพีวีจะถูกแพร่ออกไประหว่างการมีเพศสัมพันธ์ แต่เป็นไปได้ที่จะทราบว่าเมื่อใดหรือจากใครที่แพร่มายังเธอ (นอกจากว่าเธอมีเพศสัมพันธ์กับคนเพียงคนเดียวในชีวิต)
- การติดเชื้อเอชพีวีไม่ได้บอกว่าเธอสำส่อนหรือนอกใจ
- การติดเชื้อเอชพีวีป้องกันได้ยากมาก ถุงยางอนามัยอาจจะป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีได้ทั้งหมด
- การตรวจพบการติดเชื้อเอชพีวีหรือการได้รับการรักษา จะไม่มีผลทำให้การตั้งครรภ์ยากขึ้นและไม่ส่งผลต่อทารกในครรภ์
- ไวรัสเอชพีวีแม้จะมีชื่อคล้ายกัน แต่ไม่เกี่ยวข้องกับไวรัสเอชไอวี/เอดส์

ให้ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.4 วิธีการให้คำปรึกษาเรื่องต่างๆ ไปเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.5 ข้อมูลสำหรับการให้คำปรึกษาทั้งก่อน ระหว่างและหลังการตรวจหรือทำหัตถการ ให้ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 3.2 คำตอบต่างๆ สำหรับคำถามที่พบบ่อยเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชพีวี

การให้คำปรึกษาแก่สตรีที่ผลการตรวจผิดปกติและสงสัยมะเร็ง

1. อธิบายให้สตรีผู้รับบริการทราบว่าผลการตรวจคัดกรองผิดปกติ และเธอต้องได้รับการตรวจเพิ่มเติม เพื่อให้ทราบถึงความผิดปกตินี้
2. อย่าบอกว่าคุณคิดว่าเธอเป็นมะเร็ง การจะบอกได้ว่าเป็นต้องได้จากการตรวจชิ้นเนื้อ
3. สอบถามเธอว่าวันนี้มีญาติมาด้วยหรือไม่ และสอบถามเธอว่าจะให้ญาติเข้ามาร่วมฟังข้อมูลที่คุณจะให้เกี่ยวกับขั้นตอนที่จะต้องทำต่อไปด้วยหรือไม่
4. ให้ความมั่นใจแก่เธอว่าแม้จะมีความวิตกกังวล สิ่งสำคัญที่สุดคือ เธอได้มารับการตรวจคัดกรองแล้ว และตอนนี้เธอสามารถได้รับการช่วยเหลือ
5. อธิบายแก่เธอให้ทราบว่า ส่วนใหญ่จะมีวิธีการรักษาที่สามารถทำให้หายได้ และนี่คือสิ่งซึ่งเธอจะต้องเอาใจจดจ่อ
6. ให้รายละเอียดกับเธอเกี่ยวกับการนัดหมายเพื่อส่งต่อ และแน่ใจว่าคุณมีข้อมูลครบถ้วนสำหรับการติดต่อเธอในกรณีที่เธอจะต้องติดต่อกับเธอ
7. สอบถามเธอว่ามีปัญหาอะไรอีกหรือไม่ ที่จะทำให้เธอไม่สามารถไปยังที่ส่งต่อได้ตามกำหนดนัด หากมีให้ปรึกษาหาหรือหาทางออกที่เป็นไปได้และช่วยเธอวางแผนเพื่อให้ได้บริการต่างๆ ตามที่ต้องการ
8. กำหนดวันนัดเจอเธอครั้งต่อไป เพื่อให้มั่นใจว่าเธอได้รับการดูแลที่จำเป็น

ผู้ให้บริการมีบทบาทสำคัญในการมั่นใจว่า สตรีที่มีผลการตรวจ (คัดกรอง) สงสัยมะเร็งได้รับการติดตามดูแลที่จำเป็น ผู้ให้บริการควรจะปฏิบัติดังต่อไปนี้

- พิจารณาการจัดทำระบบติดตามการส่งต่อทั้งหมด เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้รับบริการได้รับการตรวจและการรักษาเพิ่มเติมที่จำเป็น
- ทำให้แน่ใจว่าสตรีและสมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจถึงความสำคัญของการไปตามนัดหมายทุกครั้ง และปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลเธอ
- คอยติดตามผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มั่นใจว่าพวกเขาเข้าใจผลการตรวจและผลการรักษาเพิ่มเติมของเธอ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.8 : คอลโปสโคปี (Colposcopy)

คอลโปสโคปีคืออะไร และทำไมจึงมีความจำเป็น?

คอลโปสโคปี เป็นการใช้กล้องคอลโปสโคป - colposcope (เครื่องมือซึ่งให้แสงที่สว่างจ้าและภาพที่ขยายให้ใหญ่ขึ้น) เพื่อที่จะดูปากมดลูก

คอลโปสโคปี (การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด) ไม่ได้ทำบ่อยนักเนื่องจากผู้รับบริการต้องผ่านขั้นตอนที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง (การตรวจนี้) อาจทำได้ในสถานบริการบางแห่งที่อยู่ห่างไกลและทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้รับบริการขาดการติดต่อ (loss to follow-up) ได้ง่าย

เหตุผล/ข้อบ่งชี้ในการสั่งตรวจคอลโปสโคปี มีดังนี้

- เพื่อช่วยเสริมการรักษาโดยการจี้เย็น (cryotherapy) หรือ LEEP โดยระบุถึงที่อยู่ ขนาด และตำแหน่งของรอยโรคก่อนมะเร็ง
- เพื่อช่วยบอกตำแหน่งที่จะตัดชิ้นเนื้อที่ดูแล้วน่าจะผิดปกติและอาจเป็นมะเร็ง

ประเด็นสำคัญ : ขณะสนทนากับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องไม่พูดถึงมะเร็ง เนื่องจากจะยังไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งหรือไม่จนกว่าจะได้รับผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์

การทำคอลโปสโคปี จำเป็นต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ต่อไปนี้

- speculum ตรวจช่องคลอดที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง
- กล้องคอลโปสโคป (colposcope)
- อุปกรณ์ที่จำเป็นทั้งหมดสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ

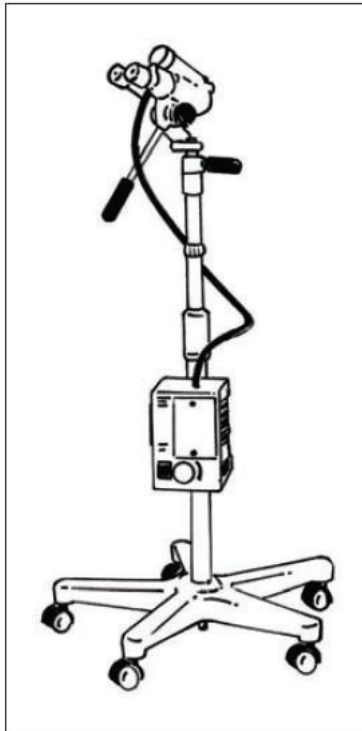
และเนื่องจากการทำคอลโปสโคปี มักจะต้องมีการตัดชิ้นเนื้อ (biopsies) และ/หรือขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curettage – ECC) ร่วมด้วยเสมอ ดังนั้นจึงต้องมีวัสดุอุปกรณ์ต่อไปนี้

- น้ำส้มสายชู 3 - 5%
- ยาป้ายมอนเซล Monsel's paste (ดูภาคผนวก 13)
- ปากคีบตัดชิ้นเนื้อ (punch biopsy forceps)
- เครื่องมือที่ใช้ขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curette)
- ปากคีบที่สวนปลายเป็นรูปวงแหวน (ring forceps)
- ไม้พันสำลี
- ขวดใส่ชิ้นเนื้อบรรจุฟอร์มาลิน 10%
- ปากกา/ดินสอและป้ายฉลาก

การเตรียมความพร้อม

1. อธิบายขั้นตอนของหัตถการ การตรวจอาจจะแสดงอะไรบ้าง และทำไมจึงสำคัญที่จะต้องกลับมาเพื่อการดูแลเพิ่มเติมให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและได้รับการยินยอมจากเธอ
2. แสดงกล้องคอลโปสโคปให้ผู้ป่วยดู และอธิบายว่าคุณจะใช้ตรวจอย่างไร
3. เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจภายใน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2)

รูป 5.8.1 : กล้องคอลโปสโคป (Colposcope)



ขั้นตอนการทำหัตถการ

บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่คุณจะทำในทุกขั้นตอน และเตือนเธอก่อนการทำทุกอย่างที่อาจจะก่อให้เกิดอาการปวดช่องท้องหรือเจ็บ

4. สอด speculum และตรวจให้แน่ใจว่า posterior fornix (บริเวณช่องคลอดรอบๆ ปากมดลูก) แห้ง
5. ตรวจสอบปากมดลูกด้วยกำลังขยายต่ำก่อน (5 ถึง 10 เท่า) มองหาบริเวณที่ผิดปกติชัดเจน รวมถึงแผลรอยโรคที่สงสัยมะเร็ง ฤงน้ำ หูด เป็นต้น ให้ระบุส่วนที่เป็น transformation zone และรอยต่อเยื่อบุ (SCJ) ดั้งเดิมและรอยต่อใหม่ หากเป็นเรื่องสมควรที่จะตรวจดูช่องคอมดลูก หรือในกรณีที่ไม่สามารถมองเห็น SCJ ได้ทั้งหมด คุณสามารถใช้ endocervical speculum (เครื่องถ่างเพื่อดูด้านในคอมดลูก) แต่หากยังคงไม่สามารถเห็น SCJ ได้ทั้งหมด เรียกการตรวจเช่นนี้ว่า “inadequate” หรือ “unsatisfactory” และควรทำ ECC (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9)
6. ชโลมน้ำเกลือลงบนปากมดลูก ตรวจสอบปากมดลูกด้วยแสงสีเขียวที่กำลังขยาย 15 เท่า สังเกตลักษณะของเส้นเลือดที่ผิดปกติ

7. หลังจากบอกผู้รับบริการว่าเธออาจจะรู้สึกแสบเล็กน้อย ให้ชโลมน้ำลัมสลายชู
8. รอ 1-2 นาทีเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสี สังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ปากมดลูกให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อความผิดปกติในบริเวณที่ใกล้กับ SCJ
9. นำสิ่งที่ตรวจพบจากการตรวจโดยน้ำเกลือมารวมเข้าด้วยกันกับที่พบจากการตรวจโดยน้ำลัมสลายชู เพื่อเป็นการประเมินทางคอลโปสโคปี (colposcopic assessment)
10. หากจำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อ บอกผู้ป่วยก่อนว่าคุณจะตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก เพราะอาจจะทำให้เกิดอาการปวดช่องท้องได้บ้างเล็กน้อย
11. ดำเนินการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก และ/หรือ ECC ตามที่บรรยายในเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9
12. หากสังเกตพบมีเลือดออกชัดเจน ให้กดบริเวณที่เลือดออกด้วยไม้พันสำลีหรือป้ายด้วยยาป้ายมอนเซล (Monsel's paste)
13. ถอยกล้องคอลโปสโคปีออก และค่อยๆ ปิดและนำ speculum ออกจากช่องคลอด
14. รอสองสามนาทีและบอกให้ผู้ป่วยค่อยๆ ลุกนั่ง สังเกตผู้ป่วยว่ามีอาการหน้ามืดหรือไม่ (vasovagal symptoms เช่น เวียนศีรษะ เหงื่อแตก เป็นลม) หากเกิดขึ้น ให้เรอนอนลงอีกครั้งและยกขาสูงจนกว่าจะรู้สึกดีขึ้น

การปฏิบัติหลังทำหัตถการ

15. อธิบายสิ่งที่คุณเห็น และถ้าหากคุณตัดชิ้นเนื้อและ/หรือขูดด้านในช่องคอมดลูกด้วย ให้บอกว่าหัตถการเหล่านี้จะบอกอะไรบ้าง
16. แนะนำวิธีการดูแลตัวเองแก่ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
 - เธอควรงดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะไม่มีตกขาวหรือเลือดออก (ปกติใช้เวลา 2-4 วัน) จัดเตรียมถุงยางอนามัยให้ผู้รับบริการและสอนวิธีใช้ หากไม่สามารถละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ได้
 - เธอไม่ควรสอดสิ่งแปลกปลอมใดๆ เข้าช่องคลอดเป็นเวลา 3-4 วัน
 - บอกเธอถึงอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน มีเลือดไหลออก ปวดเกร็งมาก ปวดท้องน้อยมาก ตกขาวเป็นหนองและมีไข้ หากมีอาการเหล่านี้ เธอจำเป็นต้องกลับมาสถานบริการสุขภาพหรือไปโรงพยาบาล
17. อธิบายถึงความสำคัญของการกลับมาয়สถานบริการเพื่อฟังผลการตรวจ และนัดวันกลับมาตรวจผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรทราบได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ ดังนั้น ควรวางแผนให้นัดตรวจติดตาม 2-3 สัปดาห์หลังการทำคอลโปสโคปี
18. บันทึกสิ่งตรวจพบต่างๆ ลงในเวชระเบียน ใช้แบบบันทึกที่เหมาะสมเพื่อบันทึกการประเมินทางคอลโปสโคปี (colposcopic assessment)
19. ส่งชิ้นเนื้อและเนื้อเยื่อที่ขูดออกมาพร้อมติดป้ายชื่อไปห้องปฏิบัติการ

20. หากคุณพบปัญหาบางประการที่คุณไม่สามารถจัดการได้ที่สถานบริการของตนเอง ให้ส่งตัวผู้ป่วยไปยังสถานบริการระดับเหนือขึ้นไปทันทีเพื่อการตรวจเพิ่มเติม

การตรวจติดตาม (2 - 3 สัปดาห์หลังคอลโปสโคปี)

21. อธิบายผลการตรวจที่แจ้งมาในใบรายงานจากห้องปฏิบัติการ
22. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีการตรวจติดตามที่จำเป็นสำหรับเธอ โดยไปตามผลการตรวจ ให้ยึดตามแนวทางเวชปฏิบัติแห่งชาติ หรือ ถ้าหากไม่มี ให้ใช้ผังงานในภาคผนวก 8 และ 9 และแผนผังในภาคผนวก 10 ในการแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับผลการวินิจฉัยและในการกำหนดแผนการรักษา (ที่ได้มีการแนะนำ)
23. ตรวจภายในและตรวจดูการหายของแผล
24. ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาที่จำเป็น หรือ นัดตรวจติดตามครั้งถัดไป

หมายเหตุ : ภารกิจของคุณยังไม่สิ้นสุดจนกว่าคุณจะได้ตรวจสอบรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ร่วมกับผู้ป่วย และได้วางแผนการดูแลรักษาเรียบร้อยแล้ว

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9 : การตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) และการขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curettage; ECC)

การตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy)

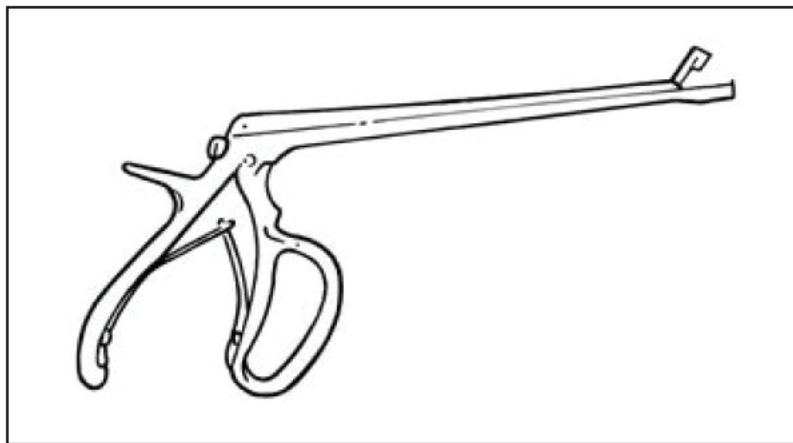
การตัดชิ้นเนื้อคืออะไร และเหตุใดจึงมีความจำเป็น?

การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก คือ การตัดเอาเนื้อเยื่อชิ้นเล็กๆ ของปากมดลูกออกด้วยเครื่องมือตัดชิ้นเนื้อแบบพิเศษ (ดูรูป 5.9.1) เพื่อวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยความผิดปกติที่พบจากการตรวจปากมดลูก โดยไม่ใช้กล้องขยาย (เช่น ระหว่างการตรวจภายในขณะทำการคัดกรองปากมดลูก) หรือความผิดปกติที่พบจากการทำคอลโปสโกปี ตัวอย่างชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาจะถูกใส่ลงในภาชนะที่มีฉลากติด ที่บรรจุน้ำยาที่จะคงสภาพเนื้อเยื่อและโครงสร้างของเซลล์ไว้ให้เหมือน(เดิม)ตอนแช่ลงในน้ำยา และส่งไปยังห้องปฏิบัติการที่จะทำการตัดชิ้นเนื้อให้เป็นแผ่นบางๆ และย้อมด้วยสีย้อมพิเศษ และทำการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ในกระบวนการที่เรียกว่า จุลพยาธิวิทยา (histopathology)

หากชิ้นเนื้อ มีขนาดเพียงพอและถูกเก็บไว้เป็นอย่างดี ผลการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาจะช่วยแยกแยะระหว่างรอยโรคก่อนมะเร็ง มะเร็งปากมดลูก และรอยโรคที่ไม่ใช่มะเร็ง (เช่น หูด หรือหูดหงอนไก่ เริ่มการติดเชื้อ ถุงน้ำ หรือติ่งเนื้อ)

การตัดชิ้นเนื้ออาจทำให้เจ็บเล็กน้อยหรือมีอาการปวดช่องท้อง โดยปกติมักไม่จำเป็นต้องใช้ยาชา โดยทั่วไปจะมีเลือดออกเพียงเล็กน้อยและสามารถหยุดได้โดยการกดไว้ด้วยไม้พันสำลี

รูป 5.9.1 : ปากคิบบัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก (Cervical punch biopsy forceps)



การตัดชิ้นเนื้อควรทำโดยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรม ในสถานบริการที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นครบ

หมายเหตุสำคัญ : ขณะพูดคุยกับผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะต้องไม่เอ่ยถึงมะเร็งเนื่องจากจะยังไม่ทราบผลการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งจนกว่าจะได้รับรายงานผลการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่อไปนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการตัดชิ้นเนื้อ

- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง
- กล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด (คอลโปสโคป) หากต้องการดูรอยโรค
- วัสดุที่จำเป็นสำหรับป้องกันการติดเชื้อทั้งหมด
- กรดอะซิติก (น้ำส้มสายชู) 3-5%
- ยาป้ายมอนเซล Monsel's paste (ดูภาคผนวก 13)
- ปากคีบตัดชิ้นเนื้อ (punch biopsy forceps)
- ไม้พันสำลี
- ขวดใส่ชิ้นเนื้อบรรจุฟอร์มาลิน 10%
- ปากกา/ดินสอและป้ายฉลาก

การเตรียมความพร้อม

1. แนะนำตัวเองและอธิบายขั้นตอนการตรวจ การตรวจอาจจะบอกอะไรบ้าง และทำไมการกลับมาฟังผลและรับการดูแลรักษาต่อเนื่องจึงสำคัญ หากจำเป็น
2. ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจ
3. ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย
4. แสดงปากคีบตัดชิ้นเนื้อและอธิบายให้ผู้ป่วยทราบวิธีการใช้
5. หากต้องส่งต่อไปตัดชิ้นเนื้อ ให้บอกเธอว่าจะต้องไปที่ใด
6. บอกผู้ป่วยถึงเวลาที่คาดว่าจะทราบผลการตรวจ และเธอจะมารับได้ที่ใด และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการต่อไป
7. สอบถามเธอว่าหากคุณหรือผู้ให้บริการคนอื่นจะติดต่อเธอจะให้ติดต่อเธอได้ทางวิธีใด (เช่น โทรศัพท์ ไปเยี่ยมที่บ้าน หรือฝากจดหมายปิดผนึกไปให้) และมีช่วงเวลาไหนที่ไม่สะดวกให้ติดต่อหรือไม่

ขั้นตอนการทำหัตถการ

8. บอกผู้ป่วยว่าคุณจะแจ้งให้เธอทราบทุกขั้นตอนของการทำหัตถการ และเตือนเธอก่อนจะทำอะไรทุกอย่างที่อาจทำให้ปวดช่องท้องหรือเจ็บ เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจภายใน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2)
9. สอด speculum และตรวจดูปากมดลูกว่ามีความผิดปกติที่เห็นชัดเจนหรือไม่
10. หลังจากบอกผู้ป่วยว่าอาจจะรู้สึกแสบเล็กน้อย ให้ชโลมน้ำส้มสายชู และรอ 1-2 นาทีเพื่อให้เวลาในการเปลี่ยนแปลงสี
11. ให้สังเกตการเปลี่ยนแปลงในลักษณะของปากมดลูก พุงความสนใจเป็นพิเศษต่อความผิดปกติที่อยู่ใกล้รอยต่อเยื่อ (SCJ)
12. บอกผู้ป่วยว่าคุณจะตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก ซึ่งอาจจะทำให้ปวด (เกร็ง) ช่องท้องเล็กน้อย

13. ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกจากบริเวณที่ผิดปกติชัดเจนที่สุด และใส่เนื้อเยื่อลงในขวดฟอร์มาลินที่ติดป้ายชื่อ หรือน้ำยาเก็บชิ้นเนื้ออื่นๆ
14. หากพบว่ามีเลือดออก ให้ใช้ไม้พันสำลีกดไว้ 2-3 นาที หากเลือดยังออก ให้ป้ายบริเวณเลือดออกด้วยยาป้ายมอนเซล (ดูภาคผนวก 13 เกี่ยวกับการเตรียมยาป้ายมอนเซล) และค่อยๆ ถอด speculum ออก

การขูดด้านในช่องคอมดลูก (Endocervical curettage)

การขูดด้านในช่องคอมดลูก คืออะไร และเหตุใดจึงมีความสำคัญ?

การขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curettage; ECC) เป็นหัตถการเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือเล็กๆ เก็บเนื้อเยื่อจากช่องคอมดลูก เพื่อนำไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ จะทำเมื่อ

- การตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยาผิดปกติ และไม่พบความผิดปกติจากการตรวจปากมดลูกด้วยกล้องคอลโปสโคป (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.8) ซึ่งอาจจะมีรอยโรคก่อนมะเร็งหรือมะเร็งซ่อนอยู่ด้านในช่องคอมดลูก
- พบเซลล์ผิดปกติชนิดต่อม (abnormal glandular cells) จากการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา
- จากการทำคอลโปสโคปี สงสัยความผิดปกติอยู่ภายในช่องคอมดลูก
- ไม่สามารถเห็นรอยต่อเยื่อ (SCJ) ได้ทั้งหมด (unsatisfactory colposcopy)

หมายเหตุสำคัญ : ขณะสนทนากับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการจะต้องไม่พูดถึงมะเร็ง เนื่องจากจะยังไม่ทราบว่าเป็นมะเร็งหรือไม่จนกว่าจะได้รับผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่อไปนี้มีความจำเป็นสำหรับ ECC :

เครื่องมือและวัสดุต่อไปนี้เป็นสิ่งจำเป็น สำหรับการขูดด้านในช่องคอมดลูก (ECC)

- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง
- วัสดุที่จำเป็นสำหรับป้องกันการติดเชื้อทั้งหมด
- ยาป้ายมอนเซล Monsel's paste (ดูภาคผนวก 13)
- เครื่องมือขูดด้านในช่องคอมดลูก (endocervical curette)
- ไม้พันสำลี
- ขวดใส่ชิ้นเนื้อบรรจุฟอร์มาลิน 10%
- ปากกา/ดินสอและป้ายฉลาก
- ผ้าก๊อซ หรือกระดาษ (เช็ดมือ) สีนํ้าตาล

การเตรียมความพร้อม

1. แนะนำตัวเองและแจ้งผู้ป่วยให้ทราบว่าที่คุณแนะนำ ECC เนื่องจากคุณต้องการให้แน่ใจว่าไม่มี ความผิดปกติในช่องคอมดลูก
2. อธิบายขั้นตอนการทำว่ามีอะไรบ้าง เวลาที่ใช้ และเธออาจจะรู้สึกอย่างไรได้บ้าง (เช่น ปวดช่องท้อง และบางครั้งอาจมีความดันโลหิตตก ซึ่งอาจทำให้เหงื่อออก เวียนศีรษะและเป็นลมได้)
3. ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจ
4. ได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย
5. แสดงเครื่องมือที่ใช้ชุดให้ผู้ป่วยดู และอธิบายวิธีการใช้
6. หากต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการชุดช่องคอมดลูก ให้บอกเธอว่าจะต้องไปที่ใด
7. บอกผู้ป่วยว่าจะได้รับผลการตรวจเมื่อใด (ควรรภายใน 2-3 สัปดาห์) และสถานที่ที่จะมารับผล การตรวจ และอธิบายขั้นตอนการดูแลต่อไป
8. สอบถามเธอว่าหากคุณหรือผู้ให้บริการคนอื่นจะติดต่อเธอจะให้ติดต่อเธอได้ทางวิธีใด (เช่น โทรศัพท์ ไปเยี่ยมที่บ้าน หรือฝากจดหมายปิดผนึกไปให้) และมีช่วงเวลาไหนที่ไม่สะดวกให้ติดต่อหรือไม่

ขั้นตอนการทำหัตถการ

9. จับเครื่องมือที่ใช้ชุดเหมือนจับปากกา สอดเข้าไปและชุดด้านในช่องคอมดลูกในลักษณะที่หนักแน่น เป็นช่วงสั้นๆ จนกระทั่งเก็บเนื้อเยื่อได้ทั่วทุกส่วน โดยให้เครื่องมืออยู่ในช่องคอมดลูกตลอดเวลาของ การชุด
10. ตอนท้าย ให้นำเครื่องมือที่ใช้ชุดออก แล้วใส่เครื่องมือทั้งหมดลงในถังบรรจุน้ำยาฆ่าเชื้อ และนำ เนื้อเยื่อที่ชุดออกมาได้ไว้ในผ้าก๊อชหรือกระดาษ (เช็ดมือ) ลิน้ำตาล และแช่ลงในภาชนะที่มีน้ำยา ฟอर्मาลิน (10%) ทันที

หลังการตัดชิ้นเนื้อ และ/หรือการชุดด้านในช่องคอมดลูก (ECC)

1. อธิบายว่าคุณเห็นอะไร และชิ้นเนื้อและ/หรือเนื้อเยื่อที่ได้จากการชุดอาจจะบอกอะไรได้
2. แนะนำวิธีการดูแลตัวเองแก่ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน
 - เธอควรงดการมีเพศสัมพันธ์จนกว่าจะไม่มีตกขาวหรือเลือดออก (ปกติใช้เวลา 2-4 วัน) จัดเตรียมถุงยางอนามัยให้ผู้รับบริการและสอนวิธีใช้หากไม่สามารถละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ได้
 - เธอไม่ควรสอดล้างแปลกปลอมใดๆ เข้าช่องคลอดเป็นเวลา 3-4 วัน
 - บอกเธอถึงอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน มีเลือดไหลออก มีอาการปวด ช่องท้องหรือปวดท้องอย่างรุนแรง ตกขาวเป็นหนองและมีไข้ หากเธอมีอาการเหล่านี้ อย่างใดอย่างหนึ่ง เธอต้องกลับมาที่สถานบริการสุขภาพหรือให้ไปโรงพยาบาล

3. อธิบายความสำคัญของการกลับมาเยี่ยมสถานบริการ เพื่อฟังผลการตรวจและนัดวันกลับมาตรวจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรทราบผลภายใน 2-3 สัปดาห์ ดังนั้นควรวางแผนให้นัดตรวจ ติดตาม 2-3 สัปดาห์ หลังการตัดชิ้นเนื้อหรือ ECC
4. บันทึกสิ่งตรวจพบต่างๆ ลงในแบบฟอร์มที่เหมาะสม
5. ส่งภาชนะ (พร้อมติดป้ายชื่อ) ที่ใส่ชิ้นเนื้อและ/หรือเนื้อเยื่อที่ชุดออกมาไปห้องปฏิบัติการ
6. หากคุณพบปัญหาบางประการที่คุณไม่สามารถจัดการได้ที่สถานบริการของคุณเอง ให้ส่งตัวผู้ป่วย ไปยังสถานบริการระดับเหนือขึ้นไปทันทีเพื่อการตรวจเพิ่มเติม

หมายเหตุ : ภารกิจของคุณยังไม่สิ้นสุดจนกว่าคุณจะได้รับการตรวจสอบรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยา ร่วมกับผู้ป่วย และได้วางแผนการดูแลรักษาเรียบร้อยแล้ว

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.10 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก : การจี้เย็น (cryotherapy)

การจี้เย็น คือ การทำให้บริเวณที่ผิดปกติของปากมดลูกเย็นจัด (freezing) โดยการใช้แผ่นโลหะกลม (cryoprobe : หัวจี้เย็น) ที่เย็นมากๆ ไปแตะที่บริเวณนั้น การจี้เย็นใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีและมักจะก่อให้เกิดอาการปวด (เกร็ง) ชองท้องเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

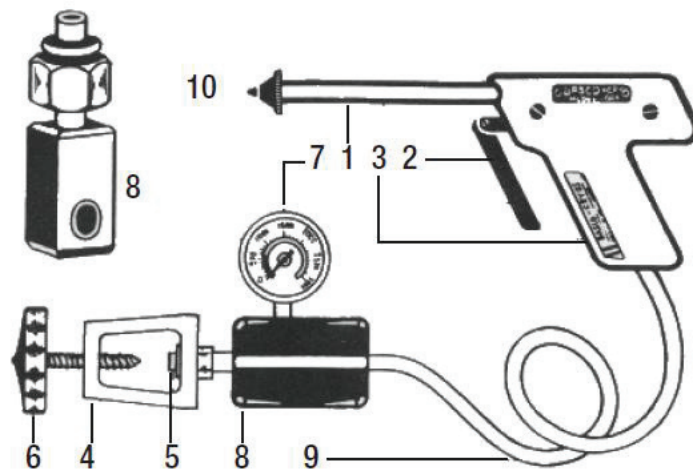
ตาราง 5.10.1 : เกณฑ์ความเหมาะสมและเกณฑ์การยกเว้นสำหรับการจี้เย็น

เกณฑ์ความเหมาะสม (ต้องครบทั้งหมด)	เกณฑ์การยกเว้น (หากมีข้อใดข้อหนึ่ง)
<ul style="list-style-type: none"> ● ผลการตรวจคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ● รอยโรคมีขนาดเล็กพอที่จะครอบด้วยหัวจี้เย็นได้ ● รอยโรคและขอบทั้งหมดเห็นได้ชัดเจน โดยไม่ยื่นเข้าไปด้านในช่องคอมดลูก หรือออกมาบนผนังช่องคลอด 	<ul style="list-style-type: none"> ● มีหลักฐานหรือสงสัยว่าเป็นมะเร็ง หรือเป็นความผิดปกติชนิด glandular (รอยโรคก่อนมะเร็ง) ● รอยโรคนูนออกไปเกินขอบหัวจี้เย็น ● ภาวะตั้งครรภ์ ● ปีกมดลูกอักเสบ (จนกว่าจะรักษาแล้ว) ● กำลังเป็นประจำเดือน

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ต่อไปนี้เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการจี้เย็น

- speculum ที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- ถุงมือที่ใช้แล้วทิ้ง หรือที่ผ่านการฆ่าเชื้อระดับสูง (ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- ไม้พันสำลีสำหรับเช็ดปากมดลูก
- น้ำเกลือ
- กล้องคอลโปสโคป หากจำเป็นต้องใช้ในบางสถานที่
- เครื่องจี้เย็น (ดูรูป 5.10.1) พร้อมปริมาณแก๊สที่เพียงพอ (คาร์บอนไดออกไซด์ หรือ ไนตรัสออกไซด์)

รูป 5.10.1 : ส่วนประกอบต่างๆ ของเครื่องจี้เย็น



1. หัวจี้ (probe)
2. โถก (trigger)
3. ด้ามจับเป็นไฟเบอร์กลอส
4. เหล็กประกบ (yoke)
5. ช่องทางแก๊สเข้า
6. ปุ่มหมุนยึด
7. มาตรวัดแรงดันของถังแก๊ส
8. ช่องทางแก๊สออก
9. ท่อนำแก๊ส
10. ปลายหัวจี้เย็น

.....

ที่มา : Reproduced with permission from Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia : a beginners' manual. Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2003 (<http://screening.iarc.fr/doc/Colposcopymanual.pdf>)

เครื่องมือพื้นฐานสำหรับการตรวจภายใน ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2 สำหรับคำแนะนำอย่างละเอียดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการจี้เย็น ดู *Cryosurgical equipment for the treatment of precancerous cervical lesions and prevention of cervical cancer : WHO technical specifications* (2012).^[18] สำหรับคำแนะนำอย่างละเอียดขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการใช้เครื่องจี้เย็น ดู *WHO guidelines : use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia* (2011).^[19]

การเตรียมความพร้อม

1. อธิบายขั้นตอน และเหตุผลว่าทำไมจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องกลับมาเพื่อการดูแลต่อไป
2. ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจและได้รับการยินยอมจากเธอ
3. ให้ผู้ป่วยดูเครื่องจี้เย็น และอธิบายวิธีการที่คุณจะใช้จี้บริเวณที่ผิดปกติบนปากมดลูกให้เย็นจัด
4. เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจทางนรีเวช และทำการตรวจโดยใช้ speculum
5. หากตรวจแล้วไม่พบมีการติดเชื้อ ให้ทำการจี้เย็นได้
6. หากพบมีการติดเชื้อที่ปากมดลูก ให้รักษาก่อน (ดูภาคผนวก 2) และบอกให้ผู้ป่วยรับประทานยาครั้งแรกขณะอยู่กับคุณ แล้วคุณอาจจะทำการจี้เย็นต่อไปได้เลย หรือคุณอาจจะนัดผู้ป่วยให้กลับมาอีกครั้งหลังการติดเชื้อหายดีแล้ว

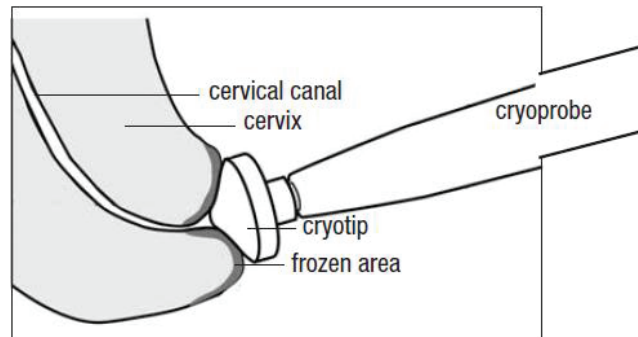
ขั้นตอนการทำหัตถการ

7. เช็ดปากมดลูกด้วยไม้พันสำลีชุบน้ำเกลือ และรอสองสามนาที
8. ซิลม่น้ำลึ่มสายชูเพื่อบอกขอบเขตความผิดปกติ และรออีก 2-3 นาทีเพื่อให้รอยฝ้าขาวปรากฏชัดเจนขึ้น⁽²⁰⁾
9. บอกผู้ป่วยว่าเธออาจจะรู้สึกไม่สุขสบายหรือปวด (เกร็ง) ท้องน้อยได้บ้างเล็กน้อยขณะทำการจี้เย็น
10. เช็ดผิวหนังด้านนอกของหัวจี้เย็นด้วยน้ำเกลือเพื่อให้ (การจี้เย็น) ได้ประสิทธิผลดีที่สุด
11. วางปลายหัวจี้เย็นให้อยู่กึ่งกลางรูเปิดปากมดลูก (cervical os) และตรวจให้มั่นใจว่าหัวจี้ครอบคลุมรอยโรคเพียงพอ หากหัวจี้เย็นไม่ครอบคลุมรอยโรคได้ทั้งหมด ห้ามดำเนินการจี้เย็นและอธิบายเหตุผลให้ผู้ป่วยทราบ โปรดใช้คำแนะนำ (18), (19) และ (20) ที่เสนอไว้ก่อนหน้านี้ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยถึงขั้นตอนที่จะดำเนินการต่อไป
12. หากหัวจี้เย็นครอบคลุมรอยโรคได้เพียงพอ ก่อนการจี้เย็น ให้ตรวจสอบจนมั่นใจว่าผนังของช่องคลอดไม่ได้สัมผัสกับหัวจี้เย็น เนื่องจากอาจจะทำให้ช่องคลอดได้รับอันตรายจากความเย็นจัดได้
13. ตั้งนาฬิกาจับเวลาและปล่อยแก๊สทำความเย็นแก่หัวจี้
14. คุณจะสังเกตเห็นมีก้อนน้ำแข็งเกิดขึ้นบนปลายของหัวจี้เย็นและบนปากมดลูก (ดูรูป 5.10.2) เมื่อพื้นที่ที่เป็นน้ำแข็งขยายวงกว้างออกไปจากขอบหัวจี้เย็นราว 4-5 มม. ก็แสดงว่าการจี้เย็นเพียงพอแล้ว

^[18] สามารถหาได้ที่ <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/9789241504560/en/index.html>

^[19] สามารถหาได้ที่ : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502856_eng.pdf

รูป 5.10.2 : ตำแหน่งของหัวจี้เย็น (cryoprobe) บนปากมดลูกและการเกิดก้อนน้ำแข็ง



15. ทำการจี้เย็นและปล่อยให้ละลายสองรอบ : โดยจี้เย็นสามนาที ตามด้วยการปล่อยให้ละลายห้านาที แล้วทำการจี้เย็นอีกสามนาที
16. เมื่อจี้เย็นครั้งที่สองแล้วเสร็จ รอเวลาให้น้ำแข็งละลายก่อนนำหัวจี้ออกจากปากมดลูก หากดึงออกก่อนที่น้ำแข็งจะละลายหมดจะทำให้ดึงเนื้อเยื่อเยื่อปากมดลูกติดออกมาด้วย
17. ให้อ่อนๆ หมุนหัวจี้บนปากมดลูกในการเอาออก บริเวณปากมดลูกที่ถูกจี้เย็นจะปรากฏเป็นสีขาว
18. ตรวจสอบปากมดลูกว่ามีเลือดออกหรือไม่ หากมีเลือดออก ให้ป้ายด้วยยาป้ายมอนเซล (ดูภาคผนวก 3)
19. ห้ามใส่ผ้าก๊อช pack ในช่องคลอด
20. ถอด speculum ออก

.....

⁽²⁰⁾ ถ้ารอยฝ้าขาวปกคลุมมากกว่าสามในสี่ของพื้นที่ผิวปากมดลูก หรือยื่นเข้าไปในช่องคอมดลูก ผู้ป่วยไม่เหมาะที่จะได้รับการรักษาโดยการจี้เย็น ให้เอา speculum ออก และหลังจากผู้ป่วยสวมใส่เสื้อผ้าแล้ว ให้อธิบายกับเธอถึงเหตุผลว่าทำไมถึงจี้เย็นให้ไม่ได้ และบอกให้เธอมั่นใจว่าไม่ใช่เพราะเธอเป็นมะเร็ง บอกกับเธอว่าทางเลือกสำหรับการรักษาที่ดีที่สุดสำหรับตอนนี้คือการตัดปากมดลูกด้วยห้วงลวดไฟฟ้า (LEEP), เขียนสลับที่กึ่งที่คุณทำ และทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ

การปฏิบัติหลังทำหัตถการ

21. เตรียมผ้าอนามัยให้กับผู้รับบริการ
22. แนะนำผู้รับบริการให้งดมีเพศสัมพันธ์ และไม่ใส่ผ้าอนามัยชนิดสอดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จนกว่าตกขาวจะหยุดดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
23. จัดเตรียมถุงยางอนามัยให้กับผู้รับบริการและสอนวิธีใช้ หากเธอไม่สามารถงดมีเพศสัมพันธ์ตามคำแนะนำได้

24. แนะนำผู้รับบริการถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้เธอกลับมาทันทีหากมีอาการต่อไปนี้
 - มีไข้ อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศา หรือหนาวสั่น
 - ปวดท้องน้อยรุนแรง
 - ตกขาวกลิ่นเหม็นหรือคล้ายหนอง
 - เลือดออกนานกว่าสองวัน หรือมีลิ่มเลือด
25. แจ้งให้เธอกลับมาตรวจติดตามหลังจี้เย็นตามนัด และให้ตรวจคัดกรองปากมดลูกอีกครั้งใน 12 เดือน หรือเร็วกว่านั้นหากเธอประสงค์

การจัดการกับเครื่องมือที่ใช้แล้ว (ภายหลังที่ผู้รับบริการกลับไปแล้ว)

ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหัตถ์เย็น และขจัดสิ่งปนเปื้อนบนปืนจี้เย็น (cryogun) ท่อนำแก๊ส มาตรฐานแรงดัน และถังแก๊ส ตามรายละเอียดด้านล่างนี้ ^[21]

1. ขจัดสิ่งปนเปื้อนบนปืนจี้เย็น ท่อยาง และเครื่องควบคุมแรงดัน โดยการเช็ดด้วยแอลกอฮอล์
2. ล้างปลายหัตถ์เย็นและปลอกพลาสติกด้วยน้ำสบู่จนสะอาด
3. รินน้ำล้างปลายหัตถ์เย็นและปลอกพลาสติกอย่างทั่วถึงด้วยน้ำสะอาด
4. ทำความสะอาดปลายหัตถ์เย็นและปลอกพลาสติกด้วยวิธีฆ่าเชื้อระดับสูง ดังนี้
 - ต้มในน้ำเดือด 20 นาที หรือ
 - อบไอน้ำ 20 นาที หรือ
 - แช่ในสารเคมีฆ่าเชื้อ (สารละลายคลอรีน 0.1% หรือ 2-4% glutaral) เป็นเวลา 20 นาที และรินล้างด้วยน้ำต้มเดือด
5. ที่สำคัญที่ต้องระวัง คือ ส่วนกลวงของปลายหัตถ์เย็นจะต้องแห้งสนิทก่อนที่จะใช้ครั้งต่อไป ไม่เช่นนั้นละอองน้ำจะแข็งตัวและหัตถ์อาจจะร้าวหรือไม่สามารถทำการจี้เย็นได้
6. ใช้จุกยางเพื่ออุดส่วนกลวงของหัตถ์ระหว่างการล้าง หรือทำให้หัตถ์แห้งสนิทก่อนใช้ครั้งต่อไป
7. หากไม่สามารถทำการฆ่าเชื้อระดับสูงได้ อาจทำการฆ่าเชื้อที่ปลายหัตถ์เย็นและปลอกได้ โดยแช่ลงใน 70-90% ethanol หรือ isopropanol เป็นเวลา 20 นาที แล้วปล่อยให้แห้งและประกอบกลับคืนใหม่

.....
^[21] ปืนจี้เย็น (cryogun) บางเครื่องจะถอดต้นจากก้อนน้ำแข็ง ซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้โดยบีบปุ่มละลายน้ำแข็งทุกๆ

20 วินาทีเพื่อทำความสะอาดท่อ

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.11 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก : การตัดด้วยห่วงลวดไฟฟ้า (Loop electrosurgical excision procedure - LEEP)

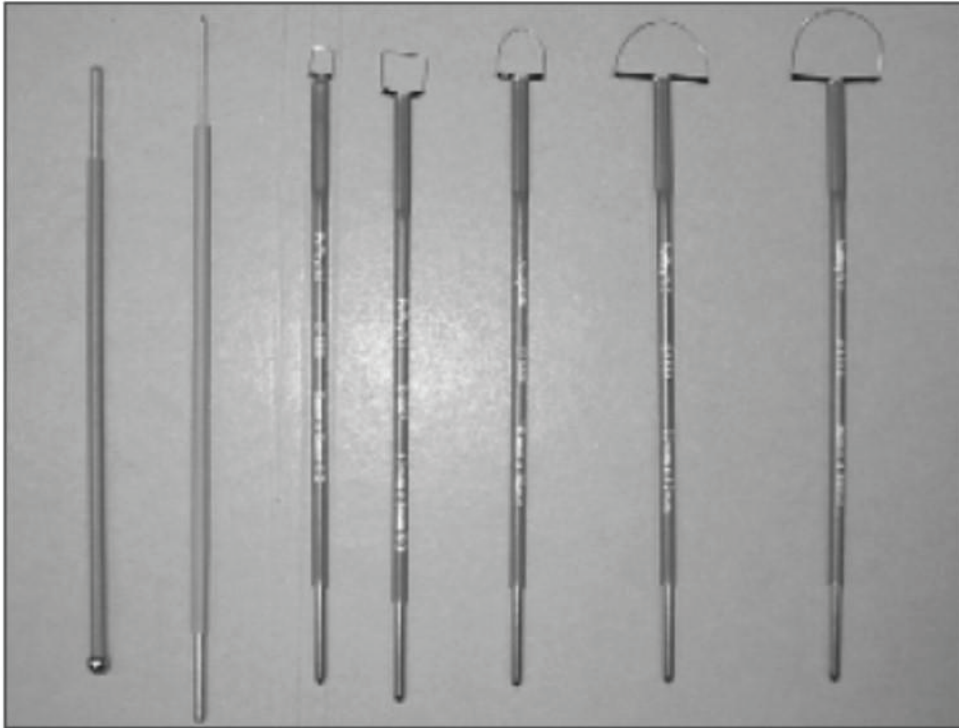
LEEP คือการตัดบริเวณที่ผิดปกติออกจากปากมดลูก โดยใช้ห่วงลวดเส้นเล็กๆ ที่ทำให้ร้อนจากกระแสไฟฟ้า วิธีการนี้สามารถรักษารอยโรคก่อนมะเร็งได้สำเร็จ 9 ใน 10 ราย

เครื่องมือและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการทำ LEEP :

- แหล่งจ่ายไฟที่เชื่อถือได้
- เครื่องกำเนิดกระแสไฟ (สำหรับผ่าตัด) และด้ามจับขั้วไฟฟ้า (electrode handle)
- กล้องคอลโปสโคป
- speculum ที่ไม่นำกระแสไฟฟ้า และหากมีที่กั้นด้านข้างช่องคลอด (side retractors) จะดีมาก
- แผ่นให้ไฟฟ้าย้อนกลับ (return electrode)
- ลวดไฟฟ้า (wire electrode) หลายรูปแบบ/ขนาด (ดูรูป 5.11.1)
- หัวจี้ไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือด/แบบหัวกลม (ball electrode)
- เครื่องดูดควัน
- ปากคีบ (forceps)
- ยาชาเฉพาะที่ 1-2% lidocaine, with or without 1 :100,000 epinephrine
- หลอดฉีดยาขนาด 5 มล. พร้อมเข็มฉีดยาขนาดยาวเบอร์ 27
- ขวดน้ำเกลือ และขวดบรรจุน้ำส้มสายชู 5%
- ยาป้ายมอนเซล - Monsel's paste (ดูภาคผนวก 13)
- ผ้าก๊อชขนาดใหญ่
- เข็มและไหมเย็บ
- ภาชนะบรรจุชิ้นเนื้อบรรจุฟอร์มาลิน 10%

รูป 5.11.1 : ลวดไฟฟ้าสำหรับตัดและจี้ (Electrodes) หลายขนาด/รูปแบบ

Ball electrode, macroneedle style electrode, loops



ที่มา: Sellors JW, Sankaranarayanan R. Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial neoplasia: a beginner's manual. IARC 2003

สำหรับอุปกรณ์พื้นฐานสำหรับการตรวจภายใน ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2

การเตรียมความพร้อม

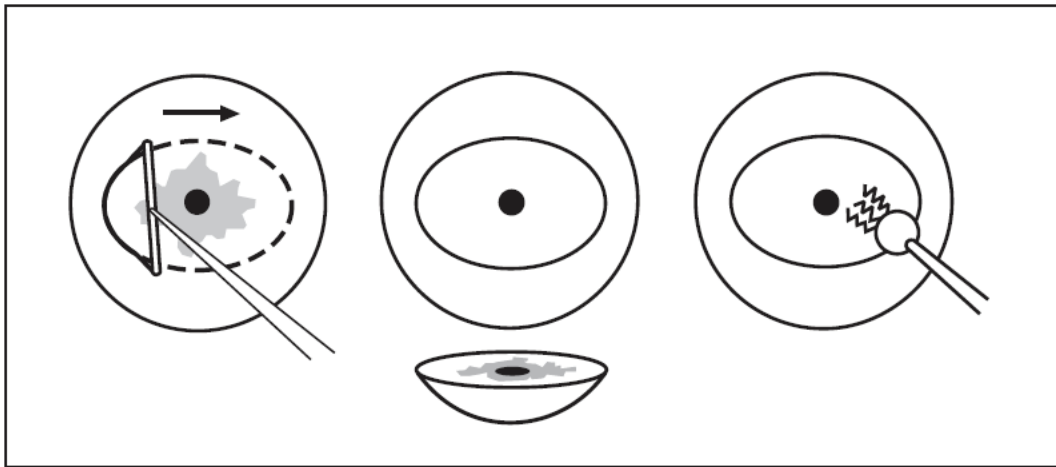
1. อธิบายขั้นตอนการทำ และความสำคัญที่ควรจะต้องกลับมาเพื่อการดูแลรักษาต่อตามที่จะได้นัดหมาย ให้แน่ใจว่า สตรีผู้รับบริการมีความเข้าใจและได้รับการยินยอมจากเธอ
2. เตรียมผู้ป่วยสำหรับการตรวจภายใน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.2)
3. วางแผ่นให้ไฟฟ้าย้อนกลับ (return electrode) ให้ติดกับต้นขาผู้ป่วย
4. ใส่ speculum ที่ไม่นำกระแสไฟฟ้า(เคลือบฉนวนกันไฟฟ้า) หรือใช้ speculum ที่หุ้มไว้ด้วยถุงยางอนามัย
5. ตรวจสอบปากมดลูก และบันทึกความผิดปกติใดๆ เช่น สิ่งคัดหลั่งจากรูเปิดปากมดลูก การอักเสบ เลือดออกหรือรอยโรค บันทึกสิ่งที่ตรวจพบ
6. หากไม่มีร่องรอยของการอักเสบติดเชื้อ ให้ดำเนินการทำ LEEP ต่อ แต่ถ้าหากสังเกตเห็นอาการแสดงของการติดเชื้อ ให้หยุดทำหัตถการและรักษาผู้ป่วยและคู่นอนให้หายสนิทก่อน (ดูภาคผนวก 2) ก่อนนัดมาทำใหม่

ขั้นตอนการทำหัตถการ

7. ก่อนทำในแต่ละขั้นตอน บอกให้ผู้รับบริการทราบถึงสิ่งที่คุณกำลังจะทำและเธอจะอาจรู้สึกอย่างไรได้บ้าง
8. เช็ดปากมดลูกด้วยไม้พันสำลีที่ชุบน้ำเกลือให้ชุ่ม
9. ชโลมน้ำส้มสายชู 5% และตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป เพื่อหาตำแหน่งและขอบเขตของรอยโรค
10. ฉีดยาชา 3 - 5 ml (1-2% lidocaine with 1 :100000 epinephrine เพื่อควบคุมเลือดออก) ใช้เข็มยาวเบอร์ 27 โดยฉีดใต้เยื่อผิวปากมดลูกตำแหน่ง 12, 3, 6 และ 9 นาฬิกา (ในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหัวใจ ให้ใช้ lidocaine without epinephrine)
11. เลือกห้วงลวดไฟฟ้าที่มีขนาดเหมาะสม เพื่อให้การตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกสามารถทำได้ในการตัดเพียงครั้งเดียว สำหรับรอยโรคเล็กๆ และระดับความรุนแรงต่ำ (low-grade) ในสตรีที่ยังไม่เคยคลอดบุตร ให้ใช้ห้วงลวดไฟฟ้าขนาดกว้าง 1.5 ซม. ลึก 0.5 ซม. สำหรับรอยโรคขนาดใหญ่และเคยมีบุตรแล้ว ให้ใช้ห้วงลวดไฟฟ้าขนาดกว้าง 2.0 ซม. และลึก 0.8 ซม.
12. เปิดเครื่องดูดควัน และเดินเครื่องกำเนิดไฟฟ้า
13. ตัดรอยโรค ดันห้วงลวดไฟฟ้าให้ตั้งฉากเข้าไปในเนื้อปากมดลูกให้ลึกประมาณ 4-5 มม. และลากไปด้านข้างข้ามปากมดลูกไปอีกข้างหนึ่ง จะทำให้ได้เนื้อเยื่อที่ถูกตัดออกมาเป็นรูปโดม (dome) โดยมีช่องปากมดลูกอยู่ตรงกลาง (ดูรูป 5.11.2) ห้ามดันห้วงลวดไฟฟ้าลึกเกิน 5 มม. ที่บริเวณ 3 และ 9 นาฬิกา เนื่องจากอาจจะไปโดนแขนงเส้นเลือดแดงของมดลูก (uterine artery) ที่มาเลี้ยงปากมดลูกได้

หมายเหตุ : ในผู้ป่วยบางราย อาจเกิดปฏิกิริยา vasovagal reaction โดยจะมีอาการเป็นลมและความดันโลหิตต่ำ หากพบภาวะนี้ ให้หยุดการรักษาทันที และยกขาผู้ป่วยขึ้นสูงเท่าที่จะทำได้

รูป 5.11.2 : LEEP ส่วนรอยโรคที่ปากมดลูกด้านนอก (ectocervical) ด้วยการตัดผ่านเพียงครั้งเดียว : การตัดรอยโรคด้วยห้วงลวดไฟฟ้า และห้ามเลือดด้วยหัวจี้ (electrode) แบบห้วงกลม



14. อาจตัดเพิ่มเติมด้วยห้วงลวดไฟฟ้า เพื่อตัดเนื้อเยื่อผิดปกติที่ยังเหลืออยู่ได้
15. เก็บชิ้นเนื้อที่ตัดออกมาด้วยปากคีบและใส่ลงขวดบรรจุฟอร์มาลินที่ติดชื่อ เพื่อส่งไปยังห้องปฏิบัติการทางด้านจุลพยาธิวิทยา
16. ให้ทำการขูดด้านในช่องคอมดลูก (ECC) ด้วย และนำเนื้อเยื่อที่ได้ใส่ลงในขวดบรรจุฟอร์มาลินอีกขวดหนึ่ง (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9)
17. จี้ห้ามเลือดโดยใช้หัวจี้แบบห้วงกลมและกระแสไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือด
18. ใช้ยาป้ายมอนเซล ทาที่บริเวณแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันเลือดออกในภายหลัง และเอา speculum ออกจากช่องคลอด

การปฏิบัติหลังหัตถการ

19. เตรียมผ้าอนามัยให้ผู้รับบริการ
20. แนะนำผู้รับบริการให้งดเพศสัมพันธ์อย่างน้อย 4 สัปดาห์ และจนกว่าเลือดจะหยุดดี เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อและเลือดออก
21. เตรียมถุงยางอนามัยให้ผู้รับบริการและสอนวิธีใช้ หากเธอไม่สามารถงดเพศสัมพันธ์ได้
22. แจ้งผู้รับบริการว่าอาจมีอาการปวดเล็กน้อยถึงปานกลางได้สองสามวัน เธอสามารถรับประทานยาแก้ปวด (ibuprofen หรือ paracetamol) ได้
23. บอกเธอว่าอาจจะมีเลือดออกเล็กน้อยได้ และเธออาจจะสังเกตเห็นตกขาวปนเลือดอยู่ประมาณหนึ่งเดือนหรือมากกว่า เธอสามารถใช้ผ้าอนามัยแบบปกติได้ แต่ห้ามใช้แบบสอด
24. แนะนำผู้ป่วยถึงวิธีดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน
 - เธอควรพักผ่อนและหลีกเลี่ยงงานหนักหลายวัน
 - เธอไม่ควรสอดสิ่งใดๆ เข้าช่องคลอด

25. แนะนำเธอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และแจ้งให้เธอกลับมาทันทีหากมีอาการต่อไปนี้
 - มีไข้ อุณหภูมิสูงกว่า 38 องศา หรือหนาวสั่น
 - ปวดท้องน้อยรุนแรง
 - ตกขาวกลิ่นเหม็นหรือเป็นหนอง
 - เลือดออกมากหรือเป็นลิ่ม
26. ตอบคำถามของผู้ป่วยทุกข้อ
27. แนะนำให้เธอกลับมาสถานบริการสุขภาพแห่งนี้ ภายใน 2-6 สัปดาห์ เพื่อตรวจติดตามว่าแผลที่ปากมดลูกหายดีแล้วหรือยัง เพื่อฟังรายงานผลจากห้องปฏิบัติการ
28. กำหนดวันนัดตรวจติดตามร่วมกับเธอ

การตรวจติดตาม (2-6 สัปดาห์หลังการทำหัตถการ)

29. ถามผู้ป่วยว่ารู้สึกอย่างไร และเธอมีปัญหาใดๆ ที่ไม่คาดคิด หลังการทำ LEEP หรือไม่
30. ตรวจสอบรายงานผลทางพยาธิวิทยาร่วมกับผู้ป่วย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติขั้นต่อไป
31. ตรวจร่างกายผู้ป่วย เพื่อดูแผลที่ปากมดลูกว่าหายดีแล้วหรือยัง
32. แจ้งให้เธอกลับมาตรวจคัดกรองปากมดลูกในอีก 12 เดือน หลังทำ LEEP และนัดตรวจติดตามตามคำแนะนำในผังงาน ในภาคผนวก 8 และ 9

ตาราง 5.11.1 : การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ของ LEEP

ปัญหา	การรักษา
เลือดออกระหว่างการผ่าตัด อาจซึมๆ หรือไหลออกมาก (arterial bleeding)	สำหรับเลือดออกซึมๆ ทัวไปใช้การกดร่วมกับ การห้ามเลือดด้วยหัวจี้ไฟฟ้าแบบหัวกลม (ball electrode) สำหรับเลือดที่ไหลออกมาก กดหัวจี้ไฟฟ้าแบบหัวกลม ให้ลัมผัสตรงจุดเลือดออกและใช้กระแสไฟฟ้าสำหรับ ห้ามเลือด
เลือดออกหลังผ่าตัด (พบน้อยกว่า ร้อยละ 2)	เอาลัมเลือดออก ทำความสะอาดด้วยน้ำส้มสายชู 5% ทาตำแหน่งที่เลือดออก ฉีดยาชาที่ผสม epinephrine หากเลือดออกไม่มาก ให้ใช้ยาป้ายมอนเซล หากเลือดออกมาก ให้ห้ามเลือดด้วยหัวจี้ไฟฟ้าแบบ หัวกลมขนาด 5 มม. หรือแบบเข็มขนาดใหญ่ และใช้ กระแสไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือด
การติดเชื้อหลังผ่าตัด : ตกขาวเป็นหนอง ปวด ไข้	รักษาด้วยยาปฏิชีวนะตามแนวทางแห่งชาติ ตัวอย่างเช่น <ul style="list-style-type: none"> ● cefixime ขนาด 400 มก. รับประทานครั้งเดียว ร่วมกับ ● doxycycline ขนาด 100 มก. รับประทานวันละ สองครั้ง เป็นเวลา 14 วัน ร่วมกับ ● metrodinazole ขนาด 400-500 มก. รับประทานวันละสองครั้ง เป็นเวลา 14 วัน

เอกสารประกอบปฏิบัติ 5.12 : ทางเลือกในการรักษาสำหรับรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก : การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย : cold knife conization (CKC)

การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (CKC) คือ การตัดปากมดลูก (ด้วยใบมีด) ออกเป็นรูปทรงกรวย โดยรวมส่วนของปากมดลูกด้านนอก (ectocervix) และปากมดลูกด้านใน (endocervix) ปริมาณของชิ้นเนื้อที่เอาออกจะขึ้นกับขนาดของรอยโรคและโอกาสการตรวจพบมะเร็ง ชิ้นเนื้อที่ถูกตัดออกจะถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการพยาธิวิทยา เพื่อการตรวจวินิจฉัยทางจุลพยาธิและวิเคราะห์ให้มั่นใจว่า เนื้อเยื่อที่ผิดปกติได้ถูกตัดออกหมดแล้ว หัตถการนี้มักจะต้องทำในโรงพยาบาล

อธิบายขั้นตอนการทำ

แจ้งข้อมูลเกี่ยวกับหัตถการแก่สตรีผู้รับบริการล่วงหน้าให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ บอกวิธีการระงับปวด และผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น คำอธิบายด้านล่างนี้จะช่วยในการตอบคำถามที่เธออาจจะมีเกี่ยวกับหัตถการที่เธอจะได้รับในโรงพยาบาล

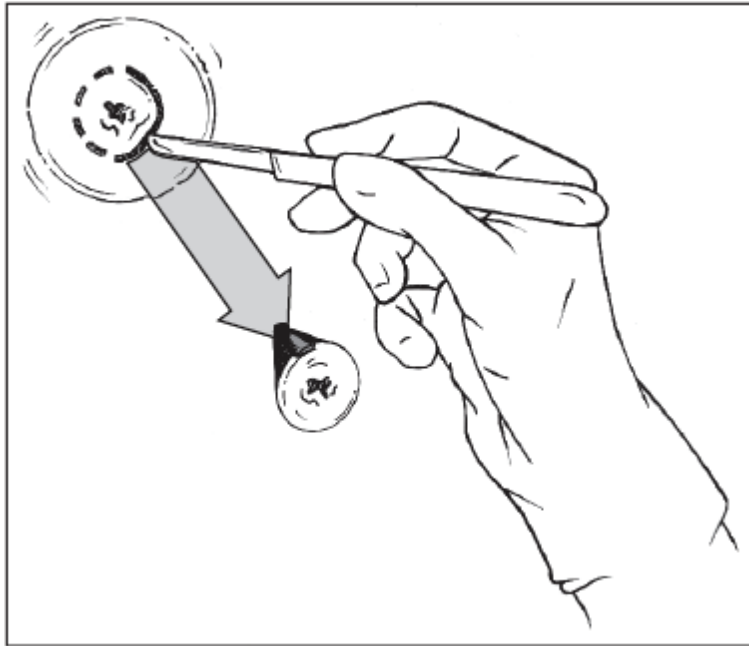
การเตรียมความพร้อม

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้รายละเอียดของหัตถการ เวลาเริ่ม ระยะเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นและภาวะแทรกซ้อนและวิธีการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วย
2. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอาจจะให้คำแนะนำถึงวิธีการเตรียมตัวก่อนมารับการผ่าตัด (เช่น ชนิดของเสื้อผ้าที่จะนำมาและยาที่เธอต้องรับประทานมาก่อน) เธอจะได้รับการบอกให้งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด และอาบน้ำก่อนมาโรงพยาบาล
3. เมื่อตอบคำถามของผู้รับบริการหมดแล้ว ผู้ป่วยจะถูกขอให้เซ็นหนังสือยินยอม ซึ่งเป็นข้อกำหนดของโรงพยาบาล

การผ่าตัด

4. อาจจะใช้การวางยาสลบหรือใช้การฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal anesthesia) เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกระหว่างการผ่าตัด
5. แพทย์จะใส่ speculum เข้าช่องคลอด เพื่อให้มองเห็นปากมดลูก
6. จะมีการป้ายน้ำยาไอโอดีน เพื่อให้เห็นบริเวณผิดปกติได้ชัดเจน และตรวจปากมดลูก
7. จะมีการฉีดยาเข้าในปากมดลูก เพื่อลดการเสียเลือด หรือแพทย์อาจจะเย็บผูกแขนงเส้นเลือดที่มาเลี้ยงยังบริเวณผ่าตัด
8. แพทย์จะตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย โดยรวมเอาส่วนด้านในช่องคอมดลูกออกมาด้วย (ดูรูป 5.12.1) ชิ้นเนื้อที่นำออกมาจะถูกใส่ในภาชนะบรรจุฟอร์มาลินและถูกส่งไปยังห้องปฏิบัติการบ่อยครั้งที่จะมีการเย็บผูกกรวยปากมดลูกที่ถูกตัดออกมา เพื่อเป็นการกำหนดตำแหน่งของชิ้นเนื้อสำหรับการตรวจทางพยาธิวิทยา ตำแหน่งของการเย็บนี้จะถูกบันทึกในแบบรายงานทางจุลพยาธิวิทยาด้วย (เช่น เย็บที่ตำแหน่ง 12 นาฬิกา)

รูป 5.12.1 : การตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย



9. หลังจากชิ้นเนื้อรูปกรวยถูกตัดออก ฐานของแผล (ส่วนของปากมดลูกที่เหลืออยู่) จะถูกจีด้วยหัวจี้ไฟฟ้าแบบหัวกลม
10. ในกรณีที่มีเลือดออกให้ใช้ก้อนสำลีกดที่ตำแหน่งนั้นและใช้ยาป้ายมอนเซล (ดูภาคผนวก 13) หรือทำการจีด้วยหัวจี้ไฟฟ้าแบบหัวกลม
11. อาจจะใช้ผ้าก๊อชอัด (pack) เข้าไปในช่องคลอด เพื่อเป็นการกดและควบคุมเลือดที่ออก แต่จะไม่ทำหากมีการใช้ยาป้ายมอนเซลอยู่ก่อนแล้ว

หลังการทำหัตถการใหม่ๆ

12. ผู้ป่วยจะถูกเฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิดโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลที่ห้องพักฟื้น เมื่อเธอตื่นดีเธอจะถูกย้ายไปอยู่เตียงปกติเพื่อพักฟื้นได้เต็มที่
13. หากเธอฟื้นและรู้สึกดี ไม่มีเลือดออกมาก และมีที่พักรักษาที่โรงพยาบาล เธอจะได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้หลังดูอาการสองสามชั่วโมง หากเธอไม่สามารถกลับบ้านได้ในวันเดียวกัน ค่อยอนุญาตให้เธอกลับบ้านในวันถัดไปหากไม่มีภาวะแทรกซ้อน
14. ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งว่ามีแผลที่ปากมดลูกอยู่ซึ่งต้องใช้เวลา 4-6 สัปดาห์ ถึงจะหายดี
15. เพื่อป้องกันการติดเชื้อและให้แผลหายได้ดี เธอควรได้รับการบอกห้ามใส่สิ่งใด ๆ รวมถึงนิ้วมือและผ้าอนามัยชนิดสอดเข้าช่องคลอดเป็นเวลาหกสัปดาห์ และห้ามสวนล้างช่องคลอดหรือมีเพศสัมพันธ์ หากเธอไม่สามารถงดเพศสัมพันธ์ได้นานถึง 6 สัปดาห์ ให้จัดเตรียมถุงยางอนามัยและสอนวิธีใช้ (สอนคู่นอนด้วย)

16. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลตัวเอง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวัง (ดูตาราง 5.12.1) และแนะนำให้กลับมายังสถานบริการสุขภาพหรือไปโรงพยาบาลทันที หากเกิดอาการดังกล่าวอย่างใดอย่างหนึ่งขึ้น
17. นัดตรวจติดตามครั้งแรกหลังผ่าตัด CKC 2-6 สัปดาห์

การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลัง CKC

ตาราง 5.12.1 : การจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลัง CKC

ภาวะแทรกซ้อน	อาการ	การรักษา
การติดเชื้อ	ปวดท้องน้อย ตกขาวกลิ่นเหม็นสีเหลืองออก จากช่องคลอด	<ul style="list-style-type: none"> ● ให้การรักษาแบบปึกมดลูกอักเสบ
เลือดออก	เลือดออกมากทางช่องคลอด	<ul style="list-style-type: none"> ● ตรวจสอบด้วย speculum เอา ลิ่มเลือดออก ทาบริเวณ/จุดเลือดออก ● จี้ห้ามเลือดที่ตำแหน่งเลือดออก โดยใช้หัวลิไฟฟ้าแบบหั่วกลม ● ใช้ยาป้ายมอนเซล หรือใช้แถบผ้าก๊อชยาว กดอัดแน่นๆ ไว้

การดูแลติดตามที่บ้าน

คำแนะนำเหล่านี้สำหรับผู้ให้บริการที่ให้การดูแลที่บ้าน

18. ก่อนผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาลหลังทำ CKC เธอควรได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีการดูแลตัวเอง เพื่อให้หายเร็ว และอาการหรือภาวะแทรกซ้อนใดบ้างที่ต้องเฝ้าระวัง (ดูหัวข้อ 15 และ 16 ในรายการก่อนหน้า) คุณสามารถช่วยเธอได้ โดยเน้นย้ำคำแนะนำนี้และอธิบายซ้ำอีกหากจำเป็น
19. หากมีผ้าก๊อชกดอัดแน่นอยู่ในช่องคลอด จะต้องเอาออกภายในเวลา 6-12 ชั่วโมง เพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ คุณ (หรือผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในพื้นที่คนอื่นที่รู้วิธีเอาออก) สามารถช่วยเรื่องนี้ได้
20. แนะนำให้ผู้ป่วยพักหรือลดงานลงสองสามวัน ผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงงานหนักในระยะ 3 สัปดาห์แรก ส่วนกิจกรรมปกติ เช่น งานบ้านเบาๆ อาบน้ำ รับประทาน ก็สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ
21. หากผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย (ไม่ปวดมาก) อาจให้รับประทานยาแก้ปวดพาราเซตามอล
22. ผู้ป่วยควรได้รับการนัดตรวจติดตามภายใน 2-6 สัปดาห์หลังการผ่าตัด เพื่อฟังรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากการตรวจเนื้อเยื่อ และตรวจหลังผ่าตัดโดยแพทย์ ต้องเน้นย้ำให้เธอเห็นความสำคัญของกำหนดนัดนี้

ในวันนัดตรวจติดตาม (หลังผ่าตัด 2-6 สัปดาห์)

23. ถามผู้ป่วยว่าเธอรู้สึกอย่างไร และเธอมีปัญหาที่ไม่คาดคิดใดๆ หลังการทำ CKC หรือไม่
24. ตรวจสอบรายงานผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพร้อมกับผู้ป่วย และแนะนำเธอเกี่ยวกับคำแนะนำการปฏิบัติขั้นต่อไป
25. ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อดูการหายของแผล
26. แจ้งให้เธอกลับมาตรวจคัดกรองปากมดลูกซ้ำหลังผ่าตัด CKC 12 เดือน และนัดตรวจติดตามโดยให้ทำตามผังงานในภาคผนวก 8 และ 9

เอกสารประกอบการปฏิบัติของบทที่ 6

เอกสารประกอบการปฏิบัติเหล่านี้ล้วนมีเจตนา เพื่อช่วยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ เมื่อพบกับผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งอาจเป็นจากมะเร็งปากมดลูก หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่า เป็นมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลส่วนนี้น่าจะช่วยให้ผู้ให้บริการดังกล่าวข้างต้นสามารถตอบคำถามต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจและการรักษาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อไปในโรงพยาบาล เต็มเต็มความเข้าใจที่ยังขาดให้แก่ผู้ป่วย และครอบครัว และให้การสนับสนุนอื่นที่จำเป็น ตั้งแต่ก่อนหรือเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล มีเพียงเอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.4 เท่านั้น ที่มุ่งหมายเพื่อช่วยผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในระดับตติยภูมิ ด้วยการให้ข้อแนะนำต่างๆ สำหรับการสนทนากับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังกระบวนการตรวจต่างๆ เพื่อการจัดระยะ และเมื่อการรักษามะเร็งได้สิ้นสุดลง

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.1 : เมื่อผู้ป่วยมาปรึกษาเนื่องจากมีอาการซึ่งอาจเป็นจากมะเร็งปากมดลูก

หมายเหตุสำคัญ : มะเร็งปากมดลูกจะสามารถวินิจฉัยได้ โดยการตรวจชิ้นเนื้อที่นำออกมาจากรอยโรค ด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น

หากสตรีมาพบผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิด้วยอาการหนึ่งหรือมากกว่าตามที่ได้เขียนไว้ในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ ควรนึกถึงมะเร็งปากมดลูกว่าอาจเป็นสาเหตุ อย่างไรก็ตาม อาการที่เขียนไว้นี้อาจมีสาเหตุมาจากอย่างอื่นได้มากมายนอกไปจากมะเร็งปากมดลูก จึงมีความสำคัญมากกว่า หากสตรีกล่าวว่าเธอมีอาการหนึ่งหรือมากกว่าตามที่ได้เขียนไว้ในรายการข้างล่างนี้ ผู้ให้บริการก็ไม่ควรกล่าวถึงมะเร็งปากมดลูกในทันที สิ่งนี้อาจทำให้เธอตกใจโดยไม่จำเป็น ที่ควรแล้วผู้ให้บริการควรอธิบายว่า เธอจำเป็นต้องได้รับการตรวจร่างกายและอาจมีการตรวจบางอย่างด้วย เพื่อค้นหาว่าอะไรเป็นสาเหตุของอาการเหล่านั้น เพื่อให้สามารถทำการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม

อาการของมะเร็งปากมดลูกระยะต้น(early) อาจได้แก่ :

- ตกขาวไม่หายไปด้วยการรักษาเบื้องต้น บางครั้งมีกลิ่นเหม็น
- เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดในสตรีอายุ > 35 ปี
- เลือดออกทางช่องคลอดหลังมีเพศสัมพันธ์ในสตรีอายุเท่าใดก็ตาม

อาการของมะเร็งปากมดลูกระยะที่เป็นมากขึ้น (more advanced) อาจเป็นได้เหมือนทั้งข้างต้นและร่วมกับ :

- ปัสสาวะบ่อยและต้องรีบไปถ่าย หรือปัสสาวะน้อยลง
- ปัสสาวะหรืออุจจาระรั่วออกมาทางช่องคลอด
- ปวดหลังหรือท้องน้อยอย่างรุนแรง
- ขาและ/หรือเท้าบวมมาก

ผู้ให้บริการระดับปฐมภูมิที่อาจไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างถูกต้อง หรืออาจขาดอุปกรณ์ในการตรวจภายในอย่างสมบูรณ์ ควรส่งต่อผู้ป่วยไปพบนรีแพทย์ที่ระดับทุติยภูมิ

หากท่านได้ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างถูกต้องและมีวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจอย่างครบถ้วนแล้ว ท่านก็อาจทำการตรวจภายในสตรีที่มีอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างตามที่ได้เขียนไว้ได้เอง (คู่มือสารประกอบการปฏิบัติ 5.2 สำหรับรายละเอียดในการตรวจภายใน) หากพบว่ามูก้อนหรือแผลที่ผิวปากมดลูก ก็ควรทำการตัดชิ้นเนื้อไปส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อที่จะได้การวินิจฉัยที่แน่นอน

ขณะที่ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วย อย่าลืมที่จะพูดคุยกับเธอและอธิบายถึง สิ่งที่ท่านกำลังทำ อยู่ในทุกขั้นตอนและสิ่งที่ได้สังเกตเห็น

หากท่านสามารถทำการตัดชิ้นเนื้อได้ ขอแนะนำให้ได้อ่านบททวนเอกสารประกอบการปฏิบัติ 5.9 ก้อน สำหรับรายละเอียดวิธีการในการตัดชิ้นเนื้อ แล้วปฏิบัติตามขั้นตอนต่างๆ ที่ได้ให้ไว้

หากห้องปฏิบัติการของท่านไม่สามารถให้ผลการตรวจชิ้นเนื้อได้ภายใน 2-3 สัปดาห์ ก็เป็นการดีกว่าที่จะส่งสตรีนั้นไปพบนรีแพทย์ซึ่งมีห้องปฏิบัติการอันสามารถทำได้ที่สถานบริการใกล้ที่สุด

หากผลการตรวจชิ้นเนื้อแสดงว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยก็จำเป็นต้องได้ทราบและได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการตติยภูมิ คู่มือสารประกอบการปฏิบัติ 6.2 สำหรับคำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับวิธีการสนทนาที่ยากนี้

ข้อควรจำ : สำหรับมะเร็งปากมดลูก การตรวจพบแต่เนิ่น ๆ เป็นกุญแจสู่การรักษาให้หายขาด ผู้ให้บริการจะต้องเอาใจใส่ต่ออาการต่างๆ ที่มีในสตรีอายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงมะเร็งปากมดลูก และต้องมั่นใจว่าพวกเธอจะได้รับการตรวจและทดสอบในทันที

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.2 : การแจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก และการสนทนากับเรื่องนี้กับผู้ป่วยและครอบครัว

สำหรับผู้ให้บริการ : โปรดอ่านและใช้ความคิดพิจารณา(ตาม)ในเนื้อหาของเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ ก่อน การพบปะพูดคุยกับสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกและครอบครัว มันจะช่วยคุณในการเตรียมตัวสำหรับงานที่ยากนี้ได้

จรรยาวัตรง่วงอยู่เสมอถึงบริบททางวัฒนธรรมของครอบครัวผู้ป่วยและชุมชน ในระหว่างการสนทนาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและโรคอื่นๆ ที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ควรรู้ว่าปฏิกริยาต่างๆ หลังทราบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เช่น ปฏิเสธ โกรธและยอมจำนนพบได้บ่อย มันจึงมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่จะทราบว่า คุณมีเวลาให้เพื่อยังคงการสนทนาต่อไปสำรวจความรู้สึกและปฏิกริยาต่างๆ ของเธอและช่วยให้เธอได้สงบลงกับสิ่งที่ตรวจพบต่างๆ และการรักษาที่ได้เสนอให้

การเตรียมตัว

- เคารพวัฒนธรรม บรรทัดฐาน และประเพณีต่างๆ ของผู้ป่วยและชุมชนของเธอ มันอาจหรือไม่อาจเป็นที่ยอมรับก็ได้ ตัวอย่างเช่น การให้ข้อมูลที่ลำบากใจโดยตรงแก่ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม มีความสำคัญที่เธอจะต้องได้เข้าใจว่ากำลังเกิดอะไรขึ้น เพื่อที่เธอจะได้สามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตัวเอง
- เพื่อที่จะให้ข้อมูลแก่สตรีและครอบครัวเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความสำคัญที่จะต้องอยู่ห่างจากคนอื่นในพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวมากขึ้นซึ่งจะให้อิสระแก่สตรีและครอบครัวในการถามคำถาม จงมั่นใจว่าสามารถเข้าใช้พื้นที่ที่มีลักษณะดังกล่าวได้
- การวินิจฉัยมะเร็งมักพบได้บ่อยว่าเป็นกรณีที่คาดไม่ถึง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องที่สุดเกี่ยวกับโรคของเธอจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเริ่มที่จะเข้าใจในการวินิจฉัยและคิดเกี่ยวกับวิธีการรักษา จงมั่นใจว่าคุณมีข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดอยู่
- คิดเกี่ยวกับว่าข้อมูลส่วนตัวอะไรของเธอที่จะเป็นประโยชน์สำหรับคุณ เพื่อที่จะทำให้รู้เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และวิธีการใดที่จะสามารถได้มาในระหว่างการสนทนา ตัวอย่างเช่น เธอจะต้องการความช่วยเหลือ ในการเข้าถึงช่องทางในการไปยังสถานบริการระดับตติยภูมิใหม่? เธออาจต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ เช่น ขาดการสนับสนุนทางการเงินหรือการเดินทาง ความยุ่งยากในการลาหยุดงาน หรือหากคนมาช่วยดูแลเด็กๆ คนชรา หรือคนป่วยในความดูแลของเธอแทน หากเป็นเช่นนั้น คุณก็สามารถที่จะหาทางให้ครอบครัวและเพื่อนของเธอรวมถึงผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือจากชุมชน ให้ได้เข้ามาช่วยเหลือ

การสนทนากับผู้ป่วย (และครอบครัวหากเธอต้องการให้เข้าร่วมด้วย)

- จำไว้เสมอว่าหนึ่งในเครื่องมือที่ทรงประสิทธิภาพที่สุดในการรักษา คือความสามารถของคุณในการรับฟังผู้ป่วยและเข้าใจถึงมุมมองของเธอ
- ขออนุญาตเธอ เพื่อสนทนาเกี่ยวกับสถานการณ์ก่อนที่จะเริ่มทำการพูดคุย
- ชัดเจนและตรงประเด็นเมื่ออธิบายถึงการวินิจฉัย ใช้ถ้อยคำต่างๆ ที่สามารถเข้าใจได้ในภาษาที่ใช้กันอยู่ประจำวัน อย่าใช้ถ้อยคำที่เป็นศัพท์ทางวิชาการซึ่งผู้ป่วยจะไม่เข้าใจหรือกำกวม เช่นคำว่า เนื้อออกหรือ ก้อนทุม
- ใช้เวลาอย่างเพียงพอแก่ผู้ที่มาร่วมสนทนาได้รับรู้ผลกระทบจากสิ่งที่คุณได้พูดไปแล้ว ปล่อยให้พวกเขาได้มีโอกาสถามคำถามที่ต้องการ
- จำไว้ว่าจะต้องบอกพวกเขาว่า สตรีทุกคนสามารถได้รับการรักษาสำหรับมะเร็งปากมดลูก ผลการรักษาคือส่วนใหญ่จะหายจากโรคและที่เหลือก็จะมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
- เนื่องจากผู้คนส่วนใหญ่มักจะตกใจมากเมื่อพวกเขาได้รับข่าวร้ายที่คาดไม่ถึง พวกเขาอาจไม่ได้ยินหรือเข้าใจสิ่งที่พูดโดยสมบูรณ์ บางครั้งอาจช่วยได้หากมีการแสดงภาพหรือวาดภาพ และ/หรือให้ข้อมูลง่ายๆ ด้วยการเขียน เพื่อช่วยให้พวกเขาสามารถจดจำในสิ่งที่สนทนาได้ ซึ่งอาจกระตุ้นให้พวกเขาได้คิดถึงคำถามเพิ่มเติมที่อาจมี คุณอาจจำเป็นต้องสนทนากับพวกเขาหลายครั้งในช่วงเวลาหลายวัน เพื่อให้ข้อมูลและความคิดใหม่ๆ ได้รับการซึมซับเข้าไป แล้วคำถามใหม่ๆ ก็อาจผุดขึ้นมา

ประเด็นอื่นๆ ที่จะต้องค้นหา

- หากผู้ป่วยพิจารณาจะยอมรับการรักษารูปแบบเดิม (conventional treatment) ให้หาหรือว่าเธอเจตนาจะรับการช่วยเหลือจากแพทย์แผนโบราณด้วยหรือไม่
- มีความสำคัญที่จะต้องไม่ไปตัดสิน และให้โอกาสผู้ป่วยได้แสดงถึงความเชื่อของเธอ ช่วยเหลือเธอให้เข้าใจว่าระบบต่างๆ ของการดูแลสุขภาพสามารถทำงานร่วมกันได้ในรูปแบบที่เสริมแรงกัน เพื่อให้มั่นใจว่าเธอจะได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- สألว่าผู้ป่วยเข้าใจอะไรบ้างเกี่ยวกับมะเร็ง เธอเข้าใจความหมายของการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งอย่างไร เธอกลัวและคาดหวังอะไร และสิ่งที่เธอทราบเกี่ยวกับวิธีการรักษาต่างๆ ที่มีอยู่
- จงพร้อมเสมอที่จะอธิบายว่า มะเร็งปากมดลูกจะดำเนินต่อไปจนทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด หากไม่รักษา
- สألว่าความการสนับสนุนอะไรบ้างทางด้านจิตสังคม/อารมณ์ เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถระดมหาได้ เนื่องจากเรื่องเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่สำคัญมาก หากเครือข่ายการสนับสนุนของเธอมิไม่เพียงพอ ให้พิจารณาว่ามีการสนับสนุนอื่นใดอีกที่จะต้องการสำหรับเธอ

หมายเหตุ : อาจจำเป็นต้องสนทนาเรื่องเหล่านี้มากกว่าหนึ่งครั้ง

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.3 : การให้ข้อมูลล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นบ้างที่โรงพยาบาล

หลังจากได้ทำการนัดหมายให้ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาล ให้อธิบายถึงสิ่งที่คุณสามารถคาดหวังว่าจะได้เจอเมื่อเธอไปถึงที่นั่น

บอกผู้ป่วยว่าคุณจะได้รับการตรวจร่างกายโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางที่โรงพยาบาลผู้ซึ่งจะให้รายละเอียดแก่เธอว่าการตรวจใดบ้างที่คุณจำเป็นต้องได้รับ เพื่อช่วยในการตัดสินใจว่าการรักษาใดจะดีที่สุดสำหรับเธอ เธอสามารถรับทั้งการตรวจและการรักษาส่วนใหญ่ได้ที่โรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก แต่ถ้าหากไกลเกินไปสำหรับเธอที่จะต้องไปโรงพยาบาลแล้วกลับมาบ้านทุกวัน เธอและครอบครัวจำเป็นต้องทราบว่าอาจต้องหาห้องพักใกล้ๆ โรงพยาบาลเพื่ออาศัยอยู่ชั่วคราวระหว่างการตรวจและ/หรือการรักษา

ที่โรงพยาบาล :

- ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจร่างกายอย่างละเอียดและการตรวจหลายอย่าง เพื่อระบุถึงขอบเขตของมะเร็ง การตรวจต่างๆ เหล่านี้อาจรวมถึงการตรวจเลือดและปัสสาวะ การตรวจดูว่ามะเร็งลามไปที่ใดตรง โดยการส่องกล้องตรวจดูลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง (proctoscopy) หรือลามไปที่กระเพาะปัสสาวะหรือไม่ โดยการส่องกล้องตรวจดูกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) รวมไปถึงการถ่ายภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT) หรือภาพคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อหาว่ามะเร็งได้กระจายไปยังที่อื่นๆ ในร่างกายของเธอหรือไม่
- เมื่อทราบผลการตรวจ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะสนทนากับผู้ป่วยและอธิบายถึงทางเลือกที่ดีที่สุดในการรักษาที่มีอยู่คืออะไร รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับระยะเวลาการรักษาในแต่ละวิธี บอกเธอว่าจะรู้สึกอย่างไรขณะรับการรักษาต่างๆ ผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น และค่าใช้จ่ายในการรักษาหากเกี่ยวข้อง
- ผู้เชี่ยวชาญจะถามผู้ป่วยว่าเมื่อใดที่คุณคิดว่าเธอจะพร้อมหลังจัดการธุระส่วนตัวให้เรียบร้อยเพื่อมาอนรับการทำหัตถการหรือการรักษาต่างๆ ในโรงพยาบาลที่จำเป็นต้องให้แบบผู้ป่วยใน
- เมื่อผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญจะอธิบายอีกครั้งหนึ่งถึงแผนการรักษา และจะอธิบายเกี่ยวกับการขอการยินยอม (informed consent) ที่โรงพยาบาลต้องการด้วย เธอจะได้รับการขอให้อ่านคำชี้แจงแล้วลงนามในหนังสือยินยอม หลังจากที่คุณถามทั้งหมดของเธอได้รับคำตอบแล้ว
- มีความสำคัญที่คุณจะต้องเข้าใจว่า แม้แต่หลังจากที่คุณได้ลงนามในหนังสือยินยอมแล้ว เธอก็ยังคงมีอิสระที่จะเปลี่ยนใจ (นั่นคือ เธอไม่ได้มีข้อผูกมัดที่จะต้องดำเนินต่อไปข้างหน้ากับการตรวจ หัตถการ หรือการรักษาใดๆ ที่ถูกเสนอมา)

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.4 : การสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับมะเร็งของเธอและการรักษา : คำแนะนำต่างๆ สำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับตติยภูมิ (ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง)

การพบปะกับผู้ป่วยก่อนเริ่มการตรวจต่างๆ เพื่อกำหนดระยะของโรค

- เมื่อพบกันครั้งแรก ให้แนะนำตัวเองและแจ้งผู้ป่วยถึงบทบาทของคุณในการดูแลรักษาเธอ
- ให้ความมั่นใจเธอว่าคุณและทีมงานจะทำให้ดีที่สุด เพื่อให้การรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่เพื่อรักษามะเร็งของเธอให้หายขาด หรืออย่างน้อยที่สุด ก็ลดความทุกข์ทรมานและยืดชีวิตพร้อมกับเพิ่มคุณภาพชีวิตของเธอ เมื่อตอนเธอออกจากโรงพยาบาล
- สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้ติดต่อกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพของเธออย่างต่อเนื่องถึงการเปลี่ยนแปลงใดๆ ที่เธอสังเกตเห็น และผลข้างเคียงใดๆ ที่เกิดขึ้นกับเธอหลังจากเริ่มการรักษา
- ใช้ภาษาที่ชัดเจนและไม่ใช้ศัพท์เทคนิคในการสนทนา อธิบายเกี่ยวกับการตรวจทั้งหมดที่ได้วางแผนจะทำในตอนี้ เพื่อกำหนดขอบเขตหรือระยะมะเร็งของเธอ และอธิบายว่าข้อมูลนี้จำเป็นต้องมีเพื่อช่วยในการเลือกวิธีการรักษาที่ส่งผลดีที่สุด แจ้งเธอว่าคุณจะคอยให้ข้อมูลเธอก่อนล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง หากมีการวางแผนที่จะทำหัตถการใหม่ใดๆ และจะสามารถตอบคำถามเธอทุกคำถาม

การพบปะกับผู้ป่วยเพื่อปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาหลังจากทราบระยะโรคมะเร็งของเธอแล้ว

- อธิบายผลการตรวจรวมถึงสิ่งตรวจพบต่างๆ เกี่ยวกับการกระจายไปของมะเร็งและความรุนแรงของโรค และให้ข้อมูลกว้างๆ กับผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการรักษาต่างๆ สำหรับโรคมะเร็งในระยะนั้นของเธอ
- ถึงตอนนี้ ผู้ป่วยและเพื่อนของเธออาจมีคำถามต่างๆ มากมายเกี่ยวกับการรักษาที่ได้แนะนำระยะเวลาที่คาดว่าเธอจะมีชีวิตอยู่ และอะไรจะเกิดขึ้นหากเธอปฏิเสธการรักษาที่แนะนำนั้น ให้เวลาตามความจำเป็นในการที่จะตอบคำถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในประเด็นต่างๆ ทั้งหมดนี้กับพวกเขา
- ในการปรึกษาหารือเกี่ยวกับการรักษาที่ดีที่สุดที่มีอยู่ หรือการรักษาที่ได้มีการแนะนำสำหรับโรคมะเร็งที่อยู่ในระยะเดียวกันกับของผู้ป่วย ให้มั่นใจว่าได้ครอบคลุมหัวข้อต่างๆ ต่อไปนี้ :
 - การรักษาที่ได้แนะนำคืออะไร?
 - การรักษาเหล่านั้นจะทำได้ที่ไหน/อย่างไร (เช่น ที่โรงพยาบาล แบบผู้ป่วยในหรือนอก)?
 - จะต้องใช้เวลานานเท่าไรในการรักษาจนเสร็จสิ้นขบวนการ?
 - ผลข้างเคียงที่พบบ่อยคืออะไร?
 - ผู้ป่วยจะต้องจ่ายค่ารักษาในส่วนของตัวเองเป็นจำนวนเท่าไร?
 - อะไรจะเกิดขึ้นกับเธอได้บ้างหากเธอตัดสินใจไม่รับการรักษา?
- เกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย มันมีความสำคัญที่จะต้องบอกตามความเป็นจริง แต่ก็ควรมองในแง่ดีไว้ในการอธิบายถึงผลการรักษาในกรณีที่ดีที่สุด โดยขึ้นกับระยะมะเร็งของเธอ ให้ข้อมูลเธอเกี่ยวกับผลการรักษาที่พบได้บ่อยกับผู้ป่วยรายอื่นที่มีมะเร็งคล้ายกับเธอโปรดให้แน่ใจด้วยว่าได้แจ้งเธอ ถึงผลการรักษาว่ามีได้

หลากหลาย ซึ่งคุณเองไม่สามารถแน่ใจได้ว่าในกรณีของเธอผลจะไปทางไหน หากการรักษาหวังที่จะทำให้โรคของเธอหายก็บอกสิ่งนี้กับเธอ แต่ก็จงทิ้งช่องว่างไว้สำหรับโอกาสที่ว่าสิ่งนี้อาจไม่เกิดขึ้นในกรณีของเธอก็ได้

- หากโรคมะเร็งของเธอมีการลุกลามไปมากจนไม่น่าจะรักษาให้หายได้ ให้บอกกับผู้ป่วยและคนในครอบครัวของเธอว่า การรักษาแม้จะมีผลข้างเคียงได้หลากหลายแต่ก็สามารถบรรเทาอาการบางอย่างของเธอได้ และจะทำให้เธอสุขสบายขึ้น ให้บอกถึงระยะเวลาโดยประมาณที่คาดว่าเธอจะมีชีวิตอยู่ โดยเป็นจำนวนเดือน และ/หรือ ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพยากรณ์โรคในรายอื่นที่คล้ายคลึงกัน และต้องแน่ใจว่าได้อธิบายว่าสิ่งนี้เป็นเพียงการคาดเดาโดยอาศัยข้อมูล ไม่ใช่ความจริง
- โปรดจำไว้ว่าเครื่องมือในการรักษาที่มีประโยชน์ที่สุด คือความสามารถในการเป็นผู้ฟังที่ดี ควรหยุดเป็นระยะเพื่อตั้งคำถามและตอบคำถามผู้ป่วย

วิธีการสนทนากับผู้ป่วยที่การรักษามะเร็งต้องยุติลงเพราะการรักษาต่อไม่มีประโยชน์

- เมื่อเป็นที่ชัดเจนว่าการทำการรักษามะเร็งต่อไปจะไม่ให้ประโยชน์แก่ผู้ป่วย ก็เป็นการดีที่สุดที่จะให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะที่เห็นอกเห็นใจแต่มีความจริงใจ มันอาจเป็นการดีที่สุด หากการสนทนาที่เกิดขึ้นในบริบทของความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องระหว่างผู้ให้บริการผู้ป่วยแทนที่จะเป็นการเริ่มต้นโดยบุคคลอื่นที่ผู้ป่วยไม่เคยได้พบมาก่อน ผู้ให้บริการจำเป็นต้องดูสงบและพร้อมที่จะให้การสนับสนุนให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มันเป็นการสนทนาที่ทั้งสะเทือนใจและเศร้าโศกมาก
- ให้มีสติระลึกอยู่ตลอดเวลาถึงบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการสนทนาเกี่ยวกับการตายที่กำลังจะมาถึง
- ให้แน่ใจว่าคุณอยู่ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวทั้งในการได้ยินและได้เห็น และบอกกับผู้ที่อยู่ในวงสนทนาทั้งหมดว่านี่เป็นการสนทนาที่เป็นส่วนตัว
- ผู้ให้บริการสามารถเริ่มด้วยการถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร มีอาการอะไรบ้างและใครบ้างที่บ้านและในชุมชนที่สามารถช่วยเธอทั้งในด้านความต้องการทางกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ
- ทบทวนกับผู้ป่วยว่าได้มีการทำอะไรไปบ้างในช่วงหลายสัปดาห์ที่ผ่านมาในการดูแลรักษาสุขภาพของเธอ และกล่าวถึงเรื่องที่ไม่พบว่ามีชีวิตขึ้นอย่างระมัดระวังมากๆ ภายในช่วงเวลา ... สัปดาห์หรือเดือนที่ผ่านมาอธิบายว่าด้วยเหตุนี้แพทย์ที่ดูแลเธออยู่ทุกคนจึงได้ตัดสินใจว่าการรักษามะเร็งต่อไปอาจไม่มีประโยชน์ต่อเธอ
- มีความสำคัญมากด้วยที่จะต้องให้ผู้ป่วยได้ทราบว่า ถึงแม้การรักษามะเร็งจะไม่ช่วยทำให้อาการต่างๆ ของโรคดีขึ้น คุณก็ยังมุ่งมั่นที่จะทำให้เธอสุขสบายและรักษาอาการต่างๆ ของเธอ รวมถึงอาการปวด ยาเสริมที่จะสนทนากับเธอเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่ว่าเธอจะได้อยู่กับครอบครัวและผู้คนแวดล้อมที่สนับสนุนใกล้ชิดเธอ
- พยายามไม่พูดว่า “ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว” เพราะว่าผู้ให้การดูแล สามารถ ทำได้หลายสิ่งหลายอย่างเพื่อช่วยเหลือ เช่น บรรเทาอาการต่างๆ จัดหามาเพิ่ม ตระเตรียมการดูแลที่ระดับบริการต่ำกว่าหรือแค่ออยู่พร้อมที่จะช่วยเหลือคำถามต่างๆ เกี่ยวกับว่ามีเวลาเหลืออยู่อีกเท่าไรควรได้รับการตอบอย่างตรงไปตรงมา

เช่นว่า คุณก็ไม่ทราบ แต่อาจเป็นหลายวัน/สัปดาห์/เดือน ตามที่เหมาะสมกับสถานการณ์ของเธอ สิ่งนี้จะให้
ข้อบ่งชี้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงอะไรที่คาดหวังได้ เพื่อที่จะได้เตรียมการที่เหมาะสม

- ก่อนที่จะจบการสนทนานี้ จงทำให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับการทำให้มั่นใจว่าเธอจะได้รับการตรวจติดตาม
ที่จำเป็น ว่าเธอทราบว่าต้องไปพบใคร เมื่อใด และที่ไหน และแสดงความตั้งใจของคุณที่พร้อมที่จะให้
การสนับสนุนในทุกวิถีทางที่เป็นไปได้

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.5 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การตัดมดลูก

การตัดมดลูกเป็นการผ่าตัดเอามดลูกออก ในการตัดมดลูกอย่างง่าย (simple hysterectomy) ต่อมดลูกทั้งหมดรวมถึงปากมดลูกจะถูกผ่าตัดออก ท่อนำไข่และรังไข่อาจถูกตัดออกไปด้วยหรือไม่ก็ได้ ในการตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) ต่อมดลูกและเนื้อเยื่อข้างเคียงรวมถึงช่องคลอดส่วนบนบางส่วนจะถูกตัดออก ขั้นตอนในการทำ (ผ่าตัด) โดยพื้นฐานแล้วเกือบเหมือนกัน ดังที่ได้บรรยายไว้

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ได้ถูกนำเข้ามารวมไว้ เพื่อช่วยผู้ให้บริการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิ ให้สามารถอธิบายกับผู้ป่วยก่อนที่เธอจะไปโรงพยาบาลว่ากระบวนการผ่าตัดนั้น เขาทำกันอย่างไร และเพื่อช่วยให้เธอฟื้นตัวได้เมื่อกลับบ้าน

การอธิบายกระบวนการต่างๆ ในการเข้าโรงพยาบาล

ให้ข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการต่าง ๆ ข้อความข้างล่างนี้จะช่วยคุณ

ก่อนผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้คำแนะนำต่างๆ แก่เธอถึงวิธีในการเตรียมตัวก่อนมาถึงเพื่อรับการผ่าตัด (เช่น เลือเสื้อผ้าแบบใดที่ควรนำมาด้วย และยาใดที่ควรรับประทานมาก่อน) เธอจะถูกขอให้งดรับประทานอาหารหรือดื่มอะไรก็ตามมาเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด และอาบน้ำก่อนที่จะมาโรงพยาบาล

ในโรงพยาบาล : การเตรียม

2. รายละเอียดของการผ่าตัดจะได้รับการอธิบาย (เช่น เวลาเริ่ม ระยะเวลาที่ใช้ ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเป็นไปได้) เช่นเดียวกับความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องลงนามในหนังสือยินยอม (หลังได้รับข้อมูล) ซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดของโรงพยาบาล เมื่อคำถามต่างๆ ของเธอได้ถูกตอบ คุณจำเป็นต้องกล่าวซ้ำว่าหลังการลงนาม ผู้ป่วยยังคงมีอิสระที่จะเปลี่ยนใจได้จนถึงนาทีสุดท้าย
3. เพื่อช่วยป้องกันการติดเชื้อ บริเวณอวัยวะเพศและหน้าท้องของสตรีจะได้รับการทำความสะอาดด้วยสบู่น้ำและไอโอดีน ขนหัวเหน่าอาจถูกตัดออก
4. การทำให้สลบ (general anesthesia) จะทำโดยการให้ยาทางเส้นเลือดดำหรือโดยการสูดดม (inhalation)
5. ท่อพลาสติกหรือยาง (สายสวน) จะได้รับการสอดใส่ไว้ในกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย และปัสสาวะจะถูกเก็บไว้ในถุงพลาสติก จนกระทั่งกระเพาะปัสสาวะของเธอกลับมาทำงานหลังการผ่าตัด

การผ่าตัด

6. จะมีบาดแผล (cut) ที่บริเวณท้องน้อย
7. ในการตัดมดลูกอย่างง่าย มดลูกจะถูกตัดออกจากตำแหน่งที่มันติดยึดอยู่กับท่อนำไข่และช่องคลอด ในการตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน แพทย์ผ่าตัดจะตัดต่อมดลูก เนื้อเยื่อรอบๆ และปากมดลูก รวมถึง

- ช่วงสั้นๆ ของช่องคลอดส่วนบนออกไปรวมถึงต่อมน้ำเหลืองในบางตำแหน่งด้วย เพื่อตรวจดูว่ามีมะเร็ง ปากมดลูกลุกลามไปถึงแล้วหรือไม่
8. เนื้อเยื่อทั้งหมดที่ถูกผ่าตัดออกจะถูกนำไปใส่ไว้ในน้ำยาเก็บรักษาเซลล์/เนื้อเยื่อ (preservative solution) แล้วส่งไปยังห้องปฏิบัติการ ที่ซึ่งพยาธิแพทย์จะทำการตรวจเพื่อระบุว่ามะเร็งได้ถูกตัดออกมาทั้งหมดแล้วหรือไม่
 9. ในตอนสิ้นสุดการผ่าตัด อาจมีการวางท่อระบายไว้ในอุ้งเชิงกรานซึ่งเป็นท่อพลาสติกซึ่งวางไว้ในช่องท้อง เพื่อระบายเลือดและของเหลวลงในถุงเก็บ ท่อนี้จะถูกใส่ทิ้งไว้เป็นเวลา 24 – 48 ชั่วโมง
 10. แพทย์ผ่าตัดส่วนใหญ่จะวางท่อจากนอกช่องท้องเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะไว้ด้วย (รู้จักกันในนามสายสวนเหนือหัวเหน่า : suprapubic catheter) เพื่อระบายปัสสาวะ ท่อนี้จะถูกใส่ทิ้งไว้เป็นเวลา 5-7 วัน เพื่อให้โอกาสกระเพาะปัสสาวะฟื้นตัว
 11. ช่องท้องก็จะถูกเย็บปิดแล้วเช็ดจนสะอาด ปิดทับด้วยผ้าปิดแผล

หลังการผ่าตัดทันที

12. หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในห้องพักฟื้น เมื่อเธอตื่นขึ้นจะได้รับการย้ายไปยังห้องธรรมดาเพื่อรอการฟื้นตัว
13. เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้น เธออาจสังเกตเห็นว่ามีสายน้ำเกลือแทงเข้าไปในหลอดเลือดดำ ซึ่งมีน้ำเกลือกำลังหยดอยู่ไหลเข้าไปในหลอดเลือดที่แขนข้างหนึ่ง
14. บ่อยมาก ที่ผู้ป่วยจะรู้สึกคลื่นไส้อยู่เป็นเวลาไม่เกินสองสามชั่วโมง ซึ่งอาการนี้สามารถรักษาได้ สำหรับช่วงสองสามวันแรก หากจำเป็น เธอก็จะได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการปวดแผลที่ท้องน้อย

การฟื้นตัวในโรงพยาบาล

15. เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เจ้าหน้าที่จะแน่ใจว่าผู้ป่วยมีการไอออกมาเป็นระยะๆ และหายใจเข้า - ออกลึกๆ เพื่อให้ทางเดินหายใจของเธอโล่งจากมูกเสมหะ แล้วช่วยให้เธอนั่งเพื่อเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อและเดินให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้
16. การดื่งน้ำเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ในอุ้งเชิงกรานระหว่างการผ่าตัดอาจทำให้เส้นประสาทรอบๆ กระเพาะปัสสาวะและไส้ตรง “ซีเกียจ” ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระยากขึ้น สายสวนปัสสาวะจะถูกใส่ไว้เป็นเวลา 5-7 วัน จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถถ่ายปัสสาวะได้เป็นปกติ ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถ ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้ด้วยตนเอง ถึงแม้ว่าจะมีความยากลำบากอยู่บ้างด้วยการให้ยาช่วย ซึ่งจะจัดให้เธอไปตอนกลับไปพักฟื้นตัวที่บ้าน การทำงานของอวัยวะต่างๆ นี้ควรกลับมาเป็นปกติโดยสมบูรณ์ภายในระยะเวลา 3-4 เดือน

โรงพยาบาลส่วนใหญ่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ประมาณ 7-10 วันหลังจากการตัดมดลูก ขึ้นอยู่กับว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็วเพียงใดในตอนแรก และมีความพร้อมในการดูแลและไต่ถามที่บ้าน สำหรับการฟื้นตัวโดยสมบูรณ์หลังจากการตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคนใช้เวลา 6-12 สัปดาห์

1. ก่อนผู้ป่วยจะออกจากโรงพยาบาล เธอจะได้รับคำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับวิธีในการดูแลตนเองที่บ้าน และวิธีที่คนในครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือ รวมถึงอาการหรือภาวะแทรกซ้อนอะไรที่ต้องคอยสังเกต คุณในฐานะผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิสามารถช่วยได้โดยการบอกย้ำคำแนะนำนี้
2. ของใช้ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน สามารถได้มาจากโรงพยาบาลหรือโดยการใช้ใบสั่งแพทย์ที่เขียนขึ้นมา ในภายหลัง หากจำเป็น สิ่งเหล่านี้ได้แก่ :
 - ยาแก้ปวดพาราเซตามอล สำหรับอาการปวดเล็กน้อย (หากจำเป็น)
 - ยาระบาย (เช่น บิสอะโคดิล)
 - สายสวนปัสสาวะ
 - ผ้าก๊อซพันแผลและน้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับทำแผล
3. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวจากการผ่าตัด สมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะต้องช่วยทำงานบ้านแทนเธออย่างน้อย 6 สัปดาห์แรก หลังจากนั้นก็ค่อยๆ ให้กำลังใจเธอให้เริ่มกลับมาทำเพิ่มขึ้นทีละน้อย จากที่ต้องใช้แรงน้อยๆ ก่อนจนเธอเริ่มกลับมาแข็งแรง เธอและครอบครัวจะได้รับคำแนะนำว่า เธอควรหลีกเลี่ยงการทำงานบ้านที่หนัก เดินเป็นระยะทางไกล ยกของหนัก หรือทำงานอื่นที่บั่นทอนสภาพร่างกาย ในช่วงสองสามวันแรกที่บ้าน เธอควรสามารถอาบน้ำได้ รับประทานอาหารและเดินเบาๆ หลังจากวันแรกๆ ผ่านไป เธอควรเพิ่มการเดินขึ้น (เช่น เดินระยะสั้นสองรอบต่อวัน) แต่ยังคงหลีกเลี่ยงการยกของหนัก สมาชิกในครอบครัวควรสนับสนุนให้เธอ พักหากดูเหนื่อย และแน่ใจว่าเธอรับประทานอาหารได้ดี
4. ผู้ป่วยจะมีแผลอยู่ด้านในช่องคลอด ที่ต้องใช้เวลาน้อย 6 สัปดาห์ในการหาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และปล่อยให้แผลหายของแผลเป็นไปอย่างปกติ เธอไม่ควรใส่สิ่งใดเข้าไปในช่องคลอดระหว่างช่วงเวลานั้น รวมทั้งนิ้วและผ้าซับ และไม่ควรรสวนล้างหรือมีเพศสัมพันธ์อีกด้วย การสนับสนุนจากคู่อภิวัตน์ในเรื่องนี้เป็นสิ่งสำคัญมาก
5. ให้แน่ใจว่าผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับอาการที่พบบ่อยที่อาจเกิดขึ้นในช่วงสองสามสัปดาห์แรก หลังการผ่าตัด และสิ่งใดที่ผู้ป่วยควรทำหากเกิดขึ้น (ดูตารางที่ 6.5.1)

ตารางที่ 6.5.1 : อาการที่พบบ่อยซึ่งอาจเกิดขึ้นหลังจากการตัดมดลูก – สิ่งที่คุณสามารถทำได้

อาการ	สาเหตุ	สิ่งที่ควรทำ
ซีมเศร้า	อาการปวด อ่อนเพลีย กังวล	รอ ความรู้สึกเศร้าหลังจากการผ่าตัดใหญ่พบได้บ่อย สิ่งนี้ไม่ควรเป็นอยู่นานเกิน 2 สัปดาห์
ไม่สบายท้อง	ความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด	สิ่งนี้เป็นปกติ ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ดื่มน้ำมากๆ ใช้ยาระบาย (bisacodyl) สิ่งนี้ควรหายไปภายใน 6 สัปดาห์
ปัสสาวะลำบากและช้า กระเพาะปัสสาวะไม่ขับปัสสาวะออกได้หมดอย่างปกติ	เส้นประสาทเสียหายในระหว่างการผ่าตัด (ทำให้เกิด) ภาวะกระเพาะปัสสาวะ “ซีเกียจ”	“ปัสสาวะสองครั้งติดกัน” (double void) ปัสสาวะตามปกติ ครั้งหนึ่งก่อนแล้วลุกขึ้น เดินไปรอบๆ 2-3 นาที แล้วปัสสาวะอีกครั้ง หากไม่ได้ผล เธออาจจำเป็นต้องใส่สายสวนเข้าไปเอง ทางโรงพยาบาลจะสามารถสอนวิธีการนี้ให้เธอได้ และให้อุปกรณ์ที่จำเป็นแก่เธอ ปัญหานี้ควรหายไปได้ภายใน 3-6 เดือน
เหนื่อย อ่อนเพลีย	ร่างกายกำลังรักษาตัวเอง และต้องการการพักผ่อนเพิ่ม	สิ่งนี้เป็นปกติ เธอควรนอนพัก ตอนกลางวันบ่อยๆ เท่าที่เธอต้องการ

6. ให้แน่ใจว่าคุณและผู้ช่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หลังการตัดมดลูก และบอกเธอให้ไปที่ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลหากมีอาการเหล่านี้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น (ดูตารางที่ 6.5.2)

ตารางที่ 6.5.2 : ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นหลังจากการตัดมดลูก - วิธีการที่รับรู้

ภาวะแทรกซ้อน	อาการและอาการแสดง*
การติดเชื้อของแผลผ่าตัดหน้าท้อง	● ปวด แดง และหนองในบริเวณแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง
การติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน	● ปวด (ไม่ใช่แค่ไม่สบาย) บริเวณท้องน้อย มักมีไข้ร่วมด้วย ● ตกขาวกลิ่นเหม็นทางช่องคลอด หรือตกเลือด
ถุงน้ำเหลือง - เกิดจากการสะสมของน้ำเหลืองหลังจากการเลาะต่อมน้ำเหลืองออกไป	● บวมหรือปวดบริเวณท้องน้อย ที่ 2-3 เดือนหลังการผ่าตัด
การติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ	● รู้สึกแสบร้อนเวลาถ่ายปัสสาวะ ● ปัสสาวะบ่อย
ลิ่มเลือดอุดตันในขา (thrombosis)	● แดง ปวด และบวมที่ขาข้างหนึ่ง

*หากผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเหล่านี้任何一种อย่างหนึ่ง เธอควรปรึกษาผู้ให้บริการสุขภาพของเธอ

การติดตามดูแล; follow-up care (ทบทวนหลังจากการผ่าตัด)

ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเลือกไปที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิและพบกับนรีแพทย์ที่นั่น เนื่องจากปัญหาระยะทาง เวลา และค่าใช้จ่ายเพื่อไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่จะต้องเพิ่มขึ้น จึงมักเป็นการยากที่เธอจะกลับไปรับการตรวจยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่เธอได้รับการผ่าตัด

1. นรีแพทย์จะอธิบายถึงผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ของชิ้นเนื้อที่เอาออกไประหว่างการผ่าตัด และตรวจผู้ป่วยโดยละเอียดเพื่อให้มั่นใจได้ว่าเธอกำลังฟื้นตัวอย่างปกติ มีปัญหาใดที่พบจะได้รับการจัดการแก้ไข
2. เธอจะได้รับการตรวจด้วย speculum เพื่อแน่ใจได้ว่าแผลในช่องคลอดหายดีแล้ว
3. ข้อมูลที่ได้จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากการตรวจด้วย speculum จะช่วยให้แพทย์สนทนากับผู้ป่วยได้ว่ามะเร็งมีกระจายไปไกลเพียงใด มีการรักษาอื่นใดที่อาจจำเป็นต้องให้เพิ่มเติมอีกหรือไม่ และโอกาสในการกลับเป็นซ้ำ
4. หากนรีแพทย์พิจารณาว่าการฟื้นตัวไม่เป็นไปอย่างปกติ และเขาหรือเธอไม่สามารถจัดการปัญหาที่พบได้แล้ว ผู้ป่วยก็จะได้รับการขอรับรองให้กลับไปพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คุณในฐานะผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและระดับตติยภูมิ อาจจำเป็นต้องช่วยผู้ป่วยในการหาช่องทางต่างๆ เพื่อการนี้
5. นรีแพทย์ควรแจ้งผู้ป่วยว่าเขาหรือเธอจะสื่อสารโดยตรงกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หากเป็นไปได้ เพื่อรายงานสิ่งที่ตรวจพบและจะยังคงติดตามการดูแลผู้ป่วยอยู่ห่างๆ ต่อไป

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.6 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การฉายรังสีอู้งเชิงกราน (pelvic teletherapy)

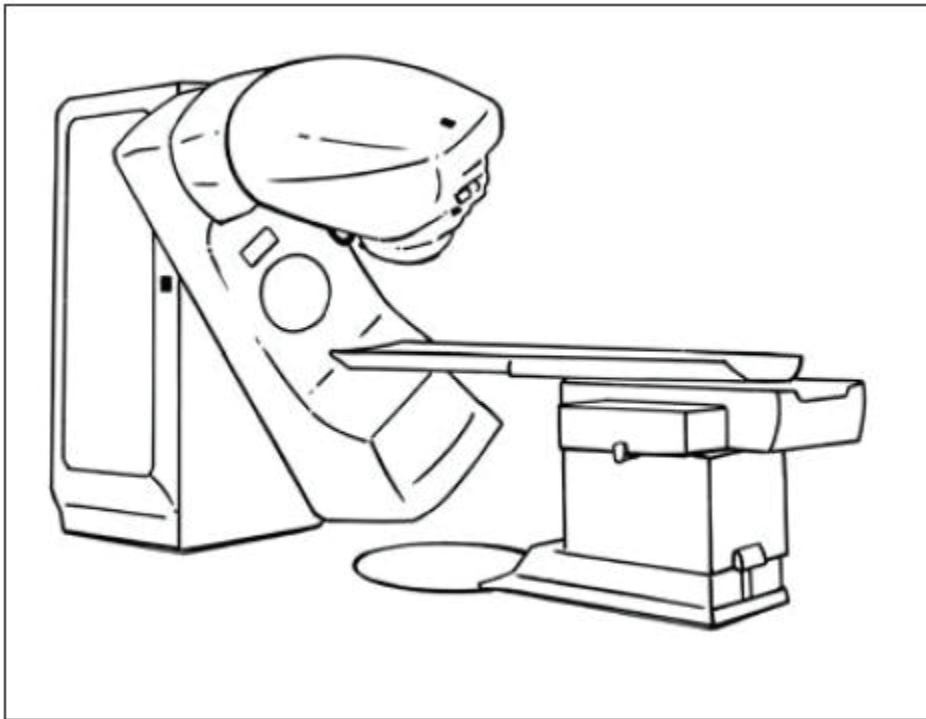
การฉายรังสีอู้งเชิงกรานเป็นรังสีรักษาประเภทหนึ่ง ที่ฉายรังสีไปยังบริเวณอู้งเชิงกรานจากระยะไกล (การฉายรังสีจากภายนอก) โดยการใช้เครื่องมือพิเศษ

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ได้ถูกนำเข้ามารวมไว้เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือระดับทุติยภูมิ สามารถอธิบายกับผู้ป่วยก่อนที่เธอจะไปโรงพยาบาลว่าวิธีการขั้นตอนในการดำเนินการเป็นอย่างไร และเพื่อช่วยให้เธอฟื้นตัวได้เมื่อกลับบ้าน

การอธิบายขั้นตอน/กระบวนการฉายรังสีจากภายนอก (teletherapy)

1. แนะนำตัวเองและสนทนากับผู้ป่วยเกี่ยวกับเหตุผลที่เธอต้องได้รับการรักษา
2. อธิบายการรักษาด้วยรังสีรักษาที่แนะนำให้นี้ กระบวนการจะประกอบด้วยอะไรบ้าง (ดูรายละเอียดต่อไปในตอนที่เหลือของเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้)
3. แจ้งผู้ป่วยว่าอาจมีการตรวจพิเศษหลายอย่างก่อนการรักษารักษาจะเริ่มต้น เพื่อกำหนดตำแหน่งบริเวณที่องน้อยของเธอที่ซึ่งจะมีการเล็งฉายรังสีเข้าไป
4. บอกเธอว่า ระหว่างการรักษาเธอจะต้องนอนราบอยู่บนเตียงซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องฉาย คุณอาจแสดงภาพที่ 6.6.1 ซึ่งแสดงถึงเครื่องฉายรังสีจากภายนอกแบบหนึ่ง
5. อธิบายว่าเครื่องคอมพิวเตอร์หรือเทคนิคในการกำหนดตำแหน่ง ถูกนำมาใช้เพื่อวางแผนในการรักษา เพื่อทำให้เกิดผลต่อมะเร็งสูงสุดแต่ผลต่อเนื้อเยื่อหรืออวัยวะปกติ (ที่ไม่มีมะเร็ง) ต่ำสุด
6. แจ้งผู้ป่วยว่ารังสีจะถูกฉายออกมาจากส่วนหัวของเครื่องที่อยู่เหนือตัวเธอ เล็งไปยังบริเวณอู้งเชิงกรานที่ซึ่งพบว่ามีมะเร็ง
7. ให้ข้อมูลผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ผู้ป่วย (ดูตารางที่ 6.6.1) และกล่าวเน้นว่ามีความสำคัญที่เธอจะต้องแจ้งผู้ให้บริการทราบ หากเธอมีอาการต่างๆ ระหว่างการรักษาเนื่องจากผลข้างเคียงเหล่านี้สามารถรักษาได้
8. อธิบายว่าการรักษาจะทำทุกวัน วันละไม่กี่นาที เป็นเวลา 5-6 สัปดาห์ ให้ความมั่นใจกับเธอว่าเธอจะไม่รู้สึกอะไรเลยระหว่างการรักษาและไม่ต้องมีการใช้ยาสลบหรือยาชา
9. บอกเธอว่าที่โรงพยาบาล พวกเขาจะให้รายละเอียดมากกว่านี้เกี่ยวกับการรักษา และแจ้งเธอว่าใครเป็นแพทย์ผู้ดูแลเธอ

รูปที่ 6.6.1 : เครื่องฉายรังสีจากภายนอก (teletherapy machine)



ข้อความที่ให้ไว้ในที่นี่จะช่วยคุณในการอธิบายถึงการรักษาด้วยรังสีรักษาแบบฉายจากภายนอกที่แนะนำให้ผู้ป่วย และกระบวนการ/ขั้นตอนต่างๆ ต่อผู้ป่วย

การเตรียม : ในหลายวันก่อนที่การรักษาจะเริ่ม

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยถึงวิธีการเตรียมตัวอย่างไรก่อนมารับการรักษา (เช่น เสื้อผ้าแบบใดที่ควรนำมาด้วย และยาใดที่ควรรับประทานมาก่อน)
2. รายละเอียดของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ และทางเลือกต่างๆ จะได้รับการอธิบาย และจะมีการขอให้เซ็นหนังสือยินยอม
3. ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายเพื่อการวางแผนขั้นตอนต่างๆ ในการรักษา
4. เมื่อเธอมาตามนัดหมาย เธอจะได้รับการร้องขอให้เปลี่ยนเสื้อผ้าแล้วนอนลงบนเตียงพิเศษ เธออาจได้รับการตรวจภายในและถ่ายภาพรังสีเอ็กซ์ ด้วยข้อมูลที่ได้จากภาพรังสีเอ็กซ์หน้าท้องและท้องน้อยอู้งเชิงกรานของเธอจะได้รับการทำเครื่องหมายด้วยปากกาที่ลบไม่ได้ หรือในบางครั้งก็ด้วยการทำจุดถาวรหรือรอยสัก สิ่งนี้ทำเพื่อช่วยผู้ปฏิบัติให้สามารถจำกัดการฉายรังสีไว้เพียงแค่นื้อเยื่อที่มีมะเร็ง เธอจะต้องไม่ไปลบเครื่องหมายเหล่านี้ออกไป เธอจะได้รับการแจ้งถึงกำหนดการในการรักษา และกำหนดนัดหมายในการกลับมารับการรักษารั้งแรก

การให้คำปรึกษาและข้อมูล : ทันทีก่อนให้รังสีรักษาครั้งแรก

- ผู้ป่วยจะได้รับทราบข้อมูลต่อไปนี้ และคำปรึกษาเกี่ยวกับช่วงเวลาทั้งหมดของการได้รับรังสีรักษา :
 - สวมใส่เสื้อผ้าหลวมๆ เพื่อป้องกันการขีดข่วนผิวหนัง
 - อาบน้ำด้วยน้ำอุ่นพอสบาย อย่าขัดถูบริเวณที่ได้รับรังสี หลีกเลี่ยงการใช้สบู่แรงๆ ให้ซับบริเวณที่โดนรังสีให้แห้งอย่างนุ่มนวลด้วยผ้าเช็ดตัว
 - อย่าใส่อะไรเข้าไปในช่องคลอด (เช่น ผ้าอนามัยแบบสอด) หรือมีเพศสัมพันธ์ตลอดระยะเวลาที่ได้รับรังสีรักษา
 - หลีกเลี่ยงการใช้ครีมทาผิวหนังที่มีขี้ผึ้งให้แห้ง ให้ใช้ครีมน้ำหรือเจลปิโตรเลียมทาหากผิวหนังแห้ง
 - ให้ลดการทำงานหนัก หรืองานที่ต้องทำในสิ่งแวดล้อมที่ร้อนและมีเหงื่อออก
 - สามารถทำงานบ้านปกติหรืองานเบาๆ ในสำนักงานได้
 - อาจรู้สึกเหนื่อยบ้างตอนใกล้สิ้นสุดการรักษา จึงควรจำกัดกิจกรรมให้น้อยลง
 - การรักษาซ้ำๆ ทุกวันอาจทำให้เบื่อหน่าย แต่พึงระลึกไว้ว่าโอกาสในการหายจากโรคนั้นน้อยลง หากมีการผ่าตัด หรือทำให้ตารางเวลารักษาผิดไป ด้วยเหตุนี้จึงชะลอการเสร็จสิ้นของการรักษา

ภาคการรักษา (ต่างๆ)

- ในวันแรกของการรักษา นักรังสีรักษาเทคนิคจะยืนยันตัวตนผู้ป่วยอีกครั้ง แผนการรักษาจะได้รับการแจ้ง และขอให้เซ็นหนังสือยินยอม นักรังสีรักษาเทคนิคจะอธิบายขั้นตอน/กระบวนการ และนำเธอไปยังห้องพิเศษที่มีเครื่องฉายรังสีอยู่
- ผู้ป่วยจะถูกให้อนอนลงบนเตียงฉายรังสี แล้วบอกให้อยู่นิ่งๆ บุคลากรทั้งหมดจะออกจากห้องไป
- เธอจะต้องอยู่คนเดียวในห้องรักษา แต่ยังคงสามารถพูดคุยและมองเห็นนักรังสีรักษาเทคนิคได้บนจอ
- ระหว่างการรักษา เครื่องฉายรังสีจะเคลื่อนที่อยู่หลายครั้งโดยอัตโนมัติ หรือไม่กี่เป็นนักรังสีรักษาเทคนิคที่เข้ามาเคลื่อนมัน
- ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกอะไรเลยในระหว่างการรักษา ซึ่งใช้เวลาเพียงไม่กี่นาที
- การรักษาในแต่ละครั้งจะเหมือนกัน โดยที่จะทำการรักษาวันละ 1 ครั้ง โดยปกติก็ 5 วันต่อสัปดาห์ แต่ก็อาจแตกต่างกันไปได้ ระยะเวลาโดยรวมของการรักษาโดยปกติคือ 5-6 สัปดาห์
- ผู้ป่วยจะได้รับการสนับสนุนให้บอกปัญหาใดๆ ก็ตามที่เกิดขึ้นแก่นักรังสีรักษาเทคนิค หากรู้สึกว่าเธอต้องการการคำอธิบายที่เป็นพิเศษมากขึ้น เธอจะได้รับการส่งต่อไปยังแพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็ง
- แพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็งจะพบกับผู้ป่วยสัปดาห์ละครั้งเพื่อทำ “การตรวจสอบการรักษา” และจะถามเกี่ยวกับอาการหรืออาการแสดงต่างๆ ว่ามีหรือไม่ และประเมินว่าสามารถทนต่อการรักษาได้ดีเพียงใด
- ผู้ป่วยจะได้รับการแจ้งเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่พบบ่อย ที่อาจเริ่มมีได้ในระหว่างห้าสัปดาห์ของการรักษา และสิ่งที่ผู้ป่วยควรทำหากมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งเกิดขึ้น (ดูตารางที่ 6.6.1) อาการข้างเคียงต่างๆ เหล่านี้จะหายไปได้เองตามเวลาที่ผ่านไป หลังจากการรักษาสิ้นสุดลง

ตารางที่ 6.6.1 : อาการข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการได้รับรังสีรักษาแบบ teletherapy
วิธีการที่จะรับรู้ และสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

อาการข้างเคียง	อาการและอาการแสดง	สิ่งที่ควรทำ
การตอบสนองของผิวหนังต่อรังสี	<ul style="list-style-type: none"> ● แดง เริ่มต้นประมาณหลัง สัปดาห์ที่สามและเพิ่มขึ้น ไปเรื่อยๆ กับการรักษา ● มีการลอกหลุดของผิวหนัง อาจเป็นลักษณะแห้งก่อนแล้ว เปลี่ยนเป็นขึ้น โดยเฉพาะใน บริเวณรอยพับระหว่างแก้มกัน 	<p>ผู้ป่วยควรเพียงแค่ล้างบริเวณนั้น อย่างนุ่มนวลนานๆ ครั้ง และ หลีกเลี่ยงการขัดถู หากเกิด อาการเจ็บสามารถใช้ยาแก้ปวด อ่อนๆ ได้</p> <p>แต่ถ้าหากปฏิกิริยารุนแรง (ซึ่งมัก เป็นจากการขัดถูมากเกินไป) แพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็งอาจ ชะลอการรักษาไว้ (ซึ่งอาจมีผล ไม่ดีต่ออัตราการหายจากโรค)</p>
ผลต่อลำไส้ (ไส้ตรง-rectum และลำไส้ใหญ่ ส่วนปลาย ทำหน้าที่ดูดซึมน้ำ กลับจากของที่อยู่ภายในลำไส้ ล้วนอยู่ในอุ้งเชิงกราน การฉาย รังสีอาจทำให้กระบวนการดูดซึมน้ำ กลับเสียไป)	<ul style="list-style-type: none"> ● อุจจาระเหลว หรือท้องเสีย 	<p>แพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็งจะให้ยา หากจำเป็น ยาสามัญประจำบ้าน ตามปกติทั่วไปไม่ควรนำมาใช้</p>
ผลต่อกระเพาะปัสสาวะ	<ul style="list-style-type: none"> ● ปัสสาวะบ่อยหรือต้องรีบไป ปัสสาวะ ● ความรู้สึกแสบร้อนเวลาถ่าย ปัสสาวะ ● มีหลักฐานว่ามีเลือดในปัสสาวะ (พบได้น้อยมาก) 	<p>ผู้ป่วยควรกลับไปรับการตรวจและ รักษาที่โรงพยาบาล</p>

การตรวจติดตาม

15. ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายเพื่อกลับมารับการตรวจในระหว่าง 6 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน หลังรังสีรักษาสิ้นสุดลง แพทย์จะตรวจร่างกายและตรวจภายในช่องคลอดเพื่อดูว่าหายแล้วหรือไม่
16. ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง รวมถึงแพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็งและนรีแพทย์ ล้วนเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติดีที่สุดในการประเมินอาการใดๆ ที่สัมพันธ์กับช่องคลอด ลำไส้ และกระเพาะปัสสาวะ พวกเขาควรได้รับการบอกให้ทราบในกรณีที่มีอาการหรืออาการแสดงใดๆ ที่น่าจะผิดปกติหรือที่มีความรุนแรง

อะไรบ้าง ที่คุณในฐานะ-ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพในทุกระดับ-สามารถทำเพื่อผู้ป่วยได้ในระหว่างและหลังการรักษา

1. ช่วยผู้ป่วยให้รักษาทัศนคติเชิงบวกเอาไว้
2. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและสามี (หรือคู่ชีวิต) ว่าพวกเขาไม่ควรมียุติสัมพันธ์ไม่ว่าทางช่องคลอดหรือทวารหนัก ระหว่างการรักษาและ 2 สัปดาห์หลังจากนั้น เพื่อให้ผนังช่องคลอดได้รักษาตัวเอง แต่รูปแบบอื่นของการแสดงออกทางเพศสามารถทำได้
3. หากผู้ป่วยอยู่ในวัยก่อนหมดระดู (premenopausal) แจ้งเธอด้วยว่าการรักษาจะทำให้เธอเข้าสู่วัยหมดระดูทันที และนั่นจะทำให้เธอไม่สามารถตั้งครรภ์ได้อีก
4. ขอให้ผู้ป่วยมารับการตรวจติดตามตามนัดอย่างสม่ำเสมอ กับทีมของแพทย์รังสีรักษาด้านมะเร็งและนรีแพทย์ หากเธอมีอาการผิดปกติหรือรุนแรงก็ควรมาตรวจก่อนนัด
5. หากเธอปรารถนา ครอบครัวของเธอสามารถเป็นส่วนที่สำคัญมากของการสนับสนุนเธอ คุณสามารถฝึกพวกเขาถึงวิธีในการช่วยผู้ป่วยให้ฟื้นตัวจากการรักษา และได้ผลลัพธ์ที่ดีกว่า ตัวอย่างเช่น ช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้านของเธอจนกระทั่งเธอกลับมาแข็งแรงอีกครั้ง
6. สนับสนุนผู้ป่วยให้นอนพักในเวลากลางวันหากเธอรู้สึกเหนื่อย; แน่ใจว่าเธอรับประทานอาหารได้ดี
7. แจ้งสตรีและผู้ที่ยกยสนับสนุนที่อยู่ใกล้ชิดเธอเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนระยะยาว กล่าวเน้นว่าสิ่งเหล่านี้สามารถช่วยได้และลดลงได้ทั้งหมด ด้วยคำแนะนำและการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ (ดูตารางที่ 6.6.2)

ตารางที่ 6.6.2 : ภาวะแทรกซ้อนระยะยาวที่อาจเกิดขึ้นหลังการได้รับรังสีรักษาแบบ teletherapy –
วิธีการที่จะรับรู้และสิ่งที่ควรทำ

ภาวะแทรกซ้อน	อาการและอาการแสดง	สิ่งที่ควรทำ
การเข้าสู่วัยหมดระดู (รังสีจะทำให้สตรีวัยก่อนหมดระดู เข้าสู่วัยหมดระดู)	<ul style="list-style-type: none"> • ขาดระดู • ร้อนวูบวาบ • ช่องคลอดแห้ง 	ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งว่า อาการนี้อาจเกิดขึ้น
ช่องคลอดฝ่อแข็ง (fibrosis) และ ติบแคบลง	<ul style="list-style-type: none"> • อาการของวัยหมดระดูที่ เกี่ยวกับทางช่องคลอดแย่งลงไปอีก; การมีเพศสัมพันธ์อาจกลายเป็น เรื่องไม่สุขสบาย หรือเป็นไป ไม่ได้เลย 	การหล่อลื่นช่องคลอดและ การถ่างขยายควรได้รับ การนำมาใช้รักษาเพื่อทำให้ ช่องคลอดปลอดจากพังผืด มีความสำคัญที่จะต้องทำให้ ช่องคลอดเปิดโล่งไว้เพื่อที่จะได้ สามารถตรวจดูปากมดลูกได้ การมีเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการสนับสนุน
ผลต่อผิวหนัง (เริ่มต้นที่หกเดือนหลังการรักษา ผลที่เกิดขึ้นอาจเริ่มแสดงให้เห็น บนผิวหนังที่ได้รับรังสี)	<ul style="list-style-type: none"> • บริเวณที่มีสี (pigmentation) สีจะจางลง หรือแข็งตึงมากขึ้น 	ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งว่า อาการนี้อาจเกิดขึ้น
กระเพาะปัสสาวะอาจตึงแข็งและ มีขนาดลดลง	<ul style="list-style-type: none"> • ปัสสาวะบ่อย • ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ บ่อยขึ้น 	ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งว่า อาการนี้อาจเกิดขึ้น
ไส้ตรงติบแคบลงเป็นระยะ เวลานาน (พบได้น้อยมาก)	<ul style="list-style-type: none"> • ถ่ายอุจจาระยากมาก 	ผู้ป่วยควรได้รับการแจ้งว่า อาการนี้อาจเกิดขึ้น
มีช่องติดต่อ หรือรูรั่วระหว่าง ช่องคลอดและไส้ตรง (พบได้ น้อยมาก)	<ul style="list-style-type: none"> • มีอุจจาระรั่วออกมาทาง ช่องคลอด 	สภาวะนี้จำเป็นต้องได้รับ การรักษาที่จำเพาะ
มีช่องติดต่อ หรือรูรั่วระหว่าง ช่องคลอดและกระเพาะปัสสาวะ (พบได้น้อยมาก)	<ul style="list-style-type: none"> • มีปัสสาวะรั่วออกมาทาง ช่องคลอด 	สภาวะนี้อาจต้องการ การผ่าตัด ซ่อมแซม

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.7 : การรักษามะเร็งปากมดลูก : การใส่แร่ (brachytherapy)

Brachytherapy เป็นรังสีรักษาประเภทหนึ่งที่ใช้รังสีที่มีต้นกำเนิดจากแร่กัมมันตรังสีที่วางไว้ใกล้กับก้อนมะเร็ง นั่นก็คือ ภายในมดลูกและในช่องคลอด

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ได้ถูกนำเข้ามารวมไว้เพื่อช่วยให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือระดับทุติยภูมิสามารถอธิบายกับผู้ป่วยก่อนที่เธอจะไปโรงพยาบาล ว่าวิธีการขั้นตอนในการดำเนินการเป็นอย่างไร และเพื่อช่วยให้เธอฟื้นตัวได้เมื่อกลับบ้าน

การอธิบายขั้นตอน/กระบวนการใส่แร่

ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยมากที่สุดเท่าที่จะทำได้เกี่ยวกับขั้นตอน/กระบวนการนี้ การใช้ยาสลบ และอาการข้างเคียงรวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรักษา ข้อมูลและการให้คำปรึกษาที่จะให้แก่ผู้ป่วยมีความคล้ายคลึงกับที่ให้ในกรณีของการฉายรังสี (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.6) แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาสลบหรือยากล่อมประสาทที่เธออาจต้องได้รับเพื่อให้รู้สึกสบายขึ้น คำบรรยายที่ให้ไว้ในนี้จะช่วยให้คุณสามารถที่จะตอบคำถามต่างๆ ที่ผู้ป่วยอาจมีเกี่ยวกับการใส่แร่ได้

กระบวนการใส่แร่มีอยู่สองแบบที่เป็นไปได้คือ แบบที่ให้รังสีในอัตราได้ต่ำ (low-dose-rate) และแบบที่ให้รังสีในอัตราได้สูง high-dose-rate

การใส่แร่แบบที่ให้รังสีในอัตราได้ต่ำ; Low-dose-rate (LDR) brachytherapy

การเตรียม

1. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะให้คำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ป่วยถึงวิธีการเตรียมตัวอย่างไรก่อนมารับการรักษา (เช่น เลือผ้าแบบใดที่ควรนำมาด้วย และยาใดที่ควรรับประทานมาก่อน)
2. รายละเอียดของการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นไปได้ และการขอให้เซ็นหนังสือยินยอม ผู้ป่วยจะได้รับการนัดหมายสำหรับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอน/กระบวนการ

3. ในวันที่ใส่แร่ ผู้ป่วยจะถูกนำตัวไปยังห้องผ่าตัดและได้รับยาสลบ เธอจะรู้สึกอะไรเลยระหว่างที่เธออยู่ในห้องผ่าตัด
4. เธอจะมีท่อ (สายสวน) คาไว้ในกระเพาะปัสสาวะเพื่อระบายปัสสาวะ สายสวนจะถูกต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ และจะอยู่ในสภาพอย่างนั้นตลอดการรักษา
5. จะมีการตรวจภายใน
6. โดยผ่านทาง speculum ที่อยู่ในช่องคลอด อุปกรณ์/เครื่องมือใส่แร่ซึ่งได้รับการออกแบบมาเป็นลักษณะสายสวน (catheter) ที่สามารถบรรจุตัวกัมมันตรังสีอยู่ภายในได้ จะถูกวางไว้ในช่องคอมดลูก (cervical canal) และรอบๆ ในช่องคลอด จะมีผ้าก๊อสปราศจากเชื้อใส่อัดไว้รอบๆ เพื่อช่วยให้มันอยู่กับที่ด้วย
7. ตำแหน่งของเครื่องมือเหล่านี้จะได้รับการตรวจสอบโดยภาพถ่ายรังสีเอ็กซ

8. เมื่อผู้ป่วยตื่นขึ้น เธอจะถูกนำไปให้อยู่ในห้องแยก (ห้องที่มีกำแพง)
9. เธอจะได้รับคำแนะนำให้นอนหงายราบบนเตียงตลอดช่วงการรักษา เป็นเวลา 1-2 วัน เธออาจจะขยับตัวได้บ้างเล็กน้อยด้วยความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่พยาบาล
10. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะออกจากห้องไป แล้ววัตถุกัมมันตรังสีจะได้รับการบรรจุเข้าไปในเครื่องมือโลหะที่ใส่ไว้ก่อนแล้วดังก่อข้างต้น ด้วยการควบคุมของคอมพิวเตอร์ ให้ได้อยู่ใกล้กับก้อนมะเร็ง
11. ผู้ป่วยจะไม่รู้สึกเจ็บปวดใดๆ ในระหว่างที่กำลังได้รับการรักษา
12. ในระหว่างดำเนินการขั้นตอนทั้งหมด ประตูของห้องจะปิดอยู่ตลอดเวลา เจ้าหน้าที่พยาบาลจะเข้ามาเพียงช่วงระยะเวลาสั้นๆ เพื่อตรวจดูผู้ป่วยหรือเพื่อส่งอาหาร (อาหารทุกมื้อจะให้รับประทานบนเตียง) ผู้ป่วยจะต้องใช้กระโถนเพื่อการขับถ่าย เธออาจใช้เวลาระหว่างนี้ในการอ่านหนังสือ ฟังวิทยุหรือดูโทรทัศน์ แต่จะต้องอยู่บนเตียงตลอดเวลา การอนุญาตให้เยี่ยมผู้ป่วยจะถูกจำกัดลงอย่างมาก
13. เมื่อกระบวนการต่างๆ เสร็จสิ้นสมบูรณ์แล้ว ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวดอย่างอ่อน แล้วเครื่องมือที่มีวัตถุกัมมันตรังสีอยู่ภายในจะถูกนำออกไป
14. เมื่อเธอตื่นจากยาแก้ปวดประสาท ก็จะได้รับคำแนะนำออกจากโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลบางแห่ง จะให้การรักษาแบบเดียวกันนี้ 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์

การใส่แร่แบบที่ให้รังสีในอัตราได้สูง; High-dose-rate (HDR) brachytherapy

การเตรียมและขั้นตอน/กระบวนการ มีความคล้ายคลึงกับในกรณีของ LDR brachytherapy, โดยมีข้อแตกต่างดังนี้

1. จะมีการรักษาหลายครั้ง โดยใช้เวลาในการรักษาแต่ละครั้งนานหลายนาที แต่ขั้นตอน/กระบวนการทั้งหมดในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณหนึ่งชั่วโมง
2. การรักษามักจะเริ่มในสัปดาห์ที่สามหลังจากเริ่มให้รังสีรักษาแบบ teletherapy และทำแบบผู้ป่วยนอก
3. การดำเนินการสามารถทำได้โดยใช้ยาแก้ปวด (analgesia), ยาสลบ (anesthesia) แพทย์ไม่ค่อยได้ใช้

ขั้นตอน/กระบวนการ

1. จะทำการใส่สายสวนปัสสาวะเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะของผู้ป่วย เพื่อระบายปัสสาวะ
2. หลังจากการสวนแล้ว จะทำการตรวจภายในโดยการคลำโดยใช้สองมือ (bimanual) และใช้ speculum ซ้ำอีกครั้งหนึ่ง แล้วใส่เครื่องถ่างขยายช่องคลอดและ speculum คาไว้
3. สายสวนโลหะสำหรับใส่แร่จะถูกสอดใส่ไว้ในมดลูก และต่อเข้ากับเครื่องที่บรรจุแร่กัมมันตรังสีไว้ใน ซึ่งจะใส่แร่แบบ HDR ตามที่หลัง ซึ่งตั้งอยู่ไกลออกไป (remote afterloading)
4. ผู้ป่วยจะได้รับการขอร้องให้นิ่งอยู่กับที่ เมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลออกจากห้องไป เธอจะยังคงต้องอยู่ในท่าเดิมตลอดเวลาที่ใส่แร่ (รับรังสี) อยู่ ซึ่งก็ใช้เวลาหลายนาที
5. ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เลยเมื่อขั้นตอน/กระบวนการเสร็จสิ้น

6. จำนวนครั้งของการรักษาเป็นได้ตั้งแต่สองถึงแปดครั้ง แต่ส่วนใหญ่เป็นสี่ ระยะห่างระหว่างการรักษาแต่ละครั้งเป็นได้ตั้งแต่ 1-7 วัน
7. หลังจากการรักษาครั้งแรก ผู้ป่วยก็จะได้รับการนัดอีกหลายครั้งสำหรับการรักษาส่วนที่เหลือ

อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จากการใส่แร่ทางนรีเวช

อาการข้างเคียงต่างๆ ของการใส่แร่ก็เหมือนกับในกรณีการฉายรังสีอุ้งเชิงกราน (ดูเอกสารประกอบการปฏิบัติ 6.6 ตารางที่ 6.6.1) การใส่แร่จะทำให้เกิดการตีแข็ง (fibrosis) ของช่องคลอดได้มาก การฝ่อลงของเยื่อบูด้านในแล้วเกิดเส้นเลือดที่เปราะบางขึ้นมาในผนังช่องคลอด ซึ่งจะทำให้บริเวณนั้นเสี่ยงต่อการเกิดมีเลือดออกเฉพะที่ มันยังทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไส้ตรงและกระเพาะปัสสาวะในระยะยาวด้วย

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.1 : การประเมินและการรักษาอาการปวด ^[22]

การจัดการกับอาการปวดได้อย่างเหมาะสมที่สุด เริ่มต้นจากการประเมินอาการปวดอย่างถูกต้องและทั่วถึง การประเมินอาการปวดจะทำให้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพสามารถรักษาอาการปวดและบรรเทาความทุกข์ทรมานที่ไม่จำเป็นลงได้ มันควรที่จะได้รับการทำเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ เพราะการดำเนินโรคและปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อมันอาจเปลี่ยนไปตามระยะเวลาที่ผ่านไป และการประเมินเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอจะเปิดโอกาสในการวัดประสิทธิผลของกลวิธีต่างๆ ที่ใช้ในการบรรเทาอาการปวด วิธีการประเมินอาการปวดที่ครอบคลุมควรจะต้องได้รับการบูรณาการเข้ากับการดูแลทางคลินิกทุกอย่าง วิธีที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงอาการปวดเป็นผลลัพธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ทั้งชีววิทยา จิตวิทยา สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยที่แจ้งว่ามีอาการปวดควรที่จะได้รับการเอาใจใส่อย่างจริงจังเสมอ และอาการปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงก็ควรที่จะได้รับการบรรเทาเสมอเช่นกัน

ขั้นตอนต่างๆ โดยสรุป สำหรับการประเมินและรักษาอาการปวด :

1. ประเมินอาการปวดตามที่บรรยายไว้ในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้
2. บันทึกสิ่งที่คุณตรวจพบลงในเวชระเบียนผู้ป่วย และในสมุดบันทึกของตนเอง
3. หากคุณพบสาเหตุของอาการปวด ให้รักษาที่สาเหตุ หากเป็นไปได้ (เช่น ปวดกระดูก กล้ามเนื้อเกร็ง ปวดลำไส้จากท้องผูก การบวมรอบๆ ก้อนมะเร็ง)
4. ใช้ยาแก้ปวดตามที่ได้ให้คำแนะนำไว้ใน บทที่ 7 : การดูแลแบบประคับประคอง
5. นอกจากนี้ คุณอาจใช้วิธีการรักษาโดยไม่ใช้ยาที่มีความเหมาะสมได้ トラบเทาที่มันไม่ก่อให้เกิดอันตราย การรักษาโดยไม่ใช้ยาไม่ควรไปแทนที่การดูแลรักษาด้วยยา
6. ประเมินอาการปวดบ่อยๆ และปรับเปลี่ยนวิธีการรักษาไปตามนั้นหากพบว่าอาการปวดไม่สามารถควบคุมได้โดยสมบูรณ์ ในตอนต้น การประเมินอาการปวดควรทำวันละหลายครั้ง หากอาการปวดคงที่แล้วก็ควรประเมินวันละครั้ง หลังจากนั้นจึงค่อยทำเท่าที่จำเป็น (ซึ่งอาจเป็นเพียงสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง)

.....

^[22] ดัดแปลงจาก WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. Geneva : World Health Organization; 2012
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241548120_Guidelines.pdf).

การประเมินอาการปวดในตอนต้น

การประเมินอาการปวดในตอนต้น หมายถึงถึงการชั่งปรวัติอาการปวดโดยละเอียด การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยสาเหตุ และการวัดความรุนแรงของอาการปวดโดยการใช้เครื่องมือวัดอาการปวด การประเมินอาการปวดเกี่ยวข้องกับการได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับ ตำแหน่ง ระยะเวลา และลักษณะของอาการปวดรวมถึงผลกระทบของอาการปวดที่มีอยู่ต่อชีวิตของผู้ป่วยในแง่ต่างๆ เช่น การนอนหลับ สภาพอารมณ์ ความสัมพันธ์ พัฒนาการ และการทำงานทางกาย ^[1] (ดูกล่องที่ 7.1.1) ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรจะ

พยายามตรวจสอบความสัมพันธ์ของอาการปวดกับปัจจัยก่อเกิด (triggering factors) ใดๆ โดยการถามเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่ทราบ ทั้งที่ทำให้หนักขึ้นและเบาลง ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพยังควรที่จะถามด้วยการรักษาใดสำหรับอาการปวดได้ถูกนำมาใช้แล้วก่อนหน้านี้ และมีประสิทธิผลเพียงใด การตรวจร่างกายอย่างละเอียดมีความสำคัญ และในแต่ละตำแหน่งที่มีอาการปวดควรได้รับการประเมินอย่างรอบคอบ ในระหว่างการตรวจ ผู้ให้บริการควรตั้งใจดูปฏิกิริยาต่างๆ อย่างรอบคอบ เช่น ใบหน้าเหยเก หน้าท้องเกร็งแข็ง การหดงอโดยไม่ตั้งใจ และเสียงร้องบอกซึ่งอาจบ่งถึงอาการปวด การเปลี่ยนแปลงใดๆ ต่อการทำงานของร่างกายที่เกิดจากอาการปวดก็ควรได้รับการประเมิน

ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้จากทั้งการซักประวัติและตรวจร่างกาย จะช่วยในการวินิจฉัยแยกสาเหตุต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการปวด และสามารถช่วยแนะนำทางเลือกในการส่งตรวจต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการและทางรังสีวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยหากยังไม่เป็นที่ทราบ

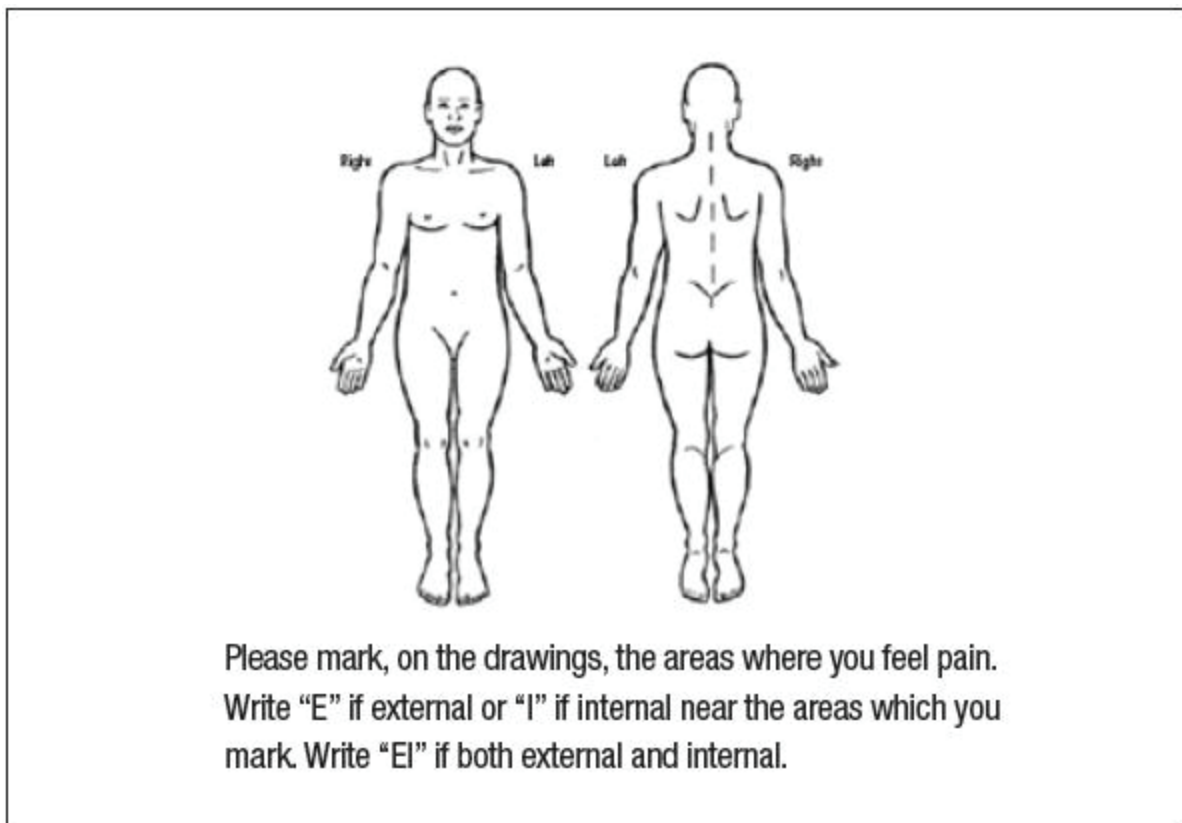
กล่องที่ 7.1.1 : คำถาม (ต่างๆ) สำหรับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพนำไปใช้ระหว่างการประเมิน ทางคลินิก

- อาการปวดอยู่ตรงไหนและมีลักษณะอย่างไร (ตำแหน่ง ความรุนแรง ลักษณะของอาการปวดตามผู้ป่วยบรรยาย เช่น ตัดเฉือน แสบร้อน ปวดเมื่อย เสียดแทง เจ็บแปลบ ปวดตื้อๆ)?
- ตัวเลขใดจากมาตรวัด 0 ถึง 10 ที่ผู้ป่วยจะใช้บรรยายอาการปวดในตอนนี้? ตัวเลขใดที่ผู้ป่วยจะใช้บรรยายอาการปวดเมื่อมันมีมากที่สุดและเมื่อมันมีน้อยที่สุด? ที่ตัวเลขใดซึ่งผู้ป่วยพบว่ามันเป็นระดับที่ยอมรับได้? การใช้มาตรวัด 0 ถึง 10 นิยามว่า 0 = “ไม่มีอาการปวด” และ 10 = “มีอาการปวดมากที่สุด”
 - หากไม่สามารถที่จะใช้ตัวเลขต่างๆ ให้ใช้มาตรวัดที่มองเห็นได้ (visual analogue scale) ซึ่งมีการอ้างอิงด้วยคำพูด ชี้นิ้ว หรือพยักหน้า
- อะไรที่ทำให้อาการปวดน้อยลงหรือมากขึ้น? อาการปวดที่น้อยลงหรือมากขึ้นนั้นสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวหรือกับเวลาที่ต่างกันของวันหรือไม่? อาการปวดมีการเปลี่ยนแปลงไปกับเวลาอย่างไร?
- อาการปวดมีอยู่มานานเท่าใดแล้ว? อาการปวดที่มีนี้เริ่มต้นอย่างไร (ทันทีทันใดหรือค่อยๆ เพิ่มขึ้น)?
- มีปัญหาทางจิตใจหรือจิตวิญญาณ ร่วมกับมีปัญหาทางกายที่มีอาการปวดสาเหตุมาจากมะเร็งด้วยหรือไม่? คุณมีความกังวล กลัว ซึมเศร้า หรือเสียใจไหม?
- เพื่อระงับอาการปวด คุณรับประทานยาอะไร? ยาอะไรได้ผลดีที่สุดในการระงับอาการปวด?
 - ในกรณีที่มีการสั่งจ่ายยา (ต่างๆ) ให้ตรวจสอบบ่อยๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องในขนาดที่ถูกต้องตามเวลาที่กำหนด
- อาการปวดมีผลรบกวนการนอนหลับ/สภาพอารมณ์หรือไม่?
- อาการปวดจำกัดความสามารถของคุณในการดำเนินกิจวัตรทางกายประจำวันหรือไม่ (นั่ง ยืน เดิน วิ่ง)? อาการปวดจำกัดความสามารถของคุณในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นหรือไม่?

การบันทึกอาการปวดเป็นลายลักษณ์อักษร : การใช้เครื่องมือวัดอาการปวด

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพจำเป็นต้องรับรู้ ประเมิน วัด และติดตามอาการปวด รวมถึงกลวิธีต่างๆ ในการควบคุมอาการปวด โดยการใช้เครื่องมือประเมินอาการปวดที่เหมาะสม เครื่องมือประเมินอาการปวดนั้นมีอยู่หลายอย่าง ^[2] เครื่องมือที่เรียบง่ายและใช้ง่ายที่สุดคือแผนภาพร่างกาย (body diagram) มาตรฐานวัดความรุนแรงของอาการปวด และมาตรวัดอาการปวดจากภาพใบหน้า แผนภาพร่างกายถูกใช้เพื่อระบุตำแหน่งต่างๆ ที่มีอาการปวดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร : ผู้ป่วยจะทำเครื่องหมายไว้ตรงตำแหน่งที่เธอมีอาการปวดบนแผนภาพ (ดูรูปที่ 7.1.1) นอกไปจากการวัดความรุนแรงของอาการปวดและการบันทึกตำแหน่งของอาการปวดแล้ว ก็มีความสำคัญที่จะต้องบันทึกลักษณะ เวลาที่เริ่มและระยะเวลาที่มีอาการปวดด้วย มีหลายภาวะที่ความรุนแรงของอาการปวดจะเปลี่ยนแปลงไป ไม่เพียงแต่ตามระยะเวลาแต่ในตำแหน่งและลักษณะด้วย

รูปที่ 7.1.1 : แผนภาพร่างกาย (Body diagram)

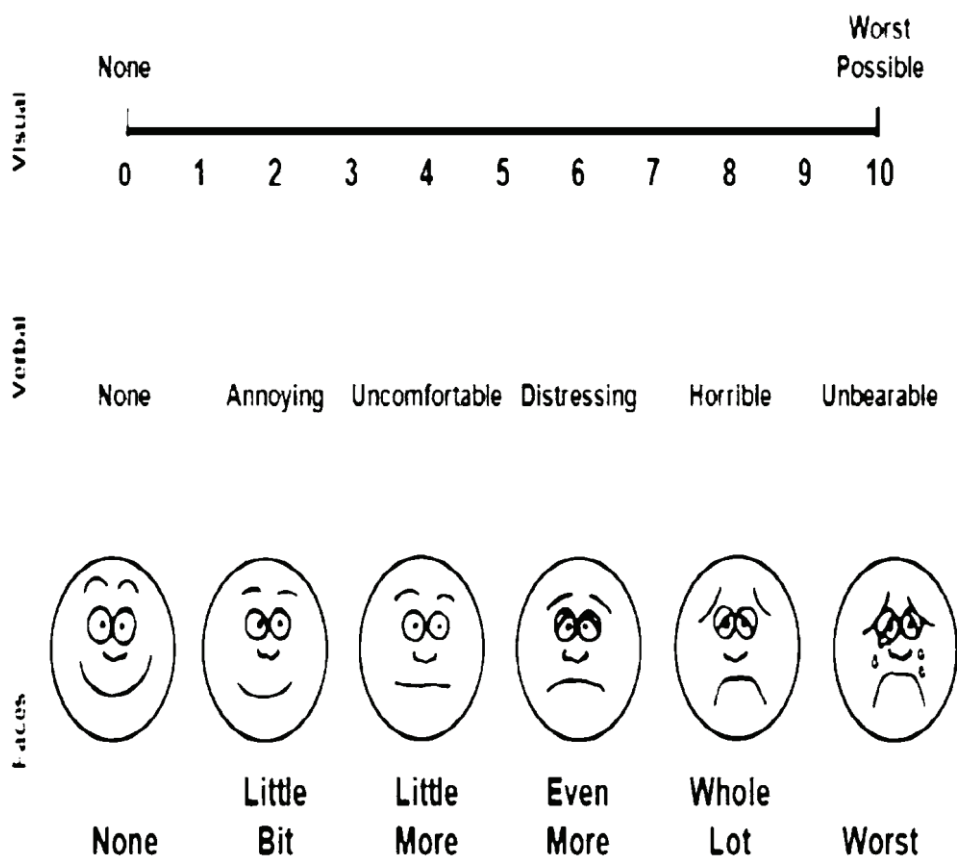


ที่มา : Melzack R. *The McGill Pain Questionnaire : major properties and scoring methods.* Pain. 1975; 1 : 277-99 (with permission of the International Association for the Study of Pain).

เครื่องมือประเมินอาการปวดที่ใช้กันบ่อยที่สุด คือมาตรวัดความรุนแรงของอาการปวดต่างๆ และประโยชน์ของเครื่องมือเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการกำหนดปริมาณของอาการปวด โดยมากมีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดของการนับ เครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ปฏิบัติซึ่งมีพื้นฐานอยู่บนแนวคิดของการกำหนดปริมาณและการนับ ล้วนมีความเหมาะสมในทุกวัฒนธรรม ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ส่วนมาก มาตรวัดระดับตัวเลข (numerical rating scale; NRS) ก็มีความเพียงพอแล้ว และสามารถใช้ในการพูดหรือใช้นิ้วมือโดยไม่ต้องใช้เอกสารที่พิมพ์ออกมา³⁾ ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ มาตรวัดที่เห็นด้วยตา (visual-analogue scale) โดยการใช้ตัวเลข ถ้อยคำ หรือรูปภาพใบหน้า (ดูรูปที่ 7.1.2). มาตรวัดอาการปวด Wong-Baker Faces Pain Scale (รวมอยู่ในรูปที่ 7.1.2) หรือมาตรวัดอาการปวด Faces Pain Scale – Revised (ดูรูปที่ 7.1.3) เป็นภาพใบหน้าสองอันที่ใช้กันบ่อย เพื่อการนี้

รูปที่ 7.1.2 : ตัวอย่างของมาตรวัดระดับอาการปวด

จากบนลงล่าง : มาตรวัดอาการปวดที่เป็นตัวเลข มาตรวัดที่เป็นคำบรรยาย และมาตรวัดอาการปวดภาพใบหน้า - Wong-Baker Faces Pain Scale



ที่มา : Wong-Baker Faces Pain Scale from Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML. Wong's essentials of pediatric nursing, 6th edition. St. Louis (MO) : C.V. Mosby; 2001 :1301 (with permission of the International Association for the Study of Pain).

รูปที่ 7.1.3 : มาตรฐานวัดอาการปวดภาพใบหน้าฉบับปรับปรุง - Faces Pain Scale – Revised



ที่มา : *Faces Pain Scale – Revised*, ©2001, *International Association for the Study of Pain* (www.iasp-pain.org/FPSR).

การวางแผนการจัดการอาการปวด และการวัดอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ

หลังการประเมินอาการปวดตอนต้น แผนในการจัดการอาการปวดโดยละเอียด รวมถึงมาตรการ ทั้งทางยาและไม่ใช้ยา ก็สามารถได้รับการกำหนดขึ้นและนำไปใช้ร่วมกันทั้งกับผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลหลัก ของเธอ

การวัดอาการปวดควรได้รับการทำเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอในระหว่างการดำเนินแผนการจัดการ อาการปวด สิ่งนี้จะเปิดโอกาสการวัดการเปลี่ยนแปลงในความรุนแรงของอาการปวดเมื่อเวลาผ่านไป และการประเมินความเพียงพอและประสิทธิผลของการรักษาที่ได้เลือกใช้ และทำให้สามารถนำไปปรับแต่ง ให้ดีขึ้นได้ ตามที่จำเป็น

อาการปวดในตอนต้นของผู้ป่วยและการตอบสนองต่อมาตรการต่างๆ ของเธอ ควรได้รับการประเมิน เป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และเมื่อใดก็ตามที่มีการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของเธอเกิดขึ้น มีรายงานอาการปวด ที่เพิ่งเกิดขึ้นใหม่หรือมีระดับเพิ่มขึ้น การรักษาต่างๆ เพื่อควบคุมอาการปวดควรได้รับการปรับเปลี่ยนไปตามที่ ลังพบนั้น ในผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการปวดที่คงที่ อาการปวดก็ยังคงควรที่จะได้รับการประเมินเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอด้วยช่วงระยะเวลาห่างที่สั้นลง การวัดต่างๆ ควรได้รับการบันทึกไว้ตามเวลาในเวชระเบียน ของผู้ป่วย หรือโดยผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลของเธอในรายงานส่วนตัว การให้คะแนนอาการปวดควรทำ โดยตัวผู้ป่วยเองในทุกครั้งที่ทำได้^[4] การรายงานอาการปวดด้วยตัวเองสามารถทำได้แม้ในผู้ที่มี ความทรงจำลดลงเล็กน้อยถึงปานกลาง และควรที่จะได้พยายามให้ทำเสมอตั้งแต่ต้น^[5]

กล่องที่ 7.1.2 : แนวทางที่ละขั้นสำหรับการใช้และการแปลผลมาตรวัดอาการปวดแบบรายงานด้วยตัวเอง (self-report)

- หากเป็นไปได้ ให้แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักกับมาตรวัดอาการปวดในตอนที่ไม่มีอาการปวด เพราะอาการปวดจะมีผลกระทบต่อสมาธิของเธอ
- อธิบายเธว่าการวัดนี้ เป็นการวัดความรุนแรงของอาการปวด ไม่ใช่วัดความวิตกกังวลหรือความกลัวของเธอต่ออาการปวด
- ให้โอกาสเธอได้ฝึกกับมาตรวัด โดยการให้เธอกำหนดระดับตามสถานการณ์สมมติ ที่ไม่มีความเจ็บปวดปวดเล็กน้อย และปวดรุนแรง
- หากเป็นไปได้ จัดทำ (ค่า) ระดับอาการปวดอย่างสม่ำเสมอ และสังเกตผลกระทบของมาตรการระงับปวด เช่นเดียวกับมาตรการ (ต่างๆ) ทางคลินิกที่ทราบกันว่าจะเพิ่มอาการปวด เช่น การฉีดยาต่างๆ
- นำคะแนนอาการปวด (pain scores) ที่บันทึกไว้มาเข้าร่วมในการพิจารณาวางแผนการรักษา
- หลีกเลี่ยงการขอให้ผู้ป่วยให้คะแนนอาการปวดที่เกิดขึ้นนานมาแล้ว เนื่องจากค่าคะแนนอาการปวดที่นี้ถึงขั้นมาจะไม่ถูกต้อง
- การได้มาซึ่งคะแนนอาการปวดไม่ควรใช้แทนการสนทนากับผู้ป่วย และควรให้เธอได้เล่าอาการด้วยเสมอ
- คะแนนอาการปวดที่ไม่สอดคล้องกัน ระหว่างที่ได้มาจากผู้ป่วยและจากแพทย์ สามารถปรับแก้ไขได้เสมอ โดยผ่านการพูดคุยทำความเข้าใจกัน

ที่มา : ดัดแปลงมาจาก von Baeyer CL. Children's self-reports of pain intensity : scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manag.* 2006; 11 : 157-62.

ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพอาจเห็นว่าการประเมินอาการปวดที่คงอยู่ เป็นกระบวนการที่เสียเวลามาก เพราะฉะนั้น การให้ความรู้ผู้ให้บริการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินอาการปวดจึงมีความจำเป็น เพื่อที่จะให้การรักษามีคุณภาพได้ การประเมินอาการปวดเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องทำในการจัดการอาการปวด เหมือนกับบทบาทของการประเมินสัญญาณชีพ เพื่อที่จะจัดการความผิดปกติที่มีผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพควรได้รับการฝึกเทคนิคในการประเมินและกำหนดระดับความรุนแรงของอาการปวดด้วยเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย เช่นเดียวกับทักษะในการสัมภาษณ์ และความรู้เกี่ยวกับวิธีในการทำงานที่จะให้ก้าวพ้นอุปสรรคทางวัฒนธรรมและภาษา

- ^[1] Palermo TM. Assessment of chronic pain in children : current status and emerging topics. *Pain Res Manag.* 2009; 14 : 21–6.
- ^[2] Flaherty SA. Pain measurement tools for clinical practice and research. *J Am Assoc Nurse Anesth.* 1996; 64 (2) : 133–40.
- ^[3] von Baeyer CL, Spagrud LJ, McCormick JC, Choo E, Neville K, Connelly MA. Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS–11) for children’s self-reports of pain intensity. *Pain.* 2009; 143 : 223–7.
- ^[4] To TH, Ong WY, Rawlings D, Greene A, Currow DC. The disparity between patient and nurse symptom rating in a hospice population. *J Palliat Med.* 2012; 15 (5) : 542–7.
- ^[5] Ni Thuathail A, Welford C. Pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Nurs Stand.* 2011; 26 (6) :39–46.

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.2 : วิธีการจัดการกับอาการตกขาว รุ้รั่ว และตกเลือด ที่บ้าน

เอกสารประกอบการปฏิบัตินี้มีเจตนาเพื่อช่วยเหลือผู้ให้การดูแลที่ระดับปฐมภูมิ ที่ชุมชน และที่บ้าน เกี่ยวกับวิธีในการดูแลและทำให้สตรีซึ่งมีมะเร็งปากมดลูกระยะท้ายได้รู้สึกสุขสบายที่บ้าน (หรือสถานที่อื่นซึ่งไม่ใช่สถานที่ให้บริการดูแลสุขภาพ) เอกสารนี้ประกอบไปด้วยคำแนะนำต่างๆ ในการลดอาการปวด ความทุกข์ทรมาน และอับอายที่สตรีเหล่านี้รู้สึกซึ่งบางครั้งเป็นผลมาจากอาการตกขาวที่มีกลิ่นเหม็น รุ้รั่ว และตกเลือด สิ่งเหล่านี้สามารถมีสาเหตุมาจากทั้งตัวโรคเอง และ/หรือ จากภาวะแทรกซ้อนของการรักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ของคำแนะนำในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านั้นได้ด้วยเพียงการใช้วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในบ้านส่วนใหญ่

คำแนะนำนี้ไม่ได้มีเจตนาเพื่อแทนที่ความพยายามอื่นๆ ในการกำจัดความเจ็บปวดและไม่สบายของผู้ป่วย การจัดการกับความเจ็บปวดมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยที่เจ็บป่วยรุนแรง และจำเป็นต้องได้รับการติดตามตรวจสอบ ประเมิน และรักษาตามความเหมาะสมบ่อยๆ (ดูบทที่ 7 และเอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.1) นอกเหนือไปจากการจัดการความเจ็บปวดและคำแนะนำที่จำเพาะในเอกสารประกอบการปฏิบัตินี้ มาตรการสนับสนุนทั้งทางกาย ทางอารมณ์ และที่ไม่ใช่ยา ก็สามารถมีประสิทธิผลได้อย่างมากเช่นกัน

วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้สำหรับการจัดการปัญหาช่องคลอด ที่บ้าน :

- มีน้ำสะอาด น้ำต้ม ให้ใช้อยู่ตลอดเวลา
- สบู่ สำหรับใช้ล้างมือและซักเสื้อผ้า
- ผ้าเช็ดตัว/ผ้าขนหนูที่สะอาด
- ถูมียาง หากเป็นไปได้ (ที่สะอาดแต่ไม่จำเป็นต้องปราศจากเชื้อ)
- แผ่นพลาสติก หรือกระดาษหนังสือพิมพ์
- ถูสำหรับใส่วัสดุปนเปื้อนต่างๆ เพื่อนำไปทิ้ง
- น้ำสารละลายคลอรีน (1 ถ้วยของน้ำยาซักผ้าขาว [bleach] ในน้ำ 6 ถ้วย) สำหรับแช่ถูมียาง เช็ดถูเฟอร์นิเจอร์ และแผ่นพลาสติก เป็นต้น
- อ่างสำหรับแช่ก้น
- ขวดและท่อพลาสติกสำหรับการสวนล้างช่องคลอด
- ผ้าสะอาด หรือสำลี หรือผ้าอนามัยจำนวนมาก หากเป็นไปได้ (ผ้าควรได้รับการต้มเสียก่อน หากจะนำไปใช้ในการอัดเข้าไปในช่องคลอด)
- ผงฟู (sodium bicarbonate หรือ baking soda)
- น้ำส้มสายชู (vinegar หรือ กรดอะซิติก [acetic acid] ความเข้มข้นร้อยละ 3-5)
- ครีมซิงค์ออกไซด์ (zinc oxide cream) หรือ เจลปิโตรเลียม (petroleum jelly)
- ยาปฏิชีวนะและยาอื่นๆ ที่ได้รับการสั่งใช้โดยแพทย์ (เช่น metronidazole, doxycycline, amoxicillin เป็นต้น)

การป้องกันการติดเชื้อ (ต่าง ๆ)

เพื่อป้องกันการทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำเติมที่ช่องคลอดในผู้ป่วย และเพื่อป้องกันผู้ดูแลจากการติดเชื้อด้วยการสัมผัสที่ผิวหนังของมือ พึงจำไว้ว่าผู้ให้การดูแลจะต้องล้างมือและขัดถูขอกเล็บของตน ด้วยสบู่และน้ำหรือน้ำยาฆ่าเชื้อที่ได้มาจากสถานที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ และจะเป็นการดียิ่งขึ้นไปอีก หากมีถุงมือที่ใช้แล้วทิ้งมาเพิ่มให้ใช้ได้ตลอด โดยต้องใส่ไว้ทั้งสองมือ

นอกจากนี้ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้แล้วทิ้งทั้งหมด จะต้องถูกนำไปทิ้งอย่างถูกต้องตามกฎหมายเกณฑ์ของชุมชน และวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ซ้ำได้ทั้งหมด (เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าซับเลือด ผ้าปูที่นอน อุปกรณ์สวนล้าง) จะต้องได้รับการซักล้างโดยขั้นแรกต้องแช่ไว้ในน้ำสะอาดผสมสารคลอรีนจากน้ำยาซักผ้าขาวปริมาณเล็กน้อยเป็นเวลา 10 นาที หลังจากนั้นจึงนำไปซักล้างตามปกติ

การจัดการกับตกขาว

สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจมีตกขาวเป็นน้ำ ปนเลือด กลิ่นเหม็น ที่เกิดจากเนื้อเยื่อช่องคลอดถูกทำลายอย่างรุนแรงได้ มีแนวโน้มว่าการติดเชื้อแบคทีเรียเป็นสาเหตุหลักของการมีกลิ่นนี้ ถึงจะไม่สามารถกำจัดแบคทีเรียได้อย่างถาวร แต่อาการนี้ก็สามารถบรรเทาลงได้ชั่วคราวด้วยการทำตามหนึ่งในสิ่งต่อไปนี้ :

- ผู้ป่วยสามารถนั่งแช่กันในน้ำอุ่นเพื่อทำความสะอาดตัวเองอย่างนุ่มนวล
- คลุมเตียงด้วยแผ่นพลาสติก หรือกระดาษหนังสือพิมพ์ ซึ่งสามารถเปลี่ยนได้ และ/หรือ ทำความสะอาดบ่อยๆ ด้วยน้ำละลายคลอรีน
- ป้องกันผิวหนังรอบๆ ปากช่องคลอดและทวารหนัก โดยการทำให้บริเวณนี้แห้งหลังจากการอาบน้ำ แล้วทาด้วย zinc oxide ครีม หรือ petroleum เจล มาตรการเหล่านี้สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นการป้องกันไว้ก่อน โดยไม่ต้องรอให้เกิดการระคายเคืองขึ้นก่อน
- ทำห้องให้มีการถ่ายเทอากาศได้ดี หรือจุดสารหอมระเหยหรือสมุนไพร หากเป็นสิ่งที่ยอมรับได้
- ซักตกขาวด้วยการเปลี่ยนผ้า ล้าง หรือผ้าอนามัย ที่วางไว้ด้านในกางเกงชั้นใน บ่อยๆ
- สวนล้างช่องคลอดอย่างระมัดระวังเป็นระยะๆ (ด้วยการปล่อยให้ น้ำไหลเข้าไปในช่องคลอดโดยใช้สายที่ต่ออยู่กับขวดพลาสติกที่สะอาด หรือกระบอกฉีดยา) โดยการใช้หนึ่งในสารละลายต่างๆ ต่อไปนี้ ซึ่งทำได้เองที่บ้านจากน้ำอุ่นที่ผ่านการต้มให้เดือดมาแล้ว :
 - ผงฟู 1 ช้อนโต๊ะ ในน้ำเปล่า 2 ถ้วย หรือ
 - น้ำส้มสายชู 1/2 ถ้วย ในน้ำเปล่า 2 ถ้วย หรือ
 - ยาเมโทรนิดาโซล (metronidazole) บด 5-10 เม็ด (ซึ่งอาจได้มาจากสถานบริการปฐมภูมิที่อยู่ใกล้ที่สุด) ละลายลงในน้ำเปล่า 2 ถ้วย

- ใช้ผ้าสะอาดที่จุ่มหนึ่งในน้ำสารละลายข้างต้นแล้ว อัด (pack) ไว้ในช่องคลอดอย่างนุ่มนวล วันละ 2 ครั้ง ผ้าที่อัดไว้นั้นไม่ควรทิ้งไว้ในช่องคลอดเป็นเวลานานกว่า 2-3 ชั่วโมง
- ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง อาจได้รับการสั่งให้โดยผู้ให้บริการทางคลินิก แต่ยาพวกนี้ก็ควรได้รับการนำมาใช้อย่างระมัดระวังเพราะพวกมัน อดีที่สุดแล้ว ก็จะมีประสิทธิผลแค่เพียงชั่วคราว นอกจากนี้พวกมันยังอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อราในช่องคลอด ซึ่งสามารถทำให้อาการแย่ลงไปอีก
- ยาปฏิชีวนะต่างๆ ต่อไปนี้สามารถให้ได้โดยการรับประทานเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 7 วัน คือ doxycycline ขนาด 100 ม.ก. วันละสองครั้ง amoxicillin ขนาด 500 ม.ก. วันละสามครั้ง ร่วมกับ metronidazole ขนาด 400-500 ม.ก. วันละสองครั้ง
- หากยาปฏิชีวนะต่างๆ เหล่านี้ได้รับการสั่งให้ ก็มีความสำคัญที่ผู้ป่วยจะต้องรับประทานจนหมดตามที่สั่ง การไม่รับประทานจนหมดอาจทำให้ปัญหาที่มีแย่ลง

การจัดการรูรั่วต่าง ๆ (fistulae)

รูรั่วคือช่อง (ทาง) ติดต่อกันที่ผิดปกติระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะหรือไส้ตรง ในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มันอาจเกิดจากการลุกลามของมะเร็งเข้าไปในอวัยวะเหล่านี้หรือจากภาวะแทรกซ้อนของรังสีรักษาที่ได้รับก็ได้ มันเป็นภาวะที่บั่นทอนทั้งทางจิตใจและร่างกาย เพราะว่าปัสสาวะหรืออุจจาระอาจไหลออกมาโดยตรงสู่ช่องคลอด ทำให้เกิดทั้งตกขาวกลิ่นเหม็นและก่อให้เกิดอาการระคายเคือง คำแนะนำที่ได้ให้ไว้สำหรับการจัดการกับตกขาว ก็สามารถนำมาใช้กับสตรีผู้ใดก็ตามที่มีรูรั่ว หรือมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามไปมากแล้วได้ด้วย รูรั่วไม่สามารถซ่อมได้ด้วยตัวของมันเอง แต่ผู้ป่วยก็สามารถได้รับความสบายมากขึ้นและสะอาดขึ้นโดยวิธีการทั้งหมดที่ได้กล่าวไว้แล้วในตอนก่อนหน้านี้ เว้นแต่ไม่ควร ที่จะทำการสวนล้างหรืออัด (pack) ผ้าไว้ในช่องคลอด

การจัดการอาการตกเลือด

อาการตกเลือดสามารถทำให้ตกใจได้มากๆ และมันก็พบได้ไม่ยากในสตรีที่มะเร็งปากมดลูกลุกลามไปมากแล้ว มันสามารถจะก่อให้เกิดได้ด้วยการสอดใส่สิ่งใดสิ่งหนึ่งเข้าไปในช่องคลอด ฟิงก์ระมัดระวังเสมอเมื่อทำการสวนล้างหรืออัด (pack) ช่องคลอด และควรแนะนำคู่มือถึงกิจกรรมทางเพศอื่นๆ เพื่อที่จะทดแทนการมีเพศสัมพันธ์ด้วย นอกจากนี้ การตกเลือดยังอาจเกิดได้เองโดยไม่มีสาเหตุที่ทราบแน่ชัด

- หากการตกเลือดเป็นเพียงเล็กน้อย แนะนำให้นอนพักและรักษาความสะอาดของผิวหนังไว้จนกระทั่งมันหยุด
- หากการตกเลือดเป็นหนักปานกลาง มันก็มักจะหายได้ด้วยกรนอนพักเท่านั้น แต่หากจำเป็น ก็สามารถอัด (pack) ช่องคลอดส่วนล่างอย่างนุ่มนวล ด้วยผ้าสะอาดหมาดๆ ไว้เป็นเวลาสัก 2-3 ชั่วโมง
- หากการตกเลือดเป็นหนักมาก ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาล หรือศูนย์สุขภาพ เพื่ออาจจำเป็นต้องมีการให้เลือด

เอกสารประกอบการปฏิบัติ 7.3 : การสนทนากับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้านไปรับการดูแลแบบ ประคับประคอง

“สิ่งที่ควรทำ” ในการสนทนากับผู้ป่วยที่กำลังจะกลับบ้าน

- เมื่อสนทนาเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง ให้ระมัดระวังเสมอถึงบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนผู้ป่วย
- ถาม : “คุณรู้สึกเป็นอย่างไรบ้าง?” “คุณมีปัญหาหรืออาการไม่สบายใดๆ อยู่บ้างไหมในตอนนี?” และ “ปัญหาเหล่านี้ทำให้ชีวิตของคุณลำบากขึ้นอย่างไร?”
- อธิบายถึงเหตุผลต่างๆ ที่เธอได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ตัวอย่างเช่น “ทีมแพทย์รู้สึกว่าคุณจะสามารถได้รับการสนับสนุนและรักษาที่ดีกว่าที่บ้านที่แวดล้อมไปด้วยครอบครัวและเพื่อนสนิทที่จะเป็นกลุ่มคนที่ดีที่สุดในที่สุดซึ่งจะให้ความสบายและความสงบแก่คุณ”
- ในตอนที่เธออยู่บ้านแล้ว ถามผู้ป่วยว่าเธอมีใครที่อยู่ใกล้เธอที่จะคอยให้การช่วยเหลือทางร่างกาย และสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตวิญญาณ
- อาสาที่จะไปเป็นเพื่อนเธอเมื่อไปติดต่อกับผู้ที่อาจเป็นผู้ช่วยเหลือเธอ และเมื่อวางแผนสำหรับการช่วยเหลือเฉพาะเรื่อง
- ถามผู้ป่วยว่าเธอรู้สึกว่ามีอาการปวดไหม มากเท่าใด และให้ความมั่นใจเธอว่าเกือบทุกราย อาการปวดสามารถจัดการได้อย่างประสบความสำเร็จที่บ้าน และการช่วยนี้จะมีให้เมื่อใดก็ตามที่เธอต้องการ
- ให้ความมั่นใจกับเธอว่ายาต่างๆ ที่เธอจะได้รับเพื่อระงับอาการปวดจะไม่ทำให้เธอติดยา
- ถามเธอเกี่ยวกับอาการอื่นๆ และให้ความมั่นใจกับเธอว่าคุณจะปรึกษากับผู้ให้บริการคนอื่นในทุกระดับ เพื่อที่จะจัดการให้มีการรักษาที่จำเป็นให้เธอ
- ให้ความมั่นใจกับเธอว่าตอนนี้ เหมือนที่เป็นเสมอมา คือความสบายของเธอจะเป็นสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในทุกๆ เรื่องที่จะทำ
- แจ้งเธอว่าผู้ให้การดูแลในชุมชนจะยังคงคอยอยู่เพื่อให้การดูแลเธอ เพียงแค่เธอโทรไปหรือส่งคนไปเรียก

เคล็ดในการให้คำปรึกษา

- ไปเยี่ยมผู้ป่วยบ่อยๆ เท่าที่จะเป็นไปได้
- ฟังคำบ่นจากผู้ป่วยและครอบครัวเสมอ และพยายามบรรเทาอาการใดๆ ที่มี
- คงการสื่อสารกับผู้ให้บริการที่ศูนย์สุขภาพหรือโรงพยาบาลไว้และขอคำแนะนำสำหรับปัญหาที่จำเพาะต่างๆ
- เมื่อกล่าวถึงความกลัวต่างๆ ให้อธิบายถึงสาเหตุต่างๆ ของการเกิดอาการเหล่านี้ และให้ความมั่นใจคนในครอบครัวว่าคุณจะทำทุกอย่างที่ทำได้เพื่อทำให้ผู้ป่วยสบาย
- สอนผู้ป่วยและบุคคลครอบครัวในการจัดการกับอาการที่มี
- ช่วยให้พวกเขาได้รับวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น
- ที่สำคัญที่สุด อย่าต้องทำให้ตัวคุณเองหมดพลัง โดยพยายามหลีกเลี่ยงการทำงานมากเกินไป พยายามรักษาความสัมพันธ์ใกล้ชิดและมองหาการสนับสนุนจากผู้ใกล้ชิดคุณ (โดยไม่ละเมิดเรื่องความลับส่วนตัวของผู้ป่วย)



ກາລຸນາ

ภาคผนวก 1. รายชื่อผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมประชุมและผู้มีส่วนช่วยสนับสนุน ในการจัดทำหนังสือ C4GEP ตันฉบับภาคภาษาอังกฤษ

ผู้เชี่ยวชาญที่จัดทำหนังสือแนวทางฉบับนี้

Guideline Development Group (GDG)

Irene Agurto (บทที่ 3)

WHO Consultant

Santiago, Chile

Marc Arbyn (บทที่ 5)

Unit of Cancer Epidemiology

Scientific Institute of Public Health - Louis

Pasteur, Brussels, Belgium

Paul D. Blumenthal (บทที่ 1 และ 5)

Population Services

Department of Obstetrics and Gynecology

Stanford University School of Medicine

Stanford, CA, USA

Loretta Brabin (บทที่ 3)

School of Cancer and Enabling Sciences

St Mary's Hospital

Manchester, United Kingdom

August Burns (บทที่ 3)

Grounds for Health

Waterbury, VT, USA

Joanna Cain (ประธาน) (บทที่ 5 และ 6)

International Federation of Gynecology and

Obstetrics, London, United Kingdom

Michael Chirenje (บทที่ 5 และ 6)

Department of Obstetrics and Gynecology

University of Zimbabwe Medical School

Harare, Zimbabwe

Swee Chong Quek (บทที่ 5 และ 6)

Department of Gynecological Oncology

KK Women's and Children's Hospital

Singapore

Stephen Connor (บทที่ 7)

Worldwide Palliative Care Alliance

London, United Kingdom

Lynette Denny (บทที่ 5 และ 6)

Department of Obstetrics and Gynaecology

Groote Schuur Hospital,

Cape Town, South Africa

Maria Fernandez (บทที่ 3)

Health Education/Social Sciences

University of Texas Health Science Center

Houston, TX, USA

Sara Forhan (บทที่ 5)

HIV Care and Treatment Branch

Global AIDS Program

Centers for Disease Control and Prevention

Atlanta, GA, USA

Eduardo Franco (บทที่ 1 และ 5)

Division of Cancer Epidemiology

McGill University

Montreal, Canada

Julia C. Gage (บทที่ 5)

Clinical Genetics Branch

Division of Cancer Epidemiology and Genetics

National Cancer Institute

Rockville, MD, USA

Francisco Garcia (บทที่ 5)

American Cancer Society
Tucson, AZ, USA

Susan Hariri (บทที่ 4)

Division of STD Prevention
National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis,
STD, and TB Prevention
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA, USA

Eline Huisman (บทที่ 7)

Utrecht University
Utrecht, Netherlands

Jose Jeronimo (บทที่ 5 และ 6)

PATH
Seattle, WA, USA

Sharon N. Kibwana (บทที่ 2 และ 3)

Jhpiego
Baltimore, MD, USA

Nancy Kidula (บทที่ 3)

ACCESS Uzima, Jhpiego
Nairobi, Kenya

Enriquito R. Lu (บทที่ 2, 3 และ 5)

Jhpiego, Baltimore, MD, USA

Ian Magrath (บทที่ 6)

International Network for Cancer
Treatment and Research (INCTR)
Brussels, Belgium

Valerie Mazeau-Moynar (บทที่ 6)

National Cancer Institute
Department of Cancer Screening
Boulogne-Billancourt, France

Daniela Mosoiu (บทที่ 3, 6 และ 7)

Educatie, Strategie si Dezvoltare Nationala
Hospice Casa Sperantei
Brasov, Romania

Raul Murillo (บทที่ 2 และ 4)

Subdireccion Investigaciones y Salud
Publica
Instituto Nacional de Cancerología de
Colombia, Bogota, Colombia

Fidele Ngabo (บทที่ 4)

Maternal and Child Health Department
Ministry of Health
Kigali, Rwanda

Linda O'Neal Eckert (บทที่ 1 ถึง 7)

University of Washington
Seattle, WA, USA

Groesbeck Parham (บทที่ 6)

Center for Infectious Research in Zambia
Lusaka, Zambia

Silvia de Sanjose (บทที่ 1)

Catalan Institute of Oncology
L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona, Spain

Mona Saraiya (บทที่ 3 และ 6)

National Center for Chronic Disease
Prevention and Health
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA, USA

Judith L. Smith (บทที่ 3)

Behavioral and Applied Research Team
Division of Cancer Prevention and Control
Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA, USA

Tshewang Tamang (บทที่ 4)

Vaccine Preventable Disease Program
Ministry of Health
Thimphu, Bhutan

Vivien Tsu (บทที่ 2 และ 5)

PATH
Seattle, WA, USA

Maggie Watson (บทที่ 7)

Service of Psychological Medicine
Royal Marsden Hospital
Surrey, United Kingdom

Deborah Watson-Jones (บทที่ 4)

London School of Hygiene and Tropical
Medicine
London, United Kingdom

Phil Wiffen (บทที่ 7)

Nuffield Department of Clinical
Neurosciences, University of Oxford
Oxford, United Kingdom

Scott Wittet (บทที่ 3)

Cervical Cancer Prevention Programs
PATH
Seattle, WA, USA

**คณะกรรมการอำนวยการขององค์การอนามัยโลก
(WHO Steering Group)**

Rachel Baggaley
HIV/AIDS Department
WHO, Headquarters
Geneva, Switzerland

Paul Bloem

Immunization, Vaccines and Biologicals
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Freddie Bray

Section of Cancer Information
International Agency for Research on
Cancer
Lyon, France

Nathalie Broutet

Reproductive Health and Research
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Meena Cabral De Mello

Maternal, Newborn, Child and Adolescent
Health
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Venkatraman Chandra-Mouli

Reproductive Health and Research
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Jean-Marie Dangou

Disease Prevention and Control
WHO Regional Office for Africa
Brazzaville, Republic of Congo

Islene Araujo De Carvalho

Ageing and Life Course
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Hugo De Vuyst

Early Detection and Prevention
International Agency for Research on Cancer
Lyon, France

Ibtihal Fadhil

Division of Noncommunicable Diseases and
Mental Health
WHO Regional Office for the Eastern
Mediterranean
Cairo, Egypt

Jane Ferguson

Maternal, Newborn, Child and Adolescent
Health
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Mario Festin

Reproductive Health and Research
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Tracey Goodman

Immunization, Vaccines and Biologicals
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Sandra Gove

HIV/AIDS Department
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Marie-Agnes Heine

Communications
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Rolando Herrero

Early Detection and Prevention
International Agency for Research on
Cancer, Lyon, France

Raymond Hutubessy

Immunization, Vaccines and Biologicals
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Regina Kulier

Knowledge, Ethics and Research
WHO Headquarters, Geneva, Switzerland

Gunta Lazdane

Sexual and Reproductive Health
WHO Regional Office for Europe
Copenhagen, Denmark

Silvana Luciani

Chronic Diseases Prevention and Control
WHO Regional Office for the Americas
Pan American Health Organization
Washington, DC, USA

Melody Maarouf

Reproductive Health and Research
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Amolo Okero

HIV/AIDS Department
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Anayda Gerarda Portela

Maternal, Newborn, Child and Adolescent
Health
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Somchai Peerapakorn

WHO Country Office
Nonthaburi, Thailand

Rengaswamy Sankaranarayanan

Early Detection and Prevention
International Agency for Research on Cancer
Lyon, France

Willem Scholten

Essential Medicines and Health Products
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Timo Stahl

Prevention of Noncommunicable Diseases
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Kwok-Cho Tang

Prevention of Noncommunicable Diseases
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Igor Toskin

Reproductive Health and Research
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Andreas Ullrich

Management of Noncommunicable Diseases
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Andrea Vicari

Immunization
WHO Regional Office for the Americas
Pan American Health Organization
San Još, Costa Rica

Adriana Velazquez

Essential Medicines and Health Products
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Cherian Varghese

Noncommunicable Diseases and Health
Promotion
WHO Regional Office for the Western
Pacific, Manila, Philippines

Marco Vitoria

HIV/AIDS Department
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

Lawrence von Karsa

Early Detection and Prevention
International Agency for Research on
Cancer, Lyon, France

Susan Wang

Immunization, Vaccines and Biologicals
WHO Headquarters
Geneva, Switzerland

กลุ่มวิธีการ (Methods Group)

บทที่ 5 :

Tahany Awad

Department of Clinical Epidemiology and
Biostatistics

McMaster University

Hamilton, Canada

Rohan Kehar

Michael G. DeGroot School of Medicine

McMaster University

Hamilton, Canada

Reem Mustafa

Department of Clinical Epidemiology and
Biostatistics

McMaster University

Hamilton, Canada

Nancy Santesso

Department of Clinical Epidemiology and
Biostatistics

McMaster University

Hamilton, Canada

Holger Schunemann

Department of Clinical Epidemiology and
Biostatistics

McMaster University, Hamilton, Canada

ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่ทำหน้าที่ทบทวน

External Review Group (ERG)

Elisabeth Andritsch

Department of Internal Medicine

Medical University of Graz

Graz, Austria

Ahti Anttila

Finnish Cancer Registry

Helsinki, Finland

Partha Sarathi Basu

Chittaranjan National Cancer Institute

Kolkata, India

John-Paul Bogers

Faculteit Geneeskunde

Campus Groenenborger

Antwerp, Belgium

Xavier Bosch

Institut Catala d'Oncologia

Barcelona, Spain

Rolando Camacho-Rodriguez

International Atomic Energy Agency

Vienna, Austria

James Cleary

WHO Collaborating Center for Pain, Policy
and Palliative Care

Madison, WI, USA

Anne Garnier

Institut National du Cancer (INCa)

Boulogne-Billancourt, France

Martha Jacob

WHO Consultant, Kochi, Kerala State, India

Jessica Kahn

Cincinnati Children's Hospital Medical
Center, Cincinnati, OH, USA

Namory Keita

Donka Teaching Hospital
Conakry, Republic of Guinea

Rajshree Jha Kumar

Kailash Darshan
Mumbai, India

Anne Levin

WHO Consultant Health Economist
Bethesda, MD, USA

Khunying Kobchitt Limpaphayom

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
Bangkok, Thailand

Emmanuel Mugisha

PATH
Kampala, Uganda

Daniel Murokora

Uganda Women's Health Initiative
Kampala, Uganda

Meg O'Brien

American Cancer Society
Washington, DC, USA

Olola

Kilimanjaro Christian Medical Center
Moshi, Tanzania

Nuriye Ortayli

UNFPA
New York, NY, USA

Patrick Petignat

Hopitaux Universitaires de Geneve
Geneva, Switzerland

Ilka Rondinelli

International Planned Parenthood Federation
London, United Kingdom

Carlos Santos

Instituto Nacional de Enfermedades
Neoplasicas,
Lima, Peru

Achim Schneider

Charité Universitäts Medizin Berlin
Berlin, Germany

Nereo Segnan

San Giovanni University Hospital
Turin, Italy

Nguyen-Toan Tran

WHO Consultant
Geneva, Switzerland

Julie Torode

International Union Against Cancer
Geneva, Switzerland

Jerome Viguier

Institut National du Cancer (INCa)
Boulogne-Billancourt, France

Steven Weyers

Ghent University Hospital
Gent, Belgium

Katherine Worsley

Marie Stopes International
London, United Kingdom

Eduardo Zubizarreta

International Atomic Energy Agency
Vienna, Austria

ผู้เขียน (Writers)

August Burns

Grounds for Health
Waterbury, VT, USA

Linda O’Neal Eckert

University of Washington
Seattle, WA, USA

Susan Hariri

Centers for Disease Control and Prevention
Atlanta, GA, USA

Martha Jacob

WHO Consultant
Kochi, Kerala State, India

Emma Ottolenghi

WHO Consultant
Waterbury, VT, USA

บรรณาธิการ (Editing)

Jane Patten

Green Ink Publishing Services Ltd.
United Kingdom
www.greenink.co.uk

ภาคผนวก 2. วิธีการจัดทำหนังสือ C4GEP ฉบับนี้ บทบาทของกลุ่มเทคนิคและกลุ่มทำงานต่างๆ และการจัดการเรื่องการขัดแย้งทางผลประโยชน์

เดือนกันยายน ค.ศ. 2010 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เชิญผู้เชี่ยวชาญจากหลายประเทศให้มาประชุมเพื่อตกลงในการปรับปรุงหนังสือ *Comprehensive cervical cancer control : a guide to essential practice* (C4GEP), 2006. ข้อสรุปที่สำคัญจากการประชุมครั้งนั้นคือ ให้มีการปรับการนำเสนอในทุกบท ให้มีการเพิ่มบทใหม่ที่เกี่ยวข้องกับสุขศึกษา (health education) และวัคซีนเอชพีวี สำหรับบทที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองและรักษาอโรคก่อนมะเร็งในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้มีการปรับปรุงข้อมูลให้ทันสมัย รวมถึงบทการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) ซึ่งต้องมีการทบทวน

คณะทำงานทั้งหมดมีผู้เชี่ยวชาญ 72 คน โดยแบ่งการทำงานเป็นกลุ่มได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่จัดทำหนังสือแนวทาง (Guideline Development Group; GDR) 35 คน ผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกที่ทำหน้าที่ทบทวน (External Review Group; ERG) 29 คน กลุ่มวิธีการ (Methods Group) 7 คน โดยทำงานร่วมกับทีมงานขององค์การอนามัยโลก (WHO Coordinating Team) [สามารถดูรายชื่อในแต่ละกลุ่มได้ในภาคผนวก 1.]

- **บทที่ 1, 2 และ 3** สามบทนี้ไม่มีข้อแนะนำ (recommendation) เนื้อหาทั้งหมดได้มาจากการพิจารณาทบทวนเอกสารทางวิชาการอย่างทั่วถึง แต่ก็ไม่ได้ใช้วิธีการ “GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Education)”^[1]
- **บทที่ 4 และ 5** สองบทนี้เขียนตามข้อแนะนำ การใช้วัคซีน HPV และ การคัดกรองและรักษาอโรคก่อนมะเร็งในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ ข้อแนะนำต่างๆ ที่นำเสนอเหล่านั้นได้ผ่านกระบวนการอย่างเป็นทางการในการจัดทำข้อแนะนำขององค์การอนามัยโลก (เอกสารอ้างอิงจะปรากฏอยู่ในท้ายของแต่ละบท)
- **บทที่ 6** บทนี้ไม่มีข้อแนะนำ แต่เนื้อหาทั้งหมดได้มาจากการพิจารณาทบทวนเอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการบริหารจัดการมะเร็งปากมดลูกอย่างทั่วถึง ข้อมูลที่นำเสนอจะทำให้ผู้ให้บริการสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยผู้ที่จะถูกส่งตัวต่อไปรับการรักษายังสถานบริการรักษามะเร็งได้
- **บทที่ 7** บทนี้จะมีข้อแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง เนื้อหาในบทนี้จัดทำขึ้นตามกระบวนการ “GRADE”

.....

^[1] www.gradeworkinggroup.org/ (about the GRADE working group) และ

www.who.int/kms/guidelines_review_committee/en/ (about WHO's Guideline Review Committee)

สำหรับขั้นตอน/วิธีการจัดทำหนังสือฉบับนี้ และการจัดการเรื่องการขัดแย้งทางผลประโยชน์ (conflicts of interest) ของผู้เชี่ยวชาญบางคนสามารถหาอ่านได้ที่

- www.who.int/cancer/publications/cervical-cancer-guide/en/ หน้า 316-321

หนังสือ C4GEP ฉบับนี้ (ภาคภาษาอังกฤษ) ได้ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2014

ภาคผนวก 3. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (Infection prevention and control; IPC)

ข้อควรระมัดระวัง (precautions) ที่เป็นมาตรฐาน สำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) นั้น เป็นมาตรการที่ง่ายไม่ซับซ้อนและต้องมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไปยังผู้ป่วย ตัวเอง และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพคนอื่นๆ ^[1]

เหตุผลสำหรับการใช้ข้อควรระมัดระวังที่เป็นมาตรฐานสำหรับ IPC ในการดูแลผู้ป่วยทุกคนในตลอดเวลา ได้แก่

- ผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับคำปรึกษาหรือรับการรักษายู่นั้น อาจไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อ เนื่องจากอยู่ในระยะฟักตัว (incubating) ของโรค
- ผู้ป่วยอาจเป็นพาหะที่ไม่แสดงอาการของโรคติดเชื้อทางเลือด (blood-borne) ที่นำโดยไวรัส (เช่น เชื้อเอชไอวี ตับอักเสบนชนิด บี ซี และดี) และ/หรือไวรัสชนิดอื่นหรือมีการติดเชื้อจุลินทรีย์ที่ดื้อยา (multidrug-resistant microorganisms) อยู่

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน (Immunization) : ในฐานะที่เป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการประยุกต์ใช้ข้อควรระมัดระวังที่เป็นมาตรฐานสำหรับ IPC ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพควรได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่วัคซีนสามารถป้องกันได้ (vaccine-preventable diseases) ทั้งนี้เพื่อป้องกันตนเอง ผู้ป่วยรวมถึงผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพคนอื่นๆ

การศึกษาและฝึกอบรม : ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและฝึกอบรมอย่างเพียงพอ เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC) โดยควรจัดให้มีการศึกษาและฝึกอบรมดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่ และควรจัดอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนความรู้และการบริการให้ทันสมัย การจัดการศึกษาและฝึกอบรมนี้จำเป็นอย่างยิ่งหากมีการนำอุปกรณ์หรือหัตถการใหม่ๆ มาใช้ในสถานพยาบาล

การดูแลสุขอนามัยมือ (Hand hygiene) : เนื่องจากการดูแลสุขอนามัยมือเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการแพร่เชื้อจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง (cross infection) ดังนั้นในสถานพยาบาลควรจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อทำความสะอาดมืออย่างเพียงพอ เช่น แอลกอฮอล์ถูมือ และในการใช้ ต้องปฏิบัติตามที่องค์การอนามัยโลกได้ระบุไว้ใน WHO guidelines on hand hygiene in health care ^[2] ดังนี้ :

1. ก่อนสัมผัสผู้ป่วย
2. ก่อนทำหัตถการที่สะอาดหรือที่ปราศจากเชื้อ
3. หลังสัมผัสสารคัดหลั่งจากผู้ป่วย
4. หลังสัมผัสร่างกายผู้ป่วย
5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อนจากผู้ป่วย

นอกเหนือจากนี้ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องทำความสะอาดมือทันที ทั้งก่อนและหลังสวมถุงมือ และควรระลึกเสมอว่าการสวมถุงมือไม่สามารถทดแทน hand hygiene แม้ว่าการใช้แอลกอฮอล์ ฤ่มือเป็นวิธีทำความสะอาดที่มีประสิทธิภาพสูงกว่าการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด อย่างไรก็ตามการใช้แอลกอฮอล์ฤ่มือเหมาะสมเฉพาะกรณีมือไม่เปื้อนจนเห็นได้ชัด ในกรณีที่มือเปื้อนเลือด สารคัดหลั่งจากผู้ป่วย หรือมือเปื้อนจนเห็นได้ชัด ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด จากนั้นทำให้แห้งโดยใช้ผ้าขนหนูหรือกระดาษหรือผ้าเช็ดมือแบบใช้ครั้งเดียวเช็ด โดยระยะเวลาที่แนะนำสำหรับการล้างมือด้วยสบู่และน้ำสะอาด คือ 40-60 วินาที และระยะเวลาที่แนะนำสำหรับการทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ฤ่มือคือ 20-40 วินาที ตามลำดับ

การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล : ผู้บริหารสถานพยาบาลมีหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เหมาะสมให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ตัวอย่างอุปกรณ์ป้องกันที่ควรจัดหา ได้แก่ ฤ่มือ ผ้ากันเปื้อน เลือ่กาวน หน้ากากอนามัย แวนตา เป็นต้น

เนื่องจากฤ่มือทั้งชนิดปราศจากเชื้อและไม่ปราศจากเชื้อมักผลิตจากลาเท็กซ์ ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่มีประวัติแพ้ลาเท็กซ์ต้องระมัดระวังและหลีกเลี่ยงการใช้ฤมื่อดังกล่าว โดยผู้ปฏิบัติงานกลุ่มนี้จำเป็นต้องใช้ฤ่มือชนิดพิเศษซึ่งไม่ได้ผลิตจากลาเท็กซ์

ฤ่มือปราศจากเชื้อ (sterile gloves) ใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพไปยังผู้ป่วย ขณะเดียวกันก็ช่วยป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรคในสารคัดหลั่งของผู้ป่วยมายังผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องสวมฤ่มือปราศจากเชื้อทุกครั้งที่ทำผ่าตัด และทำหัตถการที่ไม่ต้องการให้มีการติดเชื้อ

ฤ่มือชนิดไม่ปราศจากเชื้อ (non-sterile gloves) ใช้เพื่อป้องกันผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจากการรับเชื้อจุลินทรีย์จากการติดเชื้อจากผู้ป่วยหรือจากสิ่งแวดล้อมที่ปนเปื้อน โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องสวมฤ่มือทุกครั้งปฏิบัติงานซึ่งมีโอกาสสัมผัสเลือด ของเหลว สารคัดหลั่ง ลิงซ์บ่ถ่าย หรือมีโอกาสที่จะเข้าใกล้เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค และอันตรายจากการสัมผัสโดยตรงและหรือทางอ้อมกับผู้ป่วยหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่บริเวณนั้น

ระหว่างปฏิบัติงานถ้าฤ่มือรั่วหรือขาด ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องถอดฤ่มือทันที ล้างมือให้สะอาดและใส่ฤ่มือคูใหม่นอกจากนี้ควรระลึกไว้เสมอว่าการสวมฤ่มือไม่สามารถทดแทน hand hygiene ได้

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจำเป็นต้องเลือกชนิดของฤ่มือที่จะใช้ให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงาน โดยพิจารณาจากหัตถการที่จะทำ และการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) ต่อการติดเชื้อ เช่น

ทำการตรวจรักษาทั่วไป การจี้เย็น การตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูกการขูดด้านในช่องคอปากมดลูก (endocervical curettage) และการตัดปากมดลูกด้วยห่วงไฟฟ้า เป็นต้น นอกจากนี้ให้พิจารณาใช้อุปกรณ์ ป้องกันส่วนบุคคลชนิดอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ผ้ากันเปื้อน หน้ากากอนามัย หรือแว่นตา ตามความเหมาะสม

การบริหารจัดการและกำจัดขยะติดเชื้อ : ขยะติดเชื้อก่อให้เกิดอันตราย ดังนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่ของเสียทางคลินิกทั้งหมดรวมถึงของมีคมทางการแพทย์ จำเป็นต้องถูกกำจัดอย่างถูกต้อง สอดคล้องตาม แนวทางปฏิบัติและข้อบังคับของมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ

สิ่งสำคัญที่จำเป็นต้องปฏิบัติ :

- ของใช้ทั้งหมดที่ปนเปื้อนเลือดและ/หรือของเหลวจากผู้ป่วย ให้กำจัดโดยใส่ลงในถุงพลาสติกหรือ ในภาชนะที่ได้มาตรฐานและปิดให้สนิทก่อนทิ้ง ทั้งนี้ให้สอดคล้องตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ
- ของมีคมทางการแพทย์ เช่น เข็ม หรือ กระบอกฉีดยา ให้บริหารจัดการด้วยความระมัดระวัง โดยให้บรรจุของเหล่านี้ในภาชนะที่ป้องกันการรั่วซึมจากของมีคมและปิดให้สนิทก่อนทิ้ง การกำจัดขยะติดเชื้อ เหล่านี้ต้องให้สอดคล้องตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อ

หลังจากดูแลรักษาผู้ป่วยแต่ละราย เครื่องมือแพทย์รวมถึงพื้นที่ให้บริการ ควรได้รับการทำความสะอาดให้ปราศจากเชื้อโดยปฏิบัติตามมาตรฐานที่มีอยู่ หลังจากสิ้นสุดการให้บริการในแต่ละวัน ห้องตรวจรักษารวมถึงพื้นที่ที่ถูกมือสัมผัสควรได้รับการทำความสะอาดและทำให้ปราศจากเชื้อเช่นกัน

กรรมวิธีบริหารจัดการเครื่องมือแพทย์ซึ่งใช้ซ้ำได้ : เครื่องมือแพทย์ซึ่งสัมผัสโดยตรงกับ ช่องคลอด หรือปากมดลูก (เช่น vaginal speculum เครื่องมือตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก หัวจี้เย็น และ อุปกรณ์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจี้เย็น) จำเป็นต้องทำความสะอาดอย่างดีก่อนที่จะนำไปทำให้ปราศจากเชื้อ โดยกระบวนการ sterilization หรือโดยกระบวนการอื่น ซึ่งทั้งหมดนี้ต้องให้สอดคล้องตามคำแนะนำของ บริษัทผู้ผลิตเครื่องมืออื่นๆ

เนื่องจากกระบวนการในการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือและอุปกรณ์แต่ละชนิดอยู่นอกเหนือ ขอบเขตของคู่มือเล่มนี้ ผู้อ่านสามารถหาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก “PAHO Sterilization manual for health centers” ฉบับปรับปรุง^[3]

^[1] Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. 2007 Guideline for isolation precautions : preventing transmission of infectious agents in health care settings. Am J Infect Control. 2007 :35(10 Suppl 2);S65-S164. doi :10.1016/j.ajic.2007.10.007.

^[2] WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva : World Health Organization; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf, accessed 16 July 2014).

^[3] Acosta-Gnass SI, de Andrade Stempliuk V. Sterilization manual for health centers. Washington (DC) : Pan American Health Organization; 2009 (http://www.paho.org/PAHOUSAID/dmdocuments/AMR-Sterilization_Manual_Health_Centers_2009.pdf, accessed 26 May 2014).(2)

.....

⁽²⁾ ปัจจุบันกำลังอยู่ในระหว่างการปรับปรุงให้ทันสมัยภายใต้หัวข้อเรื่องใหม่ Decontamination and reprocessing manual for healthcare facilities.

ภาคผนวก 4. ระบบการจำแนก (classification systems) โรคมะเร็ง และรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก

ระบบการจำแนกและการเรียกชื่อรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกมีความแตกต่างกัน โดยอาศัยเซลล์วิทยา (cytology) กับลักษณะทางจุลกายวิภาคของชิ้นเนื้อ (histology) เป็นหลัก (ดังตารางแนบท้าย) ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาระบบการจำแนกนี้ให้มีประโยชน์มากขึ้น โดยอาศัยข้อมูลจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับธรรมชาติการดำเนินโรคของมะเร็ง

ระบบการจำแนก cervical intraepithelial neoplasia (CIN) เริ่มมีขึ้นในปี ค.ศ. 1968 โดยอาศัยธรรมชาติของการดำเนินโรคที่แตกต่างกันระหว่างรอยโรคที่มีความผิดปกติ (dysplasia) ในระดับที่ต่างกัน (ตั้งแต่ ระดับรุนแรงน้อย CIN1/mild, ไปสู่ ระดับรุนแรงปานกลาง CIN2/moderate, และระดับรุนแรงมาก CIN 3/severe) ขณะนี้ยังคงมีหลายประเทศที่ใช้ระบบจำแนก CIN ในการรายงานผลการตรวจทางเซลล์วิทยา (cytological report) ซึ่งโดยเหตุและผลแล้วควรจะใช้ระบบนี้เฉพาะการรายงานผลทางจุลกายวิภาคของชิ้นเนื้อ (histological report) เท่านั้น (นั่นคือ เป็นผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ของชิ้นเนื้อ)

ระบบ Bethesda พัฒนาขึ้นโดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (the United States National Cancer Institute) ในช่วงปี ค.ศ. 1990-1999 เพื่อใช้รายงานผลการตรวจทางเซลล์วิทยา (นั่นคือ เป็นผลการตรวจทางกล้องจุลทรรศน์ของ smear) โดยระบบ Bethesda มีการรวม CIN 2 และ CIN 3 เข้าด้วยกัน เรียกว่า high-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) ทั้งนี้เนื่องจากการแยก CIN 2 และ CIN 3 โดยอาศัยข้อมูลทางเซลล์วิทยาเพียงอย่างเดียวทำได้ค่อนข้างยาก ในขณะที่ CIN I เรียกว่า low-grade squamous intraepithelial lesions (LSIL) ต่อมาในปี ค.ศ. 2001 ได้มีการปรับปรุงระบบ Bethesda เพิ่มเติม โดยที่ความผิดปกติระดับ atypical cells ได้ถูกแบ่งย่อยออกเป็น ASCUS (atypical squamous cells of undetermined significance) และ ASC-H (atypical squamous cells : cannot exclude a high-grade squamous intraepithelial lesion) ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกแนะนำให้ใช้การรายงานผลการตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยระบบ Bethesda (ดังรายละเอียดใน ภาคผนวก 5)

ตาราง : รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก : เปรียบเทียบคำศัพท์ที่ใช้ในการรายงานผลการตรวจทางเซลล์วิทยา (cytological classification) และการตรวจทางจุลกายวิภาคของชิ้นเนื้อ (histological classification)

การจำแนกด้วยวิธีการทางเซลล์วิทยา (ใช้สำหรับการคัดกรอง)		การจำแนกด้วยวิธีการทางจุลกายวิภาคของชิ้นเนื้อ (ใช้สำหรับการวินิจฉัย)	
Pap	Bethesda System	CIN	WHO descriptive classifications
Class I	Normal	Normal	Normal
Class II	ASCUS ASC-H	Atypia	Atypia
Class III	LSIL	CIN1 including flat condyloma	Koilocytosis
Class III	HSIL	CIN2	Moderate dysplasia
Class III	HSIL	CIN3	Severe dysplasia
Class IV	HSIL	CIN3	Carcinoma in situ
Class V	Invasive carcinoma	Invasive carcinoma	Invasive carcinoma

ASC-H : atypical squamous cells : cannot exclude a high-grade squamous (intra)epithelium lesion;

ASCUS : atypical squamous cells of undetermined significance; CIN : cervical intraepithelial neoplasia;

HSIL : high-grade squamous intraepithelial lesion; LSIL : low-grade squamous intraepithelial lesion

The International Classification of Diseases (ICD) คือ ระบบมาตรฐานสากลสำหรับจัดประเภทการเจ็บป่วย โดยจัดแบ่งและกำหนดรหัสของโรคแยกตามสาเหตุของโรคและการเสียชีวิต โดยปัจจุบันเป็นฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 ซึ่งใช้ในประเทศต่างๆ ทั่วโลกกว่าร้อยประเทศ

การกำหนดรหัสของรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกนั้น กำหนดตามการจัดแบ่งโดยองค์การอนามัยโลก (คอลัมน์ขวาสุดตามตาราง) ระบบ ICD รวบรวมทั้ง ระบบ CIN และ HSIL/ LSIL ไว้ด้วยเช่นกัน^[3]

เพื่อให้เหมาะสมกับการจัดทำทะเบียนมะเร็ง และการระบุข้อมูลทางจุลพยาธิวิทยาที่ละเอียดมากขึ้น ได้มีการปรับเปลี่ยนระบบ ICD ให้เหมาะสม โดยใช้ชื่อว่า the ICD for Oncology (ICD-O) ระบบดังกล่าว ประกอบด้วยรหัสซึ่งระบุตำแหน่งของการเกิดโรค และรหัสที่เกี่ยวข้องกับผลทางจุลพยาธิวิทยาเพิ่มขึ้นมา^[4]

ระบบ ICD-O แบ่งชนิดของเนื้องอกหรือมะเร็งตามลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา หรือโครงสร้างของเนื้องอกหรือมะเร็ง (tumor morphology) โดยระบบ ICD-O อ้างอิงข้อมูลจากผลงานของ the International Agency for Research on Cancer (IARC) ซึ่งตีพิมพ์อย่างสม่ำเสมอใน “the WHO/IARC Classification of Tumours series”^[5] โดยเดือนมีนาคม ปี ค.ศ. 2014^[6] ได้ตีพิมพ์เรื่องเกี่ยวกับรอยโรคก่อนมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกใน “the WHO Classification of tumours of female reproductive organs” ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4

การวางแผนการดูแลผู้ป่วยและการพยากรณ์โรคมะเร็ง ขึ้นกับลักษณะทางจุลพยาธิวิทยา tumor morphology การกระจาย และระยะของโรคของมะเร็ง **The Union for International Cancer Control (UICC) TNM classification of malignant tumours** เป็นระบบการจัดแบ่งระยะของโรคมะเร็งอีกระบบหนึ่ง โดยอาศัย ขนาด และการกระจายของมะเร็งตามรายละเอียดต่อไปนี้ ขนาดของมะเร็ง (tumor size ใช้ตัวอักษรย่อ T) ต่อมน้ำเหลืองที่มีการลุกลามของมะเร็ง (affected lymph nodes ใช้ตัวอักษรย่อ N) และการกระจายของมะเร็งออกนอกอวัยวะต้นกำเนิด (distant metastases ใช้ตัวอักษรย่อ M) ระบบ TNM นี้ขึ้นกับ ลักษณะทางคลินิกหรือลักษณะทางพยาธิวิทยา (pathological classification, pTNM)^[7] โดยการแบ่งระยะของมะเร็งตามระบบ TNM นี้เข้าได้กับการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกของ “the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)”^[8] ซึ่งแบ่งตามลักษณะทางคลินิก (รายละเอียดในบทที่ 6, section ที่ 6.3)

.....

^[3] สามารถหาได้ที่ : <http://www.who.int/classifications/icd>

^[4] สามารถหาได้ที่ : <http://codes.pubcan.org>

^[5] สามารถหาได้ที่ : <http://www.iarc.fr/en/publications/list/bb/index.php>

^[6] Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington S, Young RH, editors. WHO classification of tumours of female reproductive organs, volume 6 (4th edition). Lyon : International Agency for Research on Cancer; 2014.

^[7] สามารถหาได้ที่ : <http://www.uicc.org/resources/tnm>

^[8] สามารถหาได้ที่ : <http://www.figo.org/publications/annual>

ภาคผนวก 5. การรายงานผล (การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) โดยระบบ Bethesda

ปี ค.ศ. 2001 ^[9]

การประเมินความเพียงพอของสิ่งส่งตรวจ (Specimen adequacy)

- เป็นที่น่าพอใจ (satisfactory) ที่จะประเมินผลได้ (รวมถึงระบุว่าพบ endocervical cell และ/หรือ เซลล์จากบริเวณ T zone หรือไม่)
- ไม่เป็นที่น่าพอใจ (unsatisfactory) ที่จะประเมินผล (ระบุสาเหตุ)
- สิ่งส่งตรวจถูกปฏิเสธไม่รับตรวจตั้งแต่แรก (ระบุสาเหตุ เช่น ไม่ติดฉลากชื่อผู้รับบริการ)
- สิ่งส่งตรวจผ่านกระบวนการทางห้องปฏิบัติการรวมทั้งการตรวจหาเซลล์ผิดปกติ แต่พบว่าไม่เป็นที่น่าพอใจ (unsatisfactory) ที่จะประเมินผลความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของเยื่อบุปากมดลูก (ระบุสาเหตุ เช่น จำนวนเซลล์ไม่เพียงพอ)

การจัดแบ่งหมวดหมู่ผลการตรวจ (การพิจารณารายงานผลในหัวข้อนี้ถือเป็นทางเลือก)

1. ไม่พบรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็ง (Negative for intraepithelial lesion or malignancy)
2. พบเซลล์เยื่อบุผิวที่ผิดปกติ (Epithelial cell abnormalities)
3. อื่นๆ

ผลการตรวจและการแปลผล

1. ไม่พบรอยโรคก่อนมะเร็ง หรือมะเร็ง (Negative for intraepithelial lesion or malignancy)
พบเชื้อจุลชีพ เช่น
 - พบเชื้อ Trichomonas vaginalis
 - พบเชื้อรา ลักษณะเข้าได้กับเชื้อราในกลุ่ม Candida
 - พบการเปลี่ยนแปลงของเชื้อจุลชีพเข้าได้กับภาวะ bacterial vaginosis
 - พบเชื้อแบคทีเรีย ลักษณะเข้าได้กับเชื้อแบคทีเรียในกลุ่ม Actinomyces
 - พบการเปลี่ยนแปลงทางเซลล์วิทยา ลักษณะเข้าได้กับการติดเชื้อไวรัส Herpes simplexพบภาวะอื่นๆ ที่ไม่ใช่เนื้องอก (การพิจารณารายงานผลในหัวข้อนี้ถือเป็นทางเลือก) ตัวอย่างเช่น
 - พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ -reactive cellular changes- ซึ่งสัมพันธ์กับการอักเสบ รวมถึง การช่อมแซมเนื้อเยื่อ
 - พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จากการได้รังสีรักษา
 - พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่สัมพันธ์กับการใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด
 - พบเซลล์ชนิด glandular โดยเฉพาะภายหลังการตัดมดลูก
 - พบเซลล์ฝ่อลีบ (atrophy)

2. พบเซลล์เยื่อเมือกที่ผิดปกติ (Epithelial cell abnormalities) ได้แก่

เซลล์เยื่อเมือกที่ผิดปกติชนิด squamous :

- atypical squamous cell (ASC) แบ่งย่อยเป็น 2 ชนิด
- ชนิด undetermined significance (ASCUS)
- ชนิดไม่สามารถแยกภาวะ high-grade lesion ได้ (ASC-H)
- low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL)
- high-grade squamous intraepithelial lesion (HSIL)
- เซลล์มะเร็งชนิด squamous (squamous cell carcinoma)

เซลล์เยื่อเมือกที่ผิดปกติชนิด glandular :

- atypical glandular cells (AGC) (ให้ระบุว่าเป็นชนิด endocervical, endometrial หรือไม่สามารถระบุชนิดได้)
- atypical glandular cells, favour neoplastic (ให้ระบุว่าเป็นชนิด endocervical หรือไม่สามารถระบุชนิดได้)
- endocervical adenocarcinoma in situ (AIS)
- มะเร็งชนิด adenocarcinoma

3. อื่นๆ (ตัวอย่างเซลล์บางชนิด)

- พบเซลล์เยื่อเมือกโพรงมดลูก ในสตรีอายุ 40 ปีขึ้นไป

.....

^[9] This categorization can be used for reporting results of Pap smears.

ที่มา : Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al.; Forum Group Members; Bethesda 2001 Workshop. The 2001 Bethesda System : terminology for reporting results of cervical cytology. JAMA. 2002;287(16) :2114-9.

ภาคผนวก 6. ตัวอย่างแบบฟอร์มการรับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 6.1 : บัตรบันทึกการฉีดวัคซีนเอชพีวีประจำตัวเด็กหญิง

บัตรบันทึกการฉีดวัคซีนนี้ให้เก็บรักษาไว้โดยผู้ถือบัตร อาจใช้บันทึกร่วมกับการฉีดวัคซีนอื่นๆ ได้เช่นกัน
ข้อมูลที่ควรบันทึกบนบัตรนี้ ได้แก่

- ชื่อผู้รับบริการ
- วัน เดือน ปี เกิด
- หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ
- ชื่อ ที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของผู้ปกครอง
- สถานพยาบาลที่ฉีดวัคซีน ตัวอย่างเช่น รพ.สต. หรือโรงเรียน (หรือสถานที่อื่น)

วัคซีน (ชื่อการค้า)	วัน/เดือน/ปี ที่ฉีดวัคซีน	วัน/เดือน/ปี ที่นัดฉีด วัคซีนครั้งต่อไป	การติดตามสังเกตอาการ เช่น อาการข้างเคียง แพ้ยา หรืออื่นๆ
วัคซีนเอชพีวี โด๊สที่ 1 (HPV1)			
วัคซีนเอชพีวี โด๊สที่ 2 (HPV2)			
วัคซีนเอชพีวี โด๊สที่ 3 (HPV3) (กรณีได้รับ 3 โด๊ส)			
วัคซีนชนิดอื่น ๆ			

ในแบบบันทึกนี้ อาจเพิ่มข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี (เช่น จำนวนโด๊สที่ผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับ) และข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับช่วงอายุของผู้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันสุขภาพ เช่น :

การป้องกันระดับปฐมภูมิ ได้แก่

- เรื่องสุขภาพทางเพศ
- เรื่องการให้คำปรึกษาและการให้บริการการคุมกำเนิด ซึ่งรวมถึงถุงยางอนามัย
- เรื่องการป้องกันการสูบบุหรี่ และการสนับสนุนให้เลิกบุหรี่

- เรื่องการออกกำลังกาย
- เรื่องการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

การป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่

- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอายุที่เริ่มเข้ารับการตรวจคัดกรอง

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 6.2 : ทะเบียนการเฝ้าติดตามความครอบคลุม (coverage) ของการฉีดวัคซีนเอชพีวี สำหรับสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน¹⁰

1. สมุดบันทึกการให้บริการ (service provider logbook) ฉีดวัคซีนเอชพีวี

คำแนะนำ :

- ใช้สมุดบันทึกหนึ่งเล่มต่อสถานพยาบาลหนึ่งแห่ง (ตารางที่ 1)
- ลงทะเบียนผู้รับบริการทุกคน โดยบันทึก ชื่อ นามสกุล ที่อยู่ วัน เดือน ปีเกิด วันที่ได้รับวัคซีนเอชพีวี โดสที่ 1 และ 2¹¹ และอายุขณะที่ได้รับวัคซีน (บันทึกอายุที่ผู้รับบริการหรือผู้ปกครองแจ้ง)¹²
- เมื่อผู้รับบริการมารับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี โดสที่ 2 ให้อ้างอิงประวัติการรับวัคซีนโดสที่ 1 จากบัตรบันทึกการฉีดวัคซีนประจำตัวเด็กหญิง เพื่อพิจารณาข้อบ่งชี้ในการรับวัคซีนโดสที่ 2

ตารางที่ 1 : สมุดบันทึกการให้บริการฉีดวัคซีนเอชพีวีประจำสถานพยาบาล

ชื่ออำเภอ : _____

ชื่อตำบล/หมู่บ้าน : _____

ชื่อสถานพยาบาล : _____

ชื่อผู้รับบริการ	ที่อยู่	วันเกิด (วัน /เดือน/ ปี)	HPV1		HPV2		ความเห็น เพิ่มเติม
			วัน/ เดือน/ ปี ที่รับวัคซีน	อายุขณะได้ รับวัคซีน (ปี)	วัน/ เดือน/ ปี ที่รับวัคซีน	อายุขณะได้ รับวัคซีน (ปี)	

¹⁰ Source : WHO HPV vaccination coverage monitoring guide and tool (available at : <http://www.who.int/immunization/diseases/hpv/resources/en/>)

¹¹ HPV1 and HPV2 : The numbers indicate the first and second doses given in the HPV vaccine series.

¹² The logbook should include both date of birth and reported age at each vaccine dose given. For a girl whose date of birth and age

2. แผ่นนับ (Tally sheet) จำนวนโด๊สของวัคซีนเอชพีวีที่ให้บริการในแต่ละวัน

คำแนะนำ : การนับจำนวนโด๊สของวัคซีนที่ให้บริการ โดยให้ระบุว่าเป็นโด๊สที่ 1, 2 หรือ 3 และระบุอายุผู้รับบริการ

- ใช้แผ่นนับจำนวนโด๊สของวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวีที่ให้บริการหนึ่งแผ่นต่อหนึ่งวันที่ให้บริการฉีดวัคซีน
- เมื่อผู้รับบริการแต่ละคนลงทะเบียนรับวัคซีน ให้ทำเครื่องหมายขีดบนเลข 0 บนแผ่นนับ ตามโด๊สและอายุที่ได้รับวัคซีน
- สรุปยอดวัคซีนที่ให้บริการในแต่ละวัน โดยสรุปแยกตาม ลำดับโด๊ส และอายุของผู้รับบริการ ตัวอย่างเช่น สรุปยอดรวมของโด๊สที่ 1, 2 และ 3 ที่ให้บริการในแต่ละวัน และยอดรวมของผู้รับบริการแต่ละอายุในแต่ละวัน ตัวอย่างเช่น ยอดรวมของจำนวนวัคซีนโด๊สที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการอายุ 9 ปี = 10 โด๊ส

ตารางที่ 2 : แผ่นนับ (Tally sheet) จำนวนโดสของวัคซีนเอชพีวีที่ให้บริการในแต่ละวัน

วัน/เดือน/ปี ที่ให้บริการ _/_/____/____	ชื่ออำเภอ : _____ ชื่อตำบล/หมู่บ้าน : _____ ชื่อสถานพยาบาล : _____				
อายุ (ปี)	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการ		จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการ		ผลรวมจำนวนโดสของวัคซีนที่ให้บริการ (ตามแถว)*
9	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 9 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 9 ปี =_____	
10	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 10 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 10 ปี =_____	
11	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 11 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 11 ปี =_____	
12	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 12 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 12 ปี =_____	
13	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 13 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 13 ปี =_____	
14	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 14 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ 14 ปี =_____	
≥ 15	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ ≥ 15 ปี =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับบริการ อายุ ≥ 15 ปี =_____	
ไม่ทราบอายุ	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 1 ที่ให้บริการในผู้รับ บริการที่ไม่ทราบอายุ =_____	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000	จำนวนวัคซีนโดสที่ 2 ที่ให้บริการในผู้รับ บริการที่ไม่ทราบอายุ =_____	
ผลรวมจำนวนโดสของ วัคซีนที่ให้บริการ* (ตามคอลัมน์)	00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000 00000		ผลรวมทั้งหมด=

* การพิจารณารายงานผลในหัวข้อนี้ถือเป็นทางเลือก แต่ละสถาบันอาจมีเกณฑ์พิจารณาที่แตกต่างกันออกไป

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 6.3 : แบบรายงานความครอบคลุมของการฉีดวัคซีนเอชพีวีระดับชาติ
สำหรับส่งต่อไปให้ “the WHO–UNICEF joint”¹³

คำแนะนำ : รายงานจำนวนโดสของวัคซีนที่ให้บริการโดยแยกตามลำดับโดส และอายุของผู้รับบริการ กรณีไม่ทราบอายุที่แท้จริง และสามารถประมาณอายุได้ให้รายงานอายุที่ใกล้เคียงที่สุด เช่น ให้บริการวัคซีนในนักเรียนหญิงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุประมาณ 11 ปี อาจพิจารณาใช้อายุ 11 ปี ในกรณี ไม่ทราบอายุของผู้รับบริการ

ตารางสรุป การรับวัคซีนเอชพีวี :

ผู้รับบริการ			
อายุที่รับวัคซีน (ปี)	โดสที่ 1	โดสที่ 2	โดสที่ 3
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15+			
ไม่ทราบอายุ			

.....

¹³ More information and resources are available at the WHO webpage, Immunization surveillance, assessment and monitoring (http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/en/).

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 6.4 : แบบรายงานเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีนเอชพีวี (adverse events following immunization; AEFI)

ผู้ให้บริการฉีดวัคซีนมีหน้าที่กรอกข้อมูลเพื่อรายงานต่อผู้จัดการโปรแกรมการให้วัคซีน หรือ ผู้รับผิดชอบงานด้านวัคซีน ทั้งนี้ขึ้นกับว่างานดังกล่าวรับผิดชอบโดยหน่วยงานใด เนื่องจากแต่ละประเทศ อาจมีระบบบริหารจัดการด้านวัคซีนที่แตกต่างกัน

ข้อมูลพื้นฐานของผู้รับบริการ

ชื่อ : _____		นามสกุล : _____		หมายเลขประจำตัวผู้รับบริการ : _____			
ที่อยู่ : _____ _____			วันเกิด : (วัน/เดือน/ปี) __/_____/__ หรือระบุอายุ : ____ปี ____เดือน				
อำเภอ : _____		ตำบล : _____		เพศ : __ชาย __หญิง			
ชื่อสถานพยาบาล :				ชื่อผู้ให้บริการ :			
ชื่อวัคซีนที่ได้รับ*	วิธีการฉีดวัคซีน	บริเวณที่ฉีดวัคซีน	หมายเลขล็อตของวัคซีน	หมายเลขล็อตของสารทำลาย**	ชื่อบริษัทผู้ผลิตวัคซีน	วันหมดอายุของวัคซีน	วันหมดอายุของสารทำลาย**

*ถ้าเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นภายหลังจากได้รับวัคซีนที่อยู่ในโปรแกรมการให้วัคซีนในเด็กไทยปกติ ให้ระบุชื่อวัคซีนและเข็มที่ได้รับ เช่น หัดเยอรมัน โดสที่ 1 (measles1) ไอกรน โดสที่ 2 (DPT-2) โปลิโอ โดสที่ 2 (OPV-2)

**ระบุชื่อสารทำลายวัคซีน (กรณีทราบชนิดสารทำลาย)

รายละเอียดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการได้รับวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี **

วันที่ได้รับวัคซีน (วัน/เดือน/ปี)	วันที่เริ่มมีเหตุการณ์อันไม่ พึงประสงค์ (วัน/เดือน/ปี)	ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มได้รับ วัคซีนจนเกิดเหตุการณ์อัน ไม่พึงประสงค์	วันที่รายงาน (วัน/เดือน/ปี)
(_/_____/__)	(_/_____/__)	_____	(_/_____/__)
เลือกหัวข้อที่เกี่ยวข้อง และระบุรายละเอียดเพิ่มเติม :			
<input type="checkbox"/> เกิดปฏิกิริยาเฉพาะที่ระดับรุนแรง <input type="checkbox"/> >3 วัน <input type="checkbox"/> เกิดปฏิกิริยาเฉพาะที่ ที่ลามจากตำแหน่งฉีดยา จนถึงข้อใกล้เคียง เช่น ลามจากตำแหน่งที่ฉีดยา บริเวณแขนถึงบริเวณข้อพับแขน <input type="checkbox"/> จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> เกิด ฝี หรือโพรงหนอง <input type="checkbox"/> ฝี โพรงหนองที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ <input type="checkbox"/> ฝี โพรงหนองที่เกิดการติดเชื้อแบคทีเรีย <input type="checkbox"/> เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต (sepsis) <input type="checkbox"/> เกิดกลุ่มอาการช็อกพิษ (Toxic shock syndrome)		<input type="checkbox"/> ปฏิกิริยาอนาไฟแล็กติก (Anaphylactic reaction) <input type="checkbox"/> อนาไฟแล็กซิส (Anaphylaxis) <input type="checkbox"/> ชัก รวมถึงชักจากภาวะไข้สูง <input type="checkbox"/> ภาวะผิดปกติของสมอง <input type="checkbox"/> ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ	
<input type="checkbox"/> เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อื่นๆ (อธิบายเพิ่มเติม)			
ผลลัพธ์ : <input type="checkbox"/> หายเป็นปกติ <input type="checkbox"/> ดีขึ้น <input type="checkbox"/> ติดตามผู้ป่วยไม่ได้ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน : วันที่เข้ารับการรักษาตัวใน รพ. ระบุ (วัน/เดือน/ปี) _/_____/__ วันที่จำหน่ายออกจาก รพ. ระบุ (วัน/เดือน/ปี) _/_____/__ เสียชีวิต : วันที่เสียชีวิต ระบุ (วัน/เดือน/ปี) _/_____/__			
ประวัติทางการแพทย์ในอดีต (รวมถึงประวัติการเกิดอาการที่คล้ายคลึง หรือประวัติการแพ้อื่นๆ) รวมถึง ประวัติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง (เช่น ผู้รับบริการรายอื่นๆ ที่เกิดอาการเช่นเดียวกัน) สามารถบันทึกในกระดาษเปล่า เพิ่มเติมได้			

** ในการปฏิบัติงานจริงให้ใช้แบบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

แบบรายงานระดับจังหวัด อำเภอ หรือตำบล

วันที่ได้รับรายงาน : (วัน/เดือน/ปี) ___/___/___	ตรวจสอบโดย : _____
จำเป็นต้องสืบสวนเพิ่มเติม? ___ใช่ ___ไม่ใช่	กรณีจำเป็น ระบุวันที่เริ่มสืบสวนเพิ่มเติม : (วัน/เดือน/ปี) ___/___/___
ผู้สอบสวนโรค : _____	หมายเลขประจำเหตุการณ์ : _____
ประเมินความรุนแรงจากการสืบสวน :	ระดับความน่าเชื่อถือของการประเมินการสืบสวน :

ภาคผนวก 7. ผังงาน (flowchart) ประกอบการตัดสินใจสำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (screen-and-treat strategies)

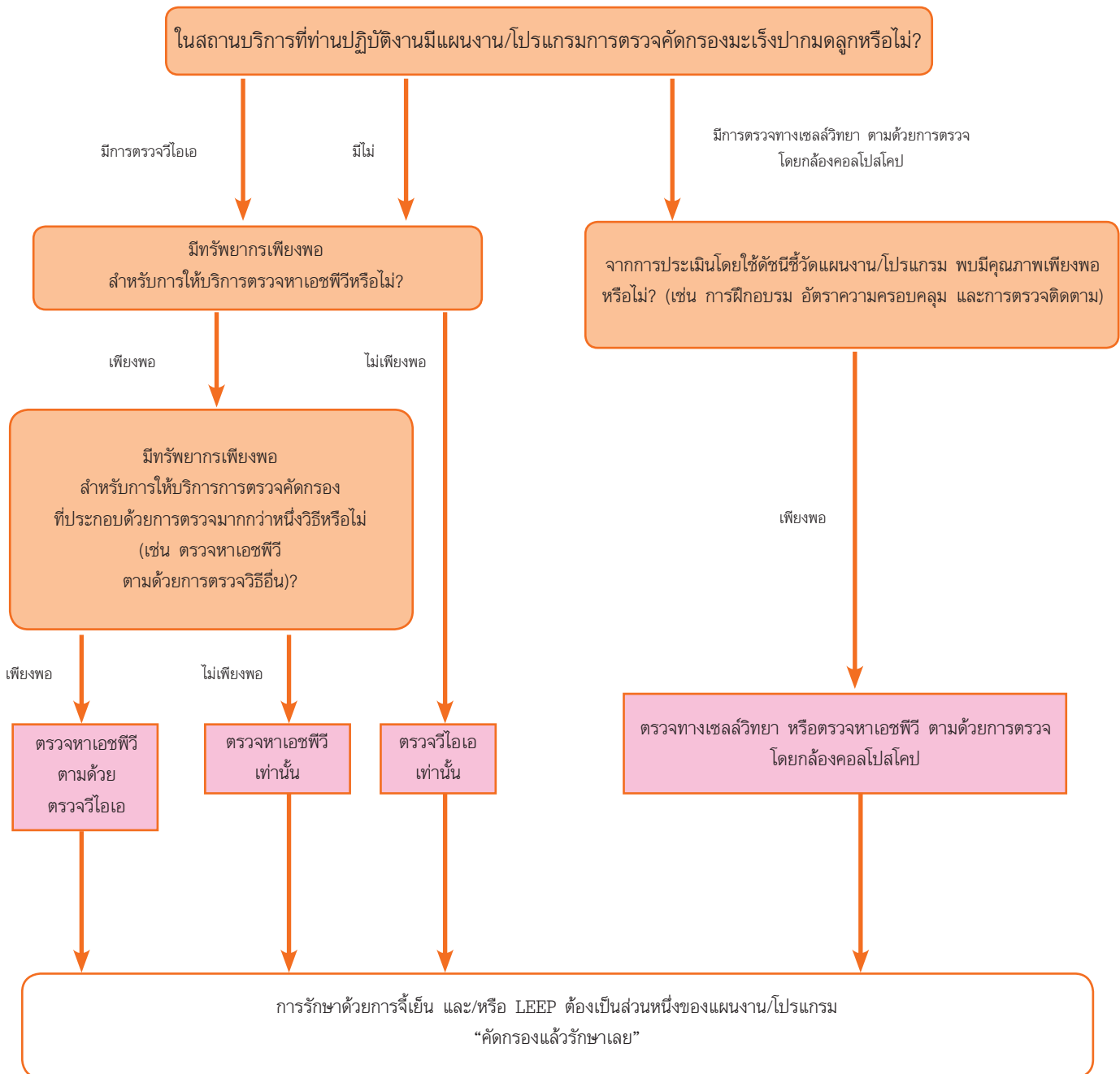
ผังงานประกอบการตัดสินใจนี้เป็นการนำเสนอขั้นตอนวิธีเลือกในการตัดสินใจ (decision tree) เพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงในกรณีที่มีการเลือกใช้ยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ในระดับบน (programme level) ผู้บริหารแผนงาน/โปรแกรม หรือผู้มีอำนาจตัดสินใจสามารถใช้ผังงานนี้โดยเริ่มจากการตอบคำถามจากด้านบนลงมา เพื่อตรวจสอบว่ายุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” ยุทธศาสตร์ใดดีที่สุดที่สุดในบริบทที่จะนำไปใช้โดยให้ความสำคัญกับทางเลือกตามทรัพยากร ซึ่งอาจรวมถึงค่าใช้จ่าย บุคลากร และการฝึกอบรม อย่างไรก็ตาม ผู้บริหารแผนงาน/โปรแกรมยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นอีก เช่น จำนวนสตรีที่จะไม่กลับมาตรวจติดตามในกรณีเลือกใช้ยุทธศาสตร์ที่มีการตรวจมากกว่าหนึ่งวิธี

รายละเอียดเกี่ยวกับแต่ละยุทธศาสตร์นั้นอ้างอิงจากแนวทางการคัดกรองแล้วรักษาเลยในบทที่ 3 ของ “WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention” ปี 2013¹⁴ ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในแต่ละยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (เช่น การตรวจหาเอชพีวี แล้วตามด้วยการตรวจวีไอเอ) สามารถอ่านเพิ่มเติมจากภาคผนวก 8 (สำหรับ ผู้รับบริการที่ผลเอชไอวีเป็นลบ หรือไม่ทราบผลเอชไอวี) และภาคผนวก 9 (สำหรับผู้รับบริการที่ผลเอชไอวีเป็นบวก หรือผู้รับบริการที่ไม่ทราบผลเอชไอวี แต่อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง)

.....

¹⁴ สามารถหาได้ที่ :

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/



หมายเหตุ : สามารถอ่านรายละเอียดของแต่ละยุทธวิธี (กล่องสีชมพู) เพิ่มเติมได้ใน ภาคผนวก 8 (สำหรับสตรีที่ผลเอชไอวีเป็นลบ หรือไม่ทราบผลเอชไอวี) และภาคผนวก 9 (สำหรับสตรีที่ผลเอชไอวีเป็นบวก หรือสตรีที่ไม่ทราบผลเอชไอวี แต่อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง)

ภาคผนวก 8. ผังงาน (flowchart) สำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (see-and-treat strategies) (สตรีที่ผลเอชไอวีเป็นลบ หรือไม่ทราบผลเอชไอวี)

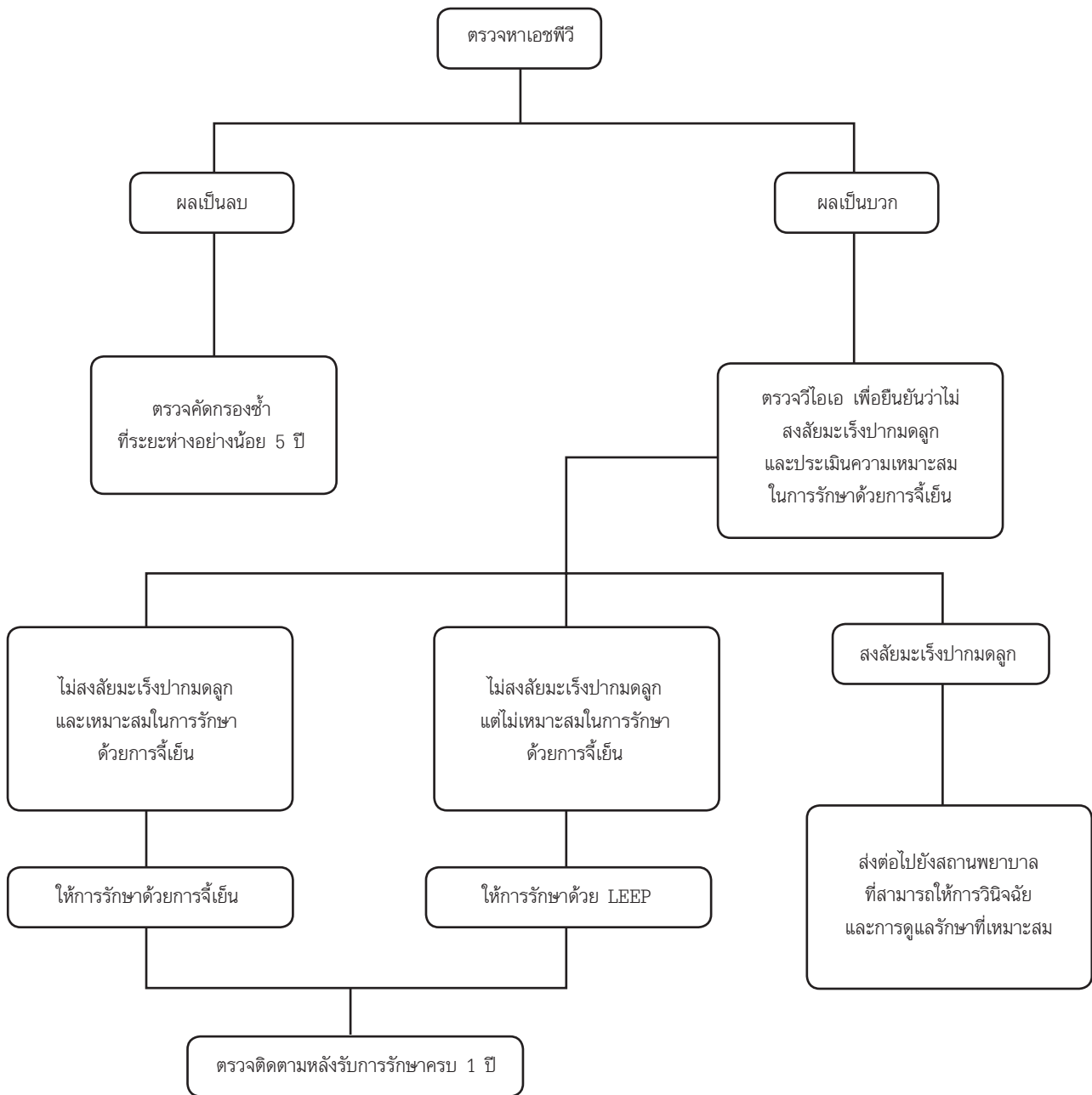
ผังงาน (flowchart) ต่อไปนี้อธิบายขั้นตอนของแต่ละยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” โดยไม่ได้ระบุว่ายุทธศาสตร์ใดเหมาะสมมากกว่ากัน รายละเอียดของแต่ละยุทธศาสตร์และแนวทางประกอบการตัดสินใจเลือกยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาลนั้น ผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากแนวทางการตรวจคัดกรองแล้วรักษาเลยในบทที่ 3 ของ “*WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention*” ปี 2013^[15] และผังงานประกอบการตัดสินใจเลือกยุทธศาสตร์ใดให้ดูในภาคผนวก 7 สำหรับรายละเอียดที่คณะผู้จัดทำใช้ประกอบการตัดสินใจในการจัดทำข้อเสนอแนะนั้นผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสาร Supplemental material, Section A และ B ในตาราง evidence-to-recommendation ของแต่ละแนวทาง

.....

^[15] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

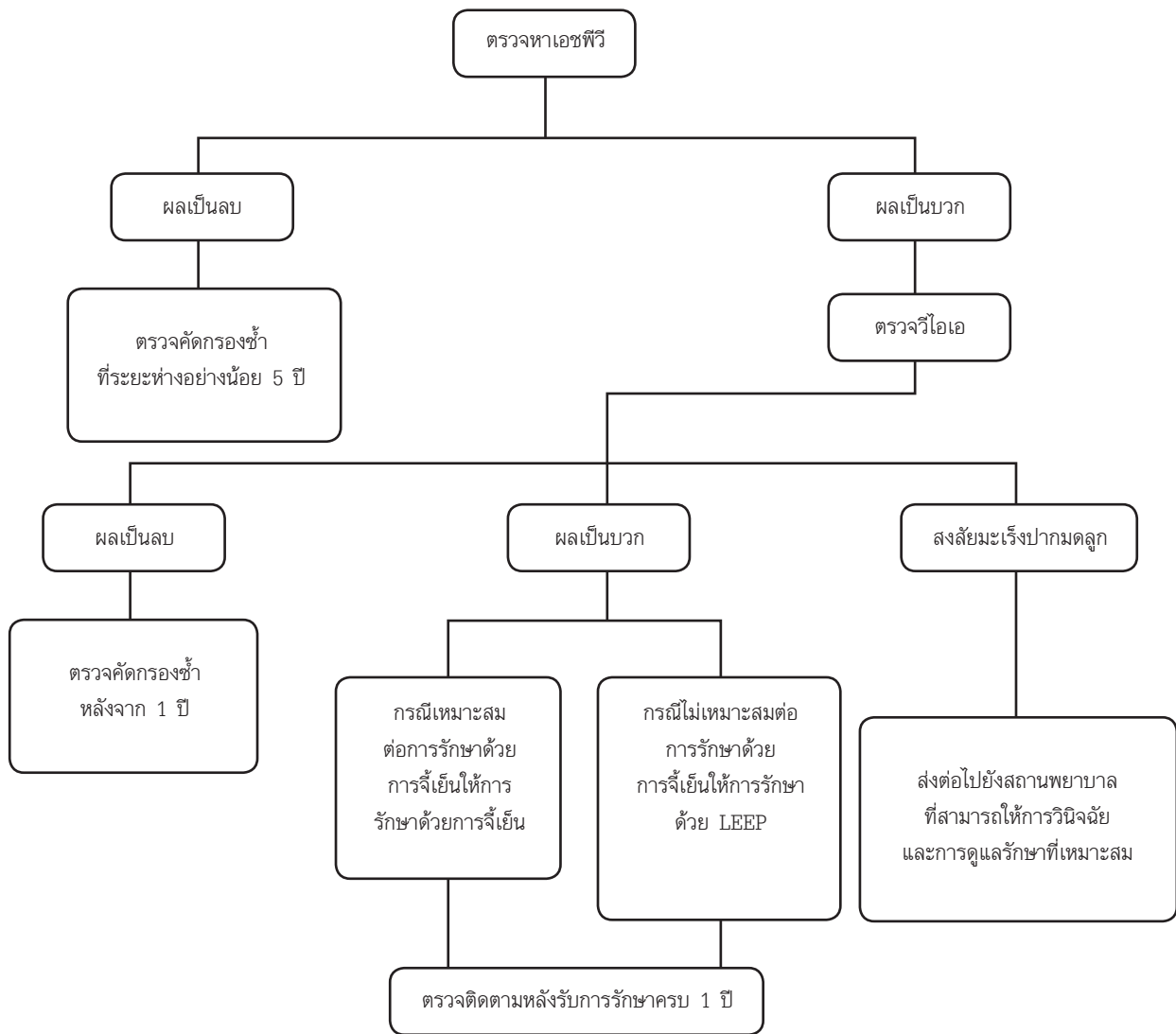
8.1 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[15]

ในกรณีที่ผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวก ให้ตรวจวีไอเอเพื่อเป็นแนวทางประเมินว่าผู้รับบริการเหมาะสมที่จะได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นหรือไม่



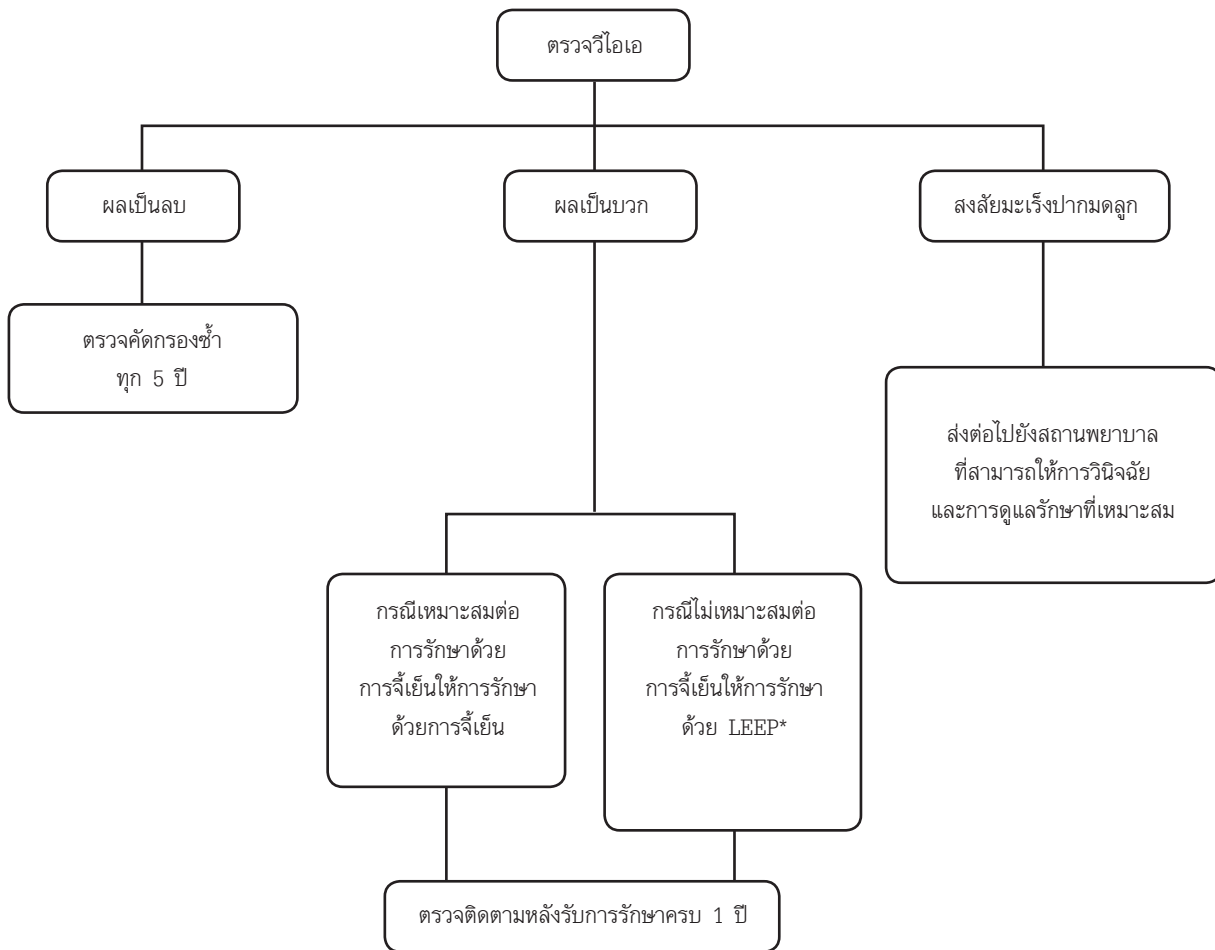
8.2 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการตรวจวีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[16]

ในกรณีที่ผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวก ให้ตรวจวีไอเอเพื่อประเมินว่าจะให้การรักษาหรือไม่ โดยพิจารณาให้การรักษาเฉพาะกรณีที่ทั้งผลการตรวจหาเอชพีวีและผลตรวจวีไอเอเป็นบวกเท่านั้น



¹⁶ The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

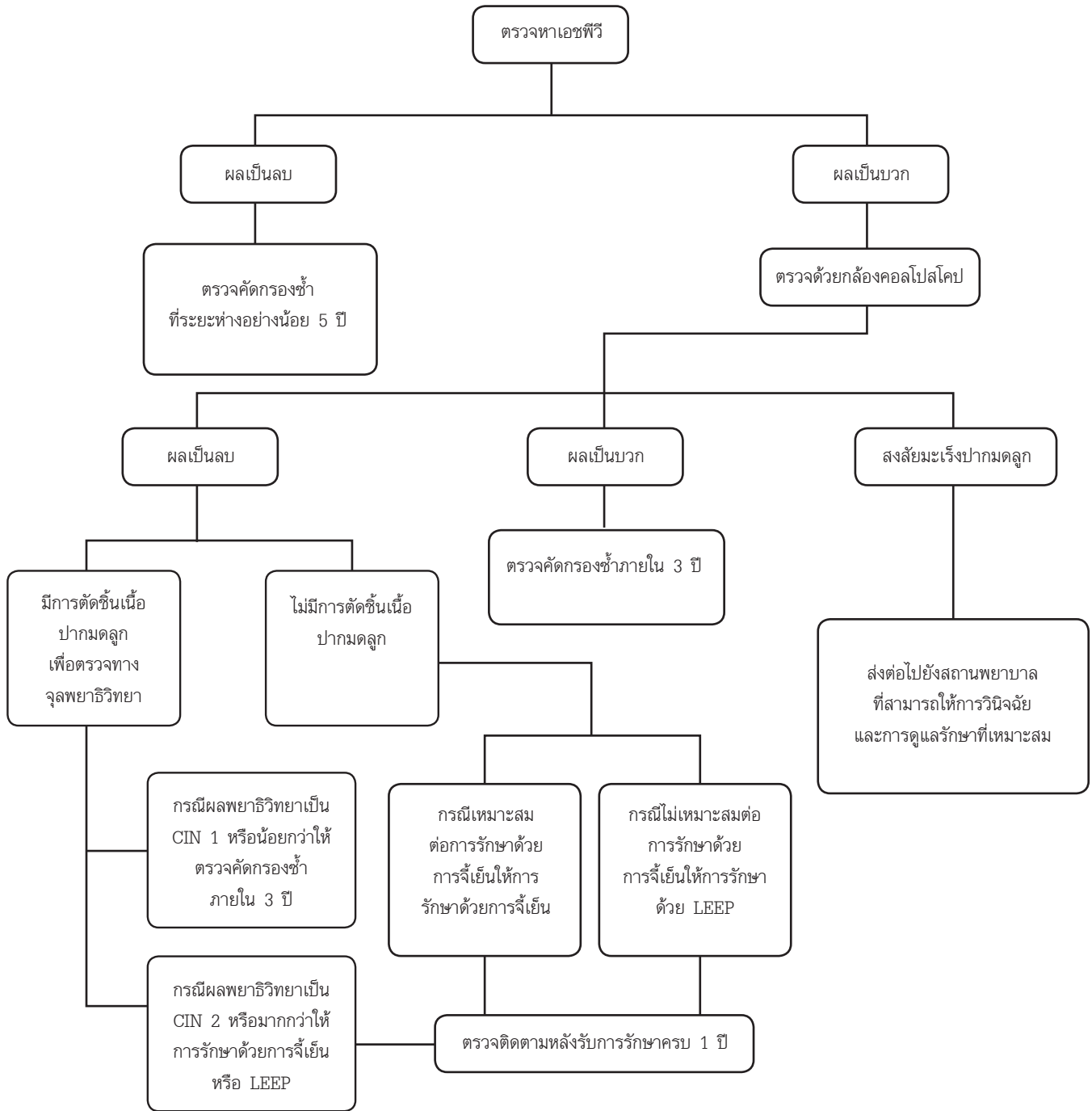
8.3 : คัดกรองด้วยการตรวจวีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[17]



^[17] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

* กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น ส่งต่อไปแพทย์ทำคอลโปสโกปี และ หรือทำ LEEP

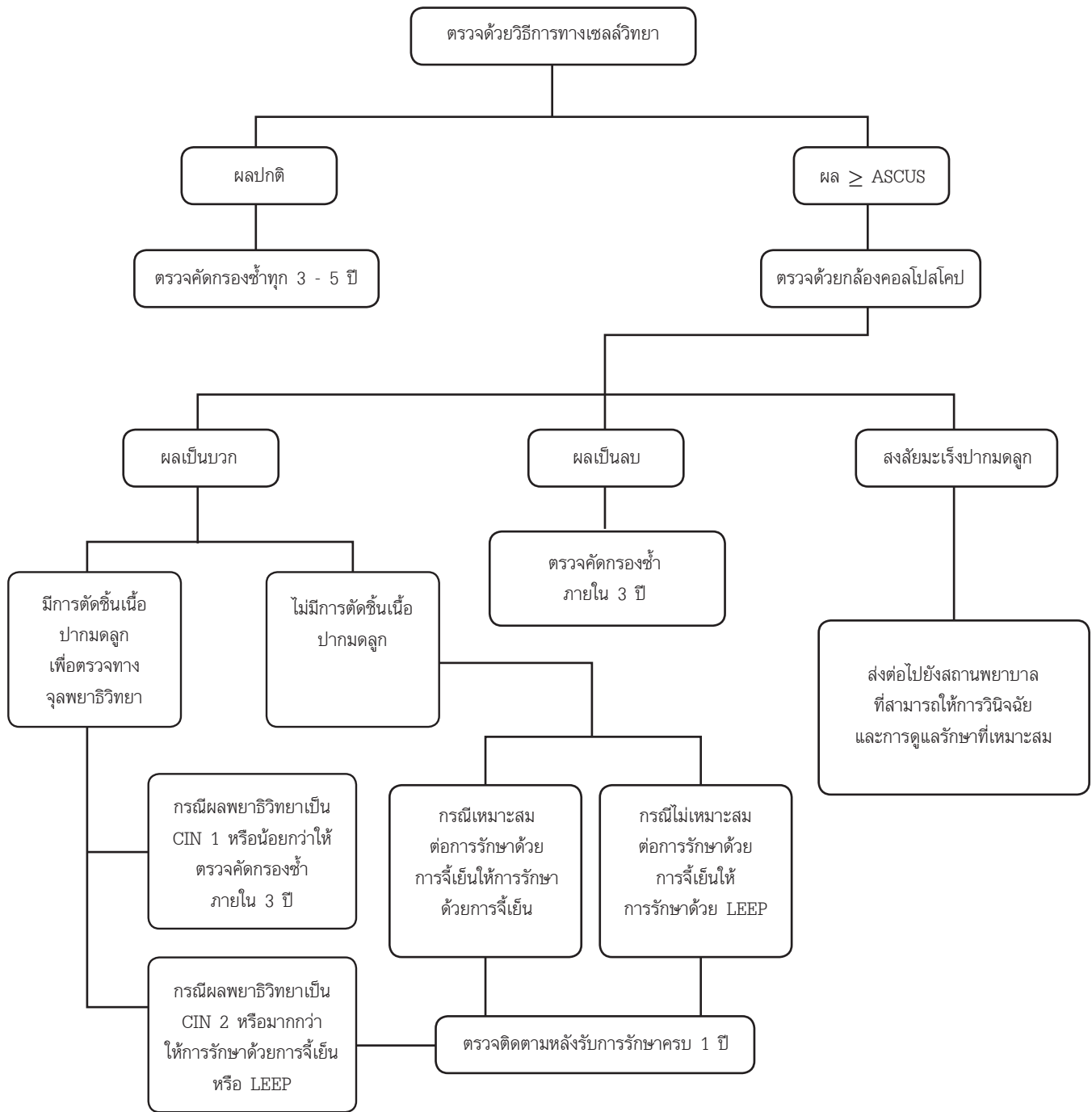
8.4 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวีตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา)^[18] แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)^[19]



^[18] สตรีที่ผลการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปเป็นบวก มี 2 แนวทางในการดูแล ได้แก่ ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หรือ รับการรักษาทันทีด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP

^[19] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

8.5 : คัดกรองด้วยวิธีเซลล์วิทยาตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อ ปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา)^[20] แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสม ต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)^[21]



^[20] สูตรที่ผลการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปเป็นบวก มี 2 แนวทางในการดูแลได้แก่ ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หรือ รับการรักษาทันทีด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP

^[21] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

ภาคผนวก 9. ผังงาน (flowchart) สำหรับยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” (screen-and-treat) (สตรีที่ผลเอชไอวีเป็นบวก หรือสตรีที่ไม่ทราบผลเอชไอวี แต่อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง)

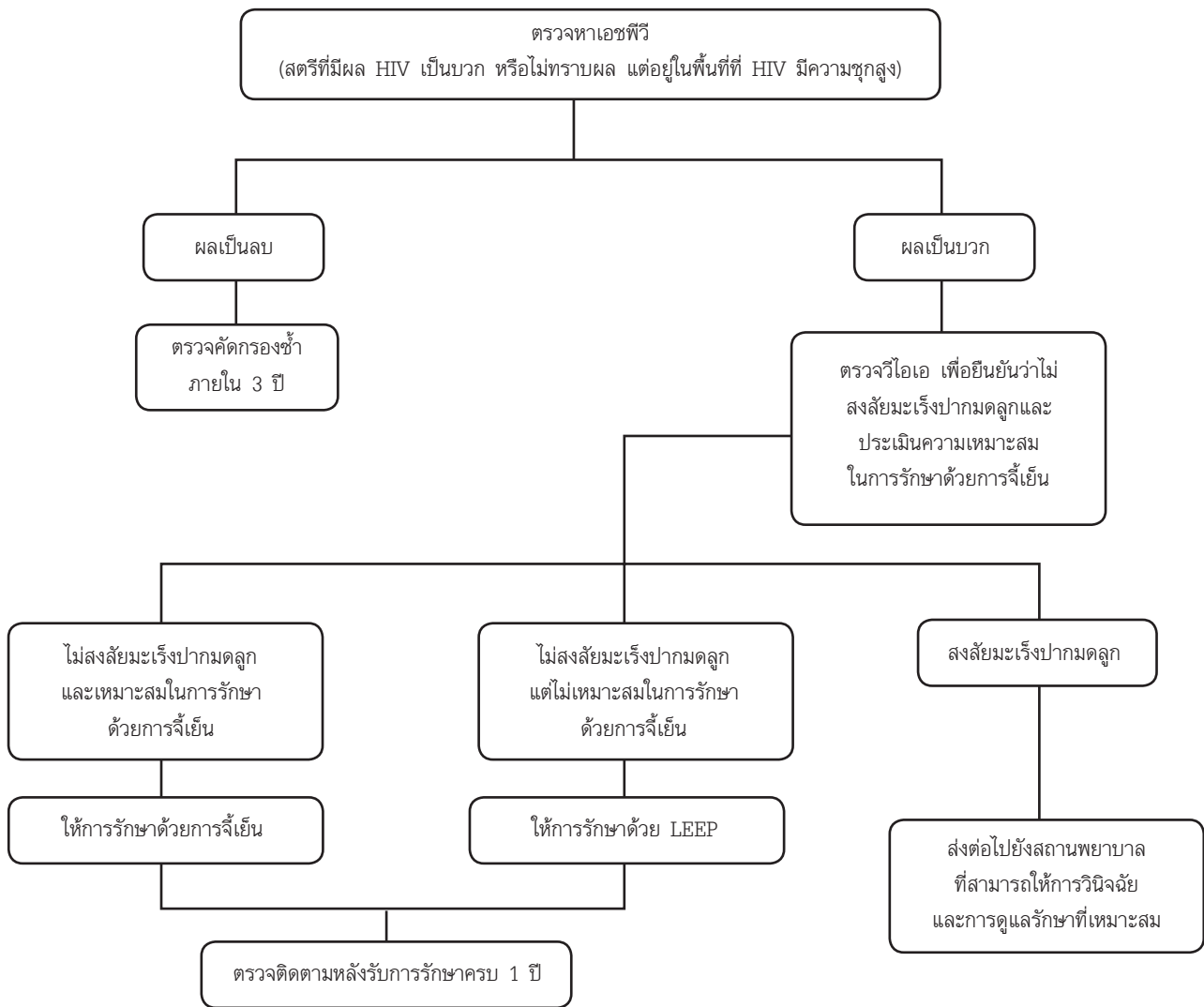
ผังงาน (flowchart) ต่อไปนี้อธิบายขั้นตอนของแต่ละยุทธศาสตร์ “คัดกรองแล้วรักษาเลย” โดยไม่ได้ระบุว่ากลวิธีใดเหมาะสมมากกว่ากัน รายละเอียดของแต่ละยุทธศาสตร์และแนวทางประกอบ การตัดสินใจเลือกยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมกับแต่ละสถานพยาบาลนั้น ผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากแนวทาง การคัดกรองแล้วรักษาเลยในบทที่ 3 ของ “*WHO guidelines for screening and treatment of precancerous lesions for cervical cancer prevention*” ปี 2013 ^[22] และผังงานประกอบการตัดสินใจ เลือกยุทธศาสตร์ใดให้ดูในภาคผนวก 7 สำหรับรายละเอียดที่คณะผู้จัดทำใช้ประกอบการตัดสินใจ ในการจัดทำข้อเสนอแนะนั้นผู้อ่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากเอกสาร Supplemental material, Section A และ B ในตาราง evidence-to-recommendation ของแต่ละแนวทาง

.....

^[22] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/

9.1 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[22]

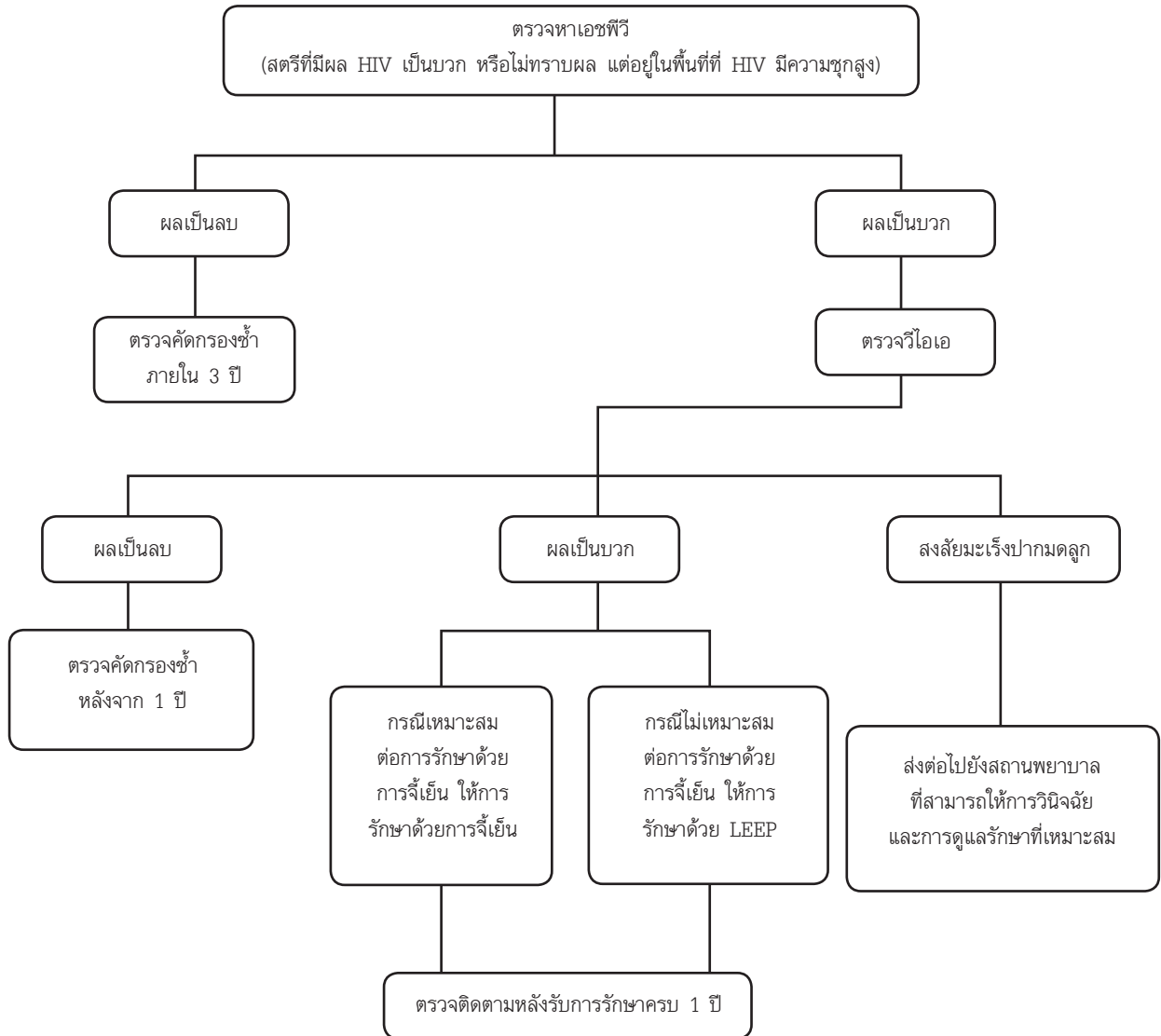
ในกรณีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวก ให้ตรวจจิวไอเอเพื่อเป็นแนวทางประเมินว่าผู้รับบริการเหมาะสมที่จะได้รับการรักษาด้วยการจี้เย็นหรือไม่



^[22] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

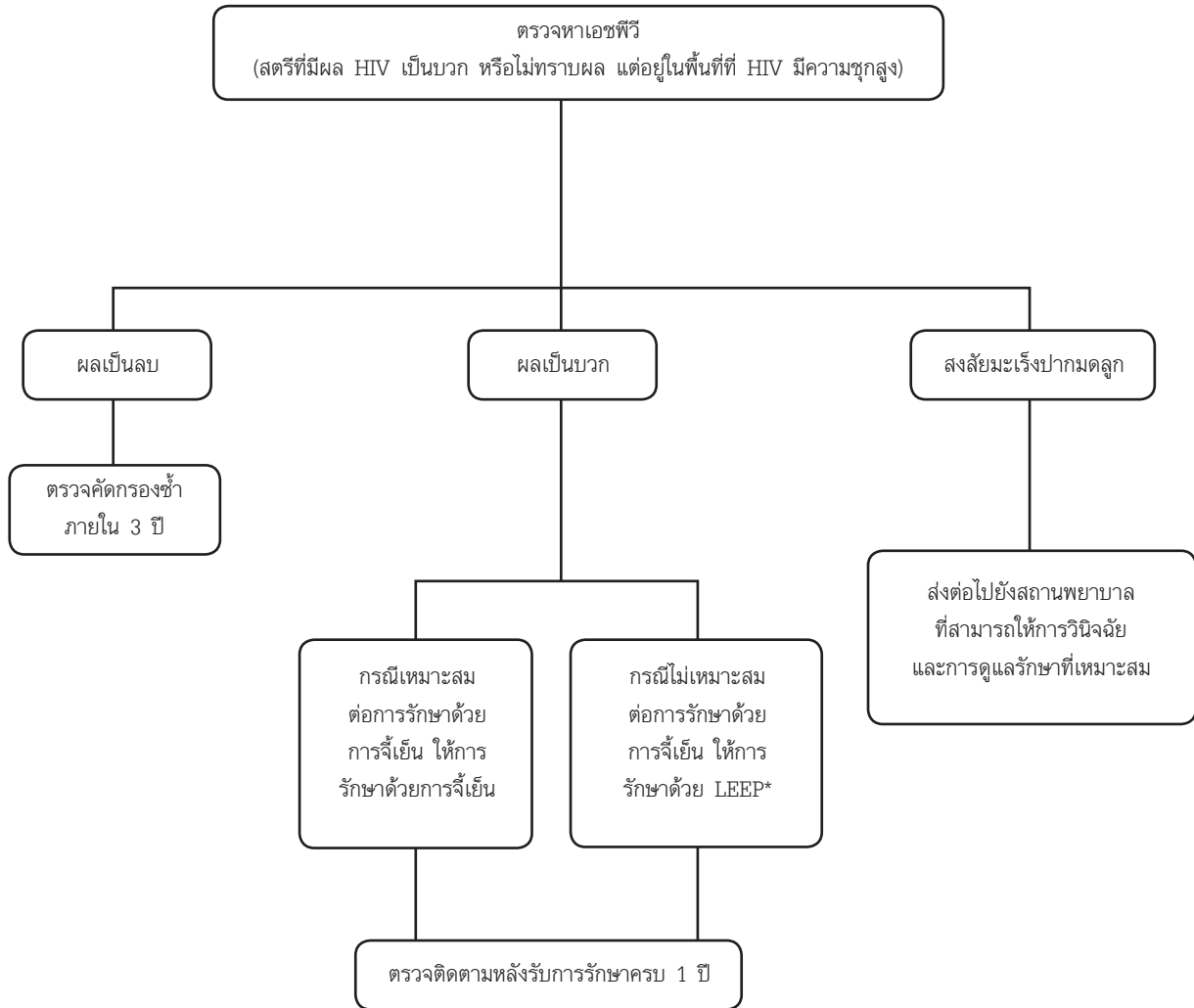
9.2 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี ตามด้วยการตรวจวีไอเอ แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[23]

ในกรณีผลการตรวจหาเอชพีวีเป็นบวก ให้ตรวจวีไอเอเพื่อประเมินว่าจะให้การรักษาหรือไม่ โดยพิจารณาให้การรักษาเฉพาะกรณีที่ทั้งผลการตรวจหาเอชพีวีและผลตรวจวีไอเอเป็นบวกเท่านั้น



^[23] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

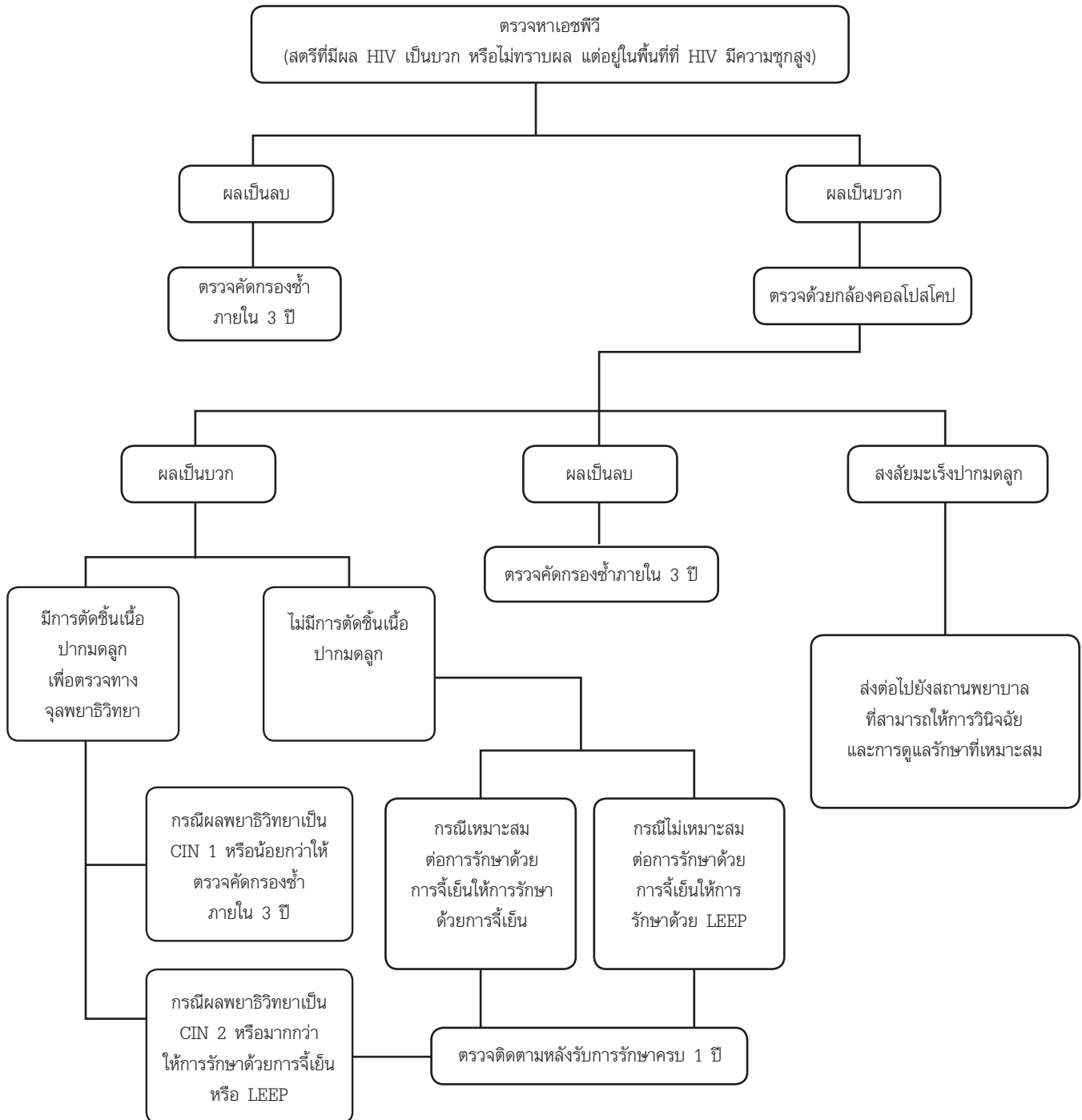
9.3 : คัดกรองด้วยการตรวจไวรัสเอชไอวี แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น) ^[24]



^[24] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

* กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น ส่งต่อไปให้แพทย์ทำคอลโปสโกปี และ หรือทำ LEEP

9.4 : คัดกรองด้วยการตรวจหาเอชพีวี ตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา)^[25] แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)^[26]

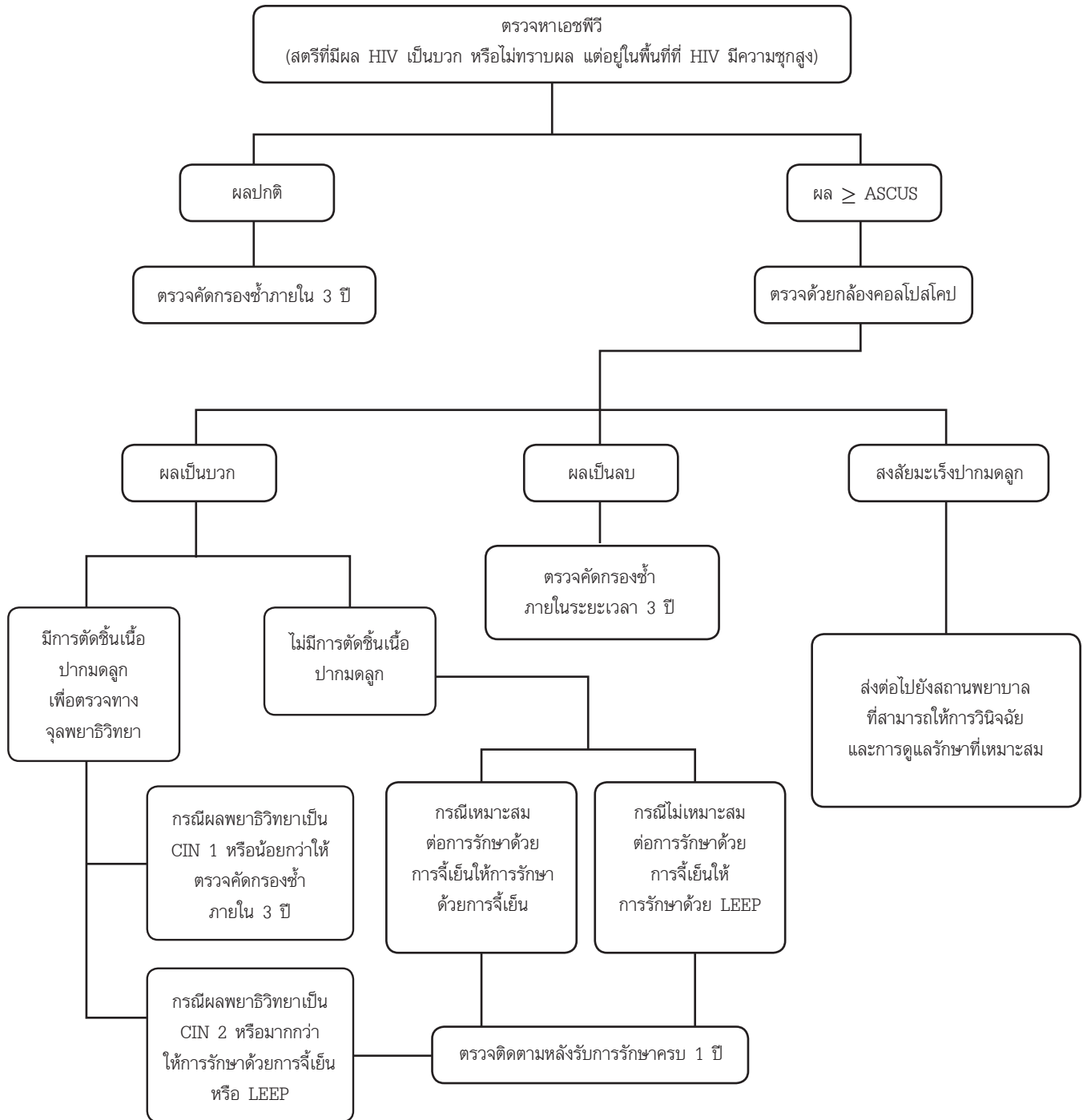


^[25] สตรีที่ผลการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปเป็นบวก มี 2 แนวทางในการดูแล ได้แก่ ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา หรือ รับการรักษาทันทีด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP

^[26] The guidelines and the supplemental material are available at : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/cancers/screening_and_treatment_of_precancerous_lesions/en/index.html

9.5 : คัดกรองด้วยวิธีการทางเซลล์วิทยา ตามด้วยการตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคป (อาจมีการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา)^[27] แล้วรักษาด้วยการจี้เย็น หรือ LEEP (กรณีไม่เหมาะสมต่อการรักษาด้วยการจี้เย็น)^[28]

หมายเหตุ : เอกสารอ้างอิง [27] ให้ดู [25], และ [28] ให้ดู [26]



ภาคผนวก 10. การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามการแบ่งระยะของ FIGO (Cervical cancer treatment by FIGO stage)

สิ่งที่พึงพิจารณาในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกตามระยะของโรค :

ระยะมะเร็งตามข้อกำหนดของ FIGO	ลักษณะทางคลินิก	แนวทางการดูแลรักษาทางเลือกที่ควรพิจารณา	ข้อแนะนำเพิ่มเติมหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
หมายเหตุ : การแบ่งระยะมะเร็งปากมดลูกตามข้อกำหนดของ FIGO อาศัยการตรวจทางคลินิก	การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกต้องได้รับการยืนยันจากการตรวจทางจุลพยาธิวิทยาของชิ้นเนื้อที่ตัดจากรอยโรคที่ปากมดลูก อาจพิจารณาเจาะเลือด เพื่อตรวจ CBC การทำงานของไต ดับตรวจหาซีพีที และเอชไอวี	ตรวจภายใน (การคลำ การดู) ตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปี ขูดชิ้นเนื้อบริเวณช่องคอมดลูก (endocervical curettage), ตรวจ hysteroscopy, ตรวจ cystoscopy, ตรวจ proctoscopy, ตรวจ IVP (intravenous pyelography) ตรวจเอกซเรย์ปอด และตรวจเอกซเรย์กระดูก การตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเหล่านี้ให้ใช้ได้เพื่อประเมินระยะมะเร็งปากมดลูก	อาจพิจารณาตรวจโดย CT, MRI และ/หรือ PET เพิ่มเติมได้
ระยะ IA1/IA2 : มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูก	ไม่เห็นรอยโรคด้วยตาเปล่า	ตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone) เพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา ประเมินความลึกและความกว้างของรอยโรค	ในกรณีต้องการมีบุตร : การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone) และการผ่าตัดปากมดลูกด้วยวิธี radical trachelectomy อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด
ระยะ A1 : ลึก ≤ 3 มม. กว้าง < 7 มม.	A1 : ต้องการมีบุตร	A1 : ผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (cone) โดยขอบชิ้นเนื้อต้องไม่พบรอยโรคและต้องตรวจติดตามหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด	หลังจากผู้ป่วยมีบุตรเพียงพอแล้ว : แนะนำให้รักษาเพิ่มเติมโดยผ่าตัดมดลูกออก
ระยะ A2 : ลึก > 3 มม. แต่ ≤ 5 มม. กว้าง < 7 มม.	A2 : ต้องการมีบุตร	A2 : ผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยขนาดใหญ่ (large cone) โดยขอบชิ้นเนื้อต้องไม่พบรอยโรค และต้องตรวจติดตามหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด หรือผ่าตัดปากมดลูกด้วยวิธี radical trachelectomy ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน	hysterectomy) หรือผ่าตัดมดลูกแบบกว้าง (modified radical hysterectomy)
	A2 : ไม่ต้องการมีบุตร	A2 : ผ่าตัดมดลูกแบบกว้าง (modified radical hysterectomy) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน	

ระยะมะเร็งตามข้อกำหนดของ FIGO	ลักษณะทางคลินิก	แนวทางการดูแลรักษาทางเลือกที่ควรพิจารณา	ข้อแนะนำเพิ่มเติมหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
<p>ระยะ IB : มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูก(เห็นรอยโรคชัดเจนที่ปากมดลูก หรือไม่เห็นรอยโรคแต่ผลตรวจทางจุลพยาธิวิทยา มากกว่าระยะ A2)</p> <p>ระยะ IB1 : ขนาด < 4 ซม.</p> <p>ระยะ IB2 : ขนาด > 4 ซม.</p>	<p>ในกรณีมะเร็งขนาด < 2 ซม.และลูกกลมน้อยกว่า 50% ของปากมดลูก อาจพิจารณาผ่าตัดมดลูกแบบกว้าง (modified radical hysterectomy) ทั้งนี้ให้ขึ้นกับความเห็นของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ</p>	<p>ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา</p> <p>ผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน</p>	<p>พบอัตราการเกิดรูรั่วของท่อไต (ureteral fistula) ค่อนข้างต่ำ และไม่แตกต่างกันระหว่างการรักษาทั้ง 2 วิธีที่กล่าว อย่างไรก็ตาม</p> <p>รังสีรักษาส่งผลต่อการเกิดภาวะรังไข่ล้มเหลว (ovarian failure) ทำให้ผู้ป่วยเข้าสู่วัยหมดระดูก่อนกำหนด</p>
<p>ระยะ II : มะเร็งลูกกลมออกนอกปากมดลูก แต่ไม่ถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกรานหรือไม่ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด</p> <p>ระยะ IIA : มะเร็งลูกกลมถึงช่องคลอดส่วนบน 2 ใน 3 ของช่องคลอด ไม่มีการลูกกลมถึง parametrium</p> <p>ระยะ IIB : มะเร็งลูกกลมถึง parametrium</p>	<p>แพทย์ผู้เชี่ยวชาญอาจพิจารณารักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะ IIA บางราย ซึ่งมีการลูกกลมของโรคไม่มาก ด้วยการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) ร่วมกับเลาะต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน</p>	<p>ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเป็นหลัก</p>	<p>การรักษาด้วยรังสีรักษาส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของกระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ ทั้งชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง</p>
<p>ระยะ III : มะเร็งลูกกลมถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกรานหรือ ถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด</p> <p>ระยะ IIIA : มะเร็งลูกกลมถึงส่วนล่าง 1 ใน 3 ของช่องคลอด</p> <p>ระยะ IIIB : มะเร็งลูกกลมถึงผนังด้านข้างของอุ้งเชิงกราน</p>	<p>ผู้ป่วยทุกรายที่มีภาวะไตบวมน้ำ (hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงาน (nonfunctioning kidney) ให้กำหนดอยู่ในระยะ III ยกเว้นว่าภาวะดังกล่าวเกิดจากสาเหตุอื่น</p>	<p>ให้ยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาเป็นหลัก</p>	

ระยะมะเร็งตามข้อกำหนดของ FIGO	ลักษณะทางคลินิก	แนวทางการดูแลรักษาทางเลือกที่ควรพิจารณา	ข้อแนะนำเพิ่มเติมหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
<p>ระยะ IV : มะเร็งลุกลามออกนอกอุ้งเชิงกราน หรือลุกลามถึงเยื่อกระเพาะปัสสาวะหรือไส้ตรง (rectum)</p> <p>ระยะ IVA : มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะข้างเคียง</p> <p>ระยะ IVB : มะเร็งแพร่กระจายไปที่อวัยวะห่างไกล</p>	ผู้ป่วยมะเร็งระยะนี้ต้องการการรักษาที่จำเพาะเฉพาะราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ามะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะส่วนใด	อาจพิจารณาให้รังสีรักษา และ/หรือ ให้ยาเคมีบำบัด ทั้งนี้ให้แพทย์พิจารณารักษาผู้ป่วยแต่ละรายตามความเหมาะสม	ผู้ป่วยมะเร็งระยะ IVB อาจได้รับประโยชน์จากการรักษาแบบประคับประคอง (palliative treatment) เพียงลำพังชนิดเดียวหรือร่วมกับการรักษาตามปกติ
มะเร็งปากมดลูกซึ่ง กลับเป็นซ้ำ (Recurrence) : กรณีเคยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด	ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายๆ ไป	กรณีกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ อาจให้การรักษาด้วยรังสีรักษา หรือให้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา	
มะเร็งปากมดลูกซึ่งกลับเป็นซ้ำ (Recurrence) : กรณีเคยได้รับรังสีรักษา	ให้ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นรายๆ ไป	กรณีกลับเป็นซ้ำเฉพาะที่ อาจให้การรักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกธรรมดาหรือ exenteration	

ที่มา :

Barakat RR, Berchuck A, Markman M, Randall ME. Principles and practice of gynecologic oncology, 6th edition. Philadelphia (PA) : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2013.

Wiebe E, Denny L, Thomas G. Cancer of the cervix uteri. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119 (Suppl 2) :S100-9. doi :10.1016/S0020-7292(12)60023-X.

ภาคผนวก 11. ตัวอย่างแบบฟอร์ม ^[29]

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 11.1 : ตัวอย่างจดหมายแจ้งเตือนผู้ป่วยที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ที่ไม่ได้มาฟังผลหรือไม่ได้มารับการตรวจติดตามตามนัดหมาย

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) : _____

เรียน _____ [ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วย]

ตามที่ท่านมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อวันที่ _____ [วัน/เดือน/ปี] นั้น ผลการตรวจพบความผิดปกติ ทาง รพ. จึงขอนัดตรวจติดตาม เพื่อ _____ [ตรวจคัดกรองซ้ำ/ ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถให้การวินิจฉัยและการดูแลที่เหมาะสม] (กรณีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ และไม่ส่งสัยมะเร็ง อาจระบุเพิ่มเติมในจดหมายว่า “ผลการตรวจคัดกรองที่ผิดปกตินี้ ยังไม่ส่งสัยว่าเป็นมะเร็ง แต่หากทิ้งไว้โดยไม่ได้ตรวจติดตามหรือดูแลรักษาอย่างเหมาะสมความผิดปกตินี้อาจเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งปากมดลูกในอนาคต”)

เนื่องจากท่านไม่ได้มารับการตรวจตามนัดหมายเมื่อวันที่ _____ [วัน/เดือน/ปี] ทาง รพ. จึงส่งจดหมายนี้เพื่อเชิญให้ท่านกลับมาตรวจตามนัดหมายที่ _____ [ชื่อสถานพยาบาล]

เราหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกลับมาตรวจติดตามโดยเร็ว ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์หลังจากได้รับจดหมายนี้ เพื่อให้เราได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรองทั้งหมดแก่ท่าน ตอบคำถามหรือข้อสงสัยต่างๆ ที่มี และจะได้พิจารณาวางแผนการดูแลต่อไปร่วมกับท่าน

กรณีท่านมีคำถามหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการตรวจติดตามนี้ กรุณาติดต่อที่ _____ [ชื่อผู้ให้บริการ วันและเวลาที่ให้บริการ และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้]

ขอแสดงความนับถือ

_____ [ชื่อ/นามสกุล ผู้ให้บริการ]

.....

^[29] ที่มา : Adapted from Cervical Health Implementation Project (CHIP), University of Cape Town, University of the Witwatersrand, EngenderHealth. Implementing cervical screening in South Africa, volume I : a guide for programme managers. South Africa : CHIP, National Department of Health; 2004

(http://www.westerncape.gov.za/text/2006/1/chp_manual_vol_1.pdf).

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 11.2 : ตัวอย่างบัตรที่สามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
บัตรที่ใช้ติดตาม : ผู้ป่วยที่ถูกเรียกกลับมาให้ได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำ	
ชื่อผู้ป่วย (ชื่อ/นามสกุล) :	_____
หมายเลขประจำตัว :	_____
วัน เดือน ปีเกิด (วัน/เดือน/ปี) :	_____
ที่อยู่ (บ้าน) :	_____
ที่อยู่ (ที่ทำงาน) :	_____
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ :	_____
วันที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (วัน/เดือน/ปี) :	_____
ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก :	_____
วันที่นัดผู้ป่วยให้กลับมาตรวจซ้ำ (วัน/เดือน/ปี) :	_____
บันทึกการตรวจติดตาม :	
วันที่มารับการตรวจคัดกรองซ้ำ (วัน/เดือน/ปี) :	_____
การดำเนินการในกรณีผู้ป่วยไม่ได้มารับการตรวจตามนัดหมาย : _____	ส่งจดหมายเตือน (วัน/เดือน/ปี) : _____ การติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีอื่นๆ (ระบุ) และวันที่ดำเนินการ (วัน/เดือน/ปี) : _____
หมายเหตุ :	

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 11.3 : ตัวอย่างบัตรที่สามารถนำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการติดตามผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรับการดูแลรักษาเพิ่มเติม

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บัตรที่ใช้ติดตาม : ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น เพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรับการดูแลรักษาเพิ่มเติม	
ชื่อผู้ป่วย (ชื่อ/นามสกุล) :	_____
หมายเลขประจำตัว :	_____
วัน เดือน ปีเกิด (วัน/เดือน/ปี) :	_____
ที่อยู่ (บ้าน) :	_____
ที่อยู่ (ที่ทำงาน) :	_____
หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ :	_____
วันที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (วัน/เดือน/ปี) :	_____
ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก :	_____
ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปรับการตรวจวินิจฉัย หรือรับการดูแลรักษาเพิ่มเติม :	_____
วันที่ที่นัดหมายให้ไปสถานพยาบาลที่ถูกส่งต่อ (วัน/เดือน/ปี) :	_____
บันทึกการตรวจติดตาม : วันที่ที่ผู้ป่วยได้รับการบอกให้ทราบถึง วันนัดหมายที่ให้ไปสถานพยาบาลที่ถูกส่งต่อ (วัน/เดือน/ปี) :	_____
ผลการตรวจวินิจฉัย หรือการดูแลรักษา :	_____ _____ _____

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 11.4 : ตัวอย่างจดหมายตอบกลับถึงสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมาให้ทราบถึงผลการตรวจวินิจฉัยหรือดูแลรักษาของผู้ป่วย

เรียน : _____ [ชื่อสถานพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาต่อ]

ชื่อผู้ป่วย (ชื่อ/นามสกุล) : _____ หมายเลขประจำตัว : _____

จาก : _____ [ชื่อสถานพยาบาลที่รับการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อ]

วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลรักษาต่อ (วัน/เดือน/ปี) : _____

ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยการตรวจ _____ [ชื่อการตรวจ]

เมื่อวันที่ (วัน/เดือน/ปี) : _____

ผลการตรวจวินิจฉัย : _____

การดูแลรักษาที่ให้ : _____

การตรวจติดตามที่แนะนำ : _____

ขอขอบคุณที่ส่งต่อผู้ป่วยมารับการดูแลรักษาที่สถานพยาบาลนี้ กรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้ กรุณาติดต่อกลับที่ _____ [ชื่อผู้ให้บริการ วันและเวลาที่ให้บริการ และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้]

ขอแสดงความนับถือ

_____	_____	_____
ชื่อ/นามสกุล ผู้ให้บริการ	ลายเซ็น	วันที่ (วัน/เดือน/ปี)

ภาคผนวก 12. การรักษาภาวะปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ และอวัยวะสืบพันธุ์อักเสบ (pelvic inflammatory diseases; PID) ^[30]

^[30] ที่มา : Management of sexually transmitted infections : regional guidelines. New Delhi : World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2011 (<http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/9789290224105/en/>).

การรักษาภาวะปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ

ในกรณีปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยและคู่นอนควรต้องได้รับการรักษาทั้งคู่ และได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

การรักษาภาวะปากมดลูกอักเสบ จากเชื้อหนองในที่ไม่แทรกซ้อน (uncomplicated gonorrhea) และหนองในเทียม (chlamydia)		
เชื้อที่ครอบคลุม	ยาปฏิชีวนะที่แนะนำให้เลือกใช้เป็นลำดับแรก (ให้เลือกใช้ยาหนึ่งขนานจากแต่ละกล่องข้างล่างนี้ = ยา 2 ขนาน)	ในสถานการณ์พิเศษ : กรณีผู้ป่วยตั้งครรภ์, ให้นมบุตร หรือ ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 16 ปี (ให้เลือกใช้ยาหนึ่งขนานจากแต่ละกล่องข้างล่างนี้ = ยา 2 ขนาน)
หนองใน* (Gonorrhea)	ceftriaxone* ขนาด 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว หรือ cefixime ขนาด 400 มก. รับประทานครั้งเดียว	cefixime ขนาด 400 มก. รับประทานครั้งเดียว หรือ ceftriaxone ขนาด 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
หนองในเทียม (Chlamydia)	azithromycin ขนาด 1 กรัม รับประทานครั้งเดียว หรือ doxycycline ^a ขนาด 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน	erythromycin ^b ขนาด 500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน หรือ azithromycin ขนาด 1 กรัม รับประทานครั้งเดียว หรือ amoxicillin ขนาด 500 มก. รับประทานวันละ 3 ครั้ง เป็นเวลา 7 วัน

* ข้อแนะนำนี้อ้างอิงจาก “WHO recommendations for treatment of cervical infections in 2011” ซึ่งปรับปรุงเนื่องจากพบภาวะดื้อยาของเชื้อ Neisseria gonorrhoea ต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่ม quinolones และพบว่าเชื้อเริ่มมีการตอบสนองต่อยาในกลุ่ม cephalosporin เช่น cefixime และ ceftriaxone ต่ำลง

อย่างไรก็ตามให้พิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางของแต่ละประเทศเป็นหลัก เนื่องจากข้อมูลภาวะดื้อยาของเชื้อ *Neisseria gonorrhoea* ในแต่ละประเทศแตกต่างกัน

ก. ให้หลีกเลี่ยงการใช้ยา doxycycline, tetracycline, ciprofloxacin, norfloxacin และ ofloxacin ในสตรีตั้งครรภ์ และให้นมบุตร

ข. ยา erythromycin estolate ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากยาดังกล่าวทำให้เกิดภาวะ hepatotoxicity; ควรใช้เฉพาะยา erythromycin base หรือ ยา erythromycin ethylsuccinate

การรักษาภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบ (PID) แบบผู้ป่วยนอก

ในกรณีอุ้งเชิงกรานอักเสบ คู่นอนของผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรคหนองใน (gonorrhoea) และหนองในเทียม (chlamydia) ด้วย และทั้งคู่ควรได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จะช่วยลดการแพร่กระจายของเชื้อ

ให้ยาปฏิชีวนะแบบ single-dose เพื่อรักษาเชื้อหนองใน (gonorrhoea) ร่วมกับ ให้ยาปฏิชีวนะแบบ multidose เพื่อรักษาเชื้อหนองในเทียม (chlamydia) ร่วมกับ ให้ยาปฏิชีวนะแบบ multidose เพื่อรักษาเชื้อในกลุ่ม anaerobes	
ชื่อที่ครอบคลุม	ให้เลือกใช้ยาปฏิชีวนะหนึ่งขนานจากแต่ละกล่องข้างล่างนี้ = ยาสามขนาน
หนองใน* (Gonorrhoea)	ceftriaxone ^a ขนาด 250 มก. ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว หรือ cefoxitin ขนาด 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อครั้งเดียว
หนองในเทียม (Chlamydia)	doxycycline ^b ขนาด 100 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน หรือ erythromycin ^c ขนาด 500 มก. รับประทานวันละ 4 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน
เชื้อในกลุ่ม Anaerobes	metronidazole ^d 400-500 มก. รับประทานวันละ 2 ครั้ง เป็นเวลา 14 วัน

* ข้อแนะนำนี้อ้างอิงจาก “WHO recommendations for treatment of cervical infections in 2011” ซึ่งปรับปรุงเนื่องจากพบภาวะดื้อยาของเชื้อ *Neisseria gonorrhoea* ต่อยาปฏิชีวนะในกลุ่ม quinolones และพบว่าเชื้อเริ่มมีการตอบสนองต่อยาในกลุ่ม cephalosporin เช่น cefixime และ ceftriaxone ต่ำลง

อย่างไรก็ตามให้พิจารณาใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวทางของแต่ละประเทศเป็นหลัก เนื่องจากข้อมูลภาวะดื้อยาของเชื้อ *Neisseria gonorrhoea* ในแต่ละประเทศแตกต่างกัน

ก. อาจพิจารณาเพิ่มขนาดของยา ceftriaxone ทั้งนี้ให้พิจารณาแนวทางการรักษาของแต่ละประเทศเป็นหลัก

ข. ห้ามใช้ยา doxycycline ในสตรีตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามแทบไม่พบภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบในสตรีตั้งครรภ์

ค. ยา erythromycin estolate ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากยาดังกล่าวทำให้เกิดภาวะ hepatotoxicity; ควรใช้เฉพาะยา erythromycin base หรือ ยา erythromycin ethylsuccinate

ง. ผู้ป่วยที่ใช้ยา metronidazole ต้องได้รับคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์

ในกรณีดังต่อไปนี้ พิจารณาให้รับผู้ป่วยที่มีภาวะอุ้งเชิงกรานอักเสบเฉียบพลัน (acute PID) ไว้รักษา ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน

1. ยังไม่สามารถวินิจฉัยแยกโรคอื่นๆ ที่จำเป็นต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัดฉุกเฉินได้ เช่น
ไส้ติ่งอักเสบ หรือ ท่อนอกมดลูก
2. สงสัยภาวะฝีหนองในอุ้งเชิงกราน (pelvic abscess)
3. ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น ปวดท้องมาก หรือมีไข้สูง จนไม่สามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
4. ผู้ป่วยตั้งครรภ์
5. ผู้ป่วยวัยรุ่น
6. ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางกลับมารักษาตามนัดได้ หรือไม่สามารถทนต่อตัวยาที่ใช้ในการรักษา
แบบผู้ป่วยนอกได้ เช่น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน อย่างรุนแรง
7. ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอกแล้วไม่ดีขึ้น

ภาคผนวก 13. การเตรียมยาป้ายมอนเซล (Monsel's paste)

ยาป้ายมอนเซล (Monsel's paste) คืออะไร?

ยาป้ายมอนเซลคือสารประกอบ (compound) ที่มีลักษณะเหนียวข้น ออกฤทธิ์ห้ามเลือดอย่างรวดเร็วเมื่อป้ายลงบนปากมดลูก จึงมีประโยชน์มากในการใช้เพื่อห้ามเลือดที่ออกจากปากมดลูก หลังการรักษาด้วยการจี้เย็น ตัดชิ้นเนื้อปากมดลูก (punch biopsy) หรือ LEEP เนื่องจากยาป้ายมอนเซลมีคุณสมบัติทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียงถ้าทิ้งไว้เป็นเวลานาน ดังนั้นจึงไม่ควรใช้ร่วมกับการอัด (packing) ผ้าก๊อชไว้ในช่องคลอด

ส่วนประกอบ	ปริมาณ
1. Ferric sulfate base	15 กรัม
2. Ferrous sulfate powder	ปริมาณเล็กน้อย (a few grains)
3. น้ำกลั่น (Sterile water for mixing)	10 มล.
4. Glycerol starch (ดูวิธีการเตรียมในหน้าถัดไป)	12 กรัม

ขั้นตอนการเตรียมยาป้ายมอนเซล :

ให้ผู้เตรียมระมัดระวังอันตรายจากความร้อนที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละขั้นตอนการเตรียม

- ผสม ferrous sulfate powder ปริมาณเล็กน้อย (few grains) เข้ากับน้ำกลั่นปริมาณ 10 มล. ในบีกเกอร์ (beaker) ที่ทำจากแก้ว จากนั้นเขย่าให้เข้ากัน
- เติม ferric sulfate base เข้ากับส่วนผสมในข้อที่ 1 จากนั้นคนด้วยแท่งแก้วให้เข้ากัน ส่วนผสมที่ได้ในขั้นตอนนี้จะมีลักษณะใส
- ใส่ glycerol starch (ดูวิธีการเตรียมในย่อหน้าถัดไป) ลงในถ้วยแก้วอีกใบ คนให้เข้ากันเป็นเนื้อเดียว
- เติม ferric sulfate solution ลงไปใน glycerol starch อย่างช้าๆ จากนั้นคนให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน
- บรรจุส่วนผสมทั้งหมดลงในขวดแก้วสีชาขนาด 25 มล.

หมายเหตุ : หลังจากเตรียมน้ำยาตามที่แนะนำข้างต้น แนะนำให้ปิดฝาภาชนะที่ใส่น้ำยาอย่างหลวมๆ ทั้งนี้เพื่อให้น้ำระเหยออกจากน้ำยา ภายในระยะเวลาประมาณ 2-3 สัปดาห์ (ขึ้นกับอุณหภูมิ และความชื้นของสิ่งแวดล้อม) จะได้ตัวยาที่มีลักษณะเหนียวข้นคล้ายมัสตาร์ด จากนั้นจึงปิดฝาภาชนะตามปกติ กรณียาป้ายมอนเซลมีความเหนียวข้นมากเกินไป สามารถเติมน้ำกลั่นเพื่อเจือจาง

ฉลาก : ยาป้ายมอนเซล (Monsel's paste)

เก็บในที่เย็น

สำหรับใช้ภายนอกเท่านั้น

วันที่หมดอายุ _____ [วัน/เดือน/ปี] (หมดอายุหนึ่งปีหลังจากวันผลิต)

การเตรียม glycerol starch

ส่วนประกอบ	ปริมาณ
1. Starch	30 กรัม
2. น้ำกลั่น (Sterile water for mixing)	30 มล.
3. Glycerine	390 กรัม

ขั้นตอนการเตรียม glycerol starch :

1. ผสม starch เข้ากับน้ำกลั่น ในภาชนะที่ทนความร้อน
2. เติม glycerine เข้ากับส่วนผสมในข้อที่ 1 จากนั้นเขย่าให้เข้ากัน
3. นำภาชนะที่มีส่วนผสมในข้อที่ 2 ไปลนไฟด้วยตะเกียง Bunsen ในขณะเดียวกันให้ใช้ spatula ค่อยๆ คนส่วนผสมให้เข้ากัน โดยส่วนผสมที่ได้ในขั้นตอนนี้จะมีลักษณะเหนียวข้น

ระวัง : หากทำให้ส่วนผสมในข้อที่ 3 ร้อนเกินไป ส่วนผสมจะเปลี่ยนเป็นสีเหลือง

ฉลาก : Glycerol starch

เก็บในที่เย็น

สำหรับใช้ภายนอกเท่านั้น

วันที่หมดอายุ _____ [วัน/เดือน/ปี] (หมดอายุหนึ่งปีหลังจากวันผลิต)

ภาคผนวก 14. การรายงานผลทางพยาธิวิทยาของมะเร็งปากมดลูก

การรายงานผลขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดมดลูกแบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy) ในการรักษา มะเร็งปากมดลูก

1. การเตรียมชิ้นเนื้อเพื่อการตรวจทางพยาธิวิทยา :

- ใช้ปากกาเมจิกต่างสีทำสัญลักษณ์เพื่อระบุ ด้านบน (anterior) และด้านล่าง (posterior) ของปากมดลูก
- ก่อนตัดชิ้นเนื้อ ให้วัดขนาดความยาวของผนังช่องคลอดส่วนที่ถูกตัดออกมา (vaginal cuff) ทั้งทางด้านบน และด้านล่าง
- ตัดชิ้นเนื้อตามแนวนอน (horizontal) ผ่านปากมดลูกให้เห็น transformation zone มีความสำคัญมากในการใช้ประเมินขอบของรอยโรค Blocks ที่ตัดต้องให้ถึงบริเวณที่ทำสัญลักษณ์ด้วยปากกาเมจิก และบันทึกหมายเลข cassette ของสไลด์ที่ได้จากตำแหน่งต่างๆ อย่างละเอียด
- ตัดชิ้นเนื้อตามแนว para-sagittal และแนวหน้าหลัง (coronal) ผ่านบริเวณ ectocervix และผนังช่องคลอดส่วนที่ถูกตัดออกมา
- ส่งต่อม้าน้ำเหลืองที่ได้จากการผ่าตัดเพื่อตรวจทางจุลพยาธิวิทยา

2. บันทึก :

- ชนิดของมะเร็ง (tumor type) และ grade (differentiation)
- ขนาดของรอยโรค โดยให้วัดทั้ง 3 ระนาบ
- ตำแหน่งที่พบรอยโรคอย่างเด่นชัด (dominant site of occurrence)
- ความลึกของการลุกลามของรอยโรค และระยะห่างของรอยโรคถึงขอบของชิ้นเนื้อที่ผ่าตัดได้ (distance from the excision lines) ทางด้านบน ด้านล่าง parametrium ด้านซ้ายและด้านขวา
- ความยาวของผนังช่องคลอดส่วนที่ถูกตัดออกมา พร้อมระบุว่า รอยโรคลุกลามไปถึงบริเวณ fornices หรือไม่ หากมีการลุกลามให้ระบุว่ารอยโรคที่ลุกลามเป็นรอยโรคชนิด CIN หรือ มะเร็ง
- พบมี vascular space invasion หรือไม่
- จำนวนต่อม้าน้ำเหลืองที่ผ่าตัดได้ และจำนวนต่อม้าน้ำเหลืองที่มีการลุกลามของมะเร็ง โดยให้ระบุข้างซ้าย/ขวา

ตัวอย่างแบบฟอร์มที่ 14.1 : การรายงานผลทางพยาธิวิทยาของการผ่าตัดมดลูก แบบถอนรากถอนโคน (radical hysterectomy)

สรุป :

- ชนิดของมะเร็ง : _____
 - Differentiation : _____
 - ตำแหน่งที่พบรอยโรคอย่างเด่นชัด (Dominant situation) : _____
 - ขนาด (ที่กว้างที่สุดทั้ง 3 ระนาบ) ของรอยโรค : _____ x _____ x _____ มม.
 - ความลึกที่มากที่สุดของการลุกลามของรอยโรค : _____ มม. ระบุตำแหน่ง _____
 - ระยะห่างของรอยโรคจากขอบของชั้นเนื้อที่ผ่าตัดได้
 ด้านบน _____ มม. ด้านล่าง _____ มม.
 ด้านซ้าย _____ มม. ด้านขวา _____ มม.
 - ผนังช่องคลอดส่วนที่ถูกตัดออกมา : ด้านหน้า _____ มม. ด้านหลัง _____ มม.
 - การลุกลามของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองและ/หรือเส้นเลือด :
(จำนวนของต่อมน้ำเหลืองที่ตรวจพบมะเร็ง/จำนวนต่อมน้ำเหลืองที่ส่งตรวจ) :
 External iliac ด้านซ้าย _____ External iliac ด้านขวา _____
 Internal iliac ด้านซ้าย _____ Internal iliac ด้านขวา _____
 Obturator ด้านซ้าย _____ Obturator ด้านขวา _____
- อื่นๆ (ระบุ) _____

อภิธานศัพท์ (Glossary)

ความหมายที่ปรากฏตามอภิธานศัพท์ เน้นเฉพาะความหมายที่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาในคู่มือฉบับนี้เท่านั้น อาจมีความหมายที่ไม่ครอบคลุมตามพจนานุกรม

acetowhite : ฝ้าขาวบนเยื่อเมือกปากมดลูกที่ปรากฏขึ้นหลังซัลโมปากมดลูกด้วยกรดอะซิติก

adenocarcinoma (มะเร็งชนิดต่อม) : มะเร็งที่เซลล์มีการเรียงตัวในลักษณะคล้ายต่อม; ตัวอย่างเช่น มะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากเซลล์เยื่อเมือกชนิดคอลัมน์ (columnar) ของบริเวณช่องคอมดลูก (cervical canal)

adjunctive therapy : การรักษาเสริมที่ใช้ร่วมกับการรักษาหลัก (primary treatment) เพื่อช่วยทำให้การรักษาหลักดีขึ้น (ดูเพิ่มเติม : primary treatment)

adnexae (ปีกมดลูก) : เนื้อเยื่อและอวัยวะที่อยู่ด้านข้างตัวมดลูก ประกอบด้วย ท่อนำไข่ รังไข่ และเส้นเอ็น

atypical cells : เซลล์ที่เห็นในการตรวจ Pap smear มีลักษณะที่ไม่ปกติ แต่ไม่สามารถสรุป (ความรุนแรง) ได้อย่างชัดเจน

basement membrane : เนื้อเยื่อชั้นบางๆ ที่อยู่บริเวณใต้เยื่อเมือก (มีความสำคัญเนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ใช้กำหนดการลุกลามของมะเร็ง)

biopsy : การตัดตัวอย่างเนื้อเยื่อที่ผิดปกติชิ้นเล็กๆ แล้วนำไปตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เพื่อให้ได้การวินิจฉัย

bivalent : วัคซีนซึ่งออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการตอบสนองให้เกิดภูมิคุ้มต่อแอนติเจน (antigen) 2 ชนิด เช่น Cervarix เป็น bivalent vaccine ที่ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี 2 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งปากมดลูก ^[1]

brachytherapy (or internal/implant radiation therapy) : รังสีรักษาประเภทหนึ่งที่ใช้สารกัมมันตรังสีที่ถูกบรรจุอย่างมิดชิดในรูปของเข็ม, เป็นก้อนเล็กๆ (seeds), เส้นลวด (wires), หรือหลอดสวน (catheter) ฝังเข้าภายในก้อนมะเร็งโดยตรง หรือใส่ไว้ในตำแหน่งใกล้เคียงก้อนมะเร็ง ^[2]

carcinoma in situ (CIS) : รอยโรคในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งมีความผิดปกติ (ของเซลล์) ในตลอดความหนาของชั้นเยื่อเมือกของอวัยวะ (เช่น ปากมดลูก) แต่ไม่ทะลุผ่านชั้น basement membrane

CD4 count : CD4 (cluster of differentiation 4) เป็นไกลโคโปรตีน (glycoproteins) ที่พบบนผิวของเม็ดเลือดขาวบางชนิด (T cells); ค่า CD4 จะบ่งบอกถึงระยะของการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ของผู้ป่วย

cervical intraepithelial neoplasia (CIN) : รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีความผิดปกติของเซลล์ในชั้นเยื่อเมือกปากมดลูก วินิจฉัยโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ CIN 1, CIN 2, และ CIN 3; โดย CIN 1 จะตรวจพบความผิดปกติของเซลล์หนึ่งในสามของความหนาเยื่อเมือกปากมดลูก CIN 2 จะตรวจพบความผิดปกติของเซลล์สองในสามของความหนาเยื่อเมือกปากมดลูก และ CIN 3 จะตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ในตลอดความหนาของชั้นเยื่อเมือกปากมดลูก

cofactor : ปัจจัยซึ่งร่วมออกฤทธิ์หรือขยายผลการออกฤทธิ์ของปัจจัยหลักในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยส่วนมากมันมักไม่ส่งผลหรือออกฤทธิ์ได้ด้วยตัวเอง

cold knife conization (CKC) : การผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยด้วยใบมีด โดยตัดปากมดลูกออกทั้งด้านนอก (ectocervix) และด้านใน (endocervix) ปริมาณเนื้อเยื่อปากมดลูกที่ต้องตัดออกนั้นขึ้นกับขนาดของรอยโรค และโอกาสในการตรวจพบมะเร็ง การผ่าตัดนี้มักทำในห้องผ่าตัดของโรงพยาบาล

colposcopy (การตรวจด้วยกล้องส่องขยายผ่านทางช่องคลอด) : การตรวจปากมดลูกช่องคลอด และวัดว่า ด้วยกล้องคอลโปสโคปีซึ่งให้แสงที่สว่างจ้าและภาพที่ใหญ่ขึ้นเพื่อตรวจหาความผิดปกติของเยื่อเมือก และเส้นเลือดบริเวณนั้น

community mobilization (การขับเคลื่อนชุมชน) : กระบวนการส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนของชุมชนในเรื่องบริการทางด้านสุขภาพ อันจะนำไปสู่การพัฒนาของชุมชนอย่างยั่งยืน

computed tomography (CT) scan : การตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยโรค โดยการถ่ายภาพรังสีและใช้คอมพิวเตอร์สร้างภาพ 3 มิติ ของอวัยวะหรือเนื้อเยื่อที่ต้องการตรวจ การตรวจนี้ใช้เพื่อวินิจฉัยวางแผนและติดตามผลการรักษาโรค ^[3]

condyloma (or anogenital warts) (หูดหงอนไก่) : รอยโรคซึ่งมีโครงสร้างคล้ายหูดเกิดจากการติดเชื้อเอชพีวีชนิดความเสี่ยงต่ำ และอาจพบจากการติดเชื้อซิฟิลิสระยะเรื้อรัง

cost-effective : การวิเคราะห์เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการตรวจวินิจฉัย หรือการรักษาโรค ใช้เพื่อประเมินความคุ้มค่าของการใช้ทรัพยากรทั้งเงิน เครื่องมือ หรือเวลาในการรักษาโรคๆ หนึ่ง

counselling : กระบวนการให้คำปรึกษา (ปกติทำตัว-ต่อ-ตัว) โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสนับสนุนให้บุคคลนั้นๆ สามารถใช้ศักยภาพของตนเองคิดและตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ที่ตัดสินใจยากได้ สถานที่ให้คำปรึกษาควรเป็นส่วนตัวและผู้ให้คำปรึกษาต้องรักษาความลับของผู้รับคำปรึกษาเสมอ

coverage : สัดส่วนของประชากรกลุ่มเป้าหมายซึ่งเข้ารับบริการ (ทางสุขภาพ) ที่กำหนดไว้ในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ

cryotherapy (การจี้เย็น) : เป็นการนำแผ่นโลหะกลมที่เย็นมากๆ (cryoprobe) ไปแตะที่ปากมดลูกเพื่อทำให้บริเวณที่ผิดปกติ (และเนื้อเยื่อปกติ) ที่ถูกคลุมไว้เย็นจัด การจี้เย็นจะทำลาย (รักษา) รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (ซึ่งเป็นวิธีการจี้ทำลายอย่างหนึ่ง)

cure rate : สัดส่วน (ร้อยละ) ของผู้ป่วยซึ่งหายขาดจากโรคด้วยวิธีการรักษาซึ่งจำเพาะต่อโรคนั้นๆ

cytology (เซลล์วิทยา) : การตรวจหาความผิดปกติในโครงสร้างของเซลล์โดยใช้กล้องจุลทรรศน์; ความผิดปกติที่ตรวจพบโดยปกติแล้วต้องได้รับการยืนยันโดยการตรวจชิ้นเนื้อจากการ biopsy

cytopathologist/cytotechnician/cytologist : บุคคลซึ่งผ่านการฝึกอบรมการตรวจ smears โดยใช้กล้องจุลทรรศน์ ในการวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีความผิดปกติของเซลล์

dysplasia (การเจริญผิดปกติ) : เซลล์ซึ่งมีลักษณะผิดปกติแต่ไม่ใช่มะเร็ง จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์ ^[4]

effectiveness (ประสิทธิผล) : ระดับผลสำเร็จของวิธีการรักษาโรคหนึ่งๆ จากประชากรกลุ่มเป้าหมายในสภาวะแวดล้อมซึ่งไม่ได้ถูกควบคุม เช่น ความสามารถของยา ก. ในการรักษาโรคมะเร็งจากประชากรซึ่งอาศัยในชุมชน

efficacy (ประสิทธิศัภย์) : ระดับผลสำเร็จของวิธีการรักษาโรคหนึ่งๆ จากประชากรกลุ่มเป้าหมายในสภาวะแวดล้อมที่ถูกควบคุม เช่น ความสามารถของยา ก. ในการรักษาโรคมะเร็งจากประชากรที่อยู่ในการศึกษาวิจัยประสิทธิภาพของยา ก.

efficiency (ประสิทธิภาพ) : ความสัมพันธ์ของผลลัพธ์หรือผลสำเร็จที่บรรลุ กับการลงทุน ด้านทรัพยากร ด้านการเงิน และเวลา

endocervical curettage (ECC), (การขูดด้านในช่องคอมดลูก) : เป็นการเก็บเซลล์โดยการขูดเบาๆ จากบริเวณด้านในช่องคอมดลูก(เพื่อตรวจวินิจฉัยหาความผิดปกติ)โดยใช้เครื่องมือเฉพาะ; เป็นวิธีการที่ไม่ยุ่งยาก และใช้เวลาไม่นาน

epidemiology (ระบาดวิทยา) : เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการกระจาย (distribution) และปัจจัยต่างๆ (determinants) ของสภาวะหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (รวมถึงการเกิดโรค) และนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้ในการควบคุมโรคและปัญหาทางสุขภาพ

epithelium (plural : epithelia) (เยื่อบุผิว) : เยื่อบุผิวประกอบด้วยเซลล์หนึ่งชั้นหรือมากกว่า ทำหน้าที่ปกป้องอวัยวะที่คลุม

evaluation (การประเมินผล) : การพิจารณาคุณค่าของกิจกรรมหนึ่งๆ ตามวัตถุประสงค์อย่างเป็นระบบ ในแง่ของความเกี่ยวข้อง (relevance) ความเพียงพอ ความก้าวหน้า ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และผลกระทบในการทำกิจกรรมนั้นๆ โดยมุ่งเน้นที่ตัววัตถุประสงค์และคำนึงถึงทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ถูกนำไปใช้

exophytic : การเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อออกไปด้านนอก (มักใช้กับการเจริญเติบโตของรอยโรคเนื้องอก หรือมะเร็ง)

external-beam radiation therapy (or external radiation therapy, or teletherapy) : รังสีรักษาประเภทหนึ่งที่ใช้เครื่องฉายรังสี (อยู่ภายนอกร่างกายผู้ป่วย) ฉายรังสีพลังงานสูง (high-energy rays) ไปยังอวัยวะเป้าหมายที่เป็นมะเร็ง ^[5]

false negative (ผลลบลง) : คำนวณได้จากค่าความไว (sensitivity) ของการตรวจ; ผู้รับบริการที่ผลการตรวจเป็นผลลบลงจะไม่ได้ได้รับการรักษาตามที่เป็นจริงแล้วควรจะได้ (เพราะความผิดปกติถูกตรวจไม่พบ)

false positive (ผลบวกลง) : คำนวณได้จากค่าความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจ ผู้รับบริการที่ผลการตรวจเป็นผลบวกลงจะได้รับการรักษาที่ไม่จำเป็น

fistula (รูรั่ว) : ช่องทางผิดปกติที่เชื่อมต่อระหว่างอวัยวะที่กลวงกับส่วนอื่นของร่างกาย ในกรณีมะเร็งปากมดลูก รูรั่วอาจเกิดระหว่างช่องคลอดกับลำไส้ตรง ซึ่งภาวะนี้สามารถเกิดได้ทั้งจากการลุกลามของโรคมะเร็งโดยตรงหรือเป็นภาวะแทรกซ้อนในระยะยาวแบบเรื้อรัง (late complication) ของรังสีรักษา

fungating : รูปแบบหนึ่งของการเจริญเติบโตของเนื้องอก หรือมะเร็ง ที่เจริญเติบโตออกไปด้านนอกอย่างขรุขระไม่สม่ำเสมอ

gold standard : การตรวจ (test) ที่ได้รับการพิจารณาว่า (ให้ผลใกล้เคียงความจริงมากที่สุด) มีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) สูงสุด (ในการวินิจฉัยโรค); ใช้เป็นตัวชี้วัดเพื่อเปรียบเทียบการตรวจอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน

health education (สุขศึกษา) : เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความตระหนัก (awareness) และความรู้เกี่ยวกับการทำอะไรให้มีสุขภาพที่ดี และมีการป้องกันโรค รวมถึงให้ข้อมูล การบริการทางด้านสุขภาพต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงได้ และประโยชน์ที่จะได้รับการเข้าไปรับบริการ

high-grade lesion : ในการจำแนกตามระบบ Bethesda คำศัพท์นี้หมายถึงรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกลายเป็นมะเร็งหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งรวมถึง CIN 2 และ CIN 3

high-risk HPV types (or oncogenic HPV types) : เชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (หรือเรียกว่าเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ก่อมะเร็ง)

histology (จุลกายวิภาคศาสตร์ของเนื้อเยื่อ) : การศึกษาโครงสร้างของเนื้อเยื่อด้วยกล้องจุลทรรศน์; ในการตรวจเนื้อเยื่อ (histological examination) นี้ เนื้อเยื่อต้องผ่านกระบวนการตัดให้เป็นชิ้นบางๆ และย้อมสีด้วยวิธีการจำเพาะ เพื่อวินิจฉัยว่ามีหรือไม่มีโรค

histopathology (จุลพยาธิวิทยา) : การศึกษาการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่เกิดจากโรค; การตรวจทางจุลพยาธิวิทยานี้ ใช้กระบวนการเดียวกับ histological examination แต่เป็นการตรวจชิ้นเนื้อที่ได้จากการ biopsy เนื้อเยื่อที่ผิดปกติ

hysterectomy : การผ่าตัดเอามดลูกออก และบางครั้งเอาปากมดลูกออก (ถ้าเป็นกรณีที่ผ่าตัดมดลูกและตัดปากมดลูกออกด้วย เรียกว่า total hysterectomy, แต่ถ้าผ่าตัดมดลูกออกโดยไม่ตัดปากมดลูกออกด้วย เรียกว่า partial hysterectomy)^[6]

hysterotomy : การผ่าตัดที่เปิดเข้าไปภายในโพรงมดลูก (เช่น การผ่าตัดเพื่อตัดเนื้องอกที่อยู่ภายในโพรงมดลูกออก)

immunocompetent : สภาวะของร่างกายที่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ตามปกติ ^[7]

immunosuppressed (or immunocompromised) : สภาวะของร่างกายที่ระบบภูมิคุ้มกันมีความบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการต้านอันตรายจากเชื้อโรคและจากสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ ลดลง เช่น ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

incidence rate (อุบัติการณ์) : สัดส่วนของคนที่ เป็นโรค (เฉพาะรายใหม่) ต่อประชากรกลุ่มหนึ่งๆ ในช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง เช่น จังหวัด ก. มีประชากรสตรีทั้งหมด 5,000,000 คน มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ 500 รายต่อปี ดังนั้นอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกที่เป็น crude (non-age-standardized) ในจังหวัด ก. เท่ากับ 100 ต่อ 1,000,000 ต่อปี หรือ 10 ต่อ 100,000 ต่อปี

induration : ลักษณะของเนื้อเยื่อที่แข็งผิดปกติ โดยเฉพาะผิวหนัง เกิดได้จากการบวมน้ำ การอักเสบ หรือมีการแทรกซึมเข้าด้านในจากเนื้องอก/มะเร็ง ^[8]

Infiltrating : การลุกลาม/แทรกซึมเข้าด้านใน (มักใช้กับรอยโรค เนื้องอก หรือมะเร็ง)

intravenous pyelogram (IVP) : การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ใช้เพื่อตรวจหาความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ (ไต ท่อไต และกระเพาะปัสสาวะ) ผู้เข้ารับการตรวจจะได้รับการฉีดสารทึบรังสี ซึ่งมีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบเข้าทางเส้นเลือดดำ

koilocytosis : สภาพของเซลล์บางชนิดที่มีลักษณะจำเพาะ (จากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์) คือมี vacuoles รอบๆ นิวเคลียสของเซลล์

laparoscopy (การใช้กล้องส่องตรวจช่องท้อง) : เป็นหัตถการทางศัลยกรรมที่ใช้กล้อง laparoscope (ลักษณะคล้ายท่อบางๆ ขนาดเล็กที่ประกอบด้วยไฟส่องสว่างและเลนส์สำหรับการมองภาพ) สอดผ่านผนังหน้าท้องเข้าไปเพื่อตรวจหาความผิดปกติภายในช่องท้อง

laparotomy (การผ่าตัดท้อง) : การทำผ่าตัดในช่องท้อง

loop electrosurgical excision procedure (LEEP) : เป็นการตัดรอยโรคที่ปากมดลูกและบริเวณ transformation zone ออกทั้งหมดด้วยห่วงลวดไฟฟ้าซึ่งต่อเข้ากับเครื่องกำเนิดไฟฟ้า (electrosurgical unit); ห่วงลวดไฟฟ้านี้สามารถตัดและห้ามเลือดได้ในเวลาเดียวกัน หลังจากตัดปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้าแล้ว แพทย์มักใช้ ball electrode ขนาดเล็กจับบริเวณแผลผ่าตัดที่ปากมดลูกเพื่อห้ามเลือดอีกครั้งหนึ่ง

magnetic resonance imaging (MRI) : การตรวจทางรังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยโรค โดยใช้คลื่นวิทยุ ร่วมกับแม่เหล็กไฟฟ้าที่มีพลังสูงและเชื่อมต่อเข้ากับเครื่องคอมพิวเตอร์ในการสร้างเป็นภาพที่มีรายละเอียดของเนื้อเยื่อภายในร่างกายที่ต้องการตรวจ (ภาพที่ได้มีคุณภาพสูงกว่าภาพที่ได้จากการตรวจ CT scan หรือ เอ็กซเรย์), ซึ่งสามารถแสดงความแตกต่างระหว่างเนื้อเยื่อปกติกับเนื้อเยื่อที่มีพยาธิสภาพได้ ^[9]

menarche (การมีระดูครั้งแรก) : อายุที่หญิงสาวมีระดูครั้งแรก

metaplasia : การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อ(ปกติ)จากชนิดหนึ่งไปเป็นอีกชนิดหนึ่ง เช่น เปลี่ยนจากเยื่อบุผิวชนิดสแควมัส (squamous) ไปเป็นชนิดคอลัมน์นาร์ (columnar)

metastasis (plural : metastases) : การแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะที่อยู่ห่างไกล โดยที่ลักษณะของมะเร็งที่พบจะเหมือนกันมากกับมะเร็งที่ตำแหน่งต้นกำเนิด

microinvasive cervical cancer : มะเร็งจำกัดอยู่ภายในปากมดลูก ลึก <5 มิลลิเมตร และกว้าง <7 มิลลิเมตร; ตรวจพบมะเร็งจากการตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์เท่านั้น

monitoring : การติดตามตรวจสอบกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะสนับสนุนให้กิจกรรมนั้นดำเนินการไปตามแผนที่ตั้งไว้; การติดตามตรวจสอบนี้เกี่ยวข้องกับ การระบุวิธีการประเมินกิจกรรม การใช้ทรัพยากร และการตอบสนองต่อการให้บริการตามข้อกำหนด

morbidity rate (อัตราการเจ็บป่วย หรือทุพพลภาพ) : สัดส่วนของประชากรที่มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคใดโรคหนึ่ง ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง มักจะนำเสนอเป็นจำนวนรายของผู้ป่วยต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี

mortality rate (อัตราการเสียชีวิต) : สัดส่วนของประชากรที่เสียชีวิตจากโรคใดโรคหนึ่ง ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง มักจะนำเสนอเป็นจำนวนรายของผู้เสียชีวิตต่อประชากร 100,000 คน ต่อปี

negative predictive value (of a test) : โอกาสที่ไม่เป็นโรคในกรณีผลตรวจเป็นลบ

neoplasia : กระบวนการของการเจริญเติบโตขึ้นใหม่ หรือของการเกิดก้อนเนื้อออก ในบางครั้งเกิดเป็นมะเร็ง

oncogenic : มีศักยภาพหรือความสามารถในการก่อให้เกิดการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็ง/ ก้อนเนื้อออก

opioid : เป็นยาประเภทหนึ่งที่ใช้แก้อาการปวดอย่างรุนแรง เช่น มอร์ฟีน

outreach (การบริการนอกสถานที่) : การขยายบริการทางสาธารณสุขเชิงรุกออกไปยังประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการ โดยมีเป้าหมายเพิ่มความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ และเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข

parametrium : เนื้อเยื่อที่อยู่บริเวณด้านข้างมดลูกไปจนถึงผนังอุ้งเชิงกราน

pathology (พยาธิวิทยา) : การศึกษาเกี่ยวกับโรค และผลของโรคที่มีต่อเนื้อเยื่อของร่างกาย

peritoneum (เยื่อช่องท้อง) : เนื้อเยื่อบางๆ ซึ่งติดต่อกัน ที่แผ่ครอบคลุมผนังช่องท้อง และอวัยวะภายใน

persistent : คำศัพท์ที่ใช้ระบุโรคหรือโรค ที่ไม่หายไปเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง

pilot study : เป็นการศึกษาทดลองทำโครงการในประชากรจำนวนจำกัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการ (performance) แต่ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวกับผล (outcome) ของงานวิจัยตัวจริง (ซึ่งต้องได้จากการศึกษาในประชากรขนาดใหญ่)

positive predictive value (of a test) : โอกาสที่เป็นโรคในกรณีผลตรวจเป็นบวก

prevalence rate (อัตราความชุกของโรค) : สัดส่วนของคนที่เป็นโรค (ทั้งรายใหม่ และรายเก่า) ต่อกลุ่มประชากรที่กำหนดไว้ ณ ช่วงเวลาใดช่วงเวลาหนึ่ง

primary prevention (การป้องกันปฐมภูมิ) : การดำเนินการ (ใดๆ) เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัส (exposure) สาเหตุหลักที่ทำให้เกิดโรค; ในกรณีมะเร็งปากมดลูก ได้แก่การป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี

primary treatment (or primary therapy) : การรักษาซึ่งมักถูกนำมาใช้เป็นลำดับแรก (การรักษาหลัก) โดยหวังผลให้โรคหรือภาวะใดภาวะหนึ่งหายขาด (เช่น มะเร็งปากมดลูกระยะ IA1 ในผู้ป่วยที่มีบุตรเพียงพอแล้ว แนะนำให้รักษาด้วยการผ่าตัดมดลูกชนิด total hysterectomy เป็นการรักษาลำดับแรก)

prognosis (การพยากรณ์โรค) : การพยากรณ์ผลการรักษาโรคใดโรคหนึ่ง โดยอาศัยจากประสบการณ์การรักษาผู้ป่วยหลายๆ รายที่เป็นโรคนั้นๆ เดียวกันระยะเดียวกันและได้รับการรักษาเช่นเดียวกัน

quadrivalent : วัคซีนซึ่งออกฤทธิ์โดยกระตุ้นการตอบสนองให้เกิดภูมิคุ้มกันต่อ antigen (แอนติเจน) 4 ชนิด เช่น Gardasil เป็นวัคซีนที่ป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี 4 สายพันธุ์ ได้แก่ สายพันธุ์ 6, 11, 16 และ 18 ^[10]

radiotherapy (or radiation therapy) (รังสีรักษา) : การรักษาด้วยรังสีพลังงานสูง (high-energy radiation) ซึ่งมองไม่เห็นด้วยตาเปล่า โดยฉายตรงไปที่ก้อนมะเร็งและบริเวณโดยรอบ; รังสีจะทะลุทะลวงร่างกายและไปทำลายเซลล์มะเร็ง มีผลทำให้ก้อนมะเร็งถูกกำจัดออกไปทั้งหมดหรือบางส่วน เซลล์มะเร็งที่ถูกทำลายนี้ในที่สุดจะถูกกำจัดออกจากร่างกายผู้ป่วย

recurrence (of lesions, disease) : การกลับเป็นซ้ำของรอยโรค หรือของโรคซึ่งก่อนหน้านี้เคยหายไปแล้วจากการรักษา

regression : ภาวะที่ความผิดปกติ (รอยโรค เนื้องอก หรือมะเร็ง) มีความรุนแรงลดลงหรือหายไป

reliability or reproducibility (ความเชื่อถือได้) : เป็นกรณีที่การรักษาหรือการตรวจ (test) วิธีใดวิธีหนึ่งให้ผลเช่นเดิม เมื่อทำการรักษาหรือตรวจซ้ำแล้วซ้ำอีก (จากผู้ให้การรักษาหรือผู้ทำการตรวจคนอื่น ๆ)

screening (การคัดกรอง) : เป็นมาตรการทางสาธารณสุขที่ทำในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มีอาการผิดปกติ; เป็นการตรวจ(เบื้องต้น)ที่มีวัตถุประสงค์ไม่ใช่เพื่อวินิจฉัยโรค แต่เป็นการระบุว่าบุคคลผู้นั้นมีโอกาสสูงที่เป็นโรคอยู่ หรือมีโรครยะเริ่มแรก (precursor) อยู่

screen-negative : ผลของการ(ตรวจ)คัดกรองไม่พบความผิดปกติ (เป็นลบ)

screen-positive : ผลของการ(ตรวจ)คัดกรองพบความผิดปกติ (เป็นบวก)

secondary prevention (การป้องกันทุติยภูมิ) : เป็นระดับ (level) หนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกันที่มุ่งเน้นไปที่การตรวจวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก (early diagnosis), การใช้บริการการส่งต่อ และการเริ่มให้การรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อเป็นการหยุดยั้งการลุกลามของโรค หรือความพิการที่ทำให้ด้อยสมรรถภาพ ^[11]

secondary treatment (or secondary therapy) : การรักษาซึ่งสามารถนำมาใช้หลังจากที่ได้รับ การรักษาหลัก (primary treatment) แล้ว

sensitivity (ความไว) : สัดส่วนของคนที่เป็นโรคที่ถูกระบุได้ถูกต้องจากการตรวจที่ผลเป็นบวก (true positives; ผลบวกจริง)

specificity (ความจำเพาะ) : สัดส่วนของคนที่ไม่ได้เป็นโรคที่ถูกระบุได้ถูกต้องจากการตรวจที่ผล เป็นลบ (true negatives; ผลลบจริง)

squamocolumnar junction (SCJ) : รอยต่อระหว่างเยื่อเมือกชนิดคอลัมน์ (columnar) กับเยื่อ เมือกชนิดสแควมัส (squamous) บนปากมดลูก รอยต่อนี้เป็นส่วนหนึ่งของ transformation zone ^[12] (ดูเพิ่มเติม : transformation zone)

squamous intraepithelial lesion (SIL) : รอยโรคก่อนมะเร็ง(ปากมดลูก) หรือความผิดปกติของ เยื่อเมือกปากมดลูกชนิดสแควมัส (squamous); การจำแนกในระบบ Bethesda ได้แยก SIL ออกเป็น low-grade SIL (LSIL) และ high-grade SIL (HSIL); แนะนำให้ใช้การจำแนกในระบบนี้เท่านั้นในการรายงานผลการ ตรวจทางเซลล์วิทยา

survival rate (อัตราการรอดชีพ) : สัดส่วนของประชากรที่เป็นโรคนั้นๆ ทั้งหมดที่ยังมีชีวิตอยู่ ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง

syncope : การหมดสติชั่วคราว มีอาการหน้ามืด เป็นลม

syndromic treatment : แนวทางการรักษาโรคติดเชื้อโดยอาศัยความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคที่ เชื่อมโยงไปยังเชื้อที่เป็นสาเหตุ ตัวอย่างเช่น ปากมดลูกอักเสบจากการติดเชื้อสามารถให้การรักษาด้วย การใช้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียม โดยไม่ต้องมีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการยืนยันว่าเป็นเชื้อตัวใดก่อนได้

teletherapy : ดู external-beam radiation therapy

tertiary prevention (การป้องกันตติยภูมิ) : เป็นระดับ (level) หนึ่งของเวชศาสตร์ป้องกัน ที่เกี่ยวข้องกับ การฟื้นฟู (rehabilitation) และการทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกลับมาช่วยเหลือตัวเองและมี คุณประโยชน์ได้ดีที่สุด โดยที่เสี่ยงต่อการเกิดซ้ำของความผิดปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจน้อยที่สุด ^[13]

trachelectomy : การผ่าตัดปากมดลูกออก โดยไม่ได้ตัดตัวมดลูก (uterine fundus) ออกด้วย

transformation zone (T-zone) : T-zone ของปากมดลูกเป็นอัตลักษณ์ (entity) ที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เกิดขึ้นเมื่อเด็กหญิงเข้าสู่วัยรุ่น เป็นบริเวณที่เยื่อเมือกชนิดคอลัมน์ (columnar) ถูกแทนที่ด้วยเยื่อเมือกชนิดสแควมัส (squamous) ^[14] (ดูเพิ่มเติม : squamocolumnar junction)

true negative (ผลลบจริง) : คำนวณได้จากค่าความจำเพาะ (specificity) ของการตรวจ ผู้รับบริการที่ผลการตรวจเป็นผลลบจริงไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา

true positive (ผลบวกจริง) : คำนวณได้จากค่าความไว (sensitivity) ของการตรวจ
ผู้รับบริการที่ผลการตรวจเป็นผลบวกจริงต้องได้รับการรักษาตามความจำเป็น

ulcerating : สภาวะที่มะเร็งบางชนิดกินเข้าไปในเนื้อเยื่อทำให้เกิดเป็นแผลตื้นๆ

.....

- [1] ดัดแปลงจาก United States National Cancer Institute (NCI) Dictionary of Cancer Terms
(www.cancer.gov/dictionary)
- [2] NCI Dictionary of Cancer Terms
- [3] ดัดแปลงจาก NCI Dictionary of Cancer Terms
- [4] NCI Dictionary of Cancer Terms
- [5] NCI Dictionary of Cancer Terms
- [6] NCI Dictionary of Cancer Terms
- [7] NCI Dictionary of Cancer Terms
- [8] คำจำกัดความมาจาก Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary
Online (medical-dictionary.thefreedictionary.com)
- [9] ดัดแปลงจาก NCI Dictionary of Cancer Terms
- [10] ดัดแปลงจาก NCI Dictionary of Cancer Terms
- [11] คำจำกัดความมาจาก Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary
Online
- [12] Mukonoweshuro P, Oriowolo A, Smith M. Audit of the histological definition of cervical transformation zone.
J Clin Pathol. 2005;58(6) :671.
- [13] คำจำกัดความมาจาก Mosby's Medical Dictionary, 8th edition, Elsevier, 2009, cited in The Free Dictionary
Online
- [14] Mukonoweshuro P, et al. (2005)



