

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบัน โลกมีความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีมากขึ้น มนุษย์สามารถผลิตเครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษาโรค และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับโรคติดเชื้อ ได้ดียิ่งขึ้น รวมทั้งประดิษฐ์สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ มีผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากรสูงขึ้น แต่ผลผลิตที่เป็นความก้าวหน้าเหล่านี้ก็ทำให้เกิดมลภาวะแก่สิ่งแวดล้อม มนุษย์มีโอกาสเป็นโรคร้ายเข็ดมามากยิ่งขึ้น เช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็ง เป็นต้น (ทวิศักดิ์ สีดลรัศมิ, 2540, หน้า 100) สำหรับโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก องค์การอนามัยโลกพยากรณ์ไว้ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าของปัจจุบัน (สุวิทย์ เกียรติเสวี, 2541, หน้า 9 อ้างใน ประดับ ทองใส, 2541, หน้า 1) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2540 พบว่าโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตส่วนใหญ่ในกลุ่มสตรีทั่วโลก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งปอด (WHO, 2541, p 108) ในกลุ่มของโรคมะเร็งทั้งหมด มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สำคัญโรคหนึ่ง ที่จัดให้มีการควบคุมเนื่องจากเป็นโรคที่มีความยุ่งยากในการรักษา แต่สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้ามีการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มแรกจากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ. 2543 พบว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรเพศหญิงทั่วโลก มีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 471,000 ราย ในจำนวนนี้จะเสียชีวิตประมาณ 288,000 ราย และประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต พบว่าอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากผู้หญิงส่วนใหญ่ในประเทศที่ยากจน หรือกำลังพัฒนา ไม่มีโอกาสเข้าถึงโครงการ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2545, p 5)

จากข้อมูลทางสถิติของ International Agency for Research on Cancer (IARC) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2544 พบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับสามรองจาก มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง โดยมีการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละประมาณ 470,606 ราย ซึ่งในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 233,372 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, หน้า 2) และประมาณร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก พบในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา โดยในจำนวนนี้ ร้อยละ 50 พบในทวีปเอเชีย และส่วนใหญ่มักจะพบในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (สงวน โขลก ล้วนรัตนากร, 2546, หน้า 429) ปี พ.ศ. 2544 สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ รายงานว่า

ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านมในกลุ่มประชากรเพศหญิง โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 39,648 ราย ในจำนวนนี้จะเสียชีวิตประมาณ 20,462 ราย หรือ ประมาณร้อยละ 52 โดยอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบสูงที่สุดอยู่ในประเทศพม่า ซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 24.64 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองลงมาคือ ประเทศกัมพูชา ประเทศฟิลิปปินส์ และประเทศไทย โดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 23.88, 22.66 และ 20.73 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, หน้า 2)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบมากที่สุด เป็นอันดับหนึ่งในประเทศไทยมานานมากกว่า 30 ปี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขมาก จากสถิติผู้ป่วยโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติและสถาบันมะเร็งศิริราช ปี พ.ศ. 2515-2523 พบมะเร็งปากมดลูกมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 30-36 ของมะเร็งในสตรีทั้งหมด (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, 2531, หน้า 1) และจากรายงานของคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามาธิบดี ซึ่งศึกษาในช่วงระหว่าง ปี พ.ศ. 2534-2538 พบว่ามะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรี โดยพบได้ถึงร้อยละ 20-30 นอกจากนี้ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้รายงานว่าในปี พ.ศ. 2544 ประเทศไทย มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณครึ่งหนึ่ง คิดเป็นอัตราเฉลี่ย 9 รายต่อวัน และในระดับภูมิภาค ภาคเหนือมีอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดโดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ เท่ากับ 25.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ซึ่งมีอัตราอุบัติการณ์สูงกว่าภูมิภาคอื่นๆ เช่น ที่ กรุงเทพฯ ขอนแก่น และสงขลา อัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 18.5, 18.0 และ 15.8 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547, หน้า 2 - 3) ส่วนสถิติของหน่วยมะเร็งวิทยานรีเวชภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2544 พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2,529 ราย คิดเป็นร้อยละ 73 ของมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีทั้งหมด โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่มาตรวจครั้งแรกเป็นมะเร็งระยะที่ 2 ขึ้นไปซึ่งไม่สามารถผ่าตัดให้หายขาดได้ (ชัยเลิศ พงษ์นริศร, 2545, หน้า 175) สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2543-2545 มีการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลต่างๆ และจากศูนย์บริหารการทะเบียนภาค 5 ของโครงการหน่วยทะเบียนมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับสอง รองมาจากมะเร็งปอด รองลงมาคือ มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม และมะเร็งกระเพาะตามลำดับ (อำไพ ศาสตร์ระรุจิ และคณะ, 2547, หน้า 4) และจากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2544 พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายสูงที่สุด รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โดยมีอัตราตายเท่ากับ 104.64 และ 90.12 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ และพบว่าอัตราป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับหนึ่งของโรคมะเร็งทั้งหมดคือ 90.50 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ. 2545 อัตราป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก

เพิ่มสูงขึ้นมาก คือ 386.17 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2545, หน้า 28-81)

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำหรับประเทศไทยมาก และต้องเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเหล่านี้จำนวนมหาศาล (สุรินทร์ โดสุโขวงศ์ และ ชัยยศ ธีรผกาวงศ์, 2544, หน้า 267) เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายมีความยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือราคาแพง และต้องใช้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เกิดผลกระทบต่างๆ ตามมามากมายทั้งในระดับประเทศชาติ ครอบครัว และส่วนบุคคล อาทิ เช่น ทำให้รายจ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น อันเป็นผลเนื่องมาจากการรักษาพยาบาล จากการประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยรายใหม่ 6,000 คน พบว่าจะเสียค่าใช้จ่ายปีละประมาณ 163 ล้านบาท ผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา สมาชิกในครอบครัวต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า รวมทั้งความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาล (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2539, หน้า 475) สำหรับตัวผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จะเกิดความรู้สึกสูญเสียทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายผู้ป่วยต้องสูญเสียมดลูก ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถแสดงบทบาทของภรรยา รวมทั้งไม่สามารถจะมีบุตรได้ และวิตกกังวลเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ยุ่งยาก เช่น การผ่าตัด การฝังแร่ หรือการฉายแสง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษา รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระของครอบครัว (Dennerstein, et al., 1977, p 677; Martin, 1978, p 305 อ้างในเรณู พุกบุญมี, 2539 หน้า 1) ในปี พ.ศ. 2541 พบว่ามีผู้หญิงไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกกว่า 4,000 คน ทั้งนี้เนื่องจากคนไข้ส่วนใหญ่มักจะปล่อยให้มีอาการมากแล้วจึงค่อยมาพบแพทย์ ซึ่งจะตรวจพบว่าเป็นมะเร็งในระยะสุดท้าย ทำให้การรักษามีความยุ่งยาก ทุกข์ทรมาน ลิ่นเปลืองและไม่ได้ผลเท่าที่ควร (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2546, หน้า 28) ส่วนการพยากรณ์โรคสำหรับประเทศไทย พบผู้ป่วยเสียชีวิตปีละประมาณ 3,000 คน โดยร้อยละ 80 จะเกิดในคนอายุมากกว่า 35 ปี (กรมการแพทย กระทรวงสาธารณสุข, 2545, หน้า 4) จากข้อมูลดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ประกาศให้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแผนระดับชาติเพื่อเป็นนโยบายหลักในการป้องกันโรคนี้อัน (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547, หน้า 2)

นโยบายของรัฐ ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 ได้กำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก โดยมีเป้าหมายอยู่ที่ ร้อยละ 80 ของสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ต้องได้รับข่าวสาร ทราบอาการเบื้องต้น และได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ถ้าภายหลังการตรวจ พบว่าผลปกติติดต่อกัน 2 ปี ต่อไปให้ตรวจอย่างน้อยทุก 3 ปี การดำเนินงานให้มีผลภายในปี พ.ศ. 2544 (กระทรวงสาธารณสุข, 2539, หน้า 50) องค์การอนามัยโลกได้มีข้อเสนอแนะสำหรับประเทศไทยซึ่งมีทรัพยากรจำกัด ให้เน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่มี

ความแข็งแรงสูง คือ สตรี อายุ 35-60 ปี และตรวจซ้ำทุก 5 ปี ซึ่งจะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้ถึงร้อยละ 83 (วสันต์ ลีนะสมิตร และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2542, หน้า 808) แต่การดำเนินงานป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง มีความกลัว และความกระดากอายในการมารับบริการตรวจ (วาสนา จันทร์สว่าง และ อุกฤษ มโนภครินทร์, 2536, หน้า 25 อ้างในเจตนา ศรีใส, 2540, หน้า 3) นโยบายของรัฐในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 9 ได้กำหนดมาตรการในการลดปัญหาสุขภาพ โดยลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งทุกชนิดจาก 45 เหลือ 40 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2544, หน้า 19) ทั้งนี้เนื่องจากมะเร็งปากมดลูก หากสามารถตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม (ก่อนมีอาการผิดปกติ) จะสามารถรักษาได้ผลดี มีชีวิตยืนยาวได้ (สุรเกียรติ อชานานุภาพ, 2546, หน้า 28)

ในฐานะที่ผู้ศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพในการให้สุขศึกษาแก่กลุ่มสตรี มีการประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและบุคลากรหลายระดับในการส่งเสริมสุขภาพสตรี โดยเน้นพฤติกรรมป้องกันตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อลดอัตราป่วย อัตราตาย จากการเป็นมะเร็งปากมดลูก ประกอบกับรายงานการวิจัยเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา โดยมากจะเป็นการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่จะพบว่า ความรู้และการรณรงค์ของรัฐไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกประกอบกับการที่รัฐบาลได้กำหนดไว้ในระยะแรก ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีที่มีอายุ 35 - 60 ปี ให้ได้รับการตรวจแปปสเมียร์ 1 ครั้งทุก 5 ปี โดยให้ครอบคลุมในสตรีกลุ่มเป้าหมายทุกพื้นที่ในประเทศไทย แต่เพื่อให้สะดวกและง่ายในการปฏิบัติงาน โดยให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ และเป็นไปได้ในการปฏิบัติ จึงให้สตรีปกติอายุ 35 ปี 40 ปี 45 ปี 50 ปี 55 ปี และ 60 ปี ทุกคน และสตรีที่มีอาการแสดงที่สงสัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกทุกคน ได้รับการตรวจแปปสเมียร์ (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ม.ป.ป., หน้า 16) ซึ่งสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปี 40 ปี 45 ปี 50 ปี 55 ปี และ 60 ปี ควรมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 40 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2547, หน้า 1)

แต่ผลการประเมินในปีงบประมาณ พ.ศ. 2547 ของจังหวัดเชียงใหม่ เมื่อมีการรณรงค์พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวมีจำนวน 69,521 คน มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 17,844 คน คิดเป็นร้อยละ 25.67 เท่านั้น ในอำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ มีสตรีกลุ่มเป้าหมาย 3,379 คน มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 637 คน คิดเป็นร้อยละ 18.85 โดยที่ตำบลสะตวง อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ มีสตรีกลุ่มเป้าหมาย 192 คน แต่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพียง 66 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายตามที่รัฐบาลได้ตั้งไว้ แม้ว่าในแต่ละปีจะมีการรณรงค์แต่ก็ไม่ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งโรคนี้นี้เป็นโรคที่ป้องกันได้ โดยการคัดกรองเพื่อตรวจหาเซลล์มะเร็ง

ที่เรียกว่า แปปสเมียร์ ถ้าพบในระยะแรกก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงความคิดเห็น และความต้องการในมุมมองของสตรีว่า ทำไมจึงมาหรือไม่มารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก มีอะไรเป็นสาเหตุ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจไม่มาตรวจดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น และเป็นแนวทางในการพัฒนาปรับปรุง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ และการให้บริการที่เหมาะสมต่อกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของการมาหรือไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของสตรีต่อบริการที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถานบริการสุขภาพ

คำถามการศึกษา

1. กลุ่มสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ มีความคิดเห็นต่อการมาหรือไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างไร
2. สตรีที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากสถาน บริการสุขภาพ มีความคิดเห็นอย่างไรต่อบริการที่ได้รับ

นิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการศึกษา

ความคิดเห็น หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับนโยบายการตรวจมะเร็งปากมดลูก และบริการสุขภาพของรัฐบาล สถานการณ์ในสังคม และความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ของผู้มารับบริการในด้านสถานที่ บุคลากร ระบบ/ขั้นตอนการมารับบริการ

การตรวจมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) คือ การเก็บเอาเซลล์เยื่อปากมดลูกที่ลอกหลุดออกมาแล้ว นำไปตรวจเซลล์มะเร็ง ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ตรวจหา ระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก

สตรี หมายถึง หญิงที่แต่งงานแล้ว หรือเป็นโสดที่มีอายุ 35 – 60 ปี มีภูมิลำเนาอยู่ที่ ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ได้แนวทางสำหรับผู้ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพสตรี เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มสตรีไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นและอย่างสม่ำเสมอ
2. ได้แนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อพัฒนาโครงการรณรงค์การมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้เหมาะสมกับสตรีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ
3. ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการให้บริการหรือจูงใจให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved