



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันระดับปฐมภูมิของ
การเกิดมะเร็งปากมดลูกในชุมชน.

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิณา เทียงธรรม และคณะ

เดือน ปี ที่เสร็จโครงการ 15 พฤษภาคม 2553

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการ การพัฒนารูปแบบการป้องกันระดับปฐมภูมิของ
การเกิดมะเร็งปากมดลูกในชุมชน.

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิณา เทียงธรรม
ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

สนับสนุนโดย

สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกอ. และ สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันระดับปฐมภูมิของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

Development of Primary Prevention for Cervical Cancer in Community

วีณา เทียงธรรม¹, Trude Bennett², ชนิษฐา นันทบุตร³

1 ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. Department of Maternal and Child Health, School of Public Health,

University of North Carolina at Chapel Hill, USA.

3. ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของหลายประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีลักษณะการติดต่อเหมือนกันกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สาเหตุจากเชื้อไวรัส HPV สำหรับประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของสตรีไทย แต่มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ตั้งแต่ในระยะแรก

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศและการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ และพัฒนารูปแบบการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ ในกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยา จำนวน 250 คู่ ในจังหวัดสมุทรสาคร ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2551- พฤษภาคม 2553 โดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการป้องกัน รวมทั้งทักษะในการสื่อสารทางเพศ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงและผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 29.69 และ 33.40 ปี อายุน้อยที่สุด 16 และ 17 ปี ร้อยละ 34.80 ของผู้หญิงมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี และพบว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ ร้อยละ 52.80 และ 52.40 ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 21.20 และ 72.40 ต้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 52.40 และ 39.20 ไม่ออกกำลังกายเลย ร้อยละ 40.8 ของผู้ชายที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 44.80 ของผู้หญิงที่เป็นผู้สูบบุหรี่มือสอง ร้อยละ 80 ของผู้หญิงที่เป็นผู้ใช้วิธีการคุมกำเนิด และร้อยละ 66 คุมกำเนิดด้วยการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ในขณะที่ร้อยละ 15.60 ของผู้ชายที่ใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด ร้อยละ 26.8 และ 39.20 ของผู้หญิงและผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุต่ำกว่า 16 ปี โดยอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่น้อยที่สุดในผู้หญิงคืออายุ 13 ปี และ ในผู้ชาย 12 ปี และร้อยละ 53.20 ในผู้ชายที่ยังมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา และพบวามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างในผู้หญิงและผู้ชาย มีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับการเกิดโรคและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ อยู่ในระดับต่ำ

จากการทดสอบทางสถิติด้วย Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise พบว่า การมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ ความรู้ ทักษะ การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง ได้ร้อยละ 25.7 และการสูบบุหรี่ ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชาย ได้ร้อยละ 27.2 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ระหว่างก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในผู้หญิงและผู้ชายด้วยสถิติ Pair t-test พบว่าคะแนนดังกล่าวทั้ง 4 ส่วนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย ควรส่งเสริมอย่างจริงจังในการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจนเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและผลกระทบทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน แก่ประชาชน และทัศนคติว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ การส่งเสริมการสื่อสารทางเพศในผู้หญิง และส่งเสริมเรื่องความรับผิดชอบร่วมกันในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ชาย

คำสำคัญ สุขภาพทางเพศ การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ คู่สามี-ภรรยา

Abstract

Cervical cancer is a public health problem on a global scale and is especially prevalent among developing countries. Caused by Human Papilloma virus, it is similar to a sexually transmitted disease. In Thailand, cervical cancer persists as an important cause of morbidity and mortality among Thai women. However, most importantly, it is primarily a preventable disease.

The purpose of this study has been to explore the sexual health, cervical cancer primary prevention among Thai couples, and to develop a cervical cancer primary prevention model for the community. A randomize sampling was used to recruit participants among 250 Thai couples in Samutsakorn province during May 2008-May 2010 where the study was conducted. An anonymous self-administered questionnaire was distributed within focus groups, and the following intervention activities were later proceeded by: instruction about the cause of cervical cancer and its prevention as well as skills for sexual assertiveness communication.

The results have shown that the average age of the couples both women and men was 29.69 years, and was 33.40 years respectively. The youngest age of women was 16 years, and was 17 years of men. 34.80% of women had the first baby at less than 20 years of age. The study yielded the following statistics concerning health behavior and sexual health among them as follow: 52.80% of women and 52.4% of men had never had an annual health check up, 21.20% of women and 72.40% of men were consumers of alcohol, 52.40% of women and 39.20% of men never participated in exercise, 40.80% of men were smokers and 52.4% of women were afflicted by second hand smoke. 80% of women took responsibility for family planning in their own family, and 66% among them were using contraceptive pills, while 15.60% of men regularly used condoms. 26.80% of women and 39.204% of men revealed having had their first sexual experience at less than 16 years of age, while the youngest age of initial sexual experience in the women's group was 13 years old and 12 years old in the men's group. Moreover, 53.20% of men admitted to having had an extramarital affair. Finally, the study found that more than half of both women and men had some knowledge of an attitude towards the cause of cervical cancer and its prevention in the low level category as well as sexual assertiveness communication and sexual health.

Multiple Regression analysis found that they were 4 factors of cervical cancer prevention such as: having a smoker in family, knowledge and attitude of cervical cancer risk factors, and sexual assertiveness communication had predicted women's sexual health 25.70 %. Meanwhile they were 4 factors of cervical cancer prevention such as: smoking, knowledge and attitude toward the cause of cervical cancer and prevention, and sexual assertiveness communication had men's sexual health 27.20 %. In addition, results show that after the intervention activities in promoting cervical cancer primary prevention, both of the women and men had a significantly higher mean score of knowledge and attitude towards the cause of cervical cancer and prevention, also the sexual assertiveness communication and sexual health than prior to intervention activities (p-value < 0.016).

The recommendation indicated by this study is health personal should promote the dissemination of positive and accurate information about the cause of cervical cancer and its primary prevention, as well as the negative impact of cervical cancer upon the individual, the family, and the community. Moreover, should empower women to be more assertive in sexual communication with their partners. Mutual responsibility should be shared among couples to prevent sexually transmitted disease prevention by the habitual use of condoms.

Key word : sexual health, primary prevention for cervical cancer in community, among couples

Executive summary

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา สถิติจากการคาดประมาณในปี 2543 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เป็นจำนวน 466,000 รายในโลก และอยู่ในประเทศที่พัฒนาจำนวน 96,000 ราย และในประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 370,000 ราย ประมาณร้อยละ 80 ของสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะเสียชีวิต และในจำนวนนั้นมากกว่าร้อยละ 80 จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (หัชชา ศรีปลั่ง และเพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, 2547:11)

สำหรับในประเทศไทยยังคงพบผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามแล้วจำนวนมาก และเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย รองลงมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ ซึ่งพบมากที่สุดระหว่างอายุ 40-50 ปี อาจกล่าวได้ว่าในผู้หญิงไทย 1 แสนคนจะเกิดมะเร็งปากมดลูก 19.5 เปอร์เซนต์หรือเท่ากับ 6,111 คน หรือเท่ากับ 11 คนต่อวัน ปัจจุบันมีอัตราผู้เสียชีวิต 7 คนต่อวัน ซึ่งนับว่าเป็นอัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข 2549 : 8-10)

นอกจากนั้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกยังไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว ทำให้การรักษาค่อนข้างยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง เสียค่าใช้จ่ายสูง จากการศึกษาข้อมูลของโรงพยาบาลศิริราช(2548) พบว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด หรือการฉายแสงรายละ 5,500 บาทต่อครั้ง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยไม่ใช่เพียงแค่การรักษาเท่านั้น แต่จะเริ่มมีผลกระทบตั้งแต่ผู้ป่วยรับรู้ว่าเป็นมะเร็ง ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และเมื่อได้รับการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีการใดก็ตาม ล้วนแต่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย คือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นระหว่างการรักษา ส่วนผลกระทบทางด้านจิตใจนั้น เนื่องจากมดลูกเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งที่แสดงถึงความเป็นผู้หญิง จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่าในตนเองและรู้สึกหมดหวัง แม้ว่าจะสามารถมีชีวิตต่อไปได้อีกช่วงระยะเวลาหนึ่งก็ตาม ความทุกข์ดังกล่าวไม่ได้เกิดเฉพาะกับตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่จะเกิดขึ้นกับบุคคลใกล้ชิดซึ่งต้องรับภาระเกี่ยวกับการดูแลและค่าใช้จ่ายในระหว่างรับการรักษา (Haug & Folmer 1986 : 322 ; Lewis 1986 cited by Carnevali 1990 : 25 ; Saltzer 1990 : 56-57) และเนื่องจากประชากรของประเทศส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำ การมารับการรักษาเป็นเวลานาน ทำให้ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ จึงเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างมาก ซึ่งจากการคาดประมาณการว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 6,000 ราย และค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ปีละประมาณ 163 ล้านบาท (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2539:475) และผู้ป่วยบางรายอาจประสบปัญหาเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาวอีกด้วย

จากการศึกษาถึงระบาดวิทยาของโรคพบว่า มะเร็งปากมดลูกจะพบมากในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากลักษณะการติดต่อของโรคเหมือนกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การมีคู่นอนหลายคน หรือพบร่วมกับการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์บางชนิด จนมีผู้สรุปว่ามะเร็งปากมดลูกเป็น “cancer of sexual” (สมเกียรติ ศรีพรรณดิฐ และ สันชัย บัลลังก์โพธิ์, 2531 : 40) ปัจจุบันได้ค้นพบว่าเชื้อไวรัส HPV (Human Papillomavirus) เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหูดหงอนไก่บริเวณอวัยวะเพศและเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกด้วยเช่นกัน คู่สามี-ภรรยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางเพศสัมพันธ์ ย่อมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้ได้สูง โดยเฉพาะผู้ชายซึ่งเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการแพร่เชื้อไวรัสนี้มาให้ผู้หญิง (สถาบันวิทยามะเร็งศิริราช, 2548) อย่างไรก็ตาม มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ในระยะแรกซึ่งการป้องกันมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ 2 ระดับ คือ ระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ สำหรับการป้องกันระดับปฐมภูมินั้นเป็นการควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย ไม่สำส่อนทางเพศ การดูแลรักษาความสะอาดและอนามัยของอวัยวะเพศ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยา การหลีกเลี่ยงการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นเวลานาน รวมถึงลดหรือหลีกเลี่ยงสารที่ก่อให้เกิดมะเร็ง ได้แก่ อาหารประเภท ปิ้ง ย่าง ร่มควัน และงดการสูบบุหรี่ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2539:475; จตุพล ศรีสมบุรณ์, อภิชาติ โอพารัตนชัย และชานนท์ วนาภิรักษ์, 2538 : 484) ส่วนการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกจากการติดเชื้อ HPV แล้ว หรือการทำ Pap Smear (Beckmann et al, 1995 :423) ทำให้สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีความผิดปกติและการเป็นมะเร็งระยะเริ่มแรกที่ยังไม่ปรากฏอาการ แต่จากผลการประเมินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมาโดยกระทรวงสาธารณสุข ด้วยการทำให้การทำ Pap Smear ให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรสตรีไทย อายุ 35 -60 ปี ให้ได้ 50 % ในเวลา 5 ปี โดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2542 แต่ผลยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร(กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548 : 12-15) อีกทั้งการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก ไม่ได้เป็นการป้องกันการติดเชื้อซึ่งเป็นสาเหตุหลัก หรือเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการก่อมะเร็งปากมดลูก

ในปัจจุบันได้มีการค้นพบวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นความหวังของผู้หญิงทั่วโลกว่า มะเร็งร้ายชนิดนี้จะสามารถป้องกันให้ทุเลาเบาบางลง การสร้างเสริมให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิอันหนึ่งและเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการช่วยป้องกันการติดเชื้อ HPV และรอยโรคก่อนเกิดมะเร็ง ซึ่งสามารถลดอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะยาว แต่อย่างไรก็ตามวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกนั้นจะมีประสิทธิภาพในการป้องกันได้สูงสุดในสตรีที่ยังไม่ติดเชื้อ HPV ดังนั้นจึงควร

ฉีดวัคซีนตั้งแต่ก่อนวัยที่จะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและเป็นพาหะของโรค รวมทั้งรอยโรคที่จะลุกลามจนกลายเป็นมะเร็งตามมา ซึ่งวัยที่เหมาะสม คือช่วงระหว่างอายุ 9-12 ปี ทั้งในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย(International Agency for Research on Cancer: 2005, 26) นอกจากนี้วัคซีนดังกล่าวยังมีราคาแพงมาก ค่าใช้จ่ายในการฉีดวัคซีนประมาณ 20,000 บาท ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ของประเทศไทยยังมีฐานะค่อนข้างยากจน

จากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบในด้านต่างๆที่เกิดขึ้นจะเห็นได้ว่า การป้องกันการเกิดโรคในระยะแรก (Primary prevention) เป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะยับยั้งการเกิดโรค โดยการป้องกันการติดเชื้อ HPV ซึ่งเป็นสาเหตุหลักและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการก่อมะเร็ง เป็นผลทำให้ประหยัดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษารวมทั้งลดผลกระทบต่างๆที่ตามมา และโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ หากมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการป้องกันในระดับปฐมภูมิโดยการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยมาก จึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับสภาพของภาวะเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในปัจจุบัน นอกจากนี้เนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ HPV ซึ่งติดต่อได้จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน เช่นเดียวกับโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น HIV/AIDS, Viral Hepatitis B and C, Gonorrhea, Syphilis เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการป้องกันโดยการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมจะสามารถป้องกันการเกิดโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกือบทั้งหมด

จากการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2550 พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่จะศึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองเพื่อทำ PAP Smear เช่น แรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรู้และทัศนคติ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่จะศึกษาในกลุ่มผู้หญิงในอาชีพต่างๆทั่วทุกภูมิภาค เช่น แม่บ้าน เกษตรกร ค้าขาย คนงานในโรงงานต่างๆ หญิงอาชีพพิเศษ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้สตรีไม่ไปรับการตรวจ PAP Smear คือ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง ,มีระดับแรงจูงใจค่อนข้างต่ำ และมีทัศนคติในเชิงลบ เนื่องจากความรู้สึกรังเกียจและอายที่จะไปรับการตรวจที่ต้องเปิดเผยอวัยวะที่คิดว่าควรปกปิด

ยังไม่พบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาในกลุ่มคู่สามี-ภรรยา และการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพทางเพศในกลุ่มสามี และกลุ่มภรรยา ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มคู่สามี-ภรรยา ในระดับปฐมภูมิ ในชุมชน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research)

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ คู่สามี – ภรรยาที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การประเมินสถานการณ์ (Situation Assessment) โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของDanial (Danial, 1987: 155) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 500 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Multistage Random Sampling) ซึ่งกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละอำเภอโดยการคำนวณ จากนั้นทำการสุ่มต่ำลจากทั้ง 3 อำเภอเพื่อเป็นตัวแทนอำเภอละ 4 ตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายได้จำนวน 12 ตำบล แล้วจึงสุ่มศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัยในแต่ละตำบลโดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายอีกครั้งให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะทำการการศึกษา ซึ่งได้จำนวนทั้งหมดศูนย์สุขภาพชุมชน หรือสถานอนามัยที่ใช้เป็นsettingของการศึกษาในค้างนี้ 12 แห่ง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. คู่สามี – ภรรยา ที่ภรรยามีอายุไม่เกิน 45 ปี
2. เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครอย่างน้อย6 เดือน
3. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีสติสัมปชัญญะ
4. พบบุตรมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีจากศูนย์สุขภาพชุมชนในตำบลที่เป็นพื้นที่ใช้ในการศึกษา ในวันที่ทำการเก็บข้อมูล
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการ โดยตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์ในการคัดตัวอย่างออก

1. ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการ ได้
2. อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคใดใดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการโครงการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มคู่สามี-ภรรยา ในระดับปฐมภูมิในชุมชน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากหลักอำนาจการทดสอบ(Power Analysis) โดยมีค่า Alpha เท่ากับ 0.05, effect size เท่ากับ 0.60 และpower เท่ากับ 0.80 (Polit,1999:489-493) ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 คน หรือ 22 คู่ โดยในการดำเนินการโครงการฯ ได้คู่สามี-ภรรยาเข้าร่วมโครงการ 32 คู่

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. คู่สามี – ภรรยา ที่ภรรยามีอายุไม่เกิน 45 ปี
2. เป็นคนไทย สัญชาติไทยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครอย่างน้อย 6 เดือน
3. ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง การมองเห็น สามารถอ่านออกเขียนได้ และมีสติสัมปชัญญะ
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดตัวอย่างออกระหว่างทำการวิจัย

1. ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการวิจัยมากกว่า 1 ครั้ง
2. อยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคใดใดที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้
3. ต้องการออกจากโครงการการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการทำ Focus group และวิธีการ In-depth interview โดยมีเค้าโครงคำถามแบบเปิดกว้าง ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแบบสอบถามทั้งของผู้หญิงและผู้ชายประกอบด้วย 6 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนที่ 3 ข้อมูลสุขภาพทางเพศ ส่วนที่ 4 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ส่วนที่ 5 ทักษะในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 6 การสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งดัดแปลงมาจาก Clinical guideline for sexual history taking และ Sexual assessment and counseling in primary care (Association of Reproductive Health Professionals 2002) ทั้งนี้ในแบบสอบถามทั้งของผู้หญิงและผู้ชายนั้น จะมีข้อคำถามในหัวข้อที่มีความแตกต่างกัน

ได้ทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากนั้นนำเครื่องมือไป try-out กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติในเชิงสังคมและเศรษฐกิจที่ใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรที่ศึกษาจำนวน 60 คน เพื่อทดสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่า reliability เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมในการทำวิจัยในมนุษย์ ให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว

ระยะที่ 1

การประเมินสถานการณ์ (Situation Assessment) โดยใช้ทั้งวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ ร่วมกับทีมวิจัยในชุมชน ดังรายชื่อต่อไปนี้

การวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลด้วยวิธีการทำ Focus group ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ สาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกและโรคที่สามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ ทักษะคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อบางอย่างเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ หรือพฤติกรรมทางเพศ การสื่อสารทางเพศระหว่างคู่สามี-ภรรยา เป็นต้น

การวิจัยเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลคู่สามี-ภรรยาที่พบบุตรมารับบริการในคลินิกสุขภาพเด็กดีจากศูนย์สุขภาพชุมชนในตำบลที่เป็นพื้นที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้แบบสอบถามของผู้หญิงและผู้ชาย

ระยะที่ 2 ได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. นำผลที่ได้จากการศึกษาในระยะที่ 1 มาเสนอให้แก่ชุมชนรับทราบ พร้อมหารือกับประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากร ในการศึกษาครั้งนี้โดยการทำประชาคม

2. ร่วมวางแผนกับประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากร ในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่พบจากผลการศึกษา

3. จัดกิจกรรมตามที่ได้มีความเห็นร่วมกันกับประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากร ซึ่งได้ร่วมกันทำกิจกรรมดังกล่าวกับทีมวิจัยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครชุมชน แกนนำของกลุ่มคู่สามี-ภรรยา อบต. พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ในสถานีนอนามัย และทีมวิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของแสดงและการดำเนินของโรค ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ความสำคัญของการป้องกันทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในคู่สามี-ภรรยา และทักษะการสื่อสารทางเพศในคู่สามี-ภรรยา โดยใช้กิจกรรมของกระบวนการกลุ่มในการมีส่วนร่วมในเรียนรู้ เช่นการแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น การอภิปราย แสดงความคิดเห็น และนำเสนอผลสรุปความคิดเห็นของกลุ่ม

ผลการวิจัยระยะที่ 1

กลุ่มตัวอย่างคือเป็นคู่สามี-ภรรยา จำนวน 250 คู่ (500คน) สำหรับข้อมูลด้านลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิงมีอายุเฉลี่ย 29.68 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 16 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 45 ปี ร้อยละ 49.20 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-30ปี และร้อยละ 44.80 มีอายุมากกว่า 30 ปี ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่า มีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 22.40 ร้อยละ 22.00 และร้อยละ 18.80 ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) และมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6) ส่วนอีกร้อยละ 23.2 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี สำหรับอาชีพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 21.20 เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 51.60 มีอาชีพรับจ้างในโรงงาน ทั้งกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชาย และร้อยละ 12.40 มีอาชีพค้าขาย นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนร้อยละ 3.20 ที่ยังเป็นนักเรียน นักศึกษาอยู่ ในส่วนของรายได้พบว่า ร้อยละ 24.40 ไม่มีรายได้ มีจำนวนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 24.80 และร้อยละ 25.60 ที่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท และ 5001-10000 บาท นอกนั้นมีรายได้มากกว่า 10000 บาท ร้อยละ 36.60 มีบุตร 1 คน ร้อยละ 28.40 และร้อยละ 25.60 มีบุตร 2 คน และ 3 คนตามลำดับ นอกนั้นมีบุตรมากกว่า 3 คน สำหรับอายุของผู้หญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเมื่อมีบุตรคนแรกพบว่า ร้อยละ 34.80 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และร้อยละ 60.80 ที่มีบุตรคนแรกในช่วงอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยของการมีบุตรคนแรก 22.00 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 14 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 37 ปี ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือนนั้นพบว่ามีเพียง ร้อยละ 8.67

สำหรับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชาย มีอายุเฉลี่ย 33.91 ปี อายุน้อยที่สุดเท่ากับ 17 ปี และอายุมากที่สุดเท่ากับ 60 ปี ร้อยละ 36.82 และร้อยละ 38.90 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 20-30 ปี และ 31-40 ปี ในส่วนของระดับการศึกษาพบว่า มีจำนวนใกล้เคียงกันคือร้อยละ 25.20 ร้อยละ 23.20 ที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1 - ม.3) และร้อยละ 16.00 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6) ส่วนอีกร้อยละ 20.80 มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี สำหรับอาชีพในปัจจุบันของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 55.60 มีอาชีพรับจ้างในโรงงานและพนักงานบริษัท และร้อยละ 16.80 มีอาชีพค้าขาย นอกจากนี้ยังพบว่า มีจำนวนร้อยละ 2.40 ที่ยังเป็นนักเรียน นักศึกษาอยู่ ในส่วนของรายได้พบว่า ร้อยละ 2.40 ไม่มีรายได้ และร้อยละ 26.00 ที่มีรายได้น้อยกว่า 5000 บาท และร้อยละ 34.8 มีรายได้ระหว่าง 5001-10000 บาท นอกนั้นมีรายได้มากกว่า 10000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1_ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย จำแนกตามข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยาผู้หญิง (N=250) และผู้ชาย (N=250)

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
น้อยกว่า 20 ปี	15	6.00	9	3.60
20-30 ปี	113	49.20	86	36.82
31- 40 ปี	109	43.60	97	38.90
41- 45 ปี	3	1.20	38	15.30
มากกว่า 45 ปี	-	-	20	7.60
($\bar{X}$ = 29.68, Min = 16, Max = 45) ($\bar{X}$ = 33.91, Min =17, Max = 60)				
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา (ป.1 - ป.6)	56	22.40	63	25.20
มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1 - ม.3)	55	22.00	58	23.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4 - ม.6)	47	18.80	40	16.00
อาชีวศึกษา	28	11.20	26	10.40
ปริญญาตรี	58	23.20	52	20.80
สูงกว่าปริญญาตรี	4	1.60	11	4.40
อาชีพในปัจจุบัน				
รับจ้าง / พนักงานบริษัท	129	51.60	139	55.60
แม่บ้าน	53	21.20	-	-
ค้าขาย	31	12.40	42	16.80
รับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ	24	9.60	36	14.40
นักเรียน/นักศึกษา	8	3.20	6	2.40
เกษตรกร	5	2.00	27	10.8
รายได้				
ไม่มีรายได้	61	24.40	6	2.40
น้อยกว่า 5,000	62	24.80	65	26.00
5,001-10,000	64	25.60	87	34.80
10,001-20,000	48	19.20	57	22.80
มากกว่า 20,000	15	6.00	35	14.00
($\bar{X}$ = 6,590, Min = 2,000, Max = 30,000) ($\bar{X}$ =8,954 , Min =3,500, Max = 35,000)				

ลักษณะส่วนบุคคล	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตร				
1 คน	89	35.60	-	-
2 คน	71	28.40	-	-
3 คน	64	25.60	-	-
มากกว่า 3 คน	26	10.40	-	-
	($\bar{X}$ = 2.25, Min = 1, Max = 5)			
อายุเมื่อมีบุตรคนแรก				
น้อยกว่า 20 ปี	87	34.80	-	-
21-30 ปี	152	60.80	-	-
31- 35 ปี	10	4.00	-	-
มากกว่า 35 ปี	1	0.40	-	-
	($\bar{X}$ = 22.00, Min = 14, Max = 37)			
เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (N=242)				
ครบ 6 เดือน	21	8.67	-	-
น้อยกว่า 6 เดือน	229	91.33	-	-

ในส่วนของผู้ที่ติดตามสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง ร้อยละ 96.00 ไม่สูบบุหรี่ แต่ร้อยละ 44.80 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มือสองเนื่องจากมีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งคน ร้อยละ 78.80 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 16.40 ดื่ม 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ และร้อยละ 4.80 ที่ดื่มทุกวัน และยังพบว่าร้อยละ 52.80 ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 52.40 ไม่ออกกำลังกายเลย มีเพียงร้อยละ 15.60 ที่ออกกำลังกายทุกวัน สำหรับข้อมูลการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่ามี ร้อยละ 71.2 ที่ไม่เคยไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเลย มีเพียงร้อยละ 11.6 ที่ไปตรวจทุกปี

สำหรับผู้ที่ติดตามสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย ร้อยละ 50.00 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 40.80 ที่สูบบุหรี่โดยพบว่าในจำนวนนั้น ร้อยละ 56.86 ที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่มาแล้ว 11-15 ปี และร้อยละ 15.68 ที่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่มาแล้ว 16-20 ปี นอกจากนี้ร้อยละ 50.00 ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ 5-10 มวน/วัน และร้อยละ 29.42 ที่มีปริมาณการสูบบุหรี่ 11-15 มวน/วัน ร้อยละ 27.60 ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ แต่มีร้อยละ 46.40 ดื่ม 2-5 ครั้ง/สัปดาห์ และร้อยละ 26.00 ที่ดื่มทุกวัน และยังพบว่าร้อยละ 52.40 ไม่เคยไปตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 39.20 ไม่ออกกำลังกายเลย มีร้อยละ 38.40 และร้อยละ 22.40 ที่ออกกำลังกาย 3 วัน/สัปดาห์ กับออกกำลังกายทุกวันตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2_ จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยาผู้หญิง (N=250) และผู้ชาย (N=250)

พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบบุหรี่	240	96.00	125	50.00
เคยสูบและเลิกได้แล้ว	-	-	23	9.20
สูบบุหรี่	10	4.00	102	40.80
มีสมาชิกในบ้านอย่างน้อย 1 คน ที่สูบบุหรี่	112	44.80	106	42.40
ระยะเวลาของการสูบบุหรี่	(N=10)		(N=102)	
น้อยกว่า 5 ปี	1	10.00	4	3.92
5-10 ปี	2	20.00	12	11.77
11-15 ปี	4	40.00	58	56.86
16-20 ปี	3	30.00	16	15.68
มากกว่า 20 ปี	-	-	12	11.77
ปริมาณการสูบบุหรี่	(N=10)		(N=102)	
น้อยกว่า 5 มวน	2	20.00	10	9.80
5-10 มวน	6	60.00	51	50.00
11-15 มวน	2	20.00	30	29.42
16-20 มวน	-	-	7	6.86
มากกว่า 20 มวน	-	-	4	3.92
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	197	78.80	69	27.60
ดื่ม2-5ครั้ง/สัปดาห์	41	16.40	116	46.40
ดื่มทุกวัน	12	4.80	65	26.00
การไปตรวจสุขภาพประจำปี ในรอบ 1 ปี				
ไม่เคยตรวจ	132	52.80	131	52.40
ไปตรวจ	118	47.20	119	47.60
การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ไม่เคยตรวจ	178	71.2	-	-
ไปตรวจเป็นบางปี	43	17.2	-	-
ไปตรวจทุกปี	29	11.6	-	-

พฤติกรรมสุขภาพส่วนบุคคล	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาที 3วัน/1สัปดาห์				
ไม่ออกกำลังกายเลย	131	52.40	98	39.20
ออกกำลังกาย 3 วัน / 1 สัปดาห์	80	32.00	96	38.40
ออกกำลังกายทุกวัน	39	15.60	56	22.40

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง พบว่าการคุมกำเนิดนั้น ร้อยละ 80.00 ของผู้หญิงเป็นผู้ที่ใช้การคุมกำเนิดเองและในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.00 คุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาเม็ด คุมกำเนิด รองลงมาร้อยละ 23.00 ใช้วิธีการฉีดยาคุมกำเนิด มีเพียงร้อยละ 4.00 ที่ทำหมันถาวร และยังพบว่ามีร้อยละ 4.50 ที่ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังพบว่ามีความถี่ที่ใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 26.80 และร้อยละ 24.00 ของผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุต่ำกว่า 16 ปีและ มากกว่า 20 ปี ตามลำดับ ร้อยละ 49.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 17-20 ปี โดยอายุเฉลี่ยของผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 16.87 ปี และอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่น้อยที่สุดในกลุ่มนี้คืออายุ 13 ปี ในส่วนของการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนอยู่กินกับคู่ปัจจุบันนั้นพบว่า ร้อยละ 59.20 ของกลุ่มผู้หญิงเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมาก่อนการอยู่กินกับสามีคนปัจจุบัน และร้อยละ 89.20 ที่พบว่าในปัจจุบันไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นนอกจากสามีของตนเองและร้อยละ 91.20 ไม่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 61.20 และร้อยละ 30.00 ที่มีการดูแลรักษาอนามัยของอวัยวะเพศในระดับดี และปานกลางตามลำดับ

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชายพบว่ามีเพียงร้อยละ 20 (50 คน) ที่เป็นผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยส่วนใหญ่ (39 คน) เป็นผู้ใช้ถุงยางอนามัย และมีเพียง 2 รายที่ทำหมันชาย นอกจากนี้พบว่าร้อยละ 39.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุต่ำกว่า 16 ปี และร้อยละ 49.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่มีอายุระหว่าง 17-20 ปี โดยอายุเฉลี่ยของผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 16.23 ปี และอายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่น้อยที่สุดในกลุ่มนี้คืออายุ 12 ปี ในส่วนของการมีเพศสัมพันธ์มาก่อนอยู่กินกับคู่ปัจจุบันนั้นพบว่า ร้อยละ 79.20 ของกลุ่มผู้ชายเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นมาก่อนการอยู่กินกับภรรยาคนปัจจุบัน และร้อยละ 53.20 ที่พบว่าในปัจจุบันยังคงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นนอกจากภรรยาของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 38.40 ที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 38.40 และร้อยละ 33.60 ที่มีการดูแลรักษาอนามัยของอวัยวะเพศในระดับดี และปานกลางตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย จำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยาผู้หญิง (N=250) และผู้ชาย (N=250)

พฤติกรรมสุขภาพทางเพศ	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดในครอบครัว	200	80.00	50	20.00
วิธีการคุมกำเนิดในครอบครัว	(N=200)		(N=50)	
ยาเม็ดคุมกำเนิด	132	66.00	-	-
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (morning pill)	9	4.50	-	-
ยาฉีดคุมกำเนิด	46	23.00	-	-
ใส่ห่วง (IUCD)	2	1.00	-	-
ฝังยาคุมกำเนิดที่แขน (Norplant)	1	0.50	-	-
วิธีการคุมกำเนิดในครอบครัว	(N=200)		(N=50)	
ทำหมัน	8	4.00	2	4.00
หลั่งข้างนอก	-	-	9	18.00
ใช้ถุงยางอนามัย(condom)	-	-	39	78.00
นับวันปลอดภัย(safety period)	21	10.50	-	-
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก				
น้อยกว่า 16 ปี	67	26.80	98	39.20
17 – 20 ปี	123	49.20	123	49.20
มากกว่า 20 ปี	60	24.00	29	11.60
($\bar{X}$ = 16.87, Min = 13, Max = 26) ($\bar{X}$ = 16.23, Min =12, Max = 25)				
การมีเพศสัมพันธ์มาก่อนอยู่กับคู่ปัจจุบัน				
ไม่เคยมี	102	40.80	52	20.80
เคยมี	148	59.20	196	79.20
ปัจจุบันยังมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่น				
นอกจาก สามีหรือภรรยาของตนเอง				
ไม่มีเพศสัมพันธ์	224	89.20	117	46.80
มีเพศสัมพันธ์	26	10.40	133	53.20
เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่เคยมีอาการ	228	91.20	154	61.60
เคยมีอาการ	22	8.80	96	38.40
การดูแลสุขภาพอนามัยของอวัยวะเพศ				
ยังไม่เหมาะสม	22	8.80	70	28.00
ปานกลาง	75	30.00	84	33.60
ดี	153	61.20	96	38.40

ส่วนความรู้ ทักษะเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน และการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน มะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิงนั้นพบว่ามากกว่าครึ่ง คือร้อยละ 65.60 และ ร้อยละ 63.20 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันในระดับน้อย และมีทัศนคติในเชิงลบ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน รวมทั้งร้อยละ 76.80 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีการสื่อสารทางเพศในการ ป้องกันมะเร็งปากมดลูกระหว่างสามี-ภรรยา อยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ชายที่ พบว่าเกือบสามในสี่ คือร้อยละ 73.0 และร้อยละ 79.20 ของกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปาก มดลูกและการป้องกันในระดับน้อย และมีทัศนคติในเชิงลบเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน รวมทั้ง ร้อยละ 70.80 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่มีการสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระหว่างสามี- ภรรยา อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ จำแนกตาม ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน และการ สื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยาผู้หญิง (N=250) และผู้ชาย (N=250)

ตัวแปร	ผู้หญิง(N=250)		ผู้ชาย(N=250)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	164	65.60	184	73.60
ความรู้น้อย	74	29.60	57	22.80
ความรู้ปานกลาง	12	4.80	9	3.60
ความรู้มาก				
ทัศนคติต่อมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	158	63.20	198	79.20
ทัศนคติเชิงลบ	80	32.00	46	18.40
ทัศนคติเชิงเป็นกลาง	12	4.80	6	2.40
ทัศนคติเชิงบวก				
การสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระหว่างคู่สามี - ภรรยา				
มีการสื่อสารกันน้อย	192	76.80	177	70.80
มีการสื่อสารกันปานกลาง	38	15.20	57	22.80
มีการสื่อสารกันดี	20	8.00	16	6.40

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามหรือสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4 ตัวแปร คือการมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ทักษะการป้องกันเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง ได้ร้อยละ 25.7 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรที่เข้าสมการ หรือมีอำนาจทำนายสุขภาพทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างผู้หญิง

ตัวแปรที่เข้าสมการ	B	Beta	R ² Change	t	p- value
การมีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่	0.394	0.212	0.239	2.307	0.021
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	0.411	0.173	0.043	2.601	0.010
ทักษะการป้องกันเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	0.325	0.151	0.021	2.275	0.024
การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน	2.009	0.141	0.018	2.037	0.043
Constant = 22.834 R ² = 0.257 Adjusted R ² = 0.140 F = 9.221 p-value < 0.05					

ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (Multiple regression) ด้วยวิธี Stepwise พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามหรือสุขภาพทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4 ตัวแปร คือ การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ทักษะการป้องกันเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชาย ได้ร้อยละ 27.2 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอนของตัวแปรที่เข้าสมการ หรือมีอำนาจทำนาย
สุขภาพทางเพศ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ชาย

ตัวแปรที่เข้าสมการ	B	Beta	R ² Change	t	p- value
การสูบบุหรี่	0.745	0.344	0.216	4.151	0.001
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	0.486	0.214	0.065	2.521	0.024
ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน	0.245	0.261	0.041	1.985	0.028
การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน	2.174	0.189	0.024	2.097	0.036
Constant = 23.873	R ² = 0.272	Adjusted R ² = 0.237	F = 6.733	p-value < 0.05	

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลที่ได้จากผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการทำ Focus Group พบว่ามีความสอดคล้องใน ส่วนของความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและการป้องกัน คือยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องทั้งในกลุ่มของผู้หญิง และผู้ชาย รวมทั้งทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยบอกว่า “คิดว่าตัวเองอายุน้อย อยู่ จึงยังไม่จำเป็นต้องไปตรวจ” และ “รู้สึกว่ายังไม่มีการผิดปกติอะไรกับตัวเอง จึงยังไม่จำเป็นต้องไป ตรวจก็ได้” ส่วนประเด็นในเรื่องของวิธีการคุมกำเนิดนั้นพบว่า ถึงแม้ทั้งผู้หญิงและผู้ชายจะมีความเห็น ตรงกันว่า การคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งสามีและภรรยา แต่ผู้หญิงจะยินดีเป็น ผู้คุมกำเนิดเอง โดยให้เหตุผลว่าสะดวก รู้สึกมั่นใจมากกว่าว่าปลอดภัย และไม่ไว้วางใจสามี หากพลาดพลั้งไป ผู้หญิงต้องเป็นฝ่ายที่ตั้งครรภ์ คลอด และมีภาระตามมาในการเลี้ยงดูบุตรด้วยตัวเอง นอกจากนี้ฝ่ายผู้ชาย แสดงความคิดเห็นว่า เมื่อภรรยาเป็นผู้คุมกำเนิดแล้ว ตนเองก็ไม่มี ความจำเป็นที่จะต้องใช้ถุงยางอนามัยอีก โดยมองว่าถุงยางอนามัยคือ การเครื่องมือที่ใช้เพื่อการคุมกำเนิดแต่ไม่ใช่การใช้เพื่อการป้องกันโรคติดต่อที่ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ และไม่ทราบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นโรคหนึ่งที่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดย เชื้อเอชพีวี และผู้ชายเป็นผู้นำเชื้อไปให้ผู้หญิง

ผลการวิจัยระยะที่ 2

จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการป้องกัน ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ Simple Paired t-test

เมื่อเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติเท่ากับ 37.32 และ 38.40 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.44 และ 4.46 หลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็น 46.4 และ 46.6 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.16 และ 7.83 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนของความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$)

สำหรับในส่วนของการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศเมื่อเปรียบเทียบก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ เท่ากับ 37.78 และ 13.14 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.93 และ 2.17 หลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยของการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศเพิ่มขึ้นเป็น 43.63 และ 19.94 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.74 และ 1.45 เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนของการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าคะแนนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ทัศนคติเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ก่อนการจัดกิจกรรม หลังการจัดกิจกรรม ของคู่สามี-ภรรยา ผู้หญิง (n=32) และผู้ชาย (n=32)

ปัจจัย	X	S.D.	t-value (one-tailed)	P-value
ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	37.32	3.44		
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	46.40	4.16	10.02	<0.001

ตารางที่ 7 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน ทักษะคิดเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ก่อนการจัดกิจกรรม หลังการจัดกิจกรรม ของคู่สามี-ภรรยา ผู้หญิง (n=32) และผู้ชาย (n=32)

ปัจจัย	X	S.D.	t-value (one-tailed)	P-value
ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	38.43	4.46		
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	46.67	7.83	5.57	<0.001
การสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	35.78	4.93		
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	43.63	4.74	7.36	<0.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ				
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	13.14	2.17		
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	19.94	1.45	9.24	<0.001

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยในระยะที่ 1 แสดงให้เห็นลักษณะเชิงประชากรของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่สามี-ภรรยา ที่อยู่ในช่วงของวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์ โดยทั้งกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชาย มีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน คือ 29.68 ปีและ 33.91 ปี โดยอายุที่น้อยที่สุดในทั้งสองกลุ่มเท่ากับ 16 ปีและ 17 ปี มีระดับการศึกษาอาชีวและ รายได้ ที่ใกล้เคียงกัน คือประมาณครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างสามี-ภรรยา ทั้งกลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชาย มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ป.1 - ป.6) มัธยมศึกษาตอนต้น(ม.1 - ม.3) มีอาชีพรับจ้างในโรงงานทั้ง กลุ่มผู้หญิงและกลุ่มผู้ชาย มีร้อยละ 21.20 ของผู้หญิงที่เป็นแม่บ้านเนื่องจากมีบุตรเล็กที่ต้องดูแล และมี รายได้น้อยกว่า 10000 บาท/เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงมีอายุเฉลี่ยของการมีบุตรคนแรกเท่ากับ 22.00 ปี ซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดทางสถิติศาสตร์ถึงความเหมาะสมของอายุของผู้หญิงที่มีความพร้อมในเชิงสรีระวิทยา สำหรับการตั้งครรภ์และมีบุตร (สุวชัย อินทรประเสริฐ, สุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล, 2539 : 174) อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ อายุที่น้อยที่สุดของการมีบุตรคนแรกคือ 14 ปี มีจำนวน 3 คน และมีจำนวน 61 คน ที่มีบุตรคนแรกเมื่ออายุระหว่าง 15-18 ปี ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนอกจากจะมีความเสี่ยงต่อภาวะ

สุขภาพทั้งต่อผู้ที่ตั้งครรภ์เองและทารกในครรภ์แล้ว การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย คือต่ำกว่า17ปีจะเป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านรีเวชต่อการเกิด CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) สูง ซึ่งพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า18ปีมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 23 ปีถึง2เท่า และกิตติมะเร็งระยะลุกลามมากกว่าถึง5 เท่า เนื่องจากในช่วงอายุดังกล่าวเป็นวัยที่เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539: 297; Nolte & Walczak, 1997: 21; Adam, et al., 2000) นอกจากนี้อายุในช่วงนี้เป็นช่วงของวัยรุ่นและเป็นวัยเรียนสะท้อนให้เห็นพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งผลจากการศึกษาในกลุ่มนี้พบข้อมูลที่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาหลายการศึกษา เช่น จากการศึกษาของ สุชาดา รัชชกุล(2541 : 120-123), สุวรรณา วรคามิน และนางลักษณ์ บุญไทย(2542 : 22-23), วรณวิมล สุรินทร์ศักดิ์(2546 : 84-86), กฤตยา อาชวนิจกุล (2547 : 20-28) ส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือนนั้นพบว่ามีเพียงร้อยละ8.67 เท่านั้นซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 30 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โดยให้เหตุผลว่า ต้องกลับไปทำงานทำให้ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

ในส่วนของการพฤติกรรมสุขภาพสะท้อนให้เห็นรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มสามี-ภรรยา ดังนั้นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้หญิงพบว่าเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 96.00 ไม่สูบบุหรี่ แต่ร้อยละ 44.80 เป็นผู้ที่สูบบุหรี่มือสองเนื่องจากมีสมาชิกในบ้านที่สูบบุหรี่อย่างน้อยหนึ่งคน และพบว่าผู้ชายร้อยละ40.80ที่สูบบุหรี่ แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่แต่ก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการได้รับควันบุหรี่จากการที่มีสมาชิกในบ้านสูบบุหรี่ได้ ซึ่งจากการศึกษาของ Bosh และคณะ (1996 : 1060-62) ที่ศึกษาในสามีของสตรีที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 633 คน พบว่าการที่สามีสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมปัจจัยหนึ่งของการเป็นมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่เป็นภรรยา นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ84.31 ของกลุ่มตัวอย่างผู้ชายที่สูบบุหรี่ มีระยะเวลาในการสูบบุหรี่มาแล้วมากกว่า10ปี ซึ่งจากการศึกษาของNielson และคณะ (2007 : 1137-40) ที่พบว่าการสูบบุหรี่เป็นเวลานาน และมากกว่า10มวนต่อวัน ในขณะที่ร่างกายได้รับเชื้อHPVหลายชนิด จะทำให้ร่างกายมีภูมิต้านทานต่ำ เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงที่เชื้อHPVจะอยู่ในร่างกายของผู้ชายได้นานที่บริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก การสูบบุหรี่ในสามีจึงมีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในภรรยา เนื่องจากผู้หญิงที่ได้รับควันบุหรี่วันละ 3 ชั่วโมงขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก 2.96 เท่าของผู้หญิงที่ไม่ได้รับควันบุหรี่ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 71.2 ของผู้หญิงที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย มีเพียงร้อยละ11.6ที่ไปรับการตรวจทุกปี และยังพบว่ามีจำนวนเท่ากันของทั้งสองกลุ่ม คือร้อยละ 52.80และ ร้อยละ 52.40 ไม่เคยไปตรวจสุขภาพ

ประจำปีเลย รวมทั้งร้อยละ 52.40ในกลุ่มผู้หญิง และร้อยละ 39.20ในกลุ่มผู้ชายที่ไม่ออกกำลังกายเลย และร้อยละ 72.4ของผู้ชายที่ดื่มแอลกอฮอล์ ในจำนวนนั้นร้อยละ 26.00ที่ดื่มทุกวัน สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองของกลุ่มตัวอย่างที่ยังอยู่ในระดับน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

สำหรับพฤติกรรมของสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างคู่สามี-ภรรยานั้นพบประเด็นที่น่าสนใจหลายประเด็นด้วยกันคือในกลุ่มผู้หญิงพบว่าร้อยละ80.00 ผู้หญิงเป็นผู้ที่ใช้การคุมกำเนิดด้วยตนเองและในจำนวนนี้ ร้อยละ 66.00 คุมกำเนิดด้วยการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด รองลงมาร้อยละ23.00 ใช้วิธีการฉีดยาคุมกำเนิด ซึ่งการใช้ยาคุมกำเนิดแบบยาเม็ดติดต่อกันในระยะเวลาที่นานเกิน 5 ปี ทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก(จตุพล ศรีสมบุญ,อภิชาติ โอพารัตนชัย และชานนท์ วนาภิรักษ์, 2538 : 484) สอดคล้องกับการศึกษาติดตามในกลุ่มควบคุมที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามระหว่างปีค.ศ.1998-2001 ในสถาบันมะเร็งใน 5 รัฐ ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในผู้หญิงที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดเม็ดมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นร้อยละ50 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่ใช้ และความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นอีกหากใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีส่วนผสมของเอสโตรเจนสูง โดยเฉพาะผู้ที่ใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานมากกว่า5ปีขึ้นไป แม้ว่าปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยาคุมกำเนิดที่มีผลต่อเยื่อบุปากมดลูก แต่จากการตรวจเนื้อเยื่อของปากมดลูกในกลุ่มตัวอย่างพบว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ (Wright, Cox, Womack, et al. 2001: 2120-9) นอกจากนี้พบอีกว่ามีเพียงร้อยละ 20 (50 คน) ของผู้ชายที่เป็นผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดโดยมี 39คนเป็นผู้ใช้ถุงยางอนามัย และมีเพียง 2 รายที่ทำหมันชาย ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องเป็นการป้องกันในระดับปฐมภูมิของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ดีที่สุดในปัจจุบัน เพราะสามารถการป้องกันเชื้อโรคต่างๆที่มีขนาดเล็กที่สุดได้ แม้ว่าการสวมถุงยางอนามัยจะไม่สามารถป้องกันเชื้อHPVได้ทั้งหมด เพราะเชื้อHPVยังสามารถอยู่ได้ที่บริเวณรอบๆทวารหนักทวารหนักและลูกอ๊อดทะ แต่จะช่วยลดความไวของการติดเชื้อHPVและลดความเสี่ยงของการเกิดหูดที่อวัยวะเพศ ซึ่งจากการศึกษาของ Nielson (2007: 1137-45) พบว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงของผู้ชายที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นสาเหตุของการได้รับเชื้อHPV สอดคล้องกับการศึกษาของ Kjaer (1998: 801-841) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ในคู่สามี-ภรรยาในประเทศเดนมาร์ก พบว่าการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกของภรรยา และพบว่ามีจำนวนร้อยละ 26.80 ของผู้หญิง และร้อยละ 39.20 ของผู้ชายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 16 ปี โดยอายุเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเท่ากับ 16.87 ปีและ 16.23 ปี อายุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่น้อยที่สุดในกลุ่มผู้หญิงคืออายุ 13 ปี และกลุ่มผู้ชาย 12 ปี และร้อยละ 59.20 ของกลุ่มผู้หญิงร้อยละ 79.20 ของกลุ่มผู้ชาย ที่พบว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นมาก่อนการอยู่กิน

กับคู่คนปัจจุบัน และร้อยละ 53.20ของผู้ชายที่พบว่าในปัจจุบันยังคงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นนอกจากภรรยาของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 38.40 ที่เคยมีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งข้อมูลที่พบ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งผู้หญิงและผู้ชายมีพฤติกรรมของสุขภาพทางเพศที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่เป็นภรรยา เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกคือ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีเพศสัมพันธ์กับคู่หลายคน การมีประวัติของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (จตุพล ศรีสมบูรณ์,อภิชาติ โอพารัตนชัย และชานนท์ วนาภิรักษ์, 2538 : 484)

ในด้านของความรู้ ทักษะเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน และการสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่ามากกว่าครึ่ง ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มผู้หญิงและผู้ชาย อยู่ในระดับน้อย เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าร้อยละ97.2ของผู้หญิงและร้อยละ86.00ของผู้ชายที่เคยได้ยินเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แต่ร้อยละ65.25 ของผู้หญิงและร้อยละ71.00 ของผู้ชายที่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับเชื้อไวรัสเอชพีวีและไม่ทราบว่ามีมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี รวมทั้งเชื้อไวรัสเอชพีวีสามารถติดต่อได้ทางการมีเพศสัมพันธ์และผู้ชายเป็นผู้นำเชื้อมาสู่ผู้หญิง และยังพบอีกว่ามากกว่าครึ่งที่เข้าใจว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉพาะในผู้หญิงที่แต่งงานแล้วและมีอายุ 35ปีขึ้นไปเท่านั้น ซึ่งข้อมูลที่พบ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งผู้หญิงและผู้ชายยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและการป้องกันโรคที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจากการศึกษาของ Dell, Chen, Ahmed, Stewart (2000: 653-6) ที่พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญต่อการป้องกันโรคและเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ซึ่งเป็นหัวใจที่สำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ

ในส่วนของทัศนคติต่อการป้องกันโรคนั้น จากการพิจารณารายข้อพบว่าร้อยละ 58.20 และร้อยละ 57.60 ของผู้ชายที่มีความคิดเห็นว่าการคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของผู้หญิง และการให้ภรรยาใช้ยาคุมกำเนิดเป็นวิธีการที่สะดวกกว่าการใช้ถุงยางอนามัย และยังพบว่าร้อยละ42.20 และร้อยละ 35.60 ของผู้ชายที่เห็นด้วยว่าแม้จะมีภรรยาแล้ว แต่การมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นก็ถือเป็นเรื่องธรรมดาของผู้ชาย และการตอบสนองความต้องการทางเพศเป็นหน้าที่ของผู้หญิงในขณะที่ร้อยละ 52.00 ของผู้หญิงที่มีความคิดเห็นว่าการคุมกำเนิดเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของคู่ สามี-ภรรยา แต่อย่างไรก็ตาม ร้อยละ80.00ของผู้หญิงเป็นผู้คุมกำเนิดเอง ซึ่งผลที่ได้สะท้อนให้เห็นทัศนคติในเชิงลบของกลุ่มผู้ชายที่มีต่อการป้องกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวัลย์ บุญมงคล (2543: 31-34) เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง (2542: 44-45)ที่พบว่าสังคมยอมให้ผู้ชายรู้เรื่องเพศมากกว่าผู้หญิง และผู้ชายส่วนใหญ่มีทัศนคติว่า การเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศ เป็นพฤติกรรมที่ปรติของผู้ชายที่ทั้งโสดและแต่งงานแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของสังคมไทยมีมาตรฐานเชิงซ้อนทางเพศ เช่นเพศชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน หรือมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาได้ ทำ

ให้คนในสังคมมีทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้นหากความเชื่อเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างผู้หญิงและผู้ชายยังคงเป็นไปในลักษณะของชายเป็นใหญ่ หรือผู้ชายเป็นผู้ควบคุมพฤติกรรมทางเพศอยู่เช่นนี้แล้ว จึงเป็นเรื่องยากที่จะให้ผู้ชายยอมรับและมีความรู้สึกว่าการคุมกำเนิดเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของหญิงและชาย รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใช้ถุงยางอนามัย

สำหรับการสื่อสารทางเพศในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มผู้หญิงนั้นพบว่ามีความสนใจดังนี้ร้อยละ 52.60 ไม่สามารถบอกให้สามีของตนเองใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์และยอมมีเพศสัมพันธ์โดยที่สามีไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย สะท้อนให้เห็นถึงอำนาจในการต่อรองของผู้หญิงที่มีต่อการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพวัลย์ บุญมงคล (2543: 31-34), Tangchonlatip and Ford (1993 :24) ที่พบว่าการจะใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก และการสื่อสารทางเพศเพื่อบอกความต้องการของตนในเรื่องเพศสัมพันธ์จะมีน้อยมากเนื่องจากผู้หญิงคิดว่าตนเองไม่ต้องการทำตนเหมือนหญิงขายบริการ การพูดเรื่องเพศเป็นเรื่องสกปรก และการบอกถึงความรู้สึกต้องการทางเพศของตนกับสามีเป็นเรื่องที่ผู้หญิงที่ดีไม่ควรทำ นอกจากนั้นผู้หญิงส่วนใหญ่มีความเชื่อไว้ในฐานะของภรรยา มีหน้าที่ที่ต้องตอบสนองความต้องการทางเพศของสามี ซึ่งถ้าหากไม่ตอบสนองความต้องการทางเพศของสามีแล้วตนเองจะต้อง “เสี่ยง” กับสถานะที่สามีอาจไปแสวงหาความสุขทางเพศกับหญิงอื่น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ที่ราบรื่นในครอบครัวได้ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้หญิงจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสามีที่ขาดความตระหนักในเรื่องของการป้องกันโรค

จากการทดสอบอำนาจการทำนายด้วยสถิติ Multiple Regression ด้วยวิธี Stepwise พบว่า การสูบบุหรี่มือสอง ความรู้ ทัศนคติ การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้หญิง ได้ร้อยละ 25.7 และ การสูบบุหรี่ ความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน การสื่อสารทางเพศในการป้องกัน สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพทางเพศของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้ชาย ได้ร้อยละ 27.2

จากผลที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ และนำไปจัดกิจกรรมตามที่ได้มีความเห็นร่วมกันกับประชาชนในชุมชนที่เป็นกลุ่มประชากร ซึ่งได้ร่วมกันทำกิจกรรมดังกล่าวกับทีมวิจัยในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย อาสาสมัครชุมชน แกนนำของกลุ่มคู่สามี-ภรรยา อบต. พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่ในสถานอนามัย และทีมวิจัย ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อาการของแสดงและการดำเนินของโรค ผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ความสำคัญของการป้องกันทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิในคู่สามี-ภรรยา และทักษะการสื่อสารทางเพศในคู่สามี-ภรรยา โดยใช้กิจกรรมของกระบวนการกลุ่มในการมีส่วนร่วมในเรียนรู้ เช่นการแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น การอภิปราย แสดงความคิดเห็น และนำเสนอ

ผลสรุปความคิดเห็นของกลุ่ม ผลที่ได้จากการจัดกิจกรรมพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะการสื่อสารทางเพศในการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางเพศ ระหว่างก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมทั้งในผู้หญิงและผู้ชายด้วยสถิติ Pair t-test พบว่าคะแนนดังกล่าวทั้ง 4 ส่วนหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.016$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบของการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ควรส่งเสริมในด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้การเสริมพลังให้กับกลุ่มผู้หญิงในด้านทักษะการต่อรอง และทักษะการสื่อสารทางเพศเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นสิ่งที่จำเป็นและมีความสำคัญ รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ชายมีความตระหนักรู้ว่าการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างสามี-ภรรยาและจะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้หากไม่ได้รับความร่วมมือจากทั้งสองฝ่าย

Output จากโครงการวิจัยที่ได้รับทุนจาก สกว.

1. อยู่ในระหว่างการจัดทำ Manuscript เพื่อตีพิมพ์ผลการวิจัยในระดับนานาชาติ Title
 “Sexual Health and Cervical Cancer Primary Prevention among Thai women in rural area”
2. ผลงานวิจัย และประสบการณ์ที่ได้รับจากการทำงานในโครงการวิจัยนี้ ทำให้สามารถได้รับโอกาสในการพัฒนาความเชี่ยวชาญใน area of women health มากยิ่งขึ้น รวมทั้งสร้างความมั่นใจในการทำงานในด้านนี้ และสามารถนำประสบการณ์และความรู้ที่ได้ไปถ่ายทอดให้กับนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา รวมทั้งถ่ายทอดให้กับบุคลากรสุขภาพ เช่นบุคลากรในวิชาชีพพยาบาลที่ทำงานในชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครในชุมชน
3. มีแผนจะนำเสนอผลการวิจัยโดย Oral presentation ในการประชุมนานาชาติ “International Family Planning Conference 2010” Focusing on positive sexual health at Wellington, New Zealand during 15-17 October 2010. หากได้รับทุนสนับสนุนการไปนำเสนอจากมหาวิทยาลัยมหิดล หรือจากแหล่งทุนอื่น
