

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีอุบัติการณ์สูงในสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยมีอุบัติการณ์สูงถึงประมาณ 471,000 คน ต่อปี และมีผู้ป่วยเสียชีวิตมากกว่า 233,000 คน ต่อปี (Parkin Bray & Devesa 2001: 554-566) หรือทุก ๆ 2 นาที จะมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็งชนิดนี้ (IARC 2004) ปัจจุบันในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้นำบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีเพ็พเสมีียร์ (Papanicolaous smear or pap smear) มาใช้ในการตรวจคัดกรองพบว่าสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 60-90 ภายในเวลา 3 ปีที่เริ่มโครงการ รวมทั้งลดอัตราการตายและอัตราการเป็นมะเร็งระยะลุกลามลงเป็นอย่างมาก (IARC 1986: 659-64; Sasieni 1996: 1001-5; Eddy 1986: 421-8) ผลจากการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้สามารถค้นพบสตรีที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ และพบความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกก่อนระยะเป็นมะเร็งปากมดลูก ช่วยลดการเกิดมะเร็งปากมดลูก และยังสามารถให้การดูแลรักษาผู้ที่เป็นมะเร็งตั้งแต่ระยะแรก (Niemenen Kallio and Hakama 1998: 1017-1021) ก่อนที่โรคจะอยู่ในระยะลุกลามซึ่งการรักษามักไม่ได้ผล และสิ้นเปลืองทรัพยากรในการรักษาพยาบาลสูง

ในประเทศไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในอันดับต้น ๆ ของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ เท่ากับ 19.8 ต่อประชากร 100,000 คนต่อปี และ International Agency for Research on Cancer (IARC) ได้รายงานไว้ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,243 คน เสียชีวิต 2,620 คน หรือทุก ๆ วันจะมีสตรีไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ถึง 7 คน โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปี ขึ้นไป (มงคล เบญจาทิบาล และ สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา 2550: 3) ทั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์ดังกล่าวสามารถลดลงได้เพราะมะเร็งปากมดลูกมีการดำเนินโรคไปอย่างช้า ๆ ผลการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี บางชนิด (Davey et al 2006: 122-32; Walboomers et al 1999: 12-9) แต่กว่าที่เซลล์เยื่อปากมดลูกของสตรีที่ติดเชื้อไวรัสเอชพีวี จะพัฒนาจนเกิดรอยโรคภายในเยื่อปากมดลูกกินเวลาประมาณ 2-5 ปี (Cuzick et al 1999: 554-8; Elfgrén et al

2000: 561-7) ดังนั้นการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจึงมีความสำคัญในการลดอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งปากมดลูกในสตรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันบาราคนราคร เป็นหน่วยงานที่ให้บริการและพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ โดยมีการพัฒนาการบำบัดและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น เช่น การรักษาด้วยยาต้านไวรัส สูตรร่วมที่มีประสิทธิภาพสูง (Highly Active Antiretroviral Therapy: HAART) (เจริญสุข อัสวพิพิธ และคณะ 2548: 184-191; วิชัย เตชะสาธิตและสุรพล สุวรรณกุล 2548: 1141) การที่ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ย่อมหมายถึงการที่ต้องดูแลให้ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์มีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการป้องกันโรคต่างๆ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เหล่านี้จึงควรจะได้รับ การดูแลเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ซึ่งจากผลการศึกษาหลายแห่งพบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่ติดเชื้อเอช ไอ วี สูงถึง 2-12 เท่า (Chirenje 2005: 269-276) และจากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Diseases Control and Prevention: CDC) ในปี 1993 พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เป็นมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 1.3 จึงกำหนดให้การเกิดรอยโรคที่ปากมดลูก (CIN) อยู่ในกลุ่มอาการเริ่มแรกของโรคเอดส์และกำหนดให้มะเร็งปากมดลูกเป็นอาการแสดงของโรคเอดส์ (CDC 1993: 1-19; Maiman, et al 1993: 402-506)

ดังได้กล่าวแล้วว่าการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชพีวี มีการศึกษาที่สนับสนุนว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูง มากกว่าสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี นอกจากนี้สตรีกลุ่มนี้มักติดเชื้อเอชพีวีหลายชนิดร่วมกัน โดยเฉพาะในรายที่มีอาการรุนแรง ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องมาก เมื่อรวมกับภาวะที่การติดเชื้อบริเวณปากมดลูกคงอยู่นานจึงทำให้แนวโน้มรุนแรงมากขึ้นและเกิดรอยโรคภายในเยื่อบุปากมดลูกมากขึ้น (Chirenje 2005: 270-1) โดยพบว่าสตรีที่ไม่มีการติดเชื้อเอช ไอ วี เมื่อมีการติดเชื้อเอชพีวีชนิดกลุ่มความเสี่ยงสูงคงอยู่นาน ใช้นานถึง 15 ปี ในการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก (Bontkes Walboomers Meijer et al 1998: 187-188; Southern & Herrington 2000: 263-274) ในขณะที่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่มีภาวะเดียวกันนั้นการเปลี่ยนแปลงของเซลล์จนกลายเป็นมะเร็งใช้เวลาเพียง 5 ปี เท่านั้น (Ellerbrock Chiasson Bush et al 2000: 1031-7)

แม้ผลการศึกษาจะสนับสนุนว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่ได้ติดเชื้อ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear เป็นวิธีการที่ป้องกันการเกิดโรคอย่างได้ผล แต่การตรวจคัดกรองยังไม่แพร่หลายในสตรีทุกกลุ่ม จาก

การสำรวจสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในแถบแอฟริกาซึ่งมีการระบาดของโรคเอดส์มากที่สุดโดย องค์การสหประชาชาติ (Joint United Nation Program on HIV/AIDS and World Health Organization 2003) พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี มากกว่าครึ่งในแถบแอฟริกา ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย (Chirenje 2005: 270) สำหรับในประเทศไทยพบว่าอัตราของสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างต่ำ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ. 2539-2540 ของจันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ (2543: 69) พบว่าสตรีทั่วประเทศไทยเคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 40.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพของประชาชนไทย พ.ศ.2546-2547 ของ เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และพรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์ (2549: 163) ซึ่งพบว่าสตรีที่มีอายุ 15-59 ปี ทั่วประเทศได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 48.5 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สง่า ไชยนา (2547:3) ที่พบว่ากลุ่มประชากรสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดหนองบัวลำภูมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 0.96 และ ร้อยละ 13.52 ตามลำดับ และการศึกษาของ พรทิพย์ ทักษิณ ที่พบว่าในปีพ.ศ. 2541 กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษในจังหวัดชลบุรี มีอัตราครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยทั้งจังหวัดเพียงร้อยละ 12.1

สถาบันบำราศนราดูร มีบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม โดยให้บริการตรวจสตรีทั่วไปพร้อมกับสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จากการสำรวจสถิติ ตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2549 พบว่ามีสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มาใช้บริการบำบัดดูแลรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยปีละ 3,571 คน (งานเวชสถิติ พ.ศ.2546-49) แต่พบว่าอัตราส่วนของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังค่อนข้างต่ำจากสถิติของแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2549 พบว่าสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ มีอัตราครอบคลุมในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างร้อยละ 2 ถึง ร้อยละ 10 เท่านั้น

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ. 2550 โดยการสัมภาษณ์สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์เพื่อศึกษาปัจจัยในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ผู้ใช้บริการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็นปัจจัยใหญ่ 2 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่การปิดกั้นตนเองกลัวคนรู้เรื่องการติดเชื้อจะทำให้ถูกตีตราจากสังคม ความกลัวผลการตรวจพบโรคร้ายแรงเพิ่ม และความคิดว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ไกลตัวไม่ถูกคามชีวิตเหมือนการติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ นอกเหนือจากการขาดความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองแล้วยังกลัวการตรวจและอาย เช่นเดียวกับสตรีกลุ่มอื่น และ 2) ปัจจัยด้านระบบบริการ เนื่องจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมิได้ถูกกำหนดนโยบายเป็นแนวปฏิบัติของสถาบันบำราศนราดูร

ทำให้ขาดรูปแบบการให้บริการที่ชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Abercrombie (2003: 41-54) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาตรวจ Pap smear ของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในกลุ่มที่พบผลการตรวจผิดปกติ ได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยที่ทำให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ในรายผลการตรวจผิดปกติ ได้มาหรือไม่มาตรวจซ้ำคือ (1) ความกลัว (2) ไม่มีอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก (3) สภาพวิถีการดำเนินชีวิต (4) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และ (5) การจัดรูปแบบบริการ

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลวิชาชีพซึ่งให้บริการสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนารูปแบบบริการเพื่อให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ได้รับบริการตรวจคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน โดยอาศัยการมีส่วนร่วมระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด และการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์โดยการให้ข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ การสร้างระบบบริการเฉพาะเพื่อให้สตรีกลุ่มนี้มีารับบริการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอสูงขึ้น และได้รับการดูแลหากพบความผิดปกติได้ตามมาตรฐาน เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ส่งผลให้สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มีอายุที่ยืนยาวนั้นมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกำลังใจในอันที่จะต่อสู้กับภาวะแวดล้อมต่างๆที่เข้ามากระทบกับการดำเนินชีวิต และเป็นกำลังเพื่อพัฒนาประเทศชาติต่อไป

## 2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบบริการในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

## 3. คำถามการวิจัย

รูปแบบบริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ที่มีประสิทธิภาพมีรูปแบบบริการเป็นอย่างไร

#### 4.ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนาเพื่อจัดรูปแบบบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่มารับบริการบำบัด ดูแลรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ แผนกคัดกรองด่านหน้าและแผนกผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรมในสถาบันบำราศนราดูร ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2550

#### 5. นิยามศัพท์เฉพาะ

5.1 รูปแบบการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การจัดบริการในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะรูปแบบที่ทำงานเป็นเครือข่ายประสานงานกันระหว่างรูปแบบบริการส่งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกคัดกรองด่านหน้า แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรม แผนกตรวจประกันสังคม และหน่วยฟื้นฟูสุขภาพ กับรูปแบบการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม แก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

5.2 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึงการตรวจด้วยวิธี Pap smear ซึ่งเป็นวิธีที่ทำการป้ายเซลล์บริเวณเยื่อเมือกปากมดลูก (Ectocervix และ Endocervix) มาป้ายบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสี และอ่านโดยนักเซลล์วิทยา

5.3 สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ หมายถึงสตรีที่ตรวจเลือดหาแอนติเอช ไอ วี (anti-HIV) พบว่ามีแอนติบอดีต่อเชื้อเอช ไอ วี หรือสตรีที่มีอาการของโรคฉวยโอกาสต่างๆ จากการที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ตามการวินิจฉัยของอายุรแพทย์

5.4 อัตราครอบคลุม หมายถึงร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ได้รับการตรวจ Pap smear โดยคิดจากจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งหมดที่มาใช้บริการในช่วงเวลาที่มีการประเมินประสิทธิภาพรูปแบบบริการ

5.5 ความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึงการแสดงออกของเจตนาหรือความต้องการที่จะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งต่อไป

5.6 ความตั้งใจรับผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ แสดงเจตนาหรือความต้องการที่จะรู้ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการรับฟังทางโทรศัพท์ การมารับฟังผลการตรวจด้วยตนเอง และการขอให้ส่งผลการตรวจทางจดหมาย

**5.7 ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผิดปกติ** หมายถึงการรายงานผลการตรวจ Pap smear พบการเกิดรอยโรคที่เซลล์บริเวณเยื่อปากมดลูกตั้งแต่ระดับ ASCUS ขึ้นไป ซึ่งอ่านโดยนักเซลล์วิทยา

**5.8 อัตราการได้รับการรับดูแลรักษาในรายที่ผลตรวจผิดปกติ** หมายถึงร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ที่ผลการตรวจผิดปกติตั้งแต่ระดับ ASCUS ขึ้นไปได้รับการตรวจติดตามดูแลบำบัดรักษา จากจำนวนสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งหมดที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

**5.9 ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ** หมายถึงความคิดเห็น หรือความรู้สึกนึกคิดของสตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ต่อการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสถาบันบำราศนราดูร ซึ่งผู้วิจัยได้จากการสัมภาษณ์เจ้าของสถานบริการที่ได้รับความพึงพอใจที่ได้รับทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความสะดวกสบายที่ได้รับบริการ 2) คุณภาพบริการที่ได้รับมีมาตรฐาน 3) ความมีอัธยาศัยที่ดีของผู้ให้บริการ 4) การให้ความรู้ 5) มีการติดต่อประสานงานที่ดี และ 6) ค่าใช้จ่ายมีความเหมาะสม

## 6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

**6.1** ได้รูปแบบในการให้บริการเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ที่เหมาะสมกับบริบทไทย

**6.2** เป็นต้นแบบในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีที่ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์