บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานีอนามัยตำบลปะกาฮะรังของสตรีในตำบลปะกาฮะรัง อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี ได้กำหนดขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)
2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554)
3. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้
4. การติดต่อสื่อสาร
5. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
6. แนวความคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ
7. แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ
8. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
9. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)

ทิศทางการพัฒนาประเทศไทยในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) กำหนดขึ้นบนพื้นฐานการเสริมสร้างทุนของประเทศทั้งทุนทางสังคม ทุนเศรษฐกิจ ทุนทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมให้เข้มแข็งอย่างต่อเนื่อง “คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา” และอันเชิญ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” มาเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อมุ่งสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ดังนั้นยุทธศาสตร์การพัฒนาคนและสังคมไทย จึงให้ความสำคัญลำดับสูงกับการพัฒนาคุณภาพคน เนื่องจาก “คน” เป็นทั้งเป้าหมายสุดท้ายที่จะได้รับผลประโยชน์และผลกระทบจากการพัฒนา

ขณะเดียวกันเป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาเพื่อไปสู่เป้าประสงค์ที่ต้องเพียบพร้อมทั้งด้านคุณธรรม “คุณธรรม” และ “ความรู้” ซึ่งจะนำไปสู่การวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล รอบคอบและระมัดระวังด้วยจิตสำนึกใน “ ศีลธรรม ” และ “ คุณธรรม ” ทำให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงและ

Prince of Songkla University Pattani Campus

สามารถตัดสินใจโดยใช้หลัก "ความพอประมาณ" ในการดำเนินชีวิตอย่างมีจริยธรรมซื่อสัตย์สุจริต อดทนขยันหมั่นเพียรอันจะเป็น"ภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี"ให้คนพร้อมเผชิญต่อการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้น ดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีและมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคม อยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น สังคมสงบสันติขณะเดียวกันเป็นพลังในการขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจให้มีคุณคุณภาพมีเสถียรภาพ และเป็นธรรมรวมทั้งการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมให้เป็นฐานการดำรงชีวิต และการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน นำไปสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน

จากการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับความท้าทายจากบริบทการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่ทำให้ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ใน 20 ปีข้างหน้าประชากรวัยเด็กมีสัดส่วนลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 24.3 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 20.2 ในปี 2548 ประชากรวัยทำงานยังคงมีสัดส่วนสูงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 65.9 ในปี 2543 และสูงสุดในปี 2552 คือร้อยละ 67.1 ก่อนจะลดลงเป็นร้อยละ 66.0 ในปี 2548 ประชากรวัยสูงอายุมีจากร้อยละ 35.6 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 39.8 ในปี 2548 แต่ความต้องการของภาคธุรกิจและภาคอุตสาหกรรมมีถึงร้อยละ 60 ประสิทธิภาพการผลิตแรงงานไทยยังต่ำคิดเป็น 6.2 เหรียญสหรัฐต่อคนต่อชั่วโมง เทียบกับมาเลเซีย เกาหลี สิงคโปร์ ได้หวันที่มากกว่า 11 เหรียญสหรัฐ กำลังคนระดับสูงด้านวิทยาศาสตร์มีสัดส่วนไม่เหมาะสม การลงทุนด้านการวิจัยและพัฒนาต่ำในด้านภาคอุตสาหกรรมมีกำลังคนระดับกลางและระดับสูงน้อยกว่าร้อยละ 20 ในส่วนบุคลากรด้านการวิจัยและการพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมีเพียง 6.7 คนต่อปีต่อประชากรหมื่นคน ในปี 2546 การลงทุนเพื่อการวิจัยและพัฒนาด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศอยู่ในระดับต่ำเพียงร้อยละ 0.26 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย 7 เท่า แม้ว่าการสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนามีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่การนำองค์ความรู้ไปใช้ในเชิงพาณิชย์อยู่ในระดับต่ำ จำนวนประชาชนที่มีสิทธิบัตรที่จดทะเบียนในประเทศไทยมีร้อยละ 0.4 ของสิทธิบัตรทั่วโลกและร้อยละ 77 เป็นของต่างชาติ

การจัดบริการสุขภาพมีทั่วถึง คนไทยร้อยละ 96.3 มีหลักประกันสุขภาพโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพระดับชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ การเจ็บป่วยโดยรวมลดลง แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง อายุคาดหมายเฉลี่ยของคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ชาย 68 ปี หญิง 75 ปี สูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลก แต่ยังห่างจากประเทศญี่ปุ่นที่มีอายุยืนที่สุด คือ ชาย 78 ปี และหญิง 85 ปี การเจ็บป่วยโดยรวมลดลงเป็น 1,798.1 ต่อประชากรแสนคนในปี 2547 แต่เนื่องจากคนไทยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ทั้งการบริโภคและการใช้ชีวิต ทำให้การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น ทั้งการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ และมะเร็ง มีอัตราเพิ่มร้อยละ 18.6, 14.5, 13.4 และ 4 ตามลำดับ รวมทั้งปัญหาภาวะ

โภชนาการเกิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กซึ่งมีปัญหาเกี่ยวกับระดับเชาว์ปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้โรคอุบัติใหม่และโรคระบาดซ้ำ เช่น โรคซาร์ ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น ยังเป็นปัญหาสุขภาพที่เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจัง (แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554)

2. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550- 2554)

เป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล

สาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในสังคมไทยเห็นได้อย่างชัดเจนถึงระบาดวิทยาสามแบบที่ปรากฏซ้อนทับกัน ได้แก่ การดำรงอยู่ของโรคในกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับความยากจน เช่น ภาวะโภชนาการพร่อง โรคติดเชื้อทางเดินอาหาร อาหารเป็นพิษ รวมทั้งโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจ ที่ยังเป็นความเจ็บป่วยที่พบบ่อยแม้ไม่ได้ทำให้เสียชีวิตก็ตาม โรคกลุ่มนี้ถือเป็นระบาดวิทยาช่วงที่หนึ่งในวิวัฒนาการของสังคมมนุษย์ที่เกิดจากการหยุดการอพยพย้ายถิ่นมาเป็นการตั้งรกรากเป็นชุมชนอยู่เป็นหลักแหล่ง ปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขาภิบาลได้ทำให้เกิดอุบัติการณ์ของกลุ่มโรคติดเชื้อในสังคมก่อนสมัยใหม่ กลุ่มโรคดังกล่าวยังปรากฏในสังคมไทยโดยเฉพาะในพื้นที่และกลุ่มคนที่ด้อยโอกาส เช่น คนยากจน ชนกลุ่มน้อย แรงงานต่างด้าว หรือแรงงานอพยพ

ในขณะเดียวกัน ในสังคมไทยก็มีกลุ่มโรคที่เกิดเป็นการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาช่วงที่สอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการพัฒนาสู่ความทันสมัยที่การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต และการบริโภคได้ทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง รวมทั้งอุบัติเหตุ เป็นต้น ซึ่งโรคกลุ่มนี้เป็นสาเหตุการป่วยและการตายอันดับต้น ๆ ในปัจจุบัน นอกจากนี้สังคมไทยยังเผชิญกับกลุ่มโรคที่เกี่ยวกับระบาดวิทยาช่วงที่สาม เป็นโรคที่เกิดขึ้นและแพร่ระบาดไปอย่างรวดเร็วในยุคโลกาภิวัตน์ที่มีการเคลื่อนย้ายของคน แรงงาน สินค้าและบริการ ทุน และข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วโรคในกลุ่มนี้ได้แก่โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ไม่ว่าจะเป็นไข้หวัดนก ซาร์โรควัวบ้า หรือการกลับมาของวัณโรคที่ดื้อยาอย่างรุนแรงที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคเอดส์มีความซับซ้อนยากลำบากมาก - ขึ้น เป็นต้น

สถานการณ์ระบบโครงสร้าง และกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

แม้ว่าระบบการแพทย์การสาธารณสุขไทยจะมีพัฒนาการอย่างรวดเร็วในช่วงไม่กี่ทศวรรษที่ผ่านมาจนทำให้ประเทศไทยเป็นที่ยอมรับในด้านการมีบริการทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีมาตรการสุขภาพไทยที่ก้าวหน้าไม่ว่าจะเป็นมาตรการด้านการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมการบริโภคยาสูบ การควบคุมไข้หวัดนก หรือการสร้างเสริมสุขภาพ แต่โครงสร้างและกลไกการจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขไทยก็ยังมีข้อจำกัดและเงื่อนไขต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น

ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์

แม้มีการขยายบริการสุขภาพ และการตรวจรักษาทางการแพทย์ให้กว้างขวางและทั่วถึงมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่การเข้ารับบริการทางการแพทย์ก็เป็นเรื่องที่สร้างความทุกข์ยากแก่ประชาชนเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่บริการในโรงพยาบาลเอกชนมีความสะดวกสบายมากกว่าโรงพยาบาลของภาครัฐ แต่ค่ารักษาพยาบาลที่แพงทำให้มีเฉพาะประชาชนจำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เข้าถึงได้ บริการของคนส่วนใหญ่ยังได้รับจากสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งมักมีลักษณะหน้างอรอนาน บริการแย่ ภาระมีผู้ใช้บริการมากขึ้นจากการให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ายิ่งทำให้คุณภาพบริการแย่ลง การสำรวจความเห็นต่อบริการที่ได้รับจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีปัญหาที่สำคัญที่สุดคือความรู้สึกไม่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยที่ไม่ใช้บัตรทอง รองลงมาคือ คุณภาพยา รวมทั้งการปรับปรุงเรื่องการรอคอยนาน และคุณภาพการรักษา

ความทุกข์ยากไม่ได้จำกัดอยู่ที่ผู้ใช้บริการเท่านั้น แต่บุคลากรทางการแพทย์ก็มีปัญหาความทุกข์จากความขัดแย้ง และการถูกฟ้องร้องจากผู้รับบริการทางการแพทย์ ในระหว่างปี 2527 -2542 มีการฟ้องแพทย์มากกว่า 31 คดี ถูกร้องเรียนในช่วง ปี 2531 – 2547 จำนวน 2,247 เรื่อง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในปี 2531 ซึ่งมีเพียงจำนวน 52 ราย เป็นจำนวน 289 ราย ในปี 2545 สำหรับปี 2547-2548 เพิ่มขึ้นเป็น 1,502 ราย และ 1,864 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราเพิ่มร้อยละ 24.1 เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ฉันท์เครือญาติสู่ความสัมพันธ์เชิงสัญญาและธุรกิจ และการขาดกระบวนการสื่อสารอย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่ปัญหาการเสียขวัญกำลังใจและความรู้สึกมั่นคงในวิชาชีพจนในปัจจุบันแพทย์ต้องมีการซื้อประกันภัยเพื่อคุ้มครองตนเองจากการถูกฟ้องร้อง สภาพการทำงานของแพทย์ที่เป็นอยู่บั่นทอนความภาคภูมิใจและทำให้แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำงานโดยไม่มีความสุขและไม่เห็นคุณค่าของงานที่ตนทำ

ในสถานการณ์ปัจจุบันความไว้วางใจและศรัทธาของประชาชนโดยทั่วไปต่อวิชาชีพแพทย์มีแนวโน้มลดถอยลงเนื่องจากสังคมโดยรวมที่มีทิศทางการพัฒนาไปสู่ความเป็นสังคมทุนนิยมบริโภคนิยมที่บูชาวัตถุทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยมีลักษณะเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับลูกค้ามากกว่าที่จะเป็นไปด้วยความเคารพและให้เกียรติซึ่งกันและกัน

Prince of Songkla University Pattani Campus

ยิ่งในระบบการแพทย์ที่พึ่งพาอาศัยเทคโนโลยีชั้นสูง ปฏิสัมพันธ์ที่เป็นไปแบบเครื่องยนต์กลไกก็ยิ่งทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยมีลักษณะที่ฉาบฉวยและห่างเหินต่อกัน (แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 - 2554)

3. แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้

ความหมายของการรับรู้

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้หลายท่านดังนี้

ยุดา รักไทย และคณะ (2543) กล่าวถึงการรับรู้ว่า เราจะไม่สามารถช่วยให้อีกฝ่ายรับมือกับความจริง โดยเฉพาะความจริงที่ไม่น่าฟังได้ ถ้าเราไม่แสดงออกถึงการรับรู้ในความรู้สึกของเขาและผลกระทบที่เขาได้รับ การรับรู้ของเรานั้นจะช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบจากคำพูดของเราได้

รังสรรค์ ประเสริฐศรี (2548) กล่าวว่า การรับรู้ (Perception) เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลมีการเลือกสรร (Select) จัดระเบียบ (Organize) และตีความ (Interpret) เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้น (Stimulus) หรือข้อมูลที่ได้รับ โดยอาศัยประสาทสัมผัสทั้งห้า คือ (1) ได้เห็น (Sight) (2) ได้ยิน (Hearing) (3) ได้กลิ่น (Smell) (4) ได้ลิ้มรส (Taste) (5) ได้สัมผัส (Touch) หรือเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลจัดระเบียบและตีความสิ่งที่สัมผัสเพื่อให้ความหมายของสภาพแวดล้อม

ชิดาภา สุขพลำ (2548) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่า เป็นกระบวนการในการรับประมวลผล และตีความ ซึ่งเป็นอาการตอบสนอง (Response) ต่อสิ่งเร้า (Stimulus) ที่อยู่รอบตัวเพื่อประเมินค่าตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยการรับรู้เป็นเรื่องของปัจเจตบุคคล การรับรู้จะเป็นแนวกำหนดพฤติกรรมในการสื่อสารระหว่างกันของบุคคล

สุพัฒนา ชาติบัญชาชัย (ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์) กล่าวถึงการรับรู้ (Perception) ว่าเราสามารถรับรู้ได้โดยเริ่มจากประสาทสัมผัส (Sensation) ต่างๆ ได้แก่ การสัมผัส การได้ยิน การมองเห็น ได้กลิ่น ลิ้มรส บางคนมีข้อจำกัดของการรับความรู้สึก เช่น สายตาสั้น สายตายาว หูตึง จมูกไม่สามารถรับกลิ่นจาง กลิ่นอ่อน ต้องมีกลิ่นแรงๆ บางคนคุ้นเคยกับบางกลิ่นจนเคยชิน นั่นคือ ประสามสัมผัสในการรับกลิ่น ปรับตัวจนไม่รู้สึกว่ามีกลิ่นที่แปลกไปแต่อย่างใด เช่น ไม่ได้กลิ่นตัวของตนเอง โดยปกติมนุษย์เราจะรับรู้สิ่งหนึ่งด้วยประสาทสัมผัสหลายอย่างพร้อมๆ กันได้ดีกว่าวิธีเดียวกัน เช่นการชมภาพยนตร์ ที่มีเสียงและภาพประกอบ จะจำได้ดีกว่ามีแต่ภาพ แต่ไม่ม

Prince of Songkla University Pattani Campus

เสียง เราสามารถจดจำอาหาร เมื่อได้ชิมพร้อมกันกับได้ดมกลิ่นมากกว่าการดูแลภาพของอาหาร เช่นเดียวกันกับการเรียนรู้ ถ้าเห็นของจริงมีการทำให้เห็นทดลองทำด้วยตนเอง ย่อมเกิดความเข้าใจได้ดีกว่าฟังด้วยหู หรืออ่านจากหนังสือเพียงอย่างเดียว

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้

ทฤษฎีความรู้

ความหมาย

เบนจามิน เอส บลูม (อ้างในนริศรา ธนาภิวัฒนกูร, 2542) กล่าวว่าความรู้เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการระลึกได้ถึงสิ่งเฉพาะและสิ่งทั่วๆไประลึกถึงวิธีการ กระบวนการ หรือสถานการณ์

ระดับความรู้

เบนจามิน เอส บลูม และคณะ (อ้างในนริศรา ธนาภิวัฒนกูร, 2542) ได้แบ่งพฤติกรรมด้านความรู้หรือความสามารถเกี่ยวกับสติปัญญา (Cognitive domain) จากง่ายไปสู่ยาก 6 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง การจำการระลึกได้ที่มีต่อความคิดวัตถุ ปรากฏการณ์ต่าง ๆ

ระดับที่ 2 ความเข้าใจ (Comprehension) หมายถึงความสามารถทางสติปัญญาที่เกี่ยวกับการสื่อความหมาย ในลักษณะของการแปรความ ตีความ และสรุป

ระดับที่ 3 การนำไปใช้ (Application) หมายถึง การนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง

ระดับที่ 4 การวิเคราะห์ (Analysis) หมายถึงการพิจารณาแยกแยะเนื้อหาออกเป็นส่วนย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์กัน

ระดับที่ 5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึงความสามารถในการรวบรวมส่วนประกอบย่อยๆ เข้าด้วยกัน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้ความคิดสร้างสรรค์

ระดับที่ 6 การประเมินผล (Evaluation) หมายถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับค่านิยม ความคิด ผลงาน คำตอบ วิธีการ และเนื้อหาสาระเพื่อวัตถุประสงค์บางอย่างโดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาตัดสิน

Prince of Songkla University Pattani Campus

4.การติดต่อสื่อสาร

ในวันหนึ่ง ๆ คนเราใช้เวลาในการติดต่อกับผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา อาจด้วยการฟัง การพูด การอ่าน หรือการเขียน ในชีวิตการทำงานปัจจุบัน เราใช้การสื่อสารหลากหลายรูปแบบอยู่ตลอดเวลา โดยที่เราอาจไม่รู้สึกตัว และเนื่องจากมีปัจจัยต่างๆ มาประกอบอยู่ในการสื่อสารมากมาย ทำให้บางครั้งผลการสื่อสารก็เข้าใจตรงกัน แต่บางครั้งก็เข้าใจไม่ตรงกัน ตามแต่จะมีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกันได้ดีมากน้อยเพียงใด

ได้มีผู้ให้ความหมายของการสื่อสารไว้ในแง่มุมที่แตกต่างกันมากมาย เช่น

Keith Davis ได้ให้ ความหมายของการสื่อสารไว้ว่า " การสื่อสารคือ กระบวนการส่งผ่านข้อมูลข่าวสาร และความเข้าใจจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง "

Louis Forsdale ได้ให้ความหมายไว้ว่า "การสื่อสารคือ กระบวนการที่ระบบถูกกำหนดขึ้นคงสภาพไว้และเปลี่ยนแปลงไปโดยอาศัยการแลกเปลี่ยนสัญลักษณ์อย่างมีกฎเกณฑ์"

ส่วนใน Webster's New Collegiate Dictionary ได้อธิบายความหมายของการสื่อสารไว้ว่า "การสื่อสารคือ กระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคคลโดยผ่านระบบสัญลักษณ์เครื่องหมายหรือพฤติกรรม"

สำหรับการสื่อสารในองค์การหรือในหน่วยงาน ก็มีผู้ให้คำนิยามที่แตกต่างกันไป เช่น

Jack R.Gibb "การสื่อสารคือ กระบวนการที่บุคคลสัมพันธ์ติดต่อกัน เพื่อที่จะทำงานให้สำเร็จโดยวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้สึก เจตคติที่ดีต่อกัน

Dean J. Champion " การสื่อสาร คือ ระบบเครือข่ายของการถ่ายโยง ข้อมูลจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่งของบุคคลตำแหน่งต่างๆ ภายในองค์การ "

พอจะสรุปได้ว่าการสื่อสารเป็นกระบวนการรับและการถ่ายทอดข้อมูล อันได้แก่ ข้อเท็จจริง ความคิด ความรู้เนื้อหาสาระต่างๆ ที่บุคคลต้องการเกี่ยวข้องกัน จากบุคคลไปสู่บุคคล หรือจากบุคคลไปสู่กลุ่มคน หรือจากกลุ่มไปสู่กลุ่ม เพื่อสร้างความเข้าใจ การชักจูงใจ หรือมุ่งให้ความรู้ หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการกระทำอย่างหนึ่งอย่างใดตามที่ประสงค์

Prince of Songkla University Pattani Campus

ความมุ่งหมายของการติดต่อสื่อสาร

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่ต้องเกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลสองฝ่ายคือ ผู้ส่งสาร และผู้รับสาร โดยทั่วไปในการทำการติดต่อสื่อสารเราอาจจะสรุปจุดมุ่งหมายของทั้งสองฝ่ายได้ ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของผู้ส่งสาร
   - เพื่อแจ้งให้ทราบ
   - เพื่อสอนหรือให้การศึกษา
   - เพื่อสร้างความพอใจและให้ความบันเทิง
   - เพื่อเสนอหรือชักจูงใจ
2. จุดมุ่งหมายของผู้รับสาร
   - เพื่อทราบ
   - เพื่อศึกษา
   - เพื่อก่อให้เกิดความพอใจ
   - เพื่อกระทำหรือตัดสินใจ

จะเห็นได้ว่าผู้ส่งสารและผู้รับสารต่างก็มีจุดมุ่งหมาย และความต้องการของตนเอง เมื่อใดที่ทั้งสองฝ่ายมีความมุ่งหมายที่สอดคล้องกัน การติดต่อสื่อสารครั้งนั้นก็จะประสบความสำเร็จ เมื่อใดก็ตามที่ทั้งสองฝ่ายมีความมุ่งหมายไม่สอดคล้องกัน การติดต่อสื่อสารก็จะประสบความล้มเหลวซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานในองค์การ

สำหรับจุดมุ่งหมายของการติดต่อสื่อสารในองค์การ มีดังนี้

1. เพื่อให้หรือรับข่าวสาร ข้อเท็จจริงด้านต่างๆ โดยมุ่งให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง

2. เพื่อจูงใจให้เกิดความร่วมมือ สร้างกำลังใจแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องกันอันนำไปสู่ความสัมพันธ์อันดี

3. เพื่อกระตุ้นและโน้มน้าวจิตใจให้ผู้ปฏิบัติงานปฏิบัติตามแผนที่วางไว้

Prince of Songkla University Pattani Campus

กระบวนการติดต่อสื่อสาร

การสื่อสารมีลักษณะเป็นกระบวนการ เพราะการสื่อสารมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงจากจุดหนึ่งไปยังจุดหนึ่ง ดำเนินต่อไปตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่ง ไม่มีจุดเริ่มต้น ไม่มีจุดสิ้นสุด เพราะมนุษย์สื่อสารกันอยู่ตลอดเวลา เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการทางจิตวิทยา และกระบวนการทางสังคมวัฒนธรรมกระ บวนการสื่อสารไม่สามารถเกิดขึ้นได้โดยตัวเอง แต่จะเกี่ยวพันกับระบบการรับรู้ การเรียนรู้ การคิด การจำ ทัศนคติ ค่านิยม และความเชื่อของบุคคล ซึ่งทำให้พฤติกรรมการสื่อสารของมนุษย์ มีลักษณะยุ่งยากซับซ้อนแตกต่างกันตามความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ความเชื่อ และการดำรงชีวิตของคนในแต่ละสังคม

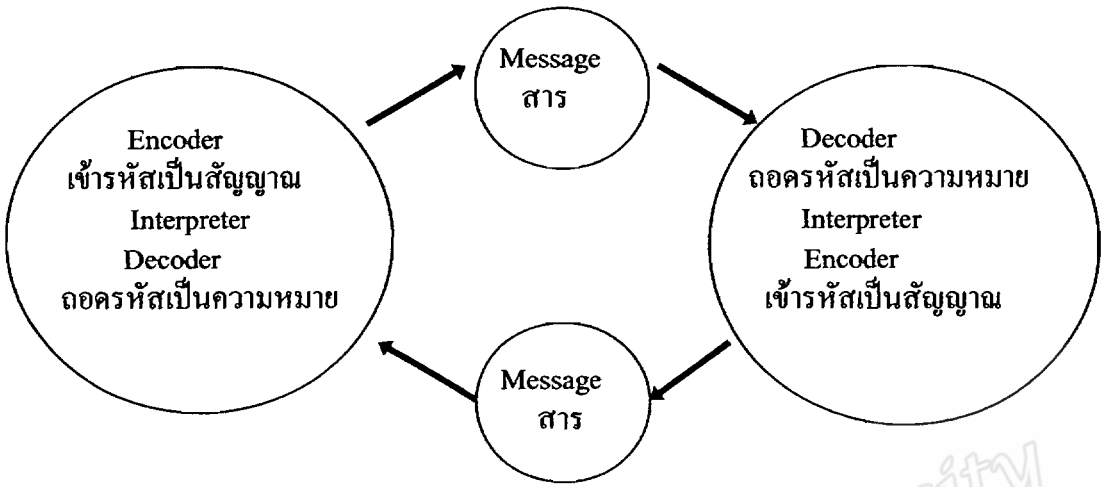
กระบวนการสื่อสาร เป็นกระบวนการที่มีความเกี่ยวพันกับสภาพแวดล้อมต่างๆ เช่น เวลา ระยะทาง สถานที่ สภาพอากาศ และปัจจัยต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจจะส่งเสริมสนับสนุน หรือขัดขวางพฤติกรรมการสื่อสารของบุคคลได้ การที่เราจะเข้าใจถึงกระบวนการสื่อสาร ต้องศึกษาแบบจำลอง

การสื่อสาร นักวิชาการได้เสนอไว้หลายท่านในหลายรูปแบบต่างๆ กัน แบบจำลอง

กระบวนการสื่อสาร มีประโยชน์เพื่อแสดงให้เห็นส่วนประกอบสำคัญของโครงสร้าง รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบต่างๆ ทำให้เห็นภาพรวมทั้งหมด

ชแรมม์ (Wlibur Schramm, 1960) ได้เสนอแบบจำลองวงกลม ซึ่งแสดงถึงการสื่อสารที่คู่สื่อสารต่างส่งสารให้กันและกัน ต่างทำหน้าที่อย่างเดียวกัน คือทั้งตีความหมาย เข้ารหัส (แปลงสารให้เป็นสัญญาณ หรือสัญลักษณ์ส่งออกไป) ถอดรหัสสาร (แปลงสัญลักษณ์ออกมาเป็นความหมาย) ดังนี้

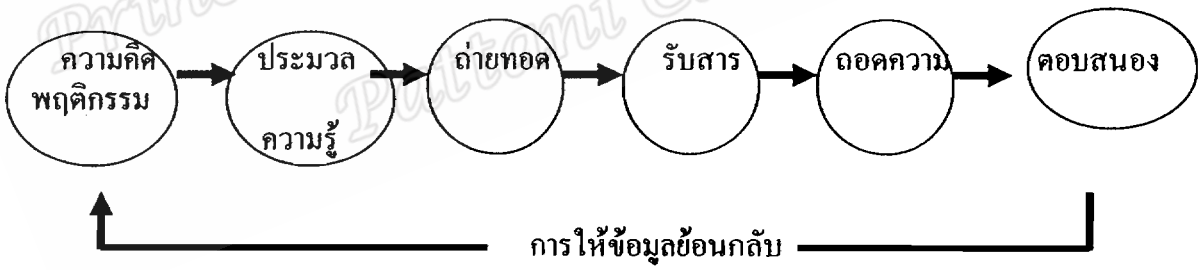
แผนภูมิ กระบวนการสื่อสารของ ชแรมม์



ในการติดต่อสื่อสารจากผู้หนึ่งไปยังอีกผู้หนึ่งนั้นมีกระบวนการหรือขั้นตอนดังต่อไปนี้

Prince of Songkla University Pattani Campus

รูปแสดงขั้นตอนการติดต่อสื่อสาร



ที่มา : ม.ร.ว.สมพร สุทัศนีย์, มนุษยสัมพันธ์, หน้า 286

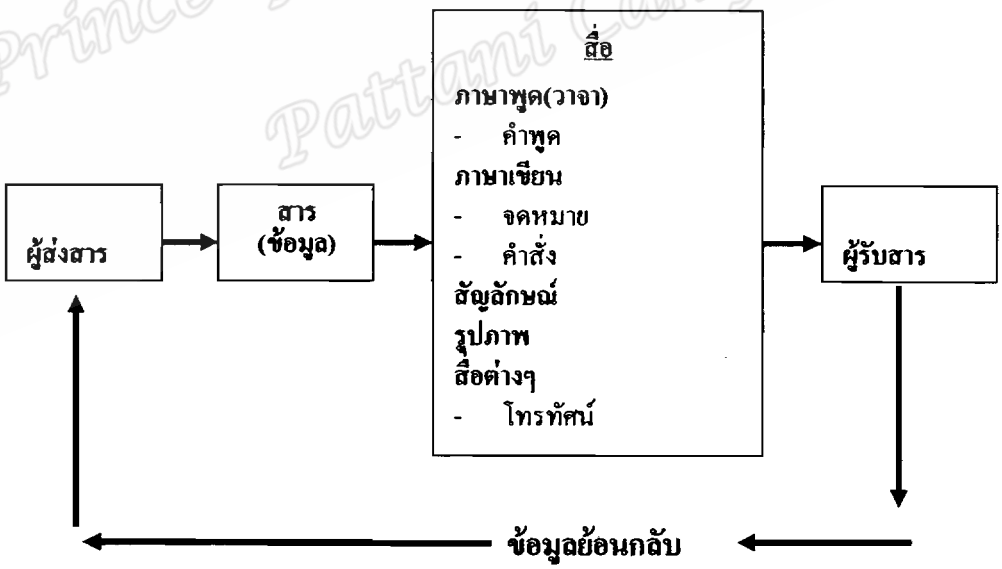
การติดต่อสื่อสารไม่ว่าเป็นการพูด การเขียนข้อความ หรือการใช้สัญญาณใด ๆ ก็ตาม จะต้องผ่านกระบวนการ 7 ขั้นตอนด้วยกันคือ

1. ระยะเกิดความคิด
2. ระยะการประมวลความคิด หรือการเข้ารหัส
3. ระยะการถ่ายทอด
4. ระยะการรับสาร
5. ระยะการถอดความหรือถอดรหัส
6. พฤติกรรมตอบสนอง
7. ข้อมูลย้อนกลับ

องค์ประกอบการติดต่อสื่อสาร

การสื่อสารของมนุษย์ ไม่ว่าจะโดยวิธีใดก็ตาม มีองค์ประกอบพื้นฐานอย่างน้อย 4 ประการ คือ ผู้สื่อสาร สารหรือข้อมูล สื่อ หรือช่องทาง และผู้รับสาร

Prince of Songkla University Pattani Campus



ที่มา : ม.ร.ว.สมพร สุทัศนีย์, มนุษยสัมพันธ์, หน้า 285

องค์ประกอบพื้นฐานของการติดต่อสื่อสารดังกล่าวคือ

1. ผู้ส่งสาร หมายถึง ผู้พูด ผู้เขียน หรือเจ้าของข้อความ หรือความคิด

2. สาร หรือข้อมูล หมายถึง ตัวข่าวสาร ข้อมูล หรือเรื่องราวที่ผู้ส่งสารส่งไปยังผู้รับสาร เป็นเรื่องราวต่างๆ ในรูปของข้อมูล ความรู้สึก ความคิดเห็น ฯลฯ โดยทั่วไปเราหมายถึงสิ่งเร้า สาระ หรือเรื่องราว ที่ผู้ส่งสารส่งออกไป

3. ผู้รับสาร หมายถึง ผู้ที่รับข่าวสารนั้น เช่น ผู้ฟัง ผู้รับคำสั่ง ฯลฯ

4. สื่อ หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสื่อสารเป็นตัวกลางนำสารจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร ซึ่งอาจเป็นคำพูด คำสั่งด้วยวาจา ระเบียบข้อบังคับ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ภาพสัญลักษณ์ การแสดงท่าทางต่างๆ เช่น ยิ้ม ก้มศีรษะ โบกมือ เป็นต้น

5. ข้อมูลย้อนกลับ หรือปฏิกิริยาตอบสนอง หมายถึงการเปลี่ยนแปลงท่าที หรือพฤติกรรมของผู้รับสารที่แสดงออกมาให้ผู้ส่งสารได้รับทราบ ในกระบวนการติดต่อสื่อสารจะครบก็ต่อเมื่อมีการตอบสนองเกิดขึ้นในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งผลของการสื่อสารนั้นแยกได้เป็น ๒ ลักษณะคือ ผลที่เกิดตามเจตนาของผู้รับสาร และผลที่สืบเนื่องโดยไม่เจตนา

ประสิทธิผลในการสื่อสารนั้นจึงขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของการสื่อสารอันได้แก่ ผู้ส่งสาร ผู้รับสาร และช่องทางในการสื่อสารนั่นเอง ปัจจัยในส่วนของผู้ส่งสารและรับสาร ที่จะมีผลต่อการสื่อสาร คือ ทักษะในการส่งและการรับสาร ทัศนคติต่อผู้รับผู้ส่งและต่อสาร ระดับความรู้ ระบบสังคมและวัฒนธรรมผู้ส่งสารและรับสาร นอกจากนี้ เพื่อประสิทธิผลของการสื่อสาร ในบางโอกาสต้องใช้สื่อหลายชนิดผสมผสานกันในการสื่อสาร เพราะสื่อแต่ละชนิดมีลักษณะเฉพาะแตกต่างกัน

สื่อ และการเลือกสื่อในการถ่ายทอดความรู้

สื่อในกระบวนการถ่ายทอดความรู้ (Knowledge Transfer) ข้อมูลข่าวสารไปยังกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ต้องมีลักษณะดังนี้ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงค์กฎณ์ คำสวัสดิ์, 2540)

1. เนื้อหา ควรมีความชัดเจน สั้น กะทัดรัด
2. วิธีการ ควรศึกษาก่อนว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นใคร และเลือกวิธีการถ่ายทอดให้เหมาะสม
3. สื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้ต่างๆ ให้ถึงกลุ่มเป้า

หมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. บุคลากรผู้ถ่ายทอด สื่อบุคคลอาจถือว่าเป็นสื่อที่ดีที่สุดในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร หรือในการจัดกิจกรรม เพราะผู้รับสามารถโต้ตอบข่าวสารได้แบบรายบุคคล

การใช้สื่อบุคคลในการถ่ายทอดความรู้นั้น ผู้ถ่ายทอดจะต้องมีความเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย ถูกใจ และสามารถชักจูงในกลุ่มเป้าหมายสนใจเนื้อหาที่สื่อออกไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด ทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายได้

การวิเคราะห์สื่อ (สมทรง รักษ์เผ่า และสรงค์กฎณ์ คำสวัสดิ์, 2540)

1. ด้านความสะดวกในการเข้าถึง (Availability)
2. ด้านการครอบคลุมของสื่อ (Coverage) หมายถึง ประสิทธิภาพที่สื่อนั้นๆ จะไปถึงผู้รับ
3. ด้านประสิทธิผลของสื่อ (Effectiveness)
   3.1 การเรียกร้องความสนใจ
   3.2 การให้ความเข้าใจ
   3.3 การชักจูง
   3.4 การสร้างความจดจำ
4. ความน่าเชื่อถือ (Media Credibility)

Prince of Songkla University Pattani Campus

5. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งคือกลุ่มของโรคที่เกิดเนื่องจากเซลล์ของร่างกายมีความผิดปกติที่ DNA หรือสารพันธุกรรม ส่งผลให้เซลล์มีการเจริญเติบโต มีการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวนเซลล์รวดเร็วและมากกว่าปกติ ดังนั้น จึงอาจทำให้เกิดก้อนเนื้อผิดปกติ และในที่สุดก็จะทำให้เกิดการตายของเซลล์ในก้อนเนื้อนั้น เนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยง ถ้าเซลล์พวกนี้เกิดอยู่ในอวัยวะใดก็จะเรียกชื่อมะเร็งตามอวัยวะนั้นเช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น

มะเร็งที่พบในร่างกายมนุษย์มีมากกว่า 100 ชนิด มะเร็งแต่ละชนิด จะมีการดำเนินของโรคไม่เหมือนกัน เช่น มะเร็งปอด มะเร็งสมอง จะมีการดำเนินชนิดของโรคที่รุนแรง ผู้ป่วยจะมีชีวิตการอยู่รอดสั้นกว่าผู้ป่วยมะเร็งผิวหนัง เป็นต้น การรักษามะเร็งแต่ละชนิดจะไม่เหมือนกันมีวิธีการรักษาที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เป็นมะเร็ง ระยะของมะเร็ง สภาพร่างกายและความ

เหมาะสมของผู้ป่วยมะเร็ง การรักษาจะยากหรือง่ายนั้น ขึ้นอยู่กับชนิดของเซลล์มะเร็งและการดำเนินโรคของมะเร็งด้วย เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง มะเร็งผิวหนัง รักษาง่ายกว่ามะเร็งปอด มะเร็งสมอง เป็นต้น (http://www.thailabonline.co)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในสตรีชาวไทย เป็นมะเร็งที่ก่อให้เกิดปัญหาทางสาธารณสุข และทำให้สูญเสียเศรษฐกิจของชาติอย่างมาก ถือเป็นโรคที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง ในปัจจุบันความรู้ที่ได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความเป็นมาหรือธรรมชาติวิทยาของโรคนี้สามารถนำมาประยุกต์ในการวินิจฉัยและรักษาโรคได้เป็นอย่างดี เนื่องจากปากมดลูกเป็นอวัยวะที่สามารถจะทำการตรวจและศึกษาได้ง่าย โดยไม่ก่อให้เกิดความยุ่งยากหรือความเจ็บปวดทรมานแก่ผู้ป่วย จึงเป็นอวัยวะที่สามารถศึกษาถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆได้อย่างละเอียด โดยเฉพาะทำให้สามารถตรวจพบภาวะมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (Precancerous lesions) เป็นภาวะที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (http://www.cccthai.org) การป้องกันที่ดีที่สุด คือการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยโดยไม่เปลี่ยนคู่นอน ไม่มีคู่นอนหลายคน และสตรีเมื่ออายุครบ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ควรตรวจแป๊ปสเมียร์ เพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็งจะดีที่สุดรักษาให้หายขาดได้

อุบัติการณ์

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในสตรีไทยมีอุบัติการณ์ (age-standardized incidence rate; ASR) เท่ากับ 23.4 ต่อหญิง100,000 คนในขณะที่มะเร็งตับ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด และ มะเร็งช่องปาก พบได้รองลงมาเท่ากับ 16.3, 13.5, 12.1 และ 4.8 ตามลำดับ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง มีอุบัติการณ์ 19.5 ต่อแสนประชากร ในปีหนึ่งจะมีผู้ป่วยประมาณ 6,000 - 8,000 รายเสียชีวิต ประมาณ 3,000 ราย พบมากที่สุดในภาคเหนือ มีอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูก 25.6 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ภาคกลาง 20.7 ต่อแสนประชากร ภาคใต้ 16.1 ต่อแสนประชากร และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 15.0 ต่อแสนประชากร (http://www.daily news. co)

ลักษณะทางพยาธิและสรีระของมะเร็งปากมดลูก

ปากมดลูก คือส่วนปลายของมดลูกที่ยื่นเข้าไปในส่วนของช่องคลอด (vagina) ตัวปากมดลูกจะมีช่องแคบเล็ก ๆ ซึ่งจะเป็นตัวเชื่อมต่อระหว่างโพรงมดลูก ระบบทางเดินต่อมน้ำเหลืองของปากมดลูก โดยอัตราการลุกลามของโรคเข้าสู่ต่อมน้ำเหลืองจะสูงขึ้นตาม high grade ของ

Prince of Songkla University Pattani Campus

มะเร็ง และความรุนแรงของการลุกลามของโรคเฉพาะที่ (http://www.cccthai.org) มดลูกจะอยู่ในอุ้งเชิงกราน ปากมดลูกจะมีหน้าที่หลายอย่าง เช่น การสร้างน้ำเมือกหรือน้ำหล่อลื่นในช่องคลอด และปากมดลูกยังสร้างน้ำเมือกช่วยให้เชื้อตัวผู้ (Sperm) เข้าไปผสมกับไข่ และปากมดลูกเป็นส่วนที่อุ้มทารกให้อยู่ในมดลูกในระหว่างตั้งครรภ์ปากมดลูกถูกคลุมด้วยเซลล์ที่ต่างกัน 2 ชนิด คือ ส่วนนอกที่ผื่นอยู่ในช่องคลอดจะเป็นเซลล์บางๆ คล้ายเซลล์ของผิวหนัง (Squamous cells) และส่วนที่ 2 เซลล์ จะมีลักษณะหนาและสูงจะอยู่ทางด้านในของรูเปิดเรียกว่า Endocervical cells มีเพียง 1 ชิ้น เท่านั้น (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545 : 4) ปากมดลูกมีรูเปิด 2 ด้าน คือ (ศิวาลัย ธนภัทร, 2534 : 26-28) รูเปิดด้านใน (Internal os) อยู่ปลายบนสุดติดกับโพรงมดลูก และรูเปิดด้านนอก (External os) ส่วนปลายล่างเป็นทางเปิดติดต่อกับช่องคลอด

ปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

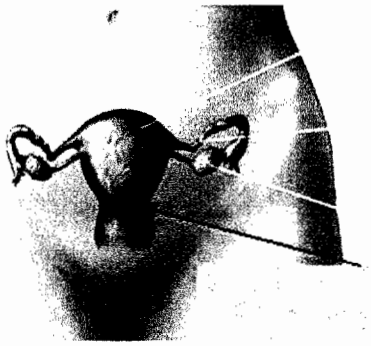
1. ส่วนด้านนอก (ectocervix) มีเยื่อบุผิวชนิดสเควมัสอิพิทิเลียม (squamous epithelium) แบ่งออกเป็น 4 ชั้น คือ เบซอล (basal) พาราเบซอล (parabasal) อินเทอร์มิเดียท (Intermediate) และ ซุปเปอร์ฟีเชียลเลเยอร์ (superficicial layer) เซลล์เหล่านี้วางขนานกับ เบสเมาน เมนเบรน (basememt membrane)

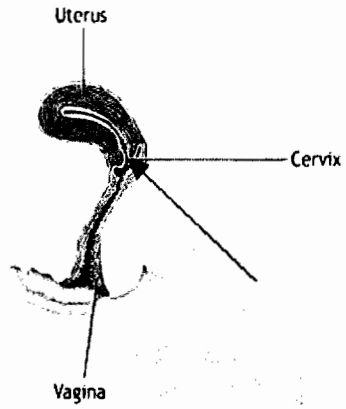
2. ส่วนด้านนอก (endocervix) มีเยื่อบุผิวชนิดคอลัมนาอิพิทิเลียม (columna epithelium) เป็นชั้นที่สามารถสร้างสารเมือกได้รอยต่อระหว่างสเควมัส (Squamous) กับ คอลัมนา (columna) นี้เรียกว่า สเควโมคอลัมนาจังชั่น (Squamo columna junction) ในสตรีที่ไม่เคยผ่านการตั้งครรภ์มาก่อนรอยต่อนี้ จะมองไม่เห็น เมื่อมีการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรปากมดลูกจะบานออกทำให้เห็นรอยต่อนี้ได้เมื่อทำการตรวจภายใน ส่วนที่บานออกมาจะมีสีชมพูอมแดง ขรุขระและเป็นมัน เนื่องจากเป็นเยื่อบุผิวชนิดคอลัมนาอิพิทิเลียม (columna epithelium) เยื่อนี้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นชนิดสเควมัสอิพิทิเลียม (squamous epithelium) ซึ่งมีความทนทานต่อสภาพกรดและด่างในช่องคลอดมาก บริเวณเยื่อบุผิวที่เปลี่ยนแปลงไปนี้ เรียกว่า ทรานสฟอร์เมชั่นโซน (transformation zone) ซึ่งเป็นบริเวณมีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด โดยเมื่อมีอันตรายกับปากมดลูก เช่น มีการฉีกขาด หรือมีการอักเสบเซลล์จะตาย และเกิดการซ่อมแซมขึ้น เรียกว่า ขบวนการเมตาพลาเซีย (metaptasia) โดยจะเปลี่ยนเยื่อบุจากเซลล์ columna เป็นเซลล์ สเควมัส (Squamous) แทน การเกิดอันตรายแล้วมีการซ่อมแซมกลับไปกลับมาบ่อย ๆ ทำให้เซลล์กลายเป็นมะเร็งได้ ขบวนการเปลี่ยนแปลงเซลล์จะสูงในระยะเข้าสู่วัยรุ่นและระยะตั้งครรภ์ครั้งแรก

Prince of Songkla University Pattani Campus

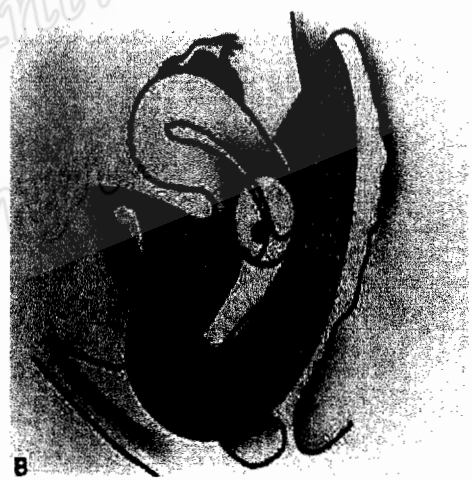
เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้น สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยังน้อยจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

Prince of Songkla University
Pattani Campus





ภาพแสดงการจัดระยะของมะเร็งปากมดลูก ตามการลุกลามของโรค



ภาพประกอบแสดงตำแหน่งปากมดลูก หน้า 19 (http://www.cccthai.org)

Prince of Songkla University Pattani Campus

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาพบว่าติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา หรือเชื้อเอชพีวี (human pappilloma virus (HPV) บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก จากการตรวจชิ้นเนื้อของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก 22 ประเทศ จำนวนกว่า 1,000 ราย รวมทั้งจากประเทศไทยด้วย โดยวิธี Polymerase chain reaction (PCR) พบว่า ตรวจพบ DNA ของเชื้อไวรัสชนิดนี้สูงถึงร้อยละ 99.7 (Walboomers JM,et ,1999 อ้างในจตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) จากหลักฐานดังกล่าว จึงสรุป ได้ว่าHPV เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชพีวี หรือเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้นและทำให้การติดเชื้อ HPV คืบหน้าหรือดำเนินโรคต่อไปจนถึงเป็นมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงได้แก่
(จตุพล ศรีสมบรูณ์ , 2547)

1. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายหญิง ได้แก่ การร่วมเพศ การแต่งงาน การตั้งครรภ์

จำนวนคู่นอน เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญการมีคู่นอน 6 คน จะมีความเสี่ยงตั้งแต่ 2-7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีคู่นอนเพียงคนเดียว (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาพบว่าการมีคู่นอนหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก (Chichareon S, etal, 1998 อ้างในจตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) อย่างไรก็ตามการมีคู่นอนเพียงคนเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อ HPV สูงขึ้นได้ ถ้าคู่นอนของสตรีนั้นมีคู่นอนหลายคน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าบุคคลที่เป็นโสดมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าผู้ที่แต่งงาน และมีบุตรแล้ว (http://www.cccthai.org) มะเร็งปากมดลูกทั้งระยะลุกลามและระยะก่อนลุกลาม โดยความเสี่ยงสูงขึ้นตามจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น ถ้ามีคู่นอนมากกว่า

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยกว่า 17ปี เป็นช่วงการกลายรูปของเซลล์ปากมดลูกมาก ช่วงนี้จะมีความไวต่อสารก่อมะเร็งสูงมากโดยเฉพาะเชื้อเอชพีวี (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมักจะน้อยกว่าผู้ที่ไม่เป็นผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง มักจะมีประวัติสำส่อนทางเพศ และ หรือ มีสามีหลายคน 7 , 8 คน หรือสามีมีนิสัยชอบเที่ยวผู้หญิง (http://www.cccthai.org)

การตั้งครรภ์และการคลอดลูก จำนวนครั้งของการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง ความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 – 3 เท่า (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมักมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อย (http://www.cccthai.org)

2. ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย เนื่องจากส่วนใหญ่ของการติดเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศได้มาจากการมีเพศสัมพันธ์ กล่าวได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชพีวี (ส่วนใหญ่ผู้ชายจะไม่มีอาการหรือตรวจไม่พบเชื้อ) แม้เพียงครั้งเดียวก็มีโอกาสติดเชื้อเอชพีวี และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ได้แก่

สตรีที่มีสามีเป็นมะเร็งองคชาติ มีผู้รายงานพบความเกี่ยวเนื่องโดยตรงของสามีที่เป็นมะเร็งขององคชาติ โดยสมมติฐานที่ว่าน่าจะเกี่ยวเนื่องจากการหมักหมมของเชื้อโรคที่บริเวณปากมดลูกระหว่างที่มีการร่วมเพศ นอกจากนี้ยังพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่สามีไม่ได้ขลิบปลายองคชาติมากกว่าในสตรีที่สามีได้ทำการขลิบปลายองคชาติ (http://www.cccthai.org)

สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก

ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผู้ชายที่มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย

ผู้ชายที่มีคู่นอนหลายคน (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547)

3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Human papilloma virus (HPV) พบไวรัสชนิดนี้ได้สูงถึงร้อยละ 90-95 ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เชื่อว่าอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก และมีผู้รายงานว่า condyloma มีการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้

Herpes simplex virus type 2 เป็น DNA ไวรัสที่มีขนาดใหญ่ มักจะเกิดพยาธิสภาพที่บริเวณอวัยวะเพศนอกจากนี้ยังพบเชื้อไวรัสตัวนี้จากsmegmaและจากเนื้อเยื่อของปากมดลูกเป็นมะเร็ง และ CIN (cervical intraepithelial neoplasia)

Syphilis เชื่อว่าอาจเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของ Levin พบว่าผู้ ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเคยมีประวัติของการเป็นซิฟิลิส 3.9% ขณะที่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งของอวัยวะอื่น ๆ พบว่า เคยเป็นโรคดังกล่าวเพียง 1.1%

Trichomoniasis มักพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีการอักเสบในช่องคลอดด้วยพยาธิตัวนี้ได้บ่อย และ อาจทำให้เกิดมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เป็น dysplasia แต่ก็ยังไม่สามารถให้ข้อสรุปที่แน่นอนได้

การติดเชื้อบริเวณปากมดลูกอื่น ๆ ได้แก่ Chlamydia Trachomatis , Neisseria gonorrhea Gardnerella vaginalis , Mycoplasma hominis , Cytomegalovirus การติดเชื้อเหล่านี้อาจมีผลโดยทางอ้อมต่อการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุปากมดลูก บริเวณ Transformation zone โดยเฉพาะกระบวนการ Epithelialization และ Squamous metaplasia เป็นการเปลี่ยนแปลงของสรีรวิทยาตามธรรมชาติ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่ Transformation zone นี้ อาจจะส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ

Prince of Songkla University Pattani Campus

HPV ง่ายขึ้น ทำให้เกิดกระบวนการ Squamous dysplasia บ่อยขึ้น และกลายเป็นมะเร็งไปในที่สุด

4. สาเหตุอื่นๆ

ปัจจุบันนี้ ไม่พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดจะเพิ่มความเสี่ยงในการก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

สตรีที่มารดาเคยใช้ Diethylstilbestrol (DES) อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิด CIN สูงขึ้น

การสูบบุหรี่ ยังไม่มีผลการศึกษาวิจัยที่จะบอกแน่นอนว่า บุหรี่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกโดยตรง (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) แต่เชื่อว่าสารประกอบบางตัวในยาสูบเป็น carcinogen และเสริมฤทธิ์ HPV ในการก่อให้เกิด CIN ระยะเวลาและจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็ง (http://www.cccthai.org) เนื่องจากพบว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่นั้นมักจะผ่านการมีเพศสัมพันธ์ กับชายมากกว่าหนึ่งคน และคนที่สูบบุหรี่ส่วนหนึ่ง มีโอกาสติดเชื้อไวรัสบางชนิดเช่น หูดหงอนไก่ และเชื้อเริม เชื่อกันว่า อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก แต่แน่นอนว่า บุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่ง ที่ทำให้คุณผู้หญิงไปสู่ปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกอื่น นอกจากนี้ สารก่อมะเร็งมากกว่า 4,000 ชนิดในบุหรี่นั้น ยังพบว่าเมื่อฝ่ายชายที่สูบบุหรี่เป็นประจำ หลั่งน้ำอสุจิออกมา จะมีสารก่อมะเร็งเหล่านี้ในน้ำอสุจิ ปากมดลูกจะต้องถูกท่วมท้น ด้วยน้ำอสุจิที่มีสารก่อมะเร็งอยู่นานเข้าๆ เซลล์ปากมดลูก อาจกลายเป็นเซลล์มะเร็ง (http://www.ka.rhon.com)

ฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และสังคม โดยทั่วไป พบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ การศึกษา และสังคมสูงกว่า (ธีระ ทองสงและคณะอื่น ๆ , 2539)

ปัจจัยทางพันธุกรรมของบุคคลแต่ละคน มะเร็งส่วนน้อยเท่านั้นที่เกิดจากความผิดปกติของพันธุกรรมโดยตรง แต่ก็พบว่าคุณสมบัติทางพันธุกรรมบางอย่างอาจจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ให้เป็นมะเร็งได้ง่ายกว่าปกติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าทำไมบางคนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งแต่กลับไม่เป็น ในขณะที่บางคนไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงเลยกลับเป็นได้ เป็นต้น ปัจจัยทางพันธุกรรมเหล่านี้จึงเป็นอะไรที่แก้ไขเปลี่ยนแปลงไม่ได้ (http://www.amh.mg.h.go.th) จากการศึกษาตามแผนเพื่อประเมินความเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่ามะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดา และพี่สาว หรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก คือร้อยละ 15.6 เมื่อเปรียบเทียบกับสมาชิกในครอบครัวของฝ่ายชายที่เป็นสตรี ซึ่งพบได้เพียงร้อยละ 1 (Furgyik S, al, 1986 อ้างในจตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) จากการศึกษาในคู่แฝดสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเหมือนกัน พบว่า อาจจะมีหน่วยพันธุกรรมที่ไวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

ฝ่าแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน จะมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกมากกว่าฝ่าแฝดที่เกิดจากไข่ 2 ใบ ประมาณ 2 เท่า (Ahlbom A,et al, 1997 อ้างในจตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547)

การขาดสารอาหารบางอย่าง พบว่า การบริโภคเบตาแคโรทีน ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็งในปริมาณที่สูง มีส่วนลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทุกชนิดได้ สารนี้มีมากในพืชผักที่มีสีเหลือง เช่น ฟักทองอาหาร (จตุพล ศรีสมบรูณ์, 2547) โดยเฉพาะไวตามิน A อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ CIN มีการศึกษาเปรียบเทียบ ระดับไวตามิน A ในเลือดและอาหารของสตรีที่เป็น CIN และไม่เป็น พบว่า ผู้ป่วยที่เป็น มีระดับไวตามิน A ในเลือดต่ำกว่าคนที่ไม่เป็นโรค (http://www.cccthai.org)

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก

แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะ ใหญ่ๆ ดังนี้

1. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า Pap smear สามารถรักษาให้หายขาดได้ เกือบร้อยละ 100

2. ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ภายในปากมดลูก มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 80 - 95

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูกและ/หรือผนังช่องคลอดส่วนบน มีอัตราการอยู่ รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 60 – 70

ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกรานและ/ หรือผนังช่องคลอดส่วนล่าง กดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมน้ำมีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 40 - 50

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ไส้ตรง หรืออวัยวะอื่นๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 10 - 20 (จตุพล ศรีสมบรูณ์ , 2547)

อาการมะเร็งปากมดลูก

1. เลือดออกผิดปกติเริ่มด้วยการมีเลือดออกเมื่อถูกกระทบกระเทือน เช่น เมื่ออยู่ร่วมกับสามีหรือเมื่อทำงานหนัก ภายหลังอาจมีเลือดออกกระปริบ กระปรอย แม้ไม่มีกระทบกระเทือนเลย บางครั้งเลือดจะออกมากจน แยกไม่ได้ว่าเป็นเลือดประจำเดือนหรือเป็นโรคมะเร็ง

Prince of Songkla University Pattani Campus

2. มีอาการตกขาวมากขึ้น บางครั้งมีเลือดปนและอาจมีกลิ่นเหม็น อาการของผู้ที่เป็นมะเร็งของช่องคลอดและปากช่องคลอด อาการเริ่มจากเป็นแผลหรือก้อน แผลรักษาไม่หายและลามมากขึ้นมีขนาดใหญ่อาจมีเลือดออกจากแผล ต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบจะโต แต่ไม่มีอาการ เจ็บปวด

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็ง การป้องกันปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน , การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย , การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชพีวี, การงดสูบบุหรี่, การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี เป็นต้น

2. การป้องกันทุติยภูมิ คือ การค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่มซึ่งการรักษาได้ผลดีสำหรับมะเร็งปากมดลูกแล้ว สามารถตรวจคัดกรองได้โดยวิธีแป๊ปสเมียร์

3. การป้องกันตติยภูมิ คือ การรักษาโรคมะเร็ง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็ง มีชีวิตรอดยาวนาน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี(http://www.rtcog.or.th/download/cancer.)

HPV Vaccine (วัคซีนสำหรับสตรี)

มะเร็งปากมดลูกภัยที่สตรีกลัวที่สุด เชื้อไวรัส HPV เป็นตัวการที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกโชคดีของสตรีที่องค์การอนามัยอาหารและยา (อย.) ของไทยได้อนุญาตให้นำเข้าวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก เป็นทางหนึ่งที่สตรีโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง จะได้รับป้องกันเนื่องจาก เชื้อ HPV สายพันธุ์ที่พบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือ เชื้อ HPV 16 และ HPV 18 เป็นสาเหตุประมาณร้อยละ 70 การฉีด HPV vaccine เพื่อกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV เป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยป้องกันปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV ได้

Prince of Songkla University Pattani Campus

ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ HPV Vaccine

ผลการศึกษาประสิทธิภาพและความปลอดภัยของ HPV 16/18 vaccine พบว่า HPV 16/18 vaccine มีศักยภาพสูงในการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ความปลอดภัยสูง ไม่พบอาการข้างเคียงชนิดรุนแรงประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อ HPV 16/18 แบบเนิ่นนาน (persistent) และการป้องกันรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูกที่เกิดจากเชื้อ HPV 16/18

ช่วงอายุที่แนะนำให้ฉีด HPV Vaccine

ประสิทธิภาพของ HPV vaccine จะสูงที่สุดในสตรีที่ยังไม่ติดเชื้อ HPV ดังนั้นจึงควรฉีดวัคซีนก่อนถึงวัยที่จะมีเพศสัมพันธ์หรือก่อนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เพื่อป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคที่จะเกิดตามมา ในปัจจุบัน HPV vaccine มีความปลอดภัย มีศักยภาพการกระตุ้นภูมิคุ้มกันสูง และมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคของอวัยวะเพศสตรี ในสตรีช่วงอายุ 9-26 ปี ส่วนสตรีที่มีอายุมากกว่า 26 ปี ยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรค สำหรับการฉีดวัคซีนเพื่อกระตุ้นซ้ำ (booster) ยังไม่มีข้อมูลว่าควรฉีดเมื่อไร ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบันพบว่าระดับ antibody ยังคงป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้นานอย่างน้อย 5 ปี

Prince of Songkla University Pattani Campus

การฉีด HPV Vaccine

การฉีด HPV vaccine ฉีด 0.5 มล. เข้ากล้ามเนื้อจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 : ฉีดในวันที่กำหนดเลือก

ครั้งที่ 2 : ฉีดในเดือนที่ 1-2 หลังจากการฉีดครั้งแรก

ครั้งที่ 3 : ฉีดในเดือนที่ 6 หลังจากการฉีดครั้งแรก (http://www.rtcog.or.th)

การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการทำแป๊ปสเมียร์ (Pap smear)

ความเป็นมาของการตรวจคัดกรองโดยวิธี Pap smear

การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของทั่วโลก ได้มีการใช้การตรวจคัดกรองโดยวิธี Pap smears ในสตรีกลุ่มเสี่ยงและทำการรักษาการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก การคัดกรองโดยการทำ Pap smear ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1930 โดย Dr.George Papanicolaou เป็นที่รู้จักกันว่า โปรแกรมการตรวจคัดกรองป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก (Cytologic screening programs) ศึกษาวิจัย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าร้อยละ 90 ถ้าทำได้อย่างมีคุณภาพและมีความครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายได้สูง (Eddy, 1986) เช่น ในประเทศฟินแลนด์มี National cervical cancer screening program เริ่มในปี ค.ศ. 1963 ในปัจจุบันมีอุบัติการณ์ของโรคต่ำที่สุดในโลกเป็น 5.5 ต่อแสนของประชากรในเพศหญิง แต่ไม่สามารถทำได้ผลสำเร็จในประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากมีเพียงร้อยละ 5 ของสตรีที่ได้รับการตรวจ Pap smear เท่านั้น (http://www.richandhealth.com)

แนวทางการตรวจ Pap smear ในสตรี

แป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) สามารถที่จะตรวจพบสิ่งที่ผิดปกติบนปากมดลูกได้ อาจจะเป็นสัญญาณเตือนว่า เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงบริเวณปากมดลูก การเปลี่ยนแปลงนี้ยังไม่ใช่มะเร็งแต่อาจจะกลายเป็นมะเร็งได้หากไม่ได้รับการรักษา ถ้าตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) อย่างสม่ำเสมอจะสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามได้

เป็นการตรวจที่ง่ายมากและใช้เวลาเพียง 2-3 นาที เท่านั้นไม่เจ็บไม่ปวดไม่ใช่การผ่าตัด แพทย์ หรือพยาบาลจะสอดเครื่องมือที่เรียกว่า คีมปากเป็ดอันเล็กๆ เข้าไปในช่องคลอด ก็จะเห็นปากมดลูกอย่างง่ายดาย แพทย์ก็จะใช้ไม้บางๆ และแปรงขนาดจิ๋วขูดเอาเซลล์บริเวณปากมดลูกและป้ายบนแผ่นกระจกและส่งไปยังห้องปฏิบัติการ

ปัจจุบันแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) เป็นวิธีการคัดกรองที่ดีที่สุดสำหรับมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าทำแป๊ปสเมียร์ (PapSmear) อย่างสม่ำเสมอ จะสามารถวินิจฉัยมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้

ช่วงที่เหมาะสมที่จะตรวจมะเร็งปากมดลูก (http://www.rayonghospital.net) สำหรับผู้ที่ยังมีประจำเดือนตามปกติช่วงเวลาที่เหมาะก็คือช่วงหลังประจำเดือนหมดแล้ว 7-10วัน สำหรับผู้ที่หมดประจำเดือนแล้วเวลาไหนก็ได้ที่สะดวก รู้ผลตรวจประมาณ 1 สัปดาห์ ถึง 4 สัปดาห์

Prince of Songkla University Pattani Campus

สตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งควรตรวจ ได้แก่ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย (ต่ำกว่า 20ปี) มีคู่ร่วมเพศสัมพันธ์หลายคน มีการอักเสบของปากมดลูกเนื่องจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus และสตรีที่สูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าไม่สูบบุหรี่

สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคนควรตรวจทุกปี หรือ 2 ปี หากได้ผลปกติ 2-3 ครั้ง ก็สามารถจะเว้นระยะห่างออกไปได้ แต่ถ้าหากไม่สามารถจะทำได้ตลอด อย่างน้อยก็ควรตรวจเมื่ออายุ 35 ปี และตรวจทุก 5 ปี จนอายุ 60 ปี เพื่อให้จำได้ในการปฏิบัติทุกคน ควรตรวจเมื่ออายุ 35,40,45,50,55,60 ปี (http://www.richandhealth.com)

องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีทำPap smear ในประชากรเป้าหมาย คือหญิงอายุ 35 – 64 ปี โดยตรวจทุก 5 ปี และมีความครอบคลุมร้อยละ 50

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 -2554) ให้สตรีที่มี อายุ 35,40,45,50,55,60 ปี ได้รับการตรวจภายในหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (http://kpo.moph.go.th)

ร้อยละ 60 สตรีที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap Smear

ร้อยละ 80 สตรีทุกกลุ่มอายุ (ยกเว้นกลุ่มอายุที่ได้รับการตรวจ โดยวิธี Pap Smear ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี VIA

สตรีทั้งหมดที่รับการตรวจแล้วพบเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้รับการรักษา
(กระทรวงสาธารณสุข , 2550)

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap smear

1. ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ควรตรวจในสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำ คือ ระยะตอนใกล้ไข่สุกหรือกำลังจะสุก เพราะระดับเอสโตรเจนสูงและจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูกส่วนในสร้างมูกเหนียว ๆ ออกมาเป็นจำนวนมาก ถ้าทำPap smear ในระยะนี้จะป้ายได้แต่มูก ซึ่งเหนียว จะได้เซลล์น้อยมาก และอีกระยะคือ 3-4 วัน ก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่มีเม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้เป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจก ซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่าน

2. ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอย่างเม็ดหรือฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

3. ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วรับการตรวจได้ทุกเวลา

Prince of Songkla University Pattani Campus

การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจ Pap smear มีดังนี้

1. ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง
3. ห้ามล้างหรือทำความสะอาดภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง
4. งดการมีเพศสัมพันธ์คืนวันก่อนมารับการตรวจ

6. แนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ

ความหมายความพึงพอใจ

Vroom (1964) ได้ให้ ความหมายของความพึงพอใจว่าเป็นทัศนคติและความพึงพอใจในสิ่งหนึ่งสามารถใช้แทนกันได้ ทัศนคติด้านบวกจะแสดงให้เห็นสภาพความพึงพอใจในสิ่งนั้น และทัศนคติด้านลบจะแสดงให้เห็นสภาพความไม่พึงพอใจ

มูลลินส์ (Mullins, 1985: 280) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ หลายๆ ด้าน เป็นสภาพภายในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกของบุคคลที่ประสบความสำเร็จในงาน ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เกิดจากการที่มนุษย์มีแรงผลักดันบางประการในตนเอง และพยายามจะบรรลุถึงเป้าหมายบางอย่าง เพื่อจะสนองตอบความต้องการ หรือความคาดหวังที่มีอยู่ และเมื่อบรรลุเป้าหมายนั้นแล้วจะเกิดความพอใจ เป็นผลสะท้อนกลับไปยังจุดเริ่มต้น เป็นกระบวนการหมุนเวียนต่อไปอีก กระบวนการเกิดความรู้สึกพึงพอใจ

โวลด์แมน (Wolman, 1993: 384) ให้ความหมายความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกมีความสุขเมื่อบุคคลได้รับความสำเร็จสมความมุ่งหมายความต้องการ (wants) หรือแรงจูงใจ (motivation)

พจนานุกรมฉบับเวบสเตอร์ (Webster's) ให้ความหมายความพึงพอใจ หมายถึงการได้รับตอบสนองความต้องการอย่างเต็มที่ (Gove, 1986; 2017)

กล่าวโดยสรุป ความพึงพอใจเป็นความรู้สึกในทางบวกต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการของบุคคล สมตามจุดมุ่งหมายที่คาดหวังไว้

เทพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ (2540) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นภาวะของการ มีอารมณ์ในทิศทางบวกที่มีผลเกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินประสบการณ์ สิ่งที่ขาดหายไประหว่างการเสนอให้กับสิ่งที่ได้รับ จะเป็นรากฐานแห่งความพึงพอใจ และไม่พึงพอใจได้

เฉลิมพล ตันสกุล (2541) ได้สรุปว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ทัศนคติหรือระดับความพึงพอใจของบุคคลต่อกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมนั้นๆ โดยเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ ค่านิยมและประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ ระดับของความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อกิจกรรมนั้นๆ สามารถตอบสนองความต้องการแก่บุคคลนั้นได้

จากที่กล่าวข้างต้น พอสรุปได้ว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันเกิดจากพื้นฐานของการรับรู้ ค่านิยม และประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ และจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อสิ่งนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลนั้นได้ ซึ่งระดับความพึงพอใจของแต่ละบุคคล ย่อมมีความแตกต่างกันไป

ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้

ความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ หมายถึง การแสดงออกจากความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับ ซึ่งความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งที่ผู้ให้ถ่ายทอดต้องรับรู้ และถือว่าเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะต้องไปให้ถึงและครอบคลุมให้ทั่ว และที่สำคัญที่สุดคือต้องรู้ว่ากลุ่มเป้าหมายคาดหวังและต้องการอะไร

แนวคิดความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพโดยใช้แนวคิดของอเดย์และแอนเดอร์เซน

อเดย์ และแอนเดอร์เซน (Aday & Andersen, 1975: 58-80) ได้สร้างรูปแบบในการศึกษาการใช้บริการสุขภาพทั้งระบบ โดยเริ่มต้นจากระบบการให้บริการสาธารณสุขว่าประกอบด้วยปัจจัยใดบ้าง และแต่ละปัจจัยนั้นมีความสัมพันธ์ หรือส่งผลต่อกันอย่างไร และในท้ายที่สุดปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ จะส่งผลไปถึงพฤติกรรมการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนอย่างไร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะพิจารณาตั้งแต่นโยบายสาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดสรรงบประมาณ การจัดระบบการศึกษา การจัดสรรอัตรากำลัง การจัดองค์กรสาธารณสุข ว่าจะมีผลต่อลักษณะระบบการให้บริการสาธารณสุข และลักษณะของผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างไรบ้าง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. **ลักษณะของระบบการให้บริการสาธารณสุข** (Characteristics health delivery system) ปัจจัยนี้จะพิจารณาถึงระบบการให้บริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง ประกอบด้วยทรัพยากรที่ได้รับจัดสรรทั้งในด้านปริมาณ ความเพียงพอการกระจาย ตลอดจนพิจารณาถึงความครอบคลุมของการให้บริการด้วย นอกจากนี้ยังพิจารณาเกี่ยวกับองค์กรสาธารณสุขในด้านระบบการให้บริการ และ

Prince of Songkla University Pattani Campus

ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ จะมีผลต่อการใช้บริการสุขภาพ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และลักษณะของผู้รับบริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง

2. **ลักษณะของประชาชนผู้ใช้บริการหรือประชากรกลุ่มเสี่ยง** (Characteristic of populationa-at-risk) เป็นปัจจัยทางด้านประชาชน เศรษฐกิจ และสังคมจิตวิทยาของผู้ใช้บริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ปัจจัยคือ

2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับตัวบุคคลได้แก่ปัจจัยด้านประชากรคือ อายุ เพศ ปัจจัยโครงสร้างสังคมคือ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา และค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย

2.2 ปัจจัยสนับสนุน (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือเกื้อกูลให้บุคคลสามารถไปใช้บริการได้ ปัจจัยด้านนี้ได้แก่รายได้ หรือทรัพยากรของครอบครัว และแหล่งบริการที่จัดไว้ในชุมชนที่ประชาชนจะไปใช้บริการได้เมื่อต้องการ

2.3 ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ (Needs for health services) เป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้กับทุกคนและเมื่อเจ็บป่วย แล้วจะต้องให้ความสำคัญของการใช้บริการที่เหมาะสมด้วย ปัจจัยด้านนี้ได้แก่ การรับรู้ด้านสุขภาพและการประเมินการเจ็บป่วย ปัจจัยทั้งหมดดังกล่าว จะส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้คือ

1) ความพึงพอใจต่อความสะดวกที่ได้รับจากบริการ ได้แก่ การใช้เวลารอคอยในสถานบริการ การได้รับการดูแลรักษาเมื่อมีความต้องการและความสะดวกสบายที่ได้รับในสถานบริการ

2) ความพึงพอใจต่อการประสานงานของการบริการ ได้แก่ การได้รับบริการทุกประเภท สถานบริการแห่งหนึ่งคือ ผู้ป่วยสามารถขอรับบริการได้ทุกประเภทตามความต้องการของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ให้ความสนใจสุขภาพทั้งหมดของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และได้มีการติดตามผลการรักษา

3) ความพึงพอใจต่ออัธยาศัยความสนใจของผู้ให้บริการ ได้แก่ การแสดงอัธยาศัยท่าทางที่ดีเป็นกันเองของผู้ให้บริการและแสดงความสนใจ ห่วงใยต่อผู้ป่วย

4) ความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับต่อบริการ แยกออกเป็นข้อมูล 2 ประเภท คือ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับการให้การรักษาแก่ผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตนของผู้ป่วยและการใช้ยา เป็นต้น

5) ความพึงพอใจต่อคุณภาพของบริการ ได้แก่ คุณภาพของการดูแลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับในทัศนะของผู้ป่วยที่มีต่อบริการของสถานบริการแห่งนั้น

6) ความพึงพอใจต่อค่าใช้จ่ายเมื่อใช้บริการ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจ่ายไปกับการรักษาความเจ็บป่วย

Prince of Songkla University Pattani Campus

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการวิจัยนี้ โดยพิจารณาถึงองค์ประกอบดังกล่าว

ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความพึงพอใจ ทางด้านประชากรและสังคม ได้มีผู้ศึกษาไว้และสามารถสรุปดังนี้

เพศกับความพึงพอใจ

การศึกษาของ วิลสัน (Wilson อ้างใน นารีรัตน์ วงศ์สุนทร, 2543) ในเรื่องเพศกับการปรึกษาแพทย์ พบว่า เพศหญิงมีการไปปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้หญิงมีเวลาเสาะแสวงหาการรักษาพยาบาลได้มากกว่า และสะดวกกว่าเพศชาย มีความคุ้นเคยกับกฎระเบียบ ขั้นตอนต่าง ๆ ของโรงพยาบาล อาจทำให้ผู้ป่วยเพศหญิงมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย นอกจากนี้การศึกษาของฮัลกาและคณะ (Hulka, et al 1971 อ้างใน บุญเรือน มาคเลิง, 2539: 16) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างระดับความพึงพอใจและไม่พึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์ เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 1972 - กันยายน ค.ศ. 1973 ที่ฟอรส์เวร์ (Fort Wayne) รัฐอินเดียน่า (Indiana) สหรัฐอเมริกา โดยสัมภาษณ์ทัศนคติของประชาชนในหมู่บ้าน จำนวน 1,713 ราย พบว่าผู้ป่วยเพศหญิงจะมีความพึงพอใจต่อบริการทางการแพทย์มากกว่าเพศชาย

อายุกับความพึงพอใจ

อายุเป็นสิ่งกำหนดวัยของมนุษย์ ซึ่งมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ซึ่งจะทำให้บุคคลแต่ละวัย มีความคาดหวังจากการขอรับบริการจากโรงพยาบาลแตกต่างกันด้วย ดังเช่น การศึกษาของ แอ็บเด็ลลาร์ และลีไวน์ (Abdellh and levine อ้างใน นารีรัตน์ วงศ์สุนทร, 2543) ได้สร้างเครื่องมือวัดระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อพยาบาล เมื่อปี ค.ศ. 1956 ได้ส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ จำนวน 40 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 8,000 ราย และเจ้าหน้าที่พยาบาล 12,000 ราย จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นจะมีความพึงพอใจต่อบริการทางพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

ถิ่นที่อยู่อาศัยกับความพึงพอใจ

ความต้องการในบริการสุขภาพบางครั้งขึ้นอยู่กับถิ่นที่อยู่อาศัย ผู้ป่วยที่มารับบริการ จึงมาจากที่อยู่อาศัยหลายแห่ง ทั้งในเขตรับผิดชอบและนอกเขตรับผิดชอบ ประชาชนที่อาศัยในเขตชนบทและเขตเมืองอยู่ในสภาพสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน ทั้งทางธรรมชาติและสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคลให้แตกต่างกัน (นารีรัตน์ วงศ์สุนทร, 2543) ชีวิตในชนบทจะเคยชินกับความเป็นอยู่อย่างง่าย ๆ ไม่สับสนวุ่นวายเหมือนชีวิตในเมือง การเข้าร่วมสังคมของคนในเมืองจะปฏิบัติต่อกันอย่างผิวเผิน ทำไปตามโอกาสมากกว่า โดยความตั้งใจและมีความสนิทสนมน้อยกว่าในชนบท พฤติกรรมหรือการแสดงออกต่าง ๆ ของบุคคลจะเป็นอย่างไรนั้นขึ้นกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ค่านิยมที่เขามีอยู่ ดังนั้นเมื่อมาใช้บริการของโรงพยาบาล แม้ว่าจะได้รับบริการที่เหมือนกัน แต่ชาวชนบทที่เคยชินกับการใช้ชีวิตแบบง่าย ๆ เมื่อมาพบกฎเกณฑ์ระเบียบต่าง ๆ ที่ตนไม่เคยชิน จึงทำให้น่าจะไม่พึงพอใจ ผู้ป่วยในเขตเมืองจะมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทหรือนอกเขตเมือง

ระดับการศึกษากับความพึงพอใจ

การศึกษาของ ฮัลกา และคณะ (Hulka, et al. 1975: 657 อ้างใน นารีรัตน์วงศ์สุนทร, 2543) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีความพึงพอใจต่อความสามารถของแพทย์ และท่าทีของแพทย์ที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาในประเทศไทย ซึ่งมีสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปจากของตะวันตกนั้น พบว่ามีลักษณะตรงกันข้ามกันคือเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการของโรงพยาบาลขอนแก่น พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาต่ำ ส่วนมากมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลสูงกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง การที่เป็นเช่นนี้ เพราะว่าบุคคลที่มีการศึกษาและสถานภาพทางสังคมสูง ย่อมมีความคาดหวังบริการด้านการแพทย์สูงด้วย ผู้ที่มีการศึกษาต่ำนั้นส่วนมากมีความคาดหวังในบริการ ด้านการแพทย์อยู่ในระดับต่ำ

รายได้กับความพึงพอใจ

รายได้ เป็นปัจจัยสำคัญ ในการอธิบายสำหรับบริการทางการแพทย์ การใช้จ่ายเพื่อบริโภคบริการทางการแพทย์ จะแตกต่างกันแต่ละกลุ่มรายได้ สันทัด เสริมศรี และไรลีย์ ได้ศึกษาที่หมู่บ้านในชุมชนภาคกลาง ซึ่งอยู่ใกล้กรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2517 พบว่าปัจจัยที่สำคัญและเด่นชัดที่มีผลต่อ

Prince of Songkla University Pattani Campus

การเลือกรับบริการรักษาจากแหล่งต่าง ๆ ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ สถานภาพทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ กองวิชาการ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานการศึกษาโรงพยาบาลเอกชนในประเทศไทย ซึ่งได้ศึกษาตั้งแต่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2521 ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2522 โดยรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลเอกชน ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ได้สรุปผลส่วนที่เกี่ยวกับรายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับประเภทของบริการทางการแพทย์ที่ประชาชนเลือกใช้ และพบว่าผู้ที่มีรายได้เกินกว่า 21,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีการใช้บริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด เมื่อเทียบกับรายได้อื่น จึงกล่าวได้ว่ารายได้มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ ตลอดจนโอกาสของการเลือกใช้แหล่งบริการดีกว่า ผู้มีรายได้ต่ำ แต่การใช้บริการทางการแพทย์ส่วนหนึ่งเป็นของรัฐ ซึ่งดำเนินกิจการในลักษณะไม่หวังผลกำไร และให้บริการแก่ผู้มาขอใช้บริการตามความจำเป็น การเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล จะเรียกเก็บไม่ตามราคาของบริการที่ให้ ทั้งนี้เพราะส่วนหนึ่งรัฐบาลจ่ายเงินอุดหนุนจากงบประมาณ ดังนั้นผู้ที่มีรายได้ต่ำเลือกใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งเก็บค่ารักษาพยาบาลในอัตราต่ำ ผู้มีรายได้ต่ำจะมีความพึงพอใจต่อบริการของโรงพยาบาลมากกว่าผู้มีรายได้สูงกว่า (นารีรัตน์ วงศ์สุนทร, 2543)

7. แนวคิดทางพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายและรูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกของบุคคลในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ทีท่าค่านิยมและการกระทำหรือไม่กระทำที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือมีผลต่อสุขภาพของตนเอง ของบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวหรือของชุมชน

รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

ได้กล่าวถึง รูปแบบของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกในรูปของการดูแลแก้ไขปัญหาเมื่อตนเองหรือครอบครัวป่วย พฤติกรรมการเจ็บป่วยนี้รวมกลุ่มพฤติกรรมต่างๆ หลายอย่างไว้ด้วยกัน เช่น การรับรู้เมื่อตนเองเจ็บป่วย การรับรู้เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยแบบแผนการแสวงหาการรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลหรือครอบครัว การเปลี่ยนแปลงบทบาทของคนป่วยในครอบครัว การดูแลพึ่งพาตนเองของบุคคลหรือครอบครัวเมื่อเจ็บป่วย

Prince of Songkla University Pattani Campus

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปของการป้องกันตนเอง หรือบุคคลอื่นมิให้เจ็บป่วย พฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ ได้แก่ การกระทำหรือปฏิบัติของบุคคลที่นำไปสู่การป้องกันโรค การป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการป้องกันอุบัติภัยทั้งของตนเอง ของครอบครัวและของคนอื่นในชุมชนด้วย

3. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Primitive Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกโดยการกระทำ หรือการปฏิบัติที่ส่งผลกระทบต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองหรือบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวและชุมชนด้วย

4. พฤติกรรมการมีส่วนร่วม เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แสดงออกในรูปการกระทำหรือการปฏิบัติร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในชุมชนเพื่อการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดทางพฤติกรรมด้านการศึกษาของ Bloom

1. พฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำข้อเท็จจริงต่างๆ รวมถึงการพัฒนาความสามารถ ทักษะทางสติปัญญา ซึ่งเริ่มต้นจากระดับความรู้ง่ายๆ และเพิ่มการใช้ความคิดและพัฒนาสติปัญญาขึ้นเรื่อยๆ ตามลำดับขั้นดังนี้

1.1 การรู้ จัดเป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงแค่จำได้ นึกได้ หรือจากการมองเห็น ได้ยิน ได้แก่ จำชื่อโรค จำอาการการเจ็บป่วย เป็นต้น

1.2 ความเข้าใจ เป็นอาการที่เกิดจากประสบการณ์การรู้ การได้ฟัง และเข้าใจในข่าวสารนั้นๆ

1.3 การประยุกต์หรือการนำความรู้ไปใช้ เป็นการแก้ปัญหาเพื่อแสดงให้เห็นว่าเข้าใจในหลักการทฤษฎีและวิธีการต่างๆ ในการแก้ปัญหา

1.4 การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 3 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ความสามารถในการแยกองค์ประกอบของปัญหาหรือสภาพการออกเป็นส่วนๆ เพื่อทำความเข้าใจปัญหา

ขั้นที่ 2 ความสามารถในการมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบ

ขั้นที่ 3 ความสามารถมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนประกอบที่รวมกันเข้าเป็นปัญหาหรือสภาพการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

Prince of Songkla University Pattani Campus

1.5 การสังเคราะห์ เป็นความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบของหลายๆ ส่วนมารวมกันเป็นส่วนซึ่งมีโครงสร้างแน่ชัด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับประสบการณ์และความคิดสร้างสรรค์

1.6 การประเมินผล เป็นความสามารถในการให้ค่าความรู้หรือข้อเท็จจริง ซึ่งต้องอาศัยเกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นองค์ประกอบในการให้ค่า แล้วจะปรากฏในรูปของคุณภาพและปริมาณ

2. พฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) เป็นความเชื่อ ความสนใจ ความรู้สึกท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยนหรือการปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถือ ซึ่งเป็นเรื่องภายในจิตใจของบุคคลกระบวนการเกิดพฤติกรรมด้านทัศนคติ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

2.1 การรับหรือการให้ความสนใจ คือจะเป็นขั้นของสภาพจิตใจขั้นแรกเพื่อนำไปสู่สภาพจิตใจขั้นต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์เดิมของแต่ละคนที่มีต่อสิ่งเร้า หรือสิ่งกระตุ้นนั้นโดยบุคคลมีสภาพจิตใจ 3 ลักษณะคือ เกิดความตระหนักหรือรู้สึกว่ามีเกิดขึ้นในจิตใจ สำนึกว่าเป็นสิ่งที่ถูกหรือผิดดี ไม่ดี ที่เกิดขึ้นภายในจิตใจเท่านั้น ความเต็มใจที่จะรับสิ่งที่มากระตุ้น การเลือกรับ หรือการเลือกให้ความสนใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกทางบวกของบุคคลมากกว่าความรู้สึกในทางลบ

2.2 การตอบสนอง เป็นความรู้สึกผูกมัดสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ ที่มากระตุ้นเกิดความยินยอม ความเต็มใจ และความพอใจที่จะตอบสนองต่อความรู้สึก

2.3 การให้ค่า การรับรู้ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่มีคุณค่าสำหรับเขาเกิดความรู้สึก ทัศนคติ หรือความตระหนักพร้อมที่จะตอบสนองต่อความรู้สึกให้อยู่ในภาวะที่เขาสามารถบังคับได้

2.4 การจัดกลุ่มค่า เป็นการจัดกลุ่มค่านิยมที่เกิดขึ้นจากการให้ค่า โดยพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างค่านิยมเหล่านั้น

2.5 การแสดงลักษณะค่านิยมที่ยึดถือ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย แสดงให้เห็นในลักษณะที่บุคคลสร้าง ปรัชญาชีวิตสำหรับตน

3. พฤติกรรมด้านทักษะนิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในการแสดงออกทางกาย ซึ่งถือเป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษา ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการทางพฤติกรรมในระดับต่างๆ คือ ด้านความรู้และทัศนคติในการเกิดพฤติกรรมนี้อาศัยระยะเวลา

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ

ลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น 5 ลักษณะ ดังนี้

Prince of Songkla University Pattani Campus

3.1 พฤติกรรมการใช้บริการ (Medical Utilization) หมายถึง พฤติกรรมการไปรับการรักษาไม่ว่าจะเป็นแผนปกติหรือแผนโบราณ การซื้อยากินเองและการรับข้อมูลจากร้านขายยา

3.2 พฤติกรรมการทำแผนการรักษา (Compliance Behavior) หมายถึง พฤติกรรมระหว่างการรักษาหรือในการดูแลของแพทย์ รวมถึงกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่แพทย์ต้องการให้ปฏิบัติในระหว่างการรับการรักษา

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Safe-Care) หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยต้องจัดการกับชีวิตประจำวันของตน ขณะที่รักษาและขณะที่กลับบ้านและอยู่ในสังคม

3.4 พฤติกรรมรับรู้ข่าวสาร (Medical Information Seeking Behavior) หมายถึง การเสาะหาข้อมูลการเจ็บป่วย และการรักษา การดูแลตนเอง หมายรวมถึงกลุ่มคนที่ผู้ป่วยสอบถาม ข้อมูลที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย

3.5 พฤติกรรมการเผชิญปัญหา (Coping Behavior) หมายถึง วิธีคิด วิธีการขอความช่วยเหลือ วิธีการขอข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้สามารถควบคุมภาวะทางจิตใจและสถานการณ์ทางสังคมในระหว่างที่รักษาหรือเมื่อกลับไปสู่สังคมและครอบ

8. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ เคริท์ เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล (Life Space) จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก (Positive Valence) แรงด้านลบ (Negative Valence) และส่วนที่เป็นกลาง (Relative Neutral) แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและด้านลบพฤติกรรมหรือการแสดงออกของบุคคลจึงถูกมองว่าเป็นกระบวนการของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ เลวิน ยังอธิบายถึง การตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่งเลวินและคณะได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคลเป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ (1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำและ (2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ

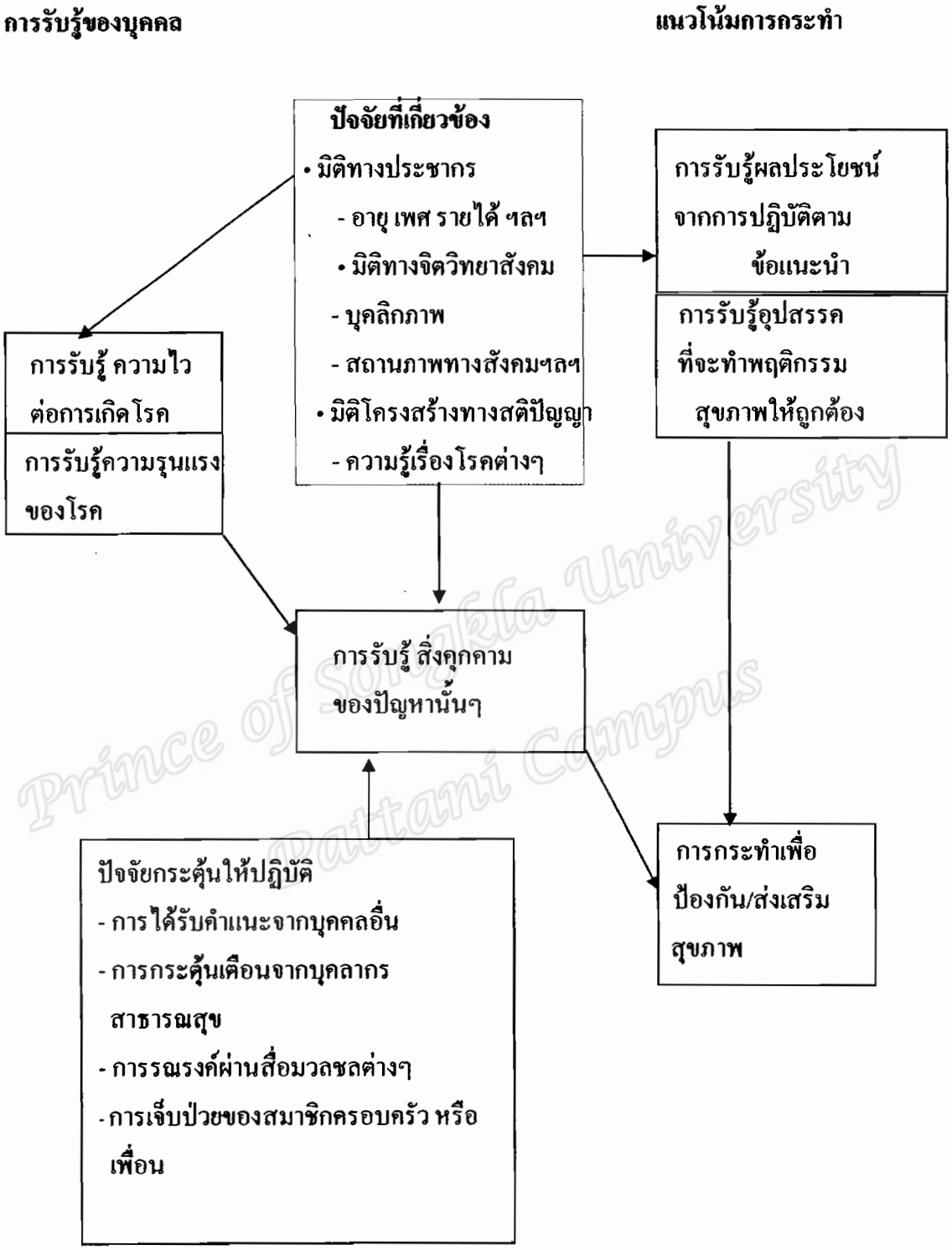
Prince of Songkla University Pattani Campus

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในครั้งแรก โดย ฮอคบอม (Hochbaum) และคณะนั้นได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของ เคริ์ท เลวิน ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า (1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร (3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะเกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น ต่อมา โรเซนสตอก (Rosenstock) ยังได้เสนอเพิ่มเติมว่าในการอธิบายพฤติกรรมการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกนั้น นอกจากจะต้องประกอบด้วยปัจจัยดังกล่าวมาแล้ว ยังจะต้องเพิ่มปัจจัยด้านความเชื่อว่าเขาสามารถจะป่วยเป็นโรคได้ถึงแม้จะไม่มีอาการก็ตาม

การวินิจฉัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เบคเกอร์และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 12) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลโดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค

โดยทั่วไปพฤติกรรมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานข้อเท็จจริงดังกล่าวจึงใช้ทฤษฎี หรือแบบจำลองมาอธิบาย ทำนายพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกิดขึ้น จุดเด่นแบบจำลองความเชื่อทางสุขภาพ คือ ช่วยวินิจฉัยสาเหตุของพฤติกรรมและค้นหาแนวทางในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคลเป็นกรอบแนวคิดที่มีประโยชน์ในการออกแบบยุทธวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
ดังแผนภูมิที่ 1 (หน้า 41)

Prince of Songkla University Pattani Campus



แหล่งที่มา : Thomas butler (1997) : 142. Principles of Health Education and Health Promotion.

จากการที่ คาล (Karl) และคอบบ์ (Cobb) ได้ให้คำจำกัดความของพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ (Health – Rehavior) ว่า "พฤติกรรมสุขภาพหรือพฤติกรรมการป้องกันโรค" (Preventive

Prince of Songkla University Pattani Campus

– Health Behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกที่ไม่ปรากฏอาการ " พฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) คือกิจกรรมของบุคคลที่รู้สึกไม่สบาย โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะแสวงหาการตรวจวินิจฉัยและการเยียวยารักษาที่เหมาะสมและ " พฤติกรรมของผู้ป่วย " (Sick – Role Behavior) คือ กิจกรรมของบุคคลที่รู้ว่าตนเองป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ จากความหมายดังกล่าวทำให้เห็นได้ว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมีหลายลักษณะ ซึ่งแตกต่างทั้งในระยะที่ยังไม่เจ็บป่วย ในระยะที่รู้สึกไม่สบาย และในระยะที่ป่วยเป็นโรคแล้วจึงได้มีการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเดิมที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพอื่นได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยมี 5 ประการ คือ (กองสุขศึกษา , 2542 : 24-27)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Suceptibility) หมายถึง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่างๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายการก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมินการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (Perceived Threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนหนึ่งที่บุคคลไม่ปรารถนาและมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย (Perceived Benefits and Costs) หมายถึง เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้วยังรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอับอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินค่าใช้จ่าย แล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดีก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่สุดจะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น

Prince of Songkla University Pattani Campus

ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นข้อเสีย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ระดับความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพ (Interested in and Concern about Health Matters) ความปรารถนาที่จะดำรงรักษาสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วย แรงจูงใจนี้อาจเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคลหรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร คำแนะนำของแพทย์ ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ แรงจูงใจสามารถวัดได้จากความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ และการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพต่างๆ

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) นับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วยตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อน และผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ และตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้น (Trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น การรณรงค์ หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรมระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคและการรักษาโรคว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพและเชื่อว่าปัญหาสุขภาพนั้นมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันให้ให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อม

ในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อยก็จะเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมมีน้อยหรือข้อเสียมีมากก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงทำให้มีพลังที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์จะช่วยให้สามารถเลือกแนวทางปฏิบัติได้ โดยอาศัยปัจจัยกระตุ้นขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรง ถ้าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำต้องอาศัยปัจจัยกระตุ้นมาก ถ้าระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูงต้องกระตุ้นเล็กน้อย

9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการที่โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 193 คน โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านข้อมูลข่าวสารกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ซึ่งผลการศึกษาพบว่าสตรีส่วนใหญ่อายุระหว่าง 26-35 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 84.5 ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. มากที่สุดร้อยละ 12.9 และร้อยละ 62.7 ของตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากรพบว่าอายุ อายุเมื่อสมรสครั้งแรก วิธีการคุมกำเนิด การได้รับข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มว่าสตรีที่มีอายุน้อย สมรสครั้งแรกอายุน้อย ใช้ยาคุมกำเนิด และได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค มีแนวโน้มที่จะมาตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงส่วนปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคและด้านข้อมูลข่าวสารได้แก่แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารและการรณรงค์ให้ไปตรวจไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

นารีรัตน์ วงศ์สุนทร (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรส และอยู่กับสามีใน ตำบลแม่นะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 275 ราย พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา ความรู้และความเชื่อไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการ

สุรพงศ์ แสงสำลี (2544) ศึกษาการรับรู้ข่าวสารทัศนคติ และความพึงพอใจในการใช้บริการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษานวมินทราชินีกับสถานีอนามัยทั่วไปในอำเภอไทยน้อย จังหวัดนนทบุรี การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนในอำเภอไทรน้อยที่เคยใช้บริการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปในอำเภอไทรน้อย จำนวน 400 คน พบว่า 1. ปัจจัยทางด้านเพศ อาชีพ ที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปที่แตกต่างกัน แต่ปัจจัยทางด้าน

อายุ การศึกษา ที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปที่ไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปจากสื่อ บุคคล ประเภทเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ คิดเป็น ร้อยละ 62.8 สถานีอนามัยทั่วไปคิดเป็นร้อยละ 51.3 รองลงมาคือหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ คิดเป็นร้อยละ 50.3 สถานีอนามัยทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 48.82 ปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกัน จะมีทัศนคติเกี่ยวกับ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิง อายุ 30-39 ปี การศึกษาประถมศึกษาอาชีพ เกษตรรับจ้างทั่วไป มีทัศนคติที่ดีต่อสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไป มากที่สุด ประชาชนมีทัศนคติต่อสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯและสถานีอนามัยทั่วไปในเชิงบวก โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ค่าเฉลี่ย 4.09 สถานีอนามัยทั่วไป ค่าเฉลี่ย 3.99 3. ปัจจัยทางด้านเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ที่แตกต่างกัน จะมีความพึงพอใจในการให้บริการของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิง อายุ 30-39 ปี การศึกษา ประถมศึกษา อาชีพ เกษตร, รับจ้างทั่วไป มีความพึงพอใจมากที่สุดในการให้บริการของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และสถานี อนามัยทั่วไปมากที่สุด ประชาชนมีความพึงพอใจในการบริการของสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติฯ และสถานีอนามัยทั่วไปในระดับพอใจ โดยสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ค่าเฉลี่ย 3.92 สถานีอนามัยทั่วไป ค่าเฉลี่ย 3.90

มลทา ทายิดา (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทำงานอายุ 15-59 ปี จำนวน 229 คน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 31-35 ปี จบการศึกษาประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม สถานภาพสมรสร้อยละ 83.4 เคยตั้งครรภ์ร้อยละ 89.0 คุมกำเนิดโดยวิธีทำหมันร้อยละ 42.4 มีสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 3.1 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 96.5 โดยได้รับทราบจาก อสม.มากที่สุดร้อยละ 69.9 และกลุ่มตัวอย่างเคยตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 81.7 ด้านความรู้มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.4และมีทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีร้อยละ 81.7 และพบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพสถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์ กรรมพันธุ์ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่รายได้จำนวนบุตร วิธีคุมกำเนิด และทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

สวรส เสนาศูนย์ (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จังหวัดชลบุรี:กรณีศึกษาเฉพาะเขตอำเภอเมืองชลบุรี พบว่า ปัจจัยทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโครงการป้องกันและควบคุม

Prince of Songkla University Pattani Campus

โรคมะเร็งปากมดลูก จังหวัดชลบุรี, ด้านการรับทราบสถานที่ให้บริการตรวจ , ด้านความสะดวกด้านเวลา , ด้านความสะดวกด้านระยะทาง และด้านภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูก พบว่าไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาในรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับ โครงการฯ และรับทราบสถานที่ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบ ในขณะเดียวกันก็พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสะดวกในด้านเวลาและมีความสะดวกในด้านระยะทาง และกลุ่มตัวอย่างที่เคยคลอดหรือแท้งบุตรจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยคลอดหรือแท้งบุตร ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการตรวจพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกกลัวเครื่องมือและวิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกแต่อย่างใด

พจนา เชาว์ปัญญานนท์ (2545) ศึกษาพฤติกรรม ปัญหาอุปสรรคและทัศนคติ ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก บทคัดย่อ: วัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้เพื่อหาสาเหตุและปัจจัยต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ต่อเนื่อง เพื่อเป็นแนวทางในการรณรงค์ให้ผู้ป่วยมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มอายุที่เริ่มมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือ ช่วง 40-44ปี(23.9%) ผู้มารับบริการตรวจอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 38 เหตุผลหลักในการมารับการตรวจที่ รพ.พุทธชินราชคือ ใกล้บ้าน(76%) บริการดี (30%) สาเหตุหลักที่ทำให้มารับการตรวจไม่ต่อเนื่องคือ ไม่มีอาการ(34%) และเคยตรวจมาแล้วไม่พบความผิดปกติใดๆ (32%) เหตุผลหลักในการมาตรวจแต่ละครั้งคือ มาตรวจร่างกายประจำปี(48%) และกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (44%) แรงจูงใจในการมาตรวจครั้งแรกคือ กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (52%) ในด้านทัศนคติต่อระบบบริการพบว่าส่วนใหญ่เห็นว่าการส่งผลตรวจทางจดหมายเป็นวิธีที่เหมาะสม ร้อยละ98 ความถี่ในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1ครั้ง เห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 88 ความเชื่อมั่นในผลการตรวจพบว่า มีความมั่นใจในผลการตรวจ ร้อยละ 42 และเชื่อผลการตรวจแต่ยังกังวลว่าอาจมีความผิดพลาด ร้อยละ 56

คุษณี แพสุวรรณ (2546) ศึกษาความรู้และความเชื่อของสตรีชาวเขาในจังหวัดลำปาง เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 594 ราย พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการแป๊บสเมียร์ในสตรีชาวเขา

ร้อยละ 71 เกินกว่าครึ่งของสตรีชาวเขามีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงร้อยละ52 มีความเชื่อต่อความเสี่ยงจากการเกิดโรคปานกลางร้อยละ 57 เชื่อถึงความรุนแรงของการเป็นโรคปานกลางร้อยละ 58 เชื่อถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปานกลาง ร้อยละ 53 ส่วนมากร้อยละ 89 เชื่อถึงอุปสรรคต่อการเข้ารับการตรวจระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความเชื่อต่อความเสี่ยงจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อถึงความรุนแรงเมื่อเป็นโรคและความเชื่อต่อความยากในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยทางคุณลักษณะทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ อายุมากที่สุดร้อยละ 76 ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี การศึกษามากที่สุดร้อยละ 77 ในกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา

พเยาว์ วระราโภ ,มาลินี จำเนียรและบุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์ (2546) ศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อการบริการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี โดยประชากรที่ศึกษาเป็นประชาชนผู้มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ซึ่งเคยรับบริการสุขภาพอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไปในปีที่ผ่านมา จำนวน 300 คน สำหรับข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างระบบบริการ กระบวนการให้บริการและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ประสบการณ์การรับบริการ ความรู้เกี่ยวกับการใช้บริการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า กับความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้รับบริการ พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับบริการประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีความพอใจในการใช้บริการสุขภาพในระดับปานกลาง ด้านระบบการให้บริการที่ประชาชนมีความพึงพอใจน้อยที่สุดคือความมั่นใจในด้านการรักษาและอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นในการให้บริการอย่างเพียงพอ ด้านกระบวนการให้บริการนั้นประชาชนมีความพึงพอใจในการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่มากที่สุด และพึงพอใจน้อยที่สุดคือการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการประชาชนมีความพึงพอใจในการแต่งกายสะอาดเรียบร้อยมากที่สุดและความระมัดระวังในการใช้เครื่องมือแพทย์ต่าง ๆ ประชาชนมีความพึงพอใจน้อยที่สุด ความพึงพอใจปัจจัยของผู้รับบริการต่อการบริการดูแลสุขภาพด้านกระบวนการให้บริการ มีความสัมพันธ์กับอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรู้เกี่ยวกับสิทธิในการรับบริการโดยใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้รับบริการ มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล,ธีรวุฒิ คูหะเปรมะและสมยศ ดีรัศมี (2547) ได้จัดทำแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย แนวทางการดำเนินงานที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมในแต่ละภูมิภาคของ

ประเทศรวมทั้ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการประเมินผลสำเร็จของการดำเนินงาน ซึ่งในการดำเนินงานให้ได้ผลดีและมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยส่วนรวมจากการให้บริการนั้น ๆ ด้วยจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคม จำเป็นจะต้องมีการประเมินผลการดำเนินการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยด้วย เพื่อช่วยประกอบการตัดสินใจการบริการสุขภาพโดยให้ชุมชนได้รับบริการที่ดีที่สุดด้วยต้นทุนที่ต่ำที่สุด โดยคำนึงถึงผู้ป่วย ผู้ให้บริการและสังคมโดยส่วนรวมโดยความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเป้าหมายของการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราตายและอุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย ร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี ในจังหวัดที่มีการดำเนินงาน ซึ่งเป้าหมายคือสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35-60 ปี ให้ได้การตรวจ Pap smear 1 ครั้ง ทุก 5 ปี ซึ่งการตรวจ Pap smear เป็นการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรก (Early Cancer Detection) โดยการ 1)การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง 2) การตรวจคัดกรอง (Screening) คือการตรวจค้นหาความผิดปกติของโรคตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการให้เห็น 3) ผู้ที่มีความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างครบวงจร

เจริญไชย เจียมจรรยา, คมสันต์ สุวรรณฤกษ์ และสมบูรณ์ เกียรตินันทน์ สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (2547) ศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 15-65 ปี ในเขตตำบลคูคต อำเภอ ลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี พบว่า การตรวจ pap smear เป็นวิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพสามารถตรวจพบในระยะเริ่มแรก ทำให้รักษาหายขาดได้และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคนี้ ถ้าสามารถตรวจได้ครอบคลุมประชากกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งหมด การทราบถึง อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ซึ่งสอดคล้องกับระบบบริการสาธารณสุขแบบปฐมภูมิ การศึกษานี้ได้ตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยการทำ pap smear ในสตรีอายุ 15-65 ปีที่แต่งงานแล้ว หรือสตรีอายุ 30-65 ปีที่ยังไม่แต่งงานในเขตตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,012 ราย ระหว่าง 1 มกราคม 2546 ถึง 31 มีนาคม 2547 พบ pap smear class III, V จำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.7 โดยพบ pap smear class III 4 ราย pap smear class V 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.4 และ 0.3 ตามลำดับ พบ pap smear class III ในช่วงอายุ 15-19 ปี 1 ราย และ pap smear class III, V ในช่วงอายุ 35-54 ปี 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 และ 0.6 ของทั้งหมด หรือ ร้อยละ 3.2 และ 1.2 ของสตรีที่มาตรวจในช่วงอายุดังกล่าวตามลำดับ พบ pap smear class III, V ในสตรีที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาลงมา คิดเป็นร้อยละ 1.3 ของสตรีที่มาตรวจที่มีระดับการศึกษาดังกล่าว มีรายได้ตั้งแต่ 10,000 บาทต่อเดือน ลองมาคิดเป็นร้อยละ 1 ของสตรีที่มาตรวจที่มีรายได้ดังกล่าว เคยมีเพศสัมพันธ์หรือ แต่งงานแล้วและมีคู่นอนคนเดียวคิด

เป็นร้อยละ 0.5, 0.4 และ 0.8 ของสตรีกลุ่ม ดังกล่าวตามลำดับ มีประวัติสามีเคยมีภรรยามาก่อนและในกลุ่มที่สามีไม่เคยมีภรรยามา ก่อนคิดเป็นร้อยละ 1.8 และ 0.7 ของสตรีกลุ่มดังกล่าวตามลำดับ พบทั้งในสตรีที่ ไม่เคยตั้งครรภ์ และเคยคลอดบุตรคิดเป็นร้อยละ 1.8 และ 0.6 ของสตรีกลุ่มดังกล่าวตามลำดับ พบ pap smear class III ทั้งในสตรีที่เคยใช้และไม่เคยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือฮอร์โมนคิดเป็นร้อยละ 0.7 และ 0.2 ของสตรีกลุ่มดังกล่าวตามลำดับ พบทั้งใน กลุ่มที่ไม่เคยตรวจและเคยตรวจ pap smear แล้ว ผลปกติคิดเป็นร้อยละ 0.3 และ 0.3 ของสตรีกลุ่มดังกล่าวตามลำดับพบ pap smear class V ในสตรีที่สามีเคยมีเพศสัมพันธ์ กับคู่นอนมาหลายคน และในกลุ่มที่ไม่ทราบว่าสามีเคยมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน หลายคนมาก่อนหรือไม่ คิดเป็นร้อยละ 2.1 และ 0.2 ของกลุ่มดังกล่าวตามลำดับ โดยที่ไม่พบว่ามีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสตรีที่ผลตรวจพบ pap smear class III และ class V

งานแผนงานนโยบายและสารสนเทศ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (2544 -2547) บทคัดย่อ ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ ณ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลศูนย์หาดใหญ่ จำนวน 200 คน ได้จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 34.5) มีอายุน้อยกว่า 29 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 86.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 89) เกือบทั้งหมดมีบุตรแล้ว (ร้อยละ 90) โดยเกินครึ่ง (ร้อยละ 74.45) มีบุตรจำนวน 2 คน ขึ้นไปและมีการใช้วิธีคุมกำเนิด (ร้อยละ 70) ด้านความรู้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 55) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความถี่ของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มี 3 ปัจจัย ได้แก่ ประสบการณ์การได้รับคำแนะนำเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวนบุตร และศาสนา โดยร่วมกัน ทำนายความถี่ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 25.8 และประสบการณ์การได้รับคำแนะนำเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยประสบการณ์การได้รับคำแนะนำเรื่องมะเร็งปากมดลูก จำนวนบุตร และศาสนา ทำนายความถี่ของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป๊ปสเมียร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัลยณัฏฐ การุจนบุระ และ นัตยา บัวทุม (2550) บทคัดย่อ: งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึงความรู้ความเข้าใจทางด้านความคิดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตทางด้านความคิดกับการเป็นโรค พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจในโรคให้กับสตรีไทยกลุ่มเสี่ยง พบว่าการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้ป่วย สะท้อนให้เห็นว่าจริงๆ แล้ว สตรีกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทยส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ในตัวโรค รวมถึงขาดเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้การลดความรุนแรงของโรคในระยะร้ายและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทำได้ไม่

Prince of Songkla University Pattani Campus

เต็มตามประสิทธิภาพและความมุ่งหวัง อีกทั้งโรคมะเร็งปากมดลูกยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านความคิดของผู้ป่วยในแง่ลบอีกด้วย ฉะนั้นเราจึงควรพยายามทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีเศรษฐสถานะต่ำและอยู่ในชนบท ได้รับความรู้และความร้ายแรงของโรค เพื่อสร้างเจตคติที่ดีและเพิ่มอัตราการใช้บริการการตรวจคัดกรอง

สุวิมล บุญจันทร์(2550) บทคัดย่อ:วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยด้านประชากร ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 106 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 35-40 ปี ร้อยละ26.4 อายุเฉลี่ย 46.58 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ77.3 ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 70.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 44.3 รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 15,001 - 20,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 29.3 เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 87.7 และคลอดปกติร้อยละ 83.9 ส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 2 คนมากที่สุดร้อยละ 53.7 เคยคุม กำเนิดร้อยละ 78.3 ไม่เคยคุมกำเนิดเลย ร้อยละ 21 วิธีคุมกำเนิดมากที่สุดคือการทำหมันร้อยละ 66.9 บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99.1 มีเพียงร้อยละ 0.9 ที่คนในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 100 โดยได้รับทราบจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 84.9 รองลงมาคือ อสม. ร้อยละ 81.1 ส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 85.8 มีเพียงร้อยละ14.2 ที่ไม่เคยรับการตรวจ โดยไปรับการตรวจที่สถานีอนามัยมากที่สุด ร้อยละ 64.8 รองลงมาคือโรงพยาบาลเอกชนร้อยละ 45.1สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ อาย ร้อยละ 46.6 รองลงมาคือไม่จำเป็นและไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 26.7 เท่ากัน ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 60.4 ส่วนในด้านทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีร้อยละ 90.6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่า รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการคุมกำเนิด และวิธีคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนอายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนบุตร ประวัติการเป็นมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและทัศนคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ควรมีการจัดตั้งแกนนำสตรีในชุมชนและสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ที่ถูกต้องมากขึ้นและมีทัศนคติที่ดีในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และควรมีการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของการรับบริการตรวจคัดกรองให้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

Prince of Songkla University Pattani Campus

ธัญชน เกตุสวัสดิ์ (2551) 1) ศึกษาปัจจัยที่มาใช้บริการของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในอำเภอบางไทรและอำเภอมหาราช 2) ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในอำเภอบางไทรและอำเภอมหาราช 3) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในอำเภอบางไทรและอำเภอมหาราช จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล 4) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในอำเภอบางไทรและอำเภอมหาราช จำแนกตามปัจจัยที่มาใช้บริการของผู้มารับบริการ และ 5) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในอำเภอบางไทรและอำเภอมหาราช กับปัจจัยที่มาใช้บริการของผู้มารับบริการ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างจากผู้มารับบริการ รวม 770 คน พบว่า 1. ปัจจัยที่มาใช้บริการของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัย พบว่า ส่วนใหญ่รับบริการประเภทรักษาโรคทั่วไป ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาลคือบัตรทอง 30 บาท มารับบริการในเวลาราชการ (8.30 - 16.30 น.) การเดินทางมารับบริการ ใช้เวลา 1 - 10 นาที และสาเหตุที่เลือกใช้บริการคือ ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน 2. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการที่สถานีอนามัยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อวิเคราะห์โดยละเอียด พบว่าทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก 3. ผู้มารับบริการที่มีเพศ อายุ การศึกษา และรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่างกัน มีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้มารับบริการที่มีอาชีพ และสถานภาพสมรสต่างกัน มีระดับความพึงพอใจแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4. ผู้มารับบริการที่ประเภทการรับบริการ เวลาที่มารับบริการ และสาเหตุที่เลือกใช้บริการต่างกัน มีระดับความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้มารับบริการที่ประเภทสิทธิในการรักษาพยาบาล และ ระยะเวลาในการเดินทางมารับบริการต่างกัน มีระดับความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้มารับบริการกับปัจจัยที่มาใช้บริการของผู้มารับบริการ พบว่ามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ว่า การรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และความพึงพอใจต่อการให้บริการของสถานบริการ มีผลกระทบต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ส่งผลต่อการมารับบริการของสตรีได้แก่ อายุ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร วิธีการคุมกำเนิด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี เป็นต้นรวมทั้งมีความพึงพอใจด้านรูปแบบบริการ ค่าใช้จ่ายต่อบริการ มาตรฐานการจัดบริการ

จากหลายงานวิจัยชี้ให้เห็นว่า ประชาชนยังไม่มีความรู้เพียงพอ เหตุผลหลักที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง คืออายในการตรวจ ไม่มีเวลาไปตรวจ ไม่มีอาการ

ผิดปกติเคยตรวจแล้วไม่เป็นเลยไม่มาตรวจอีกและคิดว่าไม่น่าจะเป็นโรคมะเร็ง จากเหตุผลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การประชาสัมพันธ์และการรณรงค์ยังไม่ได้ผลเพียงพอทำให้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาหาวิธีการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการโดยพัฒนาให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งนี้เพื่อให้สตรีเกิดการเรียนรู้สูงสุด และตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพสามารถจัดระบบการบริการ รวมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญในการบ่งบอกถึงคุณภาพการบริการและเป็นเป้าหมายสูงสุดของการบริการในทุกประเภทที่จำเป็นต้องมีทั้งนี้ผู้รับบริการนับเป็นหัวใจสำคัญของการบริการ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพต่อไป

Prince of Songkla University
Pattani Campus