

## ทำไมสตรีไทยจึงไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก?

ผืนสุ ชุมวรฐายี<sup>1</sup>, บัณฑิต ชุมวรฐายี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์บริการข้อมูลยา งานเภสัชกรรม,

<sup>2</sup>ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40002

## Why Thai Women do not have Cervical Carcinoma Screening Test?

Pansu Chumworathayi<sup>1</sup>, Bandit Chumworathayi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Drug Information Center, Pharmaceutical Department,

<sup>2</sup>Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 40002.

**หลักการและเหตุผล:** สตรีไทยในปัจจุบันมีการศึกษาสูงขึ้นกว่าในอดีต แหล่งข้อมูลความรู้มีอยู่มากมายหลายแง่มุมและวิธีการ รวมถึงเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวิธีป้องกัน สถานที่ให้บริการเช่น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน มีอยู่ใกล้บ้าน สามารถเดินทางไปถึงในเวลาไม่นาน อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยยังคงมีต่ำมาก เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ทั้งที่การไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ไม่น่าจะเป็นเหตุผล ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงเหตุผลที่สตรีไทยส่วนใหญ่ยังคงไม่ไปรับการตรวจนี้ หลังจากได้รับการให้สุศึกษาอย่างทั่วถึงแล้ว

**วัตถุประสงค์:** เพื่อทราบถึงเหตุผลในการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย หลังจากได้รับการให้สุศึกษาอย่างทั่วถึงแล้ว

**วิธีการศึกษา:** ผู้วิจัยได้ให้สุศึกษาแก่สตรีอาสาสมัครอายุ 35-60 ปี ที่ได้รับการเลือกมาแบบสุ่มจำนวน 200 คน จากชุมชนแห่งหนึ่งในตัวเมือง อย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 1 ปี แล้วสอบถามสตรีที่ยังไม่ไปรับการตรวจถึงสาเหตุที่แท้จริงเมื่อครบ 8-12 เดือน หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก

**รูปแบบการศึกษา:** แบบติดตามดูการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มประชากรหลังการให้สุศึกษา และแบบพรรณนาถึงเหตุผลของการไม่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

**สถานที่ศึกษา:** ชุมชนสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

**Background:** Although modern Thai women have more education and knowledge, from variety sources of information including cervical cancer prevention, cervical cancer screening coverage rate in them is still low at only 5%. Therefore, limitation of their knowledge should not be the cause. Authors did this study to examine all the causes remained after extensive health education given.

**Objective:** To examine reasons why Thai women still do not have Pap smear after extensive health education was provided

**Methods:** We have examined reasons that might be the causes of Pap smear lack after periodically educating 200 women, aged 35-60 years-old, in an inner city community for at least twice within 1 year and asking the ones who still did not have Pap smear at 8-12 months for their reasons.

**Design:** Interventional cohort by health education and descriptive study for their reasons of Pap smear lack

**Setting:** Samliem inner city community, Khon Kaen, Thailand

**Results:** At 8-12 months after extensive health education for at least twice, 63% (126/200) of educated women still did not have Pap smear. The reasons were as follows; busy (67.5%), embarrassment (32.5%) and no symptom (20.6%).

**ผลการศึกษา:** ที่ระยะเวลา 8-12 เดือน หลังจากการให้ สุขศึกษาครั้งแรก พบว่ายังมีสตรีถึงร้อยละ 63 (126/200 คน) ที่ยังไม่ไปรับการตรวจด้วยเหตุผลส่วนใหญ่คือไม่ว่าง (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคือ อาย และไม่มีอาการ (ร้อยละ 32.5 และ ร้อยละ 20.6) ตามลำดับ

**สรุป:** สตรีไทยในเขตเมืองนั้นมีการะมากเกินไปกว่าที่จะให้ ความสำคัญกับการไปรับการตรวจชนิดนี้ ความอายต่อผู้ตรวจ เป็นเพียงปัจจัยรอง หากจะทำการป้องกันมะเร็งปากมดลูกใน ประเทศไทยด้วยวิธีการตรวจคัดกรองให้ได้ผล ก็จำเป็นต้องมี มาตรการเพิ่มเติมเพื่อช่วยสร้างโอกาสในการไปรับการตรวจ

**คำสำคัญ:** แพปสเมียร์ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การให้สุขศึกษา

**Conclusion:** Thai inner city women are too busy to have Pap smears. Embarrassment is the second reason. Screening-based cervical cancer prevention programme still needs other supporting strategies to build up an occasion for them.

**Keywords:** Pap smear; Cervical cancer screening; Health education

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของ สตรีไทย โดยมีสตรีไทยเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกปีละ ประมาณ 5,000 ราย มาหลายสิบปีแล้ว ทั้งๆ ที่สตรีไทยใน ปัจจุบันมีการศึกษาสูงขึ้นกว่าในอดีตแหล่งข้อมูลความรู้ก็มีอยู่ มากมายหลายแง่มุมและวิธีการ รวมไปถึงเรื่องราวต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและวิธีป้องกัน สถานที่ให้บริการเช่น สถานีอนามัย หรือโรงพยาบาลชุมชน มีอยู่ใกล้บ้าน สามารถ เดินทางไปถึงในเวลาไม่นาน อย่างไรก็ตาม ความครอบคลุมของ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยยังคงมีต่ำมาก เพียงร้อยละ 5 เท่านั้น<sup>1</sup> เมื่อเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ควรเป็น ร้อยละ 80 ตามที่องค์การอนามัยโลกได้แนะนำไว้<sup>2</sup> ซึ่งนับว่า ยังห่างไกลมาก

สำหรับความถี่ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน สตรีไทยนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สถาบันมะเร็งแห่งชาติได้แนะนำไว้ว่า ควรทำด้วยความถี่ อย่างน้อยทุก 5 ปี โดยมีข้อมูลสนับสนุนจาก International Agency for Research on Cancer (IARC) ว่าการตรวจคัดกรอง ทุกปีจะช่วยลดโอกาสการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีราย หนึ่งๆ ลงได้ร้อยละ 93.5 ทุก 5 ปีจะลดลงได้ร้อยละ 85<sup>3</sup> เนื่องจากประเทศไทยยังมีทรัพยากรจำกัด ขอแนะนำให้ตรวจ ทุก 5 ปีนี้จึงได้รับการกำหนดขึ้นมาในนโยบาย Healthy Thailand ของกระทรวงสาธารณสุข โดยแนะนำว่าสตรีไทย อายุระหว่าง 35-65 ปี ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกทุก 5 ปีเป็นอย่างน้อย โดยมีเป้าหมายให้มีอัตรา ความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนสตรีที่มีอายุหารด้วย 5 ลงตัว ในแต่ละปี

การใช้หน่วยตรวจมะเร็งปากมดลูกเคลื่อนที่ในเขตชนบท เพื่อเพิ่มอัตราการรับการตรวจคัดกรองในสตรีไทย พบว่าได้ ผลดี<sup>4</sup> แต่การให้สุขศึกษาแล้วประเมินผลในระยะเวลา 4 เดือน ในสตรีที่อยู่อาศัยในชุมชนในเมือง ซึ่งการใช้หน่วยตรวจ เคลื่อนที่ไม่น่าจะมีความจำเป็น พบว่าไม่ได้ผล<sup>5</sup> กล่าวคือ เพิ่มอัตราการไปรับการตรวจเพียงร้อยละ 11 เท่านั้น การไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้จึงไม่น่าจะเป็นเหตุผล ผู้วิจัยมีความ สนใจที่จะติดตามศึกษาสตรีกลุ่มนี้ต่อไปจนครบ 8-12 เดือน หลังจากการให้สุขศึกษาครั้งแรก เพื่อศึกษาถึงเหตุผลที่สตรี ไทยส่วนใหญ่ยังคงไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งๆ ที่ปัจจัยทางด้านความรู้น่าจะหมดไป หลังจากได้รับการ ให้สุขศึกษาอย่างทั่วถึงแล้วอย่างน้อยสองครั้ง

## วัสดุและวิธีการ

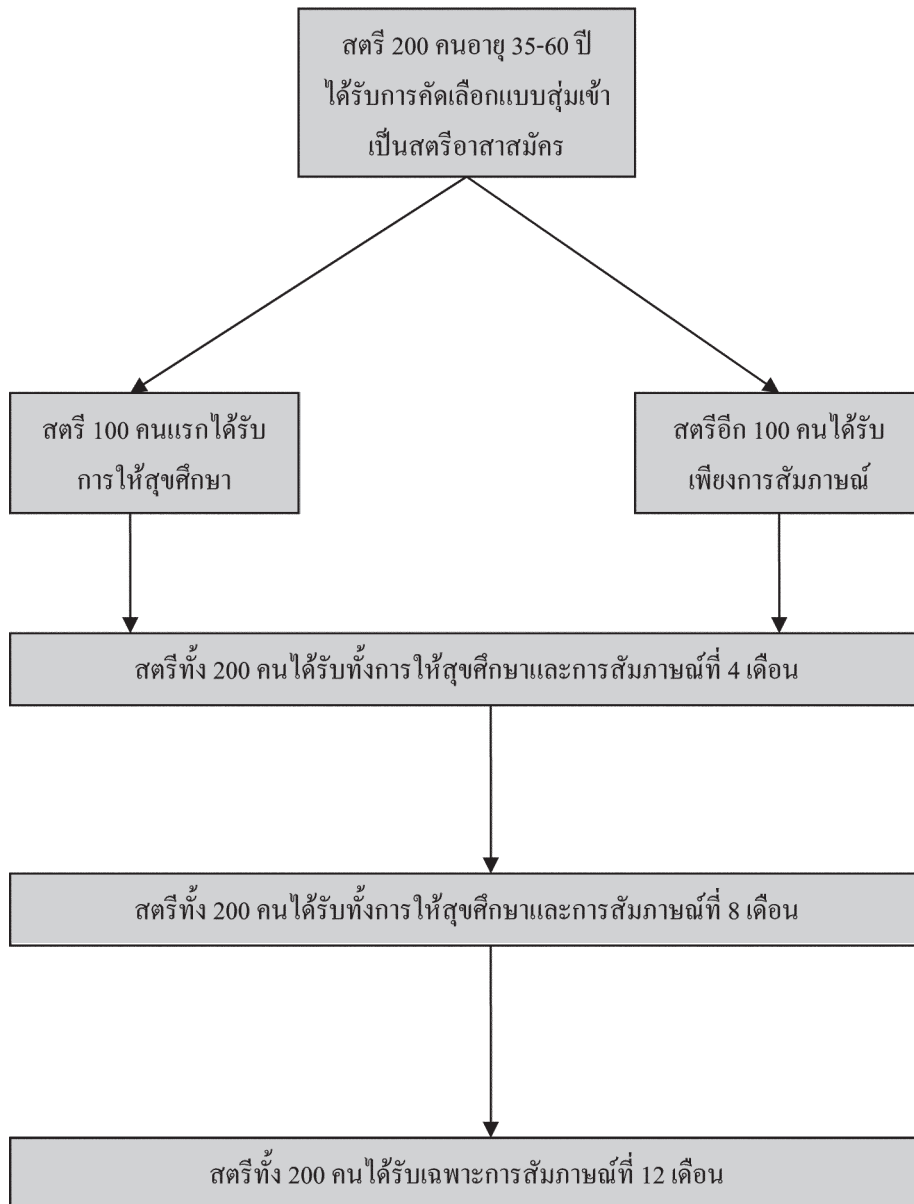
ชุมชนที่ทำการศึกษานี้อยู่ใกล้เคียงกับทั้งสถานีอนามัย และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มีประชากรทั้งหมด 12,942 คน เป็นสตรี 6,694 คน ในจำนวนนี้มีอายุระหว่าง 35-60 ปีอยู่ 1,905 คน อัตราความครอบคลุมของการไปรับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี ของสตรีกลุ่มดังกล่าวนี้อยู่ที่ร้อยละ 34.2 สตรีที่อยู่อาศัยในชุมชนนี้สามารถเดินทางไปรับการตรวจได้ ภายในระยะเวลาเพียง 10-15 นาที จากที่อยู่

การให้สุขศึกษา กระทำเป็นรายบุคคล ที่บ้านของสตรี อาสาสมัครรายนั้นๆ เอง ทุก 4 เดือน กล่าวคือ ในเดือน พฤษภาคม 2549 กันยายน 2549 และมกราคม 2550 โดยแพทย์ (พญ. วาดวิไล ชาลปติ) หรือพยาบาลวิชาชีพ (คุณจุฬาลักษณ์ นหนองคาย) โดยมีข้อมูลเกี่ยวกับอุบัติการณ์

สาเหตุ วิธีการตรวจคัดกรองและป้องกันของโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงวิธีการไปขอรับการตรวจที่สถานเอนามัยหรือโรงพยาบาล ซึ่งจะมีเนื้อหาตรงกันกับที่มีอยู่ในแผนพับ ที่สตรีอาสาสมัครทุกคนจะได้รับไว้อ่านทบทวนด้วยการสอบถามถึงเหตุผลของการที่ยังคงไม่ไปรับการตรวจก็จะกระทำโดยแพทย์และพยาบาลท่านใดท่านหนึ่งดังกล่าว เป็นรายบุคคลเช่นเดียวกัน พร้อมกับกรให้สุขศึกษาซ้ำ ในเดือนกันยายน 2549 และมกราคม 2550 ส่วนในเดือนเมษายน 2550 ทำเพียงการสอบถามเป็นรายบุคคลโดยผู้ที่มีสัมภาษณ์เป็นผู้บันทึกข้อมูลเอง

หากพบว่าไม่อยู่ก็จะโทรศัพท์ไปสอบถาม การถามครั้งแรกจะใช้คำถามปลายเปิด ก่อน เมื่อสตรีอาสาสมัครตอบมาแล้วอย่างน้อย 1 ข้อ จึงจะถามถึงเหตุผลอื่นๆ เพิ่มเติม โดยมีเหตุผลให้เลือกคือ ไม่ว่าง เห็นว่าไม่มีอาการผิดปกติ อายกลัวเจ็บ ซึ่งเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ หรืออื่นๆ ซึ่งจะต้องสอบถามถึงรายละเอียดต่อไป

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติครั้งแรก จากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ในเดือนกุมภาพันธ์ 2549 เพื่อทำการศึกษาทดลองแบบมีกลุ่ม



รูปที่ 1 แผนภูมิแสดงการดำเนินการศึกษา

ควบคุม ในเดือนพฤษภาคม 2549 มีเพียงสตรี 100 คนแรก ซึ่งเคยเป็นกลุ่มทดลองระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกันยายน 2549 เท่านั้น ที่ได้รับสุศึกษา ในเดือนกันยายน 2549 ผู้วิจัยจึงได้ไปสอบถามถึงการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้สุศึกษาแก่สตรีทั้ง 200 คน กล่าวคือสตรี 100 คนหลังที่เคยเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ก็ได้รับสุศึกษาด้วย ในครั้งนี้พบว่า ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอัตราการไปรับการตรวจร้อยละ 5 และร้อยละ 11 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup> ผู้วิจัยมีความเห็นว่าอาจเป็นเพราะระยะเวลาในการติดตามสั้นเกินไป คือเพียง 4 เดือน ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาที่คล้ายคลึงกันนี้ถึง 2 งานที่ใช้ระยะเวลาที่ 4 เดือน ตัดสิน<sup>7,8</sup> จึงได้ขออนุมัติคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อทำการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมต่อเนื่องในสตรีเหล่านี้ไปจนครบ 8-12 เดือนหลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก เมื่อได้รับอนุมัติจึงดำเนินการให้สุศึกษาและเก็บข้อมูลต่อไป ในเดือนมกราคม 2550 และเก็บข้อมูลอัตราการไปรับการตรวจครั้งสุดท้ายในเดือนเมษายน 2550 (รูปที่ 1) ข้อมูลที่ได้จะแสดงออกมาในรูปร้อยละ การวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่องใช้การทดสอบ Student t-test หรือ Pearson's chi-square test ตามความเหมาะสม ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลแจกแจงนับใช้การทดสอบ Fisher's exact test

ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ได้มาจากการคาดคะเนแนวโน้ม โดยมีข้อมูลพื้นฐานมาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า จะยังคงมีสตรีที่ไม่ไปรับการตรวจร้อยละ 60 ที่ 1 ปี ( $P = 0.6$ ) กำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 20 ( $\alpha = 0.1$ ) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ( $Z_{\alpha} = 1.96$ ) คำนวณได้ว่า จะต้องเก็บข้อมูลจากสตรีผู้ที่ยังไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ระยะเวลา 8-12 เดือน หลังจากได้รับการให้สุศึกษาครั้งแรก เป็นจำนวนอย่างน้อย 93 คน

### ผลการศึกษา

หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรกในเดือนพฤษภาคม 2549 ได้ 4 เดือน มีผู้ไปรับการตรวจแพปสเมียร์ 16 คนจากทั้งสองกลุ่ม หลังจากการให้สุศึกษาครั้งที่สองในเดือนกันยายน 2549 ได้ 4 เดือน มีผู้ไปรับการตรวจแพปสเมียร์อีก 24 คน และสุดท้าย หลังจากการให้สุศึกษาครั้งที่สามในเดือนมกราคม 2550 ได้ 3 เดือน มีผู้ไปรับการตรวจแพปสเมียร์อีก 34 คน สรุปได้ว่า ที่ระยะเวลา 8-12 เดือน หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก (เมษายน 2550) พบว่ายังมีสตรีถึงร้อยละ 63 (126/200 คน) ที่ยังไม่ไปรับการตรวจ

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรศาสตร์ ระหว่างกลุ่มสตรีที่ยังคงไม่ไปรับการตรวจที่ 8-12 เดือน 126 คน กับ

กลุ่มสตรีที่ได้ไปรับการตรวจแล้ว 74 คน พบว่ามีลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในสามประเด็นคือ อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ไปตรวจน้อยกว่า (46.7 กับ 51.8,  $p < 0.001$ ) และการยังมีประจำเดือนมากกว่า (72/126 กับ 27/74,  $p = 0.005$ ) ซึ่งก็มีความสอดคล้องกัน แต่ที่น่าประหลาดใจก็คือ ระดับของรายได้โดยรวมของกลุ่มที่ไม่ไปตรวจมากกว่า ( $p = 0.019$ ) ส่วนจำนวนการคลอด สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ส่วนเหตุผลต่างๆ ของการไม่ไปรับการตรวจของสตรี 126 คนดังกล่าวข้างต้น พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่ว่าง (ร้อยละ 67.5) รองลงมาคือ อาย และไม่มีอาการ (ร้อยละ 32.5 และร้อยละ 20.6) ตามลำดับ เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีจำแนกเป็นกลุ่มย่อยๆ (cluster analysis) ได้แก่ อายุต่ำกว่า 46 ปีหรืออายุมากกว่า 45 ปี โสดหรือสมรส การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีหรือปริญญาตรีขึ้นไป รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทหรือมากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน พบว่ามีเพียงเหตุการณ์ไม่ไปตรวจเพราะไม่มีอาการเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุน้อยกว่า 46 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.011$ ) (ตารางที่ 2)

### วิจารณ์

ที่ระยะเวลา 8-12 เดือน หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก พบว่ายังมีสตรีถึงร้อยละ 63 (126/200 คน) ที่ยังไม่ไปรับการตรวจด้วยเหตุผลส่วนใหญ่คือ ไม่ว่าง (ร้อยละ 67.5) รองลงมา คือ อายและไม่มีอาการ (ร้อยละ 32.5 และร้อยละ 20.6) เห็นได้ว่า ไม่มีเหตุผลเกี่ยวกับความรู้ เช่น ไม่ทราบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือแพปสเมียร์คืออะไร ไม่ทราบว่าจะไปตรวจได้ที่ไหน ไม่เห็นความสำคัญของการตรวจ ตอบออกมาจากสตรีเหล่านี้เลย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้สุศึกษาในสตรีเหล่านี้ ได้ผลดีในเรื่องของความรู้ อย่างไรก็ตาม ยังไม่ให้ผลดีเพียงพอต่อการปฏิบัติตน ในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เหตุผลเหล่านี้ยังคงคล้ายคลึงกันกับที่ วาดวิไล ชาลปติ และ บัณฑิต ชุมวรฐายี<sup>6</sup> เคยศึกษาไว้ในสตรีเหล่านี้ที่เวลา 4 เดือน หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก คือ ไม่ว่าง (ร้อยละ 67) รองลงมาคือ ไม่มีอาการ และอาย (ร้อยละ 19.5 และ 8.5) ที่น่าสังเกตคือ สาเหตุจากความอายมีอัตราส่วนเพิ่มขึ้นจนกระทั่งมากกว่าสาเหตุจากไม่มีอาการในการศึกษานี้ (ที่เวลา 8-12 เดือน หลังจากการให้สุศึกษาครั้งแรก) และอาจเป็นสาเหตุสำคัญมากขึ้น ที่ทำให้สตรียังคงไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่สตรีซึ่งเคยอ้างเหตุผลว่าไม่มีอาการ ก็ได้ไปรับการตรวจบ้างแล้ว อีกประการหนึ่งก็

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ระหว่างสตรีกลุ่มที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มที่ไป

ข้อมูลพื้นฐาน	กลุ่มไม่ไป จำนวนรวม 126 คน ค่าเฉลี่ยหรือจำนวน	กลุ่มไป จำนวนรวม 74 คน ค่าเฉลี่ยหรือจำนวน	P-value
อายุ (ค่าเฉลี่ยเป็นปี)	46.7	51.8	<0.01*
จำนวนการคลอด (ค่าเฉลี่ยเป็นครั้ง)	2.4	2.5	0.653
การมีประจำเดือน			
มี	72	27	0.005*
ไม่มี	54	47	
สถานภาพสมรส			
โสด	21	8	0.256
สมรส	105	66	
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษา	84	51	0.696
มัธยมศึกษา	27	17	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	15	6	
อาชีพ			
แม่บ้าน	43	35	0.317
ลูกจ้าง	21	11	
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	50	23	
พนักงานของรัฐ	12	5	
รายได้ (บาทต่อเดือน)			
<5,000	39	39	0.019*
5,001-10,000	36	18	
10,001-15,000	23	9	
15,001-20,000	10	5	
20,001-25,000	18	3	

ตารางที่ 2 เหตุผลของการยังคงไม่ไปรับการตรวจที่ 1 ปีหลังจากการให้สุขศึกษาครั้งแรกในสตรี 126 คน

เหตุผล	จำนวน (จากทั้งหมด 126 คน)	ร้อยละ (%)
ไม่ว่าง	85	67.5
อายุ	41	32.5
ไม่มีอาการ	26	20.6
กลัวเจ็บ	3	2.4
ย้ายที่อยู่	1	0.8

คือ คำถามที่ใช้ถามกับสตรีอาสาสมัครทุกคนในการศึกษาที่ต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ กล่าวคือ ถึงแม้จะยังคงเป็นคำถามปลายเปิด แต่ส่วนที่มีให้เลือกก็สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ ที่น่าสนใจคือ การไม่มีเงินค่าตรวจเป็นปัญหาหรือไม่ เพราะไม่มีคำตอบเช่นนี้จากสตรีอาสาสมัครเลย ผู้เขียนเห็นว่าเรื่องนี้คงไม่เป็นปัญหา เพราะสตรีทุกรายมีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือประกันสังคม กับทางสถานีนอนามัยหรือโรงพยาบาลสตรีนครินทร์อยู่แล้ว เนื่องจากมีที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (catchment area) การไม่มีเงินค่าเดินทางก็คงไม่เป็นปัญหาเช่นเดียวกัน เพราะสถานบริการทั้งสองแห่งสามารถเดินทางไปถึงได้ในเวลาไม่นาน อย่างไรก็ตาม สตรีบางรายอาจไม่กล้าตอบว่า “เพราะบริการไม่ดี” เนื่องจากผู้ถามเป็นแพทย์และพยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยที่ให้บริการ แต่หากตอบว่า “ต้องเสียเวลามาก” นั่นก็หมายความว่าสตรีคนดังกล่าว “ไม่ว่าง” นั่นเอง

จากผลการศึกษาที่พบว่า ระหว่างกลุ่มสตรีที่ยังคงไม่ไปรับการตรวจที่ 8-12 เดือน กับกลุ่มสตรีที่ได้ไปรับการตรวจแล้ว มีลักษณะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในเรื่อง อายุเฉลี่ยของกลุ่มที่ไม่ไปตรวจน้อยกว่า (46.7 กับ 51.8,  $p < 0.001$ ) การยังมีประจำเดือน มากกว่า (72/126 กับ 27/74,  $p = 0.005$ ) ระดับของรายได้โดยรวมของกลุ่มที่ไม่ไปตรวจมากกว่า ( $p = 0.019$ ) และมีเพียงเหตุผลการไม่ไปตรวจเพราะไม่มีอาการเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์กับการมีอายุน้อยกว่า 46 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ( $p = 0.011$ ) ข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นว่าสตรีที่อายุน้อยกว่า 46 ปี ซึ่งมักยังมีประจำเดือนและทำงานหนัก จึงมีรายได้มากกว่า ในขณะที่เดียวกันก็ให้ความสำคัญต่อการไปรับการตรวจสุขภาพน้อย เนื่องจากเห็นว่าตนเองยังมีอายุน้อยไม่น่าจะเป็นมะเร็ง จึงมักไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยไม่เห็นว่าการอ้างเหตุผลว่าไม่มีอาการนั้น จะหมายถึงสตรีไม่ตระหนักถึงความเป็นจริงที่ว่า ระยะก่อนมะเร็งนั้นไม่จำเป็นต้องมีอาการ แต่มีสาเหตุที่แท้จริงส่วนหนึ่งมาจากภาระงานอย่างอื่นที่มาก และไม่ยอมตอบเพียงแค่ “ไม่ว่าง” เสียมากกว่า เนื่องจากการตอบคำถามถึงเหตุผลในการศึกษานี้ สตรีอาสาสมัครสามารถเลือกคำตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัจจัยต่างๆ ที่ทั้งจะช่วยส่งเสริมและขัดขวางการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีชาวเอเชียยังมีการศึกษาวิจัยกันน้อยมาก<sup>9</sup> Holroyd และคณะ<sup>10</sup> ได้ทำการศึกษาในสตรีชาวฟิลิปปินส์ที่ทำงานเป็นแม่บ้านในฮ่องกง พบว่าเหตุผลของการไม่ไปรับการตรวจแพปสเมียร์อันดับหนึ่งคือไม่ว่าง (ร้อยละ 27) รองลงมาคือ ไม่รู้จักแพปสเมียร์ (ร้อยละ 23) ไม่เห็นความจำเป็น (ร้อยละ 20) อายุ (ร้อยละ 12) และ

ไม่ทราบว่าจะไปรับการตรวจได้ที่ใด (ร้อยละ 6) ตามลำดับ ซึ่งโดยรวมแล้วก็คล้ายคลึงกันกับที่พบในการศึกษานี้ ความแตกต่างที่มีอยู่บ้างน่าจะมีสาเหตุคือ ในการศึกษาดังกล่าว ไม่ได้มีการให้สุขศึกษาร่วมด้วย จึงเห็นว่ามีเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับความรู้อยู่หลายข้อ เช่น ไม่รู้จักแพปสเมียร์ ไม่เห็นความจำเป็น และไม่ทราบว่าจะไปรับการตรวจได้ที่ใด เป็นต้น

ข้อเด่นของการศึกษานี้ก็คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากเพียงพอ ได้มีการติดตามสตรีอาสาสมัครอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนานถึง 8-12 เดือน มีการให้สุขศึกษาซ้ำและการติดตามเก็บข้อมูลเป็นระยะอย่างใกล้ชิด ทำให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผลของการให้สุขศึกษาที่ชัดเจน และไม่มีการเสียกลุ่มตัวอย่างไปเลยแม้แต่เพียงรายเดียว ข้อด้อยที่อาจมีอยู่บ้างก็คือ ในการให้สุขศึกษาครั้งแรกนั้น ได้ให้แก่สตรีเพียง 100 คนเท่านั้น เพื่อเป็นการเปรียบเทียบผลจากการให้สุขศึกษา อย่างไรก็ตาม ในครั้งที่ 2 และ 3 ได้ให้แก่สตรีทั้ง 200 คน จึงต้องกล่าวว่า การให้สุขศึกษาเกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง เนื่องจากสตรี 100 คนแรก ได้รับการให้สุขศึกษา 3 ครั้ง ส่วนคนอื่นๆ ที่เหลืออีก 100 คน ได้รับเพียง 2 ครั้ง แต่ด้วยระยะเวลาการติดตามที่ยาวนาน ผู้วิจัยเห็นว่า ถึงแม้จะให้สุขศึกษามากครั้งกว่านี้ ผลของการศึกษาวิจัยก็คงไม่เปลี่ยนแปลงไปมากนัก ข้อด้อยอีกประการหนึ่งก็คือ สตรีอาสาสมัครอาจไม่กล้าตอบว่า “เพราะบริการไม่ดี” เนื่องจากผู้ถามเป็นแพทย์และพยาบาลที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลและสถานีนอนามัยที่ให้บริการ แต่การนำผู้อื่นมาทำการสอบถามแทนก็คงต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก และผู้วิจัยเองก็มีความมั่นใจในคุณภาพของการให้บริการของโรงพยาบาลสตรีนครินทร์ว่า อยู่ในระดับได้มาตรฐานขึ้นไป เนื่องจากสามารถผ่านระบบการควบคุมคุณภาพการให้บริการ (Hospital Accreditation: HA) ได้ทุกครั้ง

## สรุป

การให้สุขศึกษานั้นมีความจำเป็นแก่สตรีทุกคน เพื่อให้เห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทราบวิธีการไปรับการตรวจ อย่างไรก็ตาม หากจะใช้วิธีนี้แต่เพียงอย่างเดียว ย่อมไม่เป็นการเพียงพอ สตรีไทยในเขตเมืองนั้นมีภาระมากเกินไปกว่าที่จะให้ความสำคัญและเวลากับการไปรับการตรวจชนิดนี้ ความอายต่อผู้ให้การตรวจเป็นเพียงปัจจัยรอง หากจะทำการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยด้วยวิธีการตรวจคัดกรองให้ได้ผลแล้วจำเป็นต้องมีมาตรการเพิ่มเติมเพื่อช่วยสร้างโอกาสในการรับการตรวจอย่างที่สตรีเหล่านี้ได้เคยให้ข้อเสนอเอาไว้ได้แก่ (1) ส่งหน่วยตรวจเคลื่อนที่ออกไปตรวจในชุมชน (2) กำหนดนัดวันไปตรวจล่วงหน้าให้ (3) กำหนดวันหยุดพิเศษเพื่อไปรับการตรวจให้

(4) จัดทำการตรวจคัดกรองหมู่ในชุมชนเพื่อที่จะได้ไปรับการตรวจร่วมกับเพื่อนๆ (5) ออกกฎหมายบังคับให้ไปรับการตรวจเป็นต้น

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยขอขอบคุณ พญ.วาดวิไล ชาลปติ และ คุณจุฬาลักษณ์ ณ หนองคาย ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในการให้สุขศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล และสุดท้ายนี้ก็ขอขอบคุณสตรีอาสาสมัครทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

### เอกสารอ้างอิง

1. Pengsaa P, Jindawijak S. Cervix Uteri. In. Sriplung H, Sontipong S, Martin N, Wiangnon S, Vootiprux V, Cheirsilpa A, et al, editors. Cancer in Thailand vol. III 1995-1997. Bangkok: Bangkok Medical Publishing, 2003: 49-50.
2. Srivatanakul P. Cervical cancer screening: Pap smears. In: Srivatanakul P, Koohaprema T, Deerasamee S, editors. Appropriate strategic plan in cervical cancer control and prevention of Thailand. Bangkok: Thai National Cancer Institute, 2000: 19-22.
3. Sankaranarayanan R, Budukh AM, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. Bull World Health Organ 2001; 79: 954-62.

4. IARC working group. Screening for squamous cervical cancer: duration of low risk after negative results of cervical cytology and its implication for screening policies. IARC working group on evaluation of cervical cancer screening programmes. BMJ 1986; 293: 659-64.
5. Swaddiwudhipong W, Chaovakiratipong C, Nguntra P, Mahasakpan P, Tatip Y, Boonmak C. A mobile unit: an effective service for cervical cancer screening among rural Thai women. Int J Epidemiol 1999; 28: 35-9.
6. Chalapati W, Chumworathayi B. Can a home-visit invitation increase Pap smear screening in Samliem, Khon Kaen, Thailand? Asian Pac J Cancer Prev 2007; 8: 119-23.
7. Sung JFC, Blumenthal DS, Coates RJ, Williams JE, Alema-Mensah E, Liff JM. Effect of a cancer screening intervention conducted by lay health workers among inner-city women. Am J Prev Med 1997; 13: 51-7.
8. McAvoy BR, Raza R. Can health education increase uptake of cervical smear testing among Asian women? BMJ 1991; 302: 833-6.
9. Straughan PT, Seow A. Fatalism reconceptualized: a concept to predict health screening behaviour. Journal of Gender, Culture, and Health 1998; 3: 85-100.
10. Holroyd E, Taylor-Pillae R, Twinn S. Investigating Hong Kong's Filipino domestic workers' healthcare behaviour, knowledge, beliefs and attitudes towards cervical cancer and cervical screening. Women and Health 2003; 38: 69-82.

