



ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหญิงที่สมรสแล้ว

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

Factors effecting the screening for cervical cancer in married women in

Amphor Maung, Ubonratchathani

ประภาพร สุวรรณชัย

←

อภินันทนาการ

จาก

.....
เมธีกรรมาลัย ม.มหิดล
.....

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญา

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ณ
พ ๒๕๓๒
๒๕๓๑

พ.ศ. 2539

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหญิงที่สมรสแล้ว อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาว อรุณรัตน์

ประภาพร สุวรรตน์ชัย

ผู้วิจัย

สุรเกียรติ อชานานภาพ พ.บ., MPH.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ธีรพล เจริญวิทยา พ.บ. วว (ศัลยศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ธีรพล เจริญวิทยา พ.บ. วว (ศัลยศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ธีรพล เจริญวิทยา พ.บ. วว (ศัลยศาสตร์)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ. วิจัยเวชกุล

ออดุย์ วิจัยเวชกุล ราชบัณฑิต พ.บ.น.ม.

F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

บุญเดือน ทุมวิภาต

บุญเดือน ทุมวิภาต ,พ.บ. DTM&H.

(England), D.T.P.H (London)

ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล


วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหญิงที่สมรสแล้ว อำเภอเมือง
จังหวัดอุบลราชธานี

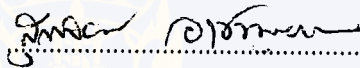
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด

วันที่ 27 ธันวาคม 2539


.....

ประภาพร สุวรรณชัย

ผู้วิจัย


.....

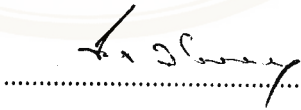
สุรเกียรติ์ อชานานภาพ พ.บ. ,MPH.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

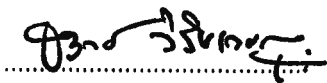
ฉวีวรรณ บุญสุยา กศ.บ,พ.บ.ม.(เกียรติคุณดีมาก)MSPH.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....

ธีรพล เจนวิทยา พ.บ. วว (ศัลยศาสตร์)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

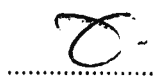

.....

อดุลย์ วิริยะเวชกุล ราชบัณฑิต พ.บ.,นบ.

F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....

อรุณ เฝ้าสวัสดิ์ ,พ.บ. Dr.med.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาวประภาพร สุวรรณ์ชัย
วัน เดือน ปี เกิด	19 ตุลาคม 2508.
ประวัติการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง พ.ศ.2526 - 2529 วิทยาลัยบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด พ.ศ.2538 - 2539. มหาวิทยาลัยมหิดล
สถานที่ทำงาน	พยาบาลวิชาชีพ งานห้องผ่าตัด กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

กิติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์หลายท่าน ซึ่งผู้วิจัยกราบขอบพระคุณอย่างสูง คือ รศ. นพ.สุรเกียรติ์ อชานานุภาพ , ผศ.ฉวีวรรณ บุญสุยา และ อ.นพ.ธีรพล เจนวิทยา ที่สละเวลาให้คำแนะนำปรึกษา ตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

ขอกราบขอบคุณ บิดามารดาที่เคารพรัก ที่ให้ความรักและกำลังใจตลอดระยะเวลาของศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ พันตรีนายแพทย์ชูชาติ ,คุณศิษฏี พลบุรี ที่ให้ความเอื้อเฟื้อและอำนวยความสะดวกสำหรับการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์นภา สิงห์คุณา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี , คุณประภาศรี ศุภิลวรรณ หัวหน้าพยาบาล ,คุณพงษ์พร สุรพัฒน์ ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล และผู้อำนวยการความสะดวกลดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี

ขอขอบคุณ คุณไพรัช บุญจรัส ที่ให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณ คุณอ่อนคำ แสนนามวงศ์ ,คุณประถม จันทร์หอม ,คุณประคอง ชื่นภิรมย์ ,คุณสุจปราณี แสนศรี , คุณแพรวพิศ โพอุทัย ,คุณธวัช เครือทอง และผู้ช่วยวิจัยที่ช่วยค้นหาข้อมูลและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ช่วยให้ข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

สุดท้ายขอขอบคุณ คุณวิมลวรรณ พลบุรี ที่ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ตลอดจนสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ให้สำเร็จไปด้วยดี

ประกาศ สุวรรณ์ชัย

Thesis Title Factors effecting the screening for cervical cancer in married women in Amphor Maung ,Ubonratchathani.

Name Prapaporn Suwaratchai

Degree Master of Science (Epidemiology)

Thesis Supervisory Committee

Surakiat Achananuparp. M.D ,M.P.H.

Chaweewon Boonshuyar. B.Ed. ,M.S.(1 st Hons), M.S.P.H.

Dhiraphol Chenvidhya. M.D. ,F.I.C.S.

Date of Graduation 27 December B.E.2539 (1996)

Abstract

Cervical cancer is the most common malignancy in Thai females but it can be treated successfully after early detection. At the moment, Pap smear is the appropriate screening examination for cervical cancer and can be performed even in the health center of rural community. This screening is not yet popular and the prevalence of service is very low.

This study was design to find out the factors effecting positively and negatively the promotion of the screening service for the target population. It was cross-sectional comparative study between two groups : one of 72 married women with previous screening examination, and the other of 144 neighborhood women without previous screening.

The results revealed that there significant correlated between screening and knowledge ,information ,attitude and income. The level of education ,age ,occupation ,health insurance had no effect on the screening. Item analysis on knowledge found that the issues to emphasized were the information early symptoms and risk of oral contraceptive pills, through the proper mass media. Item analysis on attitude found that they believe the cause of the disease was related to the superstition ; they preferred to be screened by female medical staffs ; and they thought the cost of the screening is too expensive.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก.
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข.
สารบัญ	ค.
สารบัญตาราง	ง.
บทที่	
1.บทนำ	1
2.การทบทวนวรรณกรรม	6
3.วิธีการดำเนินการวิจัย	36
4.ผลการวิจัย	44
5.สรุปผลการวิจัย อภิปราย ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	
ภาคผนวก	
- แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบคุณภาพ	64
- สถิติที่ใช้ในการวิจัย	69
- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	70

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดต่างๆ ปี พ.ศ. 2534 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2538	2
ตารางที่ 2 ตัวอย่างการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่วร่วมเพศกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก	9
ตารางที่ 3 ตัวอย่างการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อร่วมเพศครั้งแรกกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก	10
ตารางที่ 4 ระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆของการเกิดมะเร็งปากมดลูก	18
ตารางที่ 5 การลดอุบัติการณ์การสะสมของมะเร็งปากมดลูกในช่วงอายุ 35 - 64 ปีในความถี่ต่างๆ	26
ตารางที่ 6 การลดอุบัติการณ์การสะสมในช่วงอายุ 35 -64 ปี ในสัดส่วนการครอบคลุมประชากรและความถี่ต่างๆ	26
ตารางที่ 7 การลดอุบัติการณ์การสะสมของมะเร็งปากมดลูกเมื่อเริ่มตรวจที่อายุต่างกัน	27
ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	44
ตารางที่ 9 แสดงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆที่ได้รับกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	48
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆกับความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆกับเจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	52

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคไม่ติดต่อ (Noncommunicable Disease) ที่กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขไทย และก่อปัญหาความรุนแรงเพิ่มขึ้น ทำให้จำนวนผู้ป่วยและคนตายมากขึ้น จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พศ.2516 มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 7 มีอัตราการตาย 13.1 ต่อ 100,000 คน พศ.2532 อัตราตายเพิ่มเป็น 45 คนต่อ 100,000 คน และ ปี พศ. 2536 เพิ่มเป็น 36.8 คนต่อ 100,000 คน จัดเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 (1) อุบัติการณ์มะเร็งในหญิงไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงต่อผู้ชาย เท่ากับ 1.0 ต่อ 0.9 (2) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในผู้หญิงไทย ร้อยละ 11.3 - 37.8 (3) สอดคล้องกับการศึกษาที่ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนต่างๆ ของอวัยวะสืบพันธุ์ จำนวน 877 ราย พบมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 87.5 และพบมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1,2,3 และ 4 ร้อยละ 16.7 ,49.5,29.2 และ 3.8 (4) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถวินิจฉัยได้ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม และให้ผลการรักษาที่ดีได้ เนื่องจากระยะเวลาในการพัฒนาเซลล์ผิดปกติ (Dysplasia) เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม นานถึง 10 ปี (5) การตรวจคัดกรองโรคนิยมใช้วิธีการตรวจทางเซลล์วิทยา Papanicolaou Smear (Pap smear)

ในประเทศไทยอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประชาชนสูงขึ้น เนื่องจากขาดการรณรงค์ที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะแรก ไม่ให้ลุกลามมากขึ้น ประกอบกับประชาชนขาดความรู้ที่ถูกต้อง ขาดความสนใจเกี่ยวกับเท่าที่ควร เมื่อเป็นมะเร็งแล้ว มักถูกชักนำไปรักษาในทางที่ผิด จนเป็นมะเร็งระยะลุกลาม แล้วจึงเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ได้ดำเนินการค้นหา วินิจฉัย และรักษามะเร็งปากมดลูกระยะแรก โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปัจจุบันกำลังดำเนินการอยู่

จากรายงานผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศูนย์สรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต่างๆ เข้ารับการรักษาทันทีภายใน โรงพยาบาล จำนวน 90 ราย ส่วนมาก

ได้รับการผ่าตัด (6) ประกอบกับรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2534 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2538 (7) ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดต่างๆ ปี พ.ศ. 2534 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2538

ที่	จังหวัด	ประชากร เป้าหมาย	จำนวน การตรวจ	%	Class 3	Class 4	Class 5	Class 4 - 5
1	บุรีรัมย์	439,000	38,669	8.8	56	3	23	26
2	ราชบุรี	228,166	7,944	3.4	24	13	17	30
3	สิงห์บุรี	64,333	10,436	16.2	32	13	7	20
4	ลำปาง	229,500	113,573	49.4	313	110	55	165
5	เชียงใหม่	424,833	6,069	1.4	30	3	9	12
6	สระบุรี	158,500	28,772	18.1	434	40	60	100
7	สุราษฎร์ธานี	201,166	37,193	18.5	181	28	121	149
8	อุบลราชธานี	543,333	12,400	2.3	38	4	-	4
9	อุดรธานี	501,666	98,404	19.6	22	180	43	223
10	ขอนแก่น	426,333	20,563	4.8	163	59	31	90
11	นราธิวาส	142,500	11,830	8.3	49	22	16	38
12	นครสวรรค์	274,666	10,858	3.9	17	7	30	37

รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear สถาบันมะเร็งแห่งชาติ 2538

จากรายงานที่พบจังหวัดอุบลราชธานี เป็นจังหวัดที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี Pap smear คลอบคลุมเพียง 2.3 % จัดว่าเป็นอัตราที่ต่ำมาก เป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่งที่ต้องการการแก้ไขโดยด่วน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ร่วมมือกับศูนย์ป้องกันและควบคุมมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี วางแผนในการรณรงค์ควบคุมโรคมะเร็ง ผู้วิจัยจึงสนใจปัจจัยที่ทำให้ผู้หญิงที่เป็นประชากรเป้าหมาย ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำผลการศึกษา เป็นแนวทางในการดำเนินการควบคุมมะเร็งปากมดลูก ให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของหญิงที่สมรสแล้ว

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยต่างๆ คือ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก , ปัจจัยด้านประชากรและสังคม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองโรค มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองโรค มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ปัจจัยด้านประชากรและสังคม มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

- อายุ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- สิทธิการรักษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- การได้รับข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

ปาก มดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- การรับรู้เกี่ยวกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขอบเขตในการศึกษา

เป็นวิจัยเชิงเปรียบเทียบ (Comparative Study) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของหญิงที่สมรสแล้ว อายุ 35 - 55 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2539

1. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้หญิงที่สมรสแล้ว มีอายุ 35 - 55 ปีที่สมรสแล้ว อ.เมือง จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก 72 คน และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 144 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

3.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

3.2 เจตคติต่อมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

3.3 ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ , ระดับการศึกษา , รายได้ต่อครอบครัว , สิทธิการรักษา,อาชีพ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก .การได้รับข้อมูลข่าวสาร

4. การเลือกกลุ่มศึกษาเลือกจากทะเบียนผู้ป่วย โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ และสถานีนอนามัย จ.อุบลราชธานี และกลุ่มเปรียบเทียบเลือกจากหญิงที่มีที่อยู่อาศัยใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา

5. ตัวแปรต่างๆที่ศึกษา ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ,อาการ ,อาการแสดง , การดำเนินของโรค , และการป้องกัน ประเมินเป็นค่าคะแนนตามคำตอบและคำถามของกลุ่มตัวอย่าง

2. เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อ ความคิดเห็น หรือความรู้สึก ที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ Pap smear ประเมินเป็นค่าคะแนนตามคำตอบและคำถามของกลุ่มตัวอย่าง

3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ปฏิบัติกันโดยทั่วไป ในที่นี้ หมายถึงเฉพาะการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยา Pap smear

4. อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง พื้นที่ตามเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย ประกอบด้วย ส่วนที่เป็นเขตเทศบาล และส่วนที่อยู่นอกเขตเทศบาล

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจ Pap smear และผลงานที่เกี่ยวข้อง

ที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการวินิจฉัยแต่ระยะแรกๆ และเป็นมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทย พบทั่วไปทุกภาค ส่วนมากเป็นระยะที่ลุกลามแล้ว การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรก เนื่องจากการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจหลังคลอด หรือการตรวจพบโดยบังเอิญ อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นทุกๆปี พบมากในช่วงอายุ 35 - 49 ปี

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

หลายสิบปีที่มีการศึกษาเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ในขณะนั้น มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด มีเพียงข้อสันนิษฐานในการเกิด โอกาสเสี่ยง และภาวะภูมิคุ้มกันบางประการที่มีต่อสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) การศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก เริ่มตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1842 Rigoni Stern (8) ศึกษาอัตราอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในกลุ่มแม่ชีและผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว พบว่า ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วมีอัตราอุบัติการณ์สูงกว่าในกลุ่มแม่ชี และพบอุบัติการณ์เสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคล้ายกับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ต่อมาการศึกษาเพิ่มเติมเรื่อยๆ พบว่าการติดเชื้อภายหลังการร่วมเพศ เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในระยะแรกเชื่อที่ได้รับความสนใจว่า น่าจะเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก คือเชื้อไวรัส Herpes simplex virus type 2 (HSV2) แต่ไม่สามารถอธิบายกลไกและพยาธิสภาพการเกิดโรคได้ ภายหลังพบเชื่อที่น่าจะเป็น สาเหตุของมะเร็งปากมดลูกชนิดใหม่ คือ Human papilloma virus (HPV) แต่หลักฐานการศึกษาทางระบาดวิทยา ยังไม่เพียงพอที่จะนำมายืนยันการเกิดโรคที่แน่นอน จึงพบเพียงพฤติกรรมเสี่ยง (Risk factor) เช่น การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศบางอย่าง เป็นต้น

จากข้อมูลต่างๆที่ได้ค้นคว้าและศึกษาของนักระบาดวิทยา พอสรุปข้อสงสัยหรือเหตุการณ์เสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนี้

1. การติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV)

การศึกษาและหลักฐานทางระบาดวิทยาหลายอย่าง ทำให้เชื่อว่า HPV เป็นสาเหตุในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เริ่มตั้งแต่ Bosch and Munoz (9) ศึกษา ชั้นเนื้อมดลูกของผู้หญิงที่ได้ผลการวินิจฉัยว่า เป็น CIN หรือ ปากมดลูกปกติ โดยใช้วิธีทางเซลล์วิทยา ตรวจพบ HPV 16 , HPV6 และ HPV11 มากกว่าในกลุ่มCIN1 แต่การพบ HPV ใน Adenocarcinoma และ Squamous cell carcinoma เหมือนกัน ต่อมา Kjare et al (10) ศึกษาเปรียบเทียบอัตราการพบ HPV 16/18 และ HPV 6/11 จากเซลล์ปากมดลูกปกติของผู้หญิงทั่วไป อายุ 20 - 29 ปี พบว่าเชื้อ HPV16/18 ในประเทศเดนมาร์ก สูงกว่าประเทศกรีนแลนด์ถึง 1.5 เท่า แต่อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศกรีนแลนด์ สูงกว่าประเทศเดนมาร์ก 6 เท่า นอกจากนี้ Villa and Franco (11) พบการติดเชื้อ HPV16,HPV18 มีความชุกสูงในกลุ่มประชากรเสี่ยง(High Risk Population) แต่การติดเชื้อ HPV ไม่มีความสัมพันธ์กับ จำนวนคู่ว้มเพศ , อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก , การสูบบุหรี่ และการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

Reeve (12) ศึกษาเกี่ยวกับ HPV กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรก ในประเทศลาติน อเมริกา ศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case - Control) ใช้กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก 46 คนและกลุ่มควบคุมคือผู้หญิงปกติ 46 คน ตรวจ HPV โดยใช้วิธี HPV DNA assay พบว่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odds Ratio) ของ HPV16/18 ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก 2.7 เท่า (95% CI = 1.1- 6.7) ต่อมา Reeve (13) ได้ศึกษาเพิ่มเติม พบว่าอัตราเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้น ร่วมกับการติดเชื้อ HPV 16 , HPV 18 เพิ่มขึ้น และพบว่า HPV 6 , HPV 11 มีความสัมพันธ์ในการเกิดมะเร็งปากมดลูก

Campion (14) ศึกษาแบบไปข้างหน้า ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ ศึกษาผู้หญิง 100 คนที่เป็น CIN1 จำนวน 100 คน เป็นระยะเวลา 2 ปี ใช้การตรวจ HPV DNA ทุก 6 เดือน พบว่า HPV DNA 16 และ HPV DNA 18 มีการเปลี่ยนแปลงเป็น CIN3 56% ในขณะที่ HPV DNA 6 เปลี่ยนแปลงเป็น CIN3 20% สอดคล้องกับการศึกษาของ Syrjanen (15) ศึกษาแบบติดตามผู้หญิงที่มีการติด

เชื้อ HPV จำนวน 530 คน เป็นระยะเวลา 5 ปี พบว่า กลุ่มที่ติดเชื้อ HPV16 มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะที่รุนแรงกว่าชนิดอื่น

ครั้งสุดท้ายมีการประชุมสรุปผลเกี่ยวกับการศึกษาโรคมะเร็งปากมดลูก ที่จัดโดย National institutes of health (NIH) (16) ได้ข้อสรุปว่ามะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อ HPV มีหลักฐานทางระบาดวิทยาที่ยืนยันได้ คือ พบความเป็นเหตุและผลของการติดเชื้อ HPV กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก หลายรายงาน และมีการตรวจพบ HPV DNA ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 93% และจัดว่าการติดเชื้อ HPV เป็นโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Disease) เชื้อ HPV มี 70 ชนิดแต่มีเพียง 23 ชนิดที่ทำให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณปากมดลูก เชื้อ HPV ที่มีการติดเชื้อบริเวณปากมดลูกสูง คือ HPV6 , HPV11 เป็นเชื้อที่ติดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงน้อย แต่ HPV16 , 18 , 31 , 35 เป็นเชื้อที่พบมากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงมากกว่า ช่วงอายุที่มีการติดเชื้อ HPV มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 22 - 25 ปี และถ้ามีปัจจัยร่วม (Cofactor) แล้ว จะทำให้เกิดมะเร็งปาก มดลูกในระยะต่อมา

2. ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ (Sexual Factor)

จากการศึกษาหลายรายงาน ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ระยะแรกให้ความสนใจเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส , ประวัติการตั้งครรภ์ , ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น แต่ไม่สามารถหาความสัมพันธ์ที่แน่ชัดได้ จนกระทั่งมีการศึกษา ระยะหลังที่พบความสัมพันธ์ระหว่างมะเร็งปากมดลูกกับจำนวนคู่ว้มเพศ และอายุครั้งแรกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่สามารถอธิบายพยาธิสภาพ กลไกการเกิดโรคได้และไม่มีหลักฐานยืนยันที่มากพอ จึงสรุปสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ แต่ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ เป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก สรุปได้ดังนี้

1. จำนวนคู่ว้มเพศ (Multiple Partners) การศึกษาหลายรายงานพบว่า จำนวนคู่ว้มเพศ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในประชากรกลุ่มที่เสี่ยง คือกลุ่มผู้หญิงที่มีอาชีพขาย บริการทางเพศ , ผู้หญิงที่มีความสำสอนทางเพศ เป็นต้น Brintonและคณะ (17) ศึกษาพบว่าผู้หญิงที่มีคู่ว้มเพศตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ทำให้อัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเป็น 3

เท่าของผู้หญิงที่มีคู่วร่วมเพศเพียงคนเดียว ประสิทธิ์ เฟิงสา (18) ได้รวบรวมรายงานการศึกษาเกี่ยวกับจำนวน คู่วร่วมเพศไว้ ดังนี้

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนคู่วร่วมเพศกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ผู้ศึกษา,ปี คศ.	ระยะของโรค	จำนวนผู้ ป่วย	จำนวนกลุ่ม ควบคุม	จำนวนคู่ว ร่วมเพศ	อัตราเสี่ยง สัมพันธ์ *
Brinton,1987	Invasive	418	704	10	2.8
Brock,1989a	CIS	117	196	7	6.3
Cuzick,1990	CIN 3	497	833	20	4.8
Ebeling,1989	Invasive	129	275	5	3.9
Harris,1980	CIN	190	422	6	6.1
Herrero,1990	Invasive	759	1430	6	1.7
La Vecchia ,1986a	CIN ,Invasive	206 ,327	206 , 327	3	2.4 , 2.7
Peters,1986b	Invasive	200	200	10	2.6
Slattery,1989a	CIS&Invasive	266	408	10	9.0
West,1984	CIS&Invasive	319,98	323,128	2	5.3 , 1.8

* เปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงที่มีคู่วร่วมเพศ 1 คนกับผู้หญิงที่มีคู่วร่วมเพศมากกว่า 1 คน

2. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Age of First Sex) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า ผู้หญิงที่มีการร่วมเพศ ตั้งแต่อายุน้อย จะทำให้อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ข้อสันนิษฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ดังกล่าว คือ ผู้หญิงที่มีอายุน้อย การเปลี่ยนแปลงเซลล์ Columnar มาเป็น เซลล์ Squamous บริเวณปากมดลูกยังเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ ทำให้เกิดการตอบสนองต่อสารก่อมะเร็งได้ง่าย แต่อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับจำนวนคู่วร่วมเพศเป็นปัจจัยร่วมกันเสมอ Brinton , et al. ได้รวบรวมรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอายุเมื่อมีการร่วมเพศไว้ ดังนี้

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อมีการร่วมเพศครั้งแรกกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ผู้ศึกษา,ปี คศ.	ระยะของโรค	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนกลุ่มควบคุม	อายุเมื่อร่วมเพศครั้งแรก	อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ *
Brinton,1987	Invasive	418	704	16/22	2.3
Brock,1989a	CIS	117	196	16/25	1.8
Clarke,1982	Invasive	178	855	19/20	1.8
Cuzick,1990	CIN 3	497	833	16/20	1.3
Ebeling,1989	Invasive	129	275	16/20	2.0
Herrero,1990	Invasive	759	1430	14-15/20	1.8
La Vecchia ,1986a	CIN ,Invasive	206 ,327	206 , 327	17/23 ,17/ Never	2.4 , 5.4
Peters,1986b	Invasive	200	200	16/23	16.1
Slattery,1989a	CIS&Invasive	266	408	16/20	0.8
West,1984	CIS&Invasive	319,98	323,128	16/all ,16/ others	2.8 , 1.1
Zhang,1989	Invasive	109	545	16/21	2.9

* เปรียบเทียบระหว่างผู้หญิงที่มีคู่ร่วมเพศ 1 คนกับผู้หญิงที่มีคู่ร่วมเพศมากกว่า 1 คน

ปัจจัยอื่นๆที่มีการศึกษา แต่ไม่สามารถสรุปได้ เช่นความถี่ของการร่วมเพศ และประวัติการตั้งครรภ์และมีบุตร ที่พยายามอธิบายการเกิดพยาธิสภาพ คือ การบาดเจ็บบริเวณปากมดลูก ทำให้ เกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณนั้น แล้วกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกในเวลาต่อมา แต่ Brinton (19) พบว่า การร่วมเพศบ่อยไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก นอกจากผู้หญิงคนนั้น จะมีการร่วมเพศบ่อย ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี หรือ มีคู่ร่วมเพศหลายคน

ข้อสันนิษฐานที่ว่ามะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยทางเพศสัมพันธ์แล้ว การติดเชื้อบริเวณปากมดลูก โดยเฉพาะเชื้อ HPV น่าจะเป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรค ประกอบกับมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ เช่น การมีคู่วร่วมเพศมากกว่า 1 คน หรือ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อและเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการเพิ่มคู่วร่วมเพศ ทำให้มีโอกาสได้รับสารที่ก่อมะเร็งจากผู้ชายมากขึ้น แต่ในบางราย งาน พบว่าประชากรบางกลุ่มที่มีคู่วร่วมเพศมากกว่า 1 คน อัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกน้อย ในขณะที่อีกกลุ่มหนึ่งแม้ว่าจะมีคู่วร่วมเพศ เพียง 1 คน แต่อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง ทำให้ ไม่สามารถสรุปว่าเป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก

3. ปัจจัยเกี่ยวกับเพศชาย (Male Partners Factor)

ปัจจัยทางเพศสัมพันธ์เกี่ยวกับฝ่ายผู้ชาย มีการศึกษาที่รายงานไว้ (20,21,22) สรุปสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ชายไว้ ดังนี้

- อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอวัยวะเพศชาย สูงในบางพื้นที่
- ภรรยาของผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศ มีอัตราเสี่ยงการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเป็น 3.6 เท่า
- ผู้หญิงที่แต่งงานกับผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก มีอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่า
- สามีของผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูก มีประวัติเคยร่วมเพศกับผู้หญิงมากกว่า 10 คนขึ้นไป และถ้าสามีเคยร่วมเพศกับผู้หญิงมากกว่า 15 คนขึ้นไป อัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกของภรรยาเพิ่มเป็น 7.8 เท่า

ในประเทศไทย ขนบธรรมเนียมประเพณี นิยมให้มีสามีหรือคู่วร่วมเพศเพียง 1 คน ผู้หญิงไทย ส่วนมากไม่มีประวัติการสำส่อนทางเพศ แต่อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นทุกปี อาจเกิดจากการติดเชื้อ HPV จากสามีที่เที่ยวโสเภณีแล้วนำเชื้อไปถ่ายทอดให้ภรรยา

4. ยาเม็ดคุมกำเนิด (Oral contraceptive)

ในระยะแรกของการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างยาเม็ดคุมกำเนิด กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่ชัดเจน ต่อมา Brinton et al (19) ศึกษาผู้หญิงที่เป็นมะเร็งปากมดลูกกับผู้หญิงที่ไม่เป็นมะเร็งปากมดลูก ชักประวัติการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่าผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มากกว่า 5 ปี มีอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้ ข้อสันนิษฐานที่นำมาอธิบายการเกิดโรคคือ ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นปัจจัยส่งเสริม (Co carcinogens) ร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะสูบบุหรี่ , การติดเชื้อ HPV สอดคล้องกับการศึกษาของ La Vecchia (23) ศึกษาเมื่อก่อนการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด พบว่า ผู้หญิงที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากกว่า 2 ปี มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเป็น 2 เท่าของผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

WHO (24) ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกกับวิธีการคุมกำเนิด พบว่าผู้ที่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้การคุมกำเนิดชนิดเกราะ พบในมะเร็งปากมดลูกชนิด ที่เรียกว่า Squamous cell carcinoma, Adenocarcinoma และ Adenosquamous carcinoma สอดคล้องกับการศึกษาของ Munoz , et al (25) ศึกษาผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดกับการใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น ส่วนมากเป็นการใช้ห่วงอนามัย (IUD) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ตารางชีพ พบว่าผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมีการเกิด CIS เป็น 6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

การที่จะสรุปว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถสรุปได้ เพราะว่า มีตัวแปรหลายตัวเข้าเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนคู่ว้มเพศ , อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และประวัติการตรวจเซลล์วิทยา (Pap smear) เป็นปัจจัยที่ควบคุมได้ยาก รวมทั้งไม่มีหลักฐานเพียงพอ

6. วิธีการคุมกำเนิดวิธีอื่น

Wright ,et al (26) ศึกษาผู้หญิงที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบ Diapharm มีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงที่ห่วงอนามัย (IUD) เมื่อควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องแล้ว และถ้าข้อสันนิษฐานที่เชื่อว่า การติดเชื้อบริเวณปากมดลูก เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก

แล้ว การใช้วิธีคุมกำเนิดแบบเกราะ เช่น ถุงยางอนามัย โฟม เยลลี่ น่าจะเป็นปัจจัยป้องกัน (Protective factor)

7. สารอาหาร

La Vecchia , et al.(27)ศึกษาใช้การศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case- caontrol Study) ในผู้ป่วยCIN และCIS เกี่ยวกับสารอาหาร 9 ชนิด พบว่าผู้ที่บริโภควิตามินซีมาก ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้น้อยกว่าผู้ที่บริโภควิตามินซีน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Palan , et al , 28) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะ CIN และ CIS มีระดับวิตามินซีในเลือดต่ำ ร่วมกับมีการบริโภควิตามินเอ และ Retinol binding protein น้อยกว่า

Romney , et al (29) ศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control Study) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 191 คนและกลุ่มควบคุม 191 คน พบความสัมพันธ์เกี่ยวกับการบริโภคเบตาแคโรทีน (Beta carotene) ผู้ที่บริโภคเบตาแคโรทีนมาก เกิดมะเร็งปากมดลูกต่ำ แต่ในผู้ที่บริโภคเบตาแคโรทีนน้อย เกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆแล้ว

Butterworth , et al. (30) ศึกษาเกี่ยวกับกรดโฟลิก พบว่าการขาดกรดโฟลิกอยู่ในข้อสงสัยการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

จากการศึกษาไว้หลายรายงาน พบว่า สารอาหารที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ เบตาแคโรทีน ส่วนสารอาหารอื่นๆควรมีการศึกษาเพิ่มเติม

8. ภาวะความต้านทานร่างกายลดลง (Immunosuppressive)

เมื่อไม่สามารถสรุปสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ข้อสันนิษฐานการเกิดโรคที่น่าเชื่อถืออีกข้อหนึ่ง คือ ร่างกายมีความต้านทานโรคต่ำลง ส่วนมากเป็นภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานลดลงจาก Primary immunodeficiency . ที่เกิดจากการใช้ยา ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โดยเฉพาะการติดเชื้อ HSV2 และ HPV สูงขึ้น ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกง่ายขึ้น แต่กลไกในการเกิดยังไม่ทราบแน่ชัด ภาวะความต้านทานของร่างกายลดลงในผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- การตั้งครรภ์ ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ จัดว่าเป็นผู้ที่มีความต้านทานลดลง (Transient immunosuppressive) และเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ ซึ่งสนับสนุนจากการศึกษาของ Munoz and Bosch (31) ศึกษาแบบ Case-control Study พบว่า ขณะตั้งครรภ์มีการเพิ่มของการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะ HPV16

- การติดเชื้อ HIV Bradbeer และคณะ (32) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อ HIV และมะเร็งปากมดลูก พบว่าความสัมพันธ์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มที่มีผลการตรวจทางวิทยาผิดปกติจากการติดเชื้อ HPV แสดงว่า การติดเชื้อ HPV , HIV และมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กัน

- การติดเชื้อชนิดอื่นๆ ที่ไม่ใช่ HPV นอกจากเชื้อ HPV แล้วยังมีเชื้ออีกหลายชนิดที่เป็นที่สงสัยในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผลของการติดเชื้อทำให้ความต้านทานในร่างกายต่ำ Levin et al (33) ศึกษาแล้วพบว่า การติดเชื้อซิฟิลิสในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีมากกว่ามะเร็งชนิดอื่นๆ เชื่อว่าการเกิดซิฟิลิส ทำให้เกิดรอลแผลเป็น แล้วมีการกระตุ้นบ่อยๆ ทำให้เกิดเป็นมะเร็งปากมดลูกได้

เชื้อที่สงสัยว่าจะเป็นสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ เชื้อไวรัส Herpes simplex type 2 (HSV2) Vonka , et al (34) พบว่าแอนติบอดีของHSV2 ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่การศึกษาครั้งนั้นมีปัญหาในการตรวจหาแอนติบอดี HSV2

Graham , et al (35) ศึกษาเกี่ยวกับการหา Antibody HSV2 โดยการใช้วิธีการ Radioimmuno assay ในผู้ป่วย CIN, CIS และมะเร็ง จำนวน 181 คน และกลุ่มควบคุม 130 คน พบว่าอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นในทุกระยะของการเกิดโรค แต่ไม่พบความแตกต่างในกลุ่มผู้ที่มีคู่นอนเพศ 1 คน หรือมากกว่า 1 คน

ส่วนเชื้อชนิดอื่น มีการศึกษาไว้หลายรายงาน Brinton , et al (17) ศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุม (Case-control Study) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 418 คน กลุ่มควบคุม 704 คน ศึกษาประวัติการเจริญพันธุ์และปัจจัยทางเพศสัมพันธ์ พบว่า การติดเชื้อในระบบอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นปัจจัยสำคัญในการเกิดโรคมะเร็งแต่ไม่พบว่าเชื้อชนิดใดเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

Guijon, et al (36) ศึกษาการเกิดมะเร็งปากมดลูกกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ป่วย CIN 54 คน กลุ่มควบคุม 54 คน พบว่าเชื้อ HPV มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก และเชื้อปกติในช่องคลอด (Vagina Flora) แตกต่างกันในกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มควบคุม Guijon, et al. สันนิษฐานว่า อาจเกิดปฏิกริยาร่วมกันระหว่าง HPV , HSV2 กับเชื้อในช่องคลอด

9. การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ จากการศึกษาของ Sasson ,et al. (37) เมื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการสูบบุหรี่แล้ว คือ อายุเมื่อร่วมเพศครั้งแรก และจำนวนคู่วร่วมเพศแล้ว ผู้หญิงที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก 2 เท่าของผู้หญิงที่ไม่สูบบุหรี่

สรุป

หลักฐานทางระบาดวิทยา เกี่ยวปัจจัยสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก สาเหตุใหญ่ในการเกิดมะเร็งปากมดลูกคือการติดเชื้อ HPV จัดว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีปัจจัยร่วม ได้แก่ จำนวนคู่วร่วมเพศทั้งในผู้ชายและผู้หญิง , อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก , การใช้เม็ดคุมกำเนิด , การสูบบุหรี่ และภาวะร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ นอกจากนี้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่มีผลในการป้องกัน (Protecative Factor) ในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การบริโภคสารอาหารบางอย่าง เช่น วิตามินเอ ,กรดโฟลิก และเบตาแคโรทีน เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

โดยปกติ ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม มักไม่มีอาการผิดปกติใดๆ แต่มักพบผู้ป่วยระยะนี้จากการตรวจหลังคลอด การตรวจร่างกายประจำปี หรือ เมื่อไปขอรับคำแนะนำจากแพทย์เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว ผู้ป่วยที่มีอาการมักเป็น ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระยะ ลูกกลม อาการที่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ คือ

- เลือดออก ในระยะแรกเริ่มมีเลือดออกหลังหมดประจำเดือน หรือภายหลังการร่วมเพศ(Post coital bleeding) มีเลือดออกเล็กน้อย แล้วหยุดไปเอง หรือมีเลือดออกระยะที่มีระดู

- เจ็บ,ปวดในอุ้งเชิงกราน เกิดจากมะเร็งได้แพร่กระจายไปยัง เส้นประสาทในอุ้งเชิงกราน
- อาการบวมที่ขา เกิดจากแพร่กระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบ
- ปัสสาวะหรืออุจจาระ เป็นเลือดเกิดจากมะเร็งปากมดลูก ได้แพร่กระจายไปกระเพาะปัสสาวะ หรือทวารหนัก

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค ประกอบด้วยข้อมูลที่ได้จากหลายด้าน คือ

1. ประวัติ การซักประวัติถึงโอกาสการเกิดโรค, พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนซักประวัติถึงอาการที่มาพบแพทย์
2. การตรวจร่างกาย ถ้าเป็นมะเร็งระยะแรกเริ่ม ผู้ป่วยมักมีสุขภาพแข็งแรงดี ต้องอาศัยข้อมูลด้านอื่นๆประกอบกัน แต่ในรายที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่ลุกลามแล้ว มักพบต่อมน้ำเหลืองโตโดยเฉพาะที่ขาหนีบ การตรวจร่างกายที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การตรวจภายใน (Pelvic Exam) ในบางรายผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ตรวจภายใน อาจพบปากมดลูกมีลักษณะแดง เป็นรอย เรียกว่า Erosion
3. การตรวจวิธีอื่นๆ เป็นการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งบางวิธีเป็นทั้งวิธีวินิจฉัย และเป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรค หรือบางวิธีเป็นการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัย ได้แก่
 - Pap smear เป็นวิธีการตรวจที่เป็นทั้งวิธีที่สามารถวินิจฉัยโรคได้ และเป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรค Navratil (38) กล่าวว่าการใช้การตรวจ Pap smear เพียงวิธีเดียวมีความแม่นยำร้อยละ 87 แต่ถ้าตรวจร่วมกับวิธีอื่นๆให้ความแม่นยำเพิ่มมากขึ้น เช่น Colposcopy จะให้ความแม่นยำถึงร้อยละ 98.8
 - Schiller's Test เป็นการตรวจเมื่อการตรวจ Pap smear แล้วพบความผิดปกติเพื่อหาบริเวณที่ผิดปกติ
 - Colposcopy เป็นวิธีการที่ใช้ยืนยันตำแหน่ง และขอบเขตของความผิดปกติบริเวณปากมดลูก
 - Cervical conization เป็นวิธีการตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย เพื่อส่งตรวจพยาธิสภาพ

พยาธิสภาพ (Pathology)

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่มีการเกิดเป็นขั้นตอนต่างๆ โดยใช้เวลาในการเกิดโรค หรือ การเปลี่ยนแปลงจากเซลล์ปกติ เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ใช้เวลาทั้งสิ้น 10 ปี จึงทำให้มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่สามารถวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มได้ ประสิทธิ์ เฟิงส์ (39) ได้รวบรวมระยะต่างๆของการดำเนินโรคมะเร็งปากมดลูก ที่เชื่อว่าการติดเชื้อ HPV เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดโรค มีดังนี้

1. เซลล์ปากมดลูกปกติแล้วติดเชื้อ HPV (Human papiloma virus)

เชื่อกันว่า จุดเริ่มต้นของมะเร็งปากมดลูก เริ่มจากบริเวณรอยต่อระหว่างเซลล์เยื่อปากมดลูก 2 ชนิด คือ squamous และ columnar อยู่บริเวณทางเข้าปากมดลูก (Endocervical canal) ในระยะแรกเซลล์บริเวณนี้เป็นเซลล์ columnar เมื่อเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ถูกแทนที่ด้วยเซลล์ชนิด squamous กระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้ เรียกว่า Metaplasia ในระหว่างที่เกิดกระบวนการดังกล่าวแล้วมีการติดเชื้อ HPV โดยเฉพาะ type 16 และ 18 ประกอบกับมีปัจจัยสนับสนุนเช่น การสูบบุหรี่ , การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นรอยโรคที่มีลักษณะเฉพาะที่เรียกว่า Condyloma บางครั้งไม่สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่าได้ ต้องอาศัยเทคนิคในการวินิจฉัย

2. ระยะรอยโรคของการติดเชื้อ HPV เป็น Cervical intraepithelial neoplasia (CIN)

เมื่อมีรอยโรคเกิดขึ้นแล้ว แต่ไม่มีปัจจัยส่งเสริมไปกระตุ้นแล้ว ก็ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งปากมดลูก ในทางตรงข้ามถ้าได้รับปัจจัยกระตุ้น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นคือ รอยโรคจะกลายเป็นมะเร็งระยะไม่ลุกลาม (CIN) ปัจจัยที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ จำนวนคู่ว้มเพศ , อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก , การขาดสารอาหารบางชนิด หรือร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำลง Keviat , et al (40) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงของ Dyplasia ระยะต่างๆ พบว่า Mild Dyplasia ซึ่งเป็นระยะแรกของการติดเชื้อ HPV ร้อยละ 70 - 90 ของระยะ Mild and Modurate Dyplasia จะถอย ร่น เข้าสู่ภาวะปกติได้ ภายใน 2 ปี ระยะเวลาของการเปลี่ยนแปลงในขั้นตอนต่างๆ แสดงไว้ดังนี้

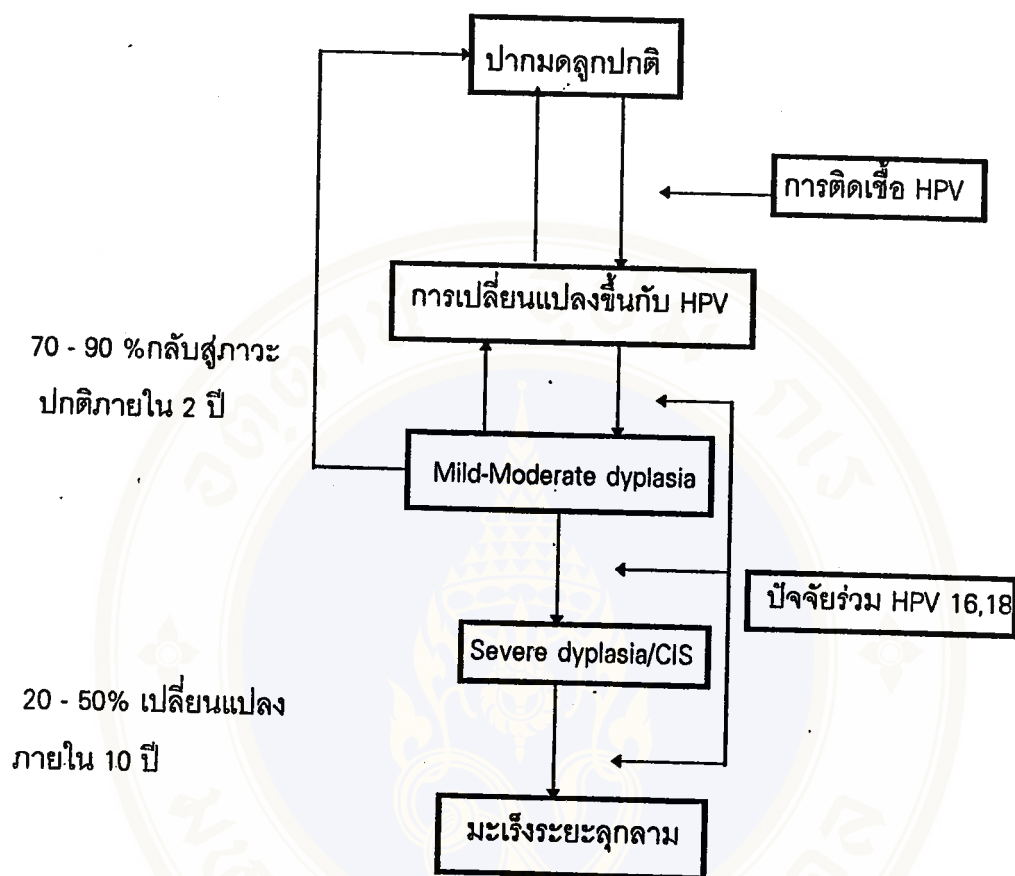
ตารางที่ 4 ระยะเวลาในขั้นตอนต่างๆของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

ระยะ	ปี
จากปกติเป็น mild-moderate dysplasia	1.62
จากปกติเป็น moderate-severe dysplasia	2.20
จากปกติเป็น CIS	4.51

จาก DiSia and Creasmen, 1993

การเปลี่ยนแปลงของระยะ CIS มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ ร้อยละ 20-50 ในระยะเวลา 5 - 10 ปี ส่วนระยะ CIN 3 หรือ CIS มีแนวโน้มคงที่หรือถอยร่นกลับสู่ระยะ CIN 1 หรือกลับสู่ภาวะปกติได้ ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกปกติไปสู่การเกิดมะเร็ง



ระยะของมะเร็งปากมดลูก

สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (41) ได้รายงานมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 ระยะใหญ่ๆดังนี้

1. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม (Cervical intraepithelial neoplasia:CIN) เป็น Spectrum of disease ก่อนการเกิดมะเร็งปากมดลูกลุกลาม แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1.1 CIN 1 (Mild Dysplasia) มีความผิดปกติเฉพาะใน Lower1/3 ของเซลล์เยื่อปากมดลูก(Squamous epithelial)

1.2 CIN 2 (Moderate Dysplasia) มีความผิดปกติเฉพาะใน Lower2/3 ของเซลล์เยื่อปากมดลูก

1.3 CIN 3 (Severe Dysplasia) มีความผิดปกติเกือบทั้งหมดของเซลล์เยื่อปากมดลูก แต่เซลล์ชั้นบนยังปกติ

Carcinoma in situ (CIS) มีความผิดปกติตลอดทุกชั้นของเซลล์เยื่อปากมดลูก แต่ยังไม่ทะลุลงมามากกว่า basement membrane ระยะเวลาการเปลี่ยนเป็น Carcinoma in situ เป็น Mild dysplasia ประมาณ 3 ปี เป็น Moderate dysplasia ประมาณ 2 ปี และเป็น Severe dysplasia ประมาณ 1 ปี

2. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma of the cervix) มีการแบ่งระยะทางคลินิก (Clinical staging) ตามหลักของสหพันธ์สูติ-นรีเวชระหว่างประเทศ (International Federation and Obstetrics of FIGO) ไว้ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นมะเร็งชนิดที่เกิดขึ้นเฉพาะบริเวณปากมดลูก แบ่งเป็น
 ระยะที่ 1A1 ลูกกลมกินลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อเล็กน้อย
 ระยะที่ 1A2 ลูกกลมมากขึ้นแต่กินลึกไม่เกิน 5 มม. จากฐานเยื่อและมีความกว้างไม่เกิน 7 มม.

ระยะที่ 1B ลูกกลมมีขนาดใหญ่กว่าระยะที่ 1.2

ระยะที่ 2 เป็นมะเร็งที่ลุกลามออกนอกปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกรานและมีการกระจายทางช่องคลอดไม่เกิน 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน แบ่งเป็น

ระยะที่ 2A ไม่มีการกระจายไปด้านข้าง

ระยะที่ 2B มีการกระจายไปด้านข้าง

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปยังผนังเชิงกรานตรวจพบได้ทางทวารหนัก และมีการกระจายทางช่องคลอด ไม่เกิน 1/3 ของช่องคลอดตอนล่าง แบ่งเป็น

ระยะที่ 3A การลุกลามยังไม่ถึงผนังเชิงกราน

ระยะที่ 3B การลุกลามถึงผนังเชิงกรานหรือมีไตวาย ไตบวมน้ำ

ระยะที่ 4 มะเร็งกระจายผ่านผนังเชิงกราน ไปยังเยื่อกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก แบ่งเป็น

ระยะที่ 4A การลุกลามไปถึงกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก

ระยะที่ 4B การลุกลามไปถึงอวัยวะอื่นๆที่อยู่ไกลออกไป

การรักษา (Treatment)

การรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรค แบ่งวิธีการรักษาได้เป็น 4 วิธีคือ

1. การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด (Surgical therapy)
2. การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radio therapy)
3. การรักษาด้วยสารเคมี (Chemical therapy)
4. การรักษาให้หลายวิธีร่วมกัน เช่นการผ่าตัดร่วมกับการรักษาด้วยสารเคมี

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ใช้วิธีการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) นำชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาว่าเป็นระยะใด แล้วติดตามผลอย่างใกล้ชิดในกรณีไม่ต้องการมีบุตร รักษาโดยผ่าตัดมดลูกและปากมดลูกออกหมด (Total hysterectomy)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม มีการรักษาดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้วิธีผ่าตัด Werthiem's operation ตัดมดลูก ปีกมดลูก 2ข้างช่องคลอด ส่วนบนไม่น้อยกว่า 3 ซม. เนื้อเยื่อใกล้เคียงมดลูก และต่อมน้ำเหลืองของอุ้งเชิงกรานออก

ระยะที่ 2 รักษาด้วยการใส่แร่เดียม ร่วมกับการฉายรังสีโคบอลท์

ระยะที่ 3 รักษาด้วยการฉายรังสี แล้วตามด้วยการใส่แร่เดียม

ระยะที่ 4 เป็นการรักษารักษาตามอาการเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด

ผลการรักษามะเร็งปากมดลูกได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ค้นพบ และการรักษาที่ถูกต้อง ครบถ้วนหรือไม่

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันโรคไม่ติดต่อเป็นงานที่มีความสำคัญ เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเป็นโรคที่เกิดจากการดำรงชีวิต (Life style) หรือมีพฤติกรรมเสี่ยง (Risk factor) ต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ประกอบกับโรคไม่ติดต่อ จะไม่ปรากฏอาการในระยะเวลาด้านต้น ทำให้ประชาชนไม่สนใจที่จะป้องกันมะเร็ง ปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อ และกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จัดให้มีกลวิธีต่างๆ เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง โดยมีหลักการดำเนินงานที่สอดคล้องกับหลักการขององค์การอนามัยโลก (42) คือ

1. การให้สุขศึกษา (Health Education) เป็นการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็ง เพื่อให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น การให้สุขศึกษาจัดว่าเป็นการป้องกันโรคขั้นปฐมภูมิ หรือ อยู่ในระยะที่ยังไม่เกิดโรคหรือมีพยาธิสภาพ

2. การตรวจคัดกรองโรค (Screening) เป็นวิธีการที่ใช้ตรวจเมื่อมีพยาธิสภาพหรือ โรคเกิดขึ้นแล้ว แต่เป็นระยะที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก สามารถรักษาให้หายหรือทุเลาได้ นิยมใช้กับโรคที่มีระยะเวลาการเกิดโรคนานๆ เช่น มะเร็ง

จากหลักการกว้างๆที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ การให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก ยังไม่สัมฤทธิ์ผล เนื่องจากการสรุปสาเหตุในการเกิดโรคยังไม่แน่นอน แต่ปัจจุบันมีการสรุปผลสาเหตุที่แน่นอนแล้ว ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า ในอดีตการให้สุขศึกษาเพื่อป้องกันโรคไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้อัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ลดลง ในขณะที่เดียวกันมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีระยะเวลาการเกิดโรค เริ่มตั้งแต่เซลล์ผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามใช้เวลานานถึง 10 ปีทำให้มีเวลานานพอที่จะตรวจ คัดกรองโรคได้ ในต่างประเทศมีการรณรงค์การตรวจคัดกรองโรค พบว่า การตรวจคัดกรองโรค สามารถทำให้อัตราป่วยและอัตราตายด้วยมะเร็งปากมดลูกลดลง

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นวิธีที่ได้ผลดี มีวัตถุประสงค์ในการตรวจคัดกรอง 2 ประการ คือ

1. ลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก

Burn , et al (43) ศึกษาผลของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่เมือง Toledo ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อมีการตรวจคัดกรองเพียงครั้งเดียว พบว่าอัตราการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกลดลง แต่ไม่สามารถสรุปผลว่าเกิดจากการตรวจคัดกรองโรค ต่อมา Kim, et al (44) สรุปผลการตรวจคัดกรองโรคอีกครั้ง โดยนำอัตราการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกก่อนมีการตรวจคัดกรอง 3 ปีมาเปรียบเทียบกับอัตราการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกภายหลังมีการคัดกรองโรคแล้ว 3 ปี พบว่า อัตราอุบัติการณ์ลดลงและลดลงมากในกลุ่มอายุ 50 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ludin , et al (45) กับ Christopherson , et al (46) ที่เปรียบเทียบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในเมืองต่างๆของสหรัฐอเมริกา ได้ผลการศึกษาเช่นกันคือ อัตราอุบัติการณ์ลดลง นอกจากนี้ Dickinson , et al (47) ยังพบว่า ช่วงแรกอัตราอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้น ต่อมาอุบัติการณ์จึงจะลดลง

ในกลุ่มประเทศสะแกนดิเนเวีย ได้แก่ ประเทศฟินแลนด์ , ประเทศไอซ์แลนด์ , ประเทศเดนมาร์ก ประเทศสวีเดน และประเทศนอร์เวย์ ได้จัดโปรแกรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Hakama (48) พบว่าอัตราอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกลดลง ภายหลังการดำเนินการจัดโปรแกรมตรวจคัดกรองโรค แต่ละประเทศมีโปรแกรมและวิธีการดำเนินการแตกต่างกัน บางประเทศสามารถตรวจคัดกรองโรคได้ครอบคลุม 100% สามารถลดอัตราอุบัติการณ์ได้สูง เช่น ประเทศฟินแลนด์ แต่บางประเทศมีความครอบคลุมน้อย เช่น ประเทศนอร์เวย์ มีอัตราความครอบคลุมเพียง 5%จึงพบอัตราอุบัติการณ์ลดลงไม่มาก (49)

ประเทศสกอตแลนด์ เป็นประเทศหนึ่งที่มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกระดับชาติ MacGregor , et al (50) ได้ติดตามผลการตรวจคัดกรองโรคในปีต่างๆ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกอย่างหยาบ (Crude incidence rate) ในผู้หญิงอายุ 25 ปีขึ้นไป ปี คศ.1959 - 1961 มีอัตราอุบัติการณ์ 35.5 ต่อ 100,000 คน ต่อมาในปี คศ.1979 - 1981 อัตราอุบัติการณ์ลดลงเหลือเพียง 9.2 ต่อ 100,000 คน ในขณะที่เดียวกันการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเพิ่มมากขึ้น

ความแม่นยำ 93% ขณะที่เนฟราติล พบว่าการตรวจ Pap smear เพียงอย่างเดียวให้ความแม่นยำ 87% และจะมีความแม่นยำมากขึ้นเมื่อมีการตรวจร่วมกับวิธีอื่น เช่น การตรวจโคลโปสโคปให้ความแม่นยำเพิ่มขึ้นเป็น 98.8%

การตรวจคัดกรองโรคด้วยวิธี Pap smear เป็นวิธีที่นิยมใช้มากวิธีหนึ่ง ประเทศไทยได้ใช้วิธีการตรวจ Pap smear เป็นวิธีการตรวจคัดกรองโรค เนื่องจากเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยาก สะดวกสบาย ผู้ป่วย ไม่เจ็บปวดมาก ใช้เวลาในการตรวจไม่นานและสามารถให้บริการในระดับชุมชนได้ เช่น สถานีอนามัยทุกแห่ง เป็นแหล่งบริการที่สามารถเก็บเซลล์ได้แล้วนำส่งตรวจต่อไป หรือ ในโรงพยาบาลชุมชนสามารถตรวจเซลล์วิทยาได้เอง ทำให้ผู้ใช้บริการสะดวก และทราบผลการตรวจเร็วขึ้น และไม่เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ในกรณีที่มีความผิดปกติเกินความสามารถที่โรงพยาบาลหรือสถานบริการ จะให้การรักษาพยาบาลได้ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถในระดับสูงต่อไป

2. โคลโปสโคป (Colposcope) เป็นวิธีที่สามารถตรวจคัดกรองโรคได้ดีกว่าการตรวจ Pap smear เพราะว่าการตรวจด้วยวิธีโคลโปสโคปให้ความแม่นยำในการตรวจมากกว่า แต่เนื่องจากเป็น วิธีที่ต้องใช้อุปกรณ์ราคาแพง และ ต้องใช้ผู้ชำนาญเกี่ยวกับเครื่องมือโดยเฉพาะ ในประเทศไทยจึงใช้วิธีตรวจโคลโปสโคป เป็นการตรวจเพื่อยืนยันการวินิจฉัยมากกว่า

3. การตรวจหา HPV DNA เป็นการตรวจหา HPV DNA ที่นำมาใช้ในการคัดกรองโรคแต่เป็นวิธีที่มีความยุ่งยากและไม่เหมาะสม คือผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกบางรายไม่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ HPV ถ้าใช้วิธีนี้ในการตรวจคัดกรองอาจทำให้ ผู้ป่วยบางคนพลาดการตรวจพบว่าเป็นโรคได้

4. การลดระยะของมะเร็งปากมดลูก(Downstaging) WHO (54) ได้สรุปวิธีการตรวจคัดกรองโรคที่กำลังทดลองใช้ในประเทศอินเดีย เนื่องจากประเทศอินเดียขาดบุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์ จึงใช้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ มารับการอบรมให้รู้จักลักษณะแผลปากมดลูก (Cervical Erosion) วิธีการตรวจแบบนี้คือ ใช้เครื่องมือตรวจช่องคลอด (Speculum) ตรวจช่องคลอดแล้วตรวจดูด้วยตาเปล่า แต่วิธีการนี้ยังไม่มีการสรุปผล จึงไม่ควรนำมาใช้

ในประเทศไทยใช้วิธีการตรวจคัดกรองโรคคือการตรวจเซลล์วิทยา Pap smear การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจะได้ผลดี เมื่อมีการกำหนดนโยบายระดับชาติ และสามารถดำเนินการตรวจคัดกรองโรค ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากที่สุด การตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมประชากรมากที่สุด ต้องคำนึงถึงรายจ่ายและเทคนิคการตรวจให้รอบคอบ โดยที่สิ่งที่จะต้องคำนึงถึงมีดังนี้

1. ความถี่ของการตรวจคัดกรองโรค

IARC (54) ได้สรุปการตรวจคัดกรองโรคด้วยวิธี Pap smear โดยคำนึงถึงทรัพยากรแลผู้ที่เข้ารับการตรวจ คือผู้หญิงที่มีผลการตรวจคัดกรองเป็นลบ ในระยะเวลา 5 ปี มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกต่ำ และถ้าผลการตรวจคัดกรองโรคเป็นลบ 2 ครั้ง การตรวจคัดกรองโรคทุกปีหรือตรวจทุก 5 ปีให้ผลไม่แตกต่างกัน และการตรวจคัดกรองโรคจะได้ผลหรือไม่ขึ้นอยู่กับความครอบคลุมประชากร ดังนี้

ตารางที่ 5 การลดอุบัติการณ์การสะสมของมะเร็งปากมดลูกในช่วงอายุ 35 - 64 ปีในความถี่ต่างๆ

ความถี่	การลดอุบัติการณ์การสะสม (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่ตรวจ
1 ปี	93	30
2 ปี	93	15
3 ปี	91	10
5 ปี	84	6
10 ปี	64	3

WHO,1986

ตารางที่ 6 การลดอุบัติเหตุการสะสมในช่วงอายุ 35 - 64 ปี ในสัดส่วนการครอบคลุมประชากรและความถี่ต่างๆ

ความถี่	%การครอบคลุม	การลดอุบัติเหตุการสะสม (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่ตรวจ
1 ปี	20	19	6
2 ปี	30	28	4.5
3 ปี	40	37	4
5 ปี	50	42	3
10 ปี	80	51	2.4

WHO, 1986

จึงพอสรุปได้ว่า การตรวจคัดกรองโรค Pap smear ควรตรวจทุก 3 ปีเมื่อตรวจแล้วให้ผลลบ 2 ครั้ง และพยายามตรวจให้ครอบคลุมประชากรให้มากที่สุด

2. อายุในการเริ่มตรวจคัดกรอง

อายุในการเริ่มตรวจคัดกรองเป็นข้อที่ควรคำนึงถึง เพราะเป็นการใช้ทรัพยากร เหมาะสมและเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยเองในแง่ของการไม่ต้องรับการตรวจบ่อยขึ้น ในการศึกษาข้อมูลของเมืองคาลิ ประเทศโคลัมเบีย ถ้ามีการตรวจคัดกรองครอบคลุมประชากรทั้งหมดได้ ผลการตรวจคัดกรองโรคเมื่อเริ่มตรวจคัดกรองที่อายุต่างๆ มีดังนี้

ตารางที่ 7 การลดอุบัติเหตุการสะสมของมะเร็งปากมดลูกเมื่อเริ่มตรวจที่อายุต่างกัน

อายุเมื่อเริ่มตรวจ	ความถี่ของการตรวจ	การลดอุบัติเหตุการสะสม (ร้อยละ)	จำนวนครั้งที่ตรวจ
20 ปี	5 ปี	84	9
25 ปี	5 ปี	84	8
35 ปี	5 ปี	77	6
30 - 39 ปี	2 ปี	52	10

ปัจจุบัน สถาบันมะเร็งปากมดลูก ได้ มีนโยบายที่จะให้หญิงไทย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทุก 3 ปี เมื่อตรวจแล้วผลการตรวจเป็นผลลบ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจ Pap smear และผลงานที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยต้องการทราบปัจจัยที่มีอิทธิพลที่ทำให้ผู้หญิงไม่ไปรับการตรวจ Pap smear มีรายงานและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่พยายามอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้นได้อย่างไร อาจสรุปแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมได้ 3 แนว (55) คือ คือ

แนวคิดที่ 1 ปัจจัยภายในบุคคล (Intra Individual Causal Assumption) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ เป็นต้น

แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมหรือปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม เกิดจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น โครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ ปัจจัยด้านประชากร ลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น

แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Individual Causal Assumption) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่า พฤติกรรมนั้นเกิดจากปัจจัยภายนอกและภายในบุคคล ซึ่งอาศัยทฤษฎีทางจิตวิทยา สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ หรืออื่นๆ มาประยุกต์เพื่อหาสาเหตุของพฤติกรรมนั้นๆ

จากแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมเกิดจากหลายๆปัจจัย ได้มีการรวบรวมและสรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
4. โครงสร้างทางสังคม
5. ความรู้
6. ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ นำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

1. ความรู้ (Knowledge) เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ความรู้ เป็นความสามารถในการใช้ข้อเท็จจริงหรือเนื้อหาความรู้ ความคิด การหยั่งรู้ การเห็น หรือความสามารถที่เชื่อมโยงความคิดเข้ากับเหตุการณ์ และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา Bloom แบ่งออกเป็น 6 ระดับ (56) ดังนี้

1.1 ระดับระลึกได้ (Recall) หมายถึง การเรียนรู้ ในลักษณะที่จำเรื่องเฉพาะวิธี การปฏิบัติ กระบวนการ และแบบแผนได้ ความสำเร็จของระดับนี้ คือ ความสามารถในการนำข้อมูลจากความจำออกมา

1.2 ระดับที่รวบรวมสาระสำคัญได้ (Comprehension) หมายถึง บุคคลสามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้มากกว่าการจำเนื้อหาที่ได้รับ สามารถที่จะเขียนข้อความเหล่านั้นด้วยถ้อยคำของตนเอง แสดงให้เห็นด้วยภาพ ให้ความหมาย แปลความและเปรียบเทียบความคิดเห็น หรือคาดคะเนผลที่เกิดขึ้นได้

1.3 ระดับการนำไปใช้ (Application) เป็นระดับที่บุคคลสามารถนำเอาข้อเท็จจริงตลอดจนความคิดที่เป็นนามธรรม ปฏิบัติได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม

1.4 ระดับการวิเคราะห์ (Analysis) เป็นระดับที่สามารถใช้ความคิดในรูปของการนำแนวความคิดมาแยกเป็นส่วน ประเภท หรือนำเอาข้อมูลต่างๆมาประกอบกันเพื่อปฏิบัติตน

1.5 ระดับการสังเคราะห์ (Synthesis) คือการนำเอาข้อมูลและแนวคิดต่างๆ มาประกอบกันแล้วนำไปสู่การสร้างสรรค์ (creating) ซึ่งเป็นสิ่งใหม่

1.6 ระดับของการประเมินผล (Evaluation) คือความสามารถในการใช้ความรู้ เพื่อจัดตั้งเกณฑ์การรวบรวมข้อมูล การวัดข้อมูลตามมาตรฐาน เพื่อให้ข้อตัดสินใจถึงระดับประสิทธิผลของกิจกรรมแต่ละอย่าง

ดังนั้น ความรู้ หมายถึง ข้อเท็จจริงที่ได้จากประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้า การได้รับข้อมูลข่าวสาร การพูดคุยกับบุคคลอื่นๆ แล้วถูกสะสมไว้ตามขอบเขตของปัญญาแต่ละบุคคล แต่ความรู้ที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติต้องมีความรู้ถึงระดับการนำไปใช้

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกเป็นความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค สาเหตุ โอกาสในการเกิดโรค การรักษา วิธีการป้องกัน รวมทั้งผลประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีอิทธิพลที่กำหนดให้ผู้หญิงไปรับการตรวจ Pap smear จากการศึกษาของฐิติพร อิงคถาวรพงศ์ (57) ที่ศึกษาความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกกับการมารับการตรวจ Pap smear ที่โรงพยาบาลรามธิบดี พบว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงไม่ไปตรวจ Pap smear คือผู้หญิงขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและผลประโยชน์ของการตรวจ Pap smear และการศึกษาของพิสิฐ พันธุมจินดา (2) พบว่าผู้หญิงขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จึงทำให้ไม่ไปตรวจ Pap smear

Kegeles , et al (58) ศึกษาผู้หญิงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วมีการรับรู้ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแล้ว ทำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก มากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีการรับรู้ถึงโอกาสการเกิดโรค คล้องกับการศึกษาของ Hallol (59) ศึกษาการตรวจมะเร็งเต้านม พบว่า ผู้หญิงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แล้ว มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงนั้นๆ ทำให้ผู้หญิงนั้นตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอ

ดังนั้น ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการตรวจ Pap smear รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นองค์ประกอบของการเกิดความรู้ด้วย

2. เจตคติ (Attitude) เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ Pap smear เจตคติ คือ ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล, สิ่งของ, การกระทำ, สถานการณ์และอื่นๆ (60) เจตคติมีองค์ประกอบ 3 ข้อ คือ

2.1 ความรู้ (Cognitive) หมายถึง การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งเร้าต่างๆ โดยที่บุคคลนั้น สรุปด้วยตนเอง

2.2 ความรู้สึก (Affective component) เป็นส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งอาจเป็นตัวที่เร้าความคิดอีกที ให้เป็นในทางบวกหรือทางลบ

2.3 ด้านการปฏิบัติ (Behavior component) เป็นองค์ประกอบที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งเร้าที่เหมาะสม จะเกิดการปฏิบัติหรือมีปฏิกิริยาอย่างใดอย่างหนึ่ง

เจตคติ หมายถึง กระบวนการความคิด การตอบสนองด้านความรู้สึก ความเชื่อที่มีต่อสิ่งเร้า หรือการกระทำต่างๆ และพร้อมที่จะแสดงออกในทางสนับสนุนหรือคัดค้าน เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก , การตรวจ Pap smear ซึ่งเจตคติที่มีอาจเป็นทางบวก หรือด้านลบก็ได้ Becker and Maiman (61) ได้กล่าวว่า บุคคลจะเกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพ ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ ก็จะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้สิ่งเร้าที่มีผลต่อการกระตุ้น พฤติกรรม ก็มีผลในการช่วยให้มีเจตคติที่ดีได้ สิ่งเร้าเหล่านั้นอาจเกิดขึ้นในตัวบุคคลหรือนอกตัวบุคคลก็ได้

Dignan , et al (62) ศึกษาผู้หญิงผิวดำที่อาศัย ในเมือง Foryth Country and North Carolina พบว่า ผู้หญิงส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แต่มีจำนวนน้อยที่ไปรับการตรวจ Pap smear และมีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในเชิงลบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sharp , et al (63) ที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ Pap smear พบว่า ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจ Pap smear ในเชิงลบ และมีผู้หญิงที่ไปตรวจ Pap smear เพียงร้อยละ 27

Kegeles , et al (58) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม โดยให้วิธีสัมภาษณ์ผู้หญิงจำนวน 863 คน พบว่า ผู้หญิงที่มีความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจค้นมะเร็ง

ปากมดลูกระยะแรกเริ่ม มีประโยชน์ในการปฏิบัติ ทำให้ไปรับการตรวจ Pap smear มากกว่าผู้หญิงที่ไม่มีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับ

พวงน้อย สาครรัตนกุล (64) ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มของหญิงที่สมรสแล้ว ที่อ.บางปะอิน จ. พระนครศรีอยุธยา จำนวน 390 คน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการตรวจ Pap smear เป็นไปในเชิงลบ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจ Pap smear กับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการตรวจ Pap smear

ดังนั้นเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจ Pap smear เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพด้วยเช่นกัน

3. ปัจจัยด้านประชากรและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างมาก ปัจจัยที่สำคัญที่สำคัญพอสรุปได้ดังนี้

3.1 อายุ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพราะ อายุที่เปลี่ยนแปลงไปมีผล ทำให้บุคคล มีความพร้อมในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่แตกต่างกัน แต่ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพกับอายุ ยังไม่ชัดเจน Blackwell (65) พบว่า อายุของผู้ป่วยมีส่วนเกี่ยวข้อง กับการให้ความร่วมมือและความผิดพลาดในการรับประทานยา , Kegeles, et al (58) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรกกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ของการศึกษา มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูง ในขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆ ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้ว จะทำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากด้วยเช่นกัน และการศึกษาของมัลลิกา ตั้งเจริญ (66) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และปัจจัยบางประการ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ และอายุเป็นปัจจัยที่อธิบายความแปรปรวนความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเอดส์ได้ดีที่สุด แต่จากการศึกษาของ วิจิตร อิงคदारพงศ์ (56) ศึกษาความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่ไปขอรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ที่โรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า อายุที่ต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ วนิดา เสนะ



วงศ์ (67) ศึกษาโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของคนงานผู้หญิงในจังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาหลายๆรายงาน ยังไม่สามารถสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยหรือไม่

3.2 ระดับการศึกษา Kegeles, et al. (58) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกกับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาที่ดี มีความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและผลประโยชน์ที่จะได้รับมากกว่ากลุ่มอื่นๆ ทำให้กลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก มากกว่ากลุ่มอื่นๆ จูตีพร อิงคदारพงศ์ (56) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีผลต่อความเชื่อและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยที่กลุ่มที่มีการศึกษาน้อย มีความเชื่อและความรู้น้อยกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอุสมพร ปุรินทรภิบาล (68) สรุปผลการศึกษาระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะแรก สุภัญญา ณรงค์วิทย์ (69) สรุปผลการศึกษาระดับการศึกษาไม่มีผลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันกามโรคของผู้หญิงอาชีพพิเศษ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา เสนะวงษ์ (67) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูก

ดังนั้นระดับการศึกษา จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย

4.3 ระดับรายได้ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ Kegeles (58) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่มกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร พบว่า กลุ่มที่มีระดับรายได้สูง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มที่มีระดับรายได้ต่ำกว่า สมทรง ศุภศิลป์ (70) สรุปผลการศึกษาระดับรายได้ของมารดา มีอิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมอุจจาระร่วงของบุตร โดยที่มารดาที่มีระดับรายได้สูง จะมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุจจาระร่วงให้กับบุตร มากกว่ามารดาที่มีระดับรายได้ต่ำ และ สุรี โอภาสศิริ

วิทย์ (71) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงมีครรภ์ จำนวน 252 คน พบว่า รายได้ครอบครัวต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองในทิศทางบวก

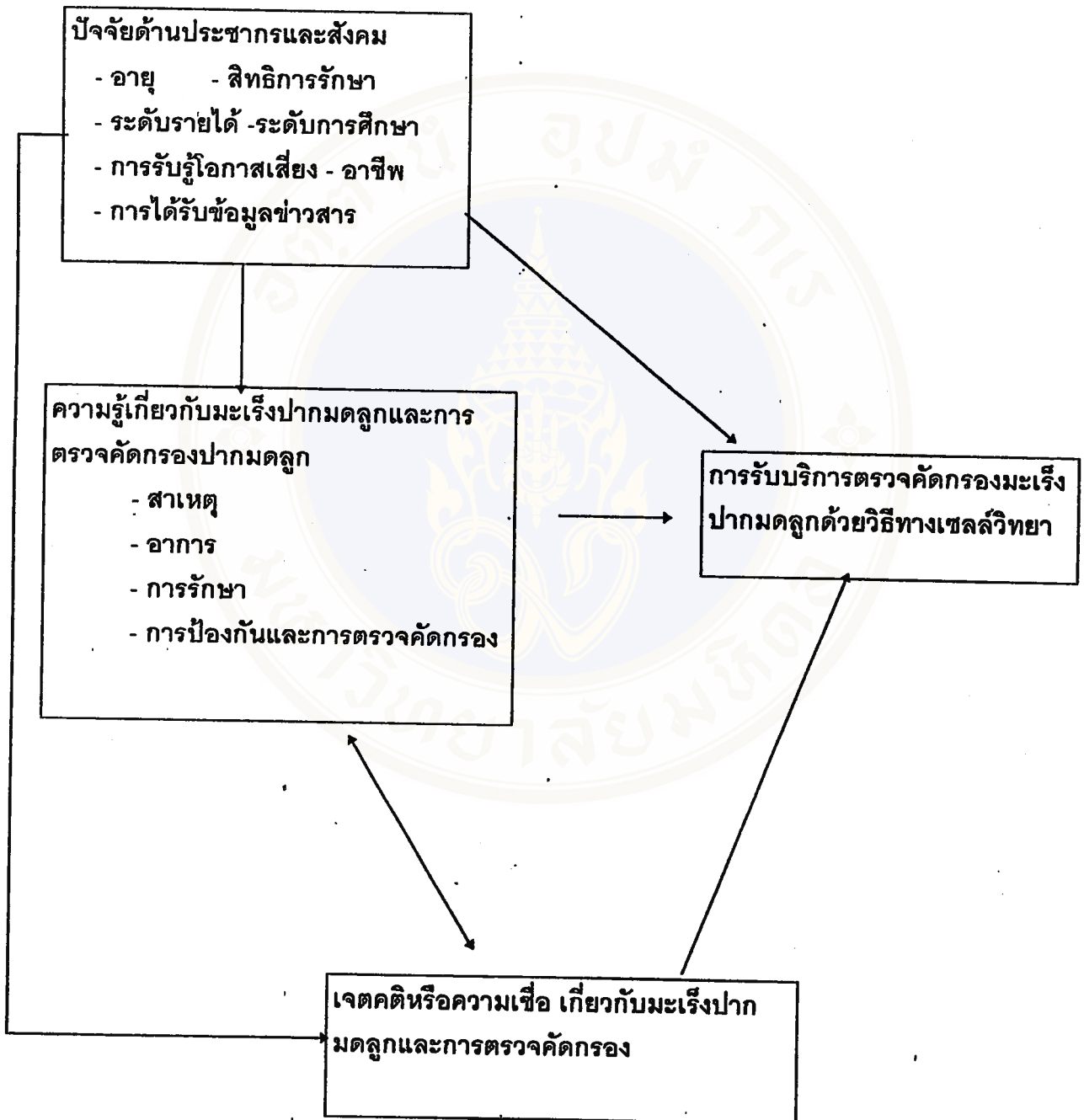
4.4 การได้รับข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เป็นสิ่งสำคัญในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เป็นการโน้มน้าวให้เกิดการปฏิบัติ แต่การให้ข้อมูลข่าวสาร ต้องเป็นการให้เหมาะสมทั้งผู้ให้และผู้รับ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การใช้ข้อความ การใช้สื่อมวลชน การแนะนำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น พนมศรี เสาร์สาร (72) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ในผู้หญิงอาชีพพิเศษ พบว่าระดับข้อมูลข่าวสารและโอกาสที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยอื่นๆด้านประชากรและสังคม เช่น อาชีพ เป็นปัจจัยที่สอบถามแล้ว ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับรายได้และเศรษฐกิจ

ปัจจัยต่างๆที่กล่าวมา มีอิทธิพลต่อการกำหนดการตรวจ Pap smear ทั้งสิ้น ซึ่งการตรวจ Pap smear เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติ โดยที่การปฏิบัติ (Practise) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ สนใจ ไตร่ตรอง ทดลองปฏิบัติ และปฏิบัติอย่างสมบูรณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมแล้ว จึงได้นำมารวบรวม เสนอเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Research) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก

สถานที่ทำการศึกษา

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรเป้าหมาย (Target Population)

ผู้หญิงอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีคุณลักษณะดังนี้

1. เป็นผู้หญิงที่มีอายุ 35 - 55 ปี นับอายุปีเต็มถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม
2. เป็นหญิงที่อาศัยในเขต อ.เมือง จ.อุบลราชธานี นานเกินกว่า 30 วัน
3. เป็นหญิงที่ไม่ได้รับการผ่าตัดเพื่อตัดมดลูกออก (Total Hysterectomy)

ตัวอย่าง (Sample)

ตัวอย่างที่นำมาศึกษามี 2 กลุ่ม คือกลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และกลุ่มไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก การเลือกตัวอย่าง ใช้วิธีการดังต่อไปนี้

1.กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- ค้นหาจากประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มารับบริการที่สถานบริการ คือโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี และสถานีอนามัย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

- พบเมื่อออกเก็บข้อมูลแล้ว สามารถค้นหาบัตรตรวจโรคผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี และสถานีอนามัย จังหวัดอุบลราชธานี

2.กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้หญิงที่อาศัยบริเวณใกล้เคียงกับกลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยอาศัยไม่เกิน 10 หลังคาเรือน

ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative study) ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ประชากร 2 กลุ่ม สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง คือ

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / 2)}{d^2}$$

เมื่อ n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ_1^2 = ความแปรปรวนของประชากรที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก แทนค่าด้วยความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง

σ_2^2 = ความแปรปรวนของประชากรที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก แทนค่าด้วยความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่าง

d = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า

Z = ค่าสถิติมาตรฐานใต้โค้งปกติ

การศึกษาครั้งนี้ กำหนดให้

มีอำนาจการทดสอบ α 95 % ($Z_{\alpha} 0.05 = 1.645$)

มีอำนาจการทดสอบ β 95 % ($Z_{\beta} 0.05 = 1.645$)

d มีค่าคะแนนความรู้ทั้ง 2 กลุ่มต่างกัน 0.5 คะแนน

ดังนั้น ต้องเก็บตัวอย่างกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 61 คน และกลุ่มไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 122 คน แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก 72 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก 144 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง

เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยที่เลือกกลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกจากทะเบียนผู้ป่วย ออกไปสัมภาษณ์ ที่อยู่อาศัยของตัวอย่าง แล้วค้นหาเพื่อนบ้านที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดไว้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจ หากว่าพบเพื่อนบ้านที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสามารถยืนยันการตรวจจากบัตรแจ้งผลการตรวจหรือ จากบัตรผู้ป่วย (OPD Card) ให้ถือว่าเป็นกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือที่ใช้ในการวัด

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ (Interview form) ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้น โดยการค้นคว้าจากตำรา ทฤษฎี แนวคิดและกรอบแนวคิด แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการได้รับข่าวสาร
- ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง
- ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

หลังจากสร้างเครื่องมือแล้ว นำไปทดสอบความเที่ยงและความตรง ดังนี้

1. ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจแบบสัมภาษณ์ให้ตรงกับแนวคิดการวิจัย แล้วนำมาปรับปรุงข้อคำถาม

2. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) ที่อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี ใช้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน นำมาวิเคราะห์ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการวิเคราะห์แบบสัมพัทธ์ ส่วนที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยการใช้วิธีของ Split half method ได้ค่า ความเชื่อมั่น 0.82 ส่วนแบบสัมพัทธ์ที่เป็นเจตคติ วิเคราะห์ด้วยการใช้วิธีการหาความเชื่อมั่นของ Cronbach Coefficient method ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.72

2.2 การวิเคราะห์ความยากง่าย (Difficulty) โดยการตรวจสอบความยากง่ายเป็นรายข้อ ใช้สัดส่วนระหว่างจำนวนผู้ที่ตอบถูกในแต่ละข้อ ต่อจำนวนผู้ตอบแบบสัมพัทธ์ทั้งหมด เกณฑ์ความยากง่ายของข้อสอบ อยู่ระหว่าง 0.2 - 0.8 ซึ่งจากทดสอบส่วนความรู้ มีความยากง่าย 0.3 - 0.7

2.3 การวิเคราะห์อำนาจการจำแนก (Discrimination Power) ใช้การวิเคราะห์แบบ Point biserial correlation ได้ค่าความยากง่ายอยู่ในระหว่าง 0.27 - 0.69

ตัวแปรและเกณฑ์วัด

ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง แบบวัดมีทั้งสิ้น 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ข้อความที่ถูกต้อง (Positive Statement) ตอบ ถูก ให้ 1
- ข้อความที่ผิด (Negative Statement) ตอบ ผิด ให้ 0
- ข้อความที่ถูกต้อง (Positive Statement) ตอบ ผิด ให้ 0
- ข้อความที่ผิด (Negative Statement) ตอบ ถูก ให้ 1

ข้อความที่ให้ Positive Statement คือข้อ 1,2,3,4,5,6,7,8,9

ข้อความที่ให้ Negative Statement คือข้อ 10

แบบวัดเป็นแบบวัดมาตรา (Interval scale) จัดคะแนนออกเป็น 2 ระดับคือ

- คะแนนมากกว่า 80% ถือว่ามีความรู้สูง
- คะแนนน้อยกว่า 80% ถือว่ามีความรู้ต่ำ

การให้คะแนนเป็นการให้คะแนนร้อยละของคะแนนเต็ม แล้วเปลี่ยนเป็นระดับคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด การตัดสินคะแนนแบบนี้ขึ้นอยู่กับความยากง่ายของแบบทดสอบ ควรให้ความยากง่ายระหว่าง 0.2 - 0.9

2. เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองโรค แบบวัดมีทั้งสิ้น 10 ข้อ ระดับของเจตคติมี 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ระดับ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ข้อความเชิงบวก	5	4	3	2	1
ข้อความเชิงลบ	1	2	3	4	5

ข้อความเชิงบวก คือข้อ 1,5,7,8,9,10

ข้อความเชิงลบ คือข้อ 2,3,4,6

แบบวัดเป็นการวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Ordinary scale) แบ่งออกเป็น

- ช่วงคะแนนที่มีค่ามากกว่า 80% มีระดับเจตคติดี
- ช่วงคะแนนที่มีค่าน้อยกว่า 80% มีระดับเจตคติที่ต้องปรับปรุง

3. อายุ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- กลุ่มอายุ น้อยกว่า 40 ปี โดยนับอายุปีเต็มถึงวันที่สัมภาษณ์
- กลุ่มอายุ 40 - 49 ปี โดยนับอายุปีเต็มถึงวันที่สัมภาษณ์
- กลุ่มอายุมากกว่า 49 ปี โดยนับอายุปีเต็มถึงวันที่สัมภาษณ์

4. ระดับรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการวัดรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือนต่อครัวเรือน มีหน่วยเป็นบาทต่อเดือน มีเกณฑ์การวัด คือ

- ระดับรายได้ เท่ากับหรือมากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน โดยยึดค่ามัธยฐานของรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

- ระดับรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน

5. ระดับการศึกษา ใช้เกณฑ์การวัด คือ การศึกษาภาคบังคับ แบ่งออกเป็น 2 ระดับคือ

- จบการศึกษาภาคบังคับ คือชั้นประถมศึกษา

- ได้รับการศึกษามากกว่าการศึกษาภาคบังคับ คือ มากกว่าชั้นประถม

6. อาชีพ ใช้เกณฑ์การวัด คือ การมีรายได้ต่อเดือน มีความมั่นคงแตกต่างกัน คือ

- เกษตรกร,แม่บ้าน เป็นผู้มีรายได้ไม่สม่ำเสมอหรือไม่สามารถประเมินเป็นค่าเงินได้แน่นอน หรือมีรายได้เฉพาะฤดูกาล

- ค้าขาย,รับจ้าง เป็นผู้มีรายได้แน่นอน แต่ไม่สม่ำเสมอ สามารถประเมินค่าเป็นค่าเงินเฉลี่ยได้

- รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ เป็นผู้มีรายได้ต่อเดือนแน่นอน สม่ำเสมอ คือรับเป็นรายเดือน หรือราย 2 สัปดาห์ สามารถประเมินค่าเป็นค่าเงินเฉลี่ยได้

7. สิทธิการรักษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาใดๆ

- กลุ่มที่มีสิทธิการรักษา เช่น สิทธิข้าราชการ ,สิทธิบัตรสุขภาพ ,สิทธิบัตรประกันสังคม ,สิทธิการเบิกจ่ายจากต้นสังกัดของพนักงานรัฐวิสาหกิจ ,สิทธิการรักษาสวัสดิการสังคม ,สิทธิบัตรอาสาสมัครสาธารณสุข

8. การได้รับข้อมูลข่าวสาร แบ่งออกเป็น กลุ่มตามสื่อที่ได้รับข่าวสาร คือ

- วิทยุ โทรทัศน์

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- เพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง

- เอกสาร ,วารสาร ,หนังสือพิมพ์

9. การรับรู้โอกาสการเกิดโรค หรือภาวะคุกคามของโรค แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด
- กลุ่มที่ไม่มีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เชื่อว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่

1. การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนับระยะเวลาตั้งแต่วันที่สัมภาษณ์ ไม่เกิน 3 ปี
- กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาเป็นผู้เก็บข้อมูลเองทั้งหมด ในแต่ละวันที่เก็บแบบสัมภาษณ์มาแล้วนำมาตรวจความเรียบร้อย ให้คะแนนและลงรหัสในเครื่องคอมพิวเตอร์ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้อง สร้างตารางวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานการศึกษา เพื่อเผยแพร่

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการใช้การแจกแจงความถี่ และคำนวณหาร้อยละ จำแนกตามอายุ , ระดับการศึกษา , ระดับรายได้ , สิทธิการรักษา , การได้รับข้อมูลข่าวสาร , การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก , ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก , เจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistics) โดยการวิเคราะห์ตั้งแต่การแจกแจงเป็นแบบรูปปกติ ,เปรียบเทียบความสัมพันธ์ ,ระดับความสัมพันธ์ โดยใช้ Chi - square test (X - test) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากรและสังคม ,ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ,เจตคติเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับตัวแปรตาม คือ การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การเตรียมข้อมูล (Data Entry) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Dbase 3 plus
2. การวิเคราะห์ข้อมูล (Analysis of Data) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS PC (Statistical Package of the social science)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Study) เพื่อศึกษาหาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่สมรสแล้ว อ.เมือง จ.อุบลราชธานี ผลการศึกษา มีส่วนที่สำคัญที่นำมาวิเคราะห์จากกรอบแนวคิดดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่ศึกษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	เคยตรวจ (72)	ไม่เคยตรวจ (144)	P- value
อายุ			
- ต่ำกว่า 40 ปี	45.8	34.9	0.2631
- 40 - 49 ปี	38.9	44.6	
- 50 ปีขึ้นไป	15.3	20.5	
ระดับรายได้			
ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย	30.6	54.2	0.0017
เท่ากับหรือมากกว่ารายได้เฉลี่ย	69.4	45.8	
ระดับการศึกษา			
ศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ	70.8	77.1	0.3173
ศึกษามากกว่าเกณฑ์ภาคบังคับ	29.2	22.9	

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P - value
	เคยตรวจ (72)	ไม่เคยตรวจ (144)	
สิทธิการรักษา			
มีสิทธิการรักษา	76.4	66.0	0.1172
ไม่มีสิทธิการรักษา	23.6	34.0	
อาชีพ			
เกษตรกร ,แม่บ้าน	44.4	53.5	0.2981
ค้าขาย ,รับจ้าง	38.9	35.4	
รับราชการ ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ	16.7	11.	
การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	98.6	83.3	0.0009
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	1.4	16.7	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	25.0	18.1	0.2322
ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	75.0	81.9	
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก			
ความรู้ดี	54.2	29.9	0.0052
ความรู้ที่ควรปรับปรุง	45.8	70.1	
เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก			
เจตคติดี	29.2	10.4	0.0004
เจตคติที่ควรปรับปรุง	70.8	89.6	

* เป็นค่าสถิติที่ได้จากการทดสอบ Chi - square test

ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P- value = 0.2981)

- การได้รับข้อมูลข่าวสาร ในกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ ร้อยละ 98.6 และ 86.3 ตามลำดับ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P- value = 0.0009) ซึ่งสื่อต่างๆที่ได้รับแสดงในตารางที่ 9

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รับรู้เกี่ยวกับการเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 25.0 ส่วนกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร้อยละ 18.1 ทดสอบความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่นทางสถิติ 95% (P - value = 0.2322)

- ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 54.2 และควรปรับปรุงความรู้ ร้อยละ 45.8 ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความรู้ ร้อยละ 29.9 และควรปรับปรุงความรู้ ร้อยละ 70.1 เมื่อนำไปทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P- value = 0.0052) โดยที่กลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ควรปรับปรุง

- เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติที่ดีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.2 และมีเจตคติที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 70.8 ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 10.4 และเจตคติที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 89.6 ทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - Value = 0.0004) คือ กลุ่มที่มีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติควรปรับปรุง

ตารางที่ 9 แสดงการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างที่ได้รับ กับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สื่อชนิดต่างๆที่ได้รับ (จำนวนคนที่ได้รับ)	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	เคย	ไม่เคย
วิทยุ , โทรทัศน์ (23)	12	11
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (136)	58	78
เพื่อน ,ญาติพี่น้อง (73)	15	48
หนังสือ ,วารสาร ,เอกสารเผยแพร่ (11)	8	3

* สื่อที่แต่ละบุคคลได้รับ อาจมากกว่า 1 อย่าง

จากตารางที่ 9 แสดงว่า สื่อที่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้มากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือ เพื่อนและญาติ ,เพื่อนญาติพี่น้อง และหนังสือ วารสารและเอกสารเผยแพร่ ตามลำดับ แต่หากพิจารณาแยกตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แล้ว พบว่าในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนและญาติพี่น้องเป็นสื่อที่ได้รับข้อมูลมากที่สุด

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่ศึกษา	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P - value
	ดี (82)	ต้องปรับปรุง (134)	
อายุ			
ต่ำกว่า 40 ปี	46.3	33.6	0.0671
40 - 49 ปี	41.6	43.3	
50 ปี ขึ้นไป	12.1	23.1	
ระดับรายได้			
ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย	28.1	48.5	0.0029
เท่ากับหรือมากกว่ารายได้เฉลี่ย	71.9	51.5	
ระดับการศึกษา			
ศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ	64.6	81.3	0.0059
ศึกษามากกว่าเกณฑ์ภาคบังคับ	35.4	18.7	
สิทธิการรักษา			
มีสิทธิการรักษา	76.8	64.9	0.0651
ไม่มีสิทธิการรักษา	23.2	35.1	
อาชีพ			
เกษตรกร ,แม่บ้าน	41.4	59.0	0.0019
ค้าขาย ,รับจ้าง	46.3	32.8	
รับราชการ ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12.3	8.2	
การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	93.9	85.1	0.0490
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	6.1	14.9	

ตารางที่10 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P - value
	ดี (82)	ต้องปรับปรุง (134)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	24.4	17.9	0.2511
ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	75.6	82.1	

* ค่าสถิติได้จากการทดสอบ Chi - square test

ผลการศึกษปัจจัยต่างๆกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้

- อายุ ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 40 ปี มีความรู้ดีเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 46.3 , กลุ่มอายุ 41-49 ปี มีความรู้ดี ร้อยละ 41.6 , กลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี มีความรู้ดี ร้อยละ 12.1 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุต่างๆกับความรู้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - Value = 0.0671)

- ระดับรายได้ ในกลุ่มที่มีรายได้ระดับมาตรฐาน มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 28.1 มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐาน มีความรู้ดี ร้อยละ 48.5 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มที่มีระดับรายได้ดี มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีระดับรายได้ต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0029)

- ระดับการศึกษา ในกลุ่มที่ศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 64.6 น้อยกว่ากลุ่มที่ศึกษามากกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีความรู้ดี ร้อยละ 81.3 ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติ พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษามากกว่าเกณฑ์ มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาตามเกณฑ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0216)

- สิทธิการรักษา ในกลุ่มที่มีสิทธิการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 76.8 มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษา ทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0651)

- อาชีพ : กลุ่มเกษตรกรและแม่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 41.4 ,กลุ่มค้าขายและรับจ้าง ร้อยละ 46.3 ,กลุ่มรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้ดี ร้อยละ 12.3 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P-value = 0.0019) คือ กลุ่มที่รับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ

- การได้รับข้อมูลข่าวสาร ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 93.9 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้ดี ทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0490)

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ในกลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 24.4 มากกว่ากลุ่มที่ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่ไม่พบความสัมพันธ์ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0511)

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆกับเจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่ศึกษา	เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		P - value
	ดี (36)	ต้องปรับปรุง (180)	
อายุ			
ต่ำกว่า 40 ปี	38.9	33.6	0.3737
40 - 49 ปี	50.0	43.3	
50 ปี ขึ้นไป	11.1	23.1	
ระดับรายได้			
ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย	19.5	48.5	0.0044
เท่ากับหรือมากกว่ารายได้เฉลี่ย	80.5	51.5	
ระดับการศึกษา			
ศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ	63.9	81.3	0.0917
ศึกษามากกว่าเกณฑ์ภาคบังคับ	36.1	18.7	
สิทธิการรักษา			
มีสิทธิการรักษา	80.5	64.9	0.1129
ไม่มีสิทธิการรักษา	19.7	35.1	
อาชีพ			
เกษตรกร ,แม่บ้าน	50.0	50.6	04000
ค้าขาย ,รับจ้าง	30.5	37.8	
รับราชการ ,พนักงานรัฐวิสาหกิจ	19.5	11.6	
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก			
ความรู้ดี	61.1	33.3	0.0017
ความรู้ควรปรับปรุง	38.9	66.7	

ตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
	ดี (36)	ต้องปรับปรุง (180)	P - value
การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ได้รับข้อมูลข่าวสาร	13.9	87.8	0.5055
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	86.1	12.2	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	13.9	21.7	0.2901
ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	86.1	78.3	

* ค่าสถิติได้จากการทดสอบค่าสถิติ Chi - square test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับเจตคติและปัจจัยด้านประชากรและเศรษฐกิจ มีดังนี้

- อายุ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 40 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ร้อยละ 38.9 ,กลุ่มอายุ 41 - 49 ปี มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 50.0 ,กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 11.1 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุและเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.3737)

- ระดับรายได้ ในกลุ่มที่มีรายได้มาตรฐาน มีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดี มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่ามาตรฐาน ทดสอบทางสถิติ พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.0044)

- ระดับการศึกษา ในกลุ่มที่ศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 63.9 มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาตามเกณฑ์ภาคบังคับ ทดสอบค่าทางสถิติ พบว่าไม่มีความ

สัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 %
(P - value = 0.2130)

- สิทธิการรักษา ในกลุ่มที่มีสิทธิการรักษา มีเจตคติที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษา ทดสอบทางสถิติ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิการรักษาและเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.1129)

- อาชีพ ในกลุ่มเกษตรกรและแม่บ้าน มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 50.0 ,กลุ่มค้าขายและรับจ้าง มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 30.5 และกลุ่มรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ มีเจตคติที่ดี ร้อยละ 19.5 ทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างอาชีพและเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.4000)

- การได้รับข้อมูลข่าวสาร ในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีเจตคติที่ดี มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ข้อมูลข่าวสาร ทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่าง การได้รับข้อมูลข่าวสารและเจตคติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.5055)

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มที่รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีเจตคติที่ดี (ร้อยละ 13.9) มากกว่า กลุ่มที่ไม่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ทดสอบทางสถิติ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % (P - value = 0.2901)

- ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกดี มีเจตคติที่ดี (ร้อยละ 66.7) มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ปรับปรุง ทดสอบทางสถิติ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (P - value = .00017)

บทที่ 5

สรุป ,วิจารณ์ ,ข้อเสนอแนะ

สรุป

การศึกษาปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหญิงที่สมรสแล้ว อายุระหว่าง 35 - 55 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ (Comparative Study) ใช้กลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 72 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 144 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.1 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2 ระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value 0.0017) โดยที่กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายได้เฉลี่ย (ร้อยละ 59.7) ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย

1.3 ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.4 สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.5 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.0009) โดยที่ทั้งสองกลุ่ม ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 98.6 และ 83.3 ตามลำดับ

1.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.8 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.0052) ในกลุ่มที่มีความรู้ดี (ร้อยละ 54.2) เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ควรปรับปรุง

1.9 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.0004) กลุ่มที่มีเจตคติที่ดี (ร้อยละ 29.2) เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มมีเจตคติควรปรับปรุง

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

2.1 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2 ระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.0027) โดยที่กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายได้เฉลี่ย (ร้อยละ 65.8) ความรู้ดีกว่ากลุ่มมีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย

2.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.0059) กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าเกณฑ์บังคับ (ร้อยละ 18.2) ความรู้ดีกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าเกณฑ์บังคับ

2.4 สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.5 อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.0019$) กลุ่มที่มีอาชีพรับราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจ , มีความรู้ดีกว่ากลุ่มรับจ้างและค้าขาย ,กลุ่มเกษตรกรและแม่บ้าน.

2.6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 93.9) มีความรู้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value}=0.0490$)

2.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.1 อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.2 ระดับรายได้ มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายได้เฉลี่ย (ร้อยละ 69.4) มีเจตคติที่ดีมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่ารายได้เฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.0159$)

3.3 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มที่มีระดับการศึกษามากกว่าเกณฑ์ภาคบังคับ มีเจตคติที่ดีมากกว่า กลุ่มมีระดับการศึกษาเท่ากับเกณฑ์ภาคบังคับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.0917$)

3.4 สิทธิการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.5 อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.6 การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อภิปรายผล

การศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม เป็นการศึกษาที่เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ,เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ,ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และระดับรายได้ นำผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มาอภิปรายได้ ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ วูตีพร อิงคดาวรพงศ์ (57),Kegeles et al (58) ที่ศึกษาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สรุปผลการศึกษาค้นคว้าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของ พวงน้อย สาครรัตนกุล (64) ที่ศึกษาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มของหญิงที่สมรสแล้วในเขต อำเภอบางปะอิน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ใช้ระดับความรู้ที่ 80 % เป็นระดับที่ใช้บ่งบอกว่ามีความรู้ดี ที่สามารถทำให้เกิดการปฏิบัติได้ ซึ่งในที่นี้ คือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่า ข้อที่มีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ข้อความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม

คือ อาการมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม จะไม่ปรากฏอาการใดๆ รongลงมา เป็นสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก คือการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด กลุ่มเป้าหมายส่วนมากเชื่อว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ภาคผนวก ค.)

การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของพนมศรี เสาร์สาร (72) สรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของหญิงบริการในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารและโอกาสที่ได้รับเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ ในการศึกษาครั้งนี้ สื่อที่กลุ่มเป้าหมายได้รับมากที่สุด คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ในปัจจุบันการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นสิ่งที่ประชาชนได้รับโดยทั่วถึง (ตารางที่ 8) ที่พบว่า ในกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับข้อมูลข่าวสารสูงถึง ร้อยละ 98.6 และในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 83.3 เมื่อนำมาประกอบกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ตารางที่ 9) เป็นสื่อที่เผยแพร่ความรู้ได้ดี เน้นการให้ความรู้ในส่วนที่กลุ่มเป้าหมายตอบถูกน้อยที่สุด คือ อาการของมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม พร้อมทั้งรณรงค์ให้กลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น และในอีกส่วนหนึ่งของการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง คือ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด สถานบริการต่างๆ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ควรให้คำแนะนำและความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ที่มาใช้บริการ เพื่อให้กลุ่มคนเหล่านั้นมีความตระหนัก และรับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติได้

เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของพวงน้อย สาครรัตนกุล (64) , สุทธิพร อิงคถาวรพงศ์ (57) , Kegeles et al (58) , Dignan et al (62) และ Sharp et al (63) ที่ศึกษาความรู้,ความเชื่อและเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สรุปผลการศึกษาว่า ผู้หญิงส่วนมากมีเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในเชิงลบ ทั้งที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแต่ให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อย จากการวิเคราะห์รายข้อ (ภาคผนวก ค) พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ที่เชื่อว่าการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องของ

เวอร์กรรม เป็นข้อที่มีกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อที่ควรปรับปรุงมากที่สุด รองลงมา คือข้อความเชื่อเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเลือกตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่หญิง ดังนั้นสถานบริการที่ให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรจัดเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นผู้หญิง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายมีโอกาสเลือกตรวจคัดกรองกับเจ้าหน้าที่หญิง ในส่วนของค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เพียง 30 บาทต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลรัฐบาลหรือสถานอนามัย เป็นข้อเสนอแนะที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรให้กับผู้มาขอรับการตรวจคัดกรองหรือเผยแพร่ลงใน เอกสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

ระดับรายได้ พบว่า ระดับรายได้มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ Kegeles et al (58) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มที่มีระดับรายได้สูง มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก สูงกว่ากลุ่มที่มีระดับรายได้ต่ำกว่า

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ (Comparative Study) ที่เลือกกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) ให้มีสถานที่บ้านพักใกล้เคียงกัน ทำให้ผลการศึกษาที่ได้รับ ไม่พบความสัมพันธ์ในบางปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ,ระดับการศึกษา ,สิทธิการรักษา และอาชีพ เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับการศึกษาของบุคคลอื่นๆ ที่อาจพบความสัมพันธ์ อาจเกิดจากการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มศึกษาแต่ละครั้ง เช่น การศึกษาของฐิติพร อิงคदारพงศ์ (57) เป็นการศึกษาผู้หญิงที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่คลินิกตรวจมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าจะตรวจหามะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาน้อยกว่า ดังการศึกษาของ ฐิติพร อิงคदारพงศ์ (57) ซึ่งได้ศึกษาภาคตัดขวาง (Crosssectional Study) ในกลุ่มที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ในขณะที่การศึกษานี้มีกลุ่มเปรียบเทียบที่มีสภาพแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ไม่พบความสัมพันธ์ แม้ว่าจะทำการวิเคราะห์โดยแยกย่อยกลุ่มอาชีพต่างๆแล้วก็ตาม (ภาคผนวก ค) หรือการศึกษาของ วนิดา เสนะวงษ์ (69) ที่ศึกษาเกี่ยวกับ โปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดบุตร ส่วนมาก

เป็นกลุ่มหญิงอายุ 20 - 25 ปี ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อนำมาวิเคราะห์ผลการศึกษา ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก คล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ ที่มีการเลือกหญิงที่สมรสแล้ว อายุ 35 - 55 ปี ที่เป็นการมีการจับคู่แบบช่วง (Interval Matching) ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาจึงได้ผลเหมือนกัน ปัจจัยหนึ่งที่น่าสนใจที่นำมาศึกษาแล้วไม่พบความสัมพันธ์ คือ ปัจจัยเกี่ยวกับอาชีพ แต่การศึกษาของอุสมพร บุรินทรากิบาล (68) ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูกในหญิงที่มีบุตรแล้ว จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้องปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษา คือกลุ่มมารดาเด็กอนุบาล 2 แห่ง ส่วนมากมีอาชีพรับราชการ ร้อยละ 51 แตกต่างกับการศึกษาครั้งนี้ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ เกิดจากการเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่มาจากสิ่งแวดล้อมเดียวกัน ทำให้ลักษณะการกระจายของอาชีพในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน

สิทธิการรักษา พบว่า สิทธิการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ในปัจจุบันมีการสนับสนุนให้ประชาชนมีสิทธิการรักษา หรือหลักประกันสุขภาพ เช่น บัตรสุขภาพ โดยรัฐบาลสนับสนุน เพื่อให้ประชาชนมีความสนใจในสุขภาพมากขึ้น แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการค้นหาโรคในระยะแรก และเป็นโรคที่มีดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จะปรากฏอาการของโรคต้องใช้เวลาที่ยาวนาน อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ประชาชนหรือกลุ่มเป้าหมายแม้ว่าจะมีสิทธิการรักษาแล้ว ไม่มาใช้สิทธิในการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก หรืออาจเกิดจากกลุ่มเป้าหมายไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเรื้องปากมดลูก (ภาคผนวก ค)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Kegeles et al (58) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งเรื้องปากมดลูก พบว่า ผู้หญิงที่รับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูกสูง จะมีผลทำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก เกิดจากการที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งเรื้องปากมดลูกระยะแรกเริ่มไม่ถูกต้อง ประกอบกับขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัย

เสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด (ภาคผนวก ค.) ทำให้ไม่ทราบว่าตนเอง อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk group).

ส่วนในการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระดับรายได้ , ระดับการศึกษา , อาชีพ , การได้รับข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาของ วุฒิพร อิงคถาวรพงศ์ (57) ศึกษาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่มาขอรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลรามาริบัติ ระดับการศึกษา , อาชีพ ที่แตกต่างกันมีความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และการศึกษาของพนมศรี เสาร์สาร (72) ที่สรุปผลการศึกษาว່ายปัจจัยเกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสาร และโอกาสที่ได้รับ มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ ดังนั้นการปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ผลการวิเคราะห์เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับปัจจัยต่างๆ พบว่า ระดับรายได้ และ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แสดงให้เห็นว่า หากว่ากลุ่มเป้าหมายมีความรู้ดี หรือมีระดับรายได้ดี จะมีเจตคติที่ดี เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก . ในส่วนของระดับรายได้เป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขใน ระดับประเทศ ขณะที่ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งที่สถานบริการแต่ละแห่ง สามารถแก้ไขได้ดังที่เสนอไปข้างต้นแล้ว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. นำผลการศึกษานี้ไปปรับปรุงเนื้อหาความรู้ที่ให้แกกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม และปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด ผ่านสื่อที่กลุ่มเป้าหมายได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการเพิ่มคำเตือนในใบแนะนำการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด เพื่อเป็นการเตือนให้กลุ่มที่ใส่ยาเม็ดคุมกำเนิด ให้มีความตระหนักในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



2. การปรับปรุงงานบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างเจตคติที่ดีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากข้อความรู้แล้ว การจัดเจ้าหน้าที่หญิง ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้โอกาสกลุ่มเป้าหมายในการเลือกตรวจคัดกรอง และการเผยแพร่ความจริงเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเอกสารเผยแพร่

ข้อเสนอในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาเชิงปริมาณ มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วหลายครั้ง แต่ไม่สามารถอธิบายเหตุผลหรือสาเหตุในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้หมด จึงควรมีวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้หญิงที่สมรสแล้ว ไม่ยอมรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเหตุจูงใจที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้หญิงที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะตรวจสุขภาพ มากที่สุด ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 6.9 มาตรวจ (ภาคผนวก ค) เพราะมารับการตรวจหลังคลอด ควรมีการศึกษาประเมินผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในคลินิกตรวจหลังคลอดและคลินิกวางแผนครอบครัว

3. การศึกษาครั้งนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโครงการณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในฐานะผู้ให้บริการ

4. ควรมีการศึกษาสื่อหรือช่องทางอื่นๆ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด เช่น กลุ่มแม่บ้านตามชุมชนต่างๆ , อาสาสมัครสาธารณสุข, หรือองค์กรต่างๆ เป็นต้น

5. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของสื่อต่างๆในการเผยแพร่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำสื่อดังกล่าวใช้ประโยชน์สูงสุด

บรรณานุกรม

1. กองสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2536
โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, กรุงเทพมหานคร, 2536 .
2. พิสิทธิ์ พันธุมจินดา, ศิณีนาฐ สนิทพงษ์. สถานภาพของโรคมะเร็งในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคต และแนวทางการควบคุม. วารสารโรคมะเร็ง 2533; 16 : 39-44.
3. วิทยา ชาติบัญญัติ, พูนสิริ สีนะวัฒน์. โรคมะเร็งในโรงพยาบาลขอนแก่น สถิติ 5 ปี พ.ศ.
2523-2529. วารสารโรคมะเร็ง 2530; 12 :161-172.
4. สรรพศรี เป็ยวุฒิ. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. วารสารโรคมะเร็ง 2532;15(4) :135-145.
5. สัญชัย บัลลังก์โพธิ์, สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. การตรวจมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกระยะแรก
เริ่ม. ใน: มะเร็งวิทยานรีเวช รามาธิบดี. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, บรรณาธิการ.
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์อาร์พีดี ,2531 :37-70.
6. โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. สถิติผลงานประจำปีงบประมาณ 2536.
7. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการตรวจมะเร็งปาก
มดลูกด้วยวิธี Pap smear 2538.
8. Rigoni Stern D. Statistical facts relating to cancer (in Italian) G. Service prog. Pathol. Terrap
Seri 2 ; 1842 : 507 - 517.
9. Bosch FX, Munoz N. Human papillomavirus and cervical neoplasia. IRAC scientific
Publication NO.94,
10. Kjaer SK, de villiers EM, Haugaard BJ et al. Human papillomavirus, herpes simplex virus
and cervical in Greenland and Denmark: A Population based cross-sectional study.
Int J Cancer 1987, 41: 518.
11. Villa LL, Franco M. Epidemiologic correlate of cervical neoplasia and risk of Human
papillomavirus infection in asymptomatic women in Brazil. J Natl Cancer 1989; 81:
332.
12. Reeve WC, Caussy D, Brinton A et al. Case-control study of human papillomavirus and
cervical cancer in Latin America. Int J Cancer 1987; 40: 450-454.
13. Reeve WC, Brinton LA, Garcic D et al. Human papilloma virus infection and cervical
cancer in Latin America. New Engl J Med 1989; 32: 1437-1438.

14. Compaion MJ, McCance DJ, Cuzick J, Singer A. Progressive potential of mild cervical atysia : prospective cytological,colposcopic and virological study. Lancet 1986; 2: 237-240.
15. Syrjanen KJ. Natural history of genital human papillomavirus infection. Papillomavirus Rep 1990; 1: 1-5.
16. Patricia SB. Consenses Development Conference statement. USA, 1996.
17. Brinton A, Richard F,George R et al. Sexual and Reproductive Risk factor for invasive squamous cell cervical cancer. JNCI 1987; 79: 23-30.
18. ประสิทธิ์ เฟิงสา . ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ใน:รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก. ประสิทธิ์ เฟิงสา. บรรณาธิการ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น :คณะ แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 17-32.
19. Brinton A. Epidemiology of cervical cancer-overview. In: The Epidemiology of cervical cancer and human papillomavirus. Editor by Munoz et al. Lyon, IRAC, 1992: 3-23.
20. Graham S, Rawls W, Mya S, Jonh M. Sexual partners and herpes simplex virus type 2 in the epidemiology of cancer of the cervix. American J of epidemiology 1982; 115: 729-735.
21. Li J, Frederick P, William J, Robert W, Joseph F. Correlations between cancers of the uterine cervix and penis in china . JNCI 1982; 69 : 1063-1965.
22. Zunzunnegui M, King M, Coria C, Charlet J. Male influences on cervical cancer risk. Am J of Epidemiology 1986 ; 119 : 302-307.
23. Miller , La Vecchia C, Decarli A, et al. Oral contraceptive and cancers of the breast and of the female genital tract Interim results from a case control study. Br J Cancer 1986 ;51 : 311-317.
24. WHO. Collaborative Study of Neoplasia and Stéroid Contraceptive. Invasive cervical cancer and combined Oral contraceptive. Br. Med J. 1985 : 961 - 965.
25. Munoz N and Bosch F. Epidemiology of cervical cancer, In : Munoz N, Bosch F, Jenen OM eds. Human Papillomavirus and cervical cancer. Lyon International on Cancer

26. Wright NH, Vessey MP, Kenward B et al. Neoplasia and dysplasia of the cervix uteri and contraceptive : a possible protective effect of the diaphragm. *Br J Cancer* 1978; 38: 2783-2789.
27. LaVecchia C, Franceschi S, Decarli A , et al. Dietary Vitamin A and risk of invasive cervical cancer. *Int. J Cancer* 1984 ; 34 :319 - 322.
28. Palan R, Romney S. Cellular Binding Proteins for Vitamine A in the normal human uterine cervix and in dysplasias. *Cancer Research* 1979; 35: 3114-3118.
29. Romney L, Duttagupta C, Basu J et al. Plasma vitamin c and uterine cervical dysplasia. *Am J obstet-gynecology* 1985; 151: 976-980.
30. Butterworth C, Kenneth D, Gore H, Hueller H, Krumdisk L. Improment in cervical dyplasia association with folic acid therapy in user of oral contraceptives. *Am Journal of clinical Nutrition* 1982; 35: 73-82.
31. Munoz N and Bosch F. Epidemiology of cervical cancer, In : Munoz N, Bosch F, Jenen OM eds. *Human Papillomavirus and cervical cancer*. Lyon International on Cancer 1989; 9 - 39.
32. Bradbeer C. Is infection with HIV a risk factor for cervical intraepithelial neoplasia. *Lancet* 1987; 28: 1277-1278.
33. Levin ML, kress LC, Goldstein H. Syphilis and cancer. *NY state J Med* 1942; 42:1737-1745.
34. Vonka V, Kenka J, Roth Z. Herpes simplèx type 2 virus and cervical neoplasia. *Adv Cancer Research* 1987; 48: 149-191.
35. Graham S, Rawls W , Mya S, John M. Sexual partners and herpes simplex virus type 2 in the epidemiology 1982; 115: 729 - 735.
36. Guijon B, Paraskevas M, Brunham R. The-associated of sexually transmitted disease with cervical intraepithelial neoplasia : A case-control study. *Am J.obster-gynecology* 1985; 15: 185-190.
37. Sasson IM, Haley NJ ,Hoffmann D et al. Cigaratge smoking and neoplasia of the uterine cervix : smoke constituents in cervical mucus (letter) . *New Engl J Med* 1985 ;312: 315-316.

38. Navratil E, Bajardi F, Nash W. Simultaneous colposcopy and cytology used in Screening for carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1958; 75:1292 - 1293.
39. ประสิทธิ์ เฟิงสา. ธรรมชาติของการดำเนินโรคของมะเร็งปากมดลูก ใน: รายงานการทบทวนองค์ความรู้ เรื่องมะเร็งปากมดลูก. ประสิทธิ์ เฟิงสา. บรรณาธิการ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 17-32.
40. Kiviat NB, Crichlow CW, Kurman RJ. Reassessment of morphological continuum of cervical intraepithelial lesions : does it reflex different stages in the progression to cervical cancer carcinoma In : Munoz E eds. *The Epidemiology of Human Papillomavirus and cervical cancer*. Lyon Tnternational Agency for Research on Cancer 1992 : 59 - 66.
41. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, สัญชัย บัลลังก์โพธิ์. การตรวจมะเร็งและมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม. ใน มะเร็งนรีเวช ฆามาธิบดี สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐและสัจชัย บัลลังก์โพธิ์ บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์อาร์ดี 2531 : 37 - 70.
42. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes : Policies and managerial guidelines*, Geneva, 1993.
43. Burn EL, Hammon EC, Perry C, Seidman H, Gorshi TW. Detection of Uterine Cancer, results of a community program of 17 years. *Cancer* 1968; 22: 1108-1119.
44. Kim K. The changing trends of Uterine cancer and cytology: A study of morbidity and mortality trends over a twenty year period. *Cancer* 1978;42: 2493-2449.
45. Lundin FE, Chirtopherson WM . Cervical cancer death rates and mass cytologic screening. *Cancer* 1970;26: 808 - 811.
46. Chirtopherson WM, Lundin FE, Mendoz WM , et al. Cervical cancer control :A Study of morbidity and mortality trends over a twenty-one years periods. *Cancer* 1976; 35:1357-1366.
47. Dickinson L, Mussey ME, Soule EH, Kurland LT. Evaluation of the effctiveness of cytologic screening for cervical cancer. *Br J Cancer* 1985; 52: 669-673.
48. Hakama M, Chamberlain J, Day NE, Miller AB, Prorok PC. Evaluation of screening programmes for gynaecological cancer. *Br J Cancer* 1985; 52: 669-673.

49. Draper GJ and Cook GA. Changing patterns of cervical cancer rates. Br Med J ,1983; 287 :510-512.
50. Macgregor JE, Campbell MK, Maman MF ,et al. Sceeening for cervical intraepithelial neoplasia in north east scotland shows fall in incidence and mortality from invasive cancer with concomtant rise in preinvasive desene. Br. Med J 1994;308:1407-1411.
51. Who. Control of the cervix uteri. A WHO Meeting. Bulletin of the World Health Organization 1986;64:607 - 618.
52. Larra E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic countries: association with organized screening programmes. Lancet; 1247-1249.
53. ประสิทธิ์ เฟ็งสา . วิธีการตรวจคัดกรอง ใน:รายงานการทบทวนองค์ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก. ประสิทธิ์ เฟ็งสา. บรรณาธิการ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น :คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 17-32.
54. Miller AB. Cervical cancer screening programmes: mangerial guidelines. WHO Library Cataloguing Publication Data 1992: 44-48.
55. Wittaya S ,Chaveewan C, Patchree N et al. Effect of a Mobile Unit on Changes in Knowledge and use of cervical cancer screening among Rural Thai women 1995; 24: 493-498.
56. Bloom BS. Taxonomy of Educational objective hand book. New york: David Makay Company, 1975: 65-197.
57. สุตีพร อิงคถาวรวงศ์. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่มาขอรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามาศิบดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
58. Kegeles. Survey of belife about Cancer detection and taking papanicolaou test. Public Health Research 1965;80: 815 - 823.
59. Hallon JC. The relationship to health beliefs,Health logus of control and concept to practice of breast self examination in Adult women. Nursing Research 1982; 31: 137-142.

60. ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. เจตคติ. ใน: พฤติกรรมศาสตร์, พฤติกรรมสุขภาพและ สุขศึกษา 2532
61. Becker MH, Maiman LA. Social behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. Medical Care 13;1:12.
62. Dignan M, Michielutte R, Sharp P et al. The role of focus groups in health education for cervical cancer among minority women. J Community Health 1990; 15: 369-375.
63. Sharp PC, Dignan MO, Danmer PM et al. Knowledge and attitude about cervical cancer and the pap smear among 10 th grade girls. South Med J 1990; 83: 1016-1018.
64. พวงน้อย สาครรัตนกุล. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเริ่มของสตรีที่สมรสแล้ว ในเขตอำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. รายงานการประชุม 8 th Fertility Research Investigation Meeting. โรงแรมแกรนด์ไฮเล่ พัทยา 24-25 สิงหาคม 2534.
65. Blackwell B and Carlson CE. Behavior Concepts and Nursing Intervention. Philadelphia Lippincott 1973:244.
66. มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
67. วนิดา เสนะวงษ์. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ของคนงานสตรี จ.นนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535
68. อุดมพร ปุรินทรากิบาล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
69. สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคกามโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.



70. สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน
อุจจาระร่วงของมารดาและบุตร ในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ทางการแพทย์และสาธารณสุข.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
71. สุรี โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัย
บางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์ โรงพยาบาล
รัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
พยาบาลสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
72. พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพ
มหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ภาคผนวก ก.

แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์

ลำดับที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ที่อยู่
2. อายุ ปี (นับอายุปีเต็มเมื่อวันสัมภาษณ์)
3. ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด
4. รายได้ครอบครัวต่อเดือน บาท
5. อาชีพ
..... เกษตรกร รับจ้าง
..... รับราชการ , รัฐวิสาหกิจ ค้าขาย
..... แม่บ้าน
6. สิทธิการรักษา
..... ไม่มีสิทธิการรักษา มีสิทธิการรักษา คือ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1 ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

- ไม่เคย
- เคย เพราะ
- ตรวจร่างกายประจำปี
 - มีอาการผิดปกติ
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ
 - รับบริการวางแผนครอบครัว

2.2 ท่านเคยรับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

..... ไม่เคย

..... เคย จากสื่อใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

..... วิทยุ,โทรทัศน์

..... เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

..... ญาติ ,เพื่อน

..... เอกสารเผยแพร่ ,วารสาร ,หนังสือพิมพ์

2.3 ท่านคิดว่าท่านมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

..... ไม่มีโอกาส

..... มีโอกาส

2.4 ท่านมีญาติพี่น้อง เป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

..... ไม่มี

..... มี ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อ	1	2
2. ผู้หญิงที่มีสามีเที่ยวโสเภณี มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น	1	2
3. ผู้หญิงที่มีการติดเชื้อระบบอวัยวะสืบพันธุ์บ่อยๆ ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้	1	2
4. การใช้เม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานาน มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	1	2
5. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มไม่มีอาการผิดปกติใดๆ	1	2
6. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม สามารถตรวจพบได้	1	2
7. ถ้าตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้	1	2
8. การตรวจภายในแล้วชุดเซลล์ไปตรวจ สามารถบอกได้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มได้หรือไม่	1	2
9. การตรวจมะเร็งปากมดลูก รับบริการได้ที่สถานีนามัย,โรงพยาบาล,คลินิกเอกชนทางสูติชนรีเวช ทุกแห่ง	1	2
10. หากต้องการตรวจมะเร็งปากมดลูก ท่านมาตรวจเมื่อใดก็ได้	1	2

ส่วนที่ 4 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1. ถ้าสามีท่านสำส่อนทางเพศ ท่านมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น	1	2	3	4	5
2. การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องของเวรกรรม	1	2	3	4	5
3. การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย	1	2	3	4	5
4. การตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจกับเจ้าหน้าที่ หญิงเท่านั้น	1	2	3	4	5
5. ท่านพูดคุยกับเพื่อนญาติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องปกติ	1	2	3	4	5
6. การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ทำให้เสียเงินมาก	1	2	3	4	5
7. ผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก	1	2	3	4	5
8. ท่านเสียเวลาน้อย ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก	1	2	3	4	5
9. ท่านไม่เจ็บปวดเลยขณะที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก	1	2	3	4	5
10. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาให้หายได้	1	2	3	4	5

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ 2 ส่วนที่นำมาทดสอบ คือ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ความเชื่อมั่น โดยวิธีการแบ่งครึ่ง (Split half method) ใช้สูตรของสเปียร์แมน บราวน์ (Spearman Brown) คือ

$$r_{tt} = \frac{2 r_{hh}}{1 + r_{hh}}$$

เมื่อ

r_{tt} = ความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ

r_{hh} = ความเชื่อมั่นของเครื่องมือครึ่งฉบับ

2. การหาอำนาจการจำแนก (Discrimination) ใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ระหว่างรายข้อกับคะแนนทั้งฉบับ เป็นการหาค่าสหสัมพันธ์ Point biserial correlation สูตร คือ

$$r_{pbi} = \frac{X_p - X_q}{S_x} \cdot p q$$

เมื่อ

r_{pbi} คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบ Point biserial correlation

S_x คือ ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทั้งฉบับ

X_p คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสำหรับกลุ่มที่ได้คะแนนรายข้อ เป็น 1

X_q คือ ค่าเฉลี่ยของคะแนนสำหรับกลุ่มที่ได้คะแนนรายข้อ เป็น 0

p คือ สัดส่วนของคนที่ได้รายข้อเป็น 1

q คือ สัดส่วนของคนที่ได้รายข้อเป็น 0

ค่าอำนาจจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนด มีค่าตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

นำมาทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น ใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค

(Cronbach α - coefficient) สูตรคือ

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{S_e^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ

α คือ สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

n คือ จำนวนข้อ

S_e^2 คือ คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ

S_t^2 คือ คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

ภาคผนวก ข.

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. การทดสอบไคสแควร์ (Chi square test) เป็นการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร
- 2 ตัวหรือมากกว่าที่แบ่งออกเป็นกลุ่มย่อย (Catagory)

สูตรที่ใช้ คือ

$$X^2 = \sum \frac{O^2}{E} - N$$

เมื่อ O = จำนวนที่สังเกตได้

E = จำนวนที่คาดหวัง

ค่า X^2 ที่คำนวณได้นำมาเปรียบเทียบกับค่า X^2 ในตารางสำเร็จที่ตำแหน่งชั้นอิสระ (Degree of freedom) และระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้

การแปลผล

- ค่า X^2 ที่คำนวณได้มากกว่าค่า X^2 ในตารางสำเร็จ แสดงว่าตัวแปรทั้งสอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Significant)
- ค่า X^2 ที่คำนวณได้น้อยกว่าค่า X^2 ในตารางสำเร็จ แสดงว่าตัวแปรทั้งสอง ไม่มีความสัมพันธ์กัน (Not significant Different)

ภาคผนวก ค.

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์เหตุผลในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เหตุผลในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละของคนที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
	(72)
1. ตรวจสอบภาพประจำปี	75
2. ตรวจหลังคลอด	6.9
3. ตรวจเพราะเจ้าหน้าที่แนะนำ	4.2
4. ตรวจเพราะมีอาการผิดปกติ เช่น ตกขาวมีกลิ่น , มีเลือดออกทางช่องคลอด	13.9

แสดงว่ากลุ่มที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความสนใจในสุขภาพ คือมาตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 75 และเมื่อมีอาการผิดปกติ มาตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 13.9

ตารางแสดงการจำแนกอาชีพต่างๆ จำแนกโดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อาชีพ	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	เคยตรวจ (72)	ไม่เคยตรวจ (144)
1. เกษตรกร	20.8	31.9
2. รับจ้าง	6.9	3.4
3. รับราชการ, รัฐวิสาหกิจ	16.7	11.1
4. ค้าขาย	31.9	32.0
5. แม่บ้าน	23.7	23.6

เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ โดยใช้การทดสอบ Chi square test ได้ค่า P-value = 0.4267 แสดงว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์สถิติการรักษา จำแนกตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สถิติการรักษา	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	เคย (72)	ไม่เคย (144)
1. ไม่มีสถิติการรักษา	23.6	34.0
2. ใช้สถิติเบิกตันสังกัด	56.9	42.3
3. ใช้สถิติประกันสังคม	0	1.4
4. ใช้สถิติบัตรสุขภาพ	15.3	16.7
5. ใช้สถิติสวัสดิการสังคม	2.8	4.2
6. ใช้สถิติอาสาสมัครสาธารณสุข	1.4	1.4

เมื่อนำไปทดสอบทางสถิติ โดยใช้การทดสอบ Chi square test ได้ค่า P-value = 0.4267 แสดงว่า สถิติการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางแสดงผลการวิเคราะห์สถิติรักษากับปัจจัยอื่นๆ

ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	สถิติการรักษา	
	มี (150)	ไม่มี (66)
ความรู้ดี	63	19
ความรู้ควรปรับปรุง	87	47

ทดสอบค่าสถิติ Chi - Square test ได้ค่า P - value = 0.0651

ตารางแสดงการวิเคราะห์ความรู้อย่างย่อ ตามจำนวนผู้ที่ตอบถูกต้อง กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	เคย (72)	ไม่เคย (144)
1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อ	91.7	86.1
2. ผู้หญิงที่มีสามีเที่ยวโสเภณี มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น	76.4	79.2
3. ผู้หญิงที่ติดเชื้ระบบอวัยวะสืบพันธุ์บ่อยๆทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้	84.7	85.4
4. การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานทำให้มีโอกาสเกิดมะเร็งปากมดลูก	40.3	25.7
5. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มไม่มีอาการผิดปกติใดๆ	33.3	28.5
6. มะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มสามารถตรวจพบได้	66.7	66.7
7. ถ้าตรวจพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้	91.7	66.7
8. การตรวจภายในแล้วชุดเซลล์ไปตรวจ สามารถบอกได้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มได้	100	78.5
9. การตรวจมะเร็งปากมดลูก รับบริการได้ที่สถานีนานามัย, โรงพยาบาล, คลินิกเอกชนทางสูติ-นรีเวชทุกแห่ง	97.2	97.2
10. หากต้องการตรวจมะเร็งปากมดลูก ท่านมาตรวจเมื่อใดก็ได้	56.9	43.8



ตารางแสดง ผลการวิเคราะห์เจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกรายข้อ

ข้อความ	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	
	เคย (72)	ไม่เคย (144)
1.ถ้าสามีท่านสื่อสารทางเพศ ท่านมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น	72.2	68.7
2.การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องของเวรกรรม	45.9	38.2
3.การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย	59.1	62.5
4.การตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรตรวจกับเจ้าหน้าที่ หญิงเท่านั้น	59.8	50.7
5.ท่านพูดคุยกับเพื่อนญาติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องปกติ	91.2	91.0
6.การตรวจหามะเร็งปากมดลูก ทำให้เสียเงินมาก	57.0	47.2
7.ผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก	84.7	85.5
8.ท่านเสียเวลาน้อย ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก	69.5	59.0
9.ท่านไม่เจ็บปวดเลยขณะที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก	72.2	45.9
10.มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาให้หายได้	83.3	77.1