

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา บทความ ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

1. โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ที่พบมากที่สุดในประเทศไทย แต่เนื่องจากการพัฒนาการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา หรือการทดสอบแปป (pap smear) อย่างแพร่หลายครอบคลุมทั่วทั้งประเทศ ทำให้โรคนี้ได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกเริ่ม ตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก อัตราการตายจึงลดลงตามลำดับ เนื่องจากการรักษาในระยะนี้ทำได้ไม่ยาก และปลอดภัยช่วยลดอุบัติการณ์ และอัตราการตายของมะเร็งระยะลุกลามได้มาก หากทิ้งไว้ไม่ได้รับการรักษา พบว่าเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะเสียชีวิตในที่สุด มะเร็งปากมดลูกจึงถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง ซึ่งควรได้รับการเอาใจใส่ตั้งแต่การคัดกรองโรคให้พบในระยะแรกเริ่ม ซึ่งง่ายต่อการรักษาและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลุกลามจนอาจไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ, 2544 ; สุรินทร์ โดสุโขวงศ์ และชัยยศ ชีรผกาวงศ์, 2544)

1.1 สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน แต่สาเหตุที่สำคัญเท่าที่วิทยาการทางการแพทย์ตรวจพบได้ในปัจจุบัน คือ การติดเชื้อ human papilloma virus (HPV)

บริเวณอวัยวะเพศโดยเฉพาะที่บริเวณปากมดลูก จากการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 22 ประเทศ จำนวนกว่า 1,000 ราย รวมทั้งจากประเทศไทยด้วย โดยวิธี polymerase chain reaction (PCR) พบว่า ตรวจพบ DNA ของเชื้อไวรัสชนิดนี้สูงถึงร้อยละ 99.7 (Walboomers JM, et al., 1999 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) จากหลักฐานดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า HPV เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ของมะเร็งปากมดลูกเป็นเพียงปัจจัยที่ทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV มากขึ้น หรือง่ายขึ้น และทำให้การติดเชื้อ HPV คืบหน้าหรือดำเนินโรคต่อไปจนเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1.1.1. จำนวนคู่นอน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของมะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลาม และระยะก่อนลุกลาม โดยความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น ถ้ามีคู่นอนมากกว่า 6 คน จะมีความเสี่ยงตั้งแต่ 2-7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว (Munoz N, et al., 1993 ; Becker TM, et al., 1994 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาพบว่า การมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (Chichareon S, et al., 1998 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) อย่างไรก็ตามการมีคู่นอนเพียงคนเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV สูงขึ้นได้ ถ้าคู่นอนของสตรีนั้นมีคู่นอนหลายคน

1.1.2 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น อาจเป็นผลจากการมีโอกาสติดเชื้อ HPV สูงขึ้น และนานขึ้นกว่าสตรีทั่วไปก็ได้ นอกจากนี้สตรีเหล่านี้มักจะมีคู่นอนหลายคนด้วย ถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV และปัจจัยอื่น ๆ เช่น จำนวนคู่นอน การศึกษา การสูบบุหรี่ และการใช้ยารับประทานคุมกำเนิด พบว่า อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่สัมพันธ์กับการเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย (Munoz N, et al., 1993 ; Becker TM, et al., 1994 ; Olsen AO, et al., 1995 ; Schiffman MH, et al., 1993 ; Koutsky LA, et al., ; 1992 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1.1.3 การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนการคลอดลูกมีชีพมากกว่า 4 ครั้ง มีรายงานว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก 2-3 เท่า ทั้ง ๆ ที่ได้ควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV แล้ว (Munoz N, et al., 1993 ; Schiffman MH, et al., 1993 ; Eluf-Neto J, et al., 1994 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) บางรายงานพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก (Becker TM, et al., 1994 ; Bosch FX, et al., 1992 ; Olsen AO, et al., 1995 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1.1.4. ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอดีตการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีรายงานว่าเกี่ยวข้องกับกำเริบเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่ความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจนมากเนื่องจากไม่ได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงเรื่องภาวะการติดเชื้อ HPV หรือไม่ได้ใช้วิธีการ

ตรวจหาเชื้อ HPV ที่มีความไวสูงพอ การติดเชื้อเริม เชื้อซิฟิลิส และเชื้อซัยโตเมกะโลไวรัส ไม่เกี่ยวข้องกับกำเริบเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ถ้าไม่ได้ติดเชื้อ HPV ร่วมด้วย แต่การติดเชื้อ คลามัยเดีย และเชื้อหนองในแท้เพิ่มความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก (Sanjose S, et al., 1994 อ้างใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

1.1.5. วิธีการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทั้งในด้านเพิ่ม และลดปัจจัยเสี่ยง (ธีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539)

- 1) ยาเม็ดคุมกำเนิด (contraceptive pills) ยังสรุปได้ยาก แต่อาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปี
- 2) ยาฉีดคุมกำเนิด (depo medroxyprogesterone acetate) ยังสรุปแน่นอนไม่ได้

1.1.6 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ในปัจจุบันพบว่าผู้ชายก็มีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีซึ่งสรุปได้ ดังนี้ (ธีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539)

- 1) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (circumcision) ในฝ่ายชาย อาจจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 2) ภรรยาของชายเป็นมะเร็งอวัยวะเพศ มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก
- 3) ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุยังน้อย เทียบหญิงที่ให้บริการทางเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่นนอกจากภรรยาเป็นประจำ และสตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อน เป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า

1.1.7 การสูบบุหรี่ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่อบุสแควมัสและมะเร็งปากมดลูก โดยความเสี่ยงสูงขึ้น 1.7-11.2 เท่า (Ho GY, et al., 1998 ; Ngelangel C, et al., 1998 ; Becker TM, et al., 1994 ; Kjaer SK, et al., 1996 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาที่สูบบุหรี่ สารเคมีต่าง ๆ ที่พบในควันบุหรี่ เช่น นิโคติน และโคตินิน โดยเฉพาะสารก่อมะเร็งเอ็นไนโตรซามีน พบว่ามีความเข้มข้นสูงในมูกปากมดลูกของสตรีที่สูบบุหรี่โดยตรง หรือโดยอ้อม (Hellberg D, et al., 1988 ; Schiffman MH, et al., 1987 ; Jones CJ, et al., 1991 ; Prokopczyk B, et al., 1997 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) สตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่โดยอ้อม ก็มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (Slattery ML, et al., 1989 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) จากการศึกษาแบบควบคุม

ในหลาย ๆ รายงานที่ทำวิจัยอย่างรอบคอบ พบว่า ถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV แล้ว การสูบบุหรี่ไม่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกเลย

1.1.8 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีความสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ร่างกายติดเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดมะเร็งโดยเฉพาะเชื้อ HPV ได้ง่าย สตรีที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันมีโอกาสเป็นรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัส และมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น (Halpert R, et al., 1986 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) สตรีที่ติดเชื้อไวรัสภูมิคุ้มกันเสื่อมในคนหรือเชื้อไวรัสเอดส์ หรือ human immunodeficiency virus (HIV) จะมีความชุกของความผิดปกติทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกสูงในปัจจุบัน สตรีที่ติดเชื้อ HIV ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกจะถูกจัดว่าเป็นโรคเอดส์ สตรีที่ติดเชื้อ HIV จะมีความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่ติดเชื้อ HIV ซึ่งพบได้ร้อยละ 5 (Wright TC, et al., 1994 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ยิ่งระดับภูมิคุ้มกันต่ำมาก (จำนวนซีดี 4 และทีลิมโฟไซต์น้อยกว่า 200/ไมโครลิตร) ยิ่งมีความเสี่ยงต่อรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัสสูงขึ้น การตรวจคัดกรองโรค และการรักษารอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัส ร่วมกับการติดตามผลอย่างใกล้ชิด จะช่วยป้องกันสตรีที่ติดเชื้อ HIV ไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามได้เป็นส่วนใหญ่

1.1.9 ปัจจัยทางพันธุกรรม จากการศึกษาตามแผนเพื่อประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดา และพี่สาวหรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก คือร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวของฝ่ายชายที่เป็นสตรี ซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 1 (Furgyik S, et al., 1986 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) จากการศึกษาในกลุ่มแฝดสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเหมือนกัน พบว่า อาจจะมีหน่วยพันธุกรรมที่ไวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกมากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบประมาณ 2 เท่า (Ahlbom A, et al., 1997 อ้างใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) แสดงว่าการเป็นมะเร็งปากมดลูก น่าจะเกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์มากกว่าสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว มะเร็งปากมดลูกที่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์จะเป็นเมื่ออายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งปากมดลูกในสตรีทั่วไป (Magnusson PR, et al., 1999 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

1.1.10 การขาดสารอาหาร การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอและวิตามินซีต่ำ อาจเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก (Verreault R, et al., 1989 ; Palan PR, et al., 1988 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) แต่บางรายงานก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับประทานอาหารที่มีเบต้าแคโรทีนหรือเรตินอลกับการเกิดรอยโรคภายในเยื่ออุสแควมัส (de Vet HC, et al., 1991 ; Kjellberg L, et al., 2000 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ภาวะพร่องโฟเลตเคยถูกจัดว่า

เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก ภาวะพร่องโฟเลตอาจช่วยเสริมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อรอยโรคภายในเยื่อ สแควมัส เช่นจำนวนครั้งของการคลอดลูก การติดเชื้อ HPV ชนิด 16 และการสูบบุหรี่ (Butterworth CE, et al., 1992 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) โดยทั่วไปแล้วผลของการขาดสารอาหาร ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีน้อยมาก เมื่อเปรียบเทียบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ HPV และการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอมาก ๆ มีผลเชิงป้องกันรอยโรคภายในเยื่อสแควมัส ได้เพียงเล็กน้อยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Kanetsky PA, et al., 1998 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) ถ้าควบคุมปัจจัยเรื่องการติดเชื้อ HPV แล้ว พบว่าผลของสารอาหารต่าง ๆ ไม่ได้มีผลในเชิงป้องกันการเกิดรอยโรคภายในเยื่อสแควมัสเลย (Wideroff L, et al., 1999 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1.1.11 ฐานะทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า (ธีระ ทองสง และ คนอื่น ๆ, 2539)

1.1.12 การรับประทานฮอร์โมนทดแทน ในสตรีวัยหมดระดู ไม่มีผลต่อการตรวจพบเอชพีวีดีเอ็นเอในเซลล์เยื่อบุมดลูก (Ferenczy A, et al., 1992 อ้างในจตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

1.2 ลักษณะทางคลินิก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระยะของโรค และลักษณะของก้อนมะเร็ง ในระยะแรกอาจจะไม่มีอาการผิดปกติ และตรวจพบจากการทดสอบแพป หรือการตรวจด้วยคอลโปสโคปร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้แก่ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547 ; สุรินทร์ โทสุโขวงศ์ และชัยยศ ชีรผกาวงศ์, 2544 ; ธีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539)

1.2.1 การตกเลือดทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุด ประมาณร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่มีอาการ ลักษณะเลือดที่ออกอาจจะเป็น เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ น้ำออกปนเลือด ตกขาวปนเลือด และเลือดออกสด ๆ เป็นก้อนเลือด ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่มาก เลือดจะออกบ่อยและนาน บางครั้งเหมือนเลือดระดูออกมากและนานผิดปกติ

1.2.2 อาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น

1) ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางด้านข้างไปยังพารามิเทรียมจนถึงผนังด้านข้างเชิงกรานไปกดเบียดอวัยวะที่อยู่ระหว่างนั้น ได้แก่ ท่อไตเกิดอาการของทางเดิน

ปัสสาวะอุดตันจนไตบวมน้ำและไตวายได้ หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง ถ้าอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการบวมและต่อมน้ำเหลืองโต กดเส้นประสาทและกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมาก บริเวณหลัง ก้นกบ และต้นขา

2) ถ้ามะเร็งลุกลามขึ้นไปทางด้านหน้าไปยังกระเพาะปัสสาวะ จะมีอาการ ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย และถ้ามะเร็งทำลายผนังกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอดจนเกิดรูรั่ว จะมีอาการปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา

3) ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางด้านหลังไปยังไส้ตรง จะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระบ่อย ถ่ายอุจจาระลำบากหรือท้องผูก เลือดออกทางทวารหนัก และอุจจาระออกทางช่องคลอดจากรูรั่วระหว่างไส้ตรงกับช่องคลอด

4) ถ้ามะเร็งลุกลามมาตามผนังช่องคลอด อาจมีเลือดออก หรือคล้ำได้ก่อนทางช่องคลอด ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยจะซีด น้ำหนักลด ผอมแห้ง และมีอาการของภาวะไตวายหรือยูรีเมีย

1.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก สามารถวินิจฉัยได้จาก (ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, 2544)

1.3.1 ประวัติ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการตรวจภายใน และการทดสอบแพปประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัว ในผู้ป่วยที่มีอาการซึ่งนำไปมาพบแพทย์บ่อยที่สุด ได้แก่ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาว อาการปวด โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขาและร้าวไปหัวเข่า

1.3.2 การตรวจร่างกายทั่วไป และการตรวจภายในอย่างละเอียด

1.3.3 การวินิจฉัยแยกโรค ภาวะที่คล้ายมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อย ๆ ได้แก่ cervical eversion, polyps, papillary endocervicitis และ papilloma บางครั้งแยกโรคดังกล่าวได้ยาก ต้องอาศัยการตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา โดยเฉพาะพวก papilloma

1.3.4 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในผู้ป่วยที่ไม่เห็นรอยโรคชัดเจน การวินิจฉัยทำได้โดยการตรวจภายในพบเซลล์ผิดปกติจากการทดสอบแพป ซึ่งมักตามด้วยการตรวจทางกล้อง colposcope และตัดชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา ส่วนรายที่เห็นก้อนเนื้อออกชัดเจนสามารถทำ punch biopsy จากก้อนเนื้อออกโดยตรง ในรายที่ไม่เห็นรอยโรคด้วยตาเปล่า แต่พบเซลล์ผิดปกติจากการทดสอบแพปตั้งแต่ suspicious จนถึงพบเซลล์มะเร็งนั้น ควรได้รับการทำ diagnostic cone biopsy

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ประกอบด้วยขั้นตอนและหลักการสำคัญ ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2574 ; สงวนโชค ส่วนรัตนกร, 2546 ; ชีระ ทองสง และคนอื่น ๆ, 2539 ; ประเสริฐ ศรีวิจิตรศิลป์ และวิชัย เดิมรุ่งเรืองเลิศ, 2544)

1. การตรวจภายใน อาจมองเห็นก้อนมะเร็งปากมดลูกชัดเจน ซึ่งต้องยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยาก่อนที่จะวางแผนการรักษาต่อไป
2. การตรวจทางเซลล์วิทยาหรือการทดสอบแป๊ป ตรวจพบเซลล์มะเร็งซึ่งต้องสืบค้นต่อไป โดยการตรวจภายในดูปากมดลูก
 - 2.1 ถ้ามองเห็นรอยโรค ให้ทำการตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา
 - 2.2 ถ้ามองไม่เห็นรอยโรค ให้ตรวจด้วยคอลโปสโคปี (colposcopy) เพื่อหาบริเวณที่ผิดปกติเพื่อทำการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา
3. การตรวจปากมดลูกด้วยคอลโปสโคปี (colposcopy) ร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา ในผู้ป่วยที่มีผลการทดสอบแป๊ปผิดปกติ
4. การตัดชิ้นเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
5. หัตถการอื่น ๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การขูดภายในมดลูก การตัดปากมดลูกด้วยห้วงไฟฟ้า การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

1.4 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีจุดประสงค์ เพื่อลดอุบัติการณ์ พยาธิภาวะ และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547 ; วสันต์ ลีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2542)

1.4.1 การป้องกันปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือการกำจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ การป้องกันปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูกได้แก่ การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การคุมกำเนิดโดยการใช้ถุงยางอนามัย การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV การมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัย การงดสูบบุหรี่

1.4.2 การป้องกันทุติยภูมิ คือ การค้นหาและรักษาในระยะแรกเริ่ม ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีสำหรับมะเร็งปากมดลูก คือ การตรวจคัดกรองโรคโดยการทดสอบแป๊ป และวิธีอื่น ๆ

1.4.3 การป้องกันติดยกมิมิ คือ การรักษาโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายตามทีองค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ คือ เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง มีชีวิตที่ด้อย่างยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก ควรจะใช้หลายวิธีร่วมกัน ทั้งการป้องกันปฐมภูมิ และการป้องกันทุติยภูมิ ซึ่งได้แก่การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการทดสอบแปปอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง สำหรับการป้องกันปฐมภูมินั้น นอกเหนือจากการให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแล้ว การป้องกันที่มีความเป็นไปได้ในอนาคต และจะมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก คือ การให้วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV เนื่องจากเป็นที่ทราบแน่นอนแล้วว่า การติดเชื้อ HPV เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

2. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันมะเร็งขั้นทุติยภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหารอยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การรักษาไม่ให้อรอยโรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธีได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยา การตรวจด้วยกล้องขยายทางช่องคลอด การตรวจหาเชื้อฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส การตรวจปากมดลูกหลังจากขโลมด้วยน้ำส้มสายชู (visual inspection with acetic acid หรือ VIA) การถ่ายภาพปากมดลูกหลังจากขโลมด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจด้วยแท่งกำเนิดแสงหลังจากขโลมปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจช่วงความถี่โดยใช้แสงอินฟราเรดผ่านเซลล์ปากมดลูก การตรวจความต่างศักย์และการนำแสงของปากมดลูก การวัดระดับการเรืองแสงของปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยตาเปล่า ซึ่งในแต่ละวิธีมีความยากง่าย ความแม่นยำ และค่าใช้จ่ายแตกต่างกัน วิธีที่นิยมและแพร่หลายมากที่สุดในปัจจุบัน คือ การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

เซลล์มะเร็ง และเซลล์ของรอยโรคภายในเยื่อบุสความีสมิแรงยี่ระหว่างเซลล์น้อยกว่าปกติจึงหลุดร่วงออกมาได้ง่าย เมื่อขูดมาตรวจทางเซลล์วิทยา ช่วงเวลาที่เหมาะสมของการทดสอบแปป คือ ช่วงกลางรอบเดือน

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมีมากขึ้น บทบาทของการติดเชื้อ HPV กับมะเร็งปากมดลูกเด่นชัดขึ้น การรายงานผลการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกตามระบบของบีเทสดา (The Bethesda System) ได้มีการปรับปรุงอีก

หลายครั้ง รวมทั้งวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยา ได้รับการพัฒนาขึ้นมาต่างไปจากวิธีดั้งเดิม จึงได้มีการทบทวนแนวทางการตรวจคัดกรองโรคขึ้นใหม่ และประกาศใช้เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2545 มีเนื้อหาสำคัญ ดังนี้ (Saslow D, et al.,2002 อ้างในจตุพล ศรีสมบุญ)

1. การเริ่มตรวจคัดกรองโรค แนะนำให้เริ่มตรวจหลังจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประมาณ 3 ปี และเริ่มตรวจครั้งแรกไม่เกินอายุ 21 ปี

2. การหยุดตรวจคัดกรองโรค

2.1สตรีที่มีอายุ 70 ปี หรือมากกว่า ถ้าผลการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูกน่าพึงพอใจและปกติ 3 ครั้งติดต่อกัน และไม่มีผลผิดปกติในช่วง 10 ปี ก่อนอายุ 70 ปี อาจจะเลิกหยุดการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกได้

2.2 ถ้าไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมามาก่อน ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค หรือไม่น่าจะเคยตรวจคัดกรองโรคมามาก่อน หรือมีประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูก การสัมผัสยา diethylstilbestrol(DES) และ/หรือภูมิคุ้มกันเสื่อม เช่น การติดเชื้อไวรัสเอดส์ ควรรับการตรวจคัดกรองโรคต่อไป ถ้ายังมีสุขภาพแข็งแรง และไม่มีโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต

2.3 สตรีที่อายุ 70 ปีหรือมากกว่า ถ้าผลการทดสอบเอชพีวีดีเอ็นเอให้ผลบวก ควรรับการคัดกรองโรคตามดุลพินิจของผู้ให้บริการทางสุขภาพ

3. ระยะห่างของการตรวจคัดกรองโรค

3.1 หลังการตรวจคัดกรองโรคครั้งแรกควรตรวจทุก 1 ปี ด้วยการทดสอบแปปแบบสามัญ หรือทุก 2 ปี ด้วยการทดสอบแปปแบบแผ่นบาง

3.2 เมื่ออายุ 30 ปี หรือมากกว่า ถ้าผลการทดสอบแปปนำพอใจ และปกติ 3 ครั้งติดต่อกัน อาจตรวจทุก 2-3 ปี ยกเว้นว่ามีประวัติการสัมผัสยา DES การติดเชื้อไวรัสเอดส์ ภูมิคุ้มกันเสื่อมจากการปลูกถ่ายอวัยวะ ได้รับยาเคมีบำบัดหรือได้รับยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ นาน ๆ

มีการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก และความถี่ของการตรวจคัดกรองพบว่า การตรวจทางเซลล์วิทยาหรือการทดสอบแปปทุก 1-2 ปี ไม่มีความแตกต่างในการลดของอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าตรวจทุก 5 ปี อุบัติการณ์ลดลงจากการตรวจทุกปีเพียงร้อยละ 10 คือ จากร้อยละ 93 เหลือเพียงร้อยละ 84

ดังนั้นในประเทศที่กำลังพัฒนานอกจากจะพิจารณาอายุที่จะเริ่มการตรวจคัดกรองสูงขึ้นเป็น 35 ปีแล้ว ควรพิจารณาให้มีการตรวจซ้ำทุก 5 ปี ซึ่งทำให้ปริมาณงานลดลงมาก จากการที่จะต้องทำการทดสอบแปป ปีละ 10 ล้านคน ก็ลดลงเหลือปีละ 2 ล้านคนเท่านั้น (วสันต์ ลีนะสมิต และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2542)

4. การตรวจคัดกรองโรคหลังจากตัดมดลูกออกแล้ว

4.1 ถ้าตัดมดลูกออกด้วยโรคทางนิ่วที่ไม่ใช่มะเร็ง ไม่ต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่ผนังช่องคลอดส่วนบน

4.2 ถ้าตัดมดลูกออกไม่หมด ยังเหลือปากมดลูกอยู่ ควรตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำข้างต้น

4.3 สตรีที่มีประวัติเป็นรอยโรคภายในเยื่อชั้นสูง หรือไม่สามารถตรวจสอบได้ว่าไม่มีรอยโรคดังกล่าวมาก่อนผ่าตัด หรือตัดมดลูกออกด้วยข้อบ่งชี้ดังกล่าว ควรมารับการทดสอบแปปจนกระทั่งได้ผลน่าพอใจ และปกติ 3 ครั้งติดต่อกัน และไม่มีผลผิดปกติในช่วง 10 ปี

4.4 สตรีที่มีประวัติการสัมผัสยา DES ในมดลูก หรือมีประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูก ควรมารับการตรวจคัดกรองโรคหลังการตัดมดลูกออกแล้ว トラบไคที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง และไม่มีโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต

3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อ เป็นองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งของ บุคคล สถานที่ หรือพฤติกรรมกับผลสืบเนื่องจากสิ่งนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และ สวิง สุวรรณ, 2536) ความเชื่อ คือความนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดและความเข้าใจนั้น (จรรยา สุวรรณทัต, 2534)

3.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ได้พัฒนาขึ้นในระหว่าง คศ.1950-1960 โดยนักจิตวิทยาสังคม 4 ท่าน คือ 1) Godfrey M. Hochbaum 2) S. Stephen Kegeles 3) Howard Leventhal และ 4) Irwin M. Rosenstock ในระยะแรกทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคในระดับบุคคล Irwin M. Rosenstock ได้ริเริ่มนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ หรือพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล และกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ของบุคคล และแรงจูงใจ โดยที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะต้องมีความเชื่อว่า

1. คนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น
2. เมื่อเกิดโรคขึ้น โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
3. การปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค จะให้ผลดีต่อบุคคลในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือถ้าเป็นโรคแล้ว สามารถลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นได้ และไม่ควรมียุโรปสรรคทางด้านจิตวิทยา เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก ความเจ็บปวด ความอาย (Rosenstock, 1974 อ้างในสุจินดา คุจารีวณิช, 2537) และในปี ค.ศ.1974 Rosenstock ได้เสนอตัวชี้แนะการกระทำ เพิ่มเติมเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพราะเชื่อว่าจะมีความจำเป็นต่อการทำให้แบบแผนความเชื่อนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในปี ค.ศ.1974 Rosenstock และคณะ ได้พิจารณาถึงบทบาทของตัวแปรทางด้านประชากร สังคม จิตวิทยา ตลอดทั้งตัวแปรเชิงโครงสร้างว่ามีผลต่อการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการแสดงพฤติกรรมป้องกัน อันส่งผลไปสู่แนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมอีกต่อหนึ่ง (มัลลิกา มัติโก, 2534) ต่อมาในปี ค.ศ.1977 และ 1979 เบคเกอร์ และคณะ ได้นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock มาปรับปรุงโดยเพิ่มปัจจัยที่สำคัญอีกตัวหนึ่งเรียกว่า ปัจจัยการจูงใจทางสุขภาพ (Health Motivation) (มัลลิกา มัติโก, 2534)

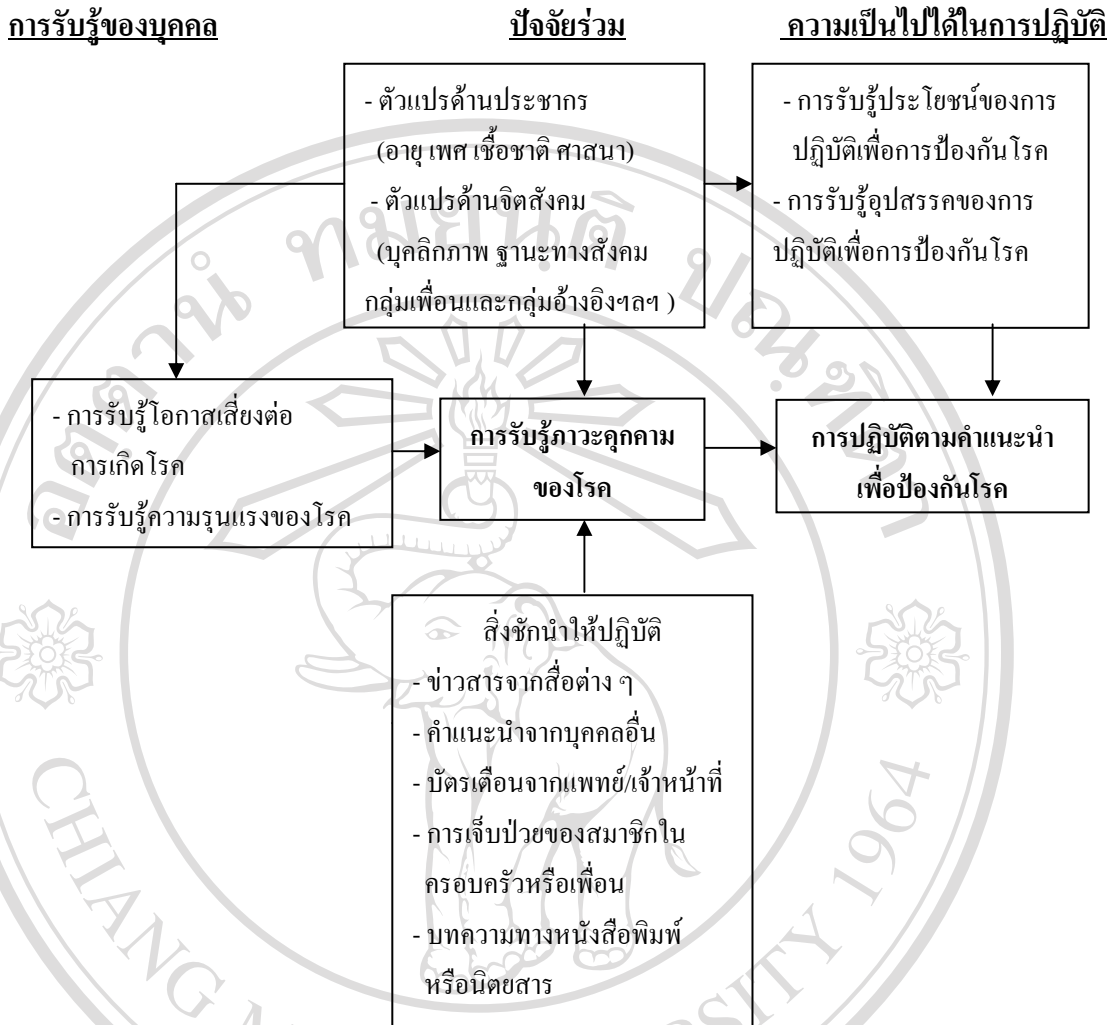
ไมเมน และเบคเกอร์ (Maiman and Becker, 1974 อ้างในมัลลิกา มัติโก, 2534) กล่าวว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้หรือความเชื่อ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น จะมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. ความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) หมายถึง ความพร้อมทางด้านจิตใจ หรือความรู้สึกกึ่งกึกกิดของบุคคลที่พร้อมจะปฏิบัติอันสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพนั้น ๆ ก็ถูกกำหนดโดยการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น

2. การประเมินคุณค่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) หมายถึง การที่บุคคลจะประเมินพฤติกรรมที่พึงกระทำในแง่ของความเป็นไปได้ และความสัมฤทธิ์ผลของพฤติกรรมนั้น กล่าวคือ เป็นการประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ กับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่บุคคลคาดการณ์ หรือรับรู้ว่าจะเกิดขึ้น

3.3 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยในระยะต่อมาว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคของผู้ป่วย ประกอบด้วยตัวแปรที่สำคัญ 3 ส่วน ดังนี้ (Daly, et al., 2003 ; Pender , 1987)



แหล่งที่มา : The health belief model. Becker 1974 : Rosenstock 1966 อ้างใน Daly, et al., 2003

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ได้แก่

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived susceptibility to disease) บุคคลจะมีการรับรู้ในระดับที่แตกต่างกันว่า ตนเองจะมีโอกาสเกิดโรคที่จะเจ็บป่วย หรือติดโรคใดโรคหนึ่ง ๆ โดยที่บุคคลอาจจะเพิกเฉยไม่รับรู้ว่าตนมีโอกาสดัง ๆ ที่จะติดต่โรคนั้น ขณะที่ระดับของโอกาสเสี่ยงที่รับรู้สำหรับบางคนก็อาจมีบ้าง ไปจนถึงบุคคลอาจจะรับรู้ว่าตนมีโอกาสดังมากที่จะติดต่หรือเป็นอันตรายจากโรคนั้น ดังนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค บุคคลจำเป็นต้องมีพฤติกรรมป้องกันโรค และรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสดังภาวะแทรกซ้อนของโรค ซึ่งแสดงออกโดยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ บุคคลที่เค

เจ็บป่วยจะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของบุคคลต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived seriousness of disease) เมื่อบุคคลได้มีการรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรคนั้น ๆ แล้ว บุคคลย่อมมีการประเมินเช่นกันว่าโรคหรือเงื่อนไขที่คุกคามต่อสุขภาพนั้น ๆ มีความรุนแรงในระดับใด โรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปลดระบบการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจหรือไม่เพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะถาวรหรือไม่ บางคนรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีผลต่อการทำงานของตน มีผลต่อชีวิตครอบครัว และอาจมีผลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลด้วย อย่างไรก็ตาม การรับรู้ความรุนแรงของโรค มิได้หมายถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริง เป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรค

2. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรด้านประชากร (Demographic variables) เช่นอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ และศาสนาเป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (Harris and Guten, 1986 อ้างในสุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ กัน ดังนี้

2.1.1 อายุ : โอเร็ม (Orem, 1985 อ้างในญาดา โตุตชนม์, 2547) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับอายุ โดยที่ในวัยเด็กจะมีการพัฒนาเพียงเล็กน้อยและค่อย ๆ พัฒนาขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงขีดสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อสูงอายุ ดังนั้นเมื่ออายุมากขึ้นระดับพัฒนาการ การเรียนรู้และการใช้ความรู้ในการดูแลตนเองจะมากขึ้นด้วย จากการศึกษาของแบลคเวลล์ (Blackwell, 1973 อ้างในสุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ส่วนมากปฏิเสธที่จะรับประทายยาที่มีรสไม่ดี เช่น รสขม นอกจากนี้ยังพบว่าความหลงลืมหรือความไม่สนใจตนเองของผู้สูงอายุทำให้ขาดยาได้บ่อยครั้ง และจากการศึกษาของแฮริส และเต็น (Harris and Guten, 1986 อ้างในสุวิมล ฤทธิมนตรี, 2534) ที่พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น

2.1.2 ระดับการศึกษา : ตามแนวคิดของโอเร็ม เชื่อว่าการศึกษาเป็นสิ่งสำคัญเพื่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง การศึกษายังช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ และเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พัฒนามาจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น

ในการดำเนินชีวิต การใช้สติปัญญา การได้รับการสั่งสอน และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัย ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Orem, 1985 อ้างในญาดา โตุตจนม, 2547 และประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

2.1.3 อาชีพ : มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่ากลุ่มคนที่อยู่ในสังคมระดับต่ำหรือประกอบอาชีพที่ต้องใช้แรงงาน มีผลต่อการรับรู้ความรู้ทางสุขภาพ (White, 1979 อ้างในแสงมณี อะโซ, 2535) มีงานวิจัยหลายรายงานยืนยันว่าอาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกแหล่งรักษา พบว่าผู้หญิงเจ็บป่วยที่มีอาชีพต่างกัน มีการไปใช้บริการของเอกชนต่างกัน (ชนิดา สันธินาค, 2530 อ้างในวไลพรรณ ชลสุข, 2540) กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาชีพเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านวิชาชีพ วิชาการ ธุรกิจ และค้าขาย จะเลือกรับบริการจากแหล่งบริการที่มีแพทย์สูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ กลุ่มอาชีพเกษตรกรรมมีการเลือกรับบริการที่มีแพทย์น้อยที่สุด (วาทีนิ บุญชะลัษย์, 2530 อ้างในวไลพรรณ ชลสุข, 2540) และกลุ่มผู้มีอาชีพแรงงานรับจ้าง จะมาใช้บริการที่คลินิกน้อยกว่ากลุ่มอื่นเกือบครึ่งหนึ่ง (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539 อ้างในวไลพรรณ ชลสุข, 2540) จากงานวิจัยเหล่านี้พอจะสรุปได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สำคัญปัจจัยหนึ่งในการตัดสินใจเลือกรับบริการสุขภาพของผู้หญิงได้

2.2 ตัวแปรจิตสังคม (Sociopsychological variables) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแนวทางในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของตนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับความเชื่อของตน และความต้องการของสังคมรอบข้าง ด้วยเหตุผลว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเปรียบเสมือนแรงผลักดันส่วนบุคคลในการตัดสินใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล บุคคลจะปฏิบัติสิ่งใดเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้นขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้น ส่วนการผลักดันจากกลุ่มบุคคลในสังคมเป็นตัวแปรทางด้านจิตสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลไปจนตลอดชีวิตทั้งในแง่สุขภาพกายและสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนผู้ใกล้ชิด เป็นต้น

2.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ประกอบด้วยสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้สภาวะทางร่างกาย เป็นต้น และสิ่งชักนำภายนอก เช่นข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ คำแนะนำจากบุคคลอื่น บัตรนัดจากแพทย์ เจ้าหน้าที่ หรือทันตแพทย์ ภาวะความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อน และบทความจากหนังสือพิมพ์หรือนิตยสาร เป็นต้น สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัตินี้จะเป็ผลมาจากการรับรู้ของบุคคล

3. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ (Likelihood of action) เป็นผลลัพธ์ของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

หากบุคคลมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมากกว่าการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะก่อให้เกิดความเป็นไปได้ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพหรือการป้องกันโรค

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Perceived benefits of preventive action) จากการศึกษาที่บุคคลรับรู้โอกาสที่จะเป็นโรค และรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำบางอย่าง โดยบุคคลมีความเชื่อว่าทางเลือกการกระทำนั้นมีประโยชน์เพียงใดสำหรับเขาในการลดความเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย และนำไปสู่การลดภาวะที่คุกคามจากโรค

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค (Perceived barriers to preventive action) แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ว่าการกระทำนั้นเกิดผลดีต่อการป้องกันโรค แต่ถ้การกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ไม่สะดวก สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่สบายกาย ไม่สบายใจ ความอายนี้อาจเป็นเหตุให้บุคคลเกิดการหลีกเลี่ยงที่จะแสดงพฤติกรรมที่เชื่อว่าจะนำประโยชน์

มีหลายรายงานการศึกษาที่ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการวิจัยเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากที่สุด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสามารถใช้อธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้มากกว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรคสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้น้อยที่สุด (Strecher VJ., Rosenstock IM., 1997 อ้างใน Pender N., Murdaugh C., Parsons M.A., 2002)

อย่างไรก็ตาม จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้น สามารถที่จะสรุปความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ได้ คือ การที่บุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ย่อมเป็นตัวผลักดันให้เกิดการกระทำที่อาจนำไปสู่การลดลงของภาวะคุกคามทางสุขภาพที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม มีผลต่อทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งการผสมผสานกันระหว่างตัวแปรเหล่านี้ อาจไม่ก่อให้เกิดการแสดงการกระทำอย่างจริงจังในที่สุด หากว่าขาดสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และตัวแปรหลักต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค (Perceived threat of disease) และมีผลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค (Likelihood of taking recommended preventive health action)

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนี้

การรับรู้ของบุคคล ด้านความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ อายุ 25-60 ปี จำนวน 400 คน พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เช่นเดียวกับการศึกษาของประดับ ทองใส (2541) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล จำนวน 400 คน พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทฤษฎีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และการศึกษาของพรทิพย์ ทักษิณ (2541) เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก : พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยา จำนวน 240 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทฤษฎีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคในโรคอื่น ๆ นั้น จากการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) เรื่องการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี ในหน่วยหลังคลอดของโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 200 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.30$) สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีอายุ 30-50 ปี จำนวน 230 คน พบว่า คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ในระดับต่ำมาก ($r = 0.214$)

อย่างไรก็ตาม มีผลการศึกษาบางรายงาน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพตามการรับรู้โดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรค ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังเช่นการศึกษาของปาจริย์ จันทร์เพ็ง (2541) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน จำนวน 400 คน พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทฤษฎี และเช่นกันกับการศึกษาของพรรณณี ส่องสาย (2541) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิง

อาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ และการศึกษาของแสงมณี อะโฮ (2535) เรื่อง เปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการมาตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี 2 กลุ่ม จำนวน 230 คน พบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีกลุ่มที่มา และไม่มาตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาการรับรู้ของบุคคลรายด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จากการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และการศึกษาของรัชนิพร เจ็งสืบสันต์ (2543) เรื่องความรู้ และพฤติกรรมการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้รับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลมหาสารคามนครเชียงใหม่ จำนวน 510 คน พบว่าเหตุผลในการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก เพราะกลัวการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 39.2 สำหรับเหตุผลในการตรวจครั้งนี้ ส่วนใหญ่กลัวการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 61.0 สอดคล้องกับการศึกษาในโรคอื่น เช่น การศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) พบว่า คะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพหุในพยาบาลสตรีไม่มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.17$)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการศึกษาของเรณู กาวิละ (2537) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาในโรคอื่น เช่น การศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) พบว่า คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพหุในพยาบาลสตรีไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 ตรงข้ามกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกคา (2532) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.24$)

ส่วนปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร จากการศึกษาของแสงมณี อะโฮ (2535) พบว่า สตรีกลุ่มที่มาและไม่มาตรวจเพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันในเรื่อง ระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 มีความแตกต่างกันในเรื่องอายุ และสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในด้านอาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีลักษณะไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน

193 คน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35 ปีและน้อยกว่า รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างที่สมรสครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปีและน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 35 ปี และกลุ่มตัวอย่างที่สมรสครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 20 ปี แต่พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนบุตร และสถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 คล้ายคลึงกับการศึกษาของพรฤดี นิธิรัตน์ และคณะ (2546) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของพยาบาลอายุ 30-60 ปีในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 407 ราย พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนการตั้งครรภ์ โดยอายุ และ สถานภาพสมรสคู่ เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกได้ มีปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส คู่ เห็นได้จากการศึกษาของพรทิพย์ ทักษิณ (2541) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในขณะที่รายได้ และสถานภาพสมรส ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ และการศึกษาของประดับ ทองใส (2541) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของปาจริย์ จันทร์เพ็ง (2541) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 เช่นเดียวกับการศึกษาของสตรีตาธิระวัฒน์สกุลและคณะ (2538) เรื่องการตัดสินใจในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 20-60 ปี อำเภอคอยสะเกิด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 210 คน พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพ รายได้ และอายุเมื่อรับการตรวจครั้งแรก กับการตัดสินใจในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และอื่น ๆ มีแนวโน้มไปตรวจมากกว่ากลุ่มแม่บ้าน เกษตรกร กลุ่มรายได้ไม่พอใช้ มีแนวโน้มไปรับการตรวจมากกว่ากลุ่มมีรายได้พอใช้ เหลือเก็บ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.4 ไปรับการตรวจครั้งแรกอายุต่ำกว่า 35 ปี คิดเป็นค่าเฉลี่ยของอายุเมื่อไปรับการตรวจครั้งแรก 29.8 ปี ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางสังคม อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุที่ตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนบุตรเกิดรอด จำนวนครั้งของการแต่งงาน การใช้ยาเม็ด/เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และการใช้ยาฉีด/เคยใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

ตัวแปรด้านจิตสังคมนั้น มีการศึกษาค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของไชยสินแสงประยูรพร (2543) เรื่องกระบวนการตัดสินใจในการเลือกสูตินรีแพทย์เพื่อฝากครรภ์ของสตรี

มีครรภ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 380 ราย พบว่า ผู้มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจมารับบริการฝากครรภ์ ได้แก่เพื่อน คนรู้จักที่มีประสบการณ์การคลอดบุตร และสามีตามลำดับ

สำหรับสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ จากการศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการเคยได้รับคำแนะนำให้มาตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว จำนวน 60 คน พบว่า สตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของพรทิพย์ ทักษิณ (2541) ; พรรณี ส่งสาย (2541) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ตรงข้ามกับการศึกษาของวไลพรรณ ชลสุข (2540) เรื่องการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงโรคมะเร็งปากมดลูกในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 63.3 ภายหลังได้รับข้อมูลได้ไปตรวจเพียงร้อยละ 44.7 อีกร้อยละ 55.3 ไม่ได้รับการตรวจโดยให้เหตุผลว่าอายุร้อยละ 42.4 สนับสนุนการศึกษาของปจรรย์ จันทรพีง (2541) พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ส่วนความเป็นไปได้ในการปฏิบัตินั้น บุคคลจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงใด ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ โดยการที่บุคคลมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น จะก่อให้เกิดการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งเป็นการลดความรุนแรงของโรค และจะต้องเป็นการกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ของบุคคล จากการศึกษาของเรณู กาวีละ (2537) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกลา (2532) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.22$ และ 0.23) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา สุรจิตต์ (2543) ที่พบว่า คะแนนการ

รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุน กับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีไม่มีความสัมพันธ์กัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 แต่พบว่าคะแนนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนกับคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคกระดูกพรุนในพยาบาลสตรีมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ($r = -0.437$) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สนับสนุนการศึกษาของนคร มุลนำ (2541) เรื่องการประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอำเภอค้อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ อายุ 25-60 ปี จำนวน 320 คน พบว่าเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างผู้ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามอันดับแรกได้แก่ ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เป็นโรคร้อยละ 65.63 รองลงมาได้แก่อายุเจ้าหน้าที่ร้อยละ 53.12 และไม่มีผู้ชักชวนให้มาตรวจร้อยละ 42.81

สำหรับการศึกษานี้ ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยใช้ตัวแปรเหล่านี้ตามแนวทางแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker, 1974 ; Rosenstock, 1966 อ้างใน Daly, et al., 2003 และ Pender, 1987) ในประเด็นการรับรู้ของบุคคล ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประเด็นปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรด้านประชากร ตัวแปรด้านจิตสังคม และสิ่งชักนำให้ปฏิบัติ และประเด็นความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังนี้

5. กรอบแนวคิดในการศึกษา

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก

1. การรับรู้ของบุคคล

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค

(สาเหตุการเกิดโรค)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

(อาการของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกาย, จิตใจ,
การดำเนินชีวิต, การปฏิบัติงาน, ครอบครัว)

2. ปัจจัยร่วม

2.1 ตัวแปรด้านประชากร

(อายุ, อาชีพ, ระดับการศึกษา, อายุสมรสครั้งแรก)

2.2 ตัวแปรด้านจิตสังคม

(สมาชิกในครอบครัว, กลุ่มเพื่อน)

2.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติ

(การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
ปากมดลูก)

3. ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ

3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูก(การตรวจ, การวินิจฉัย, การป้องกันโรค)

3.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค

(การตรวจ, บุคลากร, สถานที่, ความอาย, การประกอบ
อาชีพ)

การไปรับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก