

บทที่ 1

บทนำ

ความจำเป็นและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศต่างๆทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งนี้เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกเพศ ทุกวัย และทุกอวัยวะของร่างกาย ตลอดจนมีการลุกลามไปสู่อวัยวะต่างๆได้ทั่วร่างกาย มะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและการตายเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องใช้เวลารักษาในโรงพยาบาลนานกว่าโรคอื่น และมีการสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของชีวิตสูง (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิณีนาฐ สนธิพงษ์, 2532: 34) จากการสำรวจค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหाराชา นครเชียงใหม่ ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2534 จำนวน 1,772 ราย พบว่าสิ้นค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 13,102,503 บาท จำแนกเป็นผู้ป่วยพิเศษ 5,122,851 บาท และผู้ป่วยสามัญ 7,979,652 บาท ค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้ทางโรงพยาบาลสามารถเรียกเก็บจากผู้ป่วยพิเศษได้ครบทุกราย แต่เรียกเก็บจากผู้ป่วยสามัญได้เพียง 4,090,721 บาท คิดเป็นร้อยละ 51.49 ของค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และโดยที่ผู้ป่วยพิเศษส่วนใหญ่เป็นผู้มีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลจากรัฐหรือรัฐวิสาหกิจได้ จึงเท่ากับรัฐต้องเสี่ยงงบประมาณเพื่อรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งเป็นเงินจำนวนค่อนข้างสูงและไม่คุ้มกับงบประมาณที่เสียไป เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถมีชีวิตยืนยาวต่อไปได้นานนัก (สุภิญ เมธิตล, วัฒนา ชัดดีพัฒนาพงษ์, อารี คุณาพร และ จินตนา ลาฤทธิ์, 2534: 30) จากการศึกษาสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรของประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2504 ถึงปี พ.ศ.2524 พบว่าสาเหตุการตายที่สำคัญเปลี่ยนแปลงจากสาเหตุการตายในกลุ่มโรคติดเชื้อไปเป็นสาเหตุการตายในกลุ่มที่ไม่ใช่โรคติดเชื้อ เช่น อัตราตายด้วยโรคระบบไหลเวียนเลือดและอัตราตายด้วยโรคเนื้องอกและมะเร็งได้เพิ่มสูงขึ้นในทุกกลุ่มอายุ แต่ไม่พบแบบแผนที่แน่นอนของความแตกต่างระหว่างเพศในการเปลี่ยนแปลงอัตราตายด้วยโรคเนื้องอกและมะเร็ง (ศศิธร ไชยเพชร, 2534: 162) สถิติของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุ

การตายที่สำคัญของประชากรทั้งประเทศก่อนปี พ.ศ. 2510 แสดงว่าโรคมะเร็งไม่จัดอยู่ใน สาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับแรก แต่หลังจากนั้นพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ที่ 7 ในปี พ.ศ.2511 เลื่อนเป็นอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ.2523 และเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรค หัวใจและหลอดเลือดในปี พ.ศ.2531 และปี พ.ศ.2532 แต่ในปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ. 2536 การตายด้วยโรคมะเร็งได้ลดอันดับลงไปเป็นอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาอัตราการตายจะพบว่าอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งได้เพิ่มขึ้น โดยลำดับ โดยเพิ่มจาก 11.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ.2511 เป็น 23.6 ในปี พ.ศ. 2523 เป็น 33.5 ในปี พ.ศ.2531 และเป็น 45.0 ในปี พ.ศ.2536 (กองสถิติสาธารณสุข, 2538: 168-169)

ข้อมูลจากรายงานระบาดวิทยาของโรคมะเร็งในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2514 ถึงปี พ.ศ.2525 แสดงว่าคนไทยเป็นมะเร็งทุกอวัยวะ และเพศหญิงมีอัตราการเป็นมะเร็งสูงกว่าเพศชายในอัตราส่วน 1.2 ต่อ 1 อวัยวะที่พบว่าเป็นมะเร็ง 5 อันดับแรกในเพศชายได้แก่ ตับ ปอด ช่องปาก ลำไส้ใหญ่ และกระเพาะอาหาร ส่วนในเพศหญิงพบว่าอวัยวะที่เป็นมะเร็ง 5 อันดับแรกได้แก่ ปากมดลูก เต้านม ช่องปาก ตับ และลำไส้ใหญ่ (สมชาย สมบูรณ์เจริญ และ ศิณีนารถ สนธิพงษ์, 2524: 121) โดยภาคกลางและภาคเหนือพบมะเร็งปากมดลูกและมะเร็ง ปอดมากที่สุด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งตับมากที่สุด ส่วนภาคใต้ พบมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งช่องปากมากที่สุด สรุปได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบ มากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และพบทุกภาคของประเทศไทย (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และ ศิณีนารถ สนธิพงษ์, 2532: 36-37) คิดเป็นร้อยละ 12.3 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด หรือร้อยละ 23.9 ของผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง ซึ่งเท่ากับ 12.0 ต่อประชากรแสนคน (National Cancer Institute, 1984: 12) และสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในช่วงปี พ.ศ.2531 ถึงปี พ.ศ.2535 แสดงว่าผู้ป่วยมะเร็งมีสัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นทุกปี จากร้อยละ 33.2 ในปี พ.ศ.2531 เป็นร้อยละ 33.5 ในปี พ.ศ.2533 และร้อยละ 36.6 ในปี พ.ศ. 2535 (National Cancer Institute, 1988-1993: 8)

นอกจากความรุนแรงด้านอัตราการตายดังกล่าวข้างต้นแล้ว โรคมะเร็งปากมดลูกยังก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจสูงมากทั้งในด้านการให้การรักษายาบาลและในส่วนของผู้ป่วยเอง เนื่องจากเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการรักษามีราคาแพงและต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ให้การดูแล รักษาไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสง หรือการให้ยาเคมีบำบัด การรักษาโรค

มะเร็งต้องใช้เวลาชั่งนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง รวมทั้งมีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาว อีกด้วย และตัวของผู้ป่วยเองก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากสำหรับเป็นค่าตรวจวินิจฉัยและค่ารักษาพยาบาล โดยเหตุที่โรคมะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีช่วงอายุ 30-50 ปี (ไพรัช เทพมงคล, 2524ก: 92) ซึ่งสตรีในกลุ่มอายุดังกล่าวนี้เป็นสตรีที่อยู่ในช่วงอายุที่เป็นกำลังสำคัญในการทำงานเพื่อการสร้างฐานะของครอบครัวให้มั่นคง ฉะนั้นการที่สตรีในกลุ่มอายุนี้ต้องป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งจึงเป็นการสูญเสียช่วงเวลาที่มีค่าของชีวิตไปเพราะเหตุของการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากจะอยู่ในระยะเกือบสุดท้ายหรือระยะสุดท้าย นอกจากความสูญเสียดังกล่าวแล้วยังมีความสูญเสียที่มองไม่เห็น เช่น การสูญเสียด้านจิตใจและการสูญเสียเวลาของญาติพี่น้อง รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต และการสูญเสียรายได้ที่เกิดจากกำลังงานและผลผลิตของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

แม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะก่อให้เกิดความสูญเสียและความรุนแรงต่อชีวิตและสุขภาพของสตรีดังที่กล่าวมา แต่มะเร็งปากมดลูกก็เป็นมะเร็งที่มีลักษณะที่แตกต่างจากมะเร็งอื่นๆ คือ

ประการแรก สามารถป้องกันและรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้เมื่อพบในระยะเริ่มแรก จากการศึกษาลักษณะของโรคพบว่ากรณีที่มะเร็งจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิดปกติชนิดไม่ร้ายแรงกลายเป็นเซลล์ผิดปกติชนิดร้ายแรงจนกลายเป็นเซลล์มะเร็งนั้นจะใช้เวลาชั่งนานหลายปี อย่างเร็วที่สุด 3 ปี และอย่างช้าที่สุด 25 ปี ในกรณีที่หาสาเหตุไม่ได้ (อนงค์ นนทสุด, 2530: 49) ดังนั้นการที่สตรีตรวจค้นหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำจะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ อันเป็นการเฝ้าระวังโรคทางหนึ่ง การตรวจค้นหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็งจะได้ผลแน่นอนถึงร้อยละ 97 สำหรับมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกได้ผลแน่นอนถึงร้อยละ 96 และมะเร็งปากมดลูกในระยะหลังได้ผลร้อยละ 94 (อิตถี ขนโมตรี, 2519: 27) และถ้าตรวจพบเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกก็จะสามารถรักษาให้หายได้ทั้งหมดที่ อัตราตายจากมะเร็งปากมดลูกก็จะลดน้อยลง ถ้าได้รับการรักษาตั้งแต่เป็นมะเร็งระยะที่ 1 จะมีโอกาสหายถึงร้อยละ 90 และหากมะเร็งเปลี่ยนเป็นระยะที่ 2, 3 และ 4 โอกาสที่จะหายจากโรคนี้อาจเหลือเพียงร้อยละ 50, 30 และ 10 ตามลำดับ (พิชัย เจริญพานิช, 2532: 34)

ประการที่สอง สามารถตรวจพบเซลล์มะเร็งได้ง่าย เพราะลักษณะธรรมชาติทางกายวิภาคทำให้สามารถเห็นปากมดลูกได้ง่ายด้วยการใช้เครื่องตรวจภายในและขูดเซลล์จากปากมดลูกมาตรวจทางเซลล์วิทยา

คุณลักษณะดังกล่าวจึงเป็นข้อดีที่นำมาเป็นช่องทางในการป้องกันและควบคุมโรคโดยการค้นหาโรครุนแรงในระยะเริ่มแรกด้วยการค้นหาโรครุนแรงในประชากรปกติที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อลดอัตราการป่วยและอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินนโยบายในการที่จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก โดยเสนอแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (WHO, 1981 อ้างใน พิสิทธิ์ พันธุมจินดา และ ศิณีนาถ สันธิพงษ์, 2532: 38)

1) การป้องกันขั้นที่หนึ่ง (primary prevention) หมายถึง การป้องกันโรคมะเร็งในประชากรโดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่มีโอกาสก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น ควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย และควบคุมหรือลดจำนวนสารที่มีโอกาสก่อให้เกิดโรค มาตรฐานในการดำเนินงานป้องกันในขั้นนี้ก็คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุของมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การให้สุขศึกษา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

2) การป้องกันขั้นที่สอง (secondary prevention) ได้แก่ ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจค้นหาโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก (early detection) หรือการคัดกรอง (screening) เพื่อค้นหาโรคมะเร็งในประชากรปกติ

3) การป้องกันขั้นที่สาม (tertiary prevention) เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวต่อไป

ขณะเดียวกันในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 และฉบับที่ 7 ได้กำหนดแนวนโยบายที่สอดคล้องกับแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ) โดยความร่วมมือจากกรมอนามัยและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัดดำเนินการตามมาตรการด้านการป้องกันขั้นที่หนึ่ง คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุของโรคมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การให้สุขศึกษา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม กิจกรรมที่ดำเนินอยู่ในขณะนี้คือ การรณรงค์ให้ประชาชนเลิกสูบบุหรี่และการแนะนำให้ประชาชนรู้จักเลือกรับประทานอาหารโดยหลีกเลี่ยงการบริโภคสิ่งที่มีโอกาสเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง

ส่วนมาตรการในการดำเนินงานด้านการป้องกันขั้นที่สอง และการป้องกันขั้นที่สามนั้น เนื่องจากการบริการวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งยังมีอยู่จำกัด เฉพาะในส่วนกลางและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในส่วนภูมิภาคเท่านั้น จึงมีความจำเป็นต้องขยายสถานบริการในการตรวจรักษาโรคมะเร็งจากส่วนกลางออกไปยังส่วนภูมิภาคให้มากขึ้น มาตรการที่กำลังดำเนินงานอยู่ในขณะนี้คือโครงการที่จะจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งในส่วนภูมิภาคขึ้น เพื่อกระจายบริการด้านการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคไปสู่ชนบทให้มากขึ้น เป็นการแบ่งเบาภาระจากส่วนกลางและประหยัดค่าใช้จ่ายของประชาชนในการเดินทางไปรับการตรวจรักษาในส่วนกลางด้วย อีกโครงการหนึ่งซึ่งอยู่ในระหว่างดำเนินการคือโครงการคัดกรอง (screening) สตรีที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี เพื่อค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก โดยมีเป้าหมายว่าเมื่อสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 จะดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกจังหวัดโดยทำการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 15 ต่อปี

จังหวัดอ่างทองเป็นจังหวัดเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่จะดำเนินการตามโครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2537 โดยเริ่มจากการประชุมสัมมนาอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบล ให้มีความสามารถในการให้บริการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกโดยการตรวจแปสเมียร์ (Pap smear) ขณะเดียวกันจังหวัดอ่างทองได้จัดโครงการรณรงค์เพื่อตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจแปสเมียร์ตั้งแต่นั้นปี พ.ศ.2533 โดยได้จัดหน่วยเคลื่อนที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทองร่วมกับหน่วยเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การวางแผนครอบครัวออกให้บริการที่สถานีอนามัยครอบคลุมทั้งจังหวัด โดยเน้นเป้าหมายที่กลุ่มผู้รับบริการวางแผนครอบครัว ในการนี้โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองได้ร่วมดำเนินการให้บริการในสถานบริการด้วย ผลการปฏิบัติงานพบว่าผู้ที่ได้รับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ.2533 ถึงปี พ.ศ.2537 มีเพียงร้อยละ 1.6, 2.2, 1.7, 1.4 และ 1.3 ของกลุ่มเป้าหมายเท่านั้น

โดยที่มะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องตั้งแต่อายุในระยะที่เริ่มเป็น แต่ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมักจะไปปรึกษาแพทย์ต่อเมื่ออยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว จากการศึกษาของพรพันธุ์ บุณยรัตพันธุ์ (2525: 78) พบว่าประมาณร้อยละ 67 ของผู้ป่วยที่ไปรับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระยะที่ 2, 3, และ 4 แล้ว เป็นเหตุให้

การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้มักจะพบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ไม่ยอมกลับเข้ามารับการรักษาจากแพทย์ บางรายหันไปรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น ใช้น้ำสมุนไพร หรือรศน์น้ำมันต์ บางรายใช้วิธีเปลี่ยนโรงพยาบาลไปหลายๆแห่งจนกว่าจะได้คำตอบ หรือการรักษาที่ตนเองต้องการ เช่น การทำผ่าตัดในกรณีที่เป็นต้น สาเหตุของการที่สตรีมักไม่ยอมไปรับบริการตรวจคัดหามะเร็งระยะเริ่มแรกอาจจะเป็นเพราะอายุ กลัวว่าจะต้องตรวจภายในช่องคลอด กลัวเจ็บ หรือกลัวว่าแพทย์จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง และเมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของปัญหา พบว่า ความไม่รู้ ความไม่เข้าใจ และความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งดังกล่าว ทำให้ถึงกับยอมทนทุกข์ทรมานทั้งกายและใจอยู่เป็นเวลานานเป็นการเสียเวลาในการวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาล (ไพรัช เทพมงคล, 2524ก: 21)

การตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกเป็นการตรวจวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกเพียงวิธีเดียวที่สามารถลดอันตรายที่เกิดจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ การที่สตรีไปขอรับบริการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกในขณะที่ไม่มีอาการผิดปกติอย่างสม่ำเสมอ เป็นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางสุขภาพอนามัย จึงน่าจะได้รับการศึกษาถึงภูมิหลังของสตรีในด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น การคุมกำเนิด การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติ รวมทั้งศึกษาถึงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในกลุ่มสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ และกลุ่มสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ โดยคาดว่าผลของการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงด้านบริการทางพยาบาลในการที่จะให้ความรู้ คำแนะนำ และแก้ไขความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีให้เป็นผู้ที่มีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง และไปรับบริการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น รวมทั้งเป็นประโยชน์ต่อการจัดระบบบริการทางการแพทย์สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมได้ดียิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อสตรีไทยจะได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบภูมิหลังด้านประชากร ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจ ภูมิหลังด้านสังคม และภูมิหลังด้านอื่นๆของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ

แนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 3 ทฤษฎี คือ (1) ทฤษฎีทางระบาดวิทยาว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงทางประชากร (2) ทฤษฎีการเกิดโรคมะเร็ง และ (3) ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ แต่ละทฤษฎีมีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีทางระบาดวิทยาว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงทางประชากร

ทฤษฎีทางระบาดวิทยาว่าด้วยการเปลี่ยนแปลงประชากรเป็นทฤษฎีที่ Abdel Omran (1971) ศึกษาเกี่ยวกับการกระจายของโรค ผลที่เกิดขึ้นจากโรค และการตายในประชากรกลุ่มต่างๆ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงอันสลับซับซ้อนในรูปแบบของสุขภาพและโรคภัยโดยใช้ตารางชีพแบบจำลองขององค์การสหประชาชาติ (the United Nations model life tables) มีการรวมแบบแผนการตายจากวัฒนธรรมต่างๆที่มีระดับความคาดหมายการคงชีพของประชากรที่แตกต่างกันไว้ด้วยกันเพื่อเป็นหลักฐานแสดงให้เห็นถึงขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงสาเหตุการตาย โดยโรคเกี่ยวกับอวัยวะและโรคที่มนุษย์สร้างขึ้นได้เข้าแทนที่โรคติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายในอดีต (ปราชญ์ ประสาทกุล, 2522: 110) โรคเกี่ยวกับระบบอวัยวะและโรคที่มนุษย์สร้างขึ้น ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคประสาท อุบัติเหตุต่างๆ และโรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 10 อันดับแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2511 เป็นต้นมา และปี พ.ศ.2536 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งอยู่ในอันดับที่ 3 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และอุบัติเหตุ (กองสถิติสาธารณสุข, 2538: 168-169)

การศึกษาเรื่องภาวะการตายมีกรอบการวิเคราะห์ 2 แนวคิดใหญ่ๆคือ กรอบการวิเคราะห์ตามแนวการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์และกรอบการวิเคราะห์ตามแนวการศึกษาวิจัยทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ (Mosley and Chen, 1984: 25-26) การศึกษาทั้งด้านสังคมศาสตร์และด้านการแพทย์ช่วยให้เข้าใจภาวะการตาย โดยเฉพาะภาวะการตายของเด็กว่ามีผลจากปัจจัยอะไร ทั้งจากปัจจัยด้านการแพทย์และปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม Mosley and Chen ได้เสนอตัวแปรแทรกกลาง และกล่าวว่าตัวแปรทางเศรษฐกิจและสังคมจะมีผลกระทบต่อตัวแปรแทรกกลาง ซึ่งจะมีผลกระทบต่อภาวะการตายโดยเฉพาะภาวะการตายของเด็กอีกทอดหนึ่ง อาจแสดงเป็นแผนภาพดังนี้



ตัวแปรแทรกกลางที่ Mosley and Chen (1984: 27) นำมาศึกษาประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อมารดา เช่น อายุ จำนวนบุตร และช่วงห่างการมีบุตร
- 2) มลภาวะสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อมลภาวะอากาศเป็นพิษ ปัญหาน้ำเสีย
- 3) การขาดสารอาหาร เช่น คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และวิตามิน
- 4) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่างๆ หรือการทำร้ายตนเอง
- 5) การป้องกันโรคของแต่ละบุคคล โดยพิจารณาทั้งในแง่การเฝ้าระวังและการป้องกันโรค

ภาวะการตายเป็นปัจจัยสำคัญที่มีส่วนกำหนดการเปลี่ยนแปลงทางประชากรทั้งในด้านขนาดและโครงสร้างประชากร การป้องกันโรคของแต่ละบุคคลเป็นตัวแปรแทรกกลางที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาวะการตาย ดังนั้นหากบุคคลควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้โดยมีการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพของตนเอง มีการตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคระยะเริ่มแรก และรักษาพยาบาลตั้งแต่เริ่มมีอาการเพียงเล็กน้อย การเจ็บป่วยรุนแรงและการตายก็น่าจะลดลง โดยเฉพาะโรคมะเร็งถ้ามีการค้นพบโรคนในระยะแรกและทำการรักษาตามหลักการแพทย์ อัตราป่วยและอัตราตายก็จะลดลง

2. ทฤษฎีการเกิดโรคมะเร็ง

เซลล์มะเร็งคือเซลล์หรือกลุ่มเซลล์ที่สูญเสียการควบคุมการเจริญเติบโตและสูญเสียหน้าที่ตามปกติ ทั้งยังสามารถคุกคามและกระจายไปยังอวัยวะอื่นๆได้ ฉะนั้นโรคมะเร็งจึงเป็นโรคเกี่ยวกับเซลล์ที่เกิดขึ้นกับอวัยวะได้ทั่วร่างกาย (ยกเว้นเส้นผม ฟัน และเล็บ)

ทฤษฎีการเกิดโรคมะเร็งที่รู้จักกันแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับในปัจจุบันคือทฤษฎีอองโคยีน (oncogene theory) Huebner and Todaro (1969) สรุปว่าเซลล์ใดก็ตามที่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้นั้นจะต้องมียีน (ซึ่งเป็นรหัสชีวิตที่จะควบคุมลักษณะและหน้าที่การทำงานของเซลล์ตลอดการถ่ายทอดลักษณะทางพันธุกรรม) ที่จะกลายเป็นมะเร็งอยู่ภายในเซลล์นั้น เรียกว่าอองโคยีน (oncogene) เมื่อร่างกายได้รับสารก่อมะเร็ง (carcinogen) หรือมีเหตุที่ทำให้กลไกที่กดอองโคยีนไว้ไม่ให้กลายเป็นเซลล์มะเร็งเสียไปก็จะทำให้เซลล์นั้นกลายเป็นเซลล์มะเร็งได้ เมื่อเซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็งแล้วเซลล์ก็จะแบ่งตัวตลอดเวลาโดยไม่อยู่ภายใต้การบังคับบัญชาของร่างกาย ทำให้เป็นก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ (ไพรัช เทพมงคล, 2524ก: 25)

นอกจากนี้ยังเชื่อกันว่า การเกิดโรคมะเร็งนั้นเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีปัจจัยหลายๆประการร่วมกันเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็ง แต่ไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใด อย่างไรก็ตามก็พอจะสรุปได้ว่ามีปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญ 2 ประการร่วมกันที่ทำให้เซลล์ทำงานผิดปกติก็คือ ปัจจัยภายใน (intrinsic factor) ที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลมีความต้านทานโรคมะเร็งแตกต่างกันไป เช่น เพศ วัย สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระบบฮอร์โมน และลักษณะทางพันธุกรรม เป็นต้น และปัจจัยภายนอก (extrinsic factor) ที่เกิดจากสภาพแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย สารเคมี และไวรัส เป็นต้น ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกต่างก็มีส่วนทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

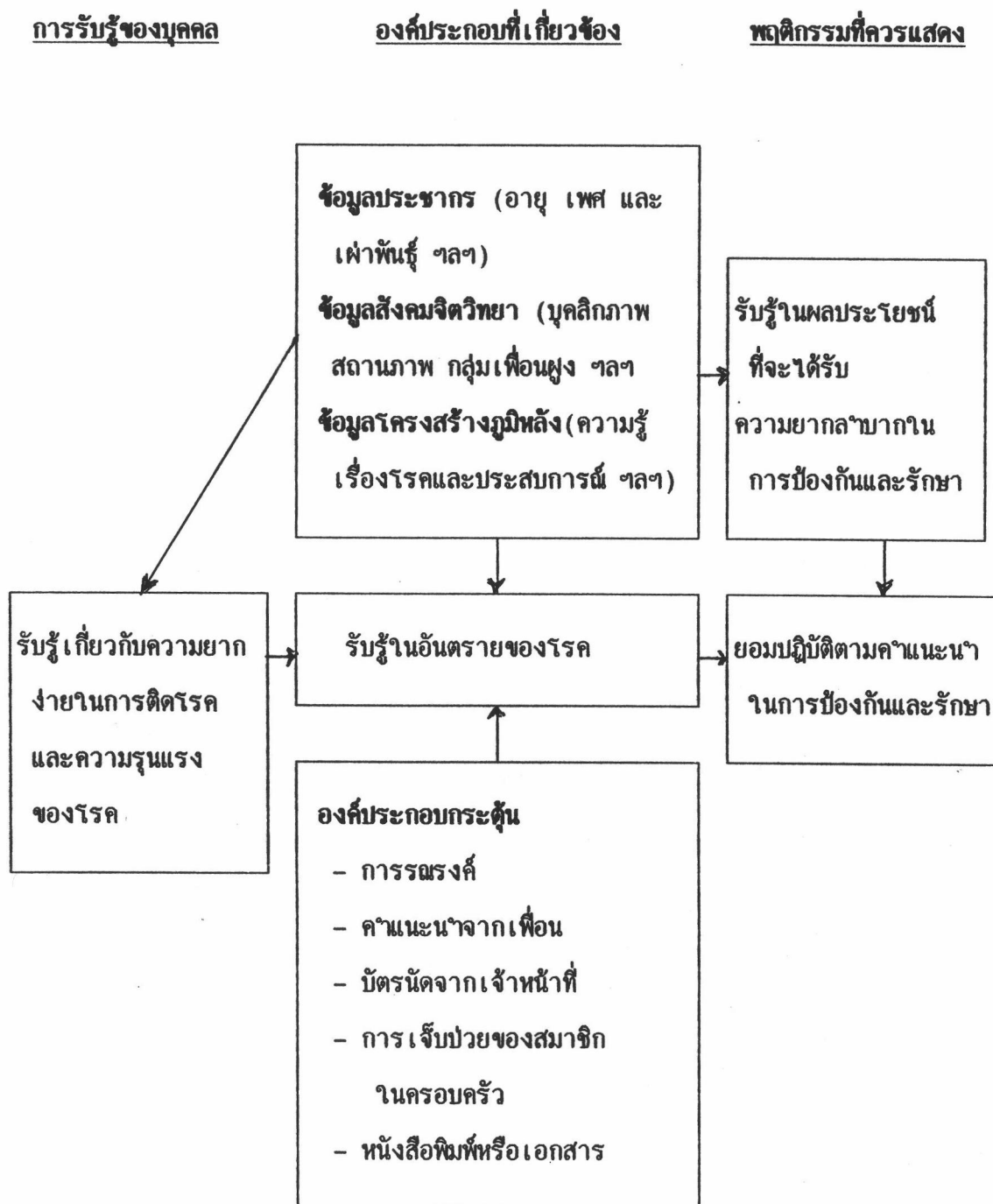
มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญ เพราะผู้ป่วยมักจะไปปรึกษาแพทย์ก็ต่อเมื่ออยู่ในระยะที่เป็นมากแล้ว เพราะขาดความรู้ ความเข้าใจ และมีความเชื่อที่ผิดๆ (ไพรัช เทพมงคล, 2524ก: 21) การที่ผู้ป่วยจะหายจากโรคมะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระยะเวลาที่ค้นพบโรคและการรักษาติดตามผลที่ครบถ้วน

แม้ว่าจะมีการศึกษาค้นคว้าอย่างมากรวมทั่วโลก แต่ก็ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม Lawson and Stewart (1967: 569-572) ได้สรุปปัจจัยส่งเสริมว่าเกิดจากฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย มีบุตรหลายคน มีการติดเชื้อเฮร์ปีซิมเพล็กซ์ไวรัสชนิดที่ 2 สามีมีสุขวิทยาส่วนบุคคลไม่ดี และมีความเกี่ยวข้องกับพันธุกรรม

3. ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (1974: 329-335) ได้อธิบายพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยโดยใช้แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ไว้ว่า องค์ประกอบส่วนบุคคล อันได้แก่ องค์ประกอบทางประชากร (เช่น อายุ เพศ) องค์ประกอบทางจิตสังคม (เช่น บุคลิกภาพ) และองค์ประกอบทางโครงสร้าง (เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค) มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล คือ การรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และการรับรู้ว่าคุณเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ จะเกิดความรุนแรงและกระทบการดำเนินชีวิตอย่างไร เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ดังกล่าว บุคคลก็จะเกิดการรับรู้ต่อโรคว่าโรคนั้นๆ เป็นโรคที่รักษาได้หรือไม่อย่างไร การรับรู้ทั้ง 3 ประการจะส่งผลต่อพฤติกรรมการรับบริการทางสุขภาพ ในขณะที่เดียวกัน องค์ประกอบส่วนบุคคลจะก่อให้เกิดการรับรู้ในเรื่องประโยชน์ของการรับบริการและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการเช่นกัน นอกจากนี้องค์ประกอบทางสังคม เช่น การรณรงค์ การแนะนำจากบุคคล การกระตุ้นจากบุคลากรทางการแพทย์ การเจ็บป่วยของญาติในครอบครัวหรือเพื่อน หนังสือพิมพ์ หรือบทความจากสื่อมวลชนต่างๆ จะเป็นสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้เรื่องโรค การรักษา และการหายจากโรค และมีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการทางสุขภาพเช่นกัน อาจนำเสนอแนวความคิดเหล่านี้เป็นแผนภูมิไว้ดังนี้

แผนภูมิที่ 1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล



แหล่งที่มา : Rosenstock, 1974: 334

พฤติกรรมสุขภาพอนามัยจะเกิดการเปลี่ยนแปลงได้จะต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้มี 2 ชนิด คือ การเรียนรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่ศึกษาจากบทเรียน มีรูปแบบวิธีการสอน และมีครูผู้ทำการสอน และการเรียนรู้ตามโอกาสหรือการเรียนรู้ที่ไม่มีรูปแบบ ซึ่งเป็นการเรียนรู้ตามโอกาสต่างๆ เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ใหม่ เป็นการเรียนรู้ที่ได้มาจากการที่บุคคลได้เผชิญกับสิ่งต่างๆรอบตัว เช่น การเรียนรู้จากการอ่านและการฟังข่าวสารจากสื่อมวลชน จากคำบอกเล่าของผู้อื่น การเรียนรู้แบบนี้เป็นกระบวนการถ่ายทอดทางสังคม

Redman (1976: 92) ได้จัดจำแนกองค์ประกอบของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) จะประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ หรือการประยุกต์ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัยนี้จะเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้ที่ทำให้สามารถกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยใช้ความคิด ทำให้ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และมีเจตคติเพิ่มขึ้น สามารถที่จะนำความรู้ที่มีอยู่ไปตัดแปลงใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งพฤติกรรมในองค์ประกอบนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่รู้เป็นรู้

2. พฤติกรรมด้านเจตพิสัย (affective domain) เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับด้านอารมณ์ที่มีผลต่อการเลือกสิ่งต่างๆที่ตนชอบหรือไม่ชอบ และเป็นการกำหนดคุณค่าของสิ่งเหล่านั้น พฤติกรรมในองค์ประกอบด้านนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากชอบเป็นไม่ชอบ จากไม่ชอบเป็นชอบ หรือจากเชื่อเป็นไม่เชื่อ จากไม่เชื่อเป็นเชื่อ

3. พฤติกรรมด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะหรือความสามารถในด้านต่างๆที่กระทำออกมา พฤติกรรมในองค์ประกอบนี้จะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากสิ่งที่ไม่เป็นให้ทำเป็น จากสิ่งที่ไม่เคยปฏิบัติเปลี่ยนมาเป็นปฏิบัติ

ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคคนเฒ่าจะต้องมีพื้นฐานความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคนี้ๆ เมื่อถูกกระตุ้นด้วยความรู้สึกหรืออารมณ์ รวมทั้งมีองค์ประกอบอื่นๆจากภายในตัวบุคคล เช่น ภูมิหลังด้านประชากร ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจ และภูมิหลังด้านสังคม ก่อให้เกิดความพร้อมในการปฏิบัติและมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในเวลาต่อมา

จากความคิดเห็นนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 14) ได้สรุปความสัมพันธ์ไว้ดังนี้



ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรม เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะแบ่งเป็น 3 ส่วน ส่วนแรกทบทวนภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 2 ทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และส่วนสุดท้ายทบทวนปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การทบทวนแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

1. ภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก

ภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกแบ่งได้เป็น 4 ด้าน คือ ภูมิหลังด้านประชากร ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจ ภูมิหลังด้านสังคม และภูมิหลังด้านอื่นๆ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ภูมิหลังด้านประชากร

ภูมิหลังด้านประชากรของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกที่จะนำมาทบทวนในที่นี้ประกอบด้วยอายุ สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ระยะเวลาสมรส และจำนวนบุตร มีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 อายุ

การตายและการเป็นโรคแปรผันตามอายุของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับโรคอาจพบได้ในโรคต่างๆหลายโรค โดยเฉพาะโรคไร้เชื้อ (non-infectious disease) ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสได้รับสารที่ทำให้เกิดโรคมายิ่งขึ้น สารเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่ละน้อยจนเกิดโรครุนแรง ถ้าสารที่ได้รับสะสม

ไว้ในร่างกายมากพอ และถ้าร่างกายไม่มีความต้านทานเพียงพอ เช่นในวัยชราหรือวัยทารก ซึ่งกลไกในการสร้างความต้านทานเสื่อมลงหรือยังพัฒนาไม่เต็มที่ ทำให้ร่างกายมีความไวต่อการติดเชื้อมากขึ้น (โพบูลย์ โกล์ห์สุนทร, 2537: 39-42)

จากการทบทวนผลการศึกษเกี่ยวกับภูมิหลังด้านอายุของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ส่วนใหญ่พบว่ามียุระหว่าง 40-60 ปี เช่น การศึกษาของเพ็ญแข พิทักษ์ไพรวรรณ, พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และวรัญ วรรณตรี (2531: 170) ที่ได้สำรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรีในชนบท โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่งที่อยู่ห่างออกจากกรุงเทพมหานคร 100-150 กิโลเมตร พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกจำนวน 3,179 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-49 ปี ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของเพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล นิมิตร มาร์ติน และรัชชัญญ์ รัตนวิกรานต์ (2537: 107) ซึ่งได้ทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งในจังหวัดลำปางในช่วงปี พ.ศ.2531 ถึงปี พ.ศ.2535 จำนวน 2,358 ราย พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-55 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2525: 80-81) ซึ่งได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร คือโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในช่วงปี พ.ศ.2516 ถึงปี พ.ศ.2520 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40-59 ปี

สำหรับการศึกษานานต่างประเทศ พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่อายุมากกว่า 30 ปี เช่น Wynder et al. (1954: 1021) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอินเดีย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 589 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-59 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Terris et al. (1967:841) ซึ่งศึกษาในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในเมืองนิวยอร์กและเมืองนิวยอร์ก พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 239 ราย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-59 ปี และการศึกษาของ Sujathan et al. (1955: 75) ซึ่งศึกษาสตรีจำนวน 3,602 ราย ในภาคใต้ของประเทศไทยพบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่อายุมากกว่า 40 ปี

จากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่มีอายุก่อนข้างมาก โดยในประเทศไทยพบในกลุ่มอายุ 40 ปีขึ้นไป ส่วนในต่างประเทศพบในกลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป ส่วนการศึกษาค้นคว้าวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่อายุมากแตกต่างกันหรือไม่

1.1.2 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสเกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของสตรี เพราะสถานภาพสมรสของสตรีเกี่ยวข้องกับใกล้ชิดกับการมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร บัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุของโรคต่างๆ รวมทั้งโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประวิทย์สุนทรสีมะ (2525: 99) สรุปว่า สตรีที่สมรสแล้วจะเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีโสด

การศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลังด้านสถานภาพสมรสของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามี เช่น การศึกษาของจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2529: 75) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรงเพ็งสุวรรณ (2528: 112) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่ได้รับรังสีรักษาจากภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 70 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามีเช่นกัน เช่นเดียวกับการศึกษาของแสงอรุณ สุขเกษม (2533: 40) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามารบิตีจำนวน 74 ราย ไม่พบผู้ป่วยที่เป็นโสดเลย และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่สมรสแล้วส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับสามี

สำหรับการศึกษานานต่างประเทศ พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่ชีวิตสมรสไม่ยั่งยืน ได้แก่ พวกหย่าร้าง แยกกันอยู่กับสามี หม้าย มีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นที่ไม่ใช่สามี โสเภณี แต่งงานหลายครั้ง และเปลี่ยนคู่นอนหลายคน (Martin, 1967: 805) นอกจากนี้การศึกษาของ Thomas (1973: 14) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในรัฐแมริแลนด์และรัฐวอชิงตันจำนวน 324 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 302 ราย พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีสัดส่วนของผู้ที่เป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่กับสามีสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Maghissi and Mack (1968: 610) ที่ศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในเมืองดีทรอยต์ รัฐมิชิแกนจำนวน 511 ราย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่กับสามี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fasal, Simmons and Kampert (1981: 631-636) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกจำนวน 34,318 ราย ในเมืองต่างๆของรัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่เป็นหม้าย หย่า และแยกกันอยู่กับสามี

ผลการศึกษาศาสนาภาพสมรสของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติทั้งใน ประเทศไทยและในต่างประเทศส่วนใหญ่เป็นผู้ที่สมรสแล้ว โดยในประเทศไทยพบผู้ที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามีเป็นส่วนใหญ่ ส่วนในต่างประเทศพบผู้ที่สมรสไม่ยั่งยืนเป็นส่วนใหญ่ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามีแตกต่างกันหรือไม่

1.1.3 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นภูมิหลังด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด สตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย (พิชัย เจริญพานิช, 2532: 30; Benson, 1980: 204) เพราะขณะที่สตรีอายุน้อยนั้น เซลล์บริเวณปากมดลูกยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ การร่วมเพศจะทำให้เซลล์บริเวณดังกล่าวได้รับปฏิกิริยาจากโปรตีนบริเวณหัวของตัวอสุจิ (sperm) และจากซีเมียม (smegma) บริเวณปลายองคชาติของผู้ชายซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งทำให้เกิดการระคายเคืองบริเวณปากมดลูก เซลล์บริเวณนั้นอาจมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์ผิดปกติได้ (สัจชัย บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531: 40; อิตถี ขนไมตรี, 2531: 14) การศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535: 37) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 500 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี

ในต่างประเทศมีการศึกษาอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกดังนี้ Rotkin (1967: 822) ได้ศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 415 ราย ในโรงพยาบาล 7 แห่ง ในเมืองซานฟรานซิสโกและเมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่าส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 15-20 ปี ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Terris et al. (1967: 843) ที่ศึกษาในโรงพยาบาล 5 แห่ง ในเมืองนิวยอร์กและเมืองนิวยอร์ก พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 17 ปี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Wynder et al. (1954: 1026) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอินเดีย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 589 ราย ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุต่ำกว่า 19 ปี และการศึกษาของ Affandi (1993: 175-180) ที่ศึกษาผู้ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกในประเทศบรูไนจำนวน

27,208 ราย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี ผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบ เซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยแตกต่างกันหรือไม่

1.1.4 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก

อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการตั้งครรภ์มีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายของสตรี กล่าวคือ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก โดยเฉพาะการคลอดบุตรทำให้เกิดการชอกช้ำและฉีกขาดบริเวณปากมดลูก และถ้าคลอดบุตรขณะอายุยังน้อยในขณะที่เซลล์บริเวณปากมดลูกยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่และมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่ายเมื่อบริเวณปากมดลูกฉีกขาดเนื่องจากการคลอดบุตร เซลล์บริเวณปากมดลูกอาจเปลี่ยนแปลงกลายเป็นเซลล์ผิดปกติได้ การศึกษาของเพ็ญแข พัทธ์ไพโรวัน, พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และ วรีย วรมนตรี (2531: 170) ซึ่งสำรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในเขตชนบท โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน 6 แห่งที่อยู่ห่างจากกรุงเทพมหานคร 100-150 กิโลเมตร พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกจำนวน 3,179 ราย มีอายุเฉลี่ยเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกเท่ากับ 23 ปี

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี เช่น การศึกษาของ Christopheron and Parker (1965: 237) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 345 ราย ในรัฐเคนตักกี พบว่าส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 15-19 ปี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Barron and Richart (1971: 981) ที่ศึกษาสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกจำนวน 7,427 ราย ในเมืองบาร์เบโดส หมู่เกาะเวสต์อินดีส พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Thomas (1973: 17) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในรัฐแมริแลนด์และรัฐวอชิงตันจำนวน 324 ราย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจำนวน 302 ราย พบว่ากลุ่มที่ศึกษามีสัดส่วนของผู้ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยแตกต่างกันหรือไม่

1.1.5 ระยะเวลาสมรส

ระยะเวลาสมรสเป็นตัวกำหนดช่วงเวลาการมีเพศสัมพันธ์ของสตรี ถ้าระยะเวลาการสมรสยาวนานและมีเพศสัมพันธ์กับสามีตามปกติ การมีเพศสัมพันธ์จะทำให้เกิดการระคายเคืองเรื้อรังบริเวณปากมดลูก ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก (นคร ศิริทรัพย์, 2525: 155; พรรณนิภา ธรรมวิรัช และ ประอรนุช ตัญยาทร, 2530: 3; Lawson and Stewart, 1967: 569) เพราะซีเบียก (smegma) บริเวณปลายองคชาติของผู้ชายที่ไม่ได้ขลิบปลายอวัยวะเพศเป็นสารก่อมะเร็ง (อิตถี ชนไวมตรี, 2531: 14) รวมทั้งบริเวณหัวของตัวอสุจิ (sperm) มีโปรตีนชนิดหนึ่งซึ่งทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเปลี่ยนแปลง (สัญญา บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531: 40)

การศึกษาในต่างประเทศในเรื่องของระยะเวลาสมรสมีดังนี้ การศึกษาของ Sujathan et al. (1995: 75-87) ซึ่งศึกษาสตรีในภาคใต้ของประเทศอินเดียจำนวน 3,602 ราย พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่มีระยะเวลาสมรสนานกว่า 20 ปี

ส่วนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ศึกษาไว้ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีระยะเวลาสมรสนานกว่า 20 ปี ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่มีระยะเวลาสมรสยาวนานแตกต่างกันหรือไม่

1.1.6 จำนวนบุตร

จำนวนบุตรของสตรีมีความสัมพันธ์โดยตรงกับมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการคลอดบุตรอาจทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการชอกช้ำและฉีกขาด โดยเฉพาะเมื่อมีการคลอดบุตรหลายคนทำให้มีการชอกช้ำและฉีกขาดหลายครั้ง เซลล์บริเวณดังกล่าวอาจมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยๆจนกลายเป็นเซลล์ที่ผิดปกติได้ การศึกษาที่

พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่มียุติกรรมหลายคน เช่น การศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ (2528: 111) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่ได้รับรังสีรักษาจากภาควิชารังสีวิทยา โรงพยาบาลศิริราชจำนวน 70 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียุติกรรม 4-6 คน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอุมาภรณ์ ไพบูลย์สุทธิเดช (2531: 89) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่ได้รับรังสีรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นเวลา 6 สัปดาห์จำนวน 120 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียุติกรรม 4-6 คน ข้อค้นพบจากการวิจัย 2 ชิ้นนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2525: 78) ที่ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี วชิรพยาบาล และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 4,222 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มียุติกรรม 3-5 คน

ในต่างประเทศได้มีการศึกษาในเรื่องของจำนวนบุตรของผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ ซึ่งส่วนใหญ่มียุติกรรมหลายคนเช่นการศึกษาของ Rotkin (1967: 824) Thomas (1973: 17) และ Barron and Richart (1971: 981) ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีบุตรมากกว่า 3 คน

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่มียุติกรรมหลายคน และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่มีบุตรหลายคนแตกต่างกันหรือไม่

1.2 ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจ

ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกที่นำมาทบทวนในครั้งนี้นำประกอบด้วยอาชีพและรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

1.2.1 อาชีพ

อาชีพเป็นตัวแปรที่สำคัญในทางระบาดวิทยาและใช้เป็นเกณฑ์หนึ่งในการพิจารณาถึงระดับทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ที่ประกอบอาชีพในสายวิชาชีพมักมีรายได้สูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน (ไพบูลย์ วัลย์สุนทร, 2537: 49) ผู้ที่ประกอบอาชีพในสายวิชาชีพจึงมีโอกาที่จะดูแลสุขภาพอนามัยได้ดีกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน

การศึกษามิหลังด้านอาชีพของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีผู้ศึกษาไว้ดังนี้ การศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535: 49) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 500 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2529: 75) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 30 ราย และการศึกษาของแสงเดือน เทพรักษ์ (2535: 46) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษาคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 60 ราย ต่างก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน นอกจากนี้การศึกษาของอุมาภรณ์ ไพบาลสุทธิเดช (2531: 91) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ที่รับรังสีรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติเป็นเวลา 6 สัปดาห์จำนวน 120 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน

ส่วนการศึกษานต่างประเทศ Savitz, Andrews and Brinton (1995: 357-361) ได้ศึกษากลุ่มผู้ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกจำนวน 774 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 801 ราย พบว่าในกลุ่มสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน (ทำงานบ้าน พนักงานทำความสะอาด ผู้ปรุงอาหาร และคนงานโรงงานอุตสาหกรรม) ในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงาน แต่การศึกษารังนี้ผู้วิจัยสนใจที่ศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่ประกอบอาชีพที่ไร้แรงงานแตกต่างกันหรือไม่

1.2.2 รายได้

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยพื้นฐานทางเศรษฐกิจ สมาชิกของครอบครัวที่มีรายได้สูงย่อมมีมาตรฐานความเป็นอยู่ในระดับสูง และการดูแลสุขภาพอนามัยเป็นไปด้วยดี ในขณะที่ความยากจนส่งผลกระทบต่อให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บมากขึ้น โอกาสในการป้องกันโรคน้อยลง ฐานะทางการเงินไม่เอื้ออำนวยให้ไปตรวจเพื่อค้นหาความผิดปกติแต่แรกเริ่มได้ เมื่อมีอาการมากขึ้นจึงรักษาค่อนข้างยาก จึงมีผลการวิจัยที่พบว่าสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง

ปากมดลูกมักเป็นผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ (นคร ศิริทรัพย์, 2525: 155; อนงค์ นนทสุด, 2530: 48; Glass, 1981: 137)

ในการศึกษาภูมิหลังด้านรายได้ของครอบครัวสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกรุ่นนี้ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2529: 75) ซึ่งศึกษาผู้ช่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษาโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 30 ราย พบว่าผู้ช่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ในขณะที่มรัช ศิริกุล (2535: 49) ซึ่งศึกษาผู้ช่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 500 ราย พบว่าผู้ช่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาท และแสงอรุณ สุขเกษม (2533: 40) ซึ่งศึกษาผู้ช่วยมะเร็งปากมดลูกที่มารับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษาและเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 74 ราย พบว่าผู้ช่วยส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 4,000 บาท

สำหรับในต่างประเทศ Christopheron and Parker (1965:238) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 345 ราย ในรัฐเคนตักกี พบว่าส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Schairer et al. (1991: 283) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติที่เป็นสตรีผิวดำและผิวขาวในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสตรีผิวดำมีสัดส่วนของผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติสูงกว่าสตรีผิวขาวและส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ ใกล้เคียงกันกับการศึกษาของ Schiffman et al. (1993: 958-964) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 500 ราย ในเมืองพอร์ตแลนด์ รัฐออริกอน ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

การทบทวนผลการศึกษารายได้ของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่มีรายได้ค่อนข้างต่ำ ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำแตกต่างกันหรือไม่

1.3 ภูมิหลังด้านสังคม

ภูมิหลังด้านสังคมของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกที่นำมาทบทวนใน ครั้งนี้ประกอบด้วยการศึกษาและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยทางสังคมประการหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันทั้งในด้านความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อม การศึกษาเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดฐานะทาง เศรษฐกิจและสังคมของบุคคลได้เป็นอย่างดี ในทางสังคม การศึกษาของบุคคลสะท้อนถึง ความรู้และความเข้าใจในเทคนิควิทยาการใหม่ๆ ในการดูแลสุขภาพอนามัย รวมทั้งการเปิด โลกทัศน์ให้กว้างขวางขึ้น ส่วนในทางเศรษฐกิจนั้น การศึกษาจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ รายได้ กล่าวคือ การศึกษาที่สูงขึ้นทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกประกอบอาชีพที่มีเกียรติและได้รับ ค่าจ้างแรงงานสูงขึ้น

การศึกษาภูมิหลังด้านการศึกษาของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ มีผู้ทำการศึกษาไว้ดังนี้ วรวรรณ เหนือคลอง (2534: 27) ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาจากโรงพยาบาลรามาริบัติและสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จำนวน 75 ราย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง เพ็งสุวรรณ (2528: 110) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่รับการรักษาที่หน่วยรังสีรักษา และเวชศาสตร์นิวเคลียร์ โรงพยาบาลรามาริบัติจำนวน 74 ราย และการศึกษาของจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย (2535: 46) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาจากหน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 30 ราย ต่างก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา เช่นเดียวกับกับการศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535: 33) ซึ่ง ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 500 ราย พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับการศึกษานานต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Gajalakshmi and Shanta (1993: 617-620) ซึ่งศึกษาสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ จำนวน 4,995 ราย ในเมืองมาดราส ประเทศอินเดีย พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษา 12 ปี หรือ ต่ำกว่า และการศึกษาของ Brinton et al. (1993: 301) ซึ่งศึกษาสตรีที่ตรวจพบ เซลล์ผิดปกติจำนวน 710 ราย ในภูมิภาคลาตินอเมริกา 4 เมือง พบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษา 7 ปี หรือต่ำกว่า

จากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่มีการศึกษาค่อนข้างต่ำ แต่การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำแตกต่างกันหรือไม่

1.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ข่าวสารต่างๆมีส่วนทำให้บุคคลมีความรู้และสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์กับความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ โดยศิริวิทย์ หล่มโตประเสริฐ (2534: 104) ซึ่งพบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาภากร สุปัญญา (2537: 39) ซึ่งศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัวในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 416 ราย พบว่าสตรีส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารและไปขอรับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจสรุปได้ว่าผู้ที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก น่าจะดูแลตนเองโดยไปรับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกเป็นประจำ ดังนั้นผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจึงน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารสูงกว่าผู้ที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารแตกต่างกันหรือไม่

1.4 ภูมิหลังด้านอื่นๆ

ภูมิหลังด้านอื่นๆของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกที่นำมาทบทวนในครั้งนี้นี้ ประกอบด้วย การคุมกำเนิด การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก โดยไม่มีอาการผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีรายละเอียดดังนี้

1.4.1 การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดเป็นวิธีป้องกันการเกิดบุตร ในปัจจุบันการคุมกำเนิดที่นิยมใช้ คือ ยาเม็ดรับประทาน ยาฉีด ยาฝัง ถุงยางอนามัย ห่วงอนามัย การทำหมันหญิง และการทำหมันชาย การศึกษาสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกในรอบ 20 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับยาเม็ดคุมกำเนิด (สุนันทา จรียาเลิศศักดิ์, 2529: 166) แต่การศึกษาในปัจจุบันพบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับไม่ชัดเจน (สัจชัย บัลลังก์โพธิ์ และ สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531: 40) ส่วนการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ไม่มีรายงานที่พบว่ามีส่วนสัมพันธ์กับมะเร็งปากมดลูก

การวิจัยที่พบว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่วินิจฉัยคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด คือ การศึกษาของประนอม โททกานนท์ และรำไพ สุขสวัสดิ์ ณ อยุธยา (2523: 36) ซึ่งศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และวชิรพยาบาลจำนวน 1,625 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิประวัติเคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศมีดังนี้ Harris et al. (1980: 359) ได้ศึกษาการใช้ยาคุมกำเนิดในกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 237 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 422 ราย ในโรงพยาบาลในเมืองออกซ์ฟอร์ด พบว่าผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Clarke et al. (1985: 613) ซึ่งศึกษาในเมืองโตรอนโต รัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 250 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 500 ราย พบว่าผู้ที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงกว่ากลุ่มควบคุมเช่นกัน และการศึกษาของ Gram, Macaluso and Stalsberg (1992: 40-44) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 6,622 ราย ในเมืองทรมอนซ์ ประเทศนอร์เวย์ พบว่าส่วนใหญ่วินิจฉัยเย็บคุมกำเนิด ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Edward, Ian, and Lester (1958: 1) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 429 ราย ในโรงพยาบาลเมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่าส่วนใหญ่วินิจฉัยเย็บคุมกำเนิด

สรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกส่วนใหญ่วินิจฉัยคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับการศึกษารึ้นนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่คุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดแตกต่างกันหรือไม่

1.4.2 การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

สตรีที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกมักมีประวัติการเป็น
 กามโรค โดยเฉพาะกามโรคที่เกิดจากไวรัสที่ทำให้เป็นโรคหงอนไก่หรือเริม (พิชัย
 เจริญพานิช, 2532: 32) แต่การศึกษาของชมรัช ศิริกุล (2535: 36) ซึ่งศึกษาผู้ป่วย
 มะเร็งปากมดลูกจำนวน 500 ราย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มิเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และมี
 สัดส่วนของผู้ที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ
 Brinton et al. (1993: 301) ซึ่งศึกษาสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 710 ราย
 ในเมืองต่างๆ 4 เมือง ในภูมิภาคลาตินอเมริกา พบว่าส่วนใหญ่มิเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน
 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Edward et al. (1958: 1) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์
 ผิดปกติจำนวน 429 ราย ในโรงพยาบาลของเมืองลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่า
 ส่วนใหญ่มิเคยติดเชื้อซิฟิลิสมาก่อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maghissi and Mack
 (1968: 610) ซึ่งศึกษาผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติในเมืองดีทรอยต์ รัฐมิชิแกนจำนวน 511 ราย
 พบว่าผู้ตรวจพบเซลล์ผิดปกติส่วนใหญ่มิเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น พยาธิในช่องคลอด
 (*Trichomonas vaginalis*) ซิฟิลิส และโกลเอนเรีย

จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจสรุปได้ว่า สตรีที่ตรวจพบเซลล์
 ผิดปกติของปากมดลูกน่าจะมีประวัติเคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน และการศึกษาครั้งนี้
 ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วน
 ของผู้ที่เคยติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์แตกต่างกันหรือไม่

1.4.3 การตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติ

การตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติ เป็น
 นโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่องค์การอนามัยโลกและกระทรวงสาธารณสุขได้
 กำหนดขึ้นให้เป็นการป้องกันขั้นที่สองในแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพราะการ
 ตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์
 ถ้าพบว่าเซลล์เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงก็จะได้รับการรักษาก่อนที่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็งระยะลุกลาม

การศึกษาเกี่ยวกับภูมิหลังของสตรีในด้านการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติยังไม่ปรากฏว่ามีผู้ศึกษาไว้โดยตรง อย่างไรก็ตาม พิชัย เจริญพานิช (2532: 32) และ สัจฉนัย บัลลังก์โพธิ์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (2531: 47) สรุปร่วมกันว่าหากสตรีไปพบแพทย์เพื่อตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกก็จะช่วยลดโอกาสที่ สตรีจะเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามลงได้

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบ เซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่ไม่เคยตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกโดย ไม่มีอาการผิดปกติแตกต่างกันหรือไม่

1.4.4 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ความรู้ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ ที่จะปฏิบัติและเกิดความสามารถในการที่จะปฏิบัติ การมีความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ทราบว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไรและต้องสามารถปฏิบัติได้จริง ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้ง ทางตรงและทางอ้อม (นิภา มนุญกิจ, 2528: 68) ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าผู้ที่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงย่อมจะป้องกันตนเองโดยการตรวจค้นหา มะเร็ง ปากมดลูกเป็นประจำ จะไม่พบว่า เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม เพราะถ้าตรวจพบแต่ระยะแรกก็ สามารถรักษาได้ทันเวลาที่

อาภากร สัจฉนัย (2537: 40, 42) ได้ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัว ในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 416 ราย พบว่าสตรีส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับที่ดีพอสมควร แต่การ ปฏิบัติยังไม่ดีเท่าที่ควร ข้อค้นพบนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของฐิติพร อิงคดาวรวงศ์ (2528: 55) ซึ่งศึกษาความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไปรับบริการตรวจ ค้นหา มะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลรามารับติจำนวน 600 ราย ซึ่งพบว่าสตรีที่เป็นตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความรู้ในเรื่องสาเหตุของโรค อาการของโรค และการตรวจค้นหาโรค แต่มีผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับรังสีรักษา กระบวนการรักษา และพยากรณ์โรคเพียงเล็กน้อย

จากผลการศึกษาอาจสรุปได้ว่า ในกลุ่มสตรีที่ตรวจค้นหา มะเร็ง ปากมดลูกมีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในบางเรื่องอยู่ในระดับดี แต่การศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบ เซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบ เซลล์ผิดปกติมีส่วนของผู้ที่มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

1.4.5 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อเป็นปัจจัยในตัวบุคคลซึ่งฝังแน่นอยู่ในความคิด ความเข้าใจ โดยบุคคลอาจจะแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ในสภาพทั่วไปนั้น เมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดอย่างหนึ่งแล้วความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามความคิดเห็นและความเข้าใจของตน ซึ่งไม่จำเป็นต้องอยู่บนฐานของความ เป็นจริง (จรรยา สุวรรณทัต, 2526: 814) โดยที่ความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลอย่างมากต่อการตัดสินใจและการประพฤติปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคและการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการศึกษาที่บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพอย่างไร ความเชื่อที่น่าจะเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของบุคคลในการป้องกันโรคด้วย (King, 1984: 53-55)

จากการศึกษาผลงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งมีดังนี้คือ ฐิติพร อิงคदारวงศ์ (2528: 62) พบว่าสตรีที่ไปขอรับบริการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลรามารัตนบุรีมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในเรื่องที่เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง และสาเหตุของโรค แต่พบว่ามีเพียงส่วนน้อยที่มีความเชื่อที่ถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์การแพทย์ในเรื่องรังสีรักษา การพยากรณ์โรค และสาเหตุของโรค และ Kegels et al. (1965: 820) ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกโดยสัมภาษณ์สตรีจำนวน 863 ราย พบว่าสตรีที่มีความเชื่อในประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกจะตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่เชื่อในประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า สตรีที่ไปขอรับบริการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในบางเรื่อง และผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งได้ 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคม มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ อายุและจำนวนบุตร มีรายละเอียดดังนี้

2.1.1 อายุ

อายุแสดงถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการรับรู้ การเข้าใจ และการตัดสินใจในสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น คนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว เป็นวัยที่มีความกระตือรือร้นและสนใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง เพราะ เป็นวัยทำงานย่อมมีการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ

การทบทวนผลการศึกษากลับเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น มีผู้ศึกษาในแนวทางนี้ค่อนข้างน้อย เช่น การศึกษาของ ลูดีพร อิงคदारวงศ์ (2528: 58) พบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 35 ปีและต่ำกว่า และกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องอื่นๆ ผลการวิจัยส่วนหนึ่งพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพและผลการวิจัยอีกส่วนหนึ่งพบว่าอายุไม่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมดังกล่าว

การศึกษาที่พบว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาของกรรณิการ์ ภักคานนท์ (2522: 46) ผลการศึกษาพบว่าอายุไม่มีผลต่อความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ ซึ่งข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อวยพร สุทธิสนธิ์ (2528: 71) ซึ่งศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าอายุที่แตกต่างกันไม่มีผลต่อความรู้ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาของกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527: ก) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในและภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงอายุ

ที่แตกต่างกันจะมีผลต่อความรู้ในการปฏิบัติตนในด้านสุขภาพด้วยเพราะความรู้ต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติ (นิภา มนุญจุ, 2528: 68)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2.1.2 จำนวนบุตร

การมีบุตรทำให้สตรีมีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัวมากขึ้น ดังนั้นสตรีจึงจำเป็นต้องแสวงหาความรู้และต้องดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคร้ายแรง เพราะจะทำให้ครอบครัวมีปัญหาถ้าขาดแม่บ้านไป จากการทบทวนผลการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่พบผู้ใดศึกษามาก่อน แต่พบว่าผู้ที่ศึกษานในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน เช่น การศึกษาของประเจตน์ เกษน้อย (2530: จ) ซึ่งศึกษาวัยฉัยที่มีผลต่อการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยของประชากรในเขตชุมชนแออัดที่ปรับปรุงแล้ว ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีบุตรน้อยกว่าจะฝากครรภ์และคลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลสูงกว่าผู้ที่มีบุตรมากกว่า ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ชูตินันท์ (2522: จ) ที่พบว่าสตรีที่เลือกใช้การปฏิบัติทางการแพทย์แผนปัจจุบันในขั้นแรกเมื่อมีอาการเจ็บป่วย เป็นสตรีที่อยู่ในกลุ่มของผู้ที่มีบุตรมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันน้อยกว่าสตรีที่เลือกปฏิบัติอย่างอื่น จากข้อค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าจำนวนบุตรจะมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เพราะความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม (นิภา มนุญจุ 2528: 68)

เนื่องจากไม่มีผู้ศึกษานในเรื่องจำนวนบุตรกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ อาชีพและรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน เนื่องจากคนในกลุ่มอาชีพต่างกันจะมีการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ต่างกัน กลุ่มคนที่อยู่ในสังคมระดับต่ำและประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานจะมีผลต่อการรับรู้ความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ในขณะที่การศึกษาของฐิติพร อิงคดาวรวัสส์ (2528: 61) พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันและผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานเป็นกลุ่มที่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของอวยพร สุทธิสนธิ (2528: 75) ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มละ 200 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองแตกต่างกัน และการศึกษาของศิริพร พงษ์ภักดา (2532: 85-86) ซึ่งศึกษามารดาหลังคลอดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบีในระยะตั้งครรภ์ และอยู่ที่หน่วยห้องคลอดโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามาริบัติ และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 200 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับราชการหรือทำงานในรัฐวิสาหกิจ เป็นกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานบ้านหรือประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน

จากข้อค้นพบเหล่านี้อาจสรุปได้ว่า อาชีพมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย โดยสตรีที่ประกอบอาชีพใช้แรงงานเป็นกลุ่มที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับต่ำกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่น และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2.2.2 รายได้

รายได้ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การศึกษาของสุนันทา ภู่งเกียะ (2524: 87) ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณาคะ (2532: ข) ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบจากไวรัสบี และพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพค่อนข้างต่ำ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โรคา (2532: 86) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 3,001 บาท จะมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า

จากข้อค้นพบเหล่านี้อาจสรุปได้ว่า รายได้ของครอบครัวมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ โดยผู้ที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำจะมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพค่อนข้างต่ำ ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2.3 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การศึกษาและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้

2.3.1 การศึกษา

การศึกษามีส่วนสัมพันธ์กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพและโรคต่างๆ ผู้ที่มีการศึกษาดำจะขาดโอกาสที่จะเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทัต, 2526: 822) จากการศึกษาของฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528: 60) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยพบว่ากลุ่มที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีความรู้ (ที่ถูกต้อง) เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โรคา (2532: 85) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษามีความรู้เรื่องโรคสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

อาจสรุปจากข้อค้นพบเหล่านี้ได้ว่า การศึกษามีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยสตรีที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่า การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีการศึกษาแตกต่างกันจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

2.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพราะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องจะต้องมาจากการ "รู้" ทั้งสิ้น ซึ่งการที่จะรู้ได้ต้องอาศัยกระบวนการสื่อสารทั้งในรูปของการศึกษาทั้งในระบบโรงเรียนและนอกระบบโรงเรียน การเปิดรับการสื่อสารไม่ว่าจะเป็นการสนทนากับสมาชิกในครอบครัวและในชุมชน การรับรู้จากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ การรับรู้จากเอกสารสิ่งพิมพ์ การรับรู้จากสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุกระจายเสียง โทรทัศน์ และการสื่อสารทุกรูปแบบ นอกจากนี้การได้รับข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการรับรู้และการดูแลตนเอง (ศิริวิทย์ หลิมรัตประเสริฐ, 2534: 104) เพราะการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นสาเหตุหนึ่งของการกระตุ้นให้เกิดความสนใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ และด้านทัศนคติของบุคคลซึ่งเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้อุบัติการณ์เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านปฏิบัติที่คงทนถาวร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 35) ดังนั้นการที่บุคคลจะตัดสินใจเลือกหรือทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งนั้นย่อมต้องการข้อมูล แง่คิด ทัศนะ และคำแนะนำที่ดีที่จะช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง จากการศึกษาของบัญญัติ ดาวจรัสแสงชัย (2527: ก) พบว่าการเปิดรับสื่อสารมวลชนมีความสัมพันธ์กับความรู้ในวิธีทำแท้ง และการศึกษาของอาภากร สุนัญญา (2537: 39-40) พบว่าสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัวที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางและระดับสูงเป็นส่วนใหญ่

จากข้อค้นพบจากการศึกษาเหล่านี้อาจสรุปได้ว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือไม่

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งได้ 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสังคม มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากรที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ อายุและจำนวนบุตร มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 อายุ

อายุมีส่วนทำให้บุคคลมีความพร้อมในด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติได้มากน้อยแตกต่างกัน อายุมีผลทำให้พฤติกรรมของมนุษย์เปลี่ยนแปลงไป การทบทวนผลการศึกษาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น มีผู้ศึกษาในแนวทางนี้ค่อนข้างน้อย และจากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องอื่นๆ ผลการวิจัยส่วนหนึ่งพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และผลการวิจัยอีกส่วนหนึ่งพบว่าอายุไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การศึกษาที่พบว่าอายุมีอิทธิพลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การศึกษาของ Kegels et al. (1965: 820) ซึ่งศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก โดยสัมภาษณ์สตรีจำนวน 863 ราย พบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีสัดส่วนของผู้ที่มีความเชื่อเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวสูงกว่าสตรีในกลุ่มอายุอื่นๆ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของสัมพันธ์ บุญเกิด (2522: 55) ที่ศึกษาความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กของมารดา และพบว่ามารดาที่อายุมากกว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กแตกต่างจากมารดาที่อายุน้อยกว่า ซึ่งข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาของฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528: 58) ที่พบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 35 ปีและต่ำกว่า และสตรีในกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของศิริพร พงษ์ภอกา (2532: 90) และสมทรง สุภคิลป์ (2522: ข) ที่พบว่าอายุไม่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

จากข้อค้นพบดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีอายุแตกต่างกันจะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

3.1.2 จำนวนบุตร

สตรีที่มีบุตรจะมีโอกาสไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่ไม่มีบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอด และการวางแผนครอบครัว ดังนั้นโอกาสที่จะได้รับการชักจูงให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคจะมีมากกว่า แต่พฤติกรรม การป้องกันโรคจะแตกต่างกัน เพราะแต่ละคนมีความแตกต่างกันในเชาวน์ปัญญา ความสนใจ ความคิด ความเชื่อ และแรงจูงใจ

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนบุตรกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ไม่พบผู้ที่ศึกษานานแนวทางนี้ แต่พบผู้ที่ศึกษาในเรื่องที่ใกล้เคียงกันได้แก่ การศึกษาของอาภากร สุบัญญัติ (2537: 38, 41) ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้ที่รับบริการวางแผนครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตร 1-2 คน มีเจตคติเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ซึ่งเจตคติก็คือความเชื่อหรือความรู้สึกรู้สึกของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 1)

จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าจำนวนบุตรน่าจะมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีจำนวนบุตรแตกต่างกันจะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

3.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกคืออาชีพและรายได้ มีรายละเอียดดังนี้

3.2.1 อาชีพ

อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของฐิติพร อิงคदारวงศ์ (2528: 61) พบว่ากลุ่มอาชีพที่แตกต่างกันมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยผู้ที่ประกอบอาชีพที่รับเงินเดือนมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด และผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานเป็นผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์ภคดา (2532: 89) ที่พบว่าผู้ที่ประกอบอาชีพด้านวิชาชีพมีความเชื่อที่

ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพสูงที่สุด และผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพต่ำที่สุด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ Kegels et al. (1965: 819) ที่พบว่าสตรีที่ใช้แรงงานมีความเชื่อในประโยชน์ของการตรวจค้นหาะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

อาจสรุปได้จากข้อค้นพบเหล่านี้ว่า อาชีพมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยผู้ที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงาน และการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่ประกอบอาชีพที่แตกต่างกันจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

3.2.2 รายได้

รายได้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการครองชีพเพราะเป็นปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ หรือมีรายได้น้อยจึงไม่ค่อยมีเวลาในการแสวงหาความรู้ ประสบการณ์ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาของบิยะวรรณ วิรัชชัย (2521: 56) ศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กและสุขภาพอนามัยของเด็กวัยเรียน พบว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวต่างกันมีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูต่างกัน มารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงจะมีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลต่ำกว่ามารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสัมพันธุ์ บุญเกิด (2522: 57) ที่ศึกษาความเชื่อในการเลี้ยงดูเด็กของมารดา พบว่าผู้ที่ฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่างกันมีความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูอย่างไม่มีเหตุผลต่างกัน และการศึกษาของศิริพร พงษ์ภคภา (2532: 90) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูงมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูง ข้อค้นพบนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529: ๗) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาของสมทรง สุภศิศิลป์ (2526: ๗) ที่พบว่ารายได้ไม่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อค้นพบเหล่านี้อาจสรุปได้ว่า รายได้มีผลต่อความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ เพราะมีการศึกษาหลายชิ้นต่างก็พบว่าผู้ที่มียาได้ของครอบครัวสูงกว่ามีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพในระดับสูงกว่าผู้ที่มียาได้ของครอบครัวต่ำกว่า และการ

ศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีรายได้ของครอบครัวแตกต่างกันจะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

3.3 ปัจจัยด้านสังคม

ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การศึกษาและการได้รับข้อมูลข่าวสาร มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 การศึกษา

การศึกษาเป็นภูมิหลังส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อความเชื่อที่ต่างกัน ผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยย่อมขาดโอกาสที่จะเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยและไม่เกิดเจตคติที่กว้างขวางในสิ่งต่างๆ (จรรยา สุวรรณทัต, 2526: 817) จากการศึกษาของฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528: 60) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษามีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kegels et al. (1965: 819) ที่ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูก และพบว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับสูง (สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา) มีความเชื่อในประโยชน์ของการตรวจค้นหาโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกในระดับที่สูงกว่าและมีสัดส่วนของผู้ที่ตรวจค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของศิริพร พงษ์ภอคา (2532: 89) ที่พบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงกว่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสมทรง สุภสิลป์ (2526: 7) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาที่ผ่านมาอาจสรุปได้ว่า การศึกษามีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับสูงกว่ามีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ส่วนการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่มีการศึกษาแตกต่างกันจะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันหรือไม่

3.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสาร

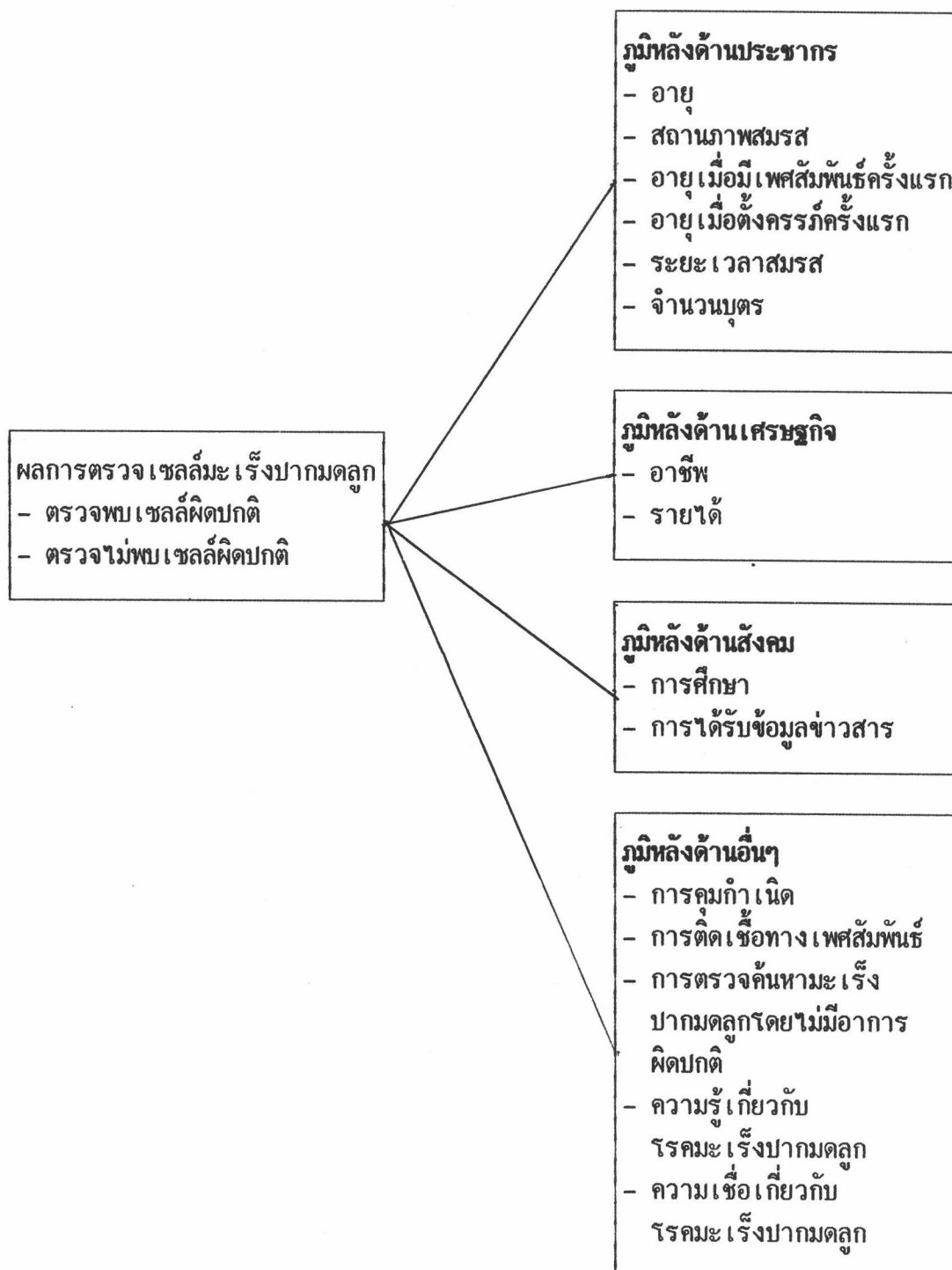
การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นการได้รับรู้ส่วนบุคคล บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำเมื่อมีการรับรู้ ดังนั้นงานบริการสุขภาพโดยทั่วไปจึงมักจะเริ่มด้วยการให้ข้อมูลข่าวสารในเชิงความรู้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเชื่อ และการปฏิบัติ (จรรยา สุวรรณทัต, 2526: 814) ในประเด็นนี้การศึกษาของฐิติพร อิงคดาวรพงศ์ (2528: 67) พบว่าสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของอาภากร สุกัญญา (2537: 39, 41) พบว่าสตรีที่ไปรับบริการวางแผนครอบครัวและเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มิเจตคติเกี่ยวกับการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกของสตรีอยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ซึ่งหมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางและระดับดีด้วย เพราะเจตคติเป็นความเชื่อและความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล สิ่งของ การกระทำ สถานการณ์ และอื่นๆ รวมทั้งท่าทีที่แสดงออกที่บ่งถึงสภาพของจิตใจที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 1)

จากข้อค้นพบดังกล่าวอาจสรุปได้ว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารมีผลต่อความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติและสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจากผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารหรือไม่

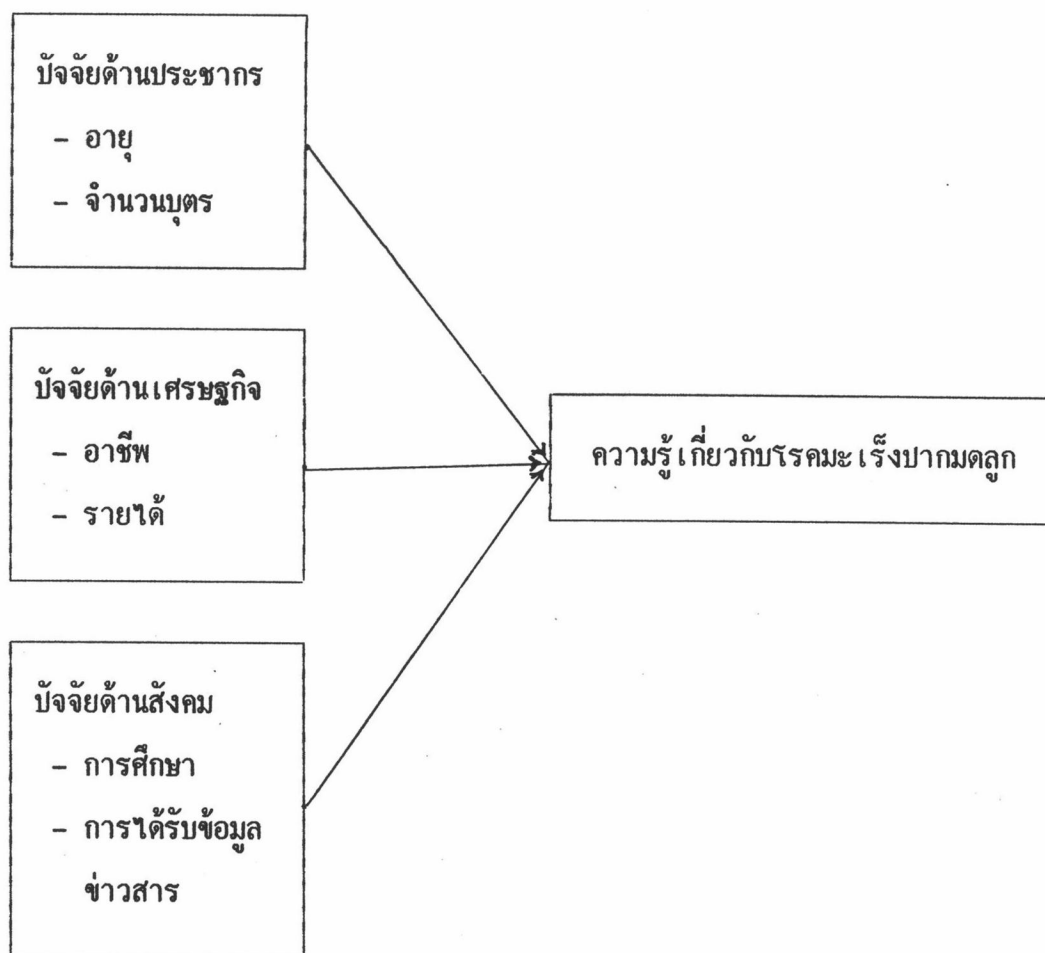
กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้

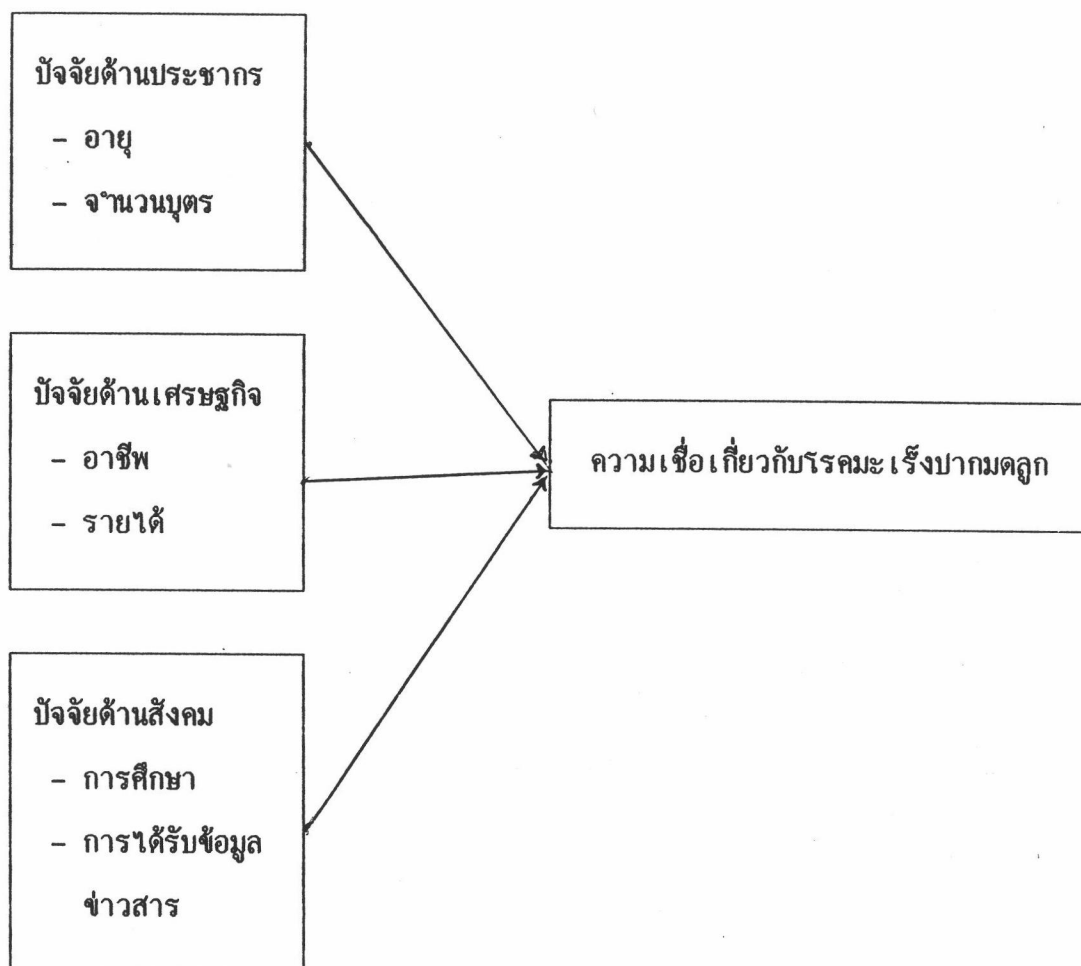
1. กรอบแนวคิดในการศึกษาภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก



2. กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก



3. กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก



สมมติฐานการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าที่จะศึกษาภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดในการวิจัยข้างต้นมาเป็นแนวทางในการกำหนดสมมติฐานสำหรับการศึกษา ดังนี้

1. การศึกษาภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานหลัก สตรีที่มีผลการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกต่างกันน่าจะมีภูมิหลังต่างกัน

สมมติฐานรอง มีดังนี้

1. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่อายุมากสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
2. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่สมรสแล้วและอยู่ด้วยกันกับสามีสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
3. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
4. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
5. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีระยะเวลาสมรสยาวนานสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
6. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีบุตรจำนวนมากสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
7. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ประกอบอาชีพที่ใช้แรงงานสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
8. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีรายได้ต่ำสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
9. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติน่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ

10. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสารสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
11. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่เคยคุมกำเนิดด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
12. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่เคยติดเชื้ทาง เพศสัมพันธ์สูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
13. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่เคยตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
14. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ
15. สตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ น่าจะมีสัดส่วนของผู้ที่มีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำสูงกว่าสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานหลัก สตรีที่มีภูมิหลังต่างกัันน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน

สมมติฐานรอง มีดังนี้

1. สตรีที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า
2. สตรีที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีบุตรจำนวนมากกว่า
3. สตรีที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่แรงงานน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพที่ใช่แรงงาน
4. สตรีที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำกว่า
5. สตรีที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

6. สตรีที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกน่าจะมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

3. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานหลัก สตรีที่มีภูมิหลังต่างกันน่าจะมีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน

สมมติฐานรอง มีดังนี้

1. สตรีที่มีอายุน้อยกว่าน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า

2. สตรีที่มีบุตรจำนวนน้อยกว่าน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีบุตรจำนวนมากกว่า

3. สตรีที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่แรงงานน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพที่ใช่แรงงาน

4. สตรีที่มีรายได้สูงกว่าน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีรายได้ต่ำกว่า

5. สตรีที่มีการศึกษาระดับสูงกว่าน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

6. สตรีที่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกน่าจะมีความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงสูงกว่าสตรีที่ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาสตรีที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดอ่างทองและได้รับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกจากสถานบริการสาธารณสุขในจังหวัดอ่างทองและสถานบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร 4 แห่ง คือ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลรามารักษ์ และโรงพยาบาลราชวิถีในช่วง 5 ปี คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2533 ถึงปี พ.ศ. 2537 จำนวน 559 ราย โดยแบ่งเป็นสตรีกลุ่มที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติจำนวน 141 ราย และสตรีกลุ่มที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติจำนวน 418 ราย โดยจะศึกษาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ศึกษาถึงภูมิหลังของสตรี ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก ระยะเวลาสมรส จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ การศึกษา การได้รับข้อมูลข่าวสาร การคุมกำเนิด การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกโดยไม่มีอาการผิดปกติ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ตรวจพบเซลล์ผิดปกติ และสตรีที่ตรวจไม่พบเซลล์ผิดปกติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในระดับต่างๆในการกำหนดนโยบาย ตลอดจนเป็นแนวทางในการบริหาร จัดการ และดำเนินการป้องกันควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายของสตรีด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขในการดำเนินการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชากรกลุ่มเป้าหมายให้มีความรู้และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะจะทำให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาและเผยแพร่ในชุมชนต่อไป
3. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้ที่ต้องการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยในโอกาสต่อไป

เค้าโครงการเสนอวิทยานิพนธ์

การนำเสนอผลการศึกษาคั้งนี้เริ่มด้วยบทนำ ประกอบด้วย ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ของการศึกษา แนวคิดเชิงทฤษฎี ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กรอบแนวคิดในการศึกษา สมมติฐานการศึกษา ขอบเขตของการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และเค้าโครงการเสนอวิทยานิพนธ์ บทที่ 2 กล่าวถึงระเบียบวิธีวิจัย และข้อมูล ประกอบด้วย หัวข้อสำคัญ คือ ประชากรที่ศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา การทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ นิยามศัพท์และนิยามตัวแปร การวิเคราะห์และการนำเสนอข้อมูล และข้อจำกัดของข้อมูล ตามลำดับ บทที่ 3 เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งจะวิเคราะห์ภูมิหลังของสตรีที่ตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกตามลำดับ บทสุดท้ายเป็นบทสรุปและข้อเสนอแนะ