

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ.2544 สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer) ได้รายงานว่า ในระดับโลก จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มีปีละประมาณ 470,606 ราย คิดเป็นอันดับสามรองมาจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ตรง ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 50 อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว ต่ำกว่าในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ประมาณ 4.08 และ 9.79 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ประเทศที่มีอุบัติการณ์สูงที่สุดในโลก คือ ประเทศเฮติเท่ากับ 93.85 ต่อประชากรแสนคน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดในโลกด้วยคือ 53.49 ต่อประชากรแสนคน ในระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับสองรองมาจากมะเร็งเต้านม อุตบัติการณ์สูงที่สุดในประเทศเมียนมาร์ เท่ากับ 24.64 รองลงมา คือ ประเทศกัมพูชา ฟิลิปปินส์ และไทย เท่ากับ 23.88, 22.66 และ 20.73 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับแรกของมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี โดยมีอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 20.9 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ มะเร็งเต้านมมีอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 16.3 ต่อประชากรแสนคน (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุสำคัญเท่าที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบ ได้ในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อ human papilloma virus (HPV) ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของมะเร็งปากมดลูกเป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV มากขึ้นหรือง่ายขึ้น เช่น การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อย ส่วนปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวชวิทยา ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย และปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ อาจเป็นเพียงปัจจัยร่วมที่ทำให้การติดเชื้อ HPV ดำเนินโรคต่อไป จนเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีการพยากรณ์โรคดีกว่ามะเร็งอื่น ๆ และสามารถรักษาให้หายได้ หากพบในระยะต้น ๆ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) แต่ที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่มารับบริการมักจะพบในระยะลุกลาม ซึ่งทำให้การรักษาไม่ได้ผล (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ, 2546) นอกจากนี้มะเร็งปากมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การรักษาจึงต้องใช้ระยะเวลาาน และเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก รวมทั้งภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บทบาทของสตรี เช่น บทบาทการเป็น

ภรรยา บทบาทการเป็นมารดา หรือบทบาทการเป็นบุตรเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชน ดังนั้นผู้หญิงที่เป็นโรคนี้อาจรู้สึกด้อยค่าในตนเอง และรู้สึกหมดหวัง แม้ว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นานก็ตาม (Dennerstein, et al., 1977 ; Matin, 1978 อ้างในศิริอร สินธุ, 2542) และถ้าสตรีในสังคมเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวนมาก ประเทศชาติจะเสียกำลังงาน ผลผลิตต่าง ๆ ก็จะลดน้อยลงไปด้วย ทั้งยังต้องเป็นภาระที่จะต้องคอยช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จึงเป็นการยากที่ประเทศชาติจะพัฒนาให้เจริญรุ่งเรืองได้บรรลุตามเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดความสูญเสียดังกล่าวจึงไม่มีวิธีใดที่ดีไปกว่าการป้องกัน เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2539) การป้องกันมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ การป้องกันปฐมภูมิ การป้องกันทุติยภูมิ และการป้องกันตติยภูมิ สำหรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ วิธีที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการทดสอบแปป (pap smear) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) หรือพาพานิคูลาสเมียร์ (Papanicolaou smear) (ประเสริฐ ตริวิจิตรศิลป์ และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, 2544) เพราะการป้องกันหรือการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่มเป็นการประหยัดกว่า และคุ้มค่ากว่าการรักษา มะเร็งในระยะลุกลาม

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ.2545 โดยตั้งเป้าหมายว่า จะลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี หรือร้อยละ 10 ต่อปี ในกลุ่มสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี โดยกำหนดให้สตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี มารับการตรวจคัดกรองโรคทุกคน และเป็นนโยบายเร่งรัดที่สำคัญใน ปีงบประมาณ 2548 ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการ ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับกระทรวงสาธารณสุข โดยดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี จำนวน 600,000 คน ใน 75 จังหวัด และด้วยวิธี visual inspection with acetic acid (VIA) ในสตรีกลุ่มอายุ 30-34, 36-39, 41-44 ปี มีเป้าหมายที่จะดำเนินการจำนวน 100,000 คน ใน 9 จังหวัด และอีก 1 อำเภอ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) แต่ในระดับปฏิบัติ พบว่าการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรียังอยู่ในระดับต่ำ จากสถิติอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2546 และ 2547 ร้อยละ 22.7 และ 29.8 กิ่งอำเภอภูซางร้อยละ 18.98 และ 19.16 และสถานีอนามัยตำบลป่าสักมีอัตราการมารับบริการตรวจเพียงร้อยละ 5.53 และ 5.41 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเชียงคำ, 2547) จากการศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) พบว่า ร้อยละ 68.2 ของสตรีอายุ 35 ปีและน้อยกว่า มีแนวโน้มที่

จะมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของแสมถ์อะโฮ (2535) พบว่า สตรีกลุ่มที่มาตรวจเพื่อค้นหาหามะเร็งปากมดลูกมีอายุระหว่าง 29-35 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.61 อายุ 22-28 ปี ร้อยละ 39.13 น้อยที่สุด อายุ 50-56 ปี ร้อยละ 0.87 ประกอบกับสตรีไทยที่เผชิญกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 45-60 ปี (วไลพรธม ชลสุข, 2540) ทำให้สถิติการมารับบริการของสตรีกลุ่มเป้าหมายต่ำกว่ากลุ่มอื่นๆ นอกจากนี้ การที่สตรีส่วนมากไม่มารับบริการตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก อาจมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ไมแมน และเบคเกอร์ (Maiman and Becker, 1974 อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2534) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ และการประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล แม้ว่าหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนจะได้นำการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการต่าง ๆ รวมทั้งการผลิตเอกสาร สิ่งพิมพ์ อุปกรณ์ และให้ความรู้ผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ ก็ตาม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536) และจากที่มีสตรีจำนวนเพียงเล็กน้อยมารับบริการตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ส่วนใหญ่ยังไม่มารับบริการเพราะค่านิยมของสังคมไทย ผู้หญิงไทยได้รับการอบรมสั่งสอนเรื่องพฤติกรรมการรักษาวนตัวปกปิดของสงวนมาตั้งแต่สมัยโบราณ ค่านิยมดังกล่าวจึงฝังรากลึกอยู่ในจิตใจของผู้หญิง และมีผลต่อสุขภาพ คือ ปิดโอกาสให้ผู้หญิงสำรวจตัวเอง และไม่ยอมเปิดเผยอวัยวะที่คิดว่าเป็นของสงวนให้แพทย์ตรวจ ดังนั้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงต้องพบอุปสรรคจากค่านิยมดังกล่าว (ศิริอร สินธุ, 2542) ผู้ศึกษาในฐานะมีส่วนเกี่ยวข้อง โดยตรงกับงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาในเรื่องนี้ และยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนดำเนินการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ เป็นแนวทางในการวางแผน ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วม และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา

ขอบเขตของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาในสตรีที่มีอายุ 35-60 ปีอาศัยอยู่ในตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ระหว่าง 1 ตุลาคม 2546 – 30 กันยายน 2547 จำนวน 276 คน เก็บข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2548

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ตัวแปร การรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดของสตรี เกี่ยวกับโอกาสของการเกิดโรคหรือแนวโน้มที่จะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดของสตรี เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงหรืออันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก ที่มีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต การปฏิบัติงาน และสัมพันธภาพในครอบครัว

ตัวแปรด้านประชากร หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น อายุ อายุสมรส ครั้งแรก ระดับการศึกษา และอาชีพ

ตัวแปรด้านจิตสังคม หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของสตรีที่ได้รับอิทธิพลจากบุคคลอื่น เกี่ยวกับการยอมรับคำแนะนำในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น สมาชิกในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน

สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ หมายถึง ปัจจัยต่าง ๆ ที่มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น ใบนัดจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และบทความจากหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร เป็นต้น

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดของสตรีที่ประเมินถึงผลดีหรือคุณค่าของการปฏิบัติที่จะได้รับเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้สึกนึกคิดของสตรีเกี่ยวกับปัจจัยหรือกิจกรรมที่ขัดขวางทำให้ไม่สามารถมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สตรี หมายถึง หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ตามทะเบียนข้อมูลครอบครัวของสถานีอนามัยตำบลป่าสัก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือการทดสอบแปป (pap smear) เพื่อดูความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก โดยการป้ายเอา มูกหรือเซลล์จากช่องคลอดส่วนด้านหลัง ปากมดลูกด้านนอกและภายในช่องคอมดลูกไปตรวจเพื่อ วินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการทดสอบแปป (pap smear) ของสตรีตำบลป่าสัก จำแนกตามการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ไม่เคยตรวจเลย, กลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 ปีที่ผ่านมา และกลุ่มที่เคยตรวจอย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อก่อน 3 ปีที่ผ่านมา

ประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา

1. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนบริหาร การจัดการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัย เพื่อให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพต่อไป