



พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2541

ISBN 974-589-788-4

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

อําไพ สุภาภา

อําไพ สุภาภา

ผู้วิจัย

จรรยาวัตร คมพิชัย ส.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ชวนพิศ นรเดชาพันธ์ ค.ม. (อุดมศึกษา), Certified

English National Board in Oncology Nursing

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อําไพ สุภาภา

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อําไพ สุภาภา

อําไพ สุภาภา (พยาบาล), M.P.H.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. วิจัย

อ. วิจัย

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

อ. วิจัย

อ. วิจัย

พ.บ., น.บ., M.S., Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่

วันที่ 23 เมษายน พ.ศ. 2541

อ่ำไพ สุภาภา

อ่ำไพ สุภาภา

ผู้วิจัย

จรรยาวัตร คมพักษณ์ ศ.ค. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

พรศรี ศรีอัญญาพร วท.บ. (พยาบาล),

ค.ม. (วิจัยทางการศึกษา)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ชวนพิศ นรมคานนท์ ค.ม. (อุดมศึกษา), Certified

English National Board in Oncology Nursing
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

วสันต์ ศิลปสุวรรณ

Dr.P.H. (Health service development)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อุษาพร ขวลิคนิธิกุล วท.บ. (พยาบาล),

M.P.H.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต

พ.บ., น.บ., F.R.C.P.
คณบดี

ทัศนา บุญทอง

ค.บ., M.S., Ed.D.
คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างคึกจาก รองศาสตราจารย์ ดร. จริยาวัตร คมพัยค์ษ์ รองศาสตราจารย์ อุษาพร ชาลิตนิธิกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชวนพิศ นรเดชานนท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบ แก้ไข และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ ศิลปสุวรรณ และรองศาสตราจารย์ พรรณี ศรี อัญญาพร ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอันเป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด กาญจนบุรี และสุพรรณบุรี เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยตำบลคอนตาเพชร ตำบลรางหวาย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี และเจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัยตำบลไร่รอด ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้อนุเคราะห์และอำนวยความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาให้ทุนอุดหนุนจากกองทุน China Medical Board of New York, Inc.

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อและคุณแม่ ที่ให้ชีวิต ขอขอบพระคุณพี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆทุกคนที่ให้ความรัก ความห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

อำไพ สุภภา

3936913 NSAN/M : สาขาวิชา : การพยาบาลผู้ใหญ่ ; พย.ม.(การพยาบาลผู้ใหญ่)
 ศัพท์สำคัญ : โรคมะเร็งปากมดลูก / พฤติกรรมการป้องกันโรค / แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
 อำเภอ สุภาพา : พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรใน
 ภาคตะวันตก (PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR REGARDING CERVICAL CANCER
 AMONG AGRARIAN HOUSE-WIVES IN WESTERN THAILAND) คณะกรรมการควบคุม
 วิทยานิพนธ์ : จริยาวัตร คมพยัคฆ์ วท.ม., ศ.ค.(การพยาบาลสาธารณสุข) อุษาพร ชาวลิตนิธิกุล
 วท.บ., M.P.H. ชวนพิศ นรเศรษฐานนท์ ค.ม.(อุดมศึกษา) , Certified English National Board in
 Oncology Nursing 116 หน้า ISBN 974-589-788-4

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบมากที่สุดของโรคมะเร็งในสตรี และเป็นสาเหตุของการ
 การตายในลำดับต้นๆที่โรคนี้อาจป้องกันได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา
 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และศึกษาความสัมพันธ์
 ระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้าน
 เกษตรกรในภาคตะวันตก จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยแบบ
 สัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 ของเพียร์สัน และไค - สแควร์

ผลการวิจัยพบว่า แม่บ้านเกษตรกร ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปาก
 มดลูก ไม่พึงประสงค์ ในระดับปฐมภูมิ(ร้อยละ 70.5) ในทุกๆด้าน และในระดับทุติยภูมิ คือ
 การไม่ไปตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ถึงร้อยละ 93.0 มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก
 มดลูกที่ถูกต้อง และไม่ถูกต้องใกล้เคียงกัน ด้านความสัมพันธ์ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร
 เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง
 ในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ในระดับค่า($r = .107$)

ผู้วิจัยเสนอแนะให้บุคลากรในทีมสุขภาพ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง
 ปากมดลูก แก่แม่บ้านเกษตรกรด้วยวิธีการต่างๆที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ที่
 พึงประสงค์ อย่างสม่ำเสมอ และจัดบริการตรวจเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ให้แม่บ้านเกษตรกร
 สามารถได้รับการตรวจอย่างครอบคลุม

3636913 NSAN / M : MAJOR : ADULT NURSING ; M.N.S. (ADULT NURSING)

KEY WORD : CERVICAL CANCER / PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR / AGRARIAN
HOUSE-WIVES IN WESTERN THAILAND

AMPHAI SUPHAPHA : PREVENTIVE HEALTH BEHAVIOR REGARDING
CERVICAL CANCER AMONG AGRARIAN HOUSE-WIVES IN WESTERN THAILAND.

THESIS ADVISOR : JARIYAWAT KOMPAYAK M.P.H., Dr. P.H. USAPORN
CHAVALITNITIKUL B.Sc., M.P.H. CHUANPIT NORRADECHANONT M. Ed. (Higher
Education), Certified English National Board in Oncology Nursing. 116 p. ISBN 974-589-788-4

Cervical cancer is the most common cancer among women and it is the leading cause of death. However, it is preventable if its first stage is diagnosed early. The objectives of this study are :1) to investigate preventive health behavior regarding cervical cancer; 2) to identify the relationships among related factors and preventive health behavior regarding cervical cancer. The study was conducted with 400 women by random sampling. Data collection was done by using the interview technique with structured questionnaires on preventive health behavior. The percentage, mean and correlation using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and chi-square were employed for data analysis.

The results show that the subjects had undesirable health behavior in cervical cancer prevention. The majority of agrarian house-wives in western Thailand possessed undesirable primary (70.5%) and secondary (93.0%) preventive health behavior. The perception of cervical cancer was correct (54.0%) and incorrect (46.0%). There were significant relationships between information known about cervical cancer and primary and secondary prevention. The perception of cervical cancer was statistically low related to primary prevention ($r = .107$).

Regarding the research findings, it is recommended that health teams should be encouraged to provide more information concerning cervical cancer and pap smear service for agrarian house-wives to encourage them to continuously perform preventive health behavior.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญตาราง.....	ช
สารบัญแผนภูมิ.....	ฉ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	3
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
นิยามตัวแปร.....	7
2. ทบทวนวรรณกรรม.....	9
โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน.....	9
พฤติกรรมป้องกันการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมป้องกันการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก.....	28
พฤติกรรมป้องกันการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกร ในภาคตะวันตก.....	42
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	47
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	55
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	56
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. ผลการศึกษา.....	60
5. อภิปราย.....	79
6. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	90
สรุปผลการวิจัย.....	90
ข้อเสนอแนะ.....	92
บรรณานุกรม.....	94
ภาคผนวก.....	109
ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจความเที่ยงตรงของเครื่องมือ.....	110
ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์.....	111
ค ตัวอย่างเครื่องมือในการวิจัย.....	112
ประวัติผู้เขียน.....	116

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ตำบล และหมู่บ้านที่ได้จากการสุ่ม.....	50
2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัวต่อเดือน	61
3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และประวัติการแท้ง	63
4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และจำนวนบุตร.....	64
5. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก.....	65
6. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ ด้านบุหรี่ปริ	67
7. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก	69
8. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความถี่ของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก	70
9. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม ความถูกต้อง ของการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก รายชื่อ รายด้านและโดยรวม.....	71
10. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ และการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ	74
11. ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ	75
12. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ	76
13. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ.....	77

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดของการวิจัย พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก	5
2. การเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก	51



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็ง เป็นโรคที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของหลายๆประเทศทั่วโลก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา สมาคมโรคมะเร็ง แห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ได้แสดง จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในปี 1993 มีจำนวนมากกว่า 1,170,000 ราย และอัตราการตายจากมะเร็งชนิด ต่างๆจำนวนมากกว่า 526,000 รายในปีเดียวกัน (American Cancer Society,1993 cited by Otto, 1994:22) สำหรับในประเทศไทยจากสถิติสาธารณสุขปี 2535 , 2536 และ 2537 มีผู้เสียชีวิตจาก มะเร็ง 43.5, 45.0 และ 48.9 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานนโยบายและวางแผน, 2537:115) เมื่อแบ่งชนิดของมะเร็ง ที่เป็นสาเหตุของการตาย ที่พบมากที่สุดเป็นผู้หญิง พบว่า หญิงไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือร้อยละ 33 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2538 อ้างถึงใน ปิ่นพ็อย สุภเมธาพร, 2539:12)

มะเร็งปากมดลูก มีอุบัติการณ์พบได้ประมาณร้อยละ 15 ของมะเร็งทั้งหมด ซึ่งพบเป็น อันดับ 2 ของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกทั่วโลก (Parkin, 1980 อ้างถึงใน ประสิทธิ์ เเพ็งสา, 2538 : 190) ในระยะเวลา 50ปีที่ผ่านมา พบว่า อุตบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงอเมริกาเพิ่มขึ้น ถึงร้อยละ 50 และมีอัตราการรอดชีวิตลดลง จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง หมด 15,700 คน พบว่าเสียชีวิต ถึง 4,900 คน คิดเป็นร้อยละ31 และยังพบว่า ผู้หญิงที่มีอายุต่ำ กว่า 50 ปีจะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก (ACS,1996 cited by Allen & Phillips,1997:205) ส่วน อุตบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยนั้น พบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับแรกและมี แนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ พบร้อยละ 33.2 , 33.5 และ36.6 ในปี 2531 ,2533 และ 2535 ตามลำดับ (National Cancer Institute, 1988-1993 อ้างถึงใน วไลพรธม ชลสุข, 2540 : 2) นอกจากนี้ จาก สถิติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของโรงพยาบาลศิริราช พบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับหนึ่งของ มะเร็งในอวัยวะต่างๆ คือ พบร้อยละ 16.73 (Tumour registry Siriraj Cancer, 1996:11) และใน ปัจจุบันยังพบว่า มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย พบได้เป็นอันดับที่ 10 ของมะเร็งทั่วโลก (สุนทร วิลาวัลย์,2540 :10)

สาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก ไม่มีสาเหตุแน่นอน ในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ จะ พบอาการของมะเร็งปากมดลูก เมื่อมีอาการของโรคอยู่ในระยะลุกลามแล้ว ซึ่งอาการที่พบ ได้แก่

จะมีประจำเดือนออกมากหรือกระปริบกระปรอย ตกขาวมีเลือดปนหรือมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกขณะร่วมเพศ หรือหลังร่วมเพศ และมีอาการเมื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ซึ่งโอกาสรักษาให้หายขาดมีน้อย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2537; Austoker & Mc Pherson, 1992 cited by Ibbotson & Wyke, 1995 : 746-748) จากการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก แม้จะไม่สามารถสรุปสาเหตุที่แน่นอนได้ แต่พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลายประการ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย มีคู่นอนหลายคน การติดเชื้อไวรัส Herpes Simplex Virus (HSV-2) และ HIV เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่การติดเชื้อ Human Pappilloma Virus (HPV) นั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ค่อนข้างมีผลแน่ชัดต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ACS, 1995; Nelson, Averette & Richart, 1984 cited by Allen & Phillips, 1997:205) นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมในการรับประทานอาหาร อายุ เชื้อชาติ ศาสนาและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยเช่นกัน (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539:297-298 ; สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531:40 ; เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ และคนอื่นๆ, 2531:170 ; Nottle&Walczak, In Moore, Ed., 1997:22 ; Ibbotson, & Wyke, 1995:746-748)

เมื่อมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้น ย่อมมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแล รวมทั้งเศรษฐกิจ และประเทศชาติ กล่าวคือ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดอันเนื่องมาจากโรคมะเร็ง ใช้เวลาในการรักษานาน ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก และในที่สุดต้องสูญเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติอีกด้วย (กัลยกร ฉัตรแก้ว , 2538 :19-20; อุไร นิโรชนันท์ , 2539 : 10; ธีระ รามสูตร, พิมพ์ดีด 2531:1 อ้างถึงใน เพิ่มพูน ธรรมเจริญ, 2536:1)

แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะลุกลาม อีกทั้งมีผลกระทบต่ออีกมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และประเทศชาติ แต่มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งสามารถทำได้ง่ายกว่าการรักษา ประหยัดค่าใช้จ่าย และยังได้ผลดีอีกด้วย นั่นคือ การมีพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นประจำสม่ำเสมอ

การตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก มีวิธีการตรวจที่ไม่ยุ่งยาก โดยการป้ายเซลล์จากช่องคลอด ปากมดลูก และปากมดลูกด้านใน ลงบน สไลด์แผ่นเดียวกัน แล้วนำไปแช่ในน้ำยารักษาเซลล์ เนื่องจากปากมดลูกเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่ตรวจได้ง่าย ไม่เจ็บ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า และการเปลี่ยนแปลงจากมดลูกปกติ (Normal cervix) จนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) นั้น มีกระบวนการที่เกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ดังนั้นจึงทำให้

สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งการตรวจหามะเร็งปากมดลูกนี้มีความแม่นยำถูกต้อง ถึงร้อยละ 98 (นุชนาถ ชูเกียรติ ,2539 : 10-11)

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกถึงแม้ว่าจะทำได้ง่าย สะดวก ประหยัด และได้ผลดี แต่ปรากฏว่าผู้ตรวจยังมีจำนวนน้อย สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้มีโครงการรณรงค์ เพื่อตรวจค้นหาหามะเร็งระยะเริ่มแรกในกลุ่มหญิงอายุ 20-60 ปี ทั่วประเทศ ด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยา โดยตั้งเป้าหมายไว้ ร้อยละ 15 ของกลุ่มเป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดโครงการ (2532-2537) ปรากฏว่ามีผู้มาตรวจเป็นจำนวนน้อย พบสูงสุดร้อยละ 10.4 ที่จังหวัดน่าน ในปี พ.ศ. 2537 และที่จังหวัดลำปาง ร้อยละ 10 ในปี 2534 และ 2536 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2540) ที่เป็นเช่นนี้มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านประชากร ซึ่งได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ ปัจจัยที่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เหล่านี้เป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่ง โอเรม (Orem, 1980 : 154) ได้กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าวัยเด็ก การได้รับข้อมูลข่าวสาร เป็นสิ่งกระตุ้นเตือนให้นำไปสู่การปฏิบัติ การรับรู้ข่าวสารที่มีประโยชน์ มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยแพร่กระจายข่าวสาร และช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (Royors & Shoemaker, 1977 อ้างถึงใน อุบล เลี้ยววาริน, 2538 : 34) ส่วนการรับรู้เกี่ยวกับโรคนั้น โรเซนสต็อคค์ (Rosenstock, In Glanz, et al., Eds., 1990 : 39-62) กล่าวว่า การปฏิบัติพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดีของบุคคลจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคทั้ง 4 ด้าน ซึ่งได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน ตลอดจนการรับรู้อุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น สามารถแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการป้องกันระดับทุติยภูมิ ซึ่งหมายถึง การตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ใน

ระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ อายุ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกอีกด้วย

ภาคตะวันตก ประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงครามและประจวบคีรีขันธ์ ประชากรมีอาชีพหลักคือ การเกษตร ประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากร ประมาณ 46,028 บาทต่อปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 ข)

สตรีในภาคตะวันตก ส่วนใหญ่มีอาชีพหลัก คือการเกษตร มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีภาวะการเจริญพันธุ์โดยมีการสมรสครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ยประมาณ 23-24 ปี สตรีในชนบทแต่งงานเร็วกว่าสตรีในเขตเมือง สตรีส่วนใหญ่มีบุตรเกิดรอดโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน วางแผนครอบครัวโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นส่วนใหญ่ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537 ข) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกประการหนึ่ง

การค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในภาคตะวันตก ตามที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้มีการรณรงค์ การค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรณรงค์ตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มแรกในกลุ่มหญิง อายุ 20-60 ปี ทั่วประเทศ ด้วยการตรวจทางเซลล์วิทยา พ.ศ.2532-2537 นั้น ภาคตะวันตกทุกจังหวัดได้เข้าร่วม โครงการด้วย แต่ผลปรากฏว่า มีผู้มาตรวจสูงสุดร้อยละ 1.4, 3.3, 2.4, 1.5, 2.0 และ 4.1 ในจังหวัดราชบุรี, สมุทรสงคราม, สุพรรณบุรี, ประจวบคีรีขันธ์, เพชรบุรี และกาญจนบุรี ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2540) ซึ่งเป็นเปอร์เซ็นต์ที่ต่ำ เมื่อเทียบกับเป้าหมายของโครงการคือ ร้อยละ 15

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลในภาคตะวันตก มีความสนใจว่าพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตกเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก คาดว่า ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ ปัจจัยที่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตามแผนภูมิดังนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่าง ปัจจัยที่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
2. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก
3. ปัจจัยที่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการ ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้าน ที่ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีสามี เป็นเกษตรกร อาศัยอยู่ในภาคตะวันตก ซึ่งมีทั้งหมด รวม 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม และ สุพรรณบุรี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ข้อมูล พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ได้ จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อนำไปวางแผนในการรณรงค์ หรือส่งเสริมให้แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ที่พึงประสงค์
2. ข้อมูลที่ได้ ใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

นิยามตัวแปร

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

1.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1.1 การไม่สูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

1.1.2 การรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ได้แก่ การล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำ หรือน้ำกับสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่าย การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนักทุกครั้ง การขับอวัยวะเพศให้แห้งหลังจากล้างทำความสะอาดทุกครั้ง งดการสวนล้างภายในช่องคลอดโดยการฉีดน้ำยาหรือน้ำเข้าไปในช่องคลอดเป็นประจำ งดการใช้มือส้วมเข้าไปล้างภายในช่องคลอด การสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาวคัน หรือมูก หรือเลือด หรือหนอง เป็นต้น และการสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ คัน หรือ ผื่น หรือตุ่มเนื้อ หรือแผล เป็นต้น

1.1.3 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การล้างอวัยวะเพศทุกครั้งหลังร่วมเพศเสร็จแล้วทันที การสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศทุกครั้ง และการงดร่วมเพศในขณะมีประจำเดือน

1.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง การปฏิบัติของแม่บ้านเกษตรกรในการตรวจวินิจฉัยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือตรวจหาเซลล์ผิดปกติ ของปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจ แพ็ปสเมียร์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนี้ สามารถประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประเมินเป็น 2 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ และการป้องกันระดับทุติยภูมิ

2. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่

อายุ หมายถึง จำนวนปีตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบันของแม่บ้าน
เกษตรกร คิดเป็นปีเต็มในวันเก็บรวบรวมข้อมูล หากเกิน 6 เดือนจะคิดเป็น 1 ปี

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึก
นึกคิดของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตกเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน
ดังต่อไปนี้

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความเข้าใจหรือ ความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับภาวะเสี่ยง แนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วย
โรคมะเร็งปากมดลูก

3.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง

ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิด เกี่ยวกับอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีผลต่อสุขภาพ และ
กระทบต่อการดำรงชีวิต การปฏิบัติงาน สัมพันธภาพในครอบครัวและฐานะทางสังคม

3.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับผลดีหรือคุณค่าของการมีพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูก

3.4 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น ปัญหาค่าใช้จ่าย ความกระดากอาย ความกลัวต่อความเจ็บปวด
จากการตรวจ กลัวตรวจพบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ความไม่สะดวกในการเดินทางมาตรวจ เป็น
ต้น ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบสอบถาม การรับรู้เกี่ยวกับ โรคที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. ปัจจัยที่สนับสนุนให้กระทำพฤติกรรม ได้แก่

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การได้รับความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือเพื่อให้
สามารถค้นพบโรคมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูกของแม่
บ้านเกษตรกร จากวิทยุ โทรทัศน์ หอกระจายข่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล
หนังสือ วารสาร หรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ เป็นต้น โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพและ
ปริมาณ แบ่งเป็น เคยได้รับและไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก และการป้องกัน
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
3. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งของมดลูกส่วนที่เป็นคอหรือปากที่เปิดเข้าไปภายในช่องคลอด (พิชัย เจริญพานิช, 2535 : 39) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกันของเซลล์เยื่อปากมดลูก ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เกิดขึ้นที่บริเวณรอยต่อของเยื่อสแควมัสเซลล์ กับเยื่อบุคอลัมนา (Squamo - columnar junction) (สุวัฒน์ จันทระจาง และ เกยูร สถาพรพงษ์, ใน เกยูร สถาพรพงษ์, บรรณาธิการ, 2530 :7 ; จตุพล ศรีสมบุญ และคนอื่นๆ , 1995 : 419) มีการเจริญเติบโตที่ผิดปกติทั้งขนาด รูปร่างและองค์ประกอบภายในเซลล์ ทำให้เซลล์มีรูปร่างผิดปกติ ถือได้ว่าเป็นรอยโรคก่อนการเป็นมะเร็งปากมดลูก (Precancerous Lesion หรือ Dysplasia หรือ Cervical Intraepithelial Neoplasia) เมื่อร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ก็จะกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ที่สามารถแทรกทำลายเนื้อเยื่อปกติ ข้างเคียงและกระจายไปยังอวัยวะต่างๆ ได้ทางหลอดเลือดดำ และระบบน้ำเหลือง (Marino,1981 : 65 อ้างถึงใน กนกพร ใจแก้ว, 2537) โดยประมาณ 85 % ของมะเร็งปากมดลูกเป็นชนิดสแควมัส (Squamous) ที่เหลือเป็น อะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) และซาร์โคมา (Sarcoma) (จตุพล ศรีสมบุญ และคนอื่นๆ , 1995 : 420)

ความผิดปกติของเซลล์เยื่อปากมดลูก (Dysplasia หรือ Cervical Intraepithelial Neoplasia) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัจชัย บัลลังก์โพธิ์ ,2531 :42-43; จตุพล ศรีสมบุญ, 2533 : 4 ; ชีระ ทองสง และคนอื่นๆ , 2539 : 296) ดังนี้

1. CIN I = Mild dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะใน 1/3 ของ ปากมดลูกส่วนล่าง บริเวณชั้นเยื่อบุสแควมัส (Squamous)
2. CIN II = Moderate dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะใน 2/3 ของ ปากมดลูกส่วนล่าง บริเวณชั้นเยื่อบุสแควมัส (Squamous)
3. CIN III = Severe dysplasia และ CIS หรือ intraepithelial carcinoma มีความผิดปกติเกือบทั้งหมด หรือทั้งหมดของชั้นเยื่อบุสแควมัส (Squamous) แต่ไม่ทะลุลงมาต่ำกว่า เบสเม้นต์ เมมเบรน (basement membrane)

ระยะเวลาในการดำเนินของโรคจากเซลล์เยื่อบุปากมดลูกปกติ เปลี่ยนแปลงไปเป็น เซลล์ที่ผิดปกติ จนในที่สุดกลายเป็นเซลล์มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะใช้เวลาประมาณ 7-8 ปี (สมเกียรติ ศรีสุวรรณดิฐ, 2533 : 13 ; Beckman, et al., 1992 : 385 ; ชีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 296) ซึ่งในระยะนี้จะไม่มีอาการหรืออาการแสดง แต่อาการผิดปกติแรกสุดที่จะพบได้ คือมีเลือดออกเล็กน้อยขณะหรือภายหลังร่วมเพศทันที ครั้งแรกอาจจะน้อยมากจนสังเกตไม่ได้ ต่อมา เลือด จะออกมากขึ้นเรื่อยๆ เมื่อโรคดำเนินต่อไปจะมีตกขาว ออกมากผิดปกติ ตกขาวมักจะมีกลิ่นเหม็น ความมาก ในระยะนี้จะไม่มีอาการเจ็บปวด ต่อมาตกขาว จะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเล็กน้อย เนื่องจากมี เลือดปนออกมา จนกระทั่งมีลักษณะเป็นสีน้ำตาลเข้มหรือสีน้ำตาลปนขาว มีกลิ่นเหม็นคาวจัด มีอาการ ปวดท้องน้อยร่วมด้วย ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการช้ำชืด ผอมลง อ่อนเพลีย นอกจากนี้ ถ้ามะเร็ง ลุกลามไปอวัยวะอื่น ก็จะเกิดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น เกิดรูรั่วของกระเพาะปัสสาวะ หรือไส้ตรง ถ้าได้ตัดต้นเป็นต้น (ไพรัช เทพมงคล, 2527 : 70 ; พิชัย เจริญพานิช, 2535 : 118 ; จตุพล ศรี สมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 2539 : 421 ; Nolte & Walczak, In Moore, Ed., 1997 : 100-101)

อุบัติการณ์พบได้ประมาณ ร้อยละ 15 ของมะเร็งทั้งหมด ซึ่งพบเป็นอันดับ 2 ของสตรีทั่วโลก (Parkin, 1980 อ้างถึงใน ประสิทธิ์ เฟิงสา, 2538 : 190) ในระยะ 50 ปีที่ผ่านมา พบว่าอุบัติ การเกิดมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงอเมริกาเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 และมีอัตราการรอดชีวิตลดลง ผู้หญิงที่มีอายุต่ำกว่า 50 ปี จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก จากการศึกษาจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็ง ปากมดลูกทั้งหมด 15,700 คน พบว่า เสียชีวิตถึง 4,900 คน คิดเป็นร้อยละ 31 (ACS, 1996 cited by Allen & Phillips, 1997:205)

สำหรับอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยนั้น จากสถิติของสถาบันมะเร็ง แห่งชาติปี 2531 - 2535 พบเป็นอันดับแรกและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี นั่นคือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.2 ในปี 2531 เป็นร้อยละ 33.5 ในปี 2533 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 36.6 ในปี 2535 (National Cancer Institute, 1988 - 1993 อ้างถึงใน วไลพรหม ชลสุข, 2540:2)

จากสถิติสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี 2538 พบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับแรก คือ ร้อยละ 33 ของมะเร็งทั้งหมด (ปิ่นหทัย สุกเมธพร, 2539 : 12) นอกจากนี้ พบว่า สถิติมะเร็งของโรงพยาบาลศิริราชนั้น มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับหนึ่ง ของมะเร็งในอวัยวะต่าง ๆ ที่พบในโรงพยาบาลศิริราช คือ พบถึงร้อยละ 16.73 (Tumour registry Siriraj Cancer Center, 1996:11) และในปัจจุบันยังพบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย พบได้เป็นอันดับที่ 10 ของมะเร็งทั่วโลก (สุนทร วิลาวัณย์, 2540 : 10)

การเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมักไม่ปรากฏอาการ เมื่ออาการของโรคอยู่ในระยะลุกลามหรือแพร่กระจายแล้วจะปรากฏอาการ ได้แก่ จะมีประจำเดือนออกมาก หรือ ภาวะปริศกระปรอย ตกขาวมีเลือดปนหรือมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกขณะร่วมเพศหรือหลังร่วมเพศ และมีอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลดอ่อนเพลีย ซึ่งโอกาสรักษาให้หายขาดมีน้อย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2537) จากการศึกษาของ ออสโทเกอร์และแมคเฟอร์สัน (Austoker & Mc Pherson, 1992 cited by Ibbotson & Wyke, 1995) พบว่า สาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่มีสาเหตุแน่นอน แต่จะพบอาการของมะเร็งปากมดลูกเมื่ออาการของโรครุนแรงแล้วเท่านั้น ส่วนใหญ่จะพบจากผลการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก (Pap smear)

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ ซึ่งถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง ดังต่อไปนี้

1. ด้านเพศสัมพันธ์ (Sexual factors) มะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีที่แต่งงาน หรือมีเพศสัมพันธ์มากกว่าสตรีที่ยังเป็นโสด จนมีผู้สรุปว่ามะเร็งปากมดลูกเป็น "Cancer of sexual" (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัจชัย บัลลังก์โพธิ์, 2531 : 40) เนื่องจากจะทำให้มีโอกาสติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ แกคนอน (Cagnon, 1950 อ้างถึงใน สุนนทา จริยาเลิศศักดิ์ 2529 :166) ได้ทำการศึกษา แมซี ชาวแคนาดา จำนวน 13,000 ราย ซึ่งเป็นสตรีที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ ผลปรากฏว่าไม่พบโรคมะเร็งปากมดลูกเลย แม้แต่คนเดียว

สำหรับ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย โดยเฉพาะต่ำกว่า 17 ปี จะมีอัตราการเกิด CIN สูง (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 297; Nottle & Walczak, In Moore, Ed., 1997 : 21; Held, 1995 : 24; Ibbotson & Wyke, 1995 : 747) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบารร์รอนและริชาร์ด (Barron & Richart อ้างถึงใน สุนนทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529 : 166) และการศึกษาของเวคเซีย และคนอื่นๆ (Vecchia, et al, 1986 cited by Ibbotson & Wyke, 1995 :747) พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 18 ปี จะพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 23 ปี ถึง 2 เท่า และเกิดมะเร็งระยะลุกลาม มากกว่าถึง 5 เท่า และการศึกษาของ เทอริส และคนอื่นๆ (Terris, et al อ้างถึงใน สุนนทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529 : 166)

พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่แต่งงานก่อนอายุ 17 ปี มีร้อยละ 28 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วอายุ 17 ปี ซึ่งพบเพียงร้อยละ 16

นอกจากนี้ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพบริการทางเพศ จะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือ CIN สูงกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียวถึง 2 - 3 เท่า (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 297 ; Nole & Walczak, In Moore, Ed., 1997 : 21) จากการศึกษาของเวคเซีย พบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย 2 คนจะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก สูงเป็น 1.78 เท่า และถ้ามีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จะสูงเป็น 2.44 เท่า และจากการรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า จะมีอัตราสูงขึ้น 5 เท่าของสตรีทั่วไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 : 40) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแฮร์ริส และคนอื่นๆ (Harris, et al, 1980) ซึ่งพบว่า สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย 3 - 5 คน มีอัตราการเกิด mild dysplasia มากกว่าสตรีที่มีความสัมพันธ์กับผู้ชาย 1 - 2 คน ถึง 4 เท่า และเป็น Severe dysplasia หรือมะเร็งระยะเริ่มแรก (Carcinoma in situ) มากถึง 8 เท่า (Ibbotson & Wyke, 1995 : 747)

ในด้านความถี่ของการร่วมเพศ จะพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีความถี่ในการร่วมเพศมากกว่าสตรีที่ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533 : 15) เช่น จากการศึกษาของ โรเจล ในปี ค.ศ. 1953 (Rojel, 1953) พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะสูงขึ้นในหญิงโสเภณี ชาวเดนมาร์ก (สุวัณน์ จันทร์จำนง และเกยูร สถาพรพงษ์, ใน เกยูร สถาพรพงษ์, 2530 : 8) รวมทั้งจำนวนการตั้งครรภ์ และการมีบุตรซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการคลอดบุตร อาจทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการขูดขี้และฉีกขาด โดยเฉพาะเมื่อมีการคลอดบุตรหลายคนทำให้มีการขูดขี้และฉีกขาดหลายครั้ง ทำให้เซลล์บริเวณดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ที่ผิดปกติได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ และคนอื่นๆ (2531:170) ซึ่งสำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกในชนบทไทย ในปี พ.ศ. 2526 ณ โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ที่มีระยะห่างจากกรุงเทพมหานคร ประมาณ 100 - 150 กิโลเมตร พบว่า สตรีที่พบเซลล์มะเร็ง จะมีการคลอดบุตรครบกำหนดโดยเฉลี่ย 4.8 คน และจากการศึกษาของบริสตัน (Briston, 1989) อ้างถึงในชมรัช ศิริกุล, 2535 : 12) ในเรื่องจำนวนครั้งของการคลอดบุตร และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่า ผู้ที่มีจำนวนครั้งของการคลอด 14 ครั้งขึ้นไป มีความเสี่ยง 5.1 เท่า ของผู้ที่มีจำนวนครั้งของการคลอดไม่เกิน 1 ครั้ง

2. ด้านการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections)

ในปัจจุบันนี้ เชื่อกันว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted Cancer) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533:17 ; สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์,

2529 :167) และการติดเชื้อที่เป็นต้นเหตุสำคัญของการเกิด CIN และมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อ ไวรัส แบปปีโลมา (Human Papilloma Virus หรือ HPV) (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 :297 ; Nottle & Walczak, In Moore, Ed., 1997 :21-22) ซึ่งไวรัสชนิดนี้จะเข้าไปสกัด โปรตีนชนิดหนึ่ง มีคุณสมบัติทำลายยีนต้านมะเร็งทำให้เซลล์กลายเป็นเซลล์มะเร็ง จากการวิจัยพบว่า ร้อยละ 80 ของสตรีไทยที่เป็น โรคมะเร็งปากมดลูก มีการติดเชื้อ HPV (นรินทร์ วรวิทย์, 2540:17) และจากการศึกษาของสุคนธ์ สุขวิรัช และคนอื่นๆ (2537:85-91) ซึ่งศึกษาสตรีที่มีมารับการตรวจหรือรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร จำนวน 403 ราย และพบว่าเป็นมะเร็ง 105 ราย ในช่วงเวลาเดือนมีนาคม 2535 - กุมภาพันธ์ 2536 พบ DNA ของ HPV ในสตรีที่เป็น โรคมะเร็งปากมดลูก 95 ราย หรือร้อยละ 90.38 สอดคล้องกับการศึกษาของ นางษ์และคนอื่นๆ ในปี ค.ศ. 1989 (Nagh, et al., 1989 อ้างถึงใน สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 : 41) โดยการติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HPV ชนิด flat condyloma ในเวลา 1 ปี พบว่า ประมาณหนึ่งในสามกลายเป็น CIN และ HPV ตัวสำคัญที่ทำให้เกิด CIN ได้แก่ HPV type 16,18,31 ซึ่งเรียกว่า “High - risk viruses” นอกจากนี้การติดเชื้อ HPV มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยมากถึงร้อยละ 5 ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และร้อยละ 8 ของชายที่มีอายุ 16-35 ปี (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์ และอภิชาติ โอพารัตนชัย , 2539 : 297)

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา การติดเชื้อ HPV จะพบมากในสตรีที่มีอายุ 22-25 ปี (National Institutes of Health, 1996 cited by Burak & Meyer, 1997:252) และจากการศึกษาของ AGI (Alan Guttmecher Institute, 1995 cited by Burak & Meyer, 1997:252) พบว่าร้อยละ 15 ของการมีเพศสัมพันธ์ของสตรีวัยรุ่นจะมีการติดเชื้อ HPV และมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

นอกจากเชื้อ HPV แล้ว พบว่า ไวรัส Herpes Simplex Virus type 2 (HSV-2) เป็นไวรัสที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกหรือถูกถาม โดยเป็นตัวกระตุ้นให้ไวรัสตัวอื่น เช่น HPV ให้มีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากการศึกษาทางระบาดวิทยามักจะพบ Herpes Antigen คือ HSV - 2RNA ร่วมกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ นีอิตเตอร์ และ ด็อกเคอร์ตี้ (Natter and Dockerty) ในปี ค.ศ. 1976 ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 94 และมี HSV Antibody สูงกว่าสตรีทั่วไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 :41 ; ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ , 2539 : 297) นอกจากนี้ การติดเชื้อยังเกี่ยวข้องกับการสวนล้างช่องคลอดอีกด้วย จากการศึกษาของ การ์ดเนอร์ และคนอื่นๆ (Gardner, et al., 1991 : 368-369) พบว่า การสวนล้างช่องคลอดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์ จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ เนื่องจากการสวนล้างช่องคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรด

ค้างภายในช่องคลอด และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เพราะมีการรบกวนการทำงานของเชื้อประจำถิ่นภายในช่องคลอด

3. ด้านสาเหตุจากเพศชาย สาเหตุสำคัญเนื่องจากสิ่งสกปรกบริเวณอวัยวะเพศชาย (Smegma) โดยเฉพาะในผู้ชายที่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ซึ่งถือว่าเป็นสารที่ทำให้เกิดมะเร็งได้ เนื่องจากในเสมกมา มีสารที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ ที่เรียกว่า อินฟิเคชัน ออร์แกนนิซึม (infections organism) ที่สำคัญคือ มัยโคแบคทีเรีย เสมกมาทีส (mycobacteria smegmatis) ซึ่งสามารถเปลี่ยน โคเลสเตอรอล (cholesterol) ใน dead cells ให้เป็นสารก่อมะเร็ง หรือ คาร์ซิโนเจน (Carcinogen) ได้ สตรีที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ สตรีที่มีลักษณะของสามีหรือคู่่อนที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย สำนองทางเพศ ซึ่งถ้าผู้ชายผ่านการร่วมเพศกับสตรีมากกว่า 20 คน ก่อนการแต่งงานจะทำให้ภรรยามีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูกได้สูงถึง 5.3 เท่าของสตรีทั่วไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และ สัตยชัย บัลลัง โปธิ, 2531:42) การที่มีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือ สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3-5 เท่า (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531:41-42 ; ชีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539:297) และสามีที่มีสเปิร์มจำนวนต่ำ จะมีโปรตามีน (Protamine) ซึ่งเป็นโปรตีนที่หัวอสุจิมีผลต่อ DNA ของเซลล์ปากมดลูกทำให้เปลี่ยนแปลงเป็น Dysplasia ได้ง่าย นอกจากนี้สตรีที่แต่งงาน กับชายที่เป็นมะเร็งองคชาติ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 3.6 เท่า (ประสิทธิ์ เห่งสา, 2536 : 205) อีกด้วย

4. ด้านฮอร์โมนในยาเม็ดคุมกำเนิด (Hormones in Contraceptives) มีรายงานพบว่า สตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนเป็นส่วนประกอบ จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น (ชีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539:297 ; Nottle & Walczak, In Moore, Ed., 1997:22 ; Ibbotson & Wyke, 1995:747-748) จากการศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535:ก-ข) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์ของยาเม็ดคุมกำเนิด และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยศึกษาในสตรีจำนวน 1,250 คน ณ หอผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงพฤษภาคม - สิงหาคม 2534 พบว่าสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก 1.69 เท่าของสตรีที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลาน้อยกว่า 8 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดถึง 1.54 เท่า ถ้าใช้เป็นเวลานาน 6-8 ปี จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก 1.86 เท่า ของผู้ที่ไม่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และผู้ที่เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เมื่ออายุ 29 ปี จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก 2-4 เท่า ของสตรีที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เช่น การมีเพศสัมพันธ์

ประวัติการเป็นโรคมะเร็ง พบว่า ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด 1.2 เท่า และจะเพิ่มเป็น 1.5 เท่า ในผู้ที่กินยาเม็ดคุมกำเนิดนานกว่า 5 ปี (จตุพล ศรีสมบุญ, 2533 :16 ;Ibbotson & Wyke, 1995:747-748 ; Notle & Walczak, In Moore, Ed., 1997:22)

จากการศึกษากลุ่มควบคุม ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ใน 5 แห่งของสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 50 โดยความเสี่ยงนี้ จะเพิ่มสูงขึ้น ในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีเอสโตรเจน เป็นส่วนประกอบสูง และมีความสัมพันธ์ที่จะดีโนคาร์ซิโนมา (adenocarcinomas) และสแควมัส เซลล์ คาร์ซิโนมา (squamous cell carcinomas) (Briston, 1986 cited by Notle & Walczak, 1997 : 22) โดยเฉพาะในผู้ที่ใช้เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป (WHO Collaborative Study of Neoplasia and steroid Contraceptives, 1985 cited by Notle & Walczak, In Moore, Ed.,1997:22) ทั้งนี้ยังไม่ทราบกลไกการออกฤทธิ์ที่แน่ชัดของยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีต่อเยื่อปากมดลูก แต่จากการตรวจเนื้อเยื่อของปากมดลูก พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์

นอกจากนี้ สเตอร์นและคนอื่นๆ (Stren, et al. 1977 อ้างถึงใน สุันทา จริยาเลิศศักดิ์, 2527:146) ยังพบว่า สตรีที่มีความผิดปกติของเยื่อปากมดลูกอยู่ก่อน ถ้าใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

ในทางตรงกันข้ามกับการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมน จากรายงานการศึกษาต่าง ๆ พบว่า การใช้วิธีคุมกำเนิดแบบที่มีสิ่งกีดขวาง (barrier methods) เช่น ห่วงคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Melamed, et al., 1969; Wright, et al., 1978 cited by Notle & Walczak, 1997:22)

5. ด้านสตรีที่มีภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำ หรือ ได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และมีการติดเชื้อ HSV types และ HPV ได้ง่าย (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 298 ; Notle & Walczak, In Moore, Ed.,1997 : 22) และมีรายงานว่า ผู้ป่วยที่ทำการปลูกถ่ายอวัยวะซึ่งได้รับยากดภูมิคุ้มกันและมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น(สุันทา จริยาเลิศศักดิ์, 2529 : 167) เช่น ผู้ที่ผ่าตัดปลูกถ่ายไต จะมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไปถึง 5 เท่า นอกจากนี้ การติดเชื้อ HIV ซึ่งทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำก็ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น ดังเช่น การศึกษาของ เฟลโกลด์และคนอื่นๆ พบว่าสตรีที่ติดเชื้อ HIV จะมีการติดเชื้อ HSV ถึงร้อยละ 49 ในขณะที่สตรีที่ไม่ติดเชื้อ HIV เพียงร้อยละ 25 (Feingold, et al., 1990 cited by Notle & Walczak, 1997 : 22 ; Notle & Walczak, In Moore, Ed., 1997:22-23) ส่วนโอกาสที่มีการติดเชื้อ HSV จะเปลี่ยนแปลงไปเป็น cervical neoplasia หรือไม่นั้น จะมีความสัมพันธ์กับระดับ

ความพร่องของภูมิคุ้มกันในร่างกาย (Schafer, 1991 cited by Notle & Walczak, 1997 : 23) แต่ยังไม่มียารายงานว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะเพิ่มขึ้นในผู้ที่ติดเชื้อ HIV นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่นอยู่แล้ว จะมีการเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วย เพราะมีการลดความต้านทานของร่างกายโดยมะเร็งเอง

6. ด้านเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic status) ในประเทศหรือในชุมชนที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักจะมี CIN หรือมะเร็งปากมดลูกมากกว่าประเทศหรือชุมชนที่พัฒนาแล้ว (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญญา บัลลังก์โพธิ์, 2531:40) และสตรีที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีเศรษฐกิจและสังคมสูง (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539:297 ; Cancer Research Campaign, 1994 cited by Ibbotson & Wyke, 1995:747) ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่ฐานะยากจน มักจะมีอนามัยส่วนบุคคล (Hygiene) ไม่ดี จากการศึกษาของ เวคฟิลด์ และคนอื่นๆ (Wakefield, et al.) พบว่า ภรรยาของชายที่มีเศรษฐกิจและสังคมต่ำสุด จะมีอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกสูงเป็น 5 เท่าของภรรยาของชายที่มีรายได้สูงสุด (สุนันทา จิรยาเลิศศักดิ์, 2529:165 ; Brinton & Fraumeni, 1986 cite by Notle & Walczak, 1997:22)

7. ด้านการสูบบุหรี่ สตรีที่สูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 1.5 - 2.3 เท่า การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับ การเกิดมะเร็งปากมดลูกชนิด สแควมัสเซลล์ (Squamous cell) (สุนันทา จิรยาเลิศศักดิ์, 2529 :167; ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 297; Notle & Walczak, In Moore, Ed., 1997 : 22) สารโคตินิน (Cotinine) และนิโคติน (Nicotine) ที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (Mucus) บริเวณปากมดลูก (Sasson, et al., 1985 cited by Notle & Walczak, 1997:22) และการสูบบุหรี่ทำให้เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีภูมิต้านทานน้อยลง ซึ่งจะทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น (Barton, et al., 1988 cited by Notle & Walczak, 1997 : 22)

การศึกษาของนักศึกษาคณะสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 700 ราย พบว่า สตรีที่สูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2.66 เท่า และสตรีที่มีคนในบ้านสูบบุหรี่ จะมีอัตราเสี่ยง ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่คนในบ้านไม่สูบบุหรี่ถึง 2.59 เท่า (บุหรีม หันตภัยของมะเร็งปากมดลูก, 2538 :10) นอกจากนี้ จากการศึกษาของ กรีนเบอร์ก และคนอื่นๆ (Greenbeag, et al., 1985 cited by Ibbotson & Wyke, 1995 : 747) ซึ่งพบว่าสตรีที่สูบบุหรี่มากกว่า 20 มวน ต่อวัน จะเสี่ยงต่อการเกิดเซลล์มะเร็งผิดปกติ (Dysplasia) และมะเร็งระยะเริ่มแรกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 2 เท่า ถ้าสูบบุหรี่มากกว่า 15 มวนต่อวัน ก็จะเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมากกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ถึง 3-5 เท่า

ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กับอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สำหรับการศึกษากของ เบอเกอร์ (Burger, et al., 1993 : 749) พบว่า นูทรี เป็นตัวทำให้ภูมิคุ้มกันทานมะเร็งที่เซลล์ปากมดลูกบกพร่อง ทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก

8. ด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานอาหารพวกวิตามิน เอ โฟเลต และวิตามิน ซี มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก (ธีระทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 298)

วิตามิน เอ อาจไปทำปฏิกิริยากับสารก่อมะเร็งโดยตรง หรืออาจจะไปยับยั้งฤทธิ์ของสารเสริมฤทธิ์ ทำให้เยื่อเมือกเปลี่ยนแปลงมีการตอบสนองต่อสารก่อมะเร็งมากขึ้น (วรรณโรจนโพธิ์, 2529 อ้างถึงใน วลัย อินทรมพรรย์, 2530 : 226) และจากเยื่อเมือกที่เปลี่ยนแปลงไป จะทำให้เซลล์ผลิตเมือกลดลง เซลล์เยื่อเมือกที่สกัด เคอราติน (Keratin) หนาขึ้น

เบต้า - แคโรทีน เป็นสารตั้งต้นของวิตามิน เอ จากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่น พบว่าผู้ที่รับประทานผักที่มี เบต้า - แคโรทีน มาก จะเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าผู้ที่รับประทานผักที่มีเบต้า - แคโรทีน น้อย (Hirayama, 1979 อ้างถึงใน วรรณโรจนโพธิ์, 2529 : 202)

วิตามิน ซี จากการศึกษาในสัตว์ทดลอง พบว่า วิตามิน ซี จะไปยับยั้งปฏิกิริยาการเกิด ไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งให้เกิดขึ้นน้อยลง เชื่อว่า วิตามิน ซี สามารถยับยั้งการสร้างไนโตรซามีน จาก ไนไตรท์ และเอมีนทุติยภูมิ (วิชัย ต้นไพจิตร, 2531 : 8)

สำหรับโฟเลต จากการศึกษาพบว่า โฟเลต มีความสัมพันธ์ กับ โรคมะเร็งปากมดลูก โดยการเปลี่ยนแปลงระดับของโฟเลต จะเป็นตัวส่งเสริมให้เซลล์บุผิว แบ่งตัวผิดปกติ (สรพรศรี เป็ญวุฒิ, 2538 : 458)

นอกจากนี้ การรับประทานอาหารประเภท ในเตตร ในไตรท์ หรือ อาหารประเภทเนื้อสัตว์ ที่ใช้ความร้อน เช่น ปิ้งย่าง ทอด จนเนื้อสัตว์ไหม้เกรียม ซึ่งจะทำให้เกิดสารพวก Polycyclic aromatic hydrocarbon ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ (วิชัย ต้นไพจิตร, 2531 : 8)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า อาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก (Price, et al., 1996 : 90) ทั้งนี้ เพราะจากการศึกษาของ คูซิค, และคนอื่นๆ (Cuzick, et al., 1996) พบว่า เมื่อปรับปัจจัยทางด้านการมีเพศสัมพันธ์ออก อาหารจะไม่มี ความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของโปทิสชแมน (Potischman, 1993) ที่พบว่า วิตามิน เอ ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก ทูกระยะ นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม ในเรื่องอาหารกับโรคมะเร็งปากมดลูกในรอบ

15 ปี ของ World Research Fund in Association with American Institute for Cancer Research

(1997 : 301-308) พบว่า อาหารพวก ผัก ผลไม้ คาร์โรทีนอยด์ วิตามิน ซี และ อี อาจจะมีส่วนช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างโฟเลต และเรตินอยด์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

9. ด้านอายุ (Age) จากการศึกษาจะพบว่า ผู้ที่มีอายุมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่พบว่ามีอายุ ระหว่าง 40-60 ปี เช่น จากการศึกษาของ เพ็ญแข พัทภัยไพรวิน และคนอื่นๆ (2531:170) ที่ได้สำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกในชนบทไทย โดยเก็บข้อมูลจาก โรงพยาบาลชุมชน 6 แห่ง ที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 100-105 กิโลเมตร พบว่า สตรีที่เซลล์ปากมดลูกผิดปกติ ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี นอกจากนี้จากการศึกษาของ สรรพ์ศรี เบ็ญวุฒิ (2532 :135) ซึ่งศึกษาผู้ป่วย 877 ราย ที่มารับการตรวจมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ ในปี พ.ศ. 2531 ณ โรงพยาบาลศิริราช พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก คือ 48.8 - 11.8 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ สำรวัย โมกขมรรคกุล (2538 : 42) ซึ่งศึกษาการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ตั้งแต่ มกราคม 2533 ถึง ธันวาคม 2537 ในสตรีที่มารับการตรวจจำนวน 16,134 ราย พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีที่เป็น โรคมะเร็งปากมดลูก คือ 52.46 ปี

นอกจากนี้ CIN มักพบในสตรีที่มีอายุน้อย ส่วนใหญ่อายุประมาณ 35 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ต่ำกว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามประมาณ 10-15 ปี และในปัจจุบันที่ พบว่า CIN มีแนวโน้มการเกิดในสตรีที่มีอายุน้อยลง คือ ต่ำกว่า 30 ปี โดยเฉพาะพวกDysplasia จะพบได้บ่อยในช่วงอายุ 15-29 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัจชัย บัลลังก์โพธิ์, 2531:40) รวมทั้งการศึกษาของ นิตศัน พิเศษพงษ์ (2539:80) ที่รวบรวมผล การตรวจเซลล์ปากมดลูก ด้วยวิธีแป็ปสเมียร์ (Pap smear) ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ พ.ศ. 2535-2537 ในผู้ป่วย 21,77 ราย พบว่า สตรีที่มีความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง จะมีอายุอยู่ในระหว่าง 21-40 ปี มะเร็งระยะเริ่มแรก พบมากในช่วงอายุ 31-40 ปี และมะเร็งระยะลุกลาม ส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงอายุ 31-50 ปี

สำหรับในประเทศไทย จากการสำรวจของCancer Research Campaign, 1994 (cited by Ibbotson & Wyke, 1995 :746) พบว่า มะเร็งปากมดลูกจะพบน้อยในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี และร้อยละ 85 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต จากมะเร็งปากมดลูกในปี ค.ศ. 1992 จะมีอายุมากกว่า 35 ปี และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามรายใหม่ ร้อยละ 84 ปี จะมีอายุมากกว่า 35 ปี เช่นกัน

10. ด้านเชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Race, Religion and Culture)

การเกิด CIN และมะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีบางกลุ่ม เช่น คนไทย อเมริกันมิโกร แต่ไม่ค่อยพบในอเมริกันผิวขาว และชนชาวยิว (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และ สัตยชัย บัลลังก์โพธิ์, 2531:40) จากการศึกษาก่อนหน้านี้ และ ซอร์สบี (Kennaway & Sorsby) พบว่า อุบัติการณ์ การเกิดมะเร็งปากมดลูกจะต่ำในสตรีชาวยิว เพราะชาวยิวมีประเพณีงดเว้นการร่วมเพศในระยะครั้งแรกของรอบการตกไข่ (Ovulatory cycle) นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะต่ำในสตรีชาวมุสลิม เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มศาสนาอื่น ๆ เพราะชาวมุสลิมมีประเพณีให้ผู้ชายที่มีอายุ 6-12 ปี ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (สุนันทา จริยเลิศศักดิ์, 2529 : 165)

การวินิจฉัยโรค

วินิจฉัยโรคได้จากการตรวจทางเซลล์วิทยา โดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) หรือ การตัดชิ้นเนื้อเพื่อส่งตรวจ (Biopsy) การตรวจด้วยกล้องขยาย (Colposcopy) และการขูดเนื้อเยื่อในหลอดคอมดลูกมาตรวจ (Endocervical curettage) (พิชัย เจริญพานิช, 2535 : 120 ; ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 298)

การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก หรือ แพ็ปสเมียร์ เป็นวิธีการซึ่งสามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก ได้ถูกต้องถึง ร้อยละ 98 (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ , 2531: 48) ทำการตรวจที่บริเวณ ปากมดลูก ซึ่งเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่ตรวจได้ง่าย ไม่เจ็บ มองเห็นได้ด้วยตาเปล่า ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกปกติ (Normal cervix) จนกระทั่งเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive carcinoma) นั้น เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นช้าๆ ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 ปี ดังนั้นจึงมีเวลามากในการวินิจฉัยให้ได้มะเร็งตั้งแต่ในระยะแรกเริ่ม โดยการทำแพ็ปสเมียร์ ซึ่งมีวิธีการทำที่ดีที่สุดคือ วี ซี อี เทคนิก (V - C - E technique) เป็น กษสเมียร์เซลล์จากช่องคลอด ปากมดลูก และปากมดลูกด้านใน (Vagina , Cervix and Endocervix) ลงบนสไลด์แผ่นเดียวกัน แต่การสเมียร์ จากช่องคลอด ให้ผลค่อนข้างต่ำ ในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ก็อาจทำเพียง ซี อี เทคนิก (C - E technique) (Cervix and Endocervix) ภายหลังจากสเมียร์แล้ว ต้องใส่สไลด์ ลงในน้ำยารักษาเซลล์(Fixative) ทันที ก่อนที่สเมียร์จะแห้ง เพื่อให้ น้ำยาซึมเข้าไปในเซลล์อย่างรวดเร็ว และรักษารูปร่างลักษณะของเซลล์ไว้คงเดิม ก่อนส่งตรวจยังห้องปฏิบัติการ

การรายงานผลแพ็ปสเมียร์ มีหลายวิธี

1. การรายงานผลแบบ ปาปานีคูเลา (Papanicolaou, 1954 อ้างถึงใน นุชนาด ชูเกียรติ, 2539 : 12) รายงานเป็น 5 class ดังนี้

- Class I ไม่พบเซลล์ผิดปกติเลย
- Class II พบเซลล์ผิดปกติแต่ ไม่ใช่เซลล์มะเร็ง
- Class III พบเซลล์ซึ่งสงสัยว่าอาจเป็นเซลล์มะเร็ง

แต่ไม่ชัดเจน

- Class IV พบเซลล์ซึ่งเกือบจะแน่ใจได้ว่าเป็นเซลล์มะเร็ง
- Class V พบเซลล์ซึ่งเป็นมะเร็งอย่างแน่นอน

2. การรายงานผลแบบ ลีโอ โพลด์ จี คอส (Leopold G. Koss, 1968 อ้างถึงใน นุชนาด ชูเกียรติ, 2539 : 12) แบ่งเป็น 5 ระดับ

- Class I ไม่มีเซลล์มะเร็ง
- Class II มีการอักเสบ บอกลักษณะของการอักเสบด้วย ถ้าสามารถบอกได้
- Class III สงสัยว่าจะเป็นเซลล์มะเร็ง (dysplasia)
 - ความผิดปกติอย่างอ่อน
 - ความผิดปกติอย่างรุนแรง
- Class IV พบเซลล์มะเร็ง (Positive smear) ถ้าสามารถบอกชนิดได้ ก็ให้บอกชนิดด้วย
- Class V สมัยร์ ไม่เป็นที่พอใจ (Unsatisfactory smear) เป็นสมัยร์ที่เตรียมไม่ดี หรือย้อมสีไม่ถูกต้อง ทำให้อ่านผลไม่ได้

เมื่อผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ จะต้องดำเนินการตรวจวินิจฉัยต่อไป

ขั้นตอนในการตรวจวินิจฉัยโรค

การตรวจวินิจฉัยแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ สถานที่ที่ไม่มี Colposcope และสถานที่ที่มี Colposcope

1. สถานที่ที่ไม่มี Colposcope เมื่อผล Pap smear ผิดปกติ แพทย์จะตรวจภายใน ถ้าหากพบความผิดปกติที่ปากมดลูก (Lesion) ก็จะตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ หรือ ถ้าไม่พบความผิดปกติ แต่จากการใช้ Schiller stain แล้วไม่ติดสี ก็จะตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ (Punch biopsy) และถ้าผลการตรวจชิ้นเนื้อเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive) ก็จะให้การรักษาทันที แต่ ถ้าหากผลการตรวจชิ้นเนื้อนั้นน้อยกว่าระยะ Invasive หรือ ปกติ (Negative) ก็จะวินิจฉัยต่อด้วยการทำ ตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (Conization) ทั้งนี้เพราะไม่อาจแน่ใจได้ว่า บริเวณที่ไม่ได้

ตัดชิ้นเนื้อไปตรวจนั้น มีการลุกลามไปหรือไม่ ซึ่งการทำ Conization จะตัดเนื้อในบริเวณที่ครอบคลุมได้มากกว่า และถ้าผลการตรวจ Conization พบว่า มีการลุกลามก็จะให้การรักษา

2. สถานที่ที่มี Colposcope เมื่อผล Pap smear ผิดปกติก็สามารถใช้กล้อง Colposcope ส่องตรวจดูความผิดปกติ (Lesion) ซึ่งถ้าหากการส่องกล้องได้ผลเป็นที่พอใจ (Satisfactory) ก็จะตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) โดยการส่องกล้องไปตรวจ และให้การรักษาตามผลการตรวจชิ้นเนื้อ แต่ถ้าหากผลการส่องกล้องไม่เป็นที่พอใจ (Unsatisfactory) คือไม่เห็น T Zone (Transformation Zone) ทั้งหมด ก็จะวินิจฉัยต่อด้วยการทำ Conization และให้การรักษาพยาบาลตามผลการตรวจต่อไป (นุชนาถ ชูเกียรติ, 2539 : 10 - 14)

การรักษา

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 ระยะ (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 1995 : 425-428) ดังต่อไปนี้คือ

1. การรักษาในระยะก่อนการเป็นมะเร็งปากมดลูก
2. การรักษาในระยะมะเร็งปากมดลูก

การรักษาในระยะก่อนการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1. ระยะ Mild หรือ Moderate dysplasia (CIN I และ CIN II) วิธีการรักษาที่ใช้กันมากที่สุด คือ การจี้ด้วยความเย็น (Cryosurgery) การจี้ด้วยไฟฟ้า (Electrocautery) การรักษาด้วยเลเซอร์ (Laser) และการผ่าตัดด้วยห่วงไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure, LEEP) นอกจากนี้ควรให้ยารักษาในรายที่มีการติดเชื้อ HPV หรือ แบคทีเรีย

2. ระยะ Moderate ถึง Severe dysplasia หรือ CIN III ใช้วิธีการรักษาโดยการจี้ด้วยความเย็น การรักษาด้วยเลเซอร์ การผ่าตัดด้วยห่วงไฟฟ้า (LEEP) หรือการผ่าตัดเฉพาะถ้ำรอยโรคลุกลามเข้าไปในคลองมดลูก ให้ทำการผ่าตัดรูปกรวย (Conization)

3. ระยะ Severe dysplasia (CIS) การรักษา CIS ที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือ การผ่าตัดเอามดลูกออกในรายที่ผู้ป่วยมีอายุ มากกว่า 40 ปี แต่ในรายที่ต้องการมีบุตร อาจพิจารณาทำการผ่าตัดปากมดลูกรูปกรวย (Cervical conization)

หลังการรักษาผู้ป่วย ในระยะก่อนการเป็นมะเร็งปากมดลูกไม่ว่าจะใช้วิธีใดก็ตาม จะต้องมีการติดตามผลการรักษา เพราะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ หรือ การรักษาล้มเหลว โดยการตรวจภายใน ทำแป็ปสเมียร์ หรือส่องกล้องขยาย (Colposcopy) ร่วมกับการตรวจ

Endocervical curettage (ECC) โดยติดตามผลการรักษา ทุก 3 เดือนใน 1 ปีแรก ต่อมา ทุก 6 เดือนจนครบ 5 ปี หลังจากนั้น ติดตามการรักษา ทุก 1 ปี (ธีระ ทองสง และคนอื่นๆ, 2539 : 307-308)

สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้มีการแนะนำให้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยระยะก่อนการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยการตรวจ แพ็ปสเมียร์ ทุก 3 เดือน ใน 1 ปีแรก เมื่อผลปกติให้ตรวจทุก 6 เดือน ในปีที่ 2 ถ้าปกติ ให้ตรวจทุก 1 ปี (Beckmann et al., 1992 : 390)

การรักษาในระยะมะเร็งปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 1995 : 425)

1. การรักษาฉุกเฉิน เช่น ในรายที่ผู้ป่วย มีการตกเลือดทางช่องคลอดจากมะเร็งลุกลามเข้าไปจนเป็นแผล
2. การรักษาทั่วไป ได้แก่ การรักษาการติดเชื้อของช่องคลอด ทางเดินปัสสาวะและเชิงกราน ก่อนทำการผ่าตัด หรือ รังสีรักษา แก้ไขภาวะโลหิตจาง และปรับปรุงโภชนาการ รวมทั้งการรักษาอาการปวด
3. การรักษาเฉพาะที่ เช่น ในระหว่างรังสีรักษา การสวนล้างด้วยน้ำอุ่นธรรมดาอาจช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้น และช่องคลอดสะอาดขึ้น
4. การรักษาตามระยะของมะเร็ง ได้แก่ การผ่าตัดมดลูก การให้รังสีรักษา และการให้ เคมีบำบัด

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อมีผู้ป่วย โรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อ ตัวผู้เจ็บป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล เศรษฐกิจของครอบครัวทั้งทางด้านการใช้จ่ายของครอบครัว และคำรักษาพยาบาล รวมทั้งส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ อีกด้วย

ผลกระทบทางด้านร่างกาย จะมีมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระยะ หรืออาการของโรคในระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50 จะมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสามีลดลง ร้อยละ 45 เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 35 ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้ตามปกติ (Jirojwong, et al., 1994 : 399-400) เมื่อมีอาการมากขึ้นปัญหาความเจ็บปวดย่อมเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมา ซึ่งความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งจะเป็นความเจ็บปวดรุนแรงและเรื้อรัง บางครั้งเป็นๆ หายๆ ไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดให้หายไปได้โดยเด็ดขาด ความเจ็บปวดในลักษณะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานอย่างแสนสาหัส มีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ และการทำกิจวัตรประจำวัน และนอกจากความเจ็บปวดจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ความทุกข์ทรมานอันเกิดจากสาเหตุทางจิตใจ อันได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ย่อมเป็นสิ่งที่จะต้อง

เกิดขึ้น เนื่องจากประสบการณ์และความคิดเห็นของบุคคลทั่วไปที่ว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่จะนำความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้ง จากการคาดการณ์เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงและความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่านอกจากจะเกิดความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวแล้ว ยังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) อีกด้วย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะเกิดขึ้นในทุกระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัย ระยะกำลังรักษา และระยะสุดท้ายของโรค (Halldorsdottir & Hamrin, 1996 : 31) และเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้น ย่อมเกิดผลกระทบต่อจิตใจอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จะเกิดความกลัวการลุกลามของโรคร้อยละ 68 กลัวความเจ็บปวดร้อยละ 57 กลัวการเสียชีวิตร้อยละ 11 (Jirojwong, et al., 1994 : 399-400) ทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลหือออย ซึมเศร้า ขาดกำลังใจในการต่อสู้กับอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยบางรายทนต่อสภาพความเจ็บป่วยไม่ได้จนเกิดการกระทำอัตวินิบาตกรรมขึ้น (จุลิศร เชาว์เมธากิจ, 2529:251 อ้างถึงใน อุไร นิโรธนันท์, 2539 : 10) ความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าว ไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นเฉพาะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอีกด้วย (Lewis, 1986 cite by Carnevali, 1990 : 25 ; Saltzen, 1990 : 56-57) เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ย่อมมีผลกระทบในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้น

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีใดก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งสิ้น เช่น การรักษาด้วยรังสี จะทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียน น้ำหนักลดปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย ส่วนผู้ป่วยที่ต้องรับการผ่าตัด อาจประสบปัญหาในเรื่องของการขาดเลือด การบาดเจ็บของลำไส้ แผลติดเชื้อหรือแผลแยก ซึ่งความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น มีหน้าซำการรักษาทุกวิธี จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีบุตร หรือมีประจำเดือน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความเป็นสตรี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่า ในตนเองร่วมด้วย (Dennerstein, et al., 1977 , Martin, 1978 : 305 อ้างถึงใน เรณู พุกบุญมี, 2539 : 71)

ผลกระทบ ทางด้านครอบครัวและสังคม จากทั้งความวิตกกังวล ความกลัวเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย และปัญหาทางเศรษฐกิจในครอบครัว รวมทั้งการได้รับผลกระทบจากอารมณ์ที่ตึงเครียดของภรรยา จะทำให้สามีเกิดความขัดแย้งและคับข้องใจ การขาดความเข้าใจจากคู่สมรส ความเจ็บปวดจากความรุนแรงของโรคจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจเพิ่มขึ้น (ปีทมา คูปตจิต, 2533 : ๗) บางรายรักษาไม่หาย เกิดการกลับซ้ำของโรค ซึ่งมีโอกาสเกิดขึ้นประมาณ 35% ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Walczak &

Klemm, 1993 : 1095) จนเสียชีวิตในที่สุด ปัญหาทางด้านสังคมจึงเกิดขึ้นตามมา เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูก จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสร้อยละ 69 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 26 ด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร้อยละ 23 (Jirojwong, et al., 1994 : 399-400) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านครอบครัวและสังคมแล้ว โรคมะเร็งปากมดลูก ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจอีกด้วย

ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อร่างกายอ่อนเพลียประกอบกับสภาพจิตใจที่ไม่เป็นปกติ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้ตามปกติ รวมทั้ง สามีและญาติของผู้ป่วยต้องเสียเวลา ในการประกอบอาชีพจากการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาซึ่งต้องใช้เวลาานาน ทำให้รายรับของครอบครัวน้อยลง แต่ต้องเพิ่มภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ซึ่งมีราคาแพง จากการศึกษาค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลศิริราชพบว่า การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะต้องเสียค่าผ่าตัด 3,000 - 5,000 บาท ผ่าแฉะ 5,500 บาท ฉายแสง 5,500 บาท และเมื่อรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดของครอบครัวผู้ป่วยทั้งค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าสูญเสียรายได้และอื่นๆของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่รับไว้ให้การรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติจำนวน 20 ราย พบว่าค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยต่อครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จะเสียค่าใช้จ่ายเฉลี่ยครอบครัวละ 10,637 บาท (บังอร สุทธิสวาท และคนอื่นๆ, 2533: 20) ค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว และมีผลต่อประเทศชาติตามมา

ผลกระทบต่อประเทศชาติ การสูญเสียสตรีจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลครอบครัว เนื่องจากสตรีมีบทบาทสำคัญในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ การจัดเตรียมอาหารให้แก่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร พี่ น้อง สามี รวมทั้งผู้สูงอายุ และถ้าสตรีในสังคมเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวนมาก ประเทศชาติจะต้องเสียกำลังงาน ผลผลิตต่างๆก็จะลดน้อยลงไปด้วย มีหน้าที่ยังต้องรับภาระ ที่จะต้องคอยช่วยเหลือ ในการรักษาพยาบาล เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้าย มีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือราคาแพงและต้องสูญเสียบุคลากรในการดูแลมากขึ้น โรคมะเร็งปากมดลูกต้องใช้เวลาานาน ค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เมื่อผู้ป่วยไม่มีเงินชำระ รัฐต้องรับผิดชอบในการสงเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการรักษา ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น จากการศึกษาประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ 6,000 ราย จะเสียค่าใช้จ่าย ประมาณปีละ 163 ล้านบาท (สุรเกียรติ์ อาชานานุกาพ, 2539 : 475) จึงเป็นการยากที่ประเทศชาติจะพัฒนาให้เจริญรุ่งเรืองได้บรรลุตามเป้าหมาย

ถึงแม้โรคมะเร็งปากมดลูก จะมีความรุนแรง ที่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งประเทศชาติ แต่มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้หญิงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันโรคแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (มัลลิกา มัติโก, ใน พิมพวัลย์ ปริตาสวัสดิ์ และ คนอื่นๆ, บรรณาธิการ, 2530 : 1-24 ; Shamansky, 1980 cited by Pender, 1996 : 34 - 35) คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยตรง เช่น การได้รับวัคซีนป้องกันโรคคอติบ ไอกรน บาดทะยัก เพื่อป้องกันโรคติดต่อชนิดเฉียบพลัน การลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การไม่ออกกัมถังกาย การรับประทานอาหารที่มีโคเลสเตอรอลสูง การสูบบุหรี่ การดื่มน้ำไม่สะอาดรวมทั้งการไคยีนเสี่ยงดงเกินไป เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการตรวจคัดกรองโรคโดยตรง หรือการให้ความรู้แก่ประชาชน เกี่ยวกับการตรวจค้นหาความผิดปกติของร่างกายตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อจะได้ส่งเสริมให้ได้รับการรักษาพยาบาล ลดความรุนแรงของโรค และความพิการ เช่น การส่งเสริมให้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นต้น

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็น การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายที่สืบเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

การป้องกันโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลก(WHO,1981อ้างถึงในพิสิษฐ์ พันธุมจินดา และ ศิณิษฐา สนิทพงศ์, 2532 :38) ได้แบ่งระดับ การป้องกันและการควบคุมโรคมะเร็งเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันมะเร็งโดยการ ควบคุมสาเหตุ และสิ่งทำให้เกิดมะเร็ง เช่น การควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดมะเร็ง หรือลดปริมาณลง ควบคุมการดำเนินชีวิตโดยการเปลี่ยนแปลงอุปนิสัย เป็นต้น

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายของโรคมะเร็ง โดยการ ดำเนินการตรวจ ค้นหา มะเร็ง ในระยะเริ่มแรก(Early detection) หรือ การค้นหา มะเร็ง ในภาวะปกติ (Screening) เป็นต้น

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ หมายถึง การให้การรักษาผู้ป่วยตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป

นโยบายการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศ

ในด้านการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุข ได้วางเป้าหมาย ในการลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ให้ลดลงจากเดิมในปี พ.ศ. 2534 ASR (Age Standardized Incidence Rate = อุบัติการณ์เมื่อเทียบกับประชากรมาตรฐานโลก) เท่ากับ 29.7 ร้อยละ 20 ให้เหลือ ASR เท่ากับ 24 ในปี พ.ศ. 2544 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2540 : 5) โดยมีเป้าหมายให้สตรี ที่มีอายุ 35-39 ปี ได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) ร้อยละ 50 (คณะกรรมการ อำนวยการจัดทำแผนพัฒนา ฉบับที่ 8, 2539 : 192)

แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในสตรีไทย และส่งผลกระทบต่อสตรี ครอบครัว และประเทศชาติมากมายดังได้กล่าวมาแล้ว แต่โรคนี้ก็สามารถป้องกันได้ใน 2 ระดับ ดังต่อไปนี้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ , 2531 : 63; จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 1995 : 424-425 ; Nolte & Walczak 1997 : 19- 28)

1. การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ

1.1 การปรับปรุงสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศของทั้งสามีและภรรยา การทำความสะอาดภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีที่หนึ่งหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามีไม่เปิด ควรไปพบแพทย์เพื่อขลิบหนังหุ้มปลายออก เพื่อสะดวกในการทำ ความสะอาด

1.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย หรือ หลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ

1.3 ไม่ควรมีบุตรหลายคน

1.4 เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมาก หรือ มีเลือดออก จากช่องคลอดนอกเหนือจากประจำเดือน เจ็บภายในช่องคลอด ควรปรึกษาแพทย์

1.5 ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การติดเชื้อเอดส์ (HIV) หรือติดเชื้อไวรัส HPV โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

1.6 งดการสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่

2. การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิที่ดีที่สุด ในขณะนี้ ก็คือ การตรวจ หาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก หรือการตรวจ แพ็ปสเมียร์ (Pap smear) ซึ่งเป็นวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก เพื่อตรวจค้นหาความผิดปกติของเซลล์ ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายได้เกือบ 100% (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และตั๋ยชัย บัลลังก์โพธิ์ 2531 : 48) สามารถที่จะทำการตรวจได้สะดวก ราคาถูก

และปลอดภัย ส่วนในเรื่องของความแม่นยำพบว่า มีความแม่นยำพอควร เนื่องจากมีผลบวกลวง (False positive) ประมาณร้อยละ 5 และมีผลลบลวง (False negative) ซึ่งหมายถึง ผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแต่ตรวจไม่พบเซลล์มะเร็งสูงมาก คือ ประมาณร้อยละ 20 ดังนั้น ถ้าแพ้ปัสเมียร์ รายงานผลว่าผิดปกติก็ไม่ควรที่จะต้องสงสัยในความแม่นยำเพราะผลบวกลวงนั้นพบน้อยมาก แต่ถ้าได้ผลเป็น Negative for malignant จึงไม่ควรจะวางใจจะต้องทำแพ้ปัสเมียร์ซ้ำอีกทุก 6-12 เดือน การเว้นระยะในการตรวจซ้ำนานเกินไป จะทำให้เซลล์ปกติสามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งได้ จากการตรวจในหลาย ๆ แห่ง พบว่า ยังมีการตรวจบ่อยเท่าไร ก็จะได้ความแม่นยำมากขึ้นเท่านั้น เช่น ในประเทศไอร์แลนด์ ซึ่งมีการตรวจซ้ำทุก 2-3 ปี จะลดอุบัติการณ์ได้มากกว่าในประเทศสวีเดน ซึ่งมีการตรวจทุก 5 ปี (Halsama 1985 อ้างถึงใน ประสิทธิ์ เพ็งสา, 2538 : 192) แต่อย่างไรก็ตามการตรวจด้วยวิธีนี้ก็เป็นการตรวจค้นหาโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูกที่ได้ผลดีที่สุด (จิติพร อิงคदारวงศ์, 2531:152-153) มีผู้เสนอความถี่ในการทำแพ้ปัสเมียร์ ไว้ดังนี้ (ธีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539 : 298-299 ; Nolte & Walczak, In Moore, Ed., 1997 : 5-7)

1. American Cancer Society (ACS) และ The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ได้แนะนำให้สตรีทุกคน ที่มีเพศสัมพันธ์ หรือ เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือ อายุถึง 18 ปี ควรได้รับการตรวจภายในและทำแพ้ปัสเมียร์ ปีละครั้ง หลังจากผลแพ้ปัสเมียร์ปกติมากกว่า 3 ครั้งติดต่อกัน ให้ตรวจห่างออกไปได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา (ธีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539 : 298-299; Nolte & Walczak, 1997 : 23)
2. National Institute of Health แนะนำให้ทำแพ้ปัสเมียร์ เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำและตรวจซ้ำภายใน 1 ปี ถ้าผลปกติให้ตรวจซ้ำทุก 1-3 ปี
3. Canada Task Force แนะนำในการทำแพ้ปัสเมียร์ครั้งแรก เมื่ออายุ 18-35 ปี โดยให้ตรวจทุกปี อายุ 35-60 ปี ให้ตรวจทุก 5 ปี แต่ในรายที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงไม่ควรตรวจนานเกิน 5 ปี ถ้าอายุ 60 ปี และผลการตรวจที่ผ่านมาปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจอีกต่อไป

สำหรับประเทศไทย แนะนำให้สตรีตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือแพ้ปัสเมียร์ ตั้งแต่เริ่มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ และตรวจซ้ำหลังจากนั้น 6 เดือน ถ้าปกติให้ตรวจทุกปี ถ้าผลปกติติดต่อกัน 3 ครั้งก็ให้ตรวจซ้ำได้ ทุก 3-4 ปี สำหรับสตรีที่ยังไม่มีเพศสัมพันธ์ควรตรวจหามะเร็งปากมดลูก เมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 : 49 ; จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533 : 22) ส่วนนโยบายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ แนะนำให้สตรีที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป มารับการตรวจแพ้ปัสเมียร์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่นกัน

จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง เป็นแล้วรักษาไม่หาย นอกจากนี้ยังมีผลกระทบอีกมากมายทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ สาเหตุของการเจ็บป่วยยังไม่ทราบแน่นอน และมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคอีกหลายประการดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่มีวิธีการป้องกันโรคนี้นี้ไม่ให้เกิดขึ้นได้ ด้วยการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ซึ่งทำได้สะดวก ราคาไม่แพง และสามารถยับยั้งมะเร็งระยะเริ่มแรกไม่ให้กลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม อีกด้วย

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกกันอย่างสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นพฤติกรรมกรรมการป้องกันขึ้นนั่นเอง

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรม

พฤติกรรม ความหมายตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออก ทางกล้ามเนื้อ ความคิด และความรู้สึก เพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมาย ของพฤติกรรม ไว้มากมายอีก ดังต่อไปนี้

มานิต มานิตเจริญ (2537 : 652) ให้ความหมายว่า พฤติกรรม หมายถึง กริยา อาการ ความคิด และความรู้สึกที่แสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติตัว (Behavior)

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2526 : 2-3) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่ถูกคนกระทำ แสดงออก ตอบสนอง หรือตอบโต้ สิ่งหนึ่งสิ่งใด ในสถานการณ์ใด สถานการณ์หนึ่ง ได้ยินได้ นับได้ อีกทั้งวัดได้ตรงกันด้วยเครื่องมือที่เป็นวัตถุวิสัย ไม่ว่าจะการแสดงออก หรือตอบสนองนั้นจะเกิดขึ้นภายในหรือภายนอกร่างกายก็ตาม เช่น การร้องไห้ การกิน การอ่านหนังสือ เป็นต้น

สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 38) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่าง ที่มนุษย์กระทำเป็นลักษณะการแสดงออกที่จะสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุมีจุดมุ่งหมาย และในขณะที่เดียวกันก็มีแรงจูงใจ หรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำด้วยเหตุผลที่ว่าเป็นการตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ และสาเหตุอย่างเดียวกัน ไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกันอีกทั้งพฤติกรรมที่ต่างกัน อาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้

สรุปได้ว่า พฤติกรรม หมายถึง สิ่งที่บุคคลกระทำ หรือปฏิบัติทั้งภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และภายนอกของร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อมในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง พฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ แต่อาจมีสาเหตุเดียว หรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกันได้

พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

กอยแมน (Gochman, 1988 : 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ คุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่น ๆ ซึ่งได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย พฤติกรรม การแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

คาสล์ และคอบบี้ (Kasl & Cobb, 1966 : 246) ให้ความหมายไว้ว่า เป็น การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตัวเองมีสุขภาพ อนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรค

เมอร์เรย์และเซนต์เบอร์ (Murray & Zentner, 1989 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2535: 2) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่บุคคลที่เชื่อว่า พฤติกรรมของตัวเอง ต้องมีสุขภาพดีจึงลงมือกระทำ

โอเร็ม (Orem, 1980) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ว่าเป็นสิ่งที่บุคคลริเริ่มและลงมือกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี

แฮริสและกลูเติน (Harris & Glutein, 1979 cited by Pender, 1987 : 38 ; cited by Alonzo, 1993:1024) ได้ให้ความหมายของ พฤติกรรมสุขภาพ ในรูปของพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health - Protection behavior) ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจของบุคคล เป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติไม่ว่าบุคคลนั้น จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร หรืออยู่ในสภาวะใด โดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำพฤติกรรมเพื่อการปกป้อง ส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ดังต่อไปนี้คือ

1. ปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Health practices) ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อรักษาสุขภาพทุกๆ ไป
2. การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Safety practices) ได้แก่ การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และลดความรุนแรงจากการบาดเจ็บ
3. การปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพ (Preventive Health Care) ได้แก่ การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน
4. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environmental hazard avoidance) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม
5. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Harmful Substance avoidance) ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา

แลงลี (Langlie 1977 cited by Alonzo, 1993:1024) กล่าวว่า พฤติกรรมการป้องกัน คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยความสมัครใจ เพื่อเจตนาในการป้องกันการเกิดโรค ความพิการ รวมทั้งการสืบค้น โรคขณะที่ยังไม่ปรากฏอาการของโรค

เพนเดอร์ (Pender, 1987 : 4-5) กล่าวว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี โดยส่วนรวม หรือมุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันนั้นมุ่งหวังไม่ให้โรคใด หรือปัญหาใดเกิดขึ้น

จินตนา ยูนิพันธ์ (2535 : 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน (Overt behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี ดังเช่น การสูบบุหรี่ นิสัยในการรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย ลักษณะบุคลิกภาพ และการใช้ยา เป็นต้น รวมถึงสิ่งที่สังเกตไม่ได้คือต้องอาศัยวิธีการประเมินแบบอื่น (Covert behavior) ดังเช่น ภาวะอารมณ์ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม ความรู้ การรับรู้ เป็นต้น

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537 : 211) กล่าวว่า แนวคิดหลักของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับ คือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายนอก (Overt behavior) และ พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งสามารถจะใช้เครื่องมือวัดได้ พฤติกรรมภายนอกนั้น ได้แก่ การปฏิบัติซึ่งสามารถสังเกตและมองเห็นได้ และพฤติกรรมภายในนั้น มีความหมายกว้างกว่ามาก ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological factors) ต่าง ๆ ซึ่งสามารถจะใช้เครื่องมือทางจิตวิทยาวัดได้ องค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่ ความเชื่อ ความคิดเห็น การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติ ความคาดหวังหรือเป้าหมาย เป็นต้น

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออก หรือการกระทำ ของบุคคลที่กระทำด้วยความสมัครใจ ในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วย ทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพนั่นเอง พฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม หรือมุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี (Pender, 1987 : 4-5)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค คือกิจกรรม ที่บุคคลกระทำ เพื่อมุ่งหวัง ไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Pender, 1987 : 4-5) หรือเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง หรือลดการเกิดการบาดเจ็บและความพิการ (Alonzo, 1993 : 1025)

การป้องกัน (Prevention) ได้มีผู้ให้ความหมายไว้หลายประการดังต่อไปนี้

มานิต มานิตเจริญ (2537 : 577) ให้ความหมายว่า หมายถึง คู่กันคู่กันให้พ้นภัยอันตราย คู่ครองรักษา กันหรือกีดกัน ไม่ให้ภัยมาแผ้วพาน กีดกัน หวงห้าม

อลอนโซ (Alonzo, 1993 : 1025) ให้ความหมายว่า หมายถึง การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดโรค

สรุปได้ว่า การป้องกัน หมายถึง การกระทำหรือ การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยง ชัดขวาง ไม่ให้เกิดอันตราย รวมทั้งกระบวนการเกิดโรค การบาดเจ็บ และความพิการ

ดังนั้น ถ้าหากความหมาย ของพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ หรือไม่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อมุ่งระวัง หรือหลีกเลี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก เมื่อพิจารณาร่วมกับระดับการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จึงสามารถกระทำได้ใน 2 ระดับ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531 : 63 ; จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคนอื่นๆ, 1995 : 424-425) ดังต่อไปนี้คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ หมายถึง การกระทำ หรือ ปฏิบัติเพื่อควบคุม หรือหลีกเลี่ยง ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิด โรคมะเร็งปากมดลูก ดังต่อไปนี้

1.1 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดย

- มีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่ของคนเท่านั้น นั่นคืองดการสำส่อนทางเพศ
- หลีกเลี่ยงการแต่งงาน หรือการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย
- หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หญิงหรือชายขายบริการทางเพศ
- หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ขณะที่สตรีหรือคู่่นอนกำลังอยู่ในภาวะติดเชื้อ หรือมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก และขณะที่ฝ่ายหญิงกำลังมีประจำเดือน
- ควรใช้ถุงยางอนามัย หรือหมวกยางสอดในช่องคลอดทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ
- ในระหว่าง การร่วมเพศ ถ้าน้ำหล่อลื่นในช่องคลอดมีน้อยควร ใช้สารหล่อลื่นช่องคลอดร่วมด้วย เพื่อป้องกันการเกิดแผลถลอก

1.2 การรักษาความสะอาด การสังเกตอาการผิดปกติ

- ของอวัยวะเพศ โดย
- ควรรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ โดยใช้ น้ำกับสบู่อ่อน ๆ เป็นประจำ ไม่ควรใช้สบู่หอม เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคือง หรือเกิดผื่นคัน ที่จะทำให้เกิดเชื้อตามมา
 - การชำระล้างอวัยวะเพศควรล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมาสู่ช่องคลอด
 - เมื่อพบความผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากหรือมีเลือดออกจากช่องคลอดคนนอกเหนือจากประจำเดือน เจ็บภายในช่องคลอด ควรรีบ ไปปรึกษาแพทย์

1.3 การไม่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานติดต่อกันเกิน 5 ปี

- ไม่ควรรับประทาน ยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดที่ประกอบด้วย ฮอร์โมน เอสโตรเจน ติดต่อกันเป็นระยะเวลาติดต่อกันเป็นเวลานานเกิน 5 ปี ควรสลับด้วยการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด ห่วงอนามัย ฯลฯ โดยเฉพาะการคุมกำเนิดโดยใช้วัสดุป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย ซึ่งนอกจากคุมกำเนิดแล้วยังช่วยป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ด้วย



1.4 การไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

-ไม่ควรสูบบุหรี่ และควรหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใน

สถานที่ หรือบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.5 การรับประทานอาหาร ประเภท วิตามินเอ หรือ เบต้า-แค

โรทีน วิตามิน ซี และ โฟเลต หรือควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เป็นประจำ

2. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

ควรตรวจหามะเร็งปากมดลูก เป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อย

ปีละ 1 ครั้ง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรมการป้องกันเป็นเรื่องที่สลับซับซ้อน เนื่องจากมีปัจจัยหลายประการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรม จึงได้มีการนำแนวคิดต่างๆ มาอธิบายพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในแต่ละแนวคิดเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health beliefs model)
2. กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE framework)
3. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์ (Health promotion model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health beliefs model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนาขึ้นโดย ฮอคคอบอม (Hockbaum) ลีเวนซอล (Leventhal) คีเกิล (Kegeles) และ โรเซนสต็อคก (Rosenstock) ในปี ค.ศ. 1950 เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล (Rosenstock, In Becker, Ed., 1974 : 1) โดยมีความเชื่อว่า การที่บุคคลใดจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายต่อชีวิต หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะทำให้เขาได้รับผลคุ้มค่าคือช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรค ปราศจากอุปสรรคทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ความเจ็บปวด และความอาย

องค์ประกอบของ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, In Becker, Ed., 1974 : 4-5 ; Rosenstock, In Glanz, et al., Eds., 1990 : 42-44) ประกอบด้วย

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้น เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความรู้สึกของบุคคลที่เชื่อว่า โรคนั้นมีอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต หรือมีผลต่อสมรรถภาพในการทำงานของร่างกาย ครอบครัวและสังคม อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง เป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค
3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกำป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่เชื่อว่าวิธีการเลือกปฏิบัติ นั้น มีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดภาวะถูกความจากโรคได้
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรค(Perceived barriers) แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกิดผลดีต่อการป้องกันโรค แต่ในเวลาเดียวกัน ถ้าการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทำได้ไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่าย ไม่สุขสบาย บุคคลจะเกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมกำป้องกันโรค ซึ่งเป็นการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมก่อนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมกำป้องกันโรค
5. ตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรม แม้บุคคลจะรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยง ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมกำป้องกันโรคก็ตาม แต่ตัวชี้แนะการกระทำจะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมซึ่งประกอบด้วยตัวชี้แนะภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย ตัวชี้แนะภายนอก ได้แก่การได้รับคำแนะนำจากบุคคลต่างๆ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและเพื่อน
6. ปัจจัยร่วมอื่นๆ (Modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่อายุ เพศ เชื้อชาติ วัฒนธรรม ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคล ระดับชั้นทางสังคม และปัจจัยทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค การสัมผัสโรค

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (PRECEDE Framework)

กรอบการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกรอบแนวคิดที่พัฒนาขึ้นโดย กรีน และคนอื่นๆ (Green, et al., 1980 : 68 - 72) เพื่อการวินิจฉัยและประเมินผลทางพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งใช้อธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ ในรูปของปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยส่งเสริม (Reinforcing) และปัจจัยเอื้ออำนวย (Enabling) ดังนี้คือ

ปัจจัยนำ คือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจของบุคคล หรือกลุ่มคนซึ่งได้มาจากประสบการณ์การเรียนรู้ ได้แก่ ความรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ รวมทั้งสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจ อายุ เพศ และขนาดครอบครัว

ปัจจัยส่งเสริม เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นการเสริมแรง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์และโปรแกรมของการกระทำนั้นๆ การเสริมแรง จะได้จากบุคคลรอบข้าง ได้แก่ คู่สมรส ญาติพี่น้อง บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ร่วมงาน

ปัจจัยเอื้ออำนวย เป็นทักษะและแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สถานบริการด้านสุขภาพ โรงเรียน ค่าใช้จ่าย ระยะเวลา เป็นบริการที่หาได้ง่าย เข้าถึงได้ รวมทั้งการได้รับข่าวสารข้อมูล

รูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health promotion model)

เพนเดอร์ (pender, 1996: 66 - 67) ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมาจากทฤษฎีความคาดหวัง และทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม โดยแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์แต่ละด้านที่มีต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

1. ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะของตนเองซึ่งมีผลต่อการกระทำในภายหลัง ที่สำคัญคือ ผลนั้นจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมเป้าหมาย ประกอบด้วย 2 ปัจจัยดังนี้ คือ

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต (Prior Related Behavior)

พฤติกรรมในอดีต เป็นตัวทำนายพฤติกรรมที่ดี เป็นความถี่ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนกันหรือคล้ายคลึงกับในอดีต ซึ่งจะมีผลโดยตรง และโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน อาจเกิดจากการสร้างนิสัย ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพโดยอัตโนมัติ พฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผล

ประโยชน์ที่เคยได้รับการกระทำในอดีต ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) มีความสัมพันธ์กับการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย

1.1.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) เช่น อายุ เพศ น้ำหนักตัว วัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความสามารถในการออกกำลังกาย ความแข็งแรง หรือความสมดุลของร่างกาย เป็นต้น

1.1.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจของบุคคล (Personal Psychologic factors) ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) ความสามารถของบุคคล (Personal competence) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) และการให้คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health)

1.1.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal Sociocultural factors) ได้แก่ เชื้อชาติ สัญชาติ วัฒนธรรม การศึกษา และสภาวะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล แสดงให้เห็นถึงอิทธิพล โดยตรงที่มีต่อ ความรู้ความเข้าใจและความรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนอาจทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ อย่างไรก็ตามปัจจัยส่วนบุคคลบางปัจจัยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

1.2 ปัจจัยด้านความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม (Behavior-Specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่สำคัญในการจูงใจมากที่สุด ซึ่งประกอบด้วย

1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits to action) การวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมใดๆ ขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ของประโยชน์หรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

1.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้หรือคาดคะเน อาจเป็นความจริงหรือไม่จริงก็ได้ ได้แก่ ความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นๆ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติพฤติกรรม หรือจูงใจให้คุณคนหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

1.2.3 การรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Perceived Self-efficacy) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมและการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะในตนเองจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้

1.2.4 กิจกรรมที่สัมพันธ์กับอารมณ์ (Activity-Related Affect)

ภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์จะเก็บไว้ในความทรงจำ และจะมีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดต่อพฤติกรรมในเวลาต่อมา พฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางบวก มักจะเกิดขึ้นซ้ำ แต่ถ้าสัมพันธ์กับอารมณ์ทางลบมักจะหลีกเลี่ยง ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบ จึงต้องดูที่ความสมดุลของอารมณ์ทางบวกและอารมณ์ทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลัง การแสดงพฤติกรรม ซึ่งกิจกรรมที่สัมพันธ์ กับอารมณ์ มีอิทธิพล โดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพได้เช่นเดียวกันกับที่มีอิทธิพลทางอ้อม โดยผ่านสมรรถนะในตนเองและข้อผูกมัดในการนำไปสู่การวางแผนที่จะทำพฤติกรรม

1.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influence) เป็น

การเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของผู้อื่น การเรียนรู้เหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งกำเนิดแรกของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ คือครอบครัว ได้แก่บิดามารดา หรือพี่น้อง เพื่อน และผู้ดูแลสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลประกอบด้วย บรรทัดฐาน หรือเป็นความคาดหวังของผู้อื่น การสนับสนุนของสังคมในด้านเครื่องมือและด้านอารมณ์ และการเป็นแบบอย่างโดยเรียนรู้ได้จากการสังเกตจากประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลจะกระทำพฤติกรรมเมื่อเขาได้รับคำชม และถูกผลักดันจากสังคม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลสะท้อนทำให้บุคคล เกิดการเรียนรู้โดยการเลียนแบบพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influence) การรับรู้

ของบุคคลและการเรียนรู้จากสถานการณ์หรือบริบทต่างๆ สามารถเอื้ออำนวยหรือขัดขวางการเกิดพฤติกรรมได้ อิทธิพลของสถานการณ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของทางเลือก คุณลักษณะความต้องการ และความสวยงามน่าชื่นชมของสภาพแวดล้อมที่ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมนั้นๆ เกิดขึ้น บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีในสถานการณ์ หรือสภาพแวดล้อมที่บุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้ ไปด้วยกันได้มากกว่าความรู้สึกไปด้วยกันไม่ได้ ความรู้สึกผูกพันมากกว่าความรู้สึกแตกแยกปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตรงใจและน่าสนใจ เป็นบริบทที่บุคคลปรารถนาหรือชอบในการที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรคและการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านความรู้
2. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส

ระดับการศึกษา เป็นต้น

3. ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ
4. ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูล

ข่าวสาร หรือคำแนะนำจากเพื่อน และครอบครัว เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

รายได้ของครอบครัว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ

1. ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ
2. ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้
3. ปัจจัยที่สนับสนุนการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ อายุ

อายุ เป็นองค์ประกอบ หรือปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังที่ โอเรม (Orem, 1980 : 154) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ ยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าวัยเด็ก ดังเช่น การศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536 : 83) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมกำบังโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 93-94) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับ พฤติกรรมกำบังโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์ (2535 : 103) พบว่า อายุ ของคนงานสตรี จังหวัดนนทบุรี ไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ อาภากร สุปัญญา (2536 : 61) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุดรธานี สอดคล้องกับการศึกษาของ เขาวดี สุวรรณนาคะ (2532 : 76) ที่พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย ของผู้ป่วยตับอักเสบ จากเชื้อไวรัสตับอักเสบ บี และจาก

การศึกษา ของสุภาวดี แถวเพ็ญ (2540 : 75)) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรค ซิฟิลิส

ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ การรับรู้

การรับรู้ (Perception) เป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เพราะการรับรู้เป็นขบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานของบุคคลที่เกิดจากการตีความที่สมองหรือความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์ และความรู้เดิม ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจ ในสิ่งที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ต่างๆ อาจมีเหตุผล หรือ ไม่มีเหตุผล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ต่างๆ ถ้าปราศจากการรับรู้ บุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ (กันยา สุวรรณแสง, 2532 : 127 ; จำเนียร ช่วงโชติ, 2532 : 69 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534 : 33 ; สถิต วงศ์สุวรรณ, 2529 : 207 ; Ganion & Magoon, 1972 : 637 ; Lindgren & Hawey, 1981 : 292 ; Zimbardo, 1977 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ , 2536 : 49)

สำหรับในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค โรเซนสต็อค (Rosenstock, In Becker, Ed., 1974 : 3-4) กล่าวไว้ว่า บุคคลใดก็ตามจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังเช่น การศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ (2536 : 49) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรค ไวรัสตับอักเสบ บีของมารดา ที่เป็นพาหะของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 55) ที่พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived

susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรค จากรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีผลต่อการป้องกันโรค การรักษาและการส่งเสริมสุขภาพ โดยบุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดีจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีด้วยเช่นกัน ดังเช่นการศึกษาของ วนิดา เสนะวงษ์ (2535 : 103) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับ

บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี จากการศึกษาของเสมอจันทร์ อดนะเทพ (2535 : 78) พบว่าผู้ติดยาเสพติดที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ดี และจากการศึกษาของ อรพินทร์ อินทรนุกูลกิจ (2536 : 73) พบว่า ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ถูกต้อง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลาร์สันและคนอื่นๆ (Larson, et al., cited by Rosenstock, In Glanz, et al., Eds., 1990 : 55) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการไปรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่จากการศึกษาของไฮแมน และคนอื่นๆ (Hyman, et al., 1994 : 401) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดหามะเร็งเต้านมโดยการตรวจด้วย แมมโมแกรม (Mammogram)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) เป็นความรู้ที่นึกถึงของบุคคลที่เชื่อว่าโรคนั้นมีอันตรายทำให้ถึงขั้นเสียชีวิต หรือมีผลต่อสมรรถภาพการทำงานของร่างกาย ครอบครั้ว และสังคม อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง เป็นเพียงความรู้ที่นึกถึงของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค ดังเช่นการศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์(2535 : 103) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี จากการศึกษาของอนงค์นาฏ เหลี่ยมสมบัติ และคนอื่นๆ (2540 : 6) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคของหญิงตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะ โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ มิเกล (Mikhail, 1981 : 69) อ้างในศุภวดี แถวเพ็ช, 2540 : 41) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยโดยบุคคลที่มีการรับรู้ความรุนแรงของไข้หวัดใหญ่จะมารับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่าบุคคลที่ไม่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค แต่จากการศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์ (2535:104)พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรพินทร์ อินทรนุกูลกิจ (2536 : 74) พบว่าผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคได้ถูกต้องแต่ไม่มีผลต่อการพฤติกรรมสุขภาพ และการศึกษาของ เสมอจันทร์ อดนะเทพ (2535 : 79) พบว่าผู้ติดยาเสพติดไม่ว่าจะรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมามาก - น้อย ก็ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived benefits) เป็นความรู้ที่นึกถึงของบุคคลที่เชื่อว่า วิธีที่เลือกปฏิบัตินั้นมีประสิทธิภาพและมีประโยชน์ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และลดภาวะคุกคามจากโรคได้

ดังเช่นการศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์ (2535 : 103) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 80) พบว่า ผู้ติดยาเสพติดที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมดี จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุคคลอื่นๆ คือ การศึกษาของ เอี่ยมพร กาญจรังสีชัย (2532 : 88) เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 80) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติ ป้องกัน โรคเอดส์ รวมทั้งการศึกษาของ ไฮเมนและคนอื่นๆ (Hymen , et al., 1994 ; 401) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยการตรวจด้วยเครื่อง Mammogram แต่ไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ (2536:42) ซึ่งพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคของมารดา

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค (Perceived barriers) แม้บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นผลดีต่อการป้องกันโรค แต่ในเวลาเดียวกัน ถ้าการปฏิบัติกิจกรรมนั้นไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่าย ไม่สบาย บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรค ซึ่งเป็นการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นเอง อย่างไรก็ตาม บุคคลจะประเมินระหว่างประโยชน์และอุปสรรค ของการปฏิบัติกิจกรรมก่อนการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังเช่นการศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์ (2535 : 103) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์ทางบวก กับการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และจากการศึกษาของ อรพินทร์ อินทรนุกูลกิจ (2536 : 36) พบว่า ผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหารที่มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคถูกต้อง จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสอดคล้อง กับการศึกษาของ อนงคณาฎ เหลี่ยมสมบัติ และ คนอื่นๆ (2540 : 6) พบว่า การรับรู้ผลดีและอุปสรรค ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันและรักษาภาวะโลหิตจาง จากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 80) พบว่า ผู้ติดยาเสพติดไม่ว่าจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มากน้อยเพียงใด ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์

ปัจจัยที่สนับสนุนการกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยอีกปัจจัยหนึ่ง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งในปัจจุบันนี้สภาพสังคมได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจากความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์และการแพทย์ โดยละทิ้งความเชื่อ โศคลางเมื่อเผชิญกับอุปสรรคในชีวิต (Inkeles, 1973 อ้างถึงใน อุบล เลี้ยววาริน, 2538 : 33 - 34) และการรับข่าวสาร ที่มีประโยชน์มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้ช่วยแพร่กระจาย ข่าวสารและช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (Royors & Shoemaker, 1977 อ้างถึงใน อุบล เลี้ยววาริน, 2538 :34) นอกจากนี้ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ และถ้าข่าวสารนั้นมีประโยชน์ต่อผู้รับก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่นการศึกษาของ อภากร สุปัญญา (2536 : 61) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่มารับการวางแผนครอบครัวในจังหวัดอุดรธานี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ สุรินทร์ (2535 :148) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ ศันสนีย์ นัทธีศรี (2536: 135) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

จะเห็นได้ว่า มีพฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวนมากดังได้กล่าวมาแล้วนั้น มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่า แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างไร มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก หมายถึง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีสถานภาพการสมรสคู่ ประกอบอาชีพเกษตรกรและมีสามีเป็นเกษตรกร อาศัยอยู่ในภาคตะวันตกของประเทศไทย ประกอบไปด้วย 6 จังหวัด คือ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่พบมากที่สุดของโรคมะเร็งในสตรี ดังที่กล่าวมาแล้วในตอนต้น แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก เป็นกลุ่มสตรีส่วนใหญ่ของภาคตะวันตก จากการศึกษาสำมะโนประชากร และทะเบียน พ.ศ.2533 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2537) พบว่า

ภาวะเจริญพันธุ์ หญิงที่เคยสมรส อายุ 15 ปี ขึ้นไป จะมีจำนวนบุตร เกิดรอดโดยเฉลี่ยประมาณ 3 คน อายุเฉลี่ยเมื่อแต่งงานครั้งแรกของหญิงที่เคยสมรส อายุประมาณ 23-24 ปี หญิงที่อยู่ในเขตเทศบาลจะแต่งงานช้ากว่าหญิงที่อยู่นอกเขตเทศบาล สำหรับสตรีสมรส อายุ 15-49 ปี มีการคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิดในอัตราที่สูง โดยนอกเขตเทศบาลมีการคุมกำเนิดมากกว่าในเขตเทศบาล

การศึกษา ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่ อ่านออกเขียนได้ โดยผู้ชายอ่านออก เขียนได้มากกว่าผู้หญิง และผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลอ่านออกเขียนได้มากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ประชากรส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับประถมศึกษา มีเพียงประมาณ 11-18% โดยผู้ชายมีสัดส่วนมากกว่าผู้หญิง และผู้ที่อยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล

อาชีพ ประชากรส่วนใหญ่ของภาคตะวันตก ประกอบอาชีพ ทางด้าน เกษตรกรรม

จากการสอบถามข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง แม่บ้านเกษตรกรภาคตะวันตก จำนวน 5 ราย ใน 10 ข้อคำถาม เพื่อเป็นตัวแทนในการศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก เบื้องต้นของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตกและได้ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ท่านรู้จักโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

-กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่ามะเร็งปากมดลูก เป็นที่ปากมดลูก เป็นโรคที่น่ากลัวถ้าเป็นแล้วจะรักษาไม่ได้ คิดเป็น ร้อยละ 100

2. ท่านทราบวิธีการป้องกันหรือไม่

-กลุ่มตัวอย่าง ตอบว่า ไม่ทราบวิธีการป้องกัน แต่ทราบว่า ต้องไปตรวจดูว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ โดยไปตรวจภายใน ตรวจครั้งแรกเมื่อไปตรวจหลังคลอด ผลปรากฏว่าไม่มีอาการผิดปกติ จึงไม่ได้ไปตรวจซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 100

3. ท่านทราบข้อมูลเรื่องมะเร็งปากมดลูกจากที่ใด

-กลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบข้อมูลเล็กน้อย จากโรงพยาบาล เพราะไม่ได้โรงพยาบาลบ่อนักข้อมูลส่วนใหญ่จะได้ยินจากเพื่อนบ้าน คิดเป็นร้อยละ 100

4. ท่านเคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกบ้างหรือไม่ เพราะเหตุใด
 - กลุ่มตัวอย่าง เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก เมื่อไปตรวจหลังคลอด แล้วไม่ได้ไปตรวจซ้ำอีก เพราะไม่มีอาการผิดปกติ
5. ท่านแต่งงานเมื่ออายุเท่าใด, มีบุตรทั้งหมดกี่คน, คุณกำเนิดหรือไม่อย่างไร
 - กลุ่มตัวอย่าง แต่งงาน อายุโดยเฉลี่ย 19 ปี มีบุตร โดยเฉลี่ย 2 คน คุณกำเนิดด้วยการทำหมันถาวร คิดเป็น ร้อยละ 80 และไม่ได้คุณกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 20
6. ท่านหรือสามีของท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 - กลุ่มตัวอย่าง ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็น ร้อยละ 100 แต่พบว่า สามีสูบบุหรี่ สูงถึง ร้อยละ 80 และภรรยาสามารถ อยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ได้
7. ท่านหรือสามีของท่านเคยเป็น โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่
 - กลุ่มตัวอย่าง ปฏิเสธการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งสามีด้วย คิดเป็น ร้อยละ 100 และไม่เคยมีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เลย เพราะเชื่อใจกัน
8. ท่านแต่งงานกี่ครั้ง หรือ สามีของท่านมีภรรยากี่คน
 - มี กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงาน 2 ครั้ง คิดเป็น ร้อยละ 20 ส่วนสามีมีภรรยาคนเดียว คิดเป็น ร้อยละ 100
9. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หรือไม่
 - กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 รับประทานอาหาร ครบ 5 หมู่ เพราะรับประทาน ผัก ผลไม้ ปลา ไข่เป็ด ไข่ไก่ อยู่เป็นประจำ
10. ท่านมีความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไร
 - กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 100 กลัวโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ทราบ ว่า อาการเริ่มแรกเป็นอย่างไร จะต้องไปตรวจเมื่อใด จึงจะไม่ช้าเกินไป

จากการศึกษา และจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง พอจะสรุปพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกร ในภาคตะวันตก ได้ดังนี้

1. มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย
2. ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน
3. มีผู้ที่ไม่คุณกำเนิด ซึ่งเสี่ยงต่อการมีบุตรหลายคน
4. ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ได้จากเพื่อนบ้าน
5. มีผู้ที่ไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ เป็นส่วนใหญ่

6. ไม่มีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

7. การตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นไปอย่างไม่ต่อเนื่อง

ทุกข้อที่กล่าวมา เป็นส่วนหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งสิ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ ถ้ากลุ่มตัวอย่างต้องป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะต้องค้นพบในระยะลุกลาม เพราะไม่มีใครสนใจในการเฝ้าตรวจ Pap Smear ซึ่งจะมีผลกระทบอื่นตามมามากมาย ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและญาติ และต่อประเทศชาติเช่นกัน เนื่องจากว่า แม่บ้านเกษตรกร จะเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลครอบครัวภายในบ้าน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องงานบ้าน งานครัว งานอบรมดูแลบุตร ดูแลทุกคนในครอบครัว ถ้าบุคคลผู้ทำหน้าที่ดูแลเจ็บป่วย จะไม่มีใครที่จะสามารถดูแล และปฏิบัติหน้าที่แทนแม่บ้านได้ จะเกิดความเศร้า ท้อแท้ หดหู่ ทั้งตัวแม่บ้านและบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ การรักษามะเร็งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากและยังไม่สามารถรักษาให้หายอีกด้วย ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

สรุป

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบมากที่สุด ในโรคมะเร็งของสตรี เป็นโรคที่มีความรุนแรงมากไม่สามารถรักษาให้หายได้ ถ้าค้นพบในระยะลุกลาม ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติ แต่โรคนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ทางเซลล์วิทยาหรือแท็บสเมียร์ซึ่งสามารถทำได้ง่าย สะดวกและประหยัด แต่ปัญหาที่พบต่างๆ ไป คือ มีการไปตรวจเป็นจำนวนน้อย

สตรีแม่บ้านเกษตรกร เป็นกลุ่มสตรีส่วนใหญ่ในภาคตะวันตก แม่บ้านเป็นบุคคลสำคัญในครอบครัว เป็นผู้ดูแลงานบ้าน ดูแลบุตร และทุกคนในครอบครัว และยังคงออกมาประกอบอาชีพ เคียงบ่าเคียงไหล่กับสามีนอกบ้านอีกด้วย จากการศึกษาโดยการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า ประชากรกลุ่มนี้ ยังมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่พึงประสงค์ มีการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ไม่มีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง และจากการศึกษา การสรุปผลการตรวจจำนวน Pap smear ตั้งแต่ปี 2532-2537 โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ หญิงกลุ่มเป้าหมาย อายุ 20-60 ปี ทั่วประเทศ ผลปรากฏว่า จังหวัดในภาคตะวันตก มีแนวโน้มในการตรวจลดลง และแนวโน้มในการค้นพบโรคมะเร็งระยะลุกลามมีมากขึ้น

ด้วยเหตุที่ผู้วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในจังหวัดที่อยู่ภาคตะวันตก มีความตระหนักถึงปัญหานี้ และคิดว่า ทำอย่างไรที่จะทำให้กลุ่มสตรีมีความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกันอย่างจริงจัง และจากการศึกษาคิดว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ในการป้องกันของสตรีนี้ ควรจะประกอบด้วย การรับรู้ อันประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค นอกจากนี้ ปัจจัยด้านประชากรที่ควร จะเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก คือ อายุ รวมทั้ง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่คิดว่ามีผลอย่างมาก ดังนั้น ผู้วิจัยจึง สนใจศึกษาวิจัยในหัวข้อเรื่อง พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกร ภาคตะวันตก โดยคาดว่า จะได้รับประโยชน์จากการวิจัย คือ นำผลที่ได้มาวางแผนสำหรับให้ บริการให้ถึงประชากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้มีพฤติกรรม การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกที่พึง ประสงค์อย่างสม่ำเสมอ และใช้เป็นแนวทางในการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการ ป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในประเด็นอื่นต่อไป

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และ อายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแม่บ้านอาชีพเกษตรกรที่อาศัยอยู่กับคู่สมรสที่เป็นเกษตรกร ทั้งที่จดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียนสมรส ใน 6 จังหวัดภาคตะวันตก ได้แก่ กาญจนบุรี สุพรรณบุรี ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์

กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายที่มีตัวแปรอิสระ มีความสำคัญเท่าๆ กัน และกลุ่มประชากรมีจำนวนที่ไม่สามารถทราบค่าได้แน่นอน ดังนั้นจึงคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณขนาดตัวอย่างแบบง่ายสำหรับค่าสัดส่วน (Lwanga, SK. and Lemeshow S., 1991 : 25 อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และ คนอื่นๆ, 2538 : 172) ดังนี้

$$n = \frac{Z^2 \alpha/2 \cdot \pi (1 - \pi)}{d^2}$$

เมื่อ n = ขนาดตัวอย่าง

π = ค่าสัดส่วนประชากร ประมาณด้วยค่าสัดส่วนตัวอย่าง

d = ค่าความคลาดเคลื่อนสมมุติ ระหว่างค่าสถิติ P ที่เบี่ยงเบน
ออกจากค่าพารามิเตอร์ π

Z = ค่าสถิติมาตรฐานได้ไ้คงปกติ ที่สอดคล้องกับระดับนัยสำคัญ α

จากการสำรวจนำร่อง (Pilot Study) พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในแต่ละด้านของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาแทนค่าสูตรได้ดังนี้

ด้านนุหรี มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่จำนวน 10 คน คิดเป็นสัดส่วน
ได้ 0.33

แทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{Z_{0.05/2}^2 \cdot (0.33) (0.67)}{(0.05)^2} \\ &= \frac{(1.96)^2 \cdot (0.33) (0.67)}{(0.05)^2} \\ &= 339.75 \text{ คน} \end{aligned}$$

ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ มีกลุ่ม
ตัวอย่างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ จำนวน 29 คน คิดเป็นสัดส่วนได้ 0.97 แทนค่าสูตรเช่นเดียวกับ
กับด้านนุหรี ได้ขนาดประชากร จำนวน 44.72 คน

ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ มีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมพึง
ประสงค์ จำนวน 5 คน คิดเป็นสัดส่วนได้ 0.17 แทนค่าสูตรเช่นเดียวกับด้านนุหรี ได้ขนาดประชากร
จำนวน 216.82 คน

ด้านการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก หรือ แพ้ปัสเมียร์ มีกลุ่มตัวอย่างที่มี
พฤติกรรมพึงประสงค์ จำนวน 3 คน คิดเป็นสัดส่วนได้ 0.10 แทนค่าสูตรเช่นเดียวกับด้านนุหรี
ได้ขนาดประชากร จำนวน 138.30 คน

เพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนเพียงพอในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวม
ข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จำนวน 400 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากจังหวัดในภาคตะวันตก มีลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม
และวัฒนธรรมที่คล้ายคลึงกัน จึงใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage
sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สุ่มจังหวัดแบบง่าย (Sample Random Sampling : Without Replacement) 2 จังหวัด จาก
6 จังหวัด ในภาคตะวันตก คิดเป็นร้อยละ 33 จากการใช้วิธีประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างแบบง่าย
(บุญธรรม กิจปรีดาปริสุทธ์, 2524 : 49 อ้างถึงใน พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ, 2538 :
171) คือประชากรมีไม่ถึง 100 ใช้กลุ่มตัวอย่าง 25 % ของกลุ่มประชากร จังหวัดที่ตกเป็นตัวอย่าง
ได้แก่

1.1 จังหวัดกาญจนบุรี

1.2 จังหวัดสุพรรณบุรี

2. สุ่มอำเภอแบบง่าย

2.1 สุ่มอำเภอแบบง่าย 1 อำเภอ จาก 13 อำเภอ ในจังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ อำเภอพนมทวน

2.2 สุ่มอำเภอแบบง่าย 1 อำเภอ จาก 10 อำเภอ ในจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งอำเภอที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ อำเภอคอนเจดีย์

3. สุ่มตำบลแบบง่าย

3.1 สุ่มตำบลแบบง่าย 2 ตำบล จาก 8 ตำบล ในอำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งตำบลที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ ตำบล รางหวาย และ ตำบล คอนตาเพชร

3.2 สุ่มตำบลแบบง่าย 2 ตำบล จาก 5 ตำบล ในอำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งตำบลที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ ตำบล ไรรอด และ ตำบล หนองสาหร่าย

4. สุ่มหมู่บ้านแบบง่าย

4.1 สุ่มหมู่บ้านแบบง่าย 2 หมู่บ้าน จาก 10 หมู่บ้าน ในตำบลคอนตาเพชร อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ หมู่ที่ 4 และ 8

4.2 สุ่มหมู่บ้านแบบง่าย 4 หมู่บ้าน จาก 17 หมู่บ้าน ในตำบล รางหวาย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ หมู่ที่ 3, 4, 6 และ 9

4.3 สุ่มหมู่บ้านแบบง่าย 2 หมู่บ้าน จาก 7 หมู่บ้าน ในตำบล ไรรอด อำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ หมู่ 4 และ 7

4.4 สุ่มหมู่บ้านแบบง่าย 2 หมู่บ้าน จาก 9 หมู่บ้าน ในตำบล หนองสาหร่าย อำเภอคอนเจดีย์ จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งหมู่บ้านที่ตกเป็นตัวอย่าง คือ หมู่ 5 และ 6

5. คำนวณจำนวนแม่บ้านเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มได้โดยใช้สูตร

$$\begin{aligned} & \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน} \\ &= \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{ประชากรแม่บ้านเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้าน}}{\text{จำนวนแม่บ้านเกษตรกรทั้งหมด (จากหมู่บ้านที่สุ่มได้)}} \\ &= \frac{400 \times \text{ประชากรแม่บ้านเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้าน}}{1,079} \end{aligned}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้าน ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ตำบล และหมู่บ้านที่ได้จากการสุ่ม

อายุ	ตำบล										
	คอนคาเพชร		รางหวาย			ไร่รอด		หนองสาหร่าย		รวม	
	หมู่ 4	หมู่ 8	หมู่ 3	หมู่ 4	หมู่ 6	หมู่ 9	หมู่ 4	หมู่ 7	หมู่ 5		หมู่ 6
ต่ำกว่า 20 ปี	-	1	1	1	-	-	3	4	-	-	10
20-39 ปี	24	24	20	18	13	19	21	20	19	18	196
40-59 ปี	9	13	16	18	18	16	14	16	17	17	154
60 ปีขึ้นไป	3	3	2	3	8	4	5	3	4	5	40
รวม	36	41	39	40	39	39	43	43	40	40	400

6. สุ่มกลุ่มตัวอย่างแม่บ้านเกษตรกรในแต่ละหมู่บ้านแบบมีระบบ (Systematic random sampling) โดยนำรายชื่อแม่บ้านเกษตรกรที่ได้จากสถานีอนามัย นำมาเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะห่างของแต่ละลำดับที่ ดังนี้

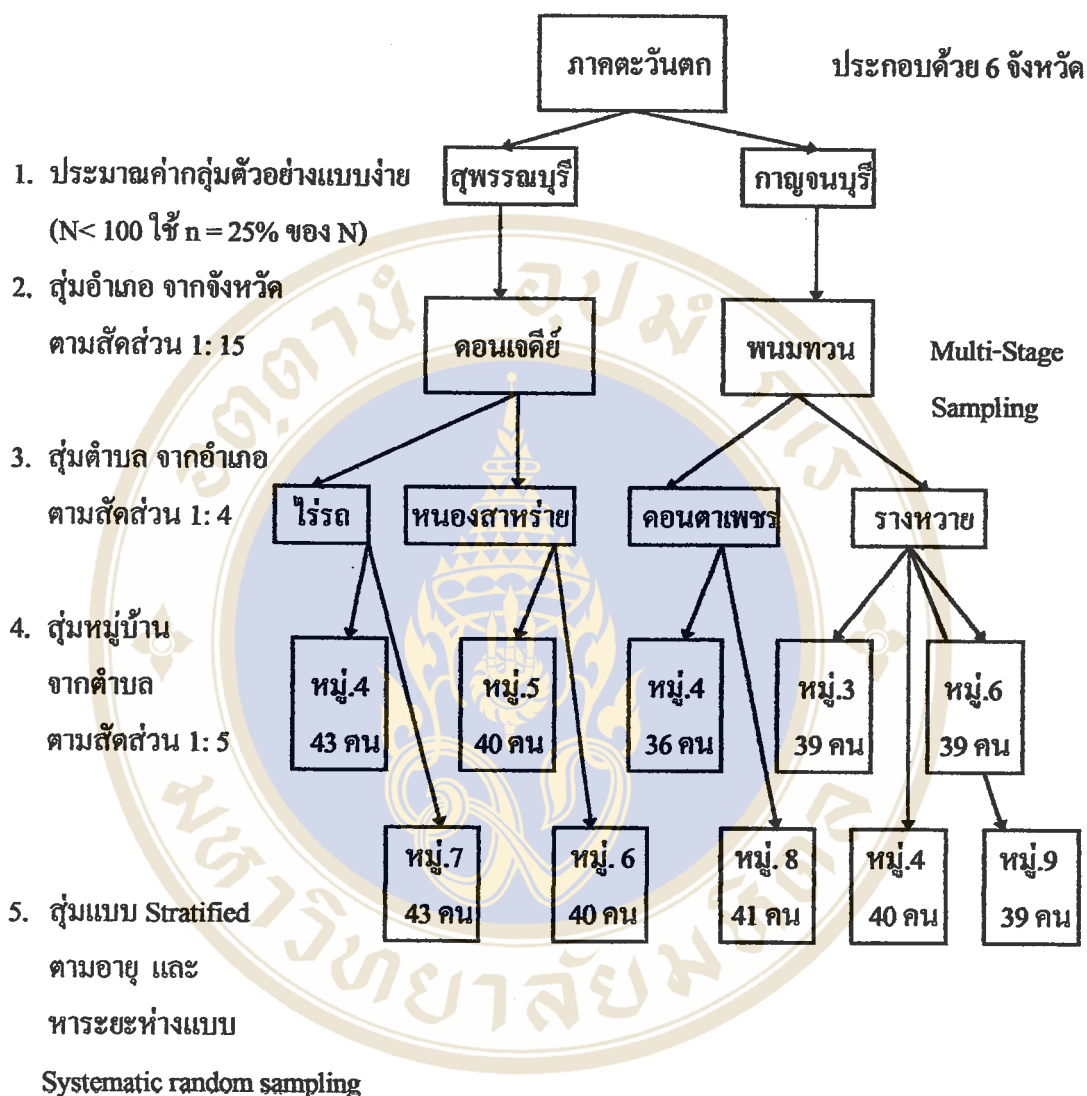
จากสูตร $I = N/n$ (ยูดี ลือชา และคนอื่นๆ, 2532: 78)

โดยที่ I คือ ระยะห่างของแต่ละลำดับเลขที่รายชื่อแม่บ้านเกษตรกร

N คือ จำนวนประชากรแม่บ้านเกษตรกรทั้งหมด

n คือ จำนวนแม่บ้านเกษตรกรตัวอย่างที่ต้องการ

วิธีการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดแสดงผังแผนภูมิต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 2 การเลือกกลุ่มตัวอย่างของการวิจัยพฤติกรรมการป้องกัน
โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ลักษณะทางประชากร และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ลักษณะทางประชากร และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการแท้ง และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยการรวบรวมคั่นคว่ำจากคำร่ว วารสาร และเอกสารที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

2.1 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 ด้านบุหรี่ย ข้อ 1-3 ด้านการรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ และข้อ 1-2 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 ด้านบุหรี่ย ข้อ 4-5 ด้านการรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ และ ข้อ 3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

ลักษณะคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทางบวก ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมพึงประสงค์ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ทำ	ได้	1 คะแนน
ไม่ทำ	ได้	0 คะแนน

ลักษณะคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทางลบ ซึ่งหมายถึง พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ทำ	ได้	0 คะแนน
ไม่ทำ	ได้	1 คะแนน

การให้คะแนนแบบสัมพัทธ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

ได้คะแนน \geq ร้อยละ 80 หรือ ได้คะแนน 10-12 คะแนน

แสดงว่า มีพฤติกรรมการป้องกันพึงประสงค์

ได้คะแนน $<$ ร้อยละ 80 หรือ ได้คะแนน 0-9 คะแนน

แสดงว่า มีพฤติกรรมการป้องกันไม่พึงประสงค์

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

ดังนี้

2.1.1 ด้านบุหรี่ยุติ ประเภทยุติ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2 และ ข้อคำถามทางลบ 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1

2.1.2 ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศประกอบด้วย ข้อคำถาม ทางบวก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,6 และ 7 ข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4 และ 5

2.1.3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 และ 2 และข้อคำถามทางลบ จำนวน 1 ข้อ คือ ข้อ 3

2.2 แบบสัมพัทธ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ มีข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

ลักษณะคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา

ตรวจสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้ 1 คะแนน

ตรวจไม่สม่ำเสมอ ได้ 0 คะแนน

สำหรับแม่บ้านที่แต่งงานภายใน 2 ปี

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา

ตรวจสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ได้ 1 คะแนน

ตรวจไม่สม่ำเสมอ ได้ 0 คะแนน

สำหรับแม่บ้านที่แต่งงานภายใน 1 ปี

การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา

ได้รับการตรวจ ได้ 1 คะแนน

ไม่ได้รับการตรวจ ได้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ ได้แก่

3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-6

3.2 การรับรู้ความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก ทั้งหมด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7-12

3.3 การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-17

3.4 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามทางลบทั้งหมด จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18-22

แบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกแต่ละข้อคำถามมีคำตอบ ให้เลือก 3 ระดับ ดังนี้

ใช่	หมายถึง	เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับ ความเข้าใจ และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความเข้าใจ และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง แต่ขณะเดียวกันก็เกิดความขัดแย้ง
ไม่ใช่	หมายถึง	เมื่อกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับ ความเข้าใจ และความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างเลย

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทางบวก มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ใช่	1
ไม่แน่ใจ	0
ไม่ใช่	0

เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามทางลบ มีดังนี้

ลักษณะคำตอบ	คะแนน
ใช่	0
ไม่แน่ใจ	0
ไม่ใช่	1

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 ระดับดังนี้

ได้คะแนน \geq ร้อยละ 80 หรือ ได้คะแนน 18-22 คะแนน

แสดงว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ถูกต้อง

ได้คะแนน $<$ ร้อยละ 80 หรือ ได้คะแนน 0-17 คะแนน

แสดงว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ถูกต้อง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำ เครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ โดยการหาความเที่ยงตรง และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. การหาความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity)

แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก นำไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา โดยการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ดังนี้

- | | | |
|--|---|------|
| 1. อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ | 1 | ท่าน |
| 2. นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ | 1 | ท่าน |
| 3. นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคมะเร็งทางสูติ-นรีเวชวิทยา | 1 | ท่าน |
| 4. อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสูติ-นรีเวช | 1 | ท่าน |
| 5. พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก | 1 | ท่าน |
| 6. อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ | 1 | ท่าน |

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม ในด้านการใช้ภาษาความถูกต้อง และความครอบคลุมเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปหาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก นำไปสัมภาษณ์แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตกในหมู่บ้านที่ได้รับการคัดเลือก หรือที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อนำมา ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และวัตถุประสงค์ โดยการตรวจสอบคำตอบที่ได้จากคำถามในแต่ละข้อ ว่าได้คำตอบที่ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่ แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมาเร็งปากมดลูก ใช้สูตร คูเดอร์- ริชาร์ดสัน (Kuder -Richardson) หรือ KR-20 (ยูติ ภาษา และคนอื่นๆ, 2537: 124) ได้นำมาทดสอบความเชื่อมั่น ซึ่งมีสูตรคำนวณดังต่อไปนี้

$$KR-20 = r_u$$

$$r_u = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2_t} \right]$$

โดยที่	r_u	=	ค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเที่ยง
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	p	=	สัดส่วนของคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ
	q	=	สัดส่วนของคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
	S^2_t	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จำนวนได้ 0.57

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมาเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จำนวนได้ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 13 ตุลาคม -17 พฤศจิกายน 2540 โดยวิธีการใช้แบบสัมภาษณ์ ซึ่งมีการดำเนินงานตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัว จากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียด และการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อหัวหน้าสถานีอนามัยประจำตำบล ที่สุ่มได้

2. ขอความร่วมมือจากเจ้าพนักงานประจำสถานีอนามัยแห่งละ 1 ท่าน ในการช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย โดยขอความร่วมมือในการนำทางของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปยังบ้านของกลุ่มตัวอย่าง

3. ขอรายชื่อแม่บ้านเกษตรกรในแต่ละตำบล และหมู่บ้านที่สุ่มได้ นำมาจัดกลุ่มตาม อายุ แล้วสุ่มเลือก

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมเจ้าพนักงานอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วยในการนำทางและติดต่อประสานงาน นอกจากนี้ยังมีผู้ช่วยวิจัยซึ่ง เป็นนักศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ได้รับฟังการอธิบาย จากผู้วิจัยจนเข้าใจตรงกัน จำนวน 2 ท่าน ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวน โดย อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการทำวิจัย และอธิบายถึงการพิทักษ์สิทธิ์ ให้ กลุ่มตัวอย่างทราบ

5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้รับการตอบแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science / For Windows) โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และแยกวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นร้อยละของลักษณะทั่วไปและการได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง
2. แจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นร้อยละ ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก รายข้อ รายด้าน และโดยรวม ของพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับ ปฐมภูมิ โดยรวม
3. แจกแจงความถี่ และคำนวณเป็นร้อยละ ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาก มดลูก รายข้อ รายด้าน และ โดยรวม ของการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวม
4. ทดสอบหาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ โดยใช้สถิติ สัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient = r) มีสูตร คำนวณ ดังนี้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย, 2539 :281)

$$r_{xy} = \frac{n\sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[nX^2 - (\sum X^2)][nY^2 - (\sum Y^2)]}}$$

เมื่อ r_{xy} = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยแต่ละตัว
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

X = คะแนนของปัจจัยแต่ละตัว

Y = คะแนนของพฤติกรรมการป้องกัน

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t - test) ซึ่งมีสูตร ดังนี้ (ศิริชัย พงษ์วิชัย , 2539 : 238)

$$t = \frac{r \sqrt{n-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

df = n - 2

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยแต่ละตัว
กับพฤติกรรมการป้องกันโรค

5. ทดสอบหาความสัมพันธ์ ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ และหาความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ โดยใช้สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square = χ^2) และสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C) มีสูตรดังนี้ (ยุวดี ภาษา และคนอื่นๆ , 2537 : 260)

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

เมื่อ

\sum = คือสัญลักษณ์แสดงการรวมผล ตั้งแต่ช่องแรกถึงช่องสุดท้าย

O_{ij} = คือความถี่ที่สังเกตได้ในแถวที่ i และสดมภ์ที่ j

E_{ij} = คือความถี่ที่เป็นไปตามสมมติฐานในแถวที่ i และสดมภ์ที่ j

χ^2 = คือสัญลักษณ์ของ ไค-สแควร์

r = จำนวนแถว

c = จำนวนสดมภ์

เนื่องจาก ไค-สแควร์ บอกแต่เพียงว่า ตัวแปรอิสระมีผลแตกต่างต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่เท่านั้น ไม่ได้บอกถึงอัตราของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ดังนั้น จึงต้องหาค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C) ร่วมด้วย โดยมีสูตรดังนี้ (สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธ์ และคนอื่นๆ, 2521 : 49-50)

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

โดยที่

C = คือ สัญลักษณ์ของ ค่าสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข

χ^2 = คือสัญลักษณ์ ของไค-สแควร์

N = คือ จำนวนประชากร

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษา พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอาชีพเกษตรกร อยู่กับสามีทั้งที่จดทะเบียนสมรสและไม่จดทะเบียนสมรสจำนวน 400 ราย ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

- 1.1 ลักษณะด้านประชากร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 - 1.2 ภาวะเจริญพันธุ์ ได้แก่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ประวัติการแท้ง
 - 1.3 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง
- นำเสนอเป็นคำร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2 จำนวนและ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา และ รายได้ของ
ครอบครัวต่อเดือน (n = 400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	10	2.5
20- 39 ปี	196	49.0
40-59 ปี	154	38.5
60 ปีขึ้นไป	40	10.0
อายุเฉลี่ย 39 ปี ต่ำสุด 15 ปี สูงสุด 75 ปี		
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	39	9.8
ประถมศึกษา	343	85.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	3.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	2	0.5
อนุปริญญา / ปวส	1	0.3
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 3,000 บาท	223	55.8
3,001- 6,000 บาท	107	26.8
6,001- 9,000 บาท	31	7.8
9,001- 12,000 บาท	28	7.0
12,000 บาท ขึ้นไป	11	2.8
รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 4,733.25 บาท		
ต่ำสุด 500 บาทต่อเดือน สูงสุด 100,000 บาทต่อเดือน		

จากตารางที่ 2 พบว่า อายุมากที่สุดอยู่ในช่วงอายุ 20 -39 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 40 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 และช่วงอายุน้อยที่สุด คือ กลุ่มช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.5 เมื่อแบ่งอายุของกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 ระดับ คือ ต่ำกว่า 35 ปี และ 35 ปีขึ้นไป ตามนโยบายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในการแนะนำให้สตรีทุกคนที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ให้ตรวจหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 35 ปี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 42.3 และอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีจำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 อายุโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 39 ปี

ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาคือไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 9.8 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ที่น้อยที่สุด คือ อนุปริญญา/ปวส. มีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3

รายได้ของครอบครัวต่อเดือน พบว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมามีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 3,000-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.8 รายได้ของครอบครัวมากกว่า 12,000 บาทขึ้นไป มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 2.8 รายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ย เท่ากับ 4,733.25 บาท

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และประวัติการแท้ง (n = 400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ต่ำกว่า 15 ปี	5	1.3
15-19 ปี	161	40.3
20-24 ปี	166	41.5
25-29 ปี	47	11.8
30 ปีขึ้นไป	21	5.3
อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เฉลี่ย 21 ปี ต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 48 ปี		
ประวัติการแท้ง		
ไม่เคยแท้ง	308	77.0
เคยแท้ง	92	23.0
แท้งเอง	86	93.5
ทำแท้ง	6	6.5

จากตารางที่ 3 พบว่า อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กลุ่มตัวอย่าง มากที่สุด มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุอยู่ในช่วง 20 - 24 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 15 -19 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.3 และกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์อยู่ในช่วงอายุต่ำกว่า 15 ปี พบน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.3 อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก โดยเฉลี่ย เท่ากับ 21 ปี

ประวัติการแท้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่เคยแท้ง คิดเป็นร้อยละ 77.0 ส่วนกลุ่มที่เคยแท้ง คิดเป็นร้อยละ 23.0 กลุ่มเคยแท้ง ส่วนใหญ่ มีการแท้งเอง คิดเป็นร้อยละ 93.5 และเคยทำแท้ง คิดเป็นร้อยละ 6.5

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และ จำนวนบุตร (n = 400)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์		
ไม่เคยตั้งครรภ์	21	5.3
เคยตั้งครรภ์	379	94.8
1 ครั้ง	86	22.7
2 ครั้ง	122	32.2
3 ครั้ง	78	20.6
4 ครั้ง	35	9.2
5 ครั้งขึ้นไป	58	15.3
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 3 ครั้ง สูงสุด 13 ครั้ง		
จำนวนบุตร		
ไม่มีบุตร	25	6.3
มีบุตร	375	93.8
1 คน	96	25.6
2 คน	138	36.8
3 คน	68	18.1
4 คน	27	7.2
5 คนขึ้นไป	46	12.3
จำนวนบุตร เฉลี่ย 3 คน สูงสุด 12 คน		

จากตารางที่ 4 พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มากที่สุด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32.2 รองลงมา มีจำนวนการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 22.7 และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ที่น้อยที่สุด คือไม่เคยตั้งครรภ์เลย คิดเป็นร้อยละ 5.3

จำนวนบุตร พบว่า กลุ่มที่มีจำนวนบุตร มาก ที่สุด มีจำนวนบุตร 2 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 รองลงมา มีบุตร จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 25.6 กลุ่มที่มีบุตรจำนวนน้อยที่สุดคือ ไม่มีบุตร คิดเป็นร้อยละ 6.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการ ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (n=400)

การได้รับข้อมูลข่าวสาร	จำนวน	ร้อยละ
การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก		
ไม่เคย	113	28.3
เคย	287	71.8
แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เคยได้รับ* (n= 667)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล	217	32.5
โทรทัศน์	172	25.8
วิทยุ	86	12.9
หอกระจายข่าว	70	10.5
อาสาสมัครสาธารณสุข	70	10.5
หนังสือ วารสารหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ	52	7.8

* ตอบได้มากกว่า 1 แหล่ง

จากตารางที่ 5 พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 71.8 และแหล่งข้อมูลที่ได้รับเป็นส่วนใหญ่ได้รับจากหลายแหล่งรวมกัน คือได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล คิดเป็นร้อยละ 32.5 รองลงมา ได้รับข้อมูลข่าวสารจากทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 25.8 กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 28.3

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย พฤติกรรม 2 ระดับ ดังนี้

2.1 ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ ด้านบุหรี่ยุติ ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ และด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

2.2 ระดับทุติยภูมิ ได้แก่ ด้านการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก นำเสนอเป็น คำรื้อยละ รายชื่อ รายด้าน และโดยรวม ของพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังแสดงในตารางที่ 6-8



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง
ปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ (n = 400)

พฤติกรรมการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ	พึงประสงค์		ไม่พึงประสงค์	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านบุหรี่ย*	133	33.3	267	66.8
การไม่สูบบุหรี่ ...	387	96.8	13	3.3
การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่...	133	33.3	267	66.8
ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกต				
อาการผิดปกติของอวัยวะเพศ*	167	41.8	233	58.3
การสวนล้างช่องคลอด...	367	91.8	33	8.3
การสังเกตลักษณะ...	352	88.0	48	12.0
การสังเกตความผิดปกติ...	349	87.3	51	12.8
การใช้มือล้วงไปล้างในช่องคลอด...	324	81.0	76	19.0
การล้างอวัยวะเพศ...	231	57.8	169	42.3
การล้างทำความสะอาด...	221	55.3	179	44.8
การขับอวัยวะเพศ...	208	52.0	192	48.0
ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์*	99	24.8	301	75.3
การร่วมเพศในขณะที่มีประจำเดือน	386	96.5	14	3.5
การล้างอวัยวะเพศทุกครั้ง...	243	60.8	157	39.3
การสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศ...	142	35.5	258	64.5
พฤติกรรมการป้องกัน โดยรวม*	118	29.5	282	70.5

* คิดจากคะแนน \geq ร้อยละ 80

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มี พฤติกรรมพึงประสงค์ คือ ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 96.8

การหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวนมากที่สุด มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 66.8

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ด้านบุหรี่ เมื่อคิด จากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ยังมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คิดเป็น ร้อยละ 66.8

ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ รายชื่อ กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ คือการงดสวนล้างในช่องคลอด โดยการฉีด น้ำยา หรือน้ำเข้า ไปในช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 91.8 รองลงมาเป็นพฤติกรรมการสังเกตลักษณะของ สิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาว คัน หรือมูก หรือเลือด หรือหนอง คิดเป็นร้อยละ 88.0 และ พฤติกรรมที่พึงประสงค์น้อยที่สุด คือการขับอวัยวะเพศให้แห้งหลังจากทำความสะอาดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 52.0

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ ด้านการรักษา ความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ซึ่งคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 58.3

ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี พฤติกรรมพึงประสงค์ในเรื่อง การงดร่วมเพศในขณะที่มีประจำเดือน คิดเป็นร้อยละ 96.5 รองลงมา เป็นพฤติกรรมการล้างอวัยวะเพศทุกครั้งหลังร่วมเพศเสร็จแล้วทันที คิดเป็นร้อยละ 60.8 พฤติกรรม ที่พึงประสงค์น้อยที่สุด คือ การสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.5

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ ด้านการป้องกันการ ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 75.3

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 70.5

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็ง ปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ คือด้านการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก (n = 400)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก		
ไม่เคย	207	51.75
เหตุผลที่ไม่เคยตรวจ* (n = 283)		
ไม่มีอาการผิดปกติ	165	58.3
อายุ	47	16.6
ไม่มีเวลา	21	7.4
กลัวเจ็บ	17	6.0
ไม่มีคนไปเป็นเพื่อน หรือพาไป	14	4.9
ไม่สะดวกในการเดินทาง	8	2.8
กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง	8	2.8
ค่าตรวจแพง	3	1.1
เคย	193	48.25
เหตุผลที่ไปตรวจ* (n = 224)		
ตรวจหลังคลอด	100	44.6
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในทีม		
สุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล	54	24.1
มีอาการผิดปกติ เช่น ตกเลือด		
ตกขาวมีกลิ่นเหม็น	52	23.2
เคยตรวจเป็นประจำ	10	4.5
เพื่อน หรือญาติ พี่น้อง ชวนไปตรวจ	5	2.2
มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็น		
โรคมะเร็งปากมดลูก	2	0.9
ต้องการตรวจหามะเร็ง	1	0.4

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล

จากตารางที่ 7 พบว่า การตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกหรือการแพ้สเปิร์ม กลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยตรวจ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.75 เหตุผลที่ไม่ไปตรวจซึ่งตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล พบว่า ความไม่มีอาการผิดปกติ เป็นเหตุผลที่พบมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.3 รองลงมา คือ อายุ คิดเป็นร้อยละ 16.6 และเหตุผลที่พบน้อยที่สุด คือ ค่าตรวจแพง คิดเป็นร้อยละ 1.1

ส่วนกลุ่มที่เคยตรวจนั้น คิดเป็นร้อยละ 48.25 เหตุผลที่ไม่ไปตรวจซึ่งตอบได้ มากกว่า 1 เหตุผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พบว่าเคยตรวจมากที่สุด คือ ตรวจหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาคือ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 24.1 และเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจน้อยที่สุด คือ ต้องการตรวจหามะเร็ง คิดเป็น ร้อยละ 0.4

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ ของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติ ของปากมดลูก (n= 400)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ความถี่ของการตรวจ		
ตรวจสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	28	7.0
ตรวจไม่สม่ำเสมอ	372	93.0
เหตุผลที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ* (n = 584)		
ไม่เคยตรวจ	207	35.4
ไม่มีอาการผิดปกติ	165	28.3
ไม่ทราบว่าต้องตรวจต่อเนื่อง	165	28.3
อายุ	47	8.0

* เลือกตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล

จากตารางที่ 8 ความถี่ของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ตรวจไม่สม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 93.0 เหตุผลของการมาตรวจไม่สม่ำเสมอ ซึ่งตอบได้มากกว่า 1 เหตุผล คือ อยู่ในกลุ่มของผู้ที่ไม่เคยตรวจ คิดเป็นร้อยละ 35.4 รองลงมา คือ ไม่มีอาการผิดปกติและไม่ทราบว่าต้องตรวจอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 28.3 และเหตุผลเนื่องจากอายุ พบน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 8.0 ส่วนพฤติกรรมการตรวจ อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีเป็นส่วนน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.0

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รายข้อ รายด้านและโดยรวม

นำเสนอเป็นค่าร้อยละ ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รายข้อ รายด้านและ โดยรวม (n = 400)

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค*	203	50.8	197	49.3
1. การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน...	356	89.0	44	11.0
2. การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์...	345	86.3	55	13.8
3. การมีเพศสัมพันธ์	294	73.5	106	26.5
4. การตั้งครรภ์หลายครั้ง...	272	68.0	128	32.0
5. การสูบบุหรี่	230	57.5	170	42.5
6. การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย ...	210	52.5	190	47.5
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค*	350	87.5	50	12.5
1. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้าย ...	386	96.5	14	3.5
2. มะเร็งปากมดลูกเป็น โรคร้ายแรง...	383	95.8	17	4.3
3. มะเร็งปากมดลูกเป็น โรคที่ใช้ เวลา...	365	91.3	35	8.8
4. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก...	364	91.0	36	9.0
5. โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะทำให้...	342	85.5	58	14.5
6. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ...	331	82.8	69	17.3

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก รายชื่อ รายด้านและ โดยรวม (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	ถูกต้อง		ไม่ถูกต้อง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ				
พฤติกรรมการป้องกัน*	282	70.5	118	29.5
1. การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ...	379	94.8	21	5.3
2. การล้างทำความสะอาดและซับอวัยวะเพศ...	351	87.8	49	12.3
3. การรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์...	294	73.5	106	26.5
4. การใช้ถุงยางอนามัย ...	281	70.3	119	29.8
5. การไม่สูบบุหรี่ ...	272	68.0	128	32.0
ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม				
การป้องกันโรค*	240	60.0	160	40.0
1. การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก ...	330	82.5	70	17.5
2. การล้างทำความสะอาดและซับอวัยวะเพศ...	323	80.8	77	19.3
3. การตรวจหามะเร็งปากมดลูก...	309	77.3	91	22.8
4. การบอกให้สามีใช้ถุงยางอนามัย ...	239	59.8	161	40.3
5. การหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่...	220	55.0	180	45.0
การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวม*	216	54.0	184	46.0

* คิดจากคะแนน \geq ร้อยละ 80

จากตารางที่ 9 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 ซึ่งเน้นการรับรู้ที่ถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

มากที่สุด มีการรับรู้ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 50.8 และเมื่อคิด คะแนนตามการตอบคำถามถูกหรือผิดของข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ถูกต้องในข้อที่ว่า ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่าผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเพียงคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 89.0 รองลงมา มีการรับรู้ว่าคุณผู้หญิงที่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 86.3 การรับรู้ที่ถูกต้อง น้อยที่สุด คือ รับรู้ว่า ผู้หญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่าผู้หญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุมาก คิดเป็นร้อยละ 52.5

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 87.5 และเมื่อคิดคะแนนตามการตอบคำถามถูกหรือผิดของข้อคำถาม พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยรับรู้ในข้อที่ว่า โรคมะเร็งปากมดลูกระยะสุดท้ายจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.5 รองลงมา มีการรับรู้ในข้อที่ว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรง และอาจทำให้ถึงแก่ความตายได้ คิดเป็นร้อยละ 95.8 ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค น้อยที่สุด คือ รับรู้ว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม จะมีร่างกายอ่อนเพลีย ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 82.8

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 70.5 และเมื่อคิดคะแนนตามการตอบคำถามถูกหรือผิดของข้อคำถาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยมีการรับรู้ ในเรื่อง การตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จะทำให้รักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้ทันท่วงที คิดเป็นร้อยละ 94.8 รองลงมา มีการรับรู้ในเรื่อง การล้างทำความสะอาดและซับบอวยวะเพศให้แห้งทุกครั้งหลังการร่วมเพศ มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ คิดเป็นร้อยละ 87.8 และมีการรับรู้ที่ถูกต้องน้อยที่สุดในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ หรือ การหลีกเลี่ยงด้านนุหรี่มีส่วนช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ คิดเป็นร้อยละ 68.0

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ถูกต้องมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.0 และเมื่อคิดคะแนนตามการตอบคำถามถูกหรือผิด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคว่า การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกไม่ทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 82.5 รองลงมา รับรู้ว่า การล้างทำความสะอาดและซับบอวยวะเพศ ให้แห้งทุกครั้งหลังการร่วมเพศไม่เป็นเรื่องยุ่งยาก คิดเป็นร้อยละ 80.8 และการรับรู้อุปสรรคที่ถูกต้อง น้อยที่สุด คือ รับรู้ว่า การหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันนุหรี่ เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก คิดเป็นร้อยละ 55.0

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยรวมซึ่งคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถูกต้องและไม่ถูกต้องในระดับใกล้เคียงกัน คือ ถูกต้องร้อยละ 54.0 และไม่ถูกต้องร้อยละ 46.0

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และอายุ กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีการวิเคราะห์และนำเสนอ ดังนี้

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับ พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ นำเสนอเป็น ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient = r) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ

ตัวแปรอิสระ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุ	-.077
การรับรู้เกี่ยวกับโรค	.107*

* $p < .05$

จากตารางที่ 10 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ และ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมระดับปฐมภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$, $r = .107$)

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ และความสัมพัทธ์ระหว่าง อายุและการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกกับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ นำเสนอเป็น ค่าทดสอบ ไค-สแควร์ (Chi - square = χ^2 -test) และสัมประสิทธิ์ ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C) ดังแสดงในตารางที่ 11-13 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ และ ระดับทุติยภูมิ

พฤติกรรม	การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค		รวม (n = 400)	การทดสอบ ทางสถิติ
	ได้รับ	ไม่เคยได้รับ		
ระดับปฐมภูมิ				
ฟังประสงค์	95 (23.8)	23 (5.6)	118 (29.5)	$\chi^2 = 6.334^{**}$
ไม่ฟังประสงค์	192(48.0)	90 (22.5)	282 (70.5)	C = .125, df= 1
รวม	287(71.8)	113 (28.3)		P = .012
ระดับทุติยภูมิ				
ฟังประสงค์	25 (6.3)	3 (0.8)	28 (7.0)	$\chi^2 = 4.568^*$
ไม่ฟังประสงค์	262 (65.5)	110 (27.5)	372 (93.0)	C = .106, df= 1
รวม	287(71.8)	113 (28.3)		P = .033

*p< .05 , ** p< .01

จากตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค กลุ่มตัวอย่าง ที่มีพฤติกรรมระดับปฐมภูมิฟังประสงค์ และได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 23.8 มีมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับปฐมภูมิไม่ฟังประสงค์ แต่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีเพียงร้อยละ 5.6 รวมผู้ที่มี พฤติกรรมระดับปฐมภูมิฟังประสงค์ ทั้งหมด จำนวน118 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมระดับปฐมภูมิไม่พึงประสงค์ แต่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 48.0 มีมากกว่ากลุ่มที่มี พฤติกรรมระดับปฐมภูมิไม่พึงประสงค์และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีเพียงร้อยละ 22.5 รวมผู้ที่มีพฤติกรรมระดับปฐมภูมิไม่พึงประสงค์ ทั้งหมด จำนวน 282 คน คิดเป็นร้อยละ 70.5

การทดสอบทางสถิติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ในระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$)

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิพึงประสงค์และได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 6.3 มีมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิพึงประสงค์ แต่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.8 รวมผู้ที่มี พฤติกรรมระดับทุติยภูมิพึงประสงค์ ทั้งหมด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ แต่ได้รับข้อมูลข่าวสาร คิดเป็นร้อยละ 65.5 ซึ่งมีมากกว่ากลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งมีเพียงร้อยละ 27.5 รวมผู้ที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ ทั้งหมด จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0

การทดสอบทางสถิติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ในระดับทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ

พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก	อายุ (ปี)		รวม (n = 400)	การทดสอบ ทางสถิติ
	ต่ำกว่า 35 ปี	35 ปีขึ้นไป		
พฤติกรรมการป้องกันระดับทุติยภูมิ				
พึงประสงค์	13 (3.3)	15 (3.8)	28 (7.0)	$\chi^2 = .215$
ไม่พึงประสงค์	156 (39.0)	216 (54.0)	372 (93.0)	C = .023 , df = 1
รวม	169 (42.3)	231 (57.8)		P = .643

จากตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ และมีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 3.8 ซึ่งมากกว่า ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ซึ่งมีคิดเป็นร้อยละ 3.3 รวมผู้ที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิพึงประสงค์ทั้งหมด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 54.0 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า 35 ปี ซึ่งมีคิดเป็นร้อยละ 39.0

รวมผู้ที่มีพฤติกรรมระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ทั้งหมด จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0

การทดสอบทางสถิติ พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกัน มะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูก กับ พฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ

พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก	การรับรู้เกี่ยวกับโรค		รวม (n = 400)	การทดสอบ ทางสถิติ
	ถูกต้อง	ไม่ถูกต้อง		
พฤติกรรมการป้องกันระดับทุติยภูมิ				
พึงประสงค์	13(3.3)	15 (3.8)	28 (7.0)	$\chi^2 = .695$
ไม่พึงประสงค์	203(50.8)	169 (42.3)	372 (93.0)	C = .042 ,df = 1
รวม	216(54.0)	184 (46.0)		P = .405

จากตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 3.8 ซึ่งมีมากกว่า การรับรู้ถูกต้อง ซึ่งมีคิดเป็นร้อยละ 3.3 รวมผู้ที่มีพฤติกรรมพึงประสงค์ทั้งหมดจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0

กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ แต่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 50.8 ซึ่งมีมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ไม่ถูกต้องซึ่งมีคิดเป็นร้อยละ 42.3

รวมผู้ที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ จำนวน 372 คน คิดเป็นร้อยละ 93.0

การทดสอบทางสถิติ พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระดับหตุติยภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>.05$)



บทที่ 5 อภิปราย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ซึ่งเป็นสตรีที่มีอาชีพเกษตรกรกรรม สมรสและอยู่กับสามี จำนวน 400 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ระหว่าง วันที่ 13 ตุลาคม 2540 ถึงวันที่ 17 พฤศจิกายน 2540 ผลการวิจัยครั้งนี้ได้แยกการอภิปรายผลออกเป็น 3 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง
2. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง
3. ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ลักษณะด้านประชากร
2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธ์
3. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก

ลักษณะด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างคือ แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ซึ่งประกอบอาชีพเกษตรกรและอยู่กับสามี มี

อายุระหว่าง 20-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.0 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 40-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 ซึ่งเป็นช่วงของวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และวัยกลางคน เมื่อแบ่งอายุของกลุ่มตัวอย่างออกเป็น ต่ำกว่า 35 ปี และ 35 ปี ขึ้นไป ตามนโยบายของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในการกำหนดให้สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปให้ตรวจหาความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกทุกคน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง อายุต่ำกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.3 และอายุ 35 ปี ขึ้นไป มีร้อยละ 57.8 โดยเฉลี่ยมีอายุประมาณ 38.8 ปี

มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.8 รองลงมาคือ ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 9.8 ทั้งนี้เนื่องจาก ความเชื่อที่มีมาแต่ดั้งเดิมว่า ผู้หญิงจะต้องมีหน้าที่ดูแลบ้าน และเลี้ยงดูบุตร จึงทำให้ผู้หญิงส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการศึกษาในระดับสูง (อุษาพร ชาวตินธิกุล, 2535 : ปราณี วงศ์เทศ, 2535 :19)

สำหรับรายได้ของครอบครัวต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุดมีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน อยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 55.8 รองลงมามีรายได้ในช่วง 3,001-6,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 26.8 ซึ่งจัดได้ว่าอยู่ในช่วงรายได้ต่ำ ส่วนรายได้ช่วง 6,001-9,000 บาท 9,001-12,000 บาท และสูงกว่า 12,000 บาทขึ้นไป ซึ่งจัดได้ว่าอยู่ในช่วงรายได้ปานกลาง และรายได้สูงนั้น กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย คิดเป็นร้อยละ 7.8 , 7.0 และ 2.8 ตามลำดับ

ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจริญพันธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากที่สุด มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุอยู่ในช่วง 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.5 รองลงมา เป็นช่วงอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.3 ทั้งนี้อาจมีผลสืบเนื่องมาจาก การได้รับการศึกษาน้อย คือระดับประถมศึกษา จึงทำให้มีโอกาสดังงานได้เร็ว

มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ มากที่สุด 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 30.5 รองลงมา มีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 21.5 นอกจากนี้ ยังมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์สูง ถึง 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 14.5 ซึ่งพบในผู้ที่มิได้คุมกำเนิด อันเนื่องมาจากไม่ทราบวิธี ไม่มีทุนทรัพย์ ไกลจากสถานบริการ และการเดินทางไม่สะดวก

มีจำนวนบุตร มากที่สุด 2 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5 รองลงมาคือ มีบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 24.0 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรมากถึง 5 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 11.5 อีกด้วย

ส่วนประวัติการแท้งนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยแท้ง คิดเป็นร้อยละ 77.0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยแท้ง คิดเป็นร้อยละ 23.0 ในจำนวนนี้มีผู้ที่แท้งเอง จากการทำงานหนัก หกล้ม หรืออุบัติเหตุ คิดเป็นร้อยละ 93.5 และมีผู้ที่ทำแท้ง จากสาเหตุที่มีบุตรมากเกินไปเลี้ยงไม่ไหว หรือความไม่พร้อม โดยการทำแท้งกับหมอเถื่อน หรือกินยาขับ แล้วมาคลอดที่โรงพยาบาล พร้อมทั้งได้รับการคุมดลูก มีจำนวนร้อยละ 6.5

ข้อมูลด้านการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 71.8) โดยแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล (ร้อยละ 75.6) ซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับข้อมูลข่าวสารจากการไปคลอด และการตรวจหลังคลอด รองลงมาคือทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 59.9) วิทยุ(ร้อยละ 30.0) หอกระจายข่าวและอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 24.4) และหนังสือวารสารหรือเอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 18.1) ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเลย คิดเป็นร้อยละ 28.3 กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ มักจะทำงาน อยู่บ้าน ไม่ได้เดินทางมาโรงพยาบาล หรือสถานอนามัยเท่าใด เมื่อเจ็บป่วยมักจะซื้อยาตามร้านมารับประทานเอง ประกอบกับเศรษฐกิจไม่ดี การศึกษาน้อย จึงทำให้การรับข้อมูลข่าวสารเป็นไปได้ได้น้อย



พฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ
2. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

ในการอภิปราย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่ง ระดับของพฤติกรรมกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ ออกเป็น 2 ระดับ โดย

1. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
2. พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนน พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ น้อยกว่า ร้อยละ 80

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 70.5) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านบุหรี่ยี่ เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 66.8) ประกอบด้วย

1.1 การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.8) มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ในปัจจุบัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ค่านิยมและวัฒนธรรมของสังคมไทยซึ่งไม่ยอมรับสตรีที่สูบบุหรี่

1.2 การหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ ทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ มากถึงร้อยละ 66.8 อันมีสาเหตุมาจาก การมีสามีที่สูบบุหรี่ การพบปะกับบุคคลที่สูบบุหรี่ ซึ่งยังมีเป็นจำนวนมากในสังคมไทย ถึงแม้ว่าจะมีการณรงค์ให้งดสูบบุหรี่ก็ตาม โดยมารยาททางสังคมจึงไม่กล้าบอกให้ผู้ที่สูบบุหรี่ งดการสูบบุหรี่ได้ การหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่ นั้นทำได้ยากจะเดินหนีไปก็เกรงว่าจะเป็นการเสียมารยาท กลุ่มตัวอย่างบางรายสามารถอยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ได้ โดยที่ไม่ทราบว่ บุหรี่มีผลต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 58.3) ประกอบด้วย

2.1 การรดสวนล้างในช่องคลอดโดยการฉีดน้ำยาหรือน้ำเข้าไป ในช่องคลอด กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.8) มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ การสวนล้างช่องคลอดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์จะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ เนื่องจากการสวนล้างช่องคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรดด่างภายในช่องคลอด และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เพราะมีการรบกวนการทำงานของเชื้อประจำถิ่นภายในช่องคลอด (Gardner, et al. , 1991 : 368 - 369)

2.2 พฤติกรรมการสังเกต ลักษณะของสิ่งทีออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาว คัน หรือ มูก หรือ เลือด หรือ หนอง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.0) จะสังเกตจากทางเงาชั้นในเมื่อเวลาจะอาบน้ำ โดยทั่วไป ผู้หญิง จะกังวลเกี่ยวกับสิ่งทีออกมาจากช่องคลอด กลัวว่าจะมีอันตรายร้ายแรง จึงมักจะสังเกตอยู่เสมอ โดยเฉพาะ ตกขาว พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์

2.3 สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ คัน หรือ ผื่น หรือ ตึงเนื้อ และแผล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.3) มีพฤติกรรมพึงประสงค์ โดยจะมีการสังเกตความผิดปกตินี้ เมื่อเวลาอาบน้ำ ขณะล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศ ถ้ามีอาการผิดปกติ จะตรวจสอบให้แน่ใจอีกครั้ง

2.4 การงดใช้มือล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอด กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) มีพฤติกรรมพึงประสงค์ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างคิดว่า การสัมผัสจับต้องอวัยวะเพศ เป็นสิ่งน่าละอาย ดังนั้น ถ้าไม่มีอาการที่ทำให้รู้สึกผิดปกติ เช่น หลังจกามีเพศสัมพันธ์ ถ้ามีอาการเหนอะหนะทำให้เกิดความรำคาญมาก จึงจะใช้มือล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอด มิได้ทำเป็นประจำ

2.5 การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนักทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 57.8) มีพฤติกรรมพึงประสงค์ คือจะล้างทีละส่วน โดยล้างด้านอวัยวะเพศก่อนแล้วจึงล้างด้านทวารหนัก ตามความเคยชินที่ได้รับสั่งสอนมา โดยไม่ทราบว่าเป็นการป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมาสู่ ช่องคลอด ส่วนผู้ที่เคยคลอดบุตรนั้น จะได้รับคำแนะนำจากพยาบาล

2.6 ล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำหรือน้ำกับสบู่ทุกครั้ง หลังขั้วถ่าย กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 55.3) จะขั้วถ่ายในห้องสุขา และทำความสะอาดด้วยน้ำทุกครั้ง ส่วนในกลุ่มที่ไม่ปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากมีข้อจำกัด คือ เวลาออกไปประกอบอาชีพในไร่ ในนา จะหาห้องสุขาไม่ได้

2.7 ซับน้ำอวัยวะเพศให้แห้งหลังทำความสะอาดทุกครั้ง (ร้อยละ 52.0) โดยใช้ผ้าถุงที่สวมใส่นั้นสำหรับซับน้ำ

3. ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อคิดจากค่าคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.3) มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ประกอบด้วย

3.1 พฤติกรรมงดการร่วมเพศในขณะที่มีประจำเดือน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยมีความรู้ดีกว่า โภทิตประจำเดือน เป็นสิ่งสกปรกและน่ารังเกียจ เป็นสิ่งน่าละอายที่จะเปิดเผยให้ใครเห็น

3.2 พฤติกรรมการล้างอวัยวะเพศทุกครั้งหลังร่วมเพศเสร็จแล้วทันที กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 60.8) มีพฤติกรรมพึงประสงค์ โดยให้เหตุผลว่า เกิดความรู้สึกเหนอะหนะรำคาญ จะนอนไม่หลับถ้าไม่ได้ชำระล้าง ส่วนกลุ่มที่ไม่ล้างนั้น ให้เหตุผลว่า ไม่สะดวก อยู่ไกลห้องน้ำ และอายที่จะลุกขึ้นมาล้างกลางคอก จึงมีวิธีแก้ปัญหาโดยใช้ผ้าเช็ดแล้วจึงมาล้างในตอนเช้า

3.3 สังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 35.5) มีพฤติกรรมพึงประสงค์ ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ โดยกลุ่มตัวอย่างบอกว่า ไม่กล้าดูนาน กลัวสามีจะว่าไม่เชื่อใจ จะดูผ่านๆ เมื่อไม่พบว่ามီးอะไรผิดปกติก็จะสบายใจ เพราะไม่ได้มีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เลย

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

ในการอภิปราย ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ ออกเป็น 2 ระดับ โดย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ ฟังประสงค์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก เป็นประจำทุกปี ติดต่อกันเป็นเวลา 3 ปี
2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ ไม่ฟังประสงค์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกไม่สม่ำเสมอ หรือไม่เคยตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิไม่ฟังประสงค์ (ร้อยละ 93.0) โดยกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก มากที่สุด (ร้อยละ 51.6) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจซึ่งตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ เป็นเหตุผลที่พบมากที่สุด (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ อายุ (ร้อยละ 11.8) ไม่มีเวลา (ร้อยละ 5.3) กลัวเจ็บ (ร้อยละ 4.3) ไม่มีคน ไปเป็นเพื่อนหรือพาไป (ร้อยละ 3.5) ไม่สะดวกในการเดินทาง (ร้อยละ 2.0) กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 2.0) ค่าตรวจแพง (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ

ความถี่ของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความถี่ในการตรวจไม่สม่ำเสมอ (ร้อยละ 93.0) อันเนื่องมาจากไม่เคยตรวจ (ร้อยละ 35.4) ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่ทราบว่าต้องตรวจต่อเนื่องทุกปี (ร้อยละ 28.3) และความอาย (ร้อยละ 8.0) ซึ่งการตรวจหามะเร็งปากมดลูกนั้น ส่วนใหญ่ได้รับการตรวจจากการตรวจหลังคลอด (ร้อยละ 25.0) เมื่อผลการตรวจปกติ จึงทำให้มิได้มาตรวจซ้ำ ส่วนพฤติกรรมกรรมการตรวจอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 7.0 เท่านั้น

ความสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ซึ่งได้อภิปรายตามสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 1 อายุ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

จากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก ทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 49.0) มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-39 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ให้ความสนใจเกี่ยวกับการทำงานและการสร้างฐานะ และกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด (ร้อยละ 55.8) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนค่อนข้างต่ำคืออยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ทำให้ต้องใช้เวลาในการทำงานเพื่อหาเลี้ยงครอบครัว ไม่มีเวลาสนใจในเรื่องสุขภาพของตนเองมากนัก ประกอบกับมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกนั้นไม่มีอาการผิดปกติ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมิได้ใส่ใจในการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.8) มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ น้อยในระดับเดียวกัน ไม่มีการกระจาย ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างไม่ว่าจะมีอายุมาก หรือน้อย ก็ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ สุรินทร์(2535 : 146) ที่พบว่า อายุของสตรีในชนบท จังหวัดสุรินทร์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เขียวดี สุวรรณนาคะ (2532 : 96) ที่พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของผู้ป่วยระดับอักษะจากเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และ การศึกษาของ อรพินท์ อิทรนุถุกิจ (2536 : 75) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร และการศึกษาของ สุภาวดี แถวเพ็ญ (2540 : 75) ที่พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น โรคซิฟิลิสและสามี แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 93 - 94) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ติดยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษา ด้วยยา เมทธาโคน และการศึกษาของ ศิริวรรณ แสงอินทร์ (2536 : 83) ซึ่งพบว่า อายุมี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคเอดส์ของสตรีที่เป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง การศึกษาของ แฮริสและกลูเตน (Harris & Gluten cited by Brown & Mc Greedy, 1986 : 317) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกัน โรคจะมีมากขึ้น ในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

สมมติฐานที่ 2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

จากการศึกษาพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ระดับปฐมภูมิ $p < .01$, ระดับทุติยภูมิ $p < .05$) แสดงว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องจะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ และถ้าข่าวสารนั้นมีประโยชน์ต่อผู้รับ ก็จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมสุขภาพ การรับข่าวสารที่มีประโยชน์มีส่วนช่วยเพิ่มพูนความรู้ ช่วยแพร่กระจายข่าวสารและช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (Royors & Shoemaker, 1977 อ้างถึงใน อุบล เลี้ยววาริน, 2538 : 34)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาภากร สุปัญญา (2536 : 61) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับการวางแผนครอบครัวในจังหวัดอุดรธานีแต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ สุรินทร์ (2535 : 148) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ ศันสนีย์ นัทธีศรี (2536 : 135) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคซิฟิลิสไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคซิฟิลิส

สมมติฐานที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้าน เกษตรกรในภาคตะวันตก

จากการศึกษาพบว่า

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$, $r = .107$) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ เพียงประสงค์ด้วย ทั้งนี้เพราะ การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐาน ของบุคคลที่เกิดจากการตีความที่สมอง หรือความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิม ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ นั้นๆ อาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผล ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ นั้นๆ ถ้าปราศจากการรับรู้ บุคคลจะไม่สามารถมีความจำ ความคิด หรือการเรียนรู้ (กัญยา สุวรรณแสง, 2532 : 127 ; จำเนียร ช่วงโชติ, 2532 : 69 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534 : 33; สถิต วงศ์สุวรรณค์, 2529 : 207; Ganion & Magoon, 1972 : 637 ; Lindgren & Hawey, 1981 : 292 ;Zimbado, 1977 อ้างถึงใน กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ, 2536 : 49) ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลใดก็ตามจะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรค บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประ โยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน โรค (Rosenstock, In Becker, Ed., 1974 : 3-4)

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล และคนอื่นๆ (2536 : 49) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบ บีของมารดาที่เป็นพาหะของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : 55) ที่พบว่า การรับรู้ต่อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับพฤติกรรม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า อาจเนื่องมาจาก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง แม้บุคคลจะรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เป็นผลดีต่อการป้องกันโรค แต่ในเวลาเดียวกัน ถ้าการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ไม่สะดวก เสียค่าใช้จ่าย ไม่สุขสบาย บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างจะเกิดความอาย ไม่อยากเปิดเผยให้ใครเห็น และอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกนั้น ไม่มีอาการผิดปกติแสดงให้เห็น ทั้งๆที่มีการรับรู้ที่ถูกต้อง ก็อาจทำให้ละเลยต่อการตรวจได้

ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เสมอจันทร์ อະนะเทพ (2535 : 80) ที่พบว่า ผู้ศึกษาเสพติด ไม่ว่าจะมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มากน้อยเพียงใด ก็ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ แต่ไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ วนิตา เสนะวงษ์ (2535 : 103) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคนงานสตรี จังหวัดนนทบุรี มีความสัมพันธ์ ทางบวก กับการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

อนึ่ง จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ สามารถปฏิบัติได้ง่ายกว่าการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ซึ่งเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ มีอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น ความอาย ความไม่มีอาการผิดปกติ ความไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นต้น

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และอายุกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก จำนวน 400 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ลักษณะทั่วไป แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแบบสัมภาษณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows (Statistical Package for the Social Science / For Windows) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยการแจกแจงความถี่ ค่าความ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (Paeson's Product Moment Correlation Coefficient = r) ทดสอบค่าที (t-test) สถิติ ไค-สแควร์ (Chi-square = χ^2) และสัมประสิทธิ์ความมีเงื่อนไข (Contingency Coefficient = C) ซึ่งได้ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ลักษณะทั่วไป

1. ลักษณะด้านประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ อยู่ในช่วง 20 - 39 ปี (49%) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา (85.8%) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท (55.8%)
2. ด้านภาวะเจริญพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 20 - 24 ปี (41.5%) มีจำนวนการตั้งครรภ์ 2 ครั้ง (30.5%) มีจำนวนบุตร 2 คน(34.5%) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยแท้ง (77.0%) ส่วนกลุ่มที่เคยแท้งจะเกิดจากการแท้งเอง (93.48%)
3. ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (71.8%) และแหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (75.6%) รองลงมาคือทางโทรทัศน์ (59.9%) วิทยุ (29.9%) หอกระจายข่าวและอาสาสมัครสาธารณสุข (24.4%) และหนังสือ วารสาร หรือ เอกสารแผ่นพับเกี่ยวกับสุขภาพ (18.1%) ตามลำดับ

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องในระดับใกล้เคียงกัน คือ ถูกต้อง ร้อยละ 54.0 และไม่ถูกต้อง ร้อยละ 46.0

พฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

1. พฤติกรรมระดับปฐมภูมิ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.5) มีพฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิโดยรวม ไม่พึงประสงค์ ซึ่งแยกเป็นรายด้านได้ดังนี้

1.1 ด้านบุหรี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรม ไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (66.8%) และสูบบุหรี่ในปัจจุบัน (3.2 %) ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน รายด้าน ซึ่งคิดจากคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันไม่พึงประสงค์ (66.8%)

1.2 ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมงดการสวนล้างในช่องคลอด โดยการฉีดน้ำยาหรือน้ำเข้าไปในช่องคลอด (91.8%) รองลงมาคือ สังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาว คัน มีมูก หรือ เลือด หรือ หนอง (88.0%) สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ ตุ่ม หรือ ผื่น หรือ คึ่งเนื้อ และแผล (87.3%) งดการใช้มือล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอด (81.0%) ล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนักทุกครั้ง (57.8%) ล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำ หรือน้ำกับสบู่ทุกครั้งหลังขับถ่าย (55.3%) และขับอวัยวะเพศให้แห้งหลังทำความสะอาดทุกครั้ง (52.0%) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน รายด้าน ซึ่งคิดจากคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันไม่พึงประสงค์ (58.3%)

1.3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมงดการร่วมเพศในขณะที่มีประจำเดือน (96.5%) รองลงมาคือ ล้างอวัยวะเพศทุกครั้งหลังร่วมเพศเสร็จแล้วทันที (60.8%) และสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศทุกครั้ง (35.5%) ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการป้องกัน รายด้าน ซึ่งคิดจากคะแนน \geq ร้อยละ 80 พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันไม่พึงประสงค์ (75.3%)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (ร้อยละ 93.0) ซึ่งเป็นการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกหรือการแป็ปสเมียร์ กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดไม่เคยตรวจ (51.8%) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจคือ ไม่มีอาการผิดปกติ (41.3%) อาย (11.8%) ไม่มีเวลา (5.3%) กลัวเจ็บ (4.3%) ไม่มีคนไปเป็นเพื่อนหรือพาไป (3.5%) ไม่สะดวกในการเดินทางและกลัวพบว่าเป็นมะเร็ง (2.0%) ค่าตรวจแพง (0.8%) ตามลำดับ

ความถี่ของการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตรวจไม่สม่ำเสมอ (93.0%) เนื่องจากไม่เคยตรวจ (35.4%) ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่ทราบว่า ต้องตรวจต่อเนื่องทุกปี (28.3) และอายุ (8.0)

ส่วนการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นพฤติกรรมพึงประสงค์ พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 7.0 เท่านั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า

1. อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) และมีความสัมพันธ์ในระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$)
3. การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกัน ระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$, $r = .107$) ส่วนในระดับทุติยภูมินั้น พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากการศึกษา พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก พบว่า แม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ และมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ในระดับใกล้เคียงกัน และยังพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ รวมทั้ง การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอีกด้วย ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพทั้งที่ประจำอยู่โรงพยาบาล เช่น แพทย์ หลังคลอด ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น และสถานีอนามัย ต้องให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ด้วยวิธีการต่างๆที่เหมาะสม แก่แม่บ้านเกษตรกรให้มากยิ่งขึ้น

2. ควรจัดให้ มีการบริการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ในลักษณะ เจริญเข้าไปในหมู่บ้าน เพื่อให้แม่บ้านเกษตรกรสามารถ รับบริการ ได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับพฤติกรรมพึงประสงค์ มีเพียงร้อยละ 7.0 ดังนั้น จึงควรวิจัยเพื่อหากลวิธีที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์มากขึ้น เช่น การสร้างแรงจูงใจ เป็นต้น
2. จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง และไม่ถูกต้องในระดับที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น จึงควรศึกษาวิธีการ ที่จะทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ที่ถูกต้องมากขึ้น



บรรณานุกรม

- กนกพร ใจแก้ว. (2537). ความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์ และสัตยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2532). ข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันและแนวทาง การบริโภคอาหารสำหรับคนไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2539). แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กันยา สุวรรณแสง. (2532). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์บำรุงสาส์น. ✓
- กัลยากร ฉัตรแก้ว. (2538). ปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อภาวะสูญเสียพลังอำนาจในผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกที่รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล, สุนีย์ สุนทรมีเสถียร, พรศรี ศรีอัยฎาพร และ ชีววรรณ พรายมณี. (2536). การรับรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดต่อโรค ของมารดาที่เป็นพาหะ โรคไวรัสตับอักเสบบี. รายงานการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กอบกุล พันธุ์เจริญวรกุล. (2538). การพัฒนาสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ และวัยทำงาน. ✓ สารสภากาการพยาบาล, 10(2), 21-30.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2533). Clinical Gynecologic Oncology. กรุงเทพมหานคร: พีบีฟอเรนบุ๊คส์ เซ็นเตอร์.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชานนท์ วนาภิรักษ์. (1995). คู่มือสูติศาสตร์ และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร: แมคกรอ-ฮิลอินเตอร์เนชั่นแนล.
- จันทร์ภา เณณวาสน์. (2540). โรคมะเร็งกับวิถีทางการดำรงชีวิตของเรา. ใกล้หมอ. 21(2), 88-91.

- จิราภรณ์ ทองสุโชติ. (2535). ผลการสอนผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกก่อนได้รับการสอดใส่แร่ โดยใช้เทปโทรทัศน์ ต่อความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว และระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1(1), 42-59.
- _____ (2535). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนทับกับการวิจัยทางการแพทย์พยาบาล. รายงานการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่องพยาบาลกับการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จินตนา เหลืองสุวาลัย. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จำเนียร ช่างโชติ. (2532). จิตวิทยาการรับรู้และเรียนรู้ (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- นายศรี สุพรศิลป์ชัย. (2540). พฤติกรรมทางสังคมกับผลกระทบต่อสุขภาพ. สารศิริราช, 49(2), 166-178.
- จิตติพร อิงคถาวรวงศ์. (2528). ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาขอรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามคำแหง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____ (2531). การพยาบาลสตรีที่มีความผิดปกติของเซลล์ระบบอวัยวะสืบพันธุ์. ม.ป.ท. : ม.ป.พ.
- ชมรัช ศิริกุล. (2535). ความสัมพันธ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดและปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสารานสุขภาพศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนา บุญทอง. (2538). สตรีกับสุขภาพ. สารสภากาพยาบาล, 10(2), 1-6.
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์ และอภิชาติ โอพารัตนชัย. (2539). นรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พีบี ฟอเรน บুকส์ เซ็นเตอร์.
- นรินทร์ วรภูติ. (10 มิถุนายน 2540). สภพหน้า 1. ข่าวสด, หน้า 17.

- นิทัศน์ พิเศษฐพงษ์. (2539). ผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการ Pap smear ในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 10(2), 80-87.
- นิตยา สมบัติแก้ว. (2536). ผลของการใช้เทคนิคการผ่อนคลายอารมณ์ต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะและคอก่อนรับการรักษาด้วยรังสี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชนาด ชูเกียรติ. (2539). การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอคำชะ轩ทอด จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บงอร สุทธิสวาท, ธนเดช สินธุเสก และ ประคอง รังคศิริ. (2533). การศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล. การประชุมวิชาการ โรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 2 และบทคัดย่อ. วันที่ 12-14 ธันวาคม 2533. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอส ซี พริน.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2540). เพศสัมพันธ์ของคนไทย. ใกล้หมอ, 21(4), 112-113.
- บุหรีม หันตภัยของมะเร็งปากมดลูก. (2538). เรารักสุขภาพ. หมอชาวบ้าน, 17(12), 10
- บุษบา ตันติศักดิ์. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ พฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจวรรณ กำรวัชร. (2538). การนำแนวคิดเชิงทฤษฎีต่างประเทศมาใช้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในสังคมไทย. รายงานการวิจัยภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัทมา คุปตจิต. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรส กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด ในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมภายหลังการได้รับการตัดเต้านม.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปริญดา จิรกุลพัฒนา. (2536). การให้คุณค่าต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจด้านสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทัศนคติ: การวัดความเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย.
(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: พีระพัฒนา.
- _____. (2534). พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร:
เจ้าพระยาการพิมพ์.
- _____. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ: การสร้างมาตรฐานส่วนประมาณค่า
และแบบสอบถาม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักพิมพ์ภาพพิมพ์.
- ประสิทธิ์ เฟื่องสา. (2536). โรคมะเร็งทางนรีเวช (พิมพ์ครั้งที่2). ขอนแก่น : คอมเพรส แอนด์
ดีไซน์.
- ประสิทธิ์ เฟื่องสา. (2538). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. คลินิก, 11(3), 190-197.
- ปราณี วงษ์เทศ.(2535). เพศและวัฒนธรรม. นครปฐม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร
วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.
- ปิ่นท้อย ศุภเมฆาพร. (2539). สถานการณ์สุขภาพผู้หญิงไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข,
4(1): 9-19.
- ผ่องศรี ศรีมรกต. (2536). ผลของการให้คำปรึกษาแบบประทับประคองต่อการรับรู้
ภาวะความเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกที่มีคุณค่าแห่งตน และขวัญกำลังใจในผู้ป่วยมะเร็ง
ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชัย เจริญพานิช. (2535). แก่นแท้และความก้าวหน้าของมะเร็งนรีเวช: ปัญหาและแนวทางแก้ไข.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทเซ็นจูรี่ จำกัด.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิณีนาฐ สนิธิพงษ์. (2532). สถานภาพของโรคมะเร็งในปัจจุบัน
แนวโน้มในอนาคต และแนวทางการควบคุม. วารสาร โรคมะเร็ง, 15(1), 34-39.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม และวสันต์ ศิลปสุวรรณ. (2538).
วิธีวิจัยในงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : วิศวกรรมการปก.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิจิต และทัศนีย์ นะแส. (2532). วิจัยทางการแพทย์.
สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ, พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และวรัย วรมนตรี. (2531). การสำรวจหามะเร็ง
ระยะเริ่มแรกของปากมดลูกในชนบทไทย. วารสาร โรคมะเร็ง, 14(4), 170-177.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2539). ผู้หญิงกับสุขภาพ: มติของงานวิจัยระบบสาธารณสุข.
วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 1-2.

- ไพรัช เทพมงคล. (2526). ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- _____. (2527). เรามาป้องกันโรคมะเร็งกันเถอะ. กรุงเทพมหานคร : อักษรสมัย.
- เพิ่มพูล ชรรณเจริญ. (2536). ผลของการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งบริเวณศีรษะและคอ ที่ได้รับรังสีรักษา.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ชินสว่างวัฒนกุล. (2538). ผลการสอนโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับตัวของผู้ป่วย มะเร็งเต้านมหลังผ่าตัดที่ได้รับยาเคมีบำบัด.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภรณ์ สุรินทร์. (2535). การประยุกต์วิธีการทางการตลาด ทางสังคมในการส่งเสริมการรับบริการ ตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสถาปัตยกรรมสุขศาสตร์
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มัติโก. (2530). แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง.
 ใน พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ และอรัญญา ปุณณัน
 (บรรณาธิการ), การดูแลสุขภาพตนเอง: ทัศนทางสังคมวัฒนธรรม (หน้า1-24).
 นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____. (2539). ผู้หญิงกับการคุมกำเนิด. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 20-28.
- มานิต มานิตเจริญ. (2537). พจนานุกรมไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 13). กรุงเทพมหานคร: อักษรพิทยา.
- มาลินี ภูวนันท์. (2540). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ในโรงพยาบาลจังหวัดสงขลา. วารสารวิชาการ
เขต 12, 8(1), 47-56.
- ยุวดี ภาษา และคนอื่นๆ. (2532). วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิคตอรี
 เพาเวอร์พอยท์ จำกัด.
- _____. (2537). วิจัยทางการแพทย์พยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร:
 บริษัทสยามศิลปการพิมพ์.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมการอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2538). จากการศึกษาปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพ ของสตรีที่ทำแท้ง: ผลพวงเฮอร์ดีเอาเปรียบทางเพศ. สารสาธาการพยาบาล, 10(2), 43-51.
- เรณู พุกบุญมี. (2539). ผู้หญิงกับปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข, 4(1), 67-75.
- วลัย อินทร์พรรษย์. (2530). โภชนบำบัด. กรุงเทพมหานคร: แสงทวีการพิมพ์.
- วไลพรรณ ชลสุข. (2540). การศึกษากระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณิ์ โรจนโพธิ์. (2529). วิตามินและโรคมะเร็ง. ใน สมใจ วิชัยดิษฐ, วิชัย ต้นไพจิตร และทรงศักดิ์ ศรีอนุชาติ (บรรณาธิการ), โภชนศาสตร์ประยุกต์ (หน้า 201-209). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประยูรวงศ์ จำกัด.
- วนิดา เสนะวงษ์. (2535). ประสิทธิผลโปรแกรมสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนของสามี ในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. (2532). กลวิธีในการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ใน สมยศ จารุวิจิตรรัตน์ (บรรณาธิการ), โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (หน้า 338-343). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ และคนอื่นๆ. (2539). ปัจจัยเสี่ยง ความรู้ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันภาวะกระดูกพรุนของสตรีวัยหมดประจำเดือน และสตรีวัยสูงอายุ. สารสาธาการพยาบาล, 11(3), 53-63.
- วีรยา จิ่งสมเจตไพศาล. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจหัวใจหัวใจ.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันสนีย์ นัทธีศรี. (2536). การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนักศึกษาชาย ระดับปริญญาตรี วิศวกรรมศาสตร์ สายอาชีพศึกษา และสายอุดมศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศิริชัย พงษ์วิชัย. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริวรรณ แสงอินทร์. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิวาลัย ธนภัทร, กาญจนา ปาณิกบุตร, มงคล สุมนาวดี และภัทริดา เวณันทน์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่าง การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกวารสาร โรคมะเร็ง. 14(1), 36-49.
- ศรีนวล โอสถเสถียร. (2527). ผลการพยาบาลอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด และความร่วมมือก่อนเข้ารับรังสีรักษาในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศุภวดี แถวเพ็ช. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็น โรคซิฟิลิสและสามี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์สาระสนเทศ ด้านประชากรและการอนามัยครอบครัว. (2537). ซีอันตรายนุหรีทำให้ภูมิคุ้มกันทานลดลง. กฤตภาคข่าวอนามัยแม่และเด็ก เล่ม 12. (2): 4-5.
- สกาวรัตน์ พวงจันทร์. (2538). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัว กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2540). สรุปโครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2532-2537. (ม.ป.ท.).
- สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย. (2539). รายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย ครั้งที่ 1 พ.ศ.2534-2535. กรุงเทพมหานคร: ดิไซร์จำกัด.
- สถิต วงศ์สุวรรณต์. (2529). จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดบำรุงสาส์น. ✓

- สรรพศรี เป็ญุฒิ. (2532). มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. วารสารโรคมะเร็ง, 15(4), 135-145.
- _____. (2538). มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่คุมกำเนิด. การประชุมพื้นฟูวิชาการประจำปี ครั้งที่ 35. วันที่ 6-10 มีนาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สรรพศรี เป็ญุฒิ, ฉัตรชัย อารีเสวต, สุรชัย คงสวัสดิ์ และพวงนา เมธางกูร. (2538). การตรวจแปปสเมียร์ที่ได้ผลบวกเท็จของปากมดลูก. การประชุมพื้นฟูวิชาการ ครั้งที่ 35. วันที่ 6-10 มีนาคม 2538. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุดันท์ สุขวิรัช, เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ, เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และเพ็ญจันทร์ หาญกิติพงษ์ไพศาล. (2537). Human Pappilloma Virus ในมะเร็งปากมดลูกและปากมดลูกปกติของสตรีไทย. วารสารโรคมะเร็ง, 20(3-4), 85-91.
- สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์, ธวัชชัย อาทรธุระสุข และพิสิฐ สุภกริชพงศ์. (2521). สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ม.ป.ท.
- สุชาติ โสภประยูร. (2523). สุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด.
- สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์. (2527). การใช้ยาคุมกำเนิดกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก. วารสารโรคมะเร็ง, 10(4), 145-147.
- _____. (2529). ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก. วารสารโรคมะเร็ง, 12(4), 165-168.
- สุวัฒน์ จันทรจ้านง และเกษร สถาพรพงษ์. (2530). ใน เกษร สถาพรพงษ์ (บรรณาธิการ), ระบาควิทยา-การวินิจฉัย-การรักษา. (หน้า 2-40). กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองการพิมพ์.
- สุวิทย์ เกียรติเสวี. (6 เมษายน 2540). มองคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หากมีสิ่งปกติในร่างกาย รีบพบแพทย์เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง. เดลินิวส์, หน้า 9.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2539). มะเร็งปากมดลูก: กันไว้ดีกว่าแก้. คลินิก, 12(8), 475-476.
- สุรี โอภาสศิริวิทย์. (2531). การศึกษความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวิมล ฤทธิมนตร์. (2534). การศึกษาคำรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัสบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สุนทร วิลาวัณย์. (28 กรกฎาคม-3 สิงหาคม 2540). สุขภาพหญิงไทยย่าแม่ สวรรส.
วิจัยทางแก้ปัญหา. วงการแพทย์, 10.
- เสมอจันทร์ อนะเทพ. (2535). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่า
ในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด
ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัญญา บัลลังก์โพธิ์. (2531). การตรวจมะเร็งปากมดลูก
ระยะแรกเริ่ม. ใน สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), มะเร็งวิทยานรีเวช
รามาศิป์ดี (หน้า 37-70). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ก. การพิมพ์.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2527). การหญิงใจ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสูติศึกษา (เล่มที่ 1,
พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 259-320). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป. สัมพันธ์พาณิชย์.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2526) การปรับพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร : พิระพัชณา.
- สมฤดี ชันยปาลิศ. (2536). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม
การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนในหมู่บ้าน โคนสะอาด ตำบลท่าข้าม
อำเภออรัญประเทศ จังหวัดปราจีนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสพรรณ โพธิ์ระยะ. (2532). การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ความเชื่อ
ด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ
และระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2536). รายงานการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากร
พ.ศ. 2536. กรุงเทพมหานคร: ห.จ.ก. โรงพิมพ์อักษรไทย.
- _____. (2537). สมุดรายงานสถิติภาค : ภาคตะวันตก พ.ศ. 2536. กรุงเทพมหานคร :
ห.จ.ก. โรงพิมพ์อักษรไทย.
- _____. (2537). สำมะโนประชากรและการเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพมหานคร :
ห.จ.ก. โรงพิมพ์อักษรไทย.
- _____. (2539). ข้อมูลสถิติที่สำคัญ รายจังหวัด พ.ศ. 2539. กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ ร. ส. พ.
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2537). สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2537. (ม.ป.ท.).

- ตำรวย โมกขมรรคกุล. (2538). ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรกในโรงพยาบาล
พระนั่งเกล้า พ.ศ. 2533-2537. วารสารวิชาการเขต12, 6(1), 41-51.
- อนงค์ เทพสุวรรณ และวรรณิ์ คูสำราญ. (2538). สารก่อกลายพันธุ์ และสารก่อมะเร็งในอาหารปิ้ง
ย่าง ทอด และรมควัน. วารสารโรคมะเร็ง, 21(2), 37-50.
- อนงนาฏ เหลี่ยมสมบัติ, พิทยา จารุพูนผล, จรวยพร สุภาพ, สุมาลี สิงหนิยม และ
ชั้นทอง บุญเสริม. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและรักษา
ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์. วารสารสาธารณสุขศาสตร์,
27(1), 6-18.
- อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรม
การปฏิบัติตนด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อภิชาติ ศิวายธร. (2532). หูดหงอนไก่และหูดข้าวสุก. ใน สมยศ จารุวิจิตรรัตน (บรรณาธิการ),
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (หน้า 241-255). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง.
- อาภากร สุปัญญา. (2536). ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูก
ของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุบล เลี้ยววาริน. (2538). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ
ในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____ (ม.ป.ป.). ความสำคัญของการศึกษาที่มีต่อจิตลักษณะและพฤติกรรมสุขภาพ
ในเขตกรุงเทพมหานคร. ใน รางวัลผลงานวิจัยดีเด่นด้านการวิจัยและพัฒนาระบบ
พฤติกรรมไทย ประจำปี 2538. (หน้า 26-49). กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะ
กรรมการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม.
- อุไร นิโรชนันท์. (2539). ผลการนวดต่อความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็ง.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อุษาพร ชาลิตนธิกุล. (2535). การยกระดับคุณภาพชีวิตแรงงานสตรี. วารสารพยาบาล, 41(3),
221-227

- อรทัย จนมาสุข. (2538). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยแม่บ้านอาสาสมัคร กับการใช้จดหมายกระตุ้นเตือนต่อการมารับบริการ ตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอหนองวัวซอ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพินท์ อินทรนุกูลกิจ. (2536). การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคแผลในกระเพาะอาหาร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมพร กาญจนรังสีชัย. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Alonzo, A.A. (1993). Health behavior: Issues contradiction and dilemmas. Social Science Medicine, 37 (3), 1019-1034.
- Becker, M.H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M.H., et al. (1977). Selected psychosocial models and correlates of individual health-related behaviors. Medical Care, 15(Suppl. 5), 27-43.
- Becker, M.H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. Medical Care, 13(1), 10-24.
- Beckmann, RB., et al. (1992). Obstetrics and Gynecology for Medical Students. Baltimore Maryland : Willams and Wilkins.
- Brown, J.S., & MC Grudy, M. (1986). The hale elderly : health behavior and it correlates. Research in nursing and health, 9, 317-329.
- Burger, M.P.M., Hollema, H., Gouw, A.S.H., Pieters, W.J.L.M., & Quint, W.G.V. (1993).
- Burak, L. J., & Meyer, M. (1997). Using the health belief model to examine and predict college women' s cervical cancer screening beliefs and behavior. Health Care for Women International, 18(3), 251-262.

- Carnevali, D.L. (1990). The cancer experience: Nursing diagnosis and management. Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Clark, D.W., & Mae Mahon, B. (1981). Preventive and Community Medicine. (2nd ed.), Boston: Little, Brown and Company.
- Cuzick, J., Sasieni, P., & Singer, A. (1996). Risk Factors for Invasive Cervix Cancer in Young Women. European Journal of Cancer, 32A(5), 836-841.
- Ford K., Rubinstein S., & Norris A. (1994). Sexual behavior and condom use among urban, low-income, African-American and Hispanic youth. AIDS Education & Prevention, 6(3), 219-29.
- Gardner, J.M., Schuman, K. L., Slattery, M.L., Sanborn, J.S., Abbott, T.M., & Overall, J. C.(1991). Is vagina douching related to cervical carcinoma. American Journal of Epidemiology, 133(4), 368-375.
- Glanz, K., Lewis, F.M., & Rimer, B.K. (1990). Health Behavior and Health Education: Theory research and Practice. San Francisco: Jossey- Base Publishers.
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.D., & Partridge, K.B. (1980). Health Education planning: A Diagnostic Approach. California: Mayfield Publishing Company.
- Gochman, D.S. (1972). The organizing role of motivation in health beliefs and intension. Journal Health and Social Behavior, 13, 285-293.
- _____. (1988). Health behavior plural perspectives. In D. S. Gochman (Ed.), Health behavior emerging research perspectives (pp.3-17). New York: Plenum.
- Graves, K.L. (1995). Risky sexual behavior and alcohol use among young adults: results from a national survey. American Journal of Health Promotion, 10(5), 27-36.
- Hallal, J.C. (1982). The relationship of health belief, health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult women. Nursing Research, 31(3), 127-142.
- Halldorsdottir, S., & Hamrin, E. (1995). Experiencing existential changes the lived experience of having cancer. Cancer Nursing, 19(1), 29-36.
- Held, J.E. (1995). Cancer care. Nursing, 25(2), 24.
- Hurley, J. (1993). Research in practice: Cervical screening. Nursing Times November 3, 89 (44), 31-34.

- Hyman, R.B., Baker, S., Ephraim, R., Moadel, A., & Phillip, J. (1994). Health beliefs model variables as predictors of skin dermography utilization. Journal of Behavioral Medicine, 17(4), 391-405.
- Ibbotson, T., & Wyke, S. (1995). A review of cervical cancer and cervical screening: implications for nursing practice. Journal of Advanced Nursing, 22, 745-752.
- Janz, N.K., & Becker, M.H. (1984). The health belief model : A decade later. Health Education Quarterly, 11(1), 1-47.
- Jirojwong, S., Thasseri, J., & skolnik. (1994). Perception of illness and the use of health care givers among cervical cancer patients at Songkla Nagarind Hospital. Cancer Nursing, 17(5), 1994.
- Kasl, S.V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. Arch of Environ Health, 12(4), 531-544.
- Kasl, S.V., et al. (1966). "Health Behavior, Illness Behavior." Arch Environ Health. 12(2), 246-266.
- Kegeles, S.S. (1969). A Field Experimental Attempt to Change Belief and Behavior of Women in Urban Ghetto. Journal of Health and Social Behavior, 10(6), 115-124.
- Lamadrid, A.S. (1996). Knowledge and fears among Chilean women with regard to the Papanicolaou test. Bulletin of the Pan American Health Organization, 30(4), 354-361.
- Langlie, J. K. (1977). Social Networks, Health Belief and Preventive Health Behavior. Journal of Health and Social Behavior, 18(7), 244-260.
- Lommel, L.L. (1995). Women's primary health care. In W.L. Star, L.L. Lommel., & M.T. Shannon (Eds.), Women's primary health care: Protocols for practice. [pp.(1-1)-(1-28)]. Washington: American Nurses Association.
- Lowdermilk, D.L. (1981). Reproductive malignancies. In I.C. Fogel., & F.N. Woods(Eds.), Health care of women : A nursing perspective. (pp.301-306). St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Mahidol University Faculty of Medicine Siriraj Hospital. (1996). Cancer Institute Tumour Registry
- Mc Millan, S.C. (1990). Nurses' compliance with American Cancer Society guidelines for cancer prevention and detection. Oncology Nursing Forum, 17(5), 721-727.

- Moreau-Gruet, F. (1996). Adolescent sexuality: the gender gap. AIDS Care, 8(6), 641-653.
- National Cancer Institute. (1994). Annual Report. n.p.
- _____. (1995). Annual Report : Preliminary Report. n. p.
- Nolte, S.A., & Walczak, J.R. (1997). Screening and Prevention of Gynecologic Malignancy. In G.J. Moore (Ed.), Women and cancer: A gynecologic oncology nursing perspective (pp.1-57). Boston: Jones and Bartlett.
- Orem, D.E. (1980). Nursing: Concept of practice. (2nd ed.), New York: McGraw Hill Co.
- Otto, S.E. (1994). Oncology nursing. (2nd ed.). St.Louis: Mosby.
- Palank, C.L. (1991). Determinants of health-promotive behavior. The Nursing Clinics of North America, 26(4), 805-1060.
- Pender, N. J. (1982). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.
- _____. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. New York : Appleton and Lange.
- _____. (1996). Health Promotion in Nursing Practice. (3rd ed.). Stamford : Appleton and Lange.
- Potischman, N. & Brinton. L. A. (1996). Nutrition and cervical neoplasia. Cancer Cause & control, 7(1) ,113-126.
- Price, J.H., Easton, A.N., Telljohann, S.K., & Wallace, P.B. (1996). Perceptions of cervical cancer and pap smear screening behavior by women's sexual orientation. Journal of Community Health, 21(2),89-104.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health service. Milbank Memorial Fun Quarterly, 44(7), 94-127.
- _____. (1974). Historical origins of the health belief model. In M.H. Becker (Ed.), The health belief model: and personal health behavior .New Jersey : Charles & Slack.
- _____. (1990). The health belief model : Explaining health behavior through expectancies. In K. Glanz, F.M. Lewis., & B.K Rimer (Eds.), Health behavior and health education: theory researchand practice. (pp.39-62). San Francisco: Jessey-Bass.
- Saltzen, E.L. (1990). Development of theoretical framework. In M.M. Grant, & G. Pedilla (Eds.), Cancer Nursing Research: A Practical Approach. (pp.43-74). Norwalk: Appleton & Lange.

- Shamansky, S.L., & Chausen, C.L. (1980). Levels of prevention: Examination of the concept. Nursing Outlook, 20(2), 104-108.
- Shannon, M.T., Broering, J.M., Deitrich, C., & Taylor (1995). Women's Health across the life Span : An Overview. In L.W. Star, L.L. Lommel & T.M. shannon (Eds), Women's primary health care: Protocols for practice (pp. 1-30). Washington : American Nurses Association.
- Sheets, E.E. (1995). Cervical cancer and human papillomavirus. In K.J. Carlson, S.A. Eisenstat, F.D. Frigoletto., & Jr. I. Schiff (Eds.), Primary care of women (pp. 496-502), St. Louis: Mosby-Year Book.
- Starke, K. (1994). Sexuality, sexual behavior and contraception in East Germany. Patient Education & Counseling, 23(3), 217-226.
- Thomas, L.W. (1995). A critical feminist perspective of the health belief model : Implications for nursing theory, research, practice and education. Journal of Professional Nursing, 11(4), 246-252.
- Thorner, R.M. (1981). Screening and early detection of disease. In D.W. Clark., & McMahon (Eds.), Preventive and Community Medicine (pp. 571-580). Boston : Little Brown and Company.
- Walczak, J.R., & Klemm, P.R. (1993). Gynecologic cancers. In S.L. Groenwald, M.H. Forogge, M. Goodman., & C. H. Yarbrow (Eds.), Cancer Nursing: Principles and Practice (pp. 1065-1113). Boston: Janes and Bartless.
- Wertheim, I., Soto-Wright, V. J., & Goodman, H.M. (1995). Gynecologic cancers. In K.J. Carlson, S.A. Eisenstat, F.D. Frigoletto., & I. J. Schiff (Eds.), Primary care of women (pp.411-423). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Williams, R.D. (1997). Cancer. In K.M. Allen & J.M. Phillips (Eds.), Women's health across the lifespan: A comprehensive perspective (pp. 193-206). Philadelphia: Lippincott.
- World Research Fund in Association with American Institute for Cancer Research. (1997). Food, Nutrition and the prevention of cancer : a global perspective. USA : BANTA. Book Group.



ภาคผนวก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์
พฤติกรรมกรรการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

รองศาสตราจารย์ ดร. วสันต์ ศิลป์สุวรรณ

ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นายจ้านงค์ อิ่มสมบูรณ์

นักวิชาการ 7 กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข

นักวิชาการผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านพฤติกรรมศาสตร์

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สมชาย เนื่องตัน

หัวหน้าภาควิชา สูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตนกุล

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

นางจันทกานต์ ส่องสว่าง

พยาบาลวิชาชีพ รักษาการตำแหน่งหัวหน้าโครงการค้นหา

วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รองศาสตราจารย์ ดร. ชื่นชม เจริญยุทธ

หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิ์

ดิฉัน นางสาวอำไพ สุภาภา นักศึกษาปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาครั้งนี้ไป เป็นแนวทางในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก คำตอบของคุณจึงมีความสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การ วิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ดิฉันจึงขอความร่วมมือโดยการสัมภาษณ์คุณ และจะใช้เวลาในการ สัมภาษณ์ประมาณ 20 - 30 นาที ซึ่งข้อมูลทั้งหมดที่คุณตอบได้จะได้รับการเก็บไว้เป็นความลับ และไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งต่อตัวคุณและบุคคลที่เกี่ยวข้อง แต่จะใช้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

ในระหว่างการสัมภาษณ์ ดิฉันขออนุญาตฉบับที่ข้อมูลต่างๆที่คุณให้มาทั้งหมด เพื่อ ความสมบูรณ์ของข้อมูล และในขณะที่สัมภาษณ์ ถ้าคุณไม่สะดวกใจในการตอบ คุณอาจขอหยุดการ สัมภาษณ์ได้ทันทีเมื่อคุณต้องการ

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวอำไพ สุภาภา)

ผู้วิจัย

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก

คำชี้แจง สำหรับผู้ช่วยวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์สตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกร ได้แก่ ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ และทำการประมง อยู่กับคู่สมรสที่เป็นเกษตรกรทั้งที่จดทะเบียนสมรส และไม่ได้จดทะเบียนสมรส ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่เคยได้รับการตัดมดลูก และอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ผู้วิจัยทำการศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

๑ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ แบ่งออก

เป็น 3 ด้าน คือ

1.1 ด้านการสูบบุหรี่

1.2 ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติ

ของอวัยวะเพศ

1.3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ คือด้านการ

ตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ผู้สัมภาษณ์ทบทวนข้อคำถามต่างๆ ในแบบสัมภาษณ์ให้เข้าใจก่อนนำไปสัมภาษณ์

3. ขอความร่วมมือในการวิจัยตามเอกสารพิกษสิทธิ์ให้ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าใจอย่างชัดเจน

4. การบันทึก ให้ผู้สัมภาษณ์ขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบทางขวามือ หรือช่อง

หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ และในส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิดให้บันทึกคำตอบลงในช่องว่าง

5. เมื่อสัมภาษณ์เสร็จแล้ว ตำรวจข้อคำตอบในแต่ละข้อคำถามอีกครั้ง

6. กล่าวคำขอบคุณในความร่วมมือของผู้ถูกสัมภาษณ์

เลขที่แบบสัมภาษณ์ **ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก**

- (1) ขณะนี้คุณมีอายุกี่ปี.....ปี
- (2) คุณเรียนหนังสือจบชั้นอะไร
- (3) ครอบครัวของคุณมีรายได้เฉลี่ยเดือนละเท่าไร.....บาท
- (4) คุณมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร.....ปี
- (5) คุณตั้งครรภทั้งหมดกี่ครั้ง.....ครั้ง
- (6) คุณมีบุตรจำนวนกี่คน.....คน
- (7) คุณเคยแท้งหรือไม่
- (8) คุณเคยได้ยิน ได้ข้อมูล หรือ ได้ความรู้ เรื่องการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก บ้างหรือไม่

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก**2.1 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระดับปฐมภูมิ****ด้านบุหรื**

1. การสูบบุหรี่ในปัจจุบัน
 - ทำ
 - ไม่ทำ
2. การหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรืทุกครั้ง
 - ทำ
 - ไม่ทำ

ด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตการผิดปกติของอวัยวะเพศ
กิจกรรมต่อไปนี้คุณทำหรือไม่

กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ
1. ล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศด้วยน้ำหรือน้ำกับสบู่หลังการขับถ่ายทุกครั้ง		
2. ล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนักทุกครั้ง		
.		
.		
.		
7. สังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ คุ่ม หรือฝื่น หรือ ตุ่มเนื้อ หรือแผล		

ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
กิจกรรมต่อไปนี้คุณทำหรือไม่

กิจกรรม	ทำ	ไม่ทำ
1. ล้างทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังร่วมเพศเสร็จ...		
2. ท่านสังเกตสิ่งผิดปกติของอวัยวะเพศของสามีทุกครั้ง...		
3. ร่วมเพศในขณะ...		

2.2 พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิ

ด้านการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

1. คุณเคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกบ้างหรือไม่
2. ตั้งแต่มีเพศสัมพันธ์ ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน คุณตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างไร
3. คุณทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกหรือไม่
4. ผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของคุณเป็นอย่างไร
5. คุณปฏิบัติอย่างไร เมื่อพบว่าผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูกผิดปกติ
6. คุณไม่ทราบผลการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพราะเหตุใด

ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
1. ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ จะมีโอกาสเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่			
2. ผู้หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์ จะมีโอกาสเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าผู้หญิงที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์			
3. ผู้หญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุน้อย มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มากกว่าผู้หญิงที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุมาก			
.			
.			
.			
22. การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย			

