

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี

นิพนธ์ต้นฉบับ

อัสหม๊ะ กือนิ⁽¹⁾, อัสมะ แยนา⁽¹⁾, เกรียงศักดิ์ สุขใหม่⁽²⁾, สมเกียรติยศ วรเดช⁽¹⁾, บุญญพัฒน์ ไชยเมส^{(1)*}

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 21 เมษายน 2566

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 29 มิถุนายน 2566

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะ
วิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัย
ทักษิณ

(2) กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์
รวม โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จังหวัด
นครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 252 ราย จำแนกเป็นผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 84 ราย และไม่มารับบริการ จำนวน 168 ราย สัดส่วนระหว่างผู้มารับบริการและไม่มารับบริการเท่ากับ 1: 2 คัดเลือกผู้มารับบริการด้วยวิธีการจำเพาะเจาะจง และทำการคัดเลือกผู้ไม่มารับบริการด้วยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีสอดคล้องเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.66-1.00 และมีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชเท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ผลการศึกษา พบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีระดับการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.38; Mean \pm SD: 60.26 \pm 3.33) และผู้ที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.76, 59.81 \pm 3.79) และพบว่า ปัจจัยการประกอบอาชีพ (AOR = 0.35, 95%CI: 0.17-0.73) ประวัติการมีบุตร (AOR = 0.19, 95%CI: 0.05-0.72) และคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (AOR = 1.20, 95%CI: 1.04-1.39) มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรส่งเสริมและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ทำงานประจำ และผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการมีบุตรให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, ความเชื่อด้านสุขภาพ

Factors Related to Cervical Cancer Screening Service among Women Aged 30-60 Years

Original Article

Asmah Kuenf⁽¹⁾, Asma Yaena⁽¹⁾, Kriangsak Sukmai⁽²⁾, Somkiattiyos Woradet⁽¹⁾, Bhunyabhadh Chaimay^{(1)*}

Received Date: July 12, 2023

Accepted Date: April 7, 2023

Abstract

* Corresponding author

(1) Department of Public Health,
Faculty of Health and Sport Science,
Thaksin University

(2) Department of Primary and
Holistic Health Care, Chaloem Phra
Kiat Hospital, Nakhon Si Thammarat
Province

Cervical cancer remains a significance medical and public health problem worldwide. This cross-sectional analytic study aimed to investigate 1) the level of perception of cervical cancer screening service and 2) factors related to cervical cancer screening service among women aged 30-60 years. In total, 252 samples were included in this study and divided into 84 receivers and 168 non-receivers. The ratio between receivers and non-receivers was 1: 2. The samples among receivers were purposely selected, the samples among non-receivers selected using simple random sampling. Data were collected using questionnaires that were validated by 3 experts with content validity ranging from 0.66-1.00. The Cronbach's alpha coefficient of the perception questionnaire was 0.85. The data were analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression analysis. The study found that women aged 30-60 who received cervical cancer screening services had a moderate level of overall perception (52.38%; Mean \pm SD: 60.26 \pm 3.33) and those who were non-receivers also had a moderate level of overall perception (54.76, 59.81 \pm 3.79). It found that occupational factors (AOR = 0.35, 95%CI: 0.17-0.73), childbearing history (AOR = 0.19, 95%CI: 0.05-0.72) and risk perception scores of the incidence of cervical cancer (AOR = 1.20, 95%CI: 1.04-1.39) were statistically significant correlated with receiving cervical cancer screening services. Hence, health professionals should encourage and give public relations related to cervical cancer. Especially, the regular workers and those who have never had a child to receive the cervical cancer screening in order to reduce the risk of developing cervical cancer.

Keyword: Cervical cancer, Cervical cancer Screening, Health beliefs

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก พบมากเป็นอันดับสองรองลงมาจากมะเร็งเต้านม (Breast cancer) และเป็นอันดับที่สี่สาเหตุของการเสียชีวิต (World Health Organization, 2023) และเป็นภาระโรคทางสุขภาพในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา รวมถึงประเทศไทย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) (กัญญารัตน์ อยู่ยี่นและคณะ, 2555) มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครภ์ขณะอายุน้อย การมีบุตรหลายคน การมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การสูบบุหรี่ และการไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557) อาการแสดงที่เด่นชัดในระยะเริ่มต้น คือ การมีเลือดออกทางช่องคลอด เลือดออกกะปริบกะปรอยขณะมีรอบเดือน หรือเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ (National Cancer Institute, 2014) การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตขณะเข้ารับการรักษา ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง เช่น 1) ด้านร่างกาย (ภาวะช่องคลอดแห้ง พฤติกรรมทางเพศลดลง) (Swangvaree, 2010) 2) ด้านจิตใจ (ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า) (Ferrell et al., 1996) 3) ด้านสังคม (สัมพันธภาพระหว่างญาติ เพื่อน และการแยกตัวออกจากสังคม) (NilachaiKovit, 1999) และ 4) ด้านเศรษฐกิจ (รายได้ของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย) (Leenasamit, 2015)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2560 (World Health Organization, 2023) ทั่วโลกมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 530,000 ราย และเสียชีวิตมากกว่า 311,000

ราย และคาดการณ์ในอีก 10 ปีข้างหน้า (พ.ศ. 2573) จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 13 ล้านคน ซึ่งมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) และประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 70) ของผู้เสียชีวิตอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์, 2556) สำหรับประเทศไทยโดยข้อมูลทะเบียนมะเร็งปี 2562 พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคเท่ากับ 9.3 คนต่อประชากรแสนคน (5,500 คน) และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 2,200 คน (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดเป็นนโยบายหลักในการป้องกันโรคในกลุ่มสตรี อายุ 30-60 ปี ซึ่งทุกคนต้องได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก ๆ 5 ปี ผู้ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าป่วยจะได้รับการรักษาและส่งต่ออย่างทันที่ โดยมีเป้าหมายในการลดอัตราการตายให้เหลือไม่เกิน 1,000 คนต่อปี และลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ร้อยละ 50 (วสันต์ สีนะสมิต และคณะ, 2559) ถึงแม้ว่าอัตราการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มหญิงอายุ 15 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มลดลงทั้งในระดับจังหวัด (อัตราป่วยปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 20.04, 21.57, 19.24, 15.63 และ 14.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) และอำเภอเฉลิมพระเกียรติ (อัตราป่วยปี พ.ศ. 2561-2565 เท่ากับ 31.95, 32.87, 32.94, 24.36 และ 24.22 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี จังหวัดนครศรีธรรมราช 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2561-2565 พบว่า มีผู้เข้ารับการคัดกรองไม่คงที่มีแนวโน้มลดลง และต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (แผนกำหนดไว้มากกว่าร้อยละ 80; อัตราการคัดกรองเท่ากับ 46.30, 51.04, 19.34, 28.19, 36.82) (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ในส่วนอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ปี 2561-2565 เท่ากับร้อยละ 18.28, 20.09, 44.33, 42.23 และ 46.47 ตามลำดับ ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด (คลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเป็นที่ยอมรับในระดับสากล ซึ่งเป็นมะเร็งชนิดแรกและชนิดเดียวที่สามารถพิสูจน์แล้วว่าเกิดจากการติดเชื้อไวรัส (จิตติ ทาญประเสริฐพงษ์ & สายบัว ชีเจริญ, 2554) การคัดกรองในระยะเริ่มต้นจะช่วยในการวินิจฉัยโรคและรักษาในระยะเริ่มต้นได้รวดเร็วขึ้น และมีโอกาสในการรักษาให้หายขาดได้ (กรมอนามัย, 2558; ไอริน เรื่องขจร, 2561) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถทำได้ด้วยวิธีการ Pap smear ซึ่งเป็นการตรวจเซลล์เยื่อของปากมดลูก และเป็นวิธีการที่ง่ายสะดวก ค่าใช้จ่ายน้อย และมีประสิทธิภาพสูงถึงร้อยละ 98 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2563) จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นกลไกสำคัญในการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยมีเป้าหมายเพื่อการลดอัตราการป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ได้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางเชิงรุกในการแก้ไขปัญหาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุ 30-60 ปี เพื่อส่งเสริมมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และช่วยลดการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ ชนิดภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 12 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2566 ถึง วันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ จำนวน 6 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1, 2, 3, 7, 12 และ 13) ตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 252 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Samples) ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติจำนวน 6 หมู่บ้าน (หมู่ที่ 1, 2, 3, 7, 12 และ 13) ในตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มารับบริการตรวจคัดกรอง จำนวน 84 คน และกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง จำนวน 168 คน อัตราส่วนระหว่างผู้ที่มาและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1: 2

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในช่วงปีงบประมาณ 2565 มีสตรีอายุ 30-60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 84 คน ดังนั้น การเลือกกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำการเลือกตามสัดส่วนประชากรในช่วงอายุ 30-60 ปี ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายตามทะเบียนรายชื่อโดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อย่างน้อย 6 เดือน 2) สามารถพูด อ่าน เขียน สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ไม่มีความผิดปกติของการได้ยินและการมองเห็น 4) สมัยครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยออกจากทะเบียนรายชื่อ

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี (วารุณี สุขแสวง, 2551) แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา รายได้ ระดับการศึกษา ประวัติการมีบุตร วิธีการคุมกำเนิด เหตุผลที่มารับบริการและเหตุผลที่ไม่มารับบริการ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 2

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามส่วนที่ 2-5 เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) ชนิดเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (มากกว่า 3 คะแนน ปานกลางเท่ากับ 2 คะแนน และต่ำกว่า 1 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม เนื้อหาให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษา ตลอดจนความเหมาะสมและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสม แล้วนำแบบสอบถามที่ได้จากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index Of Item-Objective Congruence: IOC) ได้เท่ากับ 0.66-1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เพื่อรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลสวนหลวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครศรีธรรมราช ศึกษาพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ และเตรียมแบบสอบถามเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายแบบสอบถาม และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

ตนเอง แล้วนำไปตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมก่อนนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลระดับการรับรู้พิจารณาจัดกลุ่มด้วยวิธีการอิงกลุ่ม ออกเป็น 3 กลุ่ม ([ค่าคะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด]/3) คือ ระดับการรับรู้สูง ปานกลาง และต่ำ ดังนี้ ระดับการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกภาพรวม (สูง ≥ 63.67 , ปานกลาง $[53.33-63.66]$, ต่ำ ≤ 53.32) ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (สูง ≥ 22.34 , ปานกลาง $[17.68-22.33]$, ต่ำ ≤ 17.67) ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (สูง ≥ 19.67 , ปานกลาง $[15.33-19.66]$, ต่ำ ≤ 15.32) ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สูง ≥ 11.69 , ปานกลาง $[8.34-11.68]$, ต่ำ ≤ 8.33) และระดับการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สูง ≥ 11.69 , ปานกลาง $[8.34-11.68]$, ต่ำ ≤ 8.33) ตามลำดับ

จากตัวแปรตาม คือ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกเป็น การมารับบริการ และไม่มารับบริการ ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทเจนนับ (Categorical outcome) ประเภทสองตัวแปร (Dichotomous variable) ทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple logistic regression analysis) เบื้องต้นทำการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple logistic regression analysis) เพื่อพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.25 เข้าสมการพหุตัวแปร และคงตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติไว้ในสมการพหุตัวแปร เพื่อเป็นการควบคุมตัวแปรกวน (Confounding factors) นำเสนอด้วยค่าอัตราส่วนออดส์ (Odds ratios: OR) และความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95

Percent confidence interval) แพลตฟอร์มโดยปัจจัยที่มีค่าอัตราส่วน
ออกดีมากกว่า 1 แสดงว่า ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยสัมพันธ์ต่อการมา
รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีค่า
อัตราส่วนออกดีน้อยกว่า 1 แสดงว่าปัจจัยเป็นปัจจัยที่ลดโอกาส
ของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมวิจัยในคน มหาวิทยาลัยทักษิณ เลขที่ COA No. TSU
2022_203, REC No.0393 ลงวันที่ 2 ธันวาคม 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจง
ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ และการเข้ามามีส่วนร่วมใน
การวิจัย ครั้นนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจะถูกเก็บ
ไว้เป็นความลับ ผู้วิจัยขอให้นำใช้ตามวัตถุประสงค์ในการวิจัยในครั้งนี้
เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วม
การวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของสตรีอายุ 30-60 ปี

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่า
หญิงที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง
40-49 ปี (ร้อยละ 44.05) มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.19 (SD = 7.55) ปี ส่วน
ใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 88.10) ประมาณ 1 ใน 3 เป็นแม่บ้าน
(ร้อยละ 33.34) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ประมาณ 2 ใน 3 มี
รายได้ต่อเดือนเท่ากับ $\leq 6,000$ บาท/เดือน (ร้อยละ 69.05) มีรายได้
เฉลี่ย 6,121.42 (SD = 6,952.24) บาท/ต่อเดือน ประมาณ 2 ใน 3 มี
ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 40.48) ส่วนใหญ่มี
บุตร (ร้อยละ 96.43) และประมาณ 1 ใน 3 ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 36.90)

สำหรับสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูก พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งมีอายุระหว่าง 50-60 ปี (ร้อยละ
47.62) มีอายุเฉลี่ย 47.98 (SD = 8.94) ปี ประมาณ 2 ใน 3 มี
สถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.98) ประมาณ 1 ใน 4 เป็นแม่บ้าน (ร้อย
ละ 27.38) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ประมาณ 1 ใน 2 มีรายได้
 $\leq 6,000$ บาท/เดือน (ร้อยละ 58.33) มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,607.96

(SD = 9,245.32) บาท/เดือน เกือบครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาอยู่ใน
ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 45.58) ส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 83.33)
และประมาณ 1 ใน 2 ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 47.02)

เหตุผลของการมาและไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

สำหรับเหตุผลของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีอายุ 30-60 ปี 5 อันดับแรก คือ การรณรงค์ให้ไปตรวจคัด
กรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 82.14) การตรวจสุขภาพประจำปี
(ร้อยละ 33.33) การกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 28.57) การ
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 17.86) และการ
มีอาการผิดปกติ (ตกขาว/มีเลือดออก หรือมีสิ่งผิดปกติออกจาก
ช่องคลอด) (ร้อยละ 7.14) สำหรับเหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี 5 อันดับแรก คือ การ
ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ (ร้อยละ 70.24) การไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็ง
ปากมดลูก (ร้อยละ 24.40) การไม่มีเวลาไปตรวจ
(ร้อยละ 19.64) การกลัวจะพบความผิดปกติ (ร้อยละ 12.50) และ
การไม่ทราบว่ามีการรณรงค์ให้ไปตรวจ (ร้อยละ 8.33)

ระดับการรับรู้ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มาและไม่ มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการรับรู้ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มา
รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ
การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.00, Mean
 \pm SD: 21.20 \pm 1.86) มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง
ปากมดลูก ผู้ที่มารับบริการ 2 ใน 3 อยู่ในระดับปานกลาง
(ร้อยละ 76.19, 16.76 \pm 1.46) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.29, 11.69 \pm 1.81) และการ
รับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง
(ร้อยละ 51.19, 10.60 \pm 2.24) โดยรวมมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
(ร้อยละ 52.38, 60.26 \pm 3.33)

สำหรับระดับการรับรู้ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่มารับ
บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีระดับการรับรู้
โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง
(ร้อยละ 79.76, 20.64 \pm 1.96) มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของ

การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 78.57, 16.82 ± 1.61) มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 64.29, 11.90 ± 1.74) และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.33, 10.47 ± 1.88) โดยรวมมีการรับรู้อยู่ในปานกลาง (ร้อยละ 54.76, 59.81 ± 3.79) ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี

ผลการวิเคราะห์อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า อาชีพ (p -value = 0.028) ประวัติมีบุตร (p -value = 0.007) และค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (p -value = 0.033) มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ผู้ประกอบอาชีพเอกชน/รับราชการ/อื่นๆ มีโอกาสต่อการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 58 (OR = 0.42, 95%CI: 0.22-0.82) ผู้ที่ไม่มีประวัติการมีบุตรมีโอกาสเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 82 (OR = 0.18, 95%CI: 0.04-0.63) และผู้ที่มีคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภาพรวมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน มีโอกาสเข้ารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก 1.16 เท่า (OR = 1.16, 95%CI: 1.01-1.33) ดังแสดงในตารางที่ 2

การวิเคราะห์หัตถุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์หัตถุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหัตถุตัวแปร พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ ประวัติการมีบุตร และคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ข้าราชการหรืออื่นๆ มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 65 (Adjusted odds ratio = 0.35, 95%CI: 0.17-0.73, p -value = 0.012) ผู้ที่ไม่มีประวัติการมี

บุตรมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 81 (Adjusted odds ratio = 0.19, 95%CI: 0.05-0.72, p -value 0.015) และสตรีที่มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภาพรวมเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.20 เท่า (Adjusted odds ratio = 1.20, 95%CI: 1.04-1.39, p -value = 0.013) ดังแสดงในตารางที่ 3

บทสรุปและอภิปรายผล

โดยสรุป จากการศึกษาในระดับการรับรู้เกี่ยวกับการใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการและผู้ที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.38; Mean \pm SD: 1.57 ± 0.54 และร้อยละ 54.76, 1.63 ± 0.56) และพบว่า อาชีพ (p -value = 0.028) ประวัติมีบุตร (p -value = 0.007) และค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (p -value = 0.033) มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาพบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีระดับการรับรู้เกี่ยวกับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เป็นไปได้ว่า สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 82.15 และ 81.55) และโดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองให้เหตุผลว่า การไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 70.24) การไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 24.40) การไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 19.64) การกลัวจะพบความผิดปกติ (ร้อยละ 12.50) และการไม่ทราบว่ามีอาการรังควานให้ไปตรวจ (ร้อยละ 8.33) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และพบว่า สตรีประมาณ 1 ใน 5 ของทั้งสองกลุ่มมีระดับการรับรู้ความรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษ สอนทอง (2562) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่า สตรีอายุ 30-60 ปี มีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ (ร้อยละ 49.73) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มสตรีทั้งสอง

กลุ่มไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จึงส่งผลให้มีระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุขุมาล โพธิ์ทอง (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร และพบว่า สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ (เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์ และคณะ, 2549) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัย 30-60 ปีในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่สตรีที่ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ข้าราชการ และอื่นๆ มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพเกษตรกร เนื่องจากกลุ่มอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ข้าราชการ และอื่นๆ เป็นกลุ่มสตรีที่ประกอบอาชีพที่เป็นงานประจำอาจทำให้มีเวลาไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ยากกว่ากลุ่มอื่น และอาจเป็นไปได้ว่าผู้ที่ไม่มารับบริการส่วนไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 70.24) การไม่คิดว่าจะ เป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 24.40) การไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 19.64) การกลัวจะพบความผิดปกติ (ร้อยละ 12.50) และการไม่ทราบว่ามีการณรงค์ให้ไปตรวจ (ร้อยละ 8.33) จึงทำให้การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง & รุจิรา ดวงสงค์ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ และพบว่า สตรีที่มีอาชีพเกษตรกร แม่บ้าน ค้าขาย มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากการศึกษาของ ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล และคณะ (2557) ที่ทำการศึกษปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี เทศบาลเมือง

สุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี และพบว่า อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ในส่วนปัจจัยด้านประวัติมีบุตร พบว่า สตรีที่ไม่มีบุตรมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 81 เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีบุตร เนื่องจากสตรีที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประมาณ 1 ใน 5 ไม่มีบุตร (ร้อยละ 16.67) และประมาณ 1 ใน 4 มีสถานภาพที่อยู่คนเดียว (หย่า/แยก/หม้าย/โสด) (ร้อยละ 22.02) ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าไม่ว่าตนเองจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 24.04) และอาจจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 70.24) จึงทำให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าในสตรีที่มีบุตร การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุ่น & วุฒิชัย จริยา (2563) ที่พบว่า ปัจจัยด้านประวัติการมีบุตรมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการรับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่สตรีที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการนัดตรวจหลังคลอดและได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสามารถเข้าถึงการตรวจคัดกรองได้ง่ายขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยปราชญ์ รุ่งเรือง & รุจิรา ดวงสงค์ (2561) ที่พบว่า สตรีกลุ่มศึกษาที่มีบุตรจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า สตรีที่มีค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 1 หน่วยคะแนน มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงเป็น 1.20 เท่า ทั้งนี้ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันได้ ดังนั้นการทราบถึงสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นการส่งเสริมให้สตรีมีโอกาสเข้าถึงการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งได้เพิ่มมากขึ้น และเมื่อพิจารณาเหตุผลของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่มารับบริการพบว่า การรณรงค์ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 82.14) การตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 33.33) การกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 28.57) การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 17.86) และการมีอาการผิดปกติ (ตกขาว/มีเลือดออก หรือมีสิ่งผิดปกติออกจากช่องคลอด)

(ร้อยละ 7.14) ซึ่งจากเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้สตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ดีขึ้น และส่งผลให้มาตรการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูก การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูรินทร์ สีสุต, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย, & ซาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของมะเร็งเรื้องปามดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิตา จันดีวงศ์ และคณะ (2560) ที่ทำการศึกษาระดับปริญญาตรีที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูงจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกมากกว่าสตรีที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลางและต่ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว อาจมีข้อจำกัดในการศึกษา (Limitation of the study) เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้มีการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ซึ่งทำการคัดเลือกกลุ่มประชากรสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองทั้งหมดเป็นกลุ่มที่ศึกษา และทำการคัดเลือกกลุ่มควบคุมด้วยวิธีการคัดเลือกอย่างง่าย ซึ่งอาจเกิดอคติจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Selection bias) ได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการวิเคราะห์อำนาจในการศึกษา (Power of the study)

(Bernard, 2000; Fleiss et al., 2003; Ngamjarus & Chongsuwatwong, 2014) โดยทำการคัดเลือกตัวแปรอาชีพซึ่งมีขนาดของอิทธิพลในสมการพหุตัวแปรมากที่สุด และกำหนดให้สัดส่วนของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกในกลุ่มที่ศึกษาที่ประกอบอาชีพค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ข้าราชการ/อื่นๆ เท่ากับ 0.25 และสัดส่วนของการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.62 ได้ค่าอำนาจในการศึกษาเท่ากับร้อยละ 100

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

จากผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ที่รับผิดชอบการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกควรส่งเสริมและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งเรื้องปามดลูก โดยเน้นความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งเรื้องปามดลูกในกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ที่ทำงานประจำ และผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการมีบุตรมาก่อน เพื่อส่งเสริมให้บุคคลดังกล่าวให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกเพิ่มมากขึ้น และลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรื้องปามดลูก ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). **เดือนมกราคม เดือนแห่งการณรงค์มะเร็งปากมดลูก**. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563). **มะเร็งปากมดลูกป้องกันได้**. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565, จาก https://www.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=23166
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม: แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (เอกสารอัดสำเนา)
- กฤษ สอนกอง. (2562). **ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี**. ค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2566, จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2564/research/MA2564-002-01-000000375-0000000417.pdf>
- กัญญารัตน์ อยู่เย็น, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร & ปกรณ์ ประจันบาน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. **วารสารการพยาบาลและสุขภาพ**, 6(2), 35 – 47.
- จิตติ หาญประเสริฐพงษ์ & สายบัว ชี้เจริญ. (2554). **วิทยาการร่วมสมัยในมะเร็งนรีเวชวิทยา**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต & ธานินทร์ สุธีประเสริฐ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 23(6), 1022 – 1031.
- นันทิดา จันต๊ะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ & ชาลวิทย์ ตรีเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 28(1), 63 – 79.
- ปิยปราษฎ์ รุ่งเรือง & รุจิรา ดวงสงค์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**, 21(1), 48 – 55.
- เพ็ญพักตร์ ลูกอินทร์, จักรกฤษณ์ ลูกอินทร์, อาคม โพธิ์สุวรรณ & วรางคณา คุมสุข. (2548). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัย 30-60 ปี ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี**. สุพรรณบุรี: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี.
- ภูรินทร์ สีภูต, มะลิวัลย์ บางน้อมน้อย & ชาลินี มานะยิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 36(1), 37 – 47.
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). **อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 30-60 ปี**. ค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2565, จาก https://nrthdcmoph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b38&id=c0cb85481f434d563be6ec98a01dcb92
- วสันต์ ลีนะสมิต, วัชระ เอี่ยมรัศมี, ชนิดา เกษประดิษฐ์ & กอบกุล ไพบูลย์อึ้ง. (2558). **การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสภาวะทรัพยากรจำกัด**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). นนทบุรี: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- วารุณี สุดแสง. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มเป้าหมายอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). **แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). **ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test**. ค้นเมื่อ 20 สิงหาคม 2565, จาก https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/hpv/66/.pdf
- สุขุมาล โพธิ์ทอง. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร. **วารสารวิชาการแพทย์เขต 11**, 32(2), 965 – 980.
- อรทัย วิเชียรปุ่น และวุฒิชัย จริยา. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 60 ปี ในอำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 13(2), 250 – 258.
- ไอริน เรื่องขจร. (2561). **มะเร็งปากมดลูก**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสถิติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Bernard, R. (2000). *Fundamentals of biostatistics* (5th ed.). Duxbery: Thomson learning, 386.

Ferrell, B.R., Grant, M., Dean, G.E., Funk, B., & Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum*, 23(10), 1539-1547.

Fleiss, J.L., Levin, B., & Paik, M.C. (2003). *Statistical methods for rates and proportions*. (3rd ed.). NY: John Wiley & Sons, Leenasamit, W. (2015). *Prevention of cervical cancer in Limited resources*. Bangkok: Chulalongkorn university.

National Cancer Institute. (2559). *Hospital based cancer registry Annual Report 2014*. Bangkok: National Cancer Institute.

Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2014). *n4Studies: Sample size and power calculations for iOS*. The Royal Golden Jubilee Ph.D. Program, Prince of Songkla University.

NilachaiKovit, T. (1999). *Gynecologic oncology*. Bangkok: Holistic Publishing.

Swangvaree, S. (2010). The quality of life of cervical cancer patients. *Journal of Public Health and Development*, 8(1), 45-57.

World Health Organization. (2023). *Fact Sheets: Cervix Cancer*. Retrived May 28, 2022, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มาและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 252)

ปัจจัยความเชื่อทางด้านสุขภาพ	มารับบริการ (n = 84), n (%)				ไม่มารับบริการ (n = 168), n (%)			
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	Mean(SD)	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	Mean(SD)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	20 (23.81)	63 (75.00)	1 (1.19)	21.20 (1.86)	28 (16.67)	134 (79.76)	6 (3.57)	20.64 (1.96)
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	1 (1.19)	64 (76.19)	19 (22.62)	16.76 (1.46)	5 (2.98)	132 (78.57)	31 (18.45)	16.82 (1.61)
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	54 (64.29)	28 (33.33)	2 (2.38)	11.69 (1.81)	108 (64.29)	56 (33.33)	4 (2.38)	11.90 (1.74)
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	27 (32.14)	43 (51.19)	14 (16.67)	10.60 (2.24)	47 (27.98)	98 (58.33)	23 (13.69)	10.47 (1.88)
รวม	38 (45.24)	44 (52.38)	2 (2.38)	60.26 (3.33)	69 (41.07)	92 (54.76)	7 (4.17)	59.81 (3.79)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 252)

ข้อมูลทั่วไป	มารับบริการ (n = 84)		ไม่มารับบริการ (n = 168)		OR	95%CI	p-value
	n	%	n	%			
อายุ (ปี)							0.098
30 – 39	16	30.19	37	69.81	ref.		
40 – 49	37	42.05	51	57.95	1.67	0.81-3.45	
50 – 60	31	27.93	80	72.07	0.89	0.43-1.83	
สถานภาพสมรส							0.055
แต่งงาน/มีคู่	74	36.10	131	63.90	ref.		
หย่า/แยก/หม้าย/โสด	10	21.28	37	78.72	0.47	0.22-1.01	
อาชีพ							0.028
เกษตรกร	26	44.04	33	55.93	ref.		

ข้อมูลทั่วไป	มารับบริการ (n = 84)		ไม่มารับบริการ (n = 168)		OR	95%CI	p-value
	n	%	n	%			
ค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ ข้าราชการ/อื่นๆ	30	25.21	89	74.79	0.42	0.22-0.82	
แม่บ้าน	28	37.84	46	62.16	0.77	0.38-1.55	
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)							0.100
≤6,000	58	37.18	98	62.82	ref.		
>6,000	26	27.08	70	72.92	0.62	0.36-1.09	
ระดับการศึกษา							0.518
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	34	30.09	79	69.91	ref.		
มัธยมศึกษา/ปวช.	35	37.63	58	62.37	1.40	0.78-2.50	
อนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป	15	32.61	31	67.39	1.12	0.53-2.34	
ประวัติมีบุตร							0.007
มี	81	36.65	140	63.35	ref.		
ไม่มี	3	9.68	28	90.32	0.18	0.04-0.63	
การคุมกำเนิด							0.128
ไม่คุม	31	28.18	79	71.82	ref.		
คุม	53	37.32	89	62.68	1.51	0.88-2.59	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก (คะแนนรวม)					1.16	1.01-1.33	0.033
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก (คะแนน)					0.97	0.82-1.15	0.776
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (คะแนน)					0.93	0.80-1.08	0.363
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (คะแนน)					1.03	0.90-1.17	0.610
การรับรู้ภาพรวม (คะแนน)					1.03	0.96-1.10	0.388

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปร	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			0.088
30 – 39	Ref.	Ref.	
40 – 49	1.67 (0.81-3.45)	1.47 (0.68-3.16)	
50 – 60	0.89 (0.43-1.83)	0.70 (0.32-1.52)	
สถานภาพสมรส			0.873
แต่งงาน/มีคู่	Ref.	Ref.	
หย่า/แยก/หม้าย/โสด	0.47 (0.22-1.01)	0.93 (0.39-2.21)	
อาชีพ			0.012

เกณฑ์	Ref.	Ref.	
ค้าขาย/รับจ้าง/พนักงานเอกชน/ข้าราชการ/อื่น	0.42 (0.22-0.82)	0.35 (0.17-0.73)	
แม่บ้าน	0.77 (0.38-1.55)	0.74 (0.38-1.55)	
ประวัติมีบุตร			0.015
มี	Ref.	Ref.	
ไม่มี	0.18 (0.04-0.63)	0.19 (0.05-0.72)	
การคุมกำเนิด			0.979
ไม่คุม	Ref.	Ref.	
คุม	1.51 (0.88-2.59)	1.00 (0.53-1.88)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	1.16 (1.01-1.33)	1.20 (1.04-1.39)	0.013