

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร Factors Predicting Cervical Cancer Screening Behavior of Bangkok Metropolis Women

เบญญาดา บุรีรัตน์* ปาหนัน พิชยปิณฺโณ** จุฑาทิป สีลบุตร***

Benyada Bureerat,* Panan Pichayapinyo,** Jutatip Sillabutra***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

* Student in Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner), Faculty of Public Health,
Mahidol University, Bangkok

** ,*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

** ,*** Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok

** Corresponding Author: panan.pic@mahidol.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED เป็นกรอบแนวคิด ข้อมูลถูกรวบรวมจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้เข้าร่วม จำนวน 424 คน คัดเลือกจาก 6 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ซึ่งแบบสอบถามครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73, 0.78, 0.75, 0.69, 0.69, 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 54.48 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง และการสนับสนุนทางสังคม

บุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ที่ทำหน้าที่ส่งเสริมการตรวจคัดกรองควรคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวมาพัฒนากิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง และรณรงค์ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัว เช่น สามี บุตร พี่น้อง มีการกระตุ้นและสนับสนุนให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรอง นอกจากนี้ภาครัฐควรมีบทบาทในการสนับสนุนนโยบาย ประชาสัมพันธ์และส่งเสริมการเข้าถึงการบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มสตรีมากขึ้นด้วย

คำสำคัญ: พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

Received: December 22, 2024; Revised: April 29, 2025; Accepted: May 6, 2025



Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to identify the factors influencing cervical cancer screening behaviors among women residing in the Bangkok metropolitan area, using the PRECEDE-PROCEED model as the conceptual framework. A total of 424 participants were recruited from six administrative districts of Bangkok. Data were collected through a self-administered questionnaire that assessed predisposing, enabling, and reinforcing factors. Instruments used in this study included the Perceived Susceptibility of the Cervical Cancer Questionnaire, the Perceived Severity of the Cervical Cancer Questionnaire, the Perceived Benefits of the Cervical Cancer Questionnaire, the Access to Cervical Cancer Screening Services Questionnaire, the Perceived Policy on Cervical Cancer Screening Questionnaire, and the Social Support Questionnaire. All instruments were validated by 3 experts and the Cronbach's alpha coefficients were 0.73, 0.78, 0.75, 0.69, 0.69, and 0.87, respectively. Descriptive statistics, the chi-square test, and binary logistic regression were employed for data analysis.

The results showed that most of the participants demonstrated inappropriate screening cervical screening behaviors, accounting for 54.48 percent. Significant predictors of cervical cancer screening behaviors included education level, perceived benefits of cervical cancer screening, accessibility to cervical cancer screening services, and social support.

Public health professionals, including physicians and nurses, who are tasked with advocating for cervical cancer screening, should consider these factors when designing initiatives to raise awareness about the benefits of screening. Additionally, campaigns should aim to engage family members-such as husbands, children, and siblings-in encouraging and supporting women to participate in screening. Furthermore, the government should play a critical role in endorsing policies and improve women's access to cervical cancer screening services.

Keywords: behavior, cervical cancer screening, predisposing factor, enabling factor, reinforcing factor

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของผู้หญิงในการเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งทั่วโลก¹ ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้หญิงเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 342,000 คน นับว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลกและในประเทศไทยที่กำลังพัฒนา² เช่นเดียวกับกับประเทศไทยจากข้อมูลพบเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของมะเร็งใน

ผู้หญิงไทย โดยพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 18 คนและเสียชีวิตวันละ 9 คน³ โดยภาคกลางมีผู้เสียชีวิตสูงที่สุด จำนวน 914 คน คิดเป็นร้อยละ 40.47 ของประเทศ⁴ ดังนั้นมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นปัญหาที่สำคัญของสตรีในประเทศไทย

มะเร็งปากมดลูกมีกระบวนการของโรคเกิดขึ้นเป็นค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลา 5 - 20 ปี จึงจะสามารถพัฒนาเป็นระยะลุกลาม ซึ่งหากตรวจคัดกรองได้ในตั้งแต่ระยะก่อนลุกลามจะสามารถรักษาได้ผลดี

ซึ่งจุดประสงค์ของการตรวจคัดกรอง คือ การตรวจหารอยโรคระยะก่อนลุกลามเพื่อจะรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อลดหรือป้องกันการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต⁵ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายเกี่ยวกับการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในช่วงปี พ.ศ. 2558 - 2565 ไว้ว่าสตรีอายุ 30 - 60 ปีได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี ครอบคลุมทั่วประเทศไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60⁶ และได้มีการดำเนินการต่างๆ อย่างต่อเนื่องทั้งการลดอุปสรรคต่างๆ ในการไปตรวจคัดกรอง แต่ผลการดำเนินงานการคัดกรองทั่วประเทศก็ยังไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60⁶ โดยจากข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2563 - 2565 จาก Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีสตรีที่มาเข้ารับการตรวจคัดกรองทั่วประเทศเพียง ร้อยละ 69.99, 53.95, 50.31 ตามลำดับ⁷

กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก จำนวน 241 คน ซึ่งมากเป็นร้อยละ 28.15 ของผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในภาคกลาง⁴ และพบว่า กรุงเทพมหานครมีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 445 คนต่อปี ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของประเทศ³ เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองมีการหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานย้ายถิ่นฐานจากชนบท ชุมชนแออัด การขยายตัวของชนชั้นกลาง มีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูง มีวิถีชีวิตที่เร่งรีบจนไม่มีเวลาใส่ใจดูแลสุขภาพ⁸ อีกทั้งข้อมูลจากสถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร์ ประชากรรายอายุในปี พ.ศ. 2565 ของกรุงเทพมหานครยังมีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่นที่สุดในประเทศพบว่า มีผู้สตรีอายุ 30 - 60 ปี อาศัยอยู่มากที่สุดในประเทศ มีจำนวนถึง 1,433,416 คน จากประชากรสตรีทั้งหมด 2,921,765 คน คิดเป็นร้อยละ 49 ของประชากรสตรีทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร⁹ ซึ่งกรุงเทพมหานครมีสถานบริการของรัฐที่ให้บริการตรวจคัดกรองกระจายอยู่ทั่วทุกเขต โดยกรุงเทพมหานครรับนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการ

ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ แต่อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการตรวจคัดกรองเปรียบเทียบกัน 13 เขตทั่วประเทศ พบว่า เขต 13 กรุงเทพมหานครมีจำนวนสตรีที่มารับการตรวจคัดกรองน้อยที่สุด ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 โดยมีร้อยละ 11.72, 15.65, 17.25, 16 และ 16.90 ตามลำดับ ซึ่งเป็นข้อมูลที่รวมทุกสิทธิการรักษา ยกเว้นสตรีที่ไปรับบริการที่สถานบริการของเอกชน ส่งผลให้กรุงเทพมหานครไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้¹⁰

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยส่วนมากศึกษาในพื้นที่ต่างจังหวัดมีเพียง 2 การศึกษาที่ศึกษาในกรุงเทพมหานคร¹¹⁻¹² ซึ่งทั้ง 2 การศึกษาเป็นการศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ภายในชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนสตรีที่อายุ 30 - 60 ปี อาศัยอยู่มากที่สุดและมีแนวโน้มความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดในประเทศและยังไม่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรอง เนื่องด้วยกรุงเทพมหานครมีการเข้าถึงบริการของรัฐที่ค่อนข้างยากกว่าพื้นที่ต่างจังหวัดทำให้จำนวนการตรวจคัดกรองของสตรีในกรุงเทพมหานครต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต¹⁰ สอดคล้องกับรายงานสุขภาพคนไทยของสถาบันวิจัยประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล (cited in Sirithammanukul)¹¹ ศึกษาาระบบบริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร พบว่า กรุงเทพมหานครยังมีปัญหาเรื่องความเหลื่อมล้ำสูงทั้งด้านสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา รวมถึงการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัย โดยเฉพาะการเข้าไม่ถึง การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานของคนบางกลุ่ม และมีการเข้าถึงบริการที่ยังไม่ครอบคลุมทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์ของระบบบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้จึงควรมีการดำเนินการ การศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ

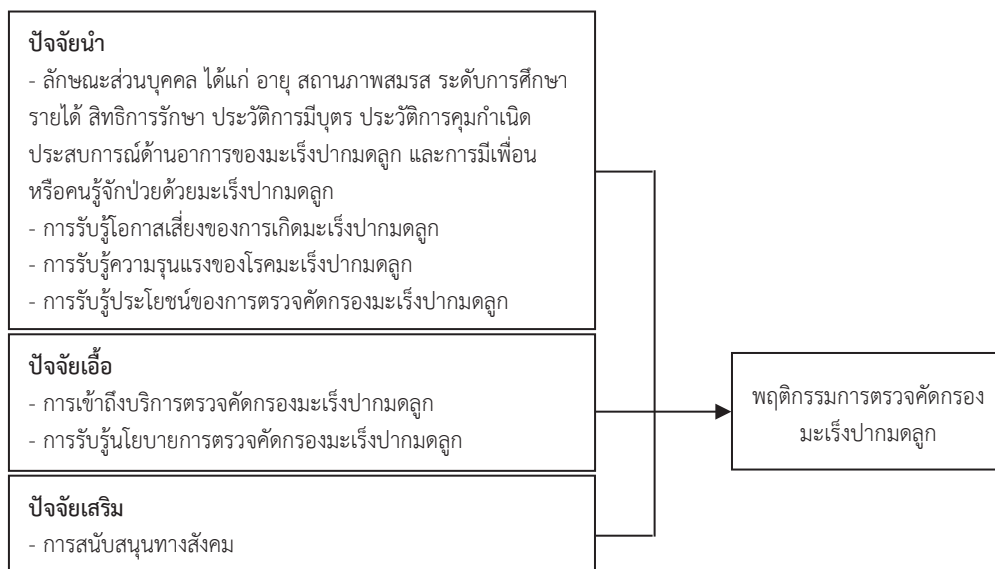


(PRECEDE-PROCEED model) โดย Green & Kreuter¹³ มาเป็นกรอบแนวคิดที่ถูกนำมาใช้เพื่อค้นหาปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอย่างแพร่หลาย ใช้ศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ช่วยส่งเสริมในบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครเพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการสร้างกลวิธีและการวางแผนจัดกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไปให้เพิ่มขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED ของ Green & Kreuter¹³ โดยเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุร่วมกันระหว่างหลายๆ ปัจจัย ซึ่งการดำเนินงานหรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินงานหลายๆ ด้านประกอบกัน และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมนั้นก่อน แล้วจึงกำหนดกลวิธีและวางแผนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ซึ่งในขั้นตอนที่ 3 คือ การประเมินทางการศึกษาและนิเวศวิทยา (Education and ecological assessment) ใช้ในการวิเคราะห์หาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมประกอบด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทำให้วิเคราะห์สาเหตุพฤติกรรมได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากเป็นส่วนที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล เช่นกันกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ดังนี้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานครมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์ในการคัดเลือก คือ สตรีอายุ 30 - 60 ปี ที่มารับบริการรักษา ณ ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของศูนย์บริการสาธารณสุข อาศัยในกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 6 เดือน สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษา สามารถพูดคุยสื่อสารได้ อ่านภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก มีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะก่อนมะเร็งและสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก มีประวัติผ่าตัดมดลูกชนิดแบบออกทั้งหมด

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทำโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการทดสอบ Logistic regression กำหนดค่า Odds ratio เท่ากับ 2.46 จากการทบทวนวรรณกรรมของงานวิจัยของ จิราพร ศรีพิบูลย์ปัติ และคณะ¹⁴ และค่าสมมติฐานหลัก (Null hypothesis: H_0) เท่ากับ 0.5 ใช้ค่าอำนาจการทดสอบ (Power Analysis) เท่ากับ 0.8 ค่า $R^2 = 0.5$ (ระดับกลาง) และค่า X distribution = Binomial ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 339 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงได้ใช้สูตรคำนวณ Drop out จากสูตร Drop out 20% จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 423.75 ดังนั้นการศึกษานี้ต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 424 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากสำนักอนามัยกรุงเทพ จำนวน 50 เขต และมีการแบ่งกลุ่มการปกครองออกเป็น 6 กลุ่ม ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จับฉลากสุ่มแบบกลุ่มด้วยวิธีการจับฉลากไม่ใส่คืนในกลุ่มละ 1 เขต และใช้วิธีการสุ่ม

อย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โดยสุ่มจากบันทึกในทะเบียนรายชื่อลำดับเลขคู่ จำนวนเขตละ 67 - 68 คน ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 424 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ด้าน จากการทบทวนวรรณกรรม และโดยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ ดังนี้

ด้านที่ 1 ปัจจัยนำ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบเลือกตอบ เติมคำลงในช่องว่าง และการตอบคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก และการมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันทะวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัตลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 29.35

- 40.00 หมายถึง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันดีวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 29.35 - 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสอบถามของ นันทิตา จันดีวงศ์ และคณะ¹⁵ จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดลิเคิร์ท¹⁶ มีคำตอบแบบ 5 ระดับ และคำถามที่สร้างขึ้นมีลักษณะเป็นเชิงบวก และเชิงลบโดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับการรับรู้ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 8 - 40 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 8.00 - 18.67 หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 18.68 - 29.34 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง

29.35 - 40.00 หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ด้านที่ 2 ปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากของ อรทัย วิเชียรปูล และ วุฒิชัย จริยา¹⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้กรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบวัดชนิดมาตราประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (จากไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 ถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5) คะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 30 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 6.00 - 14.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 14.01 - 22.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 22.01 - 30.00 หมายถึง มีการเข้าถึงบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย โดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEDE MODEL ของ Green & Kreuter¹³ จำนวน 4 ข้อ (จากรู้ = 1 คะแนน, ไม่รู้ = 0 คะแนน, ไม่แน่ใจ = 0 คะแนน) การแปลผลแบ่งระดับการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม ออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 0 - 1.33 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 1.34 - 2.66 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง 2.67 - 4.00 หมายถึง มีการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

ด้านที่ 3 ปัจจัยเสริม ประกอบด้วย 1 ส่วน ดังนี้

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร และ รัตน์ศิริ ทาโต¹⁹ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ House²⁰ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 16 ข้อ (จากไม่เป็นจริง = 1 ถึงเป็นจริงมากที่สุด = 5) การแปลผลแบ่งระดับการสนับสนุนทางสังคมในภาพรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง พิจารณาจากคะแนนรวมโดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁷ โดยคะแนน 16.00 - 37.34 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย 37.35 - 58.68 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง 58.69 - 80.00 หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ด้านที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปากลมดลูก ผู้วิจัยประยุกต์มาจาก พรพิมล โสฬสกุลกลางกูร และ รัตน์ศิริ ทาโต¹⁹ เป็นแบบเลือกตอบ ซึ่งให้เลือกตอบข้อที่ตรงกับตนเองและเป็นจริงที่สุด ไม่มีการแปลคำตอบเป็นถูกผิด ประกอบด้วยคำถามที่ถามเกี่ยวกับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา แบ่งเป็นตรวจเพียงพอ (ให้รหัส = 1) และตรวจไม่เพียงพอ (ให้รหัส = 0) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตรวจคัดกรองเหมาะสมและกลุ่มที่ตรวจไม่เหมาะสม

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากลมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากลมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง นโยบายการตรวจคัดกรองและการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไขตามที่คุณผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เพื่อพิจารณาความถูกต้อง การจัดลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ผลการคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ

จากผู้ทรงคุณวุฒิโดยมีเกณฑ์ค่า CVI ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป²¹ ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 0.85
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 4) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 5) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1
- 6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่า CVI เท่ากับ 0.87
- 7) แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากลมดลูก มีค่า CVI เท่ากับ 1

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วมาทดสอบหาความเที่ยงโดยทดลองใช้กับกลุ่มสตรีอายุ 30 - 60 ปีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามากที่สุด และไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน วางแผนเก็บในพื้นที่เขตสายไหม จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยมีเกณฑ์ตั้งแต่ 0.69 ขึ้นไป²² ผู้วิจัยตรวจค่าความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ดังนี้

- 1) แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.73
- 2) แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.78
- 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75

4) แบบสอบถามการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.69

5) แบบสอบถามการรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรอง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.69

6) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ ผู้วิจัยจะเชิญชวนผู้เข้าร่วมการวิจัยให้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจโดยปราศจากการบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม จะใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการชี้แจงข้อมูลการวิจัยและสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยตลอดจนลงลายมือชื่อเพื่อยืนยันการเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยทั้งนี้บันทึกจากการทำแบบสอบถาม รายงานการวิเคราะห์และข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์จะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ มีการแยกใบยินยอมออกจากแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและจะนำเสนอผลในภาพรวม โดยแบบสอบถามที่ได้รับการตอบคำถามแล้วจะมีการเก็บในแฟ้มปิดผนึก

3. ถ้าหากผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สบายใจหรือไม่สะดวกที่จะทำแบบสอบถามต่อสามารถยุติหรือถอนตัวได้ตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 19 กุมภาพันธ์ - 9 พฤษภาคม 2567 จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์จนครบ 424 คน โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์กลุ่มตัวอย่าง เทคนิค และขั้นตอนในการแจกแบบสอบถามก่อนไปเก็บข้อมูล

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและเลือกตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยใช้เวลา 15 - 30 นาที

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน

7. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ที่กลุ่มตัวอย่างได้ตอบเสร็จแล้ว นำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. MUPH 2023-133 วันอนุมัติ 3 พฤศจิกายน 2566 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 2 พฤศจิกายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โครงการวิจัย U024hh/67 วันอนุมัติ 6 กุมภาพันธ์ 2567 วันสิ้นสุด 5 กุมภาพันธ์ 2568

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. MUPH 2023-133 วันอนุมัติ 3 พฤศจิกายน 2566 และวันสิ้นสุดการอนุมัติ 2 พฤศจิกายน 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร โครงการวิจัย U024hh/67 วันอนุมัติ 6 กุมภาพันธ์ 2567 วันสิ้นสุด 5 กุมภาพันธ์ 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS ver.23 โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ผู้วิจัยทำการอธิบายลักษณะส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษา กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณระหว่างตัวแปรทำนายทั้งหมดโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) โดยกำหนดตัวแปรตาม มี 2 ค่า คือ ตรวจไม่สม่ำเสมอภายใน 5 ปี มีค่าเท่ากับ 1 ตรวจไม่สม่ำเสมอ คือ ตรวจมากกว่า 5 ปี และไม่เคยตรวจเลย มีค่าเท่ากับ 0

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครทั้งหมด 424 คน ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนมากช่วงอายุ 51 - 60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 35.8 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 33.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 45.86 ปี (Mean $\pm$ SD) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.1 รองลงมา คือ โสด หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 43.9 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาและอนุปริญญามากที่สุด ร้อยละ 40.6 รองลงมา คือ ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ

39.8 มีรายได้ 15,000 - 40,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 50.9 รองลงมา คือ รายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 37.8 มีสิทธิการรักษาประกันสุขภาพ 30 บาท มากที่สุด ร้อยละ 52.1 รองลงมา คือ สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 36.1 ส่วนมากมีบุตร ร้อยละ 71.5 มีประวัติเคยคุมกำเนิด ร้อยละ 68.9 ประสบการณ์ที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนมากไม่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 84.9 และไม่มีประวัติเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 82.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 424)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean $\pm$ SD = 45.86 $\pm$ 8.78, Min = 30, Max = 60		
30 - 40	131	30.9
41 - 50	141	33.3
51 - 60	152	35.8
สถานภาพสมรส		
โสด หม้าย หย่า แยก	186	43.9
สมรส	238	56.1
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา	83	19.6
มัธยมศึกษา อนุปริญญา	172	40.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	169	39.8
รายได้		
น้อยกว่า 15,000 บาท	160	37.8
15,000 - 40,000 บาท	216	50.9
มากกว่า 40,000 บาท	48	11.3
สิทธิการรักษา		
สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	50	11.8
สิทธิประกันสังคม	153	36.1
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	221	52.1
ประวัติการมีบุตร		
ไม่มี	121	28.5
มี	303	71.5
ประวัติการคุมกำเนิด		
ไม่เคยคุมกำเนิด	132	31.13
เคยคุมกำเนิด	292	68.87



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 424) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มีอาการ	360	84.9
มีอาการ	64	15.1
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มี	349	82.3
มี	75	17.7

การรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Mean = 30.69, SD = 5.36) ส่วนด้านที่มีค่าน้อยที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Mean = 27.10, SD = 3.76) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จำแนกรายด้านโดยรวม (n = 424)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	Mean $\pm$ SD	การแปลผล
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	27.10 $\pm$ 3.76	ปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	28.13 $\pm$ 4.67	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	30.69 $\pm$ 5.36	สูง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ พบว่า อายุ ประวัติการคุมกำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก และการมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (n = 424)

ปัจจัย	ตรวจคัดกรอง ไม่เหมาะสม (n = 231)		ตรวจคัดกรอง เหมาะสม (n = 193)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					7.555*	.023
- 30 - 40	70	55.1	57	44.9		
- 41 - 50	92	62.2	56	37.8		
- 51 - 60	69	46.3	80	53.7		
สถานภาพสมรส					3.608	.058
- โสด หม้าย หย่า แยก	111	59.7	75	40.3		
- สมรส	120	50.4	118	49.6		
ระดับการศึกษา					3.408	.182
- ไม่ได้ศึกษา ประถมศึกษา	42	50.6	41	49.4		
- มัธยมศึกษา อนุปริญญา	103	59.9	69	40.1		
- ปริญญาตรีขึ้นไป	86	54.5	83	49.1		
รายได้					3.029	.220
- น้อยกว่า 15,000 บาท	88	55.7	70	44.3		
- 15,000 - 40,000 บาท	122	56.2	95	43.8		
- มากกว่า 40,000 บาท	21	42.9	28	57.1		
สิทธิการรักษา					1.038	.595
- สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	24	48.0	26	52.0		
- สิทธิประกันสังคม	86	56.2	67	43.8		
- สิทธิประกันสุขภาพ 30 บาท	121	54.8	100	45.5		
ประวัติการมีบุตร					3.843	.050
- ไม่มี	75	62.0	46	38.0		
- มี	156	51.5	147	48.5		
ประวัติการคุมกำเนิด					4.511*	.034
- ไม่เคย	82	62.1	50	37.9		
- เคย	149	51.0	143	49.0		
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก					0.095	.758
- ไม่มีอาการ	195	55.9	154	44.1		
- มีอาการ	36	48.0	39	52.0		
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก					1.543	.214
- ไม่มี	195	55.9	154	44.1		
- มี	36	48.0	39	52.0		



ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (n = 424) (ต่อ)

ปัจจัย	ตรวจคัดกรอง ไม่เหมาะสม (n = 231)		ตรวจคัดกรอง เหมาะสม (n = 193)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					5.161*	.023
- ระดับต่ำและปานกลาง	173	58.1	125	41.9		
- ระดับสูง	58	46.0	68	54.0		
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก					4.570*	.033
- ระดับต่ำและปานกลาง	121	59.9	81	40.1		
- ระดับสูง	110	49.5	112	50.5		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					11.277*	.001
- ระดับต่ำและปานกลาง	54	72.0	81	40.1		
- ระดับสูง	177	50.7	112	50.5		
การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					35.590*	< .001
- ระดับต่ำและปานกลาง	130	71.0	53	29.0		
- ระดับสูง	101	41.9	140	58.1		
นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					7.120*	.008
- ระดับต่ำและปานกลาง	180	58.4	128	41.6		
- ระดับสูง	51	44.0	65	56.0		
การสนับสนุนทางสังคม					20.444*	< .001
- ระดับต่ำและปานกลาง	187	61.3	118	38.6		
- ระดับสูง	44	37.0	75	63.0		

* p < .05

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) เพื่อหาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE-PROCEED model มาเป็นกรอบแนวคิด สรุปได้ว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกรุงเทพมหานคร คือ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยร่วมทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .036, .035, < .001, .10 ตามลำดับ) จากผลการศึกษาพบว่า สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองที่เหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่าปริญญาตรีถึง 1.7 เท่า สตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองที่

เหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองระดับต่ำและปานกลางถึง 1.9 เท่า สตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองระดับต่ำและปานกลางถึง 2.5 เท่า และสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองเหมาะสมมากกว่าสตรีที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำและปานกลางถึง 1.9 เท่า

ส่วนอายุ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) (n = 424)

ตัวแปร	OR _{CRUDE}	OR _{ADJ}	95% CI	p-value
อายุ				
> 45 ปี	1.301	1.098	0.693 - 1.725	.687
≤ 45 ปี*				
สถานภาพสมรส				
สมรส	1.928	1.127	0.692 - 1.826	.628
โสด หม้าย หย่า แยก*				
ระดับการศึกษา				
ปริญญาตรีขึ้นไป	1.308	1.724**	1.035 - 2.858	.036
ต่ำกว่าปริญญาตรี				
รายได้				
มากกว่า 15,000 บาท	1.081	0.915	0.571 - 1.461	.709
น้อยกว่า 15,000 บาท*				
สิทธิการรักษา				
สิทธิเบิกสวัสดิการข้าราชการ	0.719	0.961	0.478 - 2.036	.913
สิทธิประกันสังคม	0.763	0.951	0.506 - 2.109	.839
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า*				
ประวัติการมีบุตร				
มี	1.536	1.302	0.716 - 2.367	.388
ไม่มี*				
ประวัติการคุมกำเนิด				
ไม่เคยคุมกำเนิด	1.574	1.362	0.815 - 2.324	.244
เคยคุมกำเนิด*				
ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก				
มีอาการ	0.919	0.907	0.503 - 1.637	.747
ไม่มีอาการ*				



ตารางที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารีโลจิสติก (Binary logistic regression analysis) (n = 424) (ต่อ)

ตัวแปร	OR _{CRUDE}	OR _{ADJ}	95% CI	p-value
การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก				
มี	1.372	1.490	0.855 - 2.597	.159
ไม่มี*				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.623	1.205	0.756 - 1.920	.434
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.521	1.139	0.738 - 1.758	.557
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	2.499	1.896**	1.045 - 3.442	.035
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	3.400	2.521**	1.615 - 3.935	< .001
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
ระดับสูง	1.792	1.258	0.778 - 2.034	.349
ระดับต่ำและปานกลาง*				
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับสูง	2.701	1.886**	1.163 - 3.030	.010
ระดับต่ำและปานกลาง*				

* p < .05, ** p < .001 Nagelkerke R Square = .216, Cox&Snell R Square = .161

การอภิปรายผลการวิจัย

แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED¹³ ระบุว่า พฤติกรรมบุคคลเกิดขึ้นได้จากพหุปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอาศัยในกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสนับสนุนทางกรอบแนวคิดแบบจำลอง PRECEDE-PROCEED¹³

ปัจจัยนำ ระดับการศึกษา สตรีที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าปริญญาตรีมีโอกาสมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองที่เหมาะสมเป็น 1.7 เท่าของสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีขึ้นไปจากการศึกษาพบว่า มีแนวโน้มที่จะมีความรู้และเข้าใจถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองที่มากกว่าผู้จบต่ำกว่าปริญญาตรี ทำให้มีโอกาสไปรับการตรวจคัดกรองอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Kaneko²³ สตรีที่มีระดับการศึกษาที่สูงมาตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำแต่ขัดแย้งกับการศึกษาความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมของสตรีในเขตกรุงเทพมหานคร¹²

เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง พบว่า สตรีที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีสูงกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรม การตรวจที่ไม่แตกต่างกัน

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานครได้ โดยสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ในระดับสูงมีโอกาสมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 1.9 เท่า ของสตรีที่มีการรับรู้ประโยชน์ ในระดับต่ำและปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของ บุชบา ไชยวรินทร์²⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการ รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จังหวัดเชียงราย พบว่า สตรีรับรู้ว่าการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปีถือเป็นแบบอย่างที่ดี ในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งผลที่ได้สนับสนุนตาม กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED¹³ กล่าวคือ ปัจจัยนำ โดยเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการ แสดงพฤติกรรมของบุคคลเป็นสาเหตุของการเกิด พฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล ซึ่งการรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผล กระตุ้นต่อพฤติกรรมของบุคคล

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงบริการ สตรีที่มีการ เข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในระดับสูงมีโอกาสมี พฤติกรรมตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 2.5 เท่า ของสตรีที่มีการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในระดับต่ำ และปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ และคณะ¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัย อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า ผู้ที่มี ระยะทางจากบ้านไกลจากสถานบริการจะไม่มาใช้ บริการตรวจคัดกรองเป็น 2.46 เท่าของผู้ที่มีระยะทาง คัดกรองใกล้จากสถานบริการ และศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองของสตรี จังหวัดนครราชสีมา²⁵ พบว่า ด้านความสะดวกในการเข้ารับ บริการมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรอง

ปัจจัยเสริม การสนับสนุนทางสังคม สตรี ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีโอกาส มีพฤติกรรมตรวจคัดกรองเหมาะสมเป็น 1.9 เท่า ของสตรีที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ และปานกลาง สอดคล้องกับศึกษาของ พรพิมล โสฬสสุกลางกูร และ รัตน์ศิริ ทาโด¹⁹ ศึกษาปัจจัยทำนาย การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้าน ตำรวจ ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วม ทำนายการมาตรวจคัดกรองได้ อธิบายได้ว่า แม่บ้าน ตำรวจที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใน ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ในด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับระดับความรุนแรง ของโรคมะเร็งปากมดลูก คำแนะนำในการตรวจ คัดกรองที่ถูกต้อง ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับขั้นตอน การตรวจคัดกรอง สถานที่สำหรับตรวจคัดกรองที่ มิดชิด ได้รับความห่วงใย การเอาใจใส่เมื่อมีความ กังวลใจในการมารับการตรวจคัดกรอง และได้รับ คำแนะนำในปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงจาก บุคลากรทางการแพทย์ การนัดหมายเพื่อตรวจ ครึ่งต่อไปหรือการรับแจ้งผลการตรวจที่เหมาะสม จะมีโอกาสมาตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น 3.487 เท่า

สรุปผลการศึกษาข้างต้นเป็นไปตามสมมติฐาน การวิจัยและสนับสนุนแบบจำลองการวางแผน ส่งเสริมสุขภาพ PRECEDE-PROCEED model ที่เชื่อว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นจากหลายสาเหตุ ร่วมกัน และจะต้องวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของ พฤติกรรมนั้นก่อน เป็นกระบวนการวิเคราะห์ของการ เริ่มต้นจากเป้าหมายหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอยู่ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ย้อนกลับไปยังสาเหตุว่าเป็น เพราะอะไร หรือมีสาเหตุมาจากอะไร เพื่อนำไป วินิจฉัยและประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมของบุคคล โดยใช้กระบวนการของปัจจัยนำ (Predisposing factor) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) วินิจฉัยและ ประเมินว่ามีปัจจัยใดที่เกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อ

พฤติกรรมของบุคคล แล้วนำไปวางแผน ส่งเสริมสุขภาพ¹³ ซึ่งผลศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในตัวแปรลักษณะ ส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา ($OR = 1.7$) ใน ตัวแปรปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($OR = 1.9$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ($OR = 2.5$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การ สนับสนุนทางสังคม ($OR = 1.9$)

ส่วนอายุ สถานภาพสมรส รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการมีบุตร ประวัติการคุมกำเนิด ประสบการณ์ ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนหรือ คนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก และนโยบายการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ ดังนี้

อายุ ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันมีช่องทางในการเข้าถึง ข้อมูล ข่าวสารที่หลากหลายช่องทาง ทำให้สตรีมี อายุน้อยกว่า 45 ปี หรือมากกว่า 45 ปี มีพฤติกรรม การตรวจคัดกรองที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้อง กับการศึกษาของ Chaowawanit และคณะ¹² ศึกษาความรู้ ทักษะและพฤติกรรมของสตรีในเขต กรุงเทพมหานครเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก พบว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี มีการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไม่เหมาะสมกว่า สตรีที่มีอายุมากกว่า 45 ปี

สถานภาพสมรส ไม่สามารถทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัย ในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษา พบว่า สตรีทั้ง สองกลุ่มทั้งกลุ่มโสด หมาย หย่าร้าง แยกกันอยู่และ กลุ่มสมรสมีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเหมาะสมที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสตรีที่ สมรสจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีหรือ

สมาชิกในครอบครัวที่ดีกว่าสตรีที่โสด หมาย หย่าร้าง และแยกกันอยู่ทำให้มาตรวจคัดกรองเหมาะสม มากกว่าเล็กน้อย และเนื่องด้วยในปัจจุบันมีการ เข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากช่องทางต่างๆ มากขึ้นทำให้ สตรีทั้งสองกลุ่ม รับทราบถึงข่าวสารที่เท่าๆ กัน ทำให้ การมาตรวจคัดกรองเหมาะสมของทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกัน จึงทำให้ในการศึกษานี้สถานภาพ สมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา ของ อาทิตยา วังวนสินธุ์²⁶ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่โสดมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่ากลุ่มที่สมรส อธิบายได้ว่า สตรีที่มีสถานภาพ โสดไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรสจะรับรู้โอกาสเสี่ยง ในการเป็นโรคน้อยเนื่องจากไม่ได้มีเพศสัมพันธ์จึงมี ความคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค จึงส่งผล ให้มาตรวจคัดกรองน้อยกว่าคนที่มีความสัมพันธ์

รายได้ ไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัย ในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบว่าทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท กลุ่มรายได้ มากกว่า 15,000 บาทมีพฤติกรรมตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากปัจจุบัน รัฐบาลมีนโยบายจัดงบประมาณเพื่อสนับสนุนการ ตรวจคัดกรอง ณ สถานพยาบาลของรัฐสำหรับสตรี ที่มีอายุ 30 - 60 ปีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทุกที่²⁷ ปัจจัย ด้านรายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งไม่สอดคล้องกับ การศึกษาของ ญัฐยานันท์ ภิมยสิทธิ์ และคณะ²⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจคัดกรอง อธิบายว่า กลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้อยู่ในระดับที่ดี เป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ได้มาซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ

สิทธิการรักษา ไม่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร การศึกษาพบว่าสตรีทุกสิทธิการรักษามีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากสตรีที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 52.1 ของการศึกษานี้ ซึ่งไม่มีสตรีคนใดต้องจ่ายเงินในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้สิทธิการรักษาจึงไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก²⁷ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ²⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่มีสิทธิการรักษาสิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจมารับการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า หรือสิทธิบัตรทอง เพราะการศึกษานี้ศึกษาในจังหวัดราชบุรี สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนมากเป็นกลุ่มข้าราชการ ซึ่งจะเข้าถึงความรู้และข้อมูลข่าวสารได้ง่ายกว่าสตรีสิทธิการรักษาอื่น

ประวัติการมีบุตร ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษานี้ พบว่า สตรีที่มีบุตรและสตรีที่ไม่มีบุตรมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เนื่องจากในปัจจุบันสตรีทั้งมีบุตรและไม่มีบุตรมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งข้อมูล ปัจจัยที่เคยสัมพันธ์จากงานวิจัยในอดีตอาจจะไม่สัมพันธ์กับสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุน¹⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในจังหวัดพิจิตร ผลการศึกษา พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการนัดตรวจหลังคลอดและได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

และทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกลัวหรืออายที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประวัติการคุมกำเนิด ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากวิธีคุมกำเนิดของสตรีส่วนมากในการศึกษานี้ คือ วิธีการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 60.23 ซึ่งสามารถไปซื้อหาที่ร้านขายยาทั่วไป ซึ่งมีโอกาสไม่ได้มาพบแพทย์สูงและทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์โดยตรงเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวเนื่องจากการกรุงเทพมหานครเป็นสังคมเมืองที่มีการเข้าถึงสินค้าและการบริโภคสินค้านั้นเข้าถึงง่าย รวมถึงความเร่งรีบในการเดินทางและการประกอบอาชีพจึงทำให้สตรีตัดสินใจในการซื้อยาคุมกำเนิดและถุงยางตามร้านขายยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรองของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁹ ที่พบว่า ประวัติการคุมกำเนิดไม่สามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษา พบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มทั้งที่มีประสบการณ์ด้านอาการและไม่มีประสบการณ์ด้านอาการมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสตรีที่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในปัจจุบันสามารถเข้าถึงสื่อข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ประกอบกับอาการที่กล่าวถึงเป็นอาการของมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ในขณะที่อาการมะเร็งปากมดลูกระยะแรกๆ จะไม่มีอาการ จึงขัดแย้งกับงานวิจัยในอดีตที่กล่าวว่าปัจจัยประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูกสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ²⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษา พบว่า

สตรีที่มีประสบการณ์ด้านอาการของมะเร็งปากมดลูก มาตรวจมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยมีประสบการณ์ เนื่องจากมีการคาดคะเนว่าตนมีความเสี่ยงทำให้มารับบริการตรวจคัดกรอง และการศึกษาของ Gan & Dahloui³⁰ พบว่า สตรีที่สามารถระบุอาการของ โรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มมารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมากขึ้นเป็น 2 เท่า

การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วย มะเร็งปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร จากการศึกษพบว่ากลุ่มที่มีเพื่อนบ้าน หรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่ไม่มี เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากวิถีชีวิตชุมชนเมือง เป็นมีผู้อยู่อาศัยมีความแออัด ต่างคนต่างอยู่ รู้จักกันน้อยมากจากเงื่อนไขของสภาพที่อยู่อาศัย และวิถีชีวิตไม่ไปมาหาสู่กันเหมือนชุมชนชนบท จึงทำให้ไม่มีการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านในชุมชน มากนัก³¹ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐธยาน์ ภิรมสิทธิ์ และคณะ²⁸ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า การมีเพื่อนหรือคนรู้จักป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก อธิบายได้ว่า เพื่อนบ้านเป็นแหล่งของ อิทธิพลระหว่างบุคคลที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นใน การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทางที่เพิ่มขึ้น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ที่จะเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ไม่เกิดความตระหนัก ในการมาตรวจคัดกรองและมีสตรีบางส่วนไม่ทราบ ว่าโรคนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์สอดคล้อง

กับการศึกษาของ พรพิมล โสฬสกุลกลางกรและ รัตนศิริ พาโต¹⁹ ศึกษาปัจจัยทำนายการมาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านตำรวจในเขตกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูกไม่สามารถทำนายการมาตรวจคัดกรองได้ เพราะมีความเชื่อว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์เฉพาะกับ สามีของตนเองจะมีโอกาสเสี่ยงน้อยในการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร สตรีรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูก มีความอันตรายถึงชีวิต แต่มีความเชื่อว่าตนเองมี สุขภาพที่ดีไม่คิดว่าจะมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง สอดคล้องกับ เทพกร พิทยาภินันท์ และคณะ³² ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัด สงขลา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองเพราะคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น เรื่องที่ไกลตัว

การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยใน กรุงเทพมหานคร อาจจะเกิดจากการที่สตรีมีการรับรู้ แต่มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจจะมีความเชื่อว่า สามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองช่วงเวลาใดก็ได้ ทำให้ละเลยการไปตรวจคัดกรอง ขัดแย้งกับการศึกษา ของ สุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์³³ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร การรับรู้นโยบายการตรวจคัดกรองมีผลต่อพฤติกรรม การมารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากถ้าสตรีรับรู้ ถึงนโยบายการตรวจคัดกรองก็จะพิทักษ์สิทธิของตน และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

≡ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข

1. จากผลการศึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปพัฒนารูปแบบการสร้างกิจกรรมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการสร้างกิจกรรมกับครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์ถึงการใช้การสนับสนุนทางสังคมในการช่วยส่งเสริมการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

3. ควรมีการจัดโปรแกรมในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้นและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ด้านภาครัฐควรมีการประชาสัมพันธ์ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ด้านภาครัฐถึงแม้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ในเชิงนโยบาย

ควรมีการจัดการการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่กรุงเทพมหานครให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลสูงที่สุด

3. ควรมีการส่งเสริมนโยบายการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านครอบครัวเพื่อเป็นส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

≡ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย ครั้งต่อไป

1. ผลการศึกษานี้จะใช้ได้เฉพาะสตรีที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ดังนั้นจึงควรศึกษาในสตรีกลุ่มอื่นๆ และควรมีการศึกษาในจังหวัดอื่นๆ

2. ควรศึกษาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ต่อการเสริมแรงใจให้เกิดพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

3. ควรมีการศึกษาถึงการจัดโปรแกรมโดยนำผลการศึกษามาปรับใช้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer Today. [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismultibars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population.
2. World Health Organization. Cervical cancer. [Internet]. [cited 2022 Dec 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.
3. National Cancer Institute. Cancer in Thailand Vol.X, 2016-2018. [Internet]. [cited 2022 Jan 25]. Available from: https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Public health statistics A.D. 2021. [Internet]. [cited 2022 May 5]. Available from: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstastic64.pdf>. (in Thai).

5. Srisomboon J, Supakrapongkul, Srisomboon J, Kietpeerakul C, editors. Gynecologic oncology. Bangkok: Pimdee; 2011. p. 124-30. (in Thai).
6. National Cancer Institute. Definition of service plan indicators for cancer 2018-2022. [Internet]. [cited 2023 Apr 8]. Available from: <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>. (in Thai).
7. Ministry of Public Health. KPI template 2023. [Internet]. [cited 2023 May 5]. Available from: <https://nci.go.th/th/screening01.html>. (in Thai).
8. Ministry of Public Health. Thailand health profile 2016-2017. [Internet]. [cited 2023 April 10]. Available from: <https://spd.moph.go.th/thai-public-health-report>. (in Thai).
9. Official Statistics Registration Systems. Population by age. [Internet]. [cited 2023 Apr 1]. Available from: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/view>. (in Thai).
10. National Health Security Office. NHSO annual report 2021. [Internet]. [cited 2023 Apr 31]. Available from: <https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/reports-annual/2024-11-21-06-39-15/27-2564/file>. (in Thai).
11. Sirithammanukul W. Reasons for service utilization and health belief in cervical cancer prevention among females undergoing the cervical prevention and surveillance project of Chulabhorn hospital. TRC Nurs J 2017;10(1):126-44. (in Thai).
12. Chaowawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, attitudes and behavior of Bangkok metropolitan women regarding cervical cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev 2016;17(3):945-52.
13. Green L, Kreuter M. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th New York: McGraw Hill; 2005.
14. Sripiboonbat J, Moopayak K, Priyatrak P, Ruangiratain S. Factors related to the use of cervical cancer screening services by women living in catchments area of primary care units. J Nurs Sci 2011;29(2 Suppl 1):82-92. (in Thai).
15. 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. JPNC 2017;28(1):63-79. (in Thai).
16. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. New York: Archives of Psychology; 1932.
17. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc; 1977.
18. Wicheanpoon O, Jariya W. Factors affecting the utilization behaviors of cervical cancer screening services for women aged 30-60 years in Saklek district, Pichit province. Research and Development Health System Journal 2020;13(2):250-8. (in Thai).
19. Sorotkulangkoon P, Thato R. Factors predicting cervical cancers screening among police officer wives in Bangkok. JOPN 2019;11(2):407-20. (in Thai).



20. House JS. Work stress and social support. California: Addison-Wesley Publishing; 1981.
21. Pilot DF, Beck CT. Nursing research generating and assessing evidence for nursing practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
22. DeVellis RF. Scale development: theory and applications. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003.
23. Kaneko N. Factors associated with cervical cancer screening among young unmarried Japanese women. BMC Women's Health 2018;18(1):132-8.
24. Chaiwarin B. Factors affected attending cervical cancer screening of Tai Lue women in Sridonchai subdistrict, Chiang Khong district, Chiangrai province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Phayao University; 2020. (in Thai)
25. Sareh N, Leeya Y, Tansakul K. Factors related to cervical cancer screening of women in Ruso district Narathiwat province. [Master's Thesis, Faculty of Public Health]. Hatyai University; 2017. (in Thai).
26. Wangwonsin A, Jaruk M. Factors Effectuated to Cervical Cancer Screening Among Risk Group of Women in Nakhon Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021;13(1):100-13. (in Thai).
27. National Health Security Office. National Health Security System development report, budget 2021. [Internet]. [cited 2023 Mar 20]. Available from: http://www.nhso.go.th/operating_results/50. (in Thai).
28. Phiromsid N, Kunsiripunyo J, Tansiri P, Loungpantao K. Factors affected the decision making for cervical cancer screening among women at Suphanburi province. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2):95-108. (in Thai).
29. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. J Public Health 2013;43(2):175-87. (in Thai).
30. Gan DE, Dahlui M. Cervical screening uptake and its predictors among rural women in Malaysia. Singapore Med J 2013;54(3):163-8.
31. Thongthammachat N. Life in the contemporary condition of urban society. Veridian E-Journal Silpakorn University 2016;9(1):1669-87
32. Pittayapinune T, Changsan R, Wilaiprasong S. Factors affected the decision for cervical cancer screening among women in Singhanakhon district, Songkhla province. Thaksin J 2016;19(2):89-97. (in Thai).
33. Thepsiripan S. Factors affecting the behaviors of female personal for pap smear services in Bangkok Metropolitan Administration General Hospital. [Master's Thesis, Faculty of Science]. Kasetsart University; 2012. (in Thai).