

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

## Factors associated with cervical cancer screening among women aged 30-60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province

พัทธธีรา เทพวงศ์

Phattera Theppawong

พิลาสินี วงษ์นุช

Pilasinee Wongnuch

พีรदनย์ ศรีจันทร์

Peeradone Srichan

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

School of Health Science,

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

Mae Fah Luang University

DOI: 10.14456/dcj.2025.25

Received: March 1, 2025 | Revised: May 1, 2025 | Accepted: May 29, 2025

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2567 กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 414 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ chi square และ Logistic Regression จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 43.0 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้รับบริการที่มีเชื้อชาติไทยจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้รับบริการเชื้อชาติอื่น 2.46 เท่า (95% CI: 1.55-3.90) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มิอาชีพเกษตรกร 1.71 เท่า (95% CI: 1.12-2.60) และผู้รับบริการที่มีความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้รับบริการที่มีความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางถึงต่ำ 2.30 เท่า (95% CI: 1.34-3.97) งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ อันเนื่องมาจากมีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ข้อจำกัดทางด้านภาษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรที่ไม่สะดวกเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และยังเป็นกลุ่มที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งที่ระดับต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นควรเพิ่มการตรวจคัดกรองในกลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มที่มีเชื้อชาติอื่น ๆ และกลุ่มผู้ประกอบอาชีพเกษตรกร รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรุนแรงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชนในพื้นที่

ติดต่อผู้พิมพ์ : พิลาสินี วงษ์นุช

อีเมล : pilasinee.won@mfu.ac.th

## Abstract

This research aims to study factors associated with the accessibility of cervical cancer screening among women aged 30–60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province. A cross-sectional study was conducted between April and September 2024. A total of 414 participants living in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province, were recruited. Data collection was conducted using a validated questionnaire, and data analysis was performed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, including chi-square tests and logistic regression, were used to identify factors associated with cervical cancer screening. The study found that 43.0% of the participants had undergone cervical cancer screening. Analysis revealed that Thai ethnic women were 2.46 times more likely to undergo cervical cancer screening compared to women of other ethnicities (95% CI: 1.55–3.90). Non-farmers were 1.71 times more likely to undergo screening than farmers (95% CI: 1.12–2.60). Additionally, women with a high perceived severity of cervical cancer were 2.30 times more likely to be screened compared to those with moderate to low perceived severity (95% CI: 1.34–3.97). This study demonstrates that cervical cancer screening rates were lower in border or remote areas, mostly due to limited access to health information and services. These areas also had significant ethnic minority populations who face challenges such as language barriers and limited healthcare access. Furthermore, most of them were farmers who reported that accessing screening services was inconvenient, and their perception of risk and severity of cervical cancer tended to be moderate to low. Therefore, screening service access should be enhanced for ethnic minorities, non-Thai populations, and farmers. Public health efforts should also emphasize the increasing perceptions about the severity and potential consequences of cervical cancer for the populations.

**Correspondence:** Pilasinee Wongnuch

Email: pilasinee.won@mfu.ac.th

### คำสำคัญ

โรคมะเร็งปากมดลูก, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, เชื้อชาติ, สุขภาพชายแดน

### Keywords

cervical cancer, cervical cancer screening, perceived severity, ethnicity, border health

## บทนำ

โรคมะเร็งถือว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 9.6 ล้านคน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วย

รายใหม่ จำนวน 18.1 ล้านราย พบว่าเป็นมะเร็งปอด 2.1 ล้านคน มะเร็งเต้านม 2.1 ล้านคน มะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.8 ล้านคน มะเร็งต่อมลูกหมาก 1.3 ล้านคน และมะเร็งกระเพาะอาหาร 1.0 ล้านคน อีกทั้งยังพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตมากถึง 9.6 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปอด 1.8 ล้านคน มะเร็งลำไส้ 881,000 คน มะเร็งกระเพาะอาหาร 783,000 คน มะเร็งตับ 782,000 คน และมะเร็งเต้านม 627,000 คน<sup>(1)</sup>

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งของสถิติสุขภาพคนไทย<sup>(2)</sup> ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา นั้น ระหว่างปี 2554-2563 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งในผู้หญิง ที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก โดยข้อมูลสถิติในประเทศไทย ปี 2563 มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 ในผู้หญิงไทย จากข้อมูลสถิติ ปี 2564 พบอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และในจังหวัดเชียงใหม่ 7.86 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นพื้นที่ชายแดนมีความหลากหลายทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากรหญิง 100,000 คน ดังนี้ อำเภอเชียงของ 12.47 ราย อำเภอเวียงแก่น 10.82 อำเภอเชียงแสน 6.98 ราย ซึ่งอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกของอำเภอเชียงของ อำเภอเวียงแก่น และอำเภอเชียงแสนเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับประเทศ<sup>(2)</sup>

อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกจะลดลงได้ หากมีการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ของการตรวจติดตามที่เหมาะสม และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ<sup>(3)</sup> โดยสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 16 และ 18 โดยพบสูงถึง ร้อยละ 70 ซึ่งการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้เกือบทั้งหมดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเชื้อจะเข้าทางผิวที่มีรอยแผล หรือรอยถลอก แต่ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 จะหายได้เองภายใน 2 ปี โดยการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในกรณีที่เชื้อไวรัสไม่หายไป เป็นการติดเชื้อแบบฝังแน่น ในระยะเวลา 5-10 ปี จะทำให้เซลล์ปากมดลูกมีความผิดปกติ และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด ด้านกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มุ่งหวังให้มีการตรวจคัดกรองที่ทั่วถึง ครอบคลุมร้อยละ 80

แก่กลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ โดยได้กำหนดในตัวชี้วัดสาขาโรคมะเร็ง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี 2566-2570 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองทุก ๆ 5 ปี<sup>(4)</sup> แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้จากการศึกษาในหลายพื้นที่ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี คือ ช่วงอายุ<sup>(5)</sup> ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร<sup>(6)</sup> ประวัติการคุมกำเนิด<sup>(7)</sup> ระดับการศึกษา<sup>(8)</sup> สถานภาพสมรส<sup>(5)</sup> จำนวนสมาชิกในครอบครัว<sup>(9)</sup> การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค<sup>(8)</sup> การรับรู้ความรุนแรงของโรค<sup>(10)</sup> การรับรู้ประโยชน์<sup>(10)</sup> และอุปสรรคของการตรวจคัดกรอง<sup>(10)</sup> การรับรู้ศักยภาพแห่งตน<sup>(11)</sup> รวมถึงสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ<sup>(12)</sup>

ข้อมูลสถิติการเข้ารับการคัดกรองในประเทศไทย (ข้อมูลสถิติ ปี 2561-2565)<sup>(13)</sup> พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จังหวัดเชียงใหม่มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 74.46 มี 17 อำเภอ ที่ผ่านตัวชี้วัด และมีเพียง 1 อำเภอที่พบว่าร้อยละของผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองไม่ผ่านตามเกณฑ์ คือ อำเภอเวียงแก่น เมื่อย้อนดูสถิติการเข้ารับการคัดกรองในอำเภอเวียงแก่นพบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ตามตัวชี้วัด พ.ศ. 2563-2565 กำหนดให้ต้องมีผู้เข้ารับการเข้าคัดกรองมากกว่าร้อยละ 60 มีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียงร้อยละ 60.96<sup>(14)</sup> และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ตามตัวชี้วัด พ.ศ. 2566-2570 กำหนดให้ต้องมีผู้เข้ารับการเข้าคัดกรอง มากกว่าร้อยละ 60 แต่มีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียงร้อยละ 57.36 โดยมีสถิติการเข้ารับการคัดกรองปี 2566 รายตำบล ดังนี้ ตำบลม่วงยาย ร้อยละ 71.52 ตำบลหล้าขาว ร้อยละ 66.87 ตำบลท่าข้าม ร้อยละ 58.60 และตำบลปอ ร้อยละ 47.43<sup>(13)</sup> จะเห็นได้ว่ามีเพียง 2 ตำบลเท่านั้นที่จำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองผ่าน

เกณฑ์ตัวชี้วัด โดยอีก 2 ตำบลที่ไม่ผ่านตัวชี้วัดคือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ ซึ่งเป็นตำบลที่พบว่ามีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดในอำเภอเวียงแก่น อยู่ที่ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ จากข้อมูลสถิติ ปี 2564<sup>(2)</sup>

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่มีรายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น นอกจากนี้ยังพบปัญหาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงเป็นอำเภอที่มีอัตราการตายโดยโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าระดับจังหวัดและประเทศ อีกทั้งยังเป็นอำเภอที่มีประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยความสำคัญและเร่งด่วนดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยให้บริการทางสุขภาพ สามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่อไปได้

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้การศึกษาภาคตัดขวาง ศึกษาในประชากรเพศหญิงอายุ 30-60 ปีอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นพื้นที่ชายแดนระหว่างไทย-ลาว ใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแทนค่าซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่  $e=0.05$  ร่วมกับการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 414 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

1. การเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ด้วยการสุ่มอย่างง่าย

ตำบลละ 1 โรงพยาบาล ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาตั้ง ตำบลปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายงาว ตำบลหลายงาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม ตำบลท่าข้าม

2. การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเพศหญิงอายุ 30-60 ปี หลังจากได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้าร่วมการศึกษาแล้ว ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ เพศหญิงอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหลายงาว และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น มากกว่า 1 ปี ยินยอมให้เข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ เป็นบุคคลที่เคยผ่าตัดมดลูกและมีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะที่เป็นมะเร็ง เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญในงานวิจัยได้ การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด ซึ่งมีค่าการหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามของวารสารศิริธรรมานุกุล<sup>(8)</sup> เป็นแบบสอบถามที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ<sup>(15)</sup> (health belief model) ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค การรับรู้ศักยภาพแห่งตน และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ ทั้งหมด 43 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด (5 คะแนน) มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) น้อยที่สุด (1 คะแนน) ซึ่งมีค่าการหาความเที่ยงตรงตาม

เนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.92 และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ เริ่มต้นจากการได้ รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากนั้นดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน-กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล จัดทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย และสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ดำเนินการ ติดต่อประสานงานกับพื้นที่เพื่อชี้แจงรายละเอียด โครงการวิจัย ขอบบัญชีรายชื่อ และทำการสุ่มกลุ่ม ตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าจากบัญชีรายชื่อ

ดำเนินการชี้แจงการเก็บข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มเป้าหมายโดย ให้อ่านและตอบเองตามความเหมาะสม

การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดตัวแปรในการศึกษา ดังนี้ ตัวแปรต้น คือ ปัจจัยที่ต้องการศึกษา ประกอบด้วย อายุ ชนชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ การเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ ถึงประโยชน์ในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง การรับรู้ ถึงอุปสรรคในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง การรับรู้ ถึงศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรอง และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ ตัวแปรตาม คือ การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยทำการบันทึกจากประวัติการเข้ารับบริการตรวจคัด กรองในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

ในการควบคุมคุณภาพข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ตรวจทานความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ตรวจสอบ

ความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ จากนั้นจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการ วิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง รหัสโครงการวิจัย EC 24037-18 ลงวันที่ 4 เมษายน 2567 และสิ้นสุด ในวันที่ 3 เมษายน 2568

### สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่า สูงสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Chi-square และ logistic regression สำหรับใช้ในการ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 50-60 ปี จำนวน 193 คน (ร้อยละ 46.6) เชื้อชาติไทยมากที่สุด จำนวน 284 คน (ร้อยละ 68.6) นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 395 คน (ร้อยละ 95.4) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 163 คน (ร้อยละ 39.4) ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 262 คน (ร้อยละ 63.3) มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 177 คน (ร้อยละ 42.8) สถานภาพแต่งงาน และอยู่ด้วยกัน จำนวน 318 คน (ร้อยละ 76.8) เคยตั้ง ครรภ์มีบุตร จำนวน 394 คน (ร้อยละ 95.2) มีจำนวน บุตรอยู่ระหว่างช่วง 1-3 คน จำนวน 322 คน (ร้อยละ 77.8) ไม่มีการคุมกำเนิด จำนวน 169 คน (ร้อยละ 40.8) ดังแสดงในตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง จำนวน 211 คน (ร้อยละ 51.0) มีการ รับรู้ความรุนแรงของโรครอยู่ในระดับสูง จำนวน 329 คน (ร้อยละ 79.5) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการเข้ารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

จำนวน 373 คน (ร้อยละ 90.1) มีการรับรู้ถึงอุปสรรคเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 217 คน (ร้อยละ 52.4) มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนเองในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูกอยู่ในระดับสูง จำนวน 307 คน (ร้อยละ 74.2) มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง 246 คน (ร้อยละ 59.4) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=414)

Table 1 General Information (n=414)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ (ปี)</b>		
30-39	88	21.3
40-49	133	32.1
50-60	193	46.6
mean=47.27, SD=8.394, min=30, max=60		
<b>ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ</b>		
ไทย	284	68.6
ม้ง	69	16.7
จีนยูนาน	15	3.6
เมียน	9	2.2
อาข่า	2	0.5
อื่น ๆ	35	8.4
<b>ศาสนา</b>		
พุทธ	395	95.4
คริสต์	16	3.9
อิสลาม	1	0.2
อื่น ๆ	2	0.5
<b>การศึกษา</b>		
ไม่ได้รับการศึกษา	80	19.3
ประถมศึกษา	163	39.4
มัธยมศึกษา	112	27.1
อนุปริญญา	10	2.4
ปริญญาตรี	43	10.4
อื่น ๆ	6	1.4
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกร	262	63.3
ค้าขาย	56	13.5
รับจ้าง	50	12.1
รับราชการ	17	4.1
แม่บ้าน	14	3.4
อื่น ๆ	15	3.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n=414) (ต่อ)

Table 1 General Information (n=414) (Continue)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ (บาท)</b>		
ต่ำกว่า 5,000	177	42.8
5,001-10,000	148	35.7
10,001-15,000	50	12.1
15,001 ขึ้นไป	39	9.4
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	16	3.9
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน	318	76.8
แต่งงานแต่ไม่อยู่ด้วยกัน	12	2.9
ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	19	4.6
หม้าย	27	6.5
หย่าร้าง/แยกทาง/เลิกรา	22	5.3
<b>ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร</b>		
ไม่มี	20	4.8
มี	394	95.2
<b>จำนวนบุตร</b>		
0	20	4.8
1-3 คน	322	77.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน	72	17.4
mean=2.45, SD=1.607, min=0, max=9		
<b>การคุมกำเนิด</b>		
ไม่ได้คุม	169	40.8
ทำหมันหญิง	87	21.0
ยาเม็ดคุมกำเนิด	81	19.6
ยาฉีดคุมกำเนิด	61	14.7
ถุงยาง	12	2.9
ยาฝังคุมกำเนิด	3	0.7
ใส่ห่วงอนามัย	1	0.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (n=414)

Table 2 Data based on the health belief model (n=414)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก</b>		
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับต่ำ	9	2.2
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลาง	194	46.9
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับสูง	211	51.0
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรค</b>		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ	3	0.7
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง	82	19.8
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	329	79.5
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์</b>		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ	0	0
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง	41	9.9
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	373	90.1
<b>การรับรู้ถึงอุปสรรค</b>		
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ	217	52.4
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง	165	39.9
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	32	7.7
<b>การรับรู้ศักยภาพแห่งตน</b>		
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ	4	1.0
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับปานกลาง	103	24.9
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	307	74.2
<b>สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ</b>		
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ	9	2.2
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับปานกลาง	159	38.4
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง	246	59.4

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติไคสแควร์ ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้ อายุ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ศักยภาพแห่งตน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414)

Table 3 Relationship between demographic information, health beliefs, and cervical cancer screening participation (n=414)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2566		X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
	(n=236)	(n=178)		
อายุ			11.84 <sup>a</sup>	0.003*
30-39 ปี	63 (71.6)	25 (28.4)		
40-49 ปี	77 (57.9)	56 (42.1)		
50-60 ปี	96 (49.7)	97 (50.3)		
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ			19.97 <sup>a</sup>	<0.001*
ไทย	141 (49.6)	143 (50.4)		
ชนชาติพันธุ์อื่น	95 (73.1)	35 (26.9)		
ศาสนา			0.31 <sup>a</sup>	0.579
พุทธ	224 (56.7)	171 (43.3)		
อื่น ๆ	12 (63.2)	7 (36.8)		
การศึกษา			4.46 <sup>a</sup>	0.035*
ไม่ได้รับการศึกษา	54 (67.5)	26 (32.5)		
ได้รับการศึกษา	182 (54.5)	152 (45.5)		
อาชีพ			7.90 <sup>a</sup>	0.005*
เกษตรกร	163 (62.2)	99 (37.8)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร	73 (48.0)	79 (52.0)		
รายได้			3.34 <sup>a</sup>	0.068
ต่ำกว่า 5,000 บาท	110 (62.1)	67 (37.9)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท	126 (53.2)	111 (46.8)		
สถานภาพสมรส			0.29 <sup>a</sup>	0.591
โสด/หย่าร้าง/แยกทาง/เลิกรา/หม้าย/ แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	46 (59.7)	31 (40.3)		
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	190 (56.4)	147 (43.6)		
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร			0.42 <sup>a</sup>	0.517
ไม่มี	10 (50.0)	10 (50.0)		
มี	226 (57.4)	168 (42.6)		
จำนวนบุตร			15.41 <sup>a</sup>	<0.001*
0 คน	10 (50.0)	10 (50.0)		
1-3 คน	170 (52.8)	152 (47.2)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คนขึ้นไป	56 (77.8)	16 (22.2)		
การคุมกำเนิด			1.31 <sup>a</sup>	0.253
คุมกำเนิด	134 (54.7)	111 (45.3)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	102 (60.4)	67 (39.6)		

ตารางที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414) (ต่อ)

Table 3 Relationship between demographic information, health beliefs, and cervical cancer screening participation (n=414) (Continue)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี 2566		X <sup>2</sup>	p-value
	ไม่ตรวจ	ตรวจ		
	(n=236)	(n=178)		
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพ</b>				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			5.01 <sup>a</sup>	0.025*
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	127 (62.6)	76 (37.4)		
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง	109 (51.7)	102 (48.3)		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก			11.08 <sup>a</sup>	<0.001*
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	62 (27.9)	23 (27.1)		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	174 (52.9)	155 (47.1)		
การรับรู้ถึงประโยชน์			3.50 <sup>a</sup>	0.061
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง	29 (70.7)	12 (29.3)		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	207 (55.5)	166 (44.5)		
การรับรู้ถึงอุปสรรค			0.02 <sup>a</sup>	0.896
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ-ปานกลาง	191 (56.8)	145 (43.2)		
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	18 (58.1)	13 (41.9)		
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน			4.17 <sup>a</sup>	0.041*
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ-ปานกลาง	70 (65.4)	37 (34.6)		
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	166 (54.1)	141 (45.9)		
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ			0.09 <sup>a</sup>	0.767
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง	95 (57.6)	70 (42.4)		
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง	138 (56.1)	108 (43.9)		

หมายเหตุ \*  $p < 0.05$ , a Chi-square test

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่อายุ 30-60 ปี พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจ โดยกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็น 1.833 เท่า (95% CI: 1.03-3.26) และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี คิดเป็น 2.546 เท่า (95% CI: 1.48-4.38) กลุ่มตัวอย่างที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 2.753 เท่า (95% CI: 1.75-4.33) กลุ่มที่

ได้รับการศึกษา เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา คิดเป็น 1.735 เท่า (95% CI: 1.04-2.90) กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับจ้าง เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 2.096 เท่า (95% CI: 1.14-3.86) กลุ่มที่ประกอบอาชีพรับราชการ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 3.019 เท่า (95% CI: 1.08-8.12) กลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 3.293 เท่า (95% CI: 1.09-9.91) กลุ่มที่มีจำนวนบุตร 0-4 คน เข้ารับการตรวจคัดกรอง

มากกว่ากลุ่มที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คน คิดเป็น 3.717 เท่า (95% CI: 1.75-7.90) และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง คิดเป็น 1.564 เท่า (95% CI: 1.06-2.31) กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำปานกลาง คิดเป็น 2.401 เท่า (95% CI: 1.42-4.06) กลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับต่ำ-ปานกลาง คิดเป็น 1.607 เท่า (95% CI: 1.02-2.54) ดัง

แสดงในตารางที่ 4 เมื่อดำเนินการวิเคราะห์หลายตัวแปร ตัวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยด้านชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ โดยกลุ่มที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์หรือเชื้อชาติอื่น 2.46 เท่า (95% CI: 1.55-3.90) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร 1.71 เท่า (95% CI: 1.12-2.60) และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำปานกลาง คิดเป็น 2.30 เท่า (95% CI: 1.34-3.97) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=414)

Table 4 Univariate and multivariate analysis of factors associated with cervical cancer screening service (n=414)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
อายุ (ปี)						
30-39	1.00					
40-49	1.833	1.03-3.26	0.040*			
50-60	2.546	1.48-4.38	<0.001*			
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ						
ไทย	2.753	1.75-4.33	<0.001*	2.46	1.55-3.90	<0.001*
ชนชาติพันธุ์อื่น	1.00			1.00		
ศาสนา						
พุทธ	1.309	0.50-3.39	0.580			
ศาสนาอื่น	1.00					
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1.00					
ได้รับการศึกษา	1.735	1.04-2.90	0.036*			
อาชีพ						
เกษตรกร	1.00			1.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร	1.78	1.19-2.67	0.005*	1.71	1.12-2.60	0.013*
รายได้ (บาท)						
ต่ำกว่า 5,000	1.00					
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001	1.446	0.97-2.15	0.068			

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n= 414) (ต่อ)

Table 4 Univariate and multivariate analysis of factors associated with cervical cancer screening service (n=414) (Continue)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด หย่าร้าง แยกทาง เลิกรา หม้าย/แต่งงานแต่ไม่ได้ อยู่ด้วยกัน	1.00					
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน	1.148	0.69-1.90	0.591			
<b>จำนวนบุตร (คน)</b>						
0	3.50	1.24-9.88	0.018*			
1-3	3.13	1.72-5.69	<0.001*			
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 ขึ้นไป	1.00					
<b>ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร</b>						
ไม่มี	1.345	0.55-3.31	0.518			
มี	1.00					
<b>การคุมกำเนิด</b>						
คุมกำเนิด	1.261	0.85-1.88	0.253			
ไม่ได้คุมกำเนิด	1.00					
<b>ความเชื่อด้านสุขภาพ</b>						
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก</b>						
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง	1.564	1.06-2.31	0.025*			
<b>การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก</b>						
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00			1.00		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	2.40	1.42-4.06	0.001*	2.30	1.34-3.97	0.003*
<b>การรับรู้ถึงประโยชน์</b>						
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	1.938	0.96-3.92	0.065			
<b>การรับรู้ถึงอุปสรรค</b>						
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ-ปานกลาง	1.051	0.50-2.22	0.896			
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	1.00					
<b>การรับรู้ศักยภาพแห่งตน</b>						
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	1.607	1.02-2.54	0.042*			
<b>สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ</b>						
มีสิ่งชักนำและแรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง	1.00					
มีสิ่งชักนำและแรงจูงใจระดับสูง	1.062	0.71-1.58	0.767			

## วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ อาชีพ และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 43.0 นั้น นับเป็นอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข ประจําปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 กำหนดที่มากกว่าร้อยละ 60 สอดคล้องกับงานวิจัยที่ของพรรณิ ปิ่นนาค<sup>(16)</sup> ศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกล ที่มีระยะห่างจากสถานบริการ มากกว่า 10 กิโลเมตรขึ้นไปนั้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง หรือการไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น ส่งผลทำให้มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญชัย พรหมฤทธิ์<sup>(17)</sup> ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 57.1 เท่านั้นที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการไม่เพียงพอ และไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ทั้งนี้ อำเภอยางชุมน้อยจัดเป็นพื้นที่เขตชายแดน พื้นที่ห่างไกล มีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ อันเนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ อีกทั้งในพื้นที่ห่างไกลยังพบว่ามีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ทั้งข้อจำกัดทางด้านภาษา ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ

ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติไทยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของสุนิดา อรรถอนุชิต<sup>(18)</sup> ทำการศึกษาการชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงเมื่อมีอาการผิดปกติกับตัวเองหรือไม่สบายนั้น จะเลือกการรักษาตัวเองด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลักของชุมชนก่อน คือ พิธีกรรมบำบัดสมุนไพรบำบัด และโภชนบำบัด มากกว่าการเข้ารับบริการในสถานบริการ ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าชนชาติ/เชื้อชาติอื่น ๆ จะให้ความสำคัญการกับรักษาด้วยวิถีธรรมชาติก่อน จะเข้ารับบริการในสถานบริการก็ต่อเมื่ออาการไม่ทุเลาหรือแย่ง จากการศึกษานี้ของ Datta ศึกษาความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา<sup>(19)</sup> พบว่าผู้หญิงจากชนชาติพันธุ์อื่น ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าในการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีความจำเป็น กลัวและรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปตรวจ ปัญหาด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ และการศึกษาก่อนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นคนงาน<sup>(20)</sup> พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น เนื่องจากแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มักจะถูกจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง<sup>(11)</sup> ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอาชีพที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากที่สุดคือ คือ อาชีพเกษตรกร และมากกว่าอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน ซึ่งในพื้นที่อำเภอยางชุมน้อยอาชีพหลักของคนในพื้นที่คืออาชีพเกษตรกร อีกทั้งกลุ่มอาชีพเกษตรกรให้เหตุผลว่าไม่สะดวกเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากถึง 250 ราย (ร้อยละ

95.4) และยังพบว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมนั้น มีระดับความรู้ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรครออยู่ในระดับต่ำกว่าปานกลาง จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 51.5) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมนั้นยังขาดการรับรู้โอกาสการเกิดโรค และมีอุปสรรคในการเข้ารับบริการ จึงไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกุนรินทร์ สีกุด<sup>(10)</sup> ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรง มีผลเชิงบวกกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของโรคจากเพื่อนบ้าน และตามสื่อต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของพุดิตา พรหมวิอินทร์<sup>(21)</sup> ที่รายงานว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคระหว่างกลุ่มเคยตรวจคัดกรอง และกลุ่มไม่เคยตรวจ ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ยังไม่มีอาการของมะเร็งปากมดลูกแสดง

#### ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลยังมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำ ดังนั้น เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรเพิ่มการคัดกรองในกลุ่มชนชาติพันธุ์ กลุ่มชาติอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพเกษตรกรรม ร่วมกับการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกแก่ประชาชนในพื้นที่

## เอกสารอ้างอิง

1. National Cancer Institute (TH), Department of Medical Services. National cancer control programme 2018–2022. Bangkok: National Cancer Institute; 2018. (in Thai)
2. Health Information System Development Office (TH). The situation of cancer mortality in Thai health statistics 2011–2020 [Internet]. [cited 2024 Oct 30]. Available from: [https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01575713&tp=13\\_52563](https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01575713&tp=13_52563) (in Thai)
3. Laohutanon P. Guidelines for screening, diagnosis, and treatment of cervical cancer. Bangkok: National Cancer Institute; 2018. (in Thai)
4. National Cancer Institute (TH), Department of Medical Services. Service plan 2023–2027. Bangkok: National Cancer Institute; 2023. (in Thai)
5. Juntawong N, Tridech P, Siri S, Tridech C. Factors related to receiving cervical cancer screening services among women aged 30–60 years in Muang District, Pathumthani Province. Journal of Phrapokklao Nursing Colleg. 2017; 28(1):63–79. (in Thai)
6. Phoethong S. Factors associated with cervical cancer screening of women in Langsuan, Chumphon. Region 11 Medical Journal. 2018;32(2):965–80. (in Thai)
7. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi Province. Journal of Public Health. 2013;43(2):175–87. (in Thai)
8. Sirithammanukul W. Reasons for service utilization and health belief in cervical cancer prevention among females undergoing the cervical cancer prevention and surveillance project of Chulabhorn

- hospital. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(1):126-44. (in Thai)
9. Pornsinsiriruck S, Therawiwat M, Iamee N. Factors related to cervical cancer screening behavior among Thai-Muslim women Krabi Province. Journal of Health Education. 2011;34(2):55-67. (in Thai)
  10. Seegud P. Factors related to cervical cancer screening service among women risk group, Ban Mai Sub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Primary Health Care Journal (Northeastern Edition). 2021;36(1):37-47. (in Thai)
  11. Rungrueang P. Factors related to cervical cancer screening behavior among at risk group of women never been screened within the past 3 years. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University. 2015;2(2):36-49. (in Thai)
  12. Watcharaphimolmit K, Poum A. Health literacy effecting to cervical cancer screening among women in Nongpaklong Sub-district, Nakhon Pathom Province. Science and Technology Northern Journal. 2023;4(3):31-43. (in Thai)
  13. Chiang Rai Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30-60 years in Chiang Rai Province, 2023 [Internet]. 2023 [cited 2025 Mar 9]. Available from: [https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0](https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0) (in Thai)
  14. Chiang Rai Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30-60 years in Chiang Rai Province, 2022 [Internet]. 2022 [cited 2025 Mar 9]. Available from: [https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0](https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac-96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c-98dc2fdef0) (in Thai)
  15. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Education Quarterly. 1998;15(2): 175-83.
  16. Pinnark P. Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: A case study of women aged 30-60 years in Na Pho Sub-district, Sawi District, Chumphon Province. Journal of Health Research and Innovation. 2020;38(1):118-31. (in Thai)
  17. Promrith K. The health service model for Thai-Laos border communities, Banhok district, Uttaradit Province. Science and Technology Northern Journal. 2022;3(1):1-16. (in Thai)
  18. Arttanuchit S, Jeharsae R. Folk health care practice: A case study of Lahu ethnicity in Chiangrai Province. Academic Services Journal, Prince of Songkla University. 2022;30(2):155-64. (in Thai)
  19. Datta GD, Pana MP, Mayrand MH, Glenn B. Racial/ethnic inequalities in cervical cancer screening in the United States: An outcome reclassification to better inform interventions and benchmarks. Prev Med. 2022;159:107055.
  20. Joob B, Wiwanitkit V. Cervical cancer screening among migrant workers: A summary of recorded data from a medical center in Thailand. Multidisciplinary Cancer Investigation. 2020;4(1):30-1.
  21. Phomwiin P. A comparison of knowledge and perception of health belief In cervical cancer screening among women in Samutprakan Province. Nursing Journal CMU. 2015;42(3) :84-94. (in Thai)