

แบบสรุปรูปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง  
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา  
พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ Slide Pap smear ค้างที่แผนก

ลำดับที่ .....ปี 2560

หน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชวิทยา

QMS-000-4-001-04

Rev. 20/12/2559

## รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

- 1 นางเกศสุดา แม่หละเจริญพร หัวหน้าโครงการ
- 2 นางสาวภัทรา มาระกุล
- 3 นางสาวอัญชลีพรอยู่เล็ก
- 4 นางวรรณภา พุ่มประสพ
- 5 นางสาวปรารถนา จำปา
- 6 นางสาววลีพร อยู่ยง
- 7 นางสาวชุตินา มูลประจักษ์
- 8 นางสาวขจีจิตต์ หนูช่วย
- 9 นางสาวสุวรรณี จินดาธรรม
- 10 นางสาววรรณิตา จันทร์แบน

## 5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1 ผู้รับบริการเร่งด่วน/ฉุกเฉินไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที
- 2 Slide Pap smear ค้างที่แผนก ไม่ได้ส่งตรวจ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับผลตรวจ
- 3 การให้บริการผิด(คน เวชระเบียน สิ่งส่งตรวจ ยา และอื่นๆ)
- 4 ข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ
- 5 ผู้รับบริการไม่ได้รับการเลื่อนนัดตรวจเมื่อแพทย์งดออกตรวจ

## โครงการที่เลือกมาดำเนินการ พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ Slide Pap smear ค้างที่แผนก

### หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ (อ้างอิงข้อมูลสถิติและผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา)

จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสอง(รองจากมะเร็งเต้านม) หากมีการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งตามขั้นตอนที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ วิธีการตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูกโดยการทำ Pap smear นั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะแรกมาก่อนจะเป็นมะเร็งและสามารถรักษาให้หายขาดได้

สำหรับแผนกนี้เวชตั้งแต่เดือน เม.ย. - ก.ย. 59 ระยะเวลา6เดือน มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 2695 ราย และมีจำนวนSlide Pap smear ที่เหลือค้าง ไม่ได้ส่งตรวจ 41 ราย

คิดเป็น1.52% จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิปกติ 74ราย คิดเป็น2.74 % และจำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิปกติได้รับการติดตามตรวจรักษาเพิ่มเติม 61ราย คิดเป็น2.26 % ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการที่ไม่ได้ส่งslide 11 ราย คิดเป็น0.40%

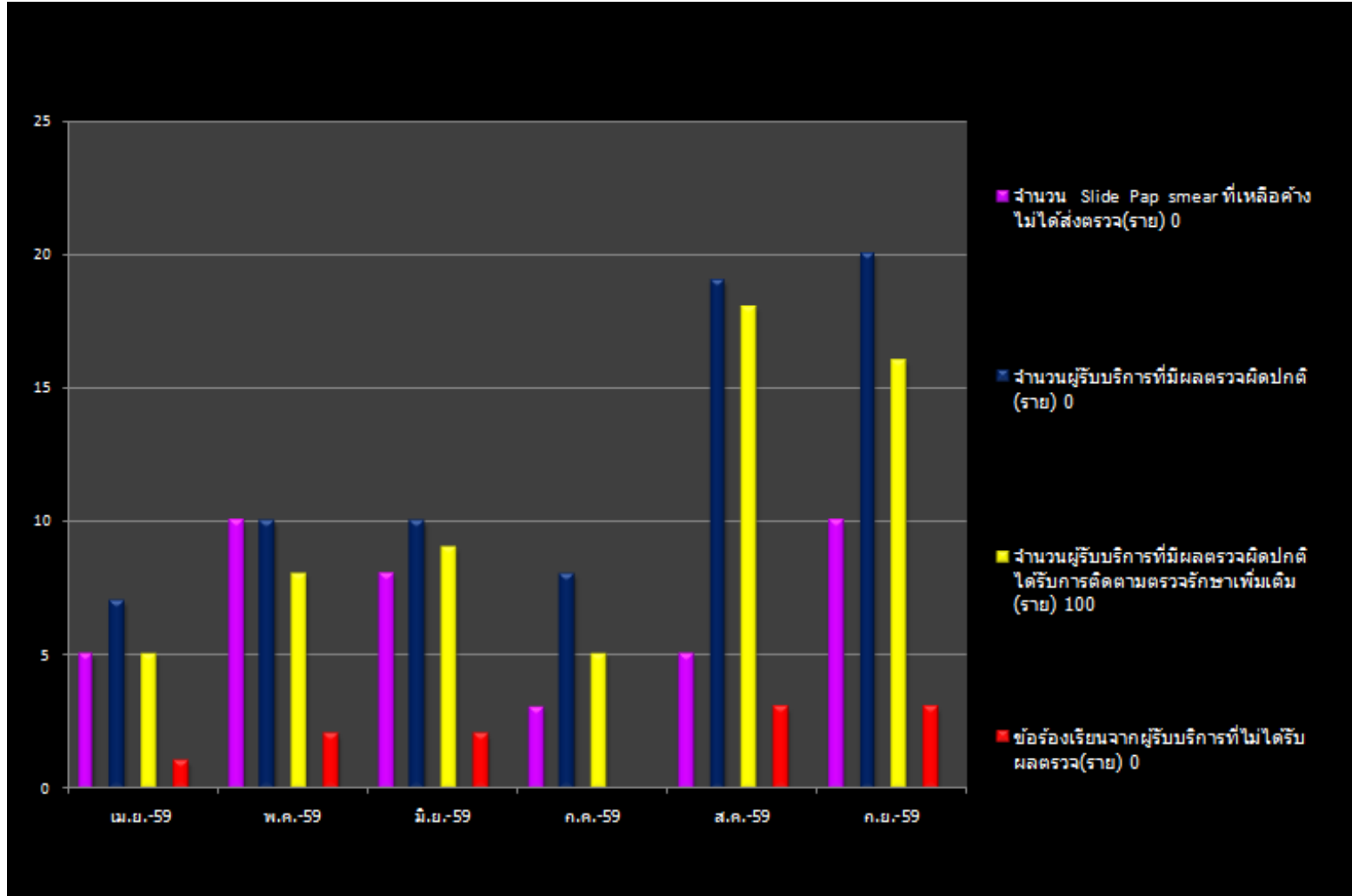
ตั้งนั้นทางหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกริเวชวิทยา ชั้น 2 จึงเล็งเห็นความสำคัญและได้ดำเนินโครงการ การพัฒนาระบบคัดกรองการตรวจมะเร็งปากมดลูกขึ้นมาและเพื่อให้ Slide Pap smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน 100% และผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับผลการตรวจครบถ้วน (แจ้งผลโดยการส่งไปรษณีย์และส่งSMS) ถูกต้องและได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องทุกราย

### ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา ปีงบประมาณ 2559

(สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

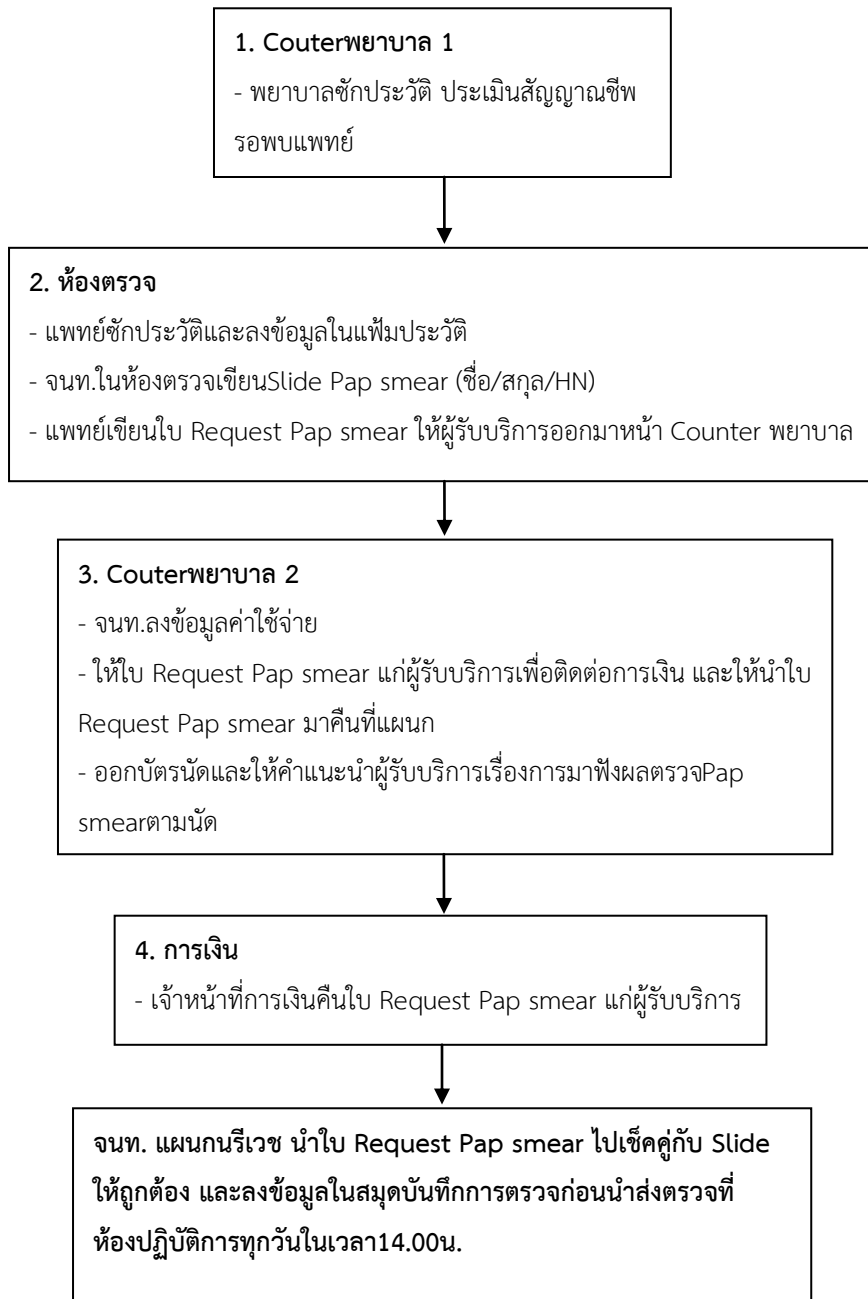
ที่	รายการ	เป้า หมาย	ปีงบประมาณ 2559					
			เม.ย.59	พ.ค.59	มิ.ย.59	ก.ค.59	ส.ค.59	ก.ย.59
1	จำนวนผู้รับบริการที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(ราย)	-	485 ราย	456 ราย	419 ราย	423 ราย	468 ราย	444 ราย
2	จำนวน Slide Pap smear ที่เหลือค้างไม่ได้ส่งตรวจ(ราย)	0%	5 ราย 1.03%	10 ราย 2.19%	8 ราย 1.90%	3 ราย 0.70%	5 ราย 1.06%	10 ราย 2.25%
3	จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิปกติ(ราย)	-	7 ราย 1.44%	10 ราย 2.19%	10 ราย 2.38/%	8 ราย 1.89%	19 ราย 4.05%	20 ราย 4.50%
4	จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิปกติได้รับการติดตามตรวจรักษาเพิ่มเติม(ราย)	100%	5 ราย 71.4%	8 ราย 80%	9 ราย 90%	5 ราย 62.5%	18 ราย 94.7%	16 ราย 80%
5	ข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการที่ไม่ได้ส่งslide(ราย)	0%	1ราย 0.20%	2ราย 0.43%	2ราย 0.47%	0ราย 0%	3ราย 0.64%	3ราย 0.67%

นำเสนอข้อมูลผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหาในรูปแบบกราฟ ปีงบประมาณ 2559

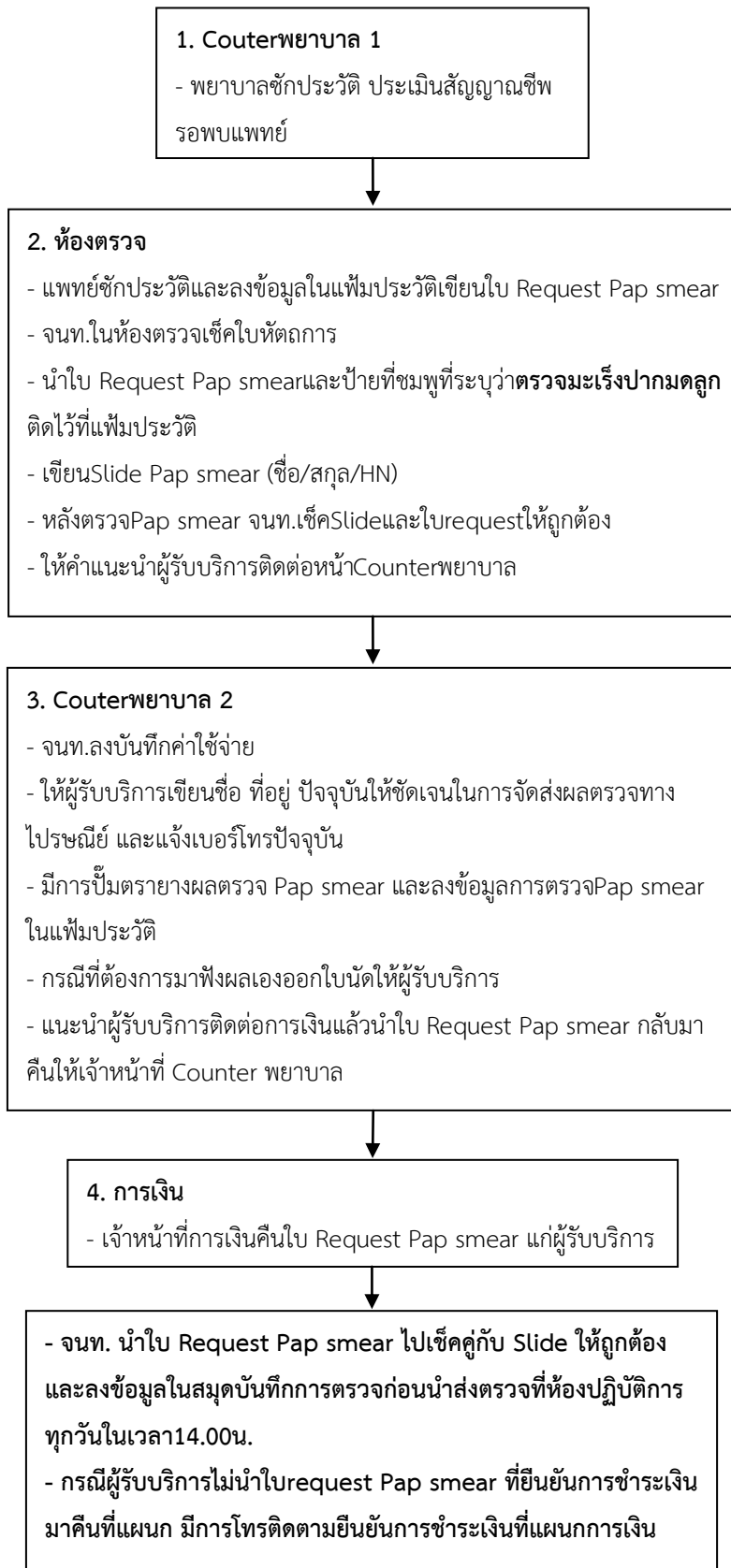


**กรณีผลงาน** Lean Management ลดขั้นตอนหรือระยะเวลา ควรแสดงผังวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระยะเวลาก่อนการดำเนินการ

- ขั้นตอนก่อนการดำเนินการ

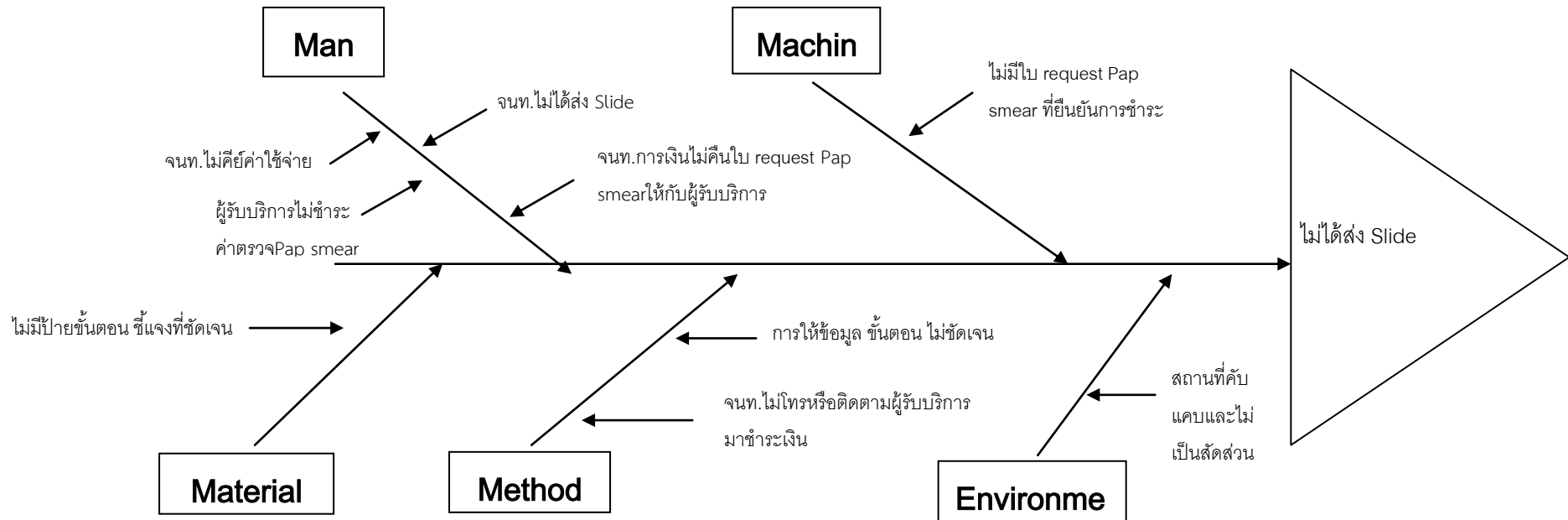


- ขั้นตอนหลังการดำเนินการ



การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิแกงปลา หรือ แผนภูมิต้นไม้)

ตัวอย่างการการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิแกงปลา



- M - Man บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
- M - Method วิธีการ/กระบวนการทำงาน
- M - Material วัสดุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ
- M - Machine อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก
- E - Environment ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง

### วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อลดอัตราข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องไม่ได้รับผลตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. Slide Pap smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน ไม่มี Slide ค้าง
3. เพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกได้ตั้งแต่วัยก่อนเป็นมะเร็ง และได้มารับการตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อเนื่องทุกราย

### ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องไม่ได้รับผลตรวจมะเร็งปากมดลูก 0%
2. อัตรา Slide Pap smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน ไม่มี Slide ค้าง 0%
3. อัตราผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีผลผิดปกติได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อเนื่อง 100%

### ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560

ช่วงเวลา (เดือน)	2559			2560								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
วางแผน Plan	—————											
ลงมือแก้ปัญหา Do				—————								
ตรวจสอบผล Check							.....	.....	.....			
แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน										.....	.....	.....

1. เส้นแผนงาน ด้วยเส้น .....
2. การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น —————



## การปรับปรุงพัฒนา

### ตารางสรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวิธีการที่กำหนด

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จนท.ไม่ได้ส่ง Slide Pap smear</li> <li>2. จนท.ไม่คีย์ค่าใช้จ่ายเนื่องจากแพทย์ไม่ได้เขียนข้อมูลการตรวจในใบหัตถการ/แฟ้มประวัติผู้ป่วย</li> <li>3. ผู้รับบริการลืม/ไม่ชำระค่าตรวจ</li> <li>4. จนท.การเงินไม่คืนใบ Request Pap Smear ให้กับผู้รับบริการ</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. มอบหมายจนท.เช็ค Slide Pap smear และติดสติ๊กเกอร์(ชื่อ-สกุล/HN) ในสมุดบันทึก และทำการส่งที่ห้องตรวจปฏิบัติการในเวลา 14.00น. ทุกวัน</li> <li>2. ประชุมและแจ้งจนท.ในห้องตรวจ ให้เช็คข้อมูลในใบหัตถการ/แฟ้มประวัติผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนนำออกมาให้จนท. Counterพยาบาลคีย์ค่าใช้จ่าย</li> <li>3. มอบหมายจนท.โทรหรือติดตามผู้รับบริการมาชำระค่าตรวจภายใน 1 สัปดาห์ เนื่องจากหากส่งตรวจล่าช้ากว่าที่กำหนด ปริมาณเซลล์ที่ตรวจอาจลดจำนวนลง ทำให้ห้องปฏิบัติการแปรผลตรวจไม่ได้</li> <li>4. มอบหมายจนท.โทรติดตามใบ Request Pap smear จากห้องการเงินเพื่อส่งพร้อมกับ Slide Pap smear</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. น.ส.วรรณภา พุ่มประสพ</li> <li>2. น.ส.วรรณิดา จันทร์แบน</li> <li>3. น.ส.สุวรรณี จินดาธรรม</li> </ol>	ด.ค. 2559	ก.ย. 2560	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จำนวน Slide Pap smear ได้รับการส่งที่ห้องตรวจปฏิบัติการทุกวันในเวลา 14.00น.</li> <li>2.จนท.ในห้องตรวจเข้าใจและทำตามขั้นตอนในการให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก</li> <li>3.ยังมีจำนวน Slide Pap smear ค้างที่แผนกเนื่องจากผู้รับบริการไม่ชำระค่าตรวจและโทรติดต่อให้มาชำระเงินไม่ได้</li> <li>4.ไม่มีใบ Request Pap smear ค้างที่แผนกการเงิน</li> </ol>
Method	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การให้ข้อมูล ขั้นตอน ไม่ชัดเจน</li> <li>2. จนท.ไม่โทรหรือติดตามผู้รับบริการมาชำระเงิน</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จนท.ให้ข้อมูลขั้นตอนการตรวจ Pap smear ที่ชัดเจนกับผู้รับบริการและแจ้งเบอร์โทรปัจจุบัน ในทุกวันเวลา 8.30น. ก่อนเข้าตรวจ</li> <li>2. มอบหมายจนท.ให้รับผิดชอบเรื่องการโทรติดตามผู้รับบริการมาชำระค่าตรวจภายใน 1 สัปดาห์</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. นางเกศสุตา แม่ทะเลเจริญพร</li> <li>2. น.ส.ขจีจิตต์ หนูช่วย</li> </ol>	ด.ค. 2559	ก.ย. 2560	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ผู้รับบริการรับทราบขั้นตอนการตรวจ Pap smear</li> <li>2.กรณีโทรติดต่อไม่ได้ภายใน 1 สัปดาห์ก็จะมีการทิ้งslide เพราะหากส่งตรวจล่าช้ากว่าที่กำหนด ปริมาณเซลล์ที่ตรวจอาจลดจำนวนลง ทำให้อ่านค่าไม่ได้</li> </ol>

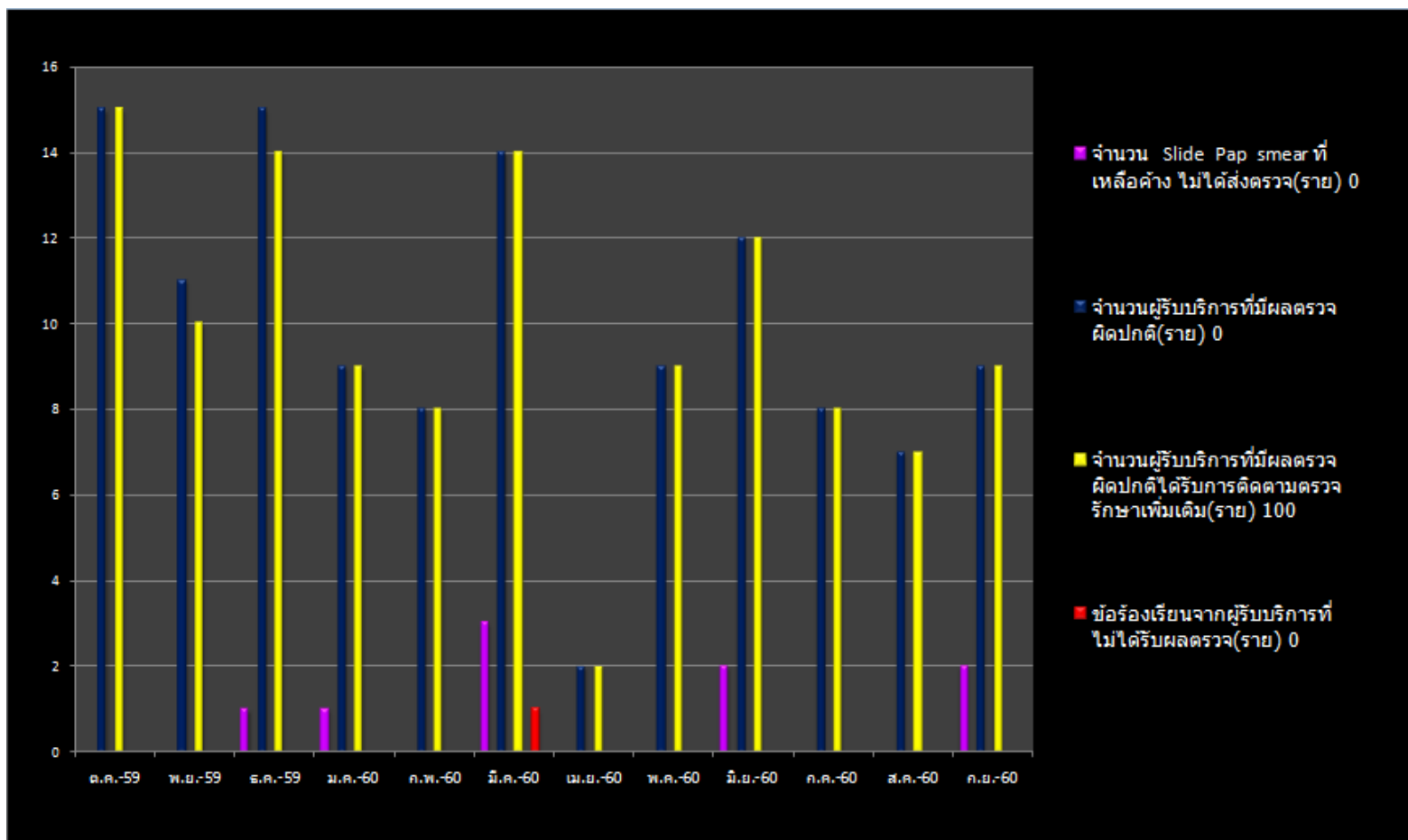
ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Material	1. ไม่มีป้ายขั้นตอนการตรวจPap smearชี้แจงที่ชัดเจน	1. จัดทำป้ายชี้แจงขั้นตอนการตรวจPap smear ที่ชัดเจนแก่ผู้รับบริการไว้ที่หน้าห้องตรวจและในห้องตรวจ	1. น.ส.อัญชลีพร อู่เล็ก 2. น.ส.ปรารภนา จำปา	ต.ค. 2559	ก.ย. 2560	1.ผู้รับบริการรับทราบขั้นตอนการตรวจPap smearจากป้ายที่จัดทำขึ้นมา
Machine	1.ผู้รับบริการไม่นำใบrequest Pap smear ที่ยืนยันการชำระเงินมาคืนที่แผนก 2.จนท.การเงินไม่คืนใบ request Pap smearให้กับผู้รับบริการ	1.จนท.โทรติดตามข้อมูลการชำระเงินจากห้องการเงินและให้แพทย์เขียนใบrequest Pap smear ใหม่ 2.โทรติดตามใบrequest Pap smearที่ชำระเงินแล้วจากแผนกการเงิน	1. น.ส.ชุตินา มูลประจักษ์ 2. น.ส.วลีพร อยุธยา	ต.ค. 2559	ก.ย. 2560	1.มีใบ request Pap smear ส่งพร้อมSlide Pap smearทุกวันในเวลา14.00น.
Environment	1. สถานที่คับแคบและไม่เป็นสัดส่วน	1.จัดทำป้ายที่ชัดเจน จัดหาหมุมและสถานที่ให้เป็นสัดส่วน ง่ายต่อการจัดเก็บSlide Pap smearและใบ Request Pap smear	1. น.ส.ภัทรา มาระกุล	ต.ค. 2559	ก.ย. 2560	1.สถานที่ในแผนกเป็นสัดส่วน มีป้ายบอกตำแหน่งที่ชัดเจน สะดวกต่อการจัดเก็บSlide Pap smear และใบ Request Pap smear

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา

(สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ที่	รายการ	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2560											
			ต.ค. 59	พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค.60	เม.ย. 60	พ.ค. 60	มิ.ย. 60	ก.ค. 60	ส.ค. 60	ก.ย. 60
1	จำนวนผู้รับบริการ ที่ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (ราย)	-	394 ราย	398 ราย	349 ราย	353 ราย	380 ราย	396 ราย	407 ราย	537 ราย	481 ราย	424 ราย	441 ราย	424 ราย
2	จำนวน Slide Pap smear ที่ เหลือค้าง ไม่ได้ส่ง ตรวจ(ราย)	0%	0 ราย	0 ราย	1 ราย	1 ราย	0 ราย	3 ราย	0 ราย	0 ราย	2 ราย	0 ราย	0 ราย	2 ราย
			0%	0%	0.28 %	0.28 %	0%	0.75 %	0%	0%	0.41 %	0%	0%	0.70 %
3	จำนวนผู้รับบริการ ที่มีผลตรวจผิดปกติ (ราย)	-	15 ราย	11 ราย	15 ราย	9 ราย	8 ราย	14 ราย	2 ราย	9 ราย	12 ราย	8 ราย	7 ราย	9 ราย
			3.80 %	2.76 %	4.29 %	2.54 %	2.10 %	3.53 %	0.49 %	1.67 %	2.49 %	1.88 %	1.58 %	2.12 %
4	จำนวนผู้รับบริการ ที่มีผลตรวจผิดปกติ ได้รับการติดตาม ตรวจรักษาเพิ่มเติม (ราย)	100%	15 ราย	10 ราย	14 ราย	9 ราย	8 ราย	14 ราย	2 ราย	9 ราย	12 ราย	8 ราย	7 ราย	9 ราย
			100 %	90.9 %	93.3 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
5	ข้อร้องเรียนจาก ผู้รับบริการที่ไม่ได้ ส่งslide(ราย)	0%	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	1 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย
			0%	0%	0%	0%	0%	0.25 %	0%	0%	0%	0%	0%	0%

นำเสนอข้อมูลผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังการแก้ปัญหาในรูปแบบกราฟ ปีงบประมาณ 2560



## สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

1. จำนวน Slide ที่ค้างค้างในแผนกคลอด ส่วนสาเหตุที่ Slide ค้างค้างเนื่องจากผู้รับบริการไม่ได้ติดต่อชำระเงินค่าตรวจและโทรติดต่อไม่ได้
2. ผู้รับบริการที่ผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการมาตรวจรักษาเพิ่มเติมด้วยการส่องกล้องตรวจพิเศษ (colposcopy) โดยการโทรศัพท์ติดตามและกรณีโทรติดต่อไม่ได้จะส่งจดหมายแจ้งไปตามที่อยู่ที่ระบุไว้
3. บุคลากรแผนกนรีเวชมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับขั้นตอนในการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการติดตามผู้รับบริการมาตรวจรักษาเพิ่มเติม
4. ไม่พบข้อร้องเรียนในการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

## บทเรียนที่ได้รับ

1. บุคลากรแผนกนรีเวชมีการพัฒนาระบบงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการให้บริการไปในแนวทางที่ดีขึ้น
2. ความร่วมมือของบุคลากรทำให้การทำงานประสบผลสำเร็จ ผู้รับบริการได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานเป็นไปตามตัวชี้วัดและการวัดคุณภาพบริการ
3. ผู้รับบริการที่ผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เห็นความสำคัญของการมาตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อเนื่องมากขึ้น

## การพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดบุคลากรให้คำแนะนำเรื่องขั้นตอนการตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูกแก่ผู้รับบริการทุกวันก่อนเข้าห้องตรวจ
2. จัดสอนกลุ่มเป้าหมายที่ผลตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับบริการเห็นความสำคัญและมาตรวจรักษาเพิ่มเติมต่อเนื่องทุกราย

## นวัตกรรมที่ได้จากการดำเนินโครงการ

1. ป้ายขั้นตอนเข้ารับการตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูกติดไว้ในแผนกและห้องตรวจ
2. แผ่นป้ายกระดาศีชมพูที่ระบุว่าได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วสำหรับติดหน้าแฟ้มประวัติ
3. ป้ายตรายางผลตรวจ Pap smear
4. แผ่นกระดาศีเหลืองที่ระบุว่าชำระเงินแล้วให้นำใบ Request Pap smear มาคืนที่แผนกนรีเวชชั้น 2

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงานเรื่องการตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูกแผนกผู้ป่วยนอกนรีเวช  
กิจกรรม CQI จะทำต่อไปในอนาคต พัฒนาระบบการติดตามผู้รับบริการใส่อุปกรณ์พยุงช่องคลอด

(Pessary in Pelvic Organ Prolapse)

\*นวัตกรรม คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ

1. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ทั้งหมดหรือบางส่วน ไม่เคยมีใครคิดนำมาใช้ก่อน

2. เป็นสิ่งที่เคยมีมาแล้ว แต่นำมาปรับปรุงเสริมแต่งขึ้นใหม่ให้เหมาะสม
3. จะต้องไม่เป็นส่วนของระบบงานในปัจจุบัน

**แผ่นป้ายติดหน้าแฟ้ม**

**ผู้รับบริการได้รับการ  
ตรวจ PAP Smear แล้วค่ะ**

**ตราปั๊มผล PAP  
Smaer**

วันที่ตรวจ.....แพทย์ผู้ตรวจ.....  
ผล PAP Smear.....  
ผล HPV DNA testing.....  
แจ้งผลโดย.....  
นัดติดตาม.....

ป้ายขั้นตอนตรวจ  
PAP Smear

## ขั้นตอนการตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวช



- 1 **Couter** พยาบาล ชักประวัติ เข็มรอเรียกชื่อ  
เข้าพบแพทย์
- 2 **ห้องตรวจ** เปลี่ยนผ้าถุง ทอดกางเกงใน
- 3 **ขึ้นนอนบนเตียงตรวจ** กันซิกขอบเตียง  
ยกขาพาดบนขาหยั่งทิ้ง 2 ข้าง
- 4 **ตรวจเสร็จแล้วเปลี่ยนชุด** เอาผ้าถุงใส่ตะกร้า
- 5 **ผู้รับบริการนำแฟ้มประวัติและใบตรวจ  
PAP Smear** ติดต่อ **Couter พยาบาล 2**

แผ่นป้ายติดหน้าแฟ้ม

\* ชำระเงินแล้ว

กรุณานำใบ PAP Smear กลับมาคืนที่แผนกนรีเวช ชั้น 2 ค่ะ