



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

พัทธ์ธีรา เทพวงศ์

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

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

พัทธ์ธีรา เทพวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง 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

ผู้ประพันธ์ พัทธธีรา เทพวงศ์

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สินีนากู ขาวตระกูล

ประธานกรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณย์ ศรีจันทร์

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณย์ ศรีจันทร์)

คณบดี

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาพ สุทธานะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณย์ ศรีจันทร์ ที่ได้ให้คำปรึกษา คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ ในระหว่างการดำเนินการงานวิจัย ตลอดจนให้กำลังใจอันเป็นผลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ประชาชนทุกคน สำหรับความร่วมมือ และกรุณาเสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับวิทยานิพนธ์นี้ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาลายาวง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาตั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาแล ที่ได้ให้การสนับสนุนบุคลากร สถานที่ ช่วยเหลือ และแนะนำ อันเป็นผลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ การสนับสนุนทุนสนับสนุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ และดุขุณีพนธ์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และขอขอบพระคุณคณาจารย์สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ทุก ๆ ท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ทุก ๆ ท่าน ที่เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือ แนะนำ และอำนวยความสะดวกในทุก ๆ ขั้นตอน ให้เป็นไปอย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ

พัทธ์ธีรา เทพวงศ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ผู้ประพันธ์	ปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย
หลักสูตร	พัทธธิดา เทพวงศ์
อาจารย์ที่ปรึกษา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช
	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณีย์ ศรีจันทร์

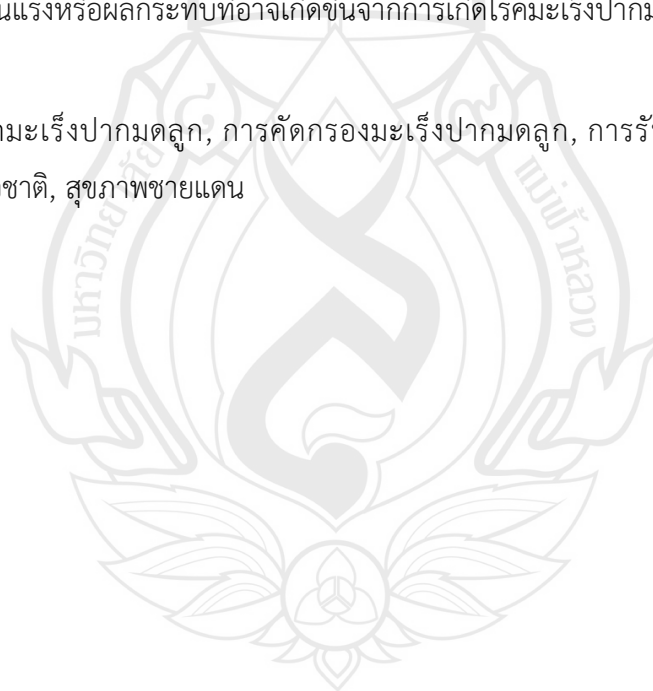
บทคัดย่อ

จากสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2563 มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 3 มีอัตราการตายเฉลี่ยปี พ.ศ. 2554 – 2563 อยู่ที่ 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน ในขณะที่อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ 10.82 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับประเทศ การศึกษาวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 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 หรือ Fisher's Exact test เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์เบื้องต้น จากนั้นใช้ Logistic regression สำหรับใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย จากผลการศึกษาพบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 43.0 เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้รับบริการที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 0.26 เท่า (95% CI: 0.13-0.52) ผู้ที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการน้อยกว่า 5 นาที เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการมากกว่า 6 นาที 2.03 เท่า (95% CI: 1.19-3.43) ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร 1.78 เท่า (95% CI: 1.06-2.96) ผู้ที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเองเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง

1.95 เท่า (95% CI:1.01-3.77) และผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ - ปานกลาง คิดเป็น 4.37 เท่า (95% CI: 2.22-8.60)

จากการศึกษาครั้งนี้ พบอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 43.0 นั้น นับเป็นอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ อันเนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ อีกทั้งในพื้นที่ห่างไกลยังพบว่า มีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ทั้งข้อจำกัดทางด้านภาษา ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ ดังนั้นควรรณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเชื้อชาติอื่น ๆ ให้เข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตัวเองเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่กลุ่มเป้าหมายได้ รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรุนแรงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ: โรคมะเร็งปากมดลูก, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, เชื้อชาติ, สุขภาพชายแดน



Thesis Title	Factors Associated with Cervical Cancer Screening Among Women Aged 30-60 Years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province
Author	Phattera Theppawong
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Assistant Professor Pilasinee Wongnuch, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Peeradone Srichan, Ph. D.

ABSTRACT

According to the statistics from Thailand in 2020, cervical cancer is the third most common cancer, with an average mortality rate from 2011 to 2020 of 6.77 per 100,000 women. In contrast, Wiang Kaen District, Chiang Rai Province, has a cervical cancer mortality rate of 10.82 per 100,000 women, which is higher than the national rate. The purpose of this research study is to investigate the factors associated with cervical cancer screening services among women aged 30-60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province. This is a cross-sectional study conducted from April to September 2024. The total sample size was 414 women residing in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province. Data collection was carried out using a questionnaire, and the data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. The relationship between factors and cervical cancer screening participation was analyzed using inferential statistics, chi square including Fisher's Exact Test to test for initial associations, followed by Logistic Regression to test the relationships between variables. The study found that 43.0% of women aged 30-60 years in the area participated in cervical cancer screening. When analyzing the factors associated with cervical cancer screening participation, women of Thai ethnicity were 0.26 times more likely to participate in screening compared to women of other ethnicities/nationalities (95% CI: 0.13-0.52). Women who took less than 5 minutes to travel to the service facility were 2.03 times more likely to participate in cervical cancer

screening than those who took more than 6 minutes to get there (95% CI: 1.19-3.43). Non-farmers were 1.78 times more likely to participate in cervical cancer screening than farmers (95% CI: 1.06-2.96). Women who had previously used a self-testing kit for cervical cancer screening were 1.95 times more likely to participate in cervical cancer screening than those who had never used the self-testing kit (95% CI: 1.01-3.77). Lastly, women with high awareness of the severity of cervical cancer were 4.37 times more likely to participate in cervical cancer screening compared to those with low to moderate awareness (95% CI: 2.22-8.60).

This study found that the cervical cancer screening rate among women aged 30-60 years in Wiang Kaen District, Chiang Rai Province, was 43.0%, which is lower than the standard set by the Ministry of Public Health. Border or remote areas have lower screening rates compared to other regions due to factors such as limited access to information and inconvenience in accessing services. Additionally, remote areas have a large population of ethnic minorities, who face challenges in accessing healthcare services due to language barriers, understanding, and service availability. Therefore, it is recommended to promote cervical cancer screening services, especially for ethnic minority groups in these areas. The provision of self-testing kits for cervical cancer screening should also be supported to make the service more accessible to the target groups. Moreover, raising awareness about the severity and potential impacts of cervical cancer is essential to encourage participation in screening.

Keywords: Cervical Cancer Cervical, Cancer Screening, Awareness of Disease Severity, Ethnicity, Border Health

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 ขอบเขตของงานวิจัย	4
1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	4
1.5 กรอบแนวคิดงานวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรค	7
2.2 สถานการณ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	10
2.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอำเภอเวียงแก่น	13
2.4 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	16
2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	21
3 ระเบียบวิธีวิจัย	28
3.1 รูปแบบการศึกษา	28
3.2 พื้นที่ศึกษา	28
3.3 ระยะเวลาในการศึกษา	29
3.4 ประชากรในการศึกษา	29
3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	29
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	31
3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย	32
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	34
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	35
3.10 จริยธรรมการวิจัย	35
4 ผลการศึกษา	37
4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม	37

สารบัญ

บทที่	หน้า
4.2 เหตุผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	43
4.3 เหตุผลการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	46
4.4 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	48
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49
4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัย	55
5 สรุปและอภิปรายผลของการศึกษาวิจัย	62
5.1 อภิปรายผล	62
5.2 สรุปผลการศึกษา	71
5.3 ข้อเสนอแนะ	71
รายการอ้างอิง	73
ภาคผนวก	79
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์	79
ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรง (VALIDITY)	80
ภาคผนวก ค ความเชื่อมั่น (RELIABILITY)	84
ภาคผนวก ง หนังสือคำชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ	85
ภาคผนวก จ หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย	90
ภาคผนวก ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย	91
ประวัติผู้ประพันธ์	101

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 เกณฑ์การประเมิน	10
2.2 ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2561 – 2565	11
2.3 ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2566 – 2570	12
3.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	31
3.2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในการทดสอบเครื่องมือในการศึกษา	34
4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 414)	37
4.2 แสดงจำนวนและร้อยละเหตุการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของผู้ที่เข้ามาใช้บริการและประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 178)	43
4.3 แสดงจำนวนและร้อยละเหตุการณ์การไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ (n = 236)	46
4.4 แสดงจำนวนและร้อยละแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 414)	48
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 414)	50
4.6 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ใน พื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ (n= 414)	55

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย	6
2.1 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2565 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)	11
2.2 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2566 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)	12
2.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอำเภอเวียงแก่น	13
2.4 ข้อมูลอัตราการป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2562 ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)	14
2.5 อัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2560-2564 ข้อมูลจากสถิติสุขภาพคนไทยระดับพื้นที่	15
2.6 อัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2564 ข้อมูลจากสถิติสุขภาพคนไทยระดับพื้นที่	15
2.7 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	16

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งถือว่าเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต อันดับต้น ๆ ของคนทั่วโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 9.6 ล้านคน โดยโรคมะเร็งที่พบบ่อยใน 5 อันดับแรกของโลก ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งต่อมลูกหมาก และมะเร็งกระเพาะอาหาร ในบรรดาผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 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 คน¹

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สร้างผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม จากรายงานของศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่าสตรีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 45.7 สูญเสียรายได้เนื่องจากการเจ็บป่วย และอีกร้อยละ 71 ต้องประสบกับปัญหาด้านการเงินอันเนื่องมาจากค่ารักษาพยาบาล² ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งของสถิติสุขภาพคนไทย ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาระหว่างปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2563 พบว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งในผู้หญิง ที่พบมากที่สุด 5 อันดับ คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก³ จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงไทย โดยช่วงอายุที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือช่วงอายุ 40 – 50 ปี และในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นและพบในช่วงอายุน้อยลงไปหรือพบได้ในช่วงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป⁴ โรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มของอัตราการตาย ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 – 2563 อยู่ที่ 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และในจังหวัดเชียงรายอยู่ที่ 7.86 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน³ โดยสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุด คือ 16 และ 18 โดยพบสูงถึง ร้อยละ 70 ซึ่งการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้เกือบทั้งหมดเกิดจากการมี

เพศสัมพันธ์ โดยเชื้อจะเข้าทางผิวหนังที่มีรอยแผล หรือรอยถลอก แต่ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 จะหายได้เองภายใน 2 ปี โดยการทำงานของภูมิคุ้มกันของร่างกาย ในกรณีที่เชื้อไวรัสชนิดนี้ไม่หายไป เป็นการติดเชื้อแบบฝังแน่น ในระยะเวลานาน 5-10 ปี จะทำให้เซลล์ปากมดลูกมีความผิดปกติ และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด⁵

ในขณะที่ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายภายในปี พ.ศ. 2573 ทุกประเทศจะต้องมี อุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า 4 รายต่อผู้หญิง 100,000 ราย และโดยทั่วไปหากได้รับการ วินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจาก โรคมะเร็งระยะเริ่มแรกได้มากถึงร้อยละ 80 เพื่อเป็นการลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก องค์การอนามัยโลกจึงได้เสนอแนวทางสามประการ ด้วยยุทธศาสตร์ 90-70-90 คือ ร้อยละ 90 ของ เด็กผู้หญิงได้รับวัคซีน HPV ครบ เมื่ออายุ 15 ปี ร้อยละ 70 ของผู้หญิงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงเมื่ออายุ 35 ปี และอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี และร้อยละ 90 ของ ผู้หญิงที่ระบุว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกได้รับการรักษา กล่าวได้ว่า หากมีการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ มีความถี่ของการตรวจติดตามที่เหมาะสม ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป และมีระบบ การส่งต่อที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอุบัติการณ์ของโรค และลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกลง ได้⁶ ดังการศึกษาในประเทศอังกฤษที่พบว่า ในสตรีอายุ 35-64 ปี ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นประจำช่วยลดอัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่มได้ร้อยละ 67 และมะเร็งปากมดลูกระยะ 3 หรือระยะที่แย่กว่าได้ร้อยละ 95 สำหรับอัตราการเสียชีวิต การตรวจคัดกรองสามารถป้องกันการ เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกทุกช่วงอายุได้ร้อยละ 70 อย่างไรก็ดี หากผู้หญิงทุกคนเข้ารับการ ตรวจคัดกรองเป็นประจำ จะสามารถป้องกันได้ถึงร้อยละ 83⁷

ในขณะที่ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (สปสช.) มุ่งหวังให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ทั่วถึง ครอบคลุมร้อยละ 80 แก่กลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ โดยได้กำหนดในตัวชี้วัดสาขาโรคมะเร็ง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2566-2570 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหาและระยะเริ่มต้น ให้สตรีช่วง อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองทุก ๆ 5 ปี⁵ แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจคัด กรองยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะช่วย ให้ตรวจหาความเสี่ยงและมะเร็งระยะเริ่มต้นได้เร็ว ทำให้ได้รับการรักษาที่เร็วก่อนที่จะลุกลามและลด อัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้^{4,8}

ข้อมูลสถิติการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย พบว่าอัตราการเข้ารับการ ตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยในปี พ.ศ. 2566 ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข สาขาโรคมะเร็งกำหนดให้มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งภาพรวมประเทศไทยมีผู้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ

46.71 เขตสุขภาพที่ 1 มีผู้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 67.52⁹ จังหวัดเชียงรายมีผู้เข้ารับการคัดกรองร้อยละ 74.46 ซึ่งมี 17 อำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดกำหนด แต่มีเพียง 1 อำเภอที่พบว่ามีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด คืออำเภอเวียงแก่น อีกทั้งยังพบว่าอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีอัตราการตายอยู่ที่ 10.82 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2564 ตำบลในอำเภอเวียงแก่น ที่พบว่ามีอัตราการตายมากที่สุดคือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ พบอัตราการตายอยู่ที่ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ³

จากข้อมูลสถิติในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พบว่าร้อยละของผู้เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 60.96¹⁰ เหลือร้อยละ 57.36 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดที่ร้อยละ 60 และเมื่อดูสถิติการเข้ารับการคัดกรองแยกรายตำบล ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า การเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอเวียงแก่น มี 2 ตำบลที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข คือ ตำบลท่าข้าม ร้อยละ 58.60 และตำบลปอ ร้อยละ 47.43¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่าจากข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2564 ตำบลท่าข้ามและตำบลปอมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดในอำเภอเวียงแก่น คือ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ³

อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ในเขตชายแดนระหว่างประเทศไทยและลาว มีความหลากหลายของประชากร ทั้งประชากรกลุ่มชนชาติพันธุ์ แรงงานข้ามชาติ รวมถึงกลุ่มคนไร้สัญชาติ ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มเปราะบางมีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงสิทธิในการรับบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อ้อยละ 70 ของประชากรเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าต่าง ๆ รวม 6 ชนเผ่า ได้แก่ ชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง เย้า ไทลื้อ มูเซอ ขมุ จินฮ้อ ส่วนที่เหลือเป็นชาวพื้นเมืองล้านนา และชาวไทยเชื้อสายลาวที่อพยพถิ่นฐานเข้ามาอยู่ในอำเภอเวียงแก่น นอกจากนี้ยังพบประชากรที่ไม่มีบัตรไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นบุคคลไร้สัญชาติอีกร้อยละ 30¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา รายงานเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่อำเภอเวียงแก่นยังมีอยู่อย่างจำกัด ในขณะที่พื้นที่อำเภอเวียงแก่นยังพบปัญหาการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีแนวโน้มผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองลดน้อยลง และไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด รวมถึงเป็นอำเภอที่มีอัตราการตายโดยโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าระดับจังหวัดและประเทศ อีกทั้งยังเป็นอำเภอที่มีประชากรกลุ่มเปราะบางที่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ด้วยข้อจำกัดและความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประมาณการค่าความชุกและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัด

เชียงราย โดยคาดว่าจะผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยให้บริการทางสุขภาพ สามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่อไปได้ และสามารถลดอัตราการจากโรคมะเร็งมะเร็งปากมดลูกในอนาคตได้

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อประมาณค่าความชุกของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

1.2.2 เพื่อระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study) ในกลุ่มประชากรเพศหญิง อายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 414 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้อ่านและตอบเอง โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยอธิบายข้อความเมื่อผู้ตอบแบบสอบถามไม่เข้าใจในเนื้อหา และยืนยันข้อมูลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2566 ของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลจากการบันทึกเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย หล่ายหงาว ผาตั้ง และท่าข้าม

1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

มะเร็งปากมดลูก คือ รอยโรคที่เกิดขึ้นบริเวณมดลูก ช่องคลอด และปากมดลูก โดยส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส *Human Papillomavirus* (HPV) ซึ่งมักจะติดต่อทางเพศสัมพันธ์¹³

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจหาเชื้อ *Human Papillomavirus* (HPV) ในระดับโมเลกุล (HPV DNA Testing) ทั้ง 14 สายพันธุ์ ซึ่งมีวิธีการตรวจเหมือนการตรวจภายใน คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูก ส่งตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติ โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁵

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายช่วงอายุตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) กำหนดไว้⁵

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง หมายถึง โอกาสในการเกิดผลลัพธ์ด้านลบของเหตุการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจ โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง การประเมินความรุนแรงของผลกระทบจากเหตุการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจ โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

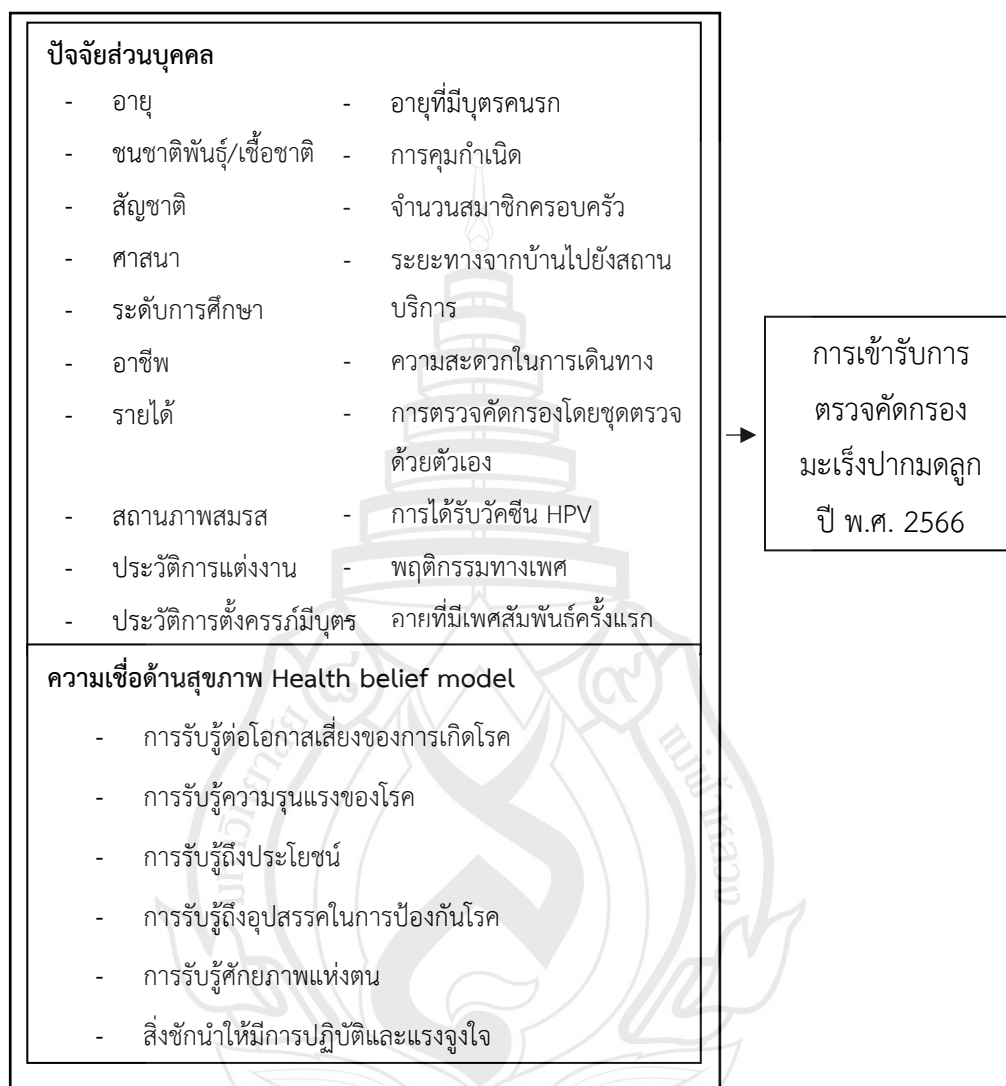
การรับรู้ถึงประโยชน์ หมายถึง การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

การรับรู้ถึงอุปสรรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อเหตุการณ์ในทางลบ โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

การรับรู้ศักยภาพแห่งตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลว่าตนเองมีความสามารถ มีศักยภาพ โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ หมายถึง สิ่งที่ชักนำให้เกิดการกระทำ โดยวัดได้จากข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และคิดตามเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ

1.5 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของประชากรสตรีอายุ 30 – 60 ปี ในเขตพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรค

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรค

2.1.2 สถิติและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1.3 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1.4 มาตรการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน

2.2 สถานการณ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอำเภอยางชุมน้อย

2.4 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับโรค

2.1.1 โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นบริเวณอวัยวะเพศของสตรี เป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นกับเซลล์ปากมดลูกซึ่งอยู่บริเวณช่วงล่างของมดลูก และเชื่อมต่อกับช่องคลอด โดยเนื้อเยื่อหรือเซลล์เกิดความผิดปกติและกลายเป็นเซลล์มะเร็ง จะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคนี้อได้ โดยในระยะแรกที่เป็นมักจะไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ แต่ในภายหลังเมื่อเป็นหนักมากขึ้นร่างกายจะเริ่มแสดงอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกผิดปกติ หรือตกขาวผิดปกติ และอาจมีอาการปวดร่วมด้วยได้ โดยสาเหตุหลักของการเป็นมะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อ *Human Papillomavirus (HPV)* ซึ่งมีไม่ต่ำกว่า 14 สายพันธุ์ และสายพันธุ์ที่พบบ่อยที่สุดคือ 16 และ 18 โดยพบสูงถึง ร้อยละ 70 ซึ่งการติดเชื้อไวรัสชนิดนี้เกือบทั้งหมดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเชื้อจะเข้าทางผิวหนังที่มีรอยแผล หรือรอยถลอก แต่ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 จะหายได้เองภายใน 2 ปี โดยการทำงานของภูมิคุ้มกัน

ของร่างกาย ในกรณีที่เชื้อไวรัสนี้ไม่หายไป เป็นการติดเชื้อแบบฝังแน่น ในระยะเวลานาน 5-10 ปี จะทำให้เซลล์ปากมดลูกมีความผิดปกติ และอาจกลายเป็นมะเร็งในที่สุด⁵ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกก่อนที่จะมีอาการ เป็นการตรวจหาโรครยะก่อนเป็นมะเร็งและมะเร็งระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถรักษาและป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ รวมถึงได้รับการรักษาก่อนที่มะเร็งจะลุกลามได้^{4,8}

2.1.2 สถิติและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงไทย โดยช่วงอายุที่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 40 – 50 ปี และในปัจจุบันพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นและพบในช่วงอายุน้อยลงไปหรือพบได้ในช่วงอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป⁴ โรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มของอัตราการตาย ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2554 – 2563 อยู่ที่ 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และในจังหวัดเชียงใหม่อยู่ที่ 7.86 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน อำเภอยะรังแก่น มีอัตราการตายอยู่ที่ 10.82 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2564 ตำบลในอำเภอยะรังแก่น ที่พบว่ามีอัตราการตายมากที่สุด คือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ พบอัตราการตายอยู่ที่ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ³

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก หากเป็นระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือมะเร็งปากมดลูกระยะต้น แพทย์จะใช้วิธีการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสหายสูง หากเป็นมะเร็งระยะกลาง การรักษาส่วนใหญ่ จะใช้การฉายรังสีรักษาร่วมกับให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งผลการรักษาอยู่ในเกณฑ์ดี แต่หากเป็นมะเร็งระยะสุดท้าย การรักษาส่วนใหญ่ทำได้เพียงแค่ประคับประคองอาการ บำบัดอาการเจ็บปวดของผู้ป่วยเท่านั้น⁸

2.1.3 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การตรวจหาเซลล์เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกที่มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่เซลล์มะเร็ง หรือเซลล์ที่ผิดปกติ โดยการตรวจทางเซลล์วิทยา แบ่งเป็น 3 วิธี คือ แบบ conventional Papanicolaou smear, visual inspection with acetic acid (VIA) และ liquid-based cytology การตรวจแบบ liquid-based cytology มีข้อดี คือ ลดปัญหาการเก็บตัวอย่างที่ไม่เพียงพอ ลดอัตราการเกิดผลลบลง และระยะเวลาการวินิจฉัยของนักเซลล์วิทยาได้มากกว่า นอกจากนี้ ในกรณีที่ผลตรวจทางเซลล์วิทยาผิดปกติ ยังสามารถนำสิ่งส่งตรวจที่เป็นของเหลวไปตรวจหาเชื้อ HPV ต่อได้ ซึ่งเรียกว่า HPV DNA testing โดยในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองเป็นไปได้อย่างทั่วถึง มีความครอบคลุม

อย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ โดยสตรี อายุระหว่าง 30-60 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้งทุก ๆ 5 ปี⁶

โดยอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลดลงได้ หากมีการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ (organised screening) ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ของการตรวจ ติดตามที่เหมาะสม และมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ⁶ ด้านกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มุ่งหวังให้มีการตรวจคัดกรองที่ทั่วถึง ครอบคลุมร้อยละ 80 แก่กลุ่มเป้าหมายทั่วประเทศ โดยได้กำหนดในตัวชี้วัดสาขาโรคมะเร็ง แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพปี พ.ศ. 2566-2570 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองทุก ๆ 5 ปี⁵ แต่อย่างไรก็ตาม จำนวนสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะจะช่วยให้ตรวจหาความเสี่ยงและมะเร็งระยะเริ่มต้นได้เร็ว ทำให้ได้รับการรักษาที่เร็วก่อนที่จะลุกลามได้⁴

2.1.4 มาตรการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน

ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ของกระทรวงสาธารณสุขที่กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง⁵ มีนโยบายให้ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการ โดยกำหนดโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 19 สาขา โดยกำหนดเป้าหมายสำคัญ 3 ประการคือ ลดอัตราการตาย ลดอัตราการป่วย ลดระยะเวลาการรอคอย และได้กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนผ่าน 7 ยุทธศาสตร์ ซึ่งประกอบด้วย

2.1.4.1 ยุทธศาสตร์ ที่ 1 การป้องกันและรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยง (Primary Prevention)

2.1.4.2 ยุทธศาสตร์ ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection)

2.1.4.3 ยุทธศาสตร์ ที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็ง (Cancer Diagnosis)

2.1.4.4 ยุทธศาสตร์ ที่ 4 การรักษาโรคมะเร็ง (Cancer Treatment)

2.1.4.5 ยุทธศาสตร์ ที่ 5 การดูแลเพื่อประคับประคองผู้ป่วย (Palliative Care)

2.1.4.6 ยุทธศาสตร์ ที่ 6 สารสนเทศโรคมะเร็ง (Cancer Informatics)

2.1.4.7 ยุทธศาสตร์ ที่ 7 การวิจัยด้านโรคมะเร็ง (Cancer Research)

ในการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคมะเร็งได้กำหนดตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผล สถานบริการทุกแห่ง จำเป็นต้องเข้าใจการวัดผลตามตัวชี้วัดที่เหมือนกัน ดังนั้นกรมการแพทย์ โดยสถาบันมะเร็งแห่งชาติ จึงได้จัดทำนิยามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคมะเร็งฉบับปี 2566-2570 นี้ขึ้นมาเพื่อเกิด

ความชัดเจน ความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือหรือแนวทางในการจัดเก็บข้อมูลแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่นำมาสังเคราะห์มีแหล่งที่มาตรงกัน

โดยยุทธศาสตร์ที่ใช้ในการเป็นมาตรฐานกำหนดเกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งนั้น คือ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายของผู้ที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น

1. เกณฑ์เป้าหมายการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

- 1) ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง
- 2) ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่งกล้อง

Colposcopy

2. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย สตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี

3. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- 1) จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี (ตามเป้าหมายรายปี)
- 2) จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 3) จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ 30-60 ปี ที่มีผลการตรวจผิดปกติ
- 4) จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติจะต้องได้รับการส่งกล้อง

Colposcopy

4. เกณฑ์การประเมิน

ตารางที่ 2.1 เกณฑ์การประเมิน

การคัดกรองมะเร็ง	ผลงาน	2566	2567	2568	2569	2570
- ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	≥60	≥70	≥80	≥80	≥80
- ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับการส่งกล้อง colposcopy	ร้อยละ	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70

2.2 สถานการณ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

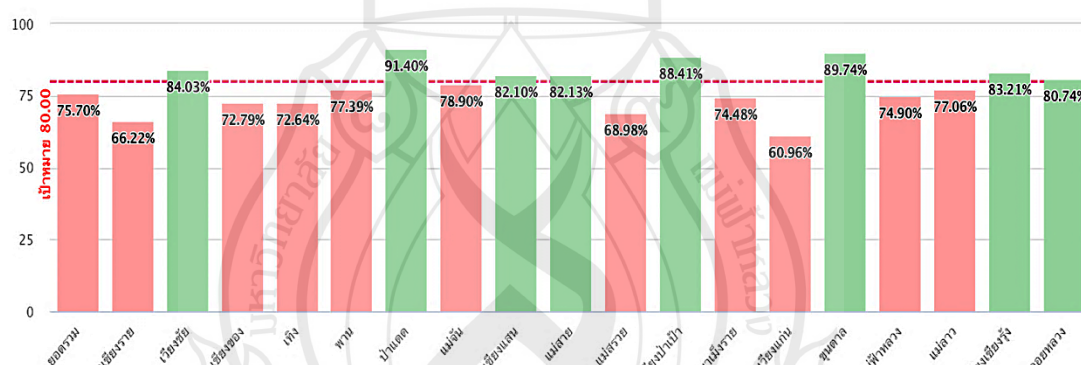
2.2.1 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประจำปี พ.ศ. 2565

ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2561 – 2565¹⁴ ได้กำหนดเกณฑ์ โดยวัดจากความครอบคลุมของประชากรที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (ในปี พ.ศ. 2558 – 2562 กำหนดการคัดกรองสะสม

ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และปี พ.ศ. 2563 – 2567 กำหนดการคัดกรองสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ต่อปี)

ตารางที่ 2.2 ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2561 – 2565

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
ตรวจปากมดลูก	ตรวจปากมดลูก	ตรวจปากมดลูก	ตรวจปากมดลูก	ตรวจปากมดลูก
ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม	ครอบคลุม
กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย
≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 80	≥ร้อยละ 20	≥ร้อยละ 40	≥ร้อยละ 60
(จำนวนสะสมปี 2558-2561)	(จำนวนสะสมปี 2558-2561)		(จำนวนสะสมปี 2563-2564)	(จำนวนสะสมปี 2563-2564)



ที่มา ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)

ภาพที่ 2.1 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พ.ศ. 2565

โดยสถานการณ์การตรวจคัดกรองของจังหวัดเชียงราย ประจำปี พ.ศ. 2565 จะเห็นได้ว่าหลายอำเภอในจังหวัดเชียงรายมีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด¹⁰ โดยมีผู้เข้ารับการคัดกรอง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ร้อยละ 75.70 ซึ่งตัวชี้วัดที่กำหนดให้มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่า ร้อยละ 60 ขึ้นไป

2.2.2 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประจำปี พ.ศ. 2566

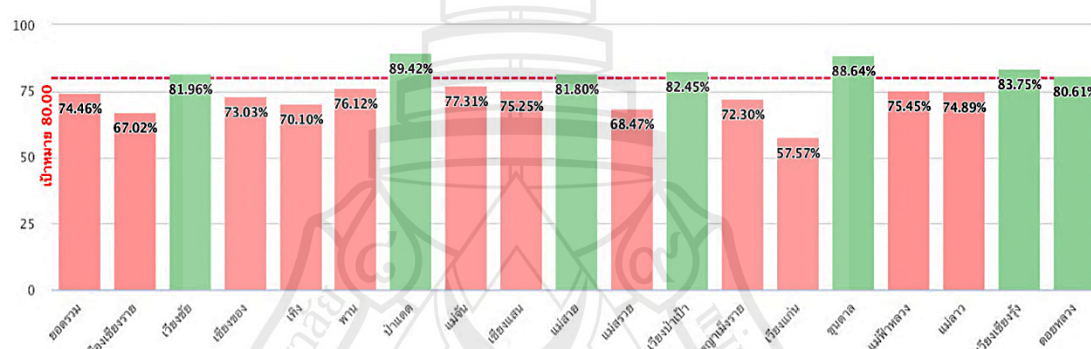
ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ. 2566 – 2570 ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายของการตรวจคัดกรอง⁵ ดังนี้

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง

2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง (Colposcopy)

ตารางที่ 2.3 ตามตัวชี้วัดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service plan สาขาโรคมะเร็ง ประจำปี พ.ศ.2566 – 2570

การคัดกรองมะเร็ง	2566	2567	2568	2569	2570
ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
	≥60	≥70	≥80	≥80	≥80
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติได้รับ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
การส่องกล้อง colposcopy	≥70	≥70	≥70	≥70	≥70



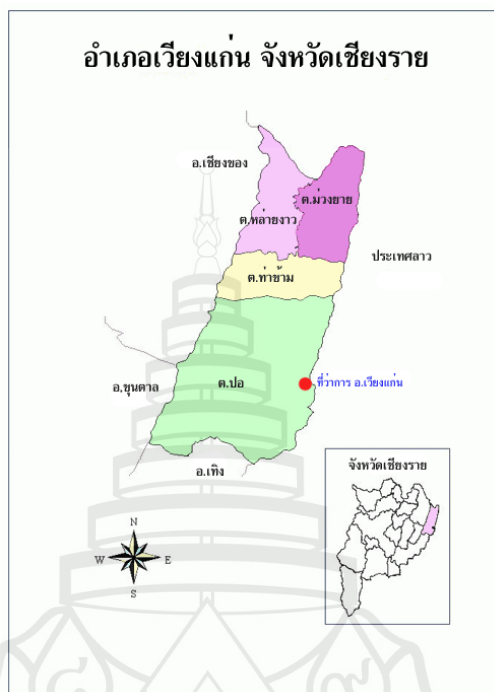
ที่มา ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)

ภาพที่ 2.2 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2566

โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดเชียงราย โดยเกณฑ์กำหนดให้มีผู้เข้ารับการเข้าคัดกรอง มากกว่าร้อยละ 60 ซึ่งจังหวัดเชียงรายมีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียง ร้อยละ 74.46¹¹ มี 1 อำเภอในจังหวัดเชียงรายที่มีจำนวนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด คือ อำเภอเวียงแก่น มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองเพียง 57.36¹¹

และจากสถิติทั้งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 และ 2566 นั้น จะเห็นว่าอำเภอเวียงแก่น มีผู้เข้ารับการคัดกรองเพียงร้อยละ 60.96 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ซึ่งผ่านเกณฑ์มาเพียง 0.96 และปี พ.ศ. 2566 มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 57.36 ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอำเภอเวียงแก่น



ที่มา เว็บไซต์โรงพยาบาลเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย¹²

ภาพที่ 2.3 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับอำเภอเวียงแก่น

2.3.1 ข้อมูลทั่วไป

อำเภอเวียงแก่นเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือของจังหวัดเชียงราย มีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นทั้งที่ราบลุ่ม มีแม่น้ำยาวไหลผ่าน และเป็นภูเขาสลับซับซ้อนของดอยยาว และดอยผาหม่น มีชายแดนติดต่อกับประเทศลาว และมีแม่น้ำโขงเป็นพรมแดนธรรมชาติ นอกจากนี้ อำเภอเวียงแก่นยังเป็นแหล่งผลิตพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ส้มโอ ซึ่งมีชื่อเสียงทั้งในระดับจังหวัดและประเทศ โดยอำเภอเวียงแก่นมี 4 ตำบล 41 หมู่บ้าน มีพื้นที่ 526 ตารางกิโลเมตร¹² แบ่งตามตำบลได้ดังนี้ ตำบลม่วงยาย ตำบลห้วยยาว ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ จำนวน 10 แห่ง แบ่งตามตำบลได้ดังนี้

1. ตำบลม่วงยาย : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยลึก
2. ตำบลห้วยยาว : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาว
3. ตำบลท่าข้าม : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม

4. ตำบลปอ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านร่มฟ้าทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาตั้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปางปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผาแล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยหาน

2.3.2 ข้อมูลด้านประชากร

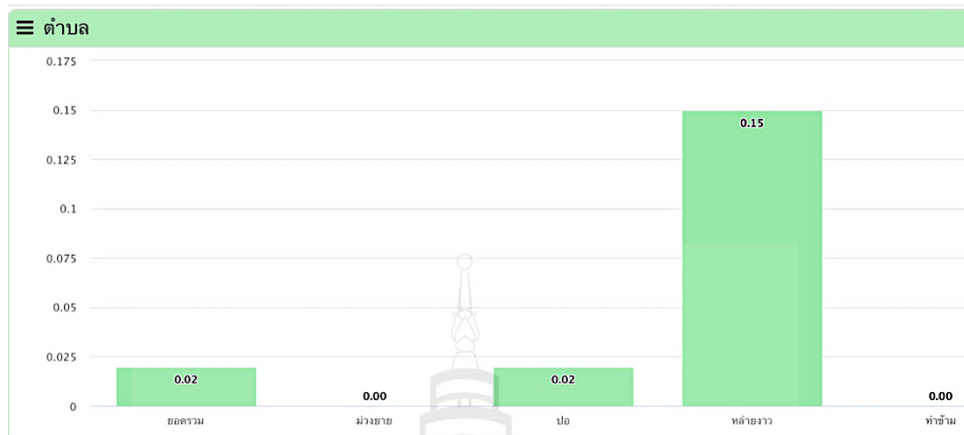
อำเภอเวียงแก่นมีประชากรที่ขึ้นทะเบียน 33,600 คน ส่วนใหญ่ประชากรเป็นชาวไทยภูเขาเผ่าต่าง ๆ รวม 6 ชนเผ่า ได้แก่ เผ่าม้ง เผ่าไทลื้อ มูเซอ ขมุ และจีนฮ่อ คิดเป็นร้อยละ 70 ส่วนที่เหลือเป็นชาวพื้นเมืองล้านนา และเป็นชาวไทยเชื้อสายลาวที่ข้ามฝั่งมาแต่งงานกับชาวพื้นเมืองล้านนา นอกจากนี้อำเภอเวียงแก่นยังมีประชากรที่ไม่มีบัตร และยังไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งเป็นลักษณะปกติของโรงพยาบาลที่อยู่ชายแดน ประชากรส่วนใหญ่ในอำเภอเวียงแก่นนับถือศาสนาพุทธ และศาสนาคริสต์ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การทำสวนส้มโอ การเพาะปลูกข้าวเหนียว ข้าวเจ้า ผลไม้เมืองหนาว และมีอาชีพรอง คือ การทอผ้า หัตถกรรมชาวเขา เครื่องจักสาน เครื่องเงิน การแปรรูปผลิตภัณฑ์จากส้มโอ และกล้วย และรับจ้างทั่วไป¹²

2.3.3 ข้อมูลด้านสุขภาพ

อำเภอเวียงแก่นพบว่ามียัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 0.02 โดยพบที่ตำบลห้วยนาง ร้อยละ 0.15 และตำบลปอ ร้อยละ 0.02³

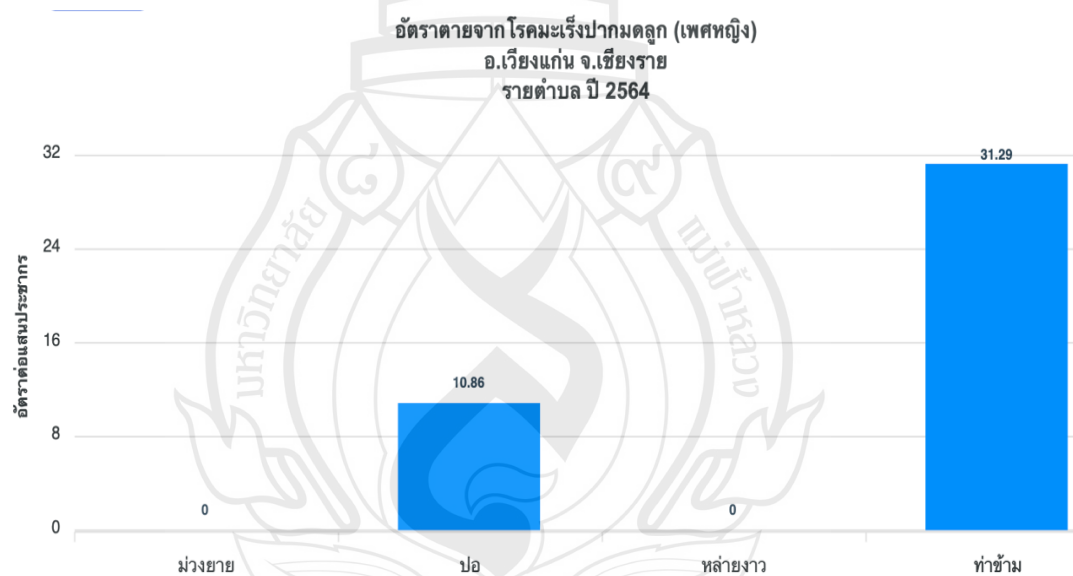
อีกทั้งยังพบว่าอำเภอเวียงแก่นมียัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 10.82 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน โดยอัตราการตายของอำเภอเวียงแก่น รายตำบลนั้นพบว่าตำบลที่มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ พบอัตราการตายอยู่ที่ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ตามลำดับ³

อัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกต่อประชากร จังหวัดเชียงราย อำเภอเวียงแก่น ปีงบประมาณ 2562



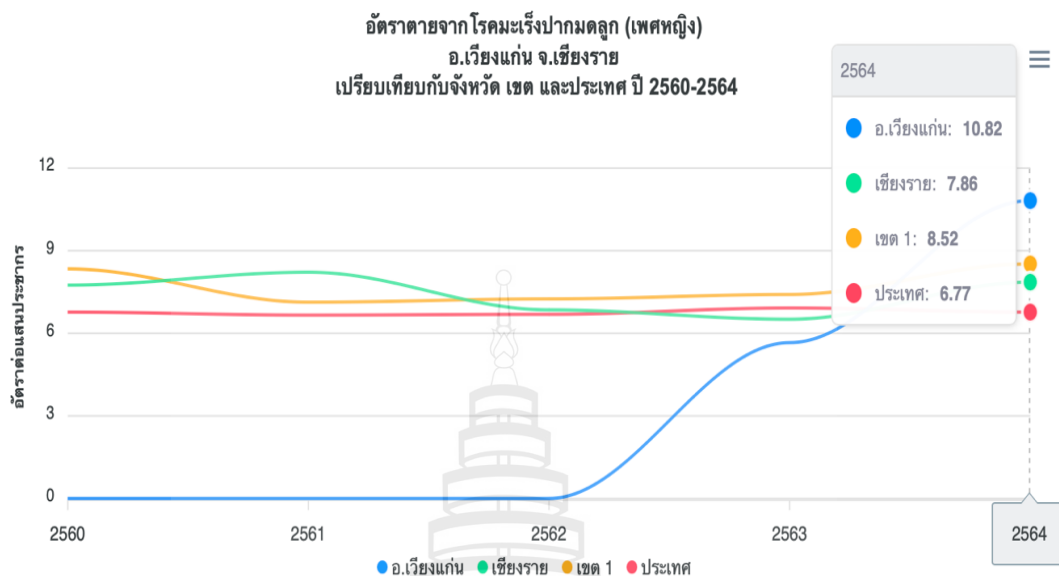
ที่มา ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ จังหวัดเชียงราย (HDC จังหวัดเชียงราย)

ภาพที่ 2.4 ข้อมูลอัตราการป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2562



ที่มา ข้อมูลจากสถิติสุขภาพคนไทยระดับพื้นที่

ภาพที่ 2.5 อัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกอำเภอเวียงแก่นจังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2560-2564

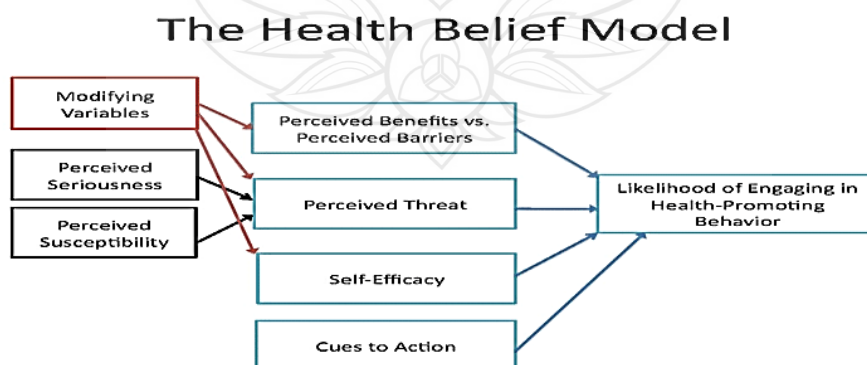


ที่มา ข้อมูลจากสถิติสุขภาพคนไทยระดับพื้นที่

ภาพที่ 2.6 อัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย พ.ศ. 2564

การดำเนินงานในส่วนการตรวจคัดกรองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น ทั้ง 10 แห่งนั้น พบว่าการรณรงค์ และประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายภายในหมู่บ้าน และจะมีการดำเนินการตรวจคัดกรองในช่วงเดือน มกราคม ถึงเดือนมีนาคม ของทุกปี ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.4 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



ภาพที่ 2.7 แสดงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.4.1 ประวัติความเป็นมาของแนวคิดทฤษฎี

แนวคิดนี้เริ่มแรกสร้างขึ้นจากทฤษฎีเกี่ยวกับ “อวกาศของชีวิต” (Life Space) ซึ่งได้คิดขึ้นครั้งแรกโดยนักจิตวิทยา Kurt Lewin ซึ่งมีสมมติฐานว่าบุคคลจะหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ ที่บุคคลให้ค่านิยมเชิงบวก ในขณะที่เดียวกันจะหลีกเลี่ยงจากพื้นที่ที่มีค่านิยมเชิงลบ ซึ่งบุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพ ตามแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นมากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บุคคลจะต้องมีความรู้สึกล้วต่อโรคหรือรู้สึกว่าการคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพเป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior)¹⁵

2.4.2 องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สัมพันธ์กับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นความคิดความเชื่อของบุคคลว่าตนมีโอกาสที่จะเกิดโรคนั้น มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล¹⁶ ในการศึกษาเหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่ากลุ่มของสตรีที่มารับการตรวจคัดกรอง มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มของสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ภูรินทร์ สีกุล¹⁷ ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอมะนัง จังหวัดนราธิวาส พบว่าหากกลุ่มตัวอย่างทราบสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเสี่ยงอย่างไรบ้าง จะทำให้ตนเองนั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงส่งผลให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง และสอดคล้องกับการศึกษาของเยาวเรศ นันตา¹⁸ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แล้ว จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการ

เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการที่กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าการสำส่อนทางเพศเป็นสาเหตุสำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น

2.3.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิด ความเชื่อที่บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคที่มีต่อตนในด้านการเจ็บป่วย พิกการ เสียชีวิต ความยากลำบาก การเกิดโรคแทรกซ้อน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคว่ามีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง การประเมินความรุนแรงนั้น อาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ ญุนรินทร์ สีกุด¹⁷ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรง ส่งผลเชิงบวกกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นถึงความรุนแรงของโรค จากเพื่อนบ้านของตนเอง และตามสื่อต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น ในขณะที่การศึกษาของพุฒิดา พรหมวิอินทร์¹⁹ ศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มเคยตรวจคัดกรอง และกลุ่มไม่เคยตรวจไม่เคยมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าความเชื่อในการรับรู้ความรุนแรงที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น หรือยังไม่มีอาการของมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก

2.3.2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค เป็นความคิด ความเชื่อการกระทำตามที่รับคำแนะนำเป็นสิ่งที่มีความเสี่ยงหรือความรุนแรงลงได้ การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่า

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงประโยชน์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ ญุนรินทร์ สีกุด¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง จะส่งผลเชิงบวกกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นถึงความรุนแรงของโรคจากเพื่อนบ้านที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จึงทำให้กลัวและสนใจที่จะป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรค ในขณะที่การศึกษาของ รจเรข ธรรมกร่าง²⁰ ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง พบว่ากลุ่มทดลองโปรแกรมให้ความรู้ การรับรู้ถึง

ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมารับการตรวจคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ²¹ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนโดยพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในระดับต่ำจะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 4.16 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ผลดีในระดับสูง

2.3.2.4 การรับรู้ถึงอุปสรรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งเป็นความคิดความเชื่อว่าการกระทำตามที่ได้รับคำแนะนำนั้นเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และส่งผลด้านลบต่อตัวเอง

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ถึงอุปสรรคต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ ภูรินทร์ สีกุด¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ นั้น บ้านอยู่ใกล้กับสถานที่ให้บริการ สามารถเดินทางไปรับบริการได้อย่างสะดวก จึงไม่มีอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ วรไวย²² ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุดไผ่ จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองมารับการคัดกรองทุกคน การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีเกิดการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และเข้ารับการตรวจคัดกรอง การจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่การตรวจคัดกรองในหมู่บ้านเป็นการจัดบริการใกล้บ้าน ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความสะดวกสบายในการมารับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่าย และการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุ่น²³ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับน้อย มีโอกาสเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 4.49 เท่า ของกลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับมาก และการศึกษาของ ภูมณีน พุ่มสงวน²⁴ ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรอง มีการรับรู้อุปสรรคในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจ คือ รู้สึกอาย จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองฯ

2.3.2.5 การรับรู้ศักยภาพแห่งตน ความเชื่อของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะทำเพื่อให้บรรลุตามที่กำหนด

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ศักยภาพแห่งตนต่อการรับบริการตรวจคัดกรองจากการศึกษาของ ปริญญา รุ่งเรือง²⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ถึงความสามารถในการมาตรวจคัดกรองในระดับสูง จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง เป็น 2.28 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับต่ำ ทั้งนี้กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถในเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ว่าสามารถรับบริการได้ที่สถานบริการใกล้บ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

2.3.2.6 สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ เป็นเหตุการณ์ทั้งภายในภายนอกที่มากระตุ้นให้เกิดความพร้อมที่จะลงมือทำสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้สภาวะของร่างกายตัวเอง เช่น การมีอาการของโรค การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอก เช่น การได้รับข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชน หรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ

ได้มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจต่อการรับบริการตรวจคัดกรองจากการศึกษาของ เกษศรีจันทร์ วัชรพิมลมิตร²⁶ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าสิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อ หรือการกระตุ้นเตือนจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง และผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงจะแนะนำเพื่อนบ้าน หรือบอกให้สมาชิกในครอบครัว ให้สังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เพื่อเข้ารับการตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงศ์²⁷ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าการได้รับการรับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลภายนอก และการรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน และการศึกษาของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์²⁸ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่า และการศึกษาของ นรีพุ่มจันทร์²⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา พบว่ากลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามกว่าร้อยละ 64.49 เข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการศึกษาของกุนนที พุ่มสงวน²⁴ ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไร่ขิง จังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่กล่าวว่าการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสาเหตุที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมากที่สุด และการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล³⁰ ศึกษาปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 0.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

การนำแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ มาใช้ในการประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เพื่อประกอบการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การทำนายและอธิบาย พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติตัว ตามแนวคิดที่ได้อธิบายและยกตัวอย่างมาในข้างต้น

2.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ต่อ การรับบริการตรวจ จากการศึกษานันทิตา จันทะวงศ์²⁷ ที่ทำการศึกษหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 50-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30-39 ปี ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น จะเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มขึ้น แต่ในขณะที่งานวิจัยของสาวตรี พรสนศิริรักษ์²⁸ ศึกษาในสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มอายุที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองจะอยู่ในช่วงวัยกลางคน คือ อายุ 38-41 ปี และยิ่งอายุมากขึ้นจะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยลง

กลุ่มชนชาติพันธุ์ มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการ จากการศึกษานันทิตา อรรถอนุชิต³¹ ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน กรณีศึกษาชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดเชียงราย พบว่าชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงเมื่อมีอาการผิดปกติกับตัวเอง หรือไม่สบายนั้น จะเลือกการรักษาตัวเองด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลักของชุมชนก่อน คือ พิธีกรรมบำบัด สมุนไพรบำบัด โภชนบำบัด การบำบัดด้วยความร้อน กัวซาบำบัด และการใช้เหรียญฝรั่งประคบ มากกว่าการเข้ารับบริการในสถานบริการ และการศึกษาความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา³² พบว่าผู้หญิงจากชนชาติพันธุ์อื่น ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่เข้าใจว่าในการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีความจำเป็น กลัวและรู้สึกไม่สบายใจเนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปตรวจ ปัญหาด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ และการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นคนงาน³³ พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอุปสรรค

ของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น เนื่องจากแรงงานข้ามเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ที่มักจะถูกจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

สัญชาติ มีความสัมพันธ์ต่อ การรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ สุสันหา ยิ้มแย้ม³⁴ ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ จากการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่า เมื่อเจ็บป่วยแรงงานข้ามชาติ สตรีไทยใหญ่จะพยายามดูแลตนเอง จนกระทั่งอาการป่วยรุนแรงมากขึ้นหรืออาการไม่ทุเลา จึงจะมา รับตรวจรักษาในสถานบริการ

ศาสนา มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ ปิยธิดา จุลละปีย์³⁵ ที่ได้ศึกษาการยึดมั่นในหลักการศาสนาอิสลามและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีชาวไทยมุสลิม : กรณีศึกษาสตรีมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจคัดกรองตามคำแนะนำ เพียงร้อยละ 27.71 ซึ่งต่ำกว่า เกณฑ์ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ ร้อยละ 60 ซึ่งเป็นไปได้ว่าสตรีมุสลิมปฏิบัติตาม ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมที่ว่า “ผู้หญิงไม่ควรเปิดร่างกายให้คนอื่นเห็นนอกจากสามีของ ตนเอง” ซึ่งมีผลทำให้ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล³⁶ ทำการศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปริญญาตรี ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงความรู้เรื่องโรคและอันตรายของ โรค จากเจ้าหน้าที่หรือจากสื่อต่าง ๆ ที่รณรงค์ได้มากกว่า และการศึกษาของนิธิภา นิธิทรัพย์สกุล³⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยง มะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และกลุ่มที่มีระดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสไม่มาเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 0.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่ม ที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป

อาชีพ มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ ปริญานุช รุ่งเรือง²⁵ ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอาชีพที่มีเข้ารับการตรวจคัดกรองมากที่สุด คือ คือ อาชีพเกษตรกร และมากกว่าอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน

รายได้ มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช³⁷ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน จังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จะไปรับบริการตรวจคัดกรองน้อย

สุด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้างตามโรงงาน และเป็นกลุ่มคนหาเช้ากินค่ำ ทำให้ไม่สะดวกที่จะไปรับบริการตรวจคัดกรองในเวลาราชการที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล¹⁶ ศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ซึ่งอยู่ในช่วง 8,000–10,000 บาทต่อเดือน ประกอบกับอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เข้ารับการตรวจคัดกรองน้อย เพราะไม่สะดวกในการเข้ารับ บริการในเวลาราชการ และการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล³⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 8,000 บาท มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง เป็น 2.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 8,000 บาท

สถานภาพ และประวัติการแต่งงาน มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์²⁷ ที่ทำการศึกษากิจปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าสตรีกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสคู่ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่อาจได้รับแรงสนับสนุนจากคนใน ครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพุดิตา พรหมวิวัฒน์¹⁹ ทำการศึกษาการเปรียบเทียบความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ากลุ่มที่เคยตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสคู่ และการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง²⁵ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัด กรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่

ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตรและจำนวนบุตร มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ สุขุมล โพธิ์ทอง³⁸ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรี ในพื้นที่อำเภอ หลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการคัดกรอง ส่วนใหญ่ เคยตั้งครรภ์ 2 – 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.6 เนื่องจากสตรีทุกรายที่ตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับการตรวจหลังคลอดบุตร และจะได้รับข้อมูลที่ เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการ ตรวจคัดกรอง จากเจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงศ์²⁷ ศึกษาปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่สตรีกลุ่มเคยตั้งครรภ์เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคย ตั้งครรภ์ และการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุ่น²³ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่าสตรีอายุ

30 – 60 ปี อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร กล่าวว่ากลุ่มที่มีบุตรแล้วมีโอกาสมารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร 7.92 เท่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการตรวจหลังคลอด และจะได้รับการตรวจคัดกรองร่วมด้วย ทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจ และทำให้ไม่รู้สึกอายที่จะตรวจ

ประวัติการคุมกำเนิด มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช³⁷ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี พบว่าสตรีกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดถาวรและชั่วคราว เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่คุมกำเนิดมีการติดต่อรับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการชักจูงให้ตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิดา จันต๊ะวงศ์²⁷ ศึกษาในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี ที่ว่าสตรีกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากได้รับคำแนะนำ ความรู้ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จำนวนสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์²⁸ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ กล่าวว่าชาวมุสลิมจะอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่จะได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว

ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ และความสะดวกในการไปใช้บริการ มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของจิราพร ศรีพิบูลย์บัติ³⁹ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน โดยคนที่บ้านไกลจากศูนย์สุขภาพชุมชน จะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 2.46 เท่าของคนที่มีบ้านใกล้กับศูนย์สุขภาพชุมชน และการศึกษาของ พรรณี ปีนาค⁴⁰ ศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30 -60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าพื้นที่ในเขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกล ที่มีระยะห่างจากสถานบริการ มากกว่า 10 กิโลเมตรขึ้นไปนั้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง หรือการไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ

ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์²⁸ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ต่อโรคมะเร็งปาก

มดลูก/มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะไปตรวจคัดกรองซ้ำมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์/ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประวัติอาการผิดปกติ มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล³⁶ ศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่าสตรีกลุ่มที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรอง และกลุ่มที่ตรวจไม่สม่ำเสมอ นั้น มีเหตุผลคือไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม⁴¹ ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อความเชื่อด้านสุขภาพในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าหากไม่มีอาการผิดปกติไม่จำเป็นต้องตรวจ โดยกลุ่มตัวอย่างได้ให้ความสำคัญกับอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าการป้องกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ กุณนที พุ่มสงวน²⁴ ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไผ่ จังหวัดนครปฐม พบว่าเหตุผลของกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากตนเองไม่มีอาการผิดปกติใดๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เยาวเรศ นันทา¹⁸ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้าน ตำบล บ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองเลย มีถึงร้อยละ 8.8 โดยให้เหตุผล คือไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ประวัติการป่วยเป็นโรคมะเร็งของคนในครอบครัว มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล³⁶ พบว่าสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอส่วนใหญ่นั้นไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 85

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ พจมาน พิศาลประภา⁴² ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุน ทรัพยากรประโยชน์และความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA โดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเองในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ยอมรับการตรวจโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง และคิดว่าเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการลดอุปสรรคของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง จะสามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้

ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อ Human Papillomavirus (HPV) มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ Noriyo Kaneko⁴³ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงสาวชาวญี่ปุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงาน พบว่าการเคยฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อ

Human Papillomavirus (HPV) ส่งผลเชิงบวกต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการฉีดวัคซีนดังกล่าว ที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดขึ้นนั้น จะมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมด้วย แม้ว่าจะได้รับวัคซีน HPV แล้วก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีการเข้ารับการฉีดวัคซีน HPV ในสถานพยาบาล จะนำไปสู่การตรวจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควบคู่กันทุกครั้ง และเมื่อการฉีดวัคซีน HPV ในญี่ปุ่นถูกระงับลง อัตราการฉีดวัคซีน HPV ในหมู่วัยรุ่นชาวญี่ปุ่นลดลง ส่งผลให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงด้วยเช่นกัน

ประสบการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล³⁶ ในการศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมีเหตุผลคือความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล และแพทย์ โดยคิดเป็นร้อยละ 65.79 และการศึกษาของ นรี พุ่มจันทร์²⁹ ที่ศึกษาปัจจัยที่ผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดยะลา พบว่ากลุ่มที่ไม่ยอมมาตรวจคัดกรอง ให้เหตุผลว่าไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ และมีความเข้าใจที่ผิดว่าการตรวจคัดกรองในหมู่บ้าน ว่ามีคุณภาพน้อยกว่าในสถานบริการสาธารณสุข และคิดว่าสามารถตรวจคัดกรองได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์มะเร็งเท่านั้น และการศึกษาของ พรณิ ปิ่นนาค⁴⁴ ศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าเหตุผลของกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองคือเจ้าหน้าที่ไม่อธิบายขั้นตอนกระบวนการตรวจ มีเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจหลายคน และมีความคุ้นเคยกับผู้ตรวจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างอายุที่จะเข้ารับบริการ

พฤติกรรมทางเพศ และอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล³⁰ ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 3.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง จากการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงศ์²⁷ พบว่าสตรีกลุ่มที่ไม่ออกกำลังกาย จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย เนื่องจากสตรีที่ไม่ออกกำลังกายมีการรับรู้ว่าจะตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่ากลุ่มออกกำลังกายที่มีร่างกายแข็งแรง และการศึกษาของ วารุณี วัชชัย⁴⁵ ศึกษาศึกษาผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับบริการตรวจสุขภาพคั่นมะเร็งระยะเริ่มแรก ณ งานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็ง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกปีงบประมาณ 2558 พบว่าผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา

การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข ตามการศึกษาของ ขวัญชัย พรหมฤทธิ์⁴⁶ ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ด้านการใช้สถานบริการด้านแรกในการเข้าใช้บริการ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 57.1 เท่านั้น ที่เข้ารับการรักษายาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสาร การประชาสัมพันธ์แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการ ไม่มากพอและไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา จึงสรุปปัจจัยที่นำมาศึกษาหาความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย อายุ ประชาชนพันธุ์/เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการแต่งงาน ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรอง เหตุผลที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เหตุผลที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโดยชุดตรวจตัวเอง ประวัติการได้รับวัคซีน HPV ประสบการณ์ที่เคยตรวจพบพฤติกรรมทางเพศ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรค การรับรู้ศักยภาพแห่งตน และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross - sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียดการดำเนินการดังนี้

- 3.1 รูปแบบการศึกษา
- 3.2 พื้นที่ศึกษา
- 3.3 ระยะเวลาในการศึกษา
- 3.4 ประชากรในการศึกษา
- 3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา
- 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย
- 3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.10 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการศึกษา

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้ใช้การศึกษาภาคตัดขวาง (cross – sectional study)

3.2 พื้นที่การศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในตำบลม่วงยาย ตำบลหล่ายงาว ตำบลปอ และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลละ 1 แห่ง รวมเป็น 4 แห่ง ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดังนี้

- 3.2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ตำบลม่วงยาย

3.2.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายาง ตำบลหลายาง

3.2.3 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาดัง ตำบลปอ

3.2.4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม ตำบลท่าข้าม

3.3 ระยะเวลาในการศึกษา

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ระหว่างเดือน มีนาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 4 เดือน

3.4 ประชากรในการศึกษา

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือประชากรเพศหญิง อายุ 30 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ใน ตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหลายาง และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

3.5 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 30 – 60 ปี จำนวน 414 คน

3.5.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง อายุ 30 – 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จำนวน 414 คน ได้มาจาก สูตรของ Charan & Biswas ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ที่คลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ แสดงการคำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2}$$

n หมายถึง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

P หมายถึง สัดส่วนประชากรที่ใช้ในงานวิจัย 0.573 (ข้อมูลจาก HDC จังหวัดเชียงราย ปี พ.ศ. 2566)

$Z_{\alpha/2}$ หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96 (ระดับ 0.05)

d^2 หมายถึง ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสุ่มตัวอย่าง (0.05)

ซึ่งผู้วิจัยสามารถดำเนินการแทนค่าทางคณิตศาสตร์ได้ดังนี้

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{Z_{\alpha/2}^2 \times P(1-P)}{d^2} \\
 &= \frac{(1.96)^2 \times (0.573)(1-0.573)}{(0.05)(0.05)} \\
 &= \frac{3.84 \times 0.573 \times 0.427}{0.0025} \\
 &= 375.81
 \end{aligned}$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 376 คน เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเก็บข้อมูล 10% ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 414 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการเลือกกลุ่มประชากรเพศหญิงอายุ 30-60 ปี จากประชากรในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลละ 1 โรงพยาบาลด้วยการสุ่มอย่างง่าย ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาตั้ง ตำบลปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหล่ายงาว ตำบลหล่ายงาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม ตำบลท่าข้าม จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบจากบัญชีรายชื่อของประชากร (Systematic random sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า

- 1) เพศหญิงอายุ 30-60 ปี
- 2) อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหล่ายงาว และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย แลละอาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
- 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดออก

- 1) เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาไม่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญในงานวิจัยได้
- 2) เป็นบุคคลที่เคยผ่าตัดมดลูกและมีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะที่เป็นมะเร็ง

มะเร็ง

3. จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของหมู่บ้าน

ตารางที่ 3.1 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	จำนวนประชากรเพศหญิง อายุ 30 – 60 ปี	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
หลายางว	526	124
ม่วงยาย	353	83
ผาตั้ง	252	60
ท่าข้าม	622	147
รวมทั้งหมด	1,753	414

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือเชิงปริมาณ จะใช้เครื่องมือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สำหรับเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร จำนวนทั้งหมด 23 ข้อ ได้แก่ อายุ ชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ประวัติการทำงาน ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร จำนวนบุตร การคุมกำเนิด จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว ระยะทางจากบ้านไปยังสถานบริการ ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรอง เหตุผลที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เหตุผลที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโดยชุดตรวจตัวเอง ประวัติการได้รับวัคซีน HPV ประสบการณ์ที่เคยตรวจ พฤติกรรมทางเพศ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ความเชื่อทางสุขภาพ ประกอบด้วย

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรกระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรกระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความรุนแรงของโรกระดับต่ำ

การรับรู้ถึงประโยชน์ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ

การรับรู้ถึงอุปสรรคประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ

การรับรู้ศักยภาพแห่งตนประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด เกณฑ์การคิดคะแนน ดังนี้

3.68 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง

2.34 – 3.67 คะแนน หมายถึง มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับปานกลาง

1 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ

3.7 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัย โดยสร้างแบบสอบถามจากการศึกษาบทความเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำมาประยุกต์ให้เข้ากันกับคำถามงานวิจัยที่ผู้ศึกษาวิจัยต้องการที่ศึกษา ดังนี้

3.7.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้ศึกษาวิจัยทำการทดสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ให้มีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการ

ศึกษาวิจัย ความเหมาะสม ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ความครอบคลุมสอดคล้อง ภาษาที่ใช้

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือทั้งหมด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา มีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถไม่วัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

ทั้งนี้ ข้อคำถามแต่ละข้อที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะต้องมีค่า IOC อยู่ที่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่ายอมรับได้โดยมีวิธีการคำนวณจากสูตร Rovinelli & Hambleton ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC คือ ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม

$\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ

N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยสรุปผลการแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้เชี่ยวชาญ แบบสอบถามทั้ง 2 ส่วน เท่ากับ 0.81 และ 0.92 แปลผลว่า ใช้ได้

3.7.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient Alpha) ดูความเข้าใจ และความเหมาะสมของการใช้ภาษา เพื่อทดสอบข้อคำถามแต่ละข้อในแบบสอบถามว่า สามารถสื่อความหมายตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้หรือไม่ แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจนและครอบคลุม ซึ่งผลจากการทดสอบได้ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \sum \frac{Si^2}{St^2} \right]$$

โดยที่ α คือ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา

n คือ จำนวนข้อคำถาม

Si^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ

St^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ซึ่งการประเมินความเที่ยงของสัมประสิทธิ์อัลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

ค่าความเชื่อมั่น 0.80-1.00 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นสูงมาก/ใช้ได้ดีมาก

ค่าความเชื่อมั่น 0.70-0.79 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นสูง/ใช้ได้ดี

ค่าความเชื่อมั่น 0.50-0.69 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นปานกลาง/พอใช้

ค่าความเชื่อมั่น 0.40-0.49 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นต่ำ/ไม่ควรใช้

ค่าความเชื่อมั่นต่ำกว่า 0.30 หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นต่ำมาก/ใช้ไม่ได้

โดยใช้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha α ไม่ต่ำกว่า 0.7

ตารางที่ 3.2 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคในการทดสอบเครื่องมือในการศึกษา

ชุดแบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค Cronbach's Alpha Coefficient
ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ	0.85

3.8 ขั้นตอนการเตรียมการและดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดและขั้นตอนดังนี้

3.8.1 ศึกษาเนื้อหา และทบทวนเอกสารงานวิจัยระเบียบวิธีวิจัยเพิ่มเติม เพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินการวิจัยให้ครอบคลุมเป็นไปตามวัตถุประสงค์

3.8.2 พัฒนาแบบสอบถามสำหรับใช้ในการเก็บข้อมูล มีการทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงตามเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้ทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha หลังจากนั้น นำเครื่องมือแบบสอบถามทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมีการแก้ไขเนื้อหาของแนวคำถาม หลังจากการทดสอบเครื่องมือเสร็จสิ้น

3.8.3 ดำเนินการขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

3.8.4 สุ่มกลุ่มตัวอย่างในที่ทำวิจัย โดยคัดเลือกกลุ่มประชากร เขตพื้นที่ตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหล้าขาม และตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จัดทำหนังสือขออนุญาตนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงรายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และติดต่อประสานงานกับพื้นที่ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยการทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูล

3.8.5 หลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ทำการดำเนินการติดต่อประสานกับพื้นที่ เพื่อขอบัญชีรายชื่อ และทำการสุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อ

3.8.6 จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย

3.8.7 ดำเนินการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและวัตถุประสงค์ในพื้นที่

3.8.8 ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แจ้งวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัย และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนำแบบสอบถามไปสอบถามกลุ่มเป้าหมายพร้อมบันทึกข้อมูล จัดทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบเองตามความเหมาะสม โดยจะนำแบบสอบถามใส่ซองกระดาษที่มีผนึกแล้ว หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ทำการตอบแบบสอบถามแล้วนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามคืนในซองแล้วปิดผนึกแล้วให้แนบ สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

3.8.9 วิเคราะห์ข้อมูล

3.8.10 สรุปผลงานวิจัย

3.8.11 เผยแพร่ผลงานหรือเขียนวิทยานิพนธ์

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ คือ

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จะใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่ Chi-square test หรือ Fisher's Exact test เพื่อทดสอบหาความสัมพันธ์เบื้องต้น จากนั้นใช้ Logistic regression สำหรับใช้ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัย

3.10 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยมีเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย

วัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมได้ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุล ข้อมูลที่ได้เก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่งานวิจัยแล้ว โดยได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เมื่อวันที่ 4 เมษายน 2567 และ สิ้นสุดในวันที่ 3 เมษายน 2568



บทที่ 4

ผลการศึกษา

จากการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 414 คน สามารถแสดงผลการศึกษาได้ ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

4.2 เหตุผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.3 เหตุผลการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.4 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 414)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30 – 39 ปี	88	21.3
40 – 49 ปี	133	32.1
50 – 60 ปี	193	46.6
Mean = 47.27, S.D. = 8.394, Min = 30, Max = 60		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ		
ไทย	284	68.6
ม้ง	69	16.7
จีนยูนนาน	15	3.6
เมี่ยน	9	2.2
อาข่า	2	0.5
อื่น ๆ	35	8.4
สัญชาติ		
ไทย	382	92.3
ลาว	22	5.3
บุคคลไม่มีสัญชาติ	8	2.0
พม่า	1	0.2
จีน	1	0.2
ศาสนา		
พุทธ	395	95.4
คริสต์	16	3.9
อิสลาม	1	0.2
อื่น ๆ	2	0.5
การศึกษา		
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

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
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
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	177	42.8
5,001 – 10,000 บาท	148	35.7
10,001 – 15,000 บาท	50	12.1
15,001 ขึ้นไป	39	9.4
สถานภาพสมรส		
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
ประวัติการแต่งงาน		
ไม่เคย	37	8.9
เคย 1 ครั้ง	315	76.1
เคย 2 ครั้ง	50	12.1
เคยมากกว่า 2 ครั้ง	12	2.9
ประวัติการตั้งครุฑมีบุตร		
ไม่มี	20	4.8
มี	394	95.2

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนบุตร		
0 คน	20	4.8
1 – 3 คน	322	77.8
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน	72	17.4
Mean = 2.45, S.D. = 1.607, Min = 0, Max = 9		
อายุที่มีบุตรคนแรก		
ไม่มีบุตร	20	4.8
ต่ำกว่า 15 ปี	16	3.9
16 – 30 ปี	327	79.0
มากกว่าหรือเท่ากับ 31 ปี	51	12.3
Mean = 22.10, S.D. = 7.582, Min = 0, Max = 41		
การคุมกำเนิด		
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
จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน	320	77.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คน	94	22.7
Mean = 4.56, S.D. = 2.049, Min = 1, Max = 15		
ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ (กิโลเมตร)		
1 – 3 กิโลเมตร	328	79.2
4 – 6 กิโลเมตร	55	13.3
มากกว่าหรือเท่ากับ 7 กิโลเมตร	31	7.5
Mean = 2.64, S.D. = 2.357, Min = 1, Max = 25		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ (นาที)		
1 – 5 นาที	260	62.8
6 – 10 นาที	127	30.7
มากกว่าหรือเท่ากับ 11 นาที	27	6.5
Mean = 7.04, S.D. = 5.795, Min = 1, Max = 50		
ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
สะดวก	393	94.9
ไม่สะดวก	21	5.1
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง		
เคย	57	13.8
ไม่เคย	357	86.2
การได้รับวัคซีน HPV		
ได้รับ	32	7.7
ไม่ได้รับ	382	92.3
พฤติกรรมทางเพศ		
มีคู่นอนคนเดียว	361	87.2
มีคู่นอนมากกว่า 1 คน	14	3.4
ไม่มีคู่นอน	39	9.4
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
13 – 20 ปี	263	63.5
21 – 28 ปี	131	31.7
29 – 37 ปี	20	4.8
Mean = 20.51, S.D. = 3.964, Min = 13, Max = 37		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การดื่มสุรา		
ดื่ม	144	34.8
ไม่ดื่ม	270	65.2
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การสูบบุหรี่		
สูบ	6	1.4
ไม่สูบ	408	98.6
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย		
ออกกำลังกาย	270	65.2
ไม่ออกกำลังกาย	144	34.8
การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านมา (พ.ศ.2566)		
ตรวจ	178	43.0
ไม่ตรวจ	236	57.0
ในปี พ.ศ. 2567 คาดว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
ตรวจ	327	79.0
ไม่ตรวจ	87	21.0

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50 – 60 ปี จำนวน 193 คน (ร้อยละ 46.6) เชื้อชาติไทยมากที่สุด จำนวน 284 คน (ร้อยละ 68.6) สัญชาติไทย จำนวน 382 คน (ร้อยละ 92.3) 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) สถานภาพแต่งงานและอยู่ด้วยกัน จำนวน 318 (ร้อยละ 76.8) เคยแต่งงาน 1 ครั้ง จำนวน 315 คน (ร้อยละ 76.1) เคยตั้งครรภมีบุตร จำนวน 394 คน (ร้อยละ 95.2) ไม่มีบุตร จำนวน 20 คน (ร้อยละ 4.8) มีจำนวนบุตรอยู่ระหว่างช่วง 1 – 3 คน จำนวน 322 คน (ร้อยละ 77.8) มีบุตรครั้งแรกตอนอายุในช่วง 16 – 30 ปี จำนวน 327 คน (ร้อยละ 79.0) ไม่มีการคุมกำเนิด จำนวน 169 คน (ร้อยละ 40.8) จำนวนสมาชิกภายในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน จำนวน 320 คน (ร้อยละ 77.3) ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการส่วนมากอยู่ที่ 1 – 3 กิโลเมตรจำนวน 328 คน (ร้อยละ 79.2) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการ 1 – 5 นาที จำนวน 260 คน (ร้อยละ 62.8) และส่วนใหญ่มีความสะดวกในการเดินทางไป

ตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกจำนวน 393 คน (ร้อยละ 94.9) เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกโดยชุดตรวจด้วยตัวเอง จำนวน 57 คน (ร้อยละ 13.8) เคยได้รับวัคซีน HPV วัคซีนป้องกันมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก จำนวน 32 คน (ร้อยละ 7.7) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ในส่วนของผู้ที่ตอบคำถามสุขภาพของตนเองดังนี้ ด้านพฤติกรรมทางเพศ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่าตนมีคู่นอนคนเดียว จำนวน 361 คน (ร้อยละ 87.2) อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 13 – 20 ปี จำนวน 263 คน (ร้อยละ 63.5) ด้านพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างรายงานว่าตนดื่มสุรา จำนวน 144 คน (ร้อยละ 34.8) สูบบุหรี่ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 1.4) ออกกำลังกาย จำนวน 270 คน (ร้อยละ 65.2) มีประวัติการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกในปี พ.ศ.2566 จำนวน 178 คน (ร้อยละ 43.0) และคาดว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกในปี พ.ศ.2567 จำนวน 327 คน (ร้อยละ 79.0) ดังแสดงในตารางที่ 4.1

1.2 เหตุผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกและประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละเหตุผลการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของผู้ที่เข้ามารับบริการและประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก (n = 178)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจสุขภาพประจำปี		
ใช่	141	79.2
ไม่ใช่	37	20.8
ตรวจหลังคลอด		
ใช่	12	6.7
ไม่ใช่	166	93.3
มีเลือดออกกะปริบกะปรอย		
ใช่	1	0.6
ไม่ใช่	177	99.4
ประจำเดือนผิดปกติ		
ใช่	4	2.2
ไม่ใช่	174	97.8

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ตรวจซ้ำเนื่องจากมีผลผิดปกติ		
ใช่	4	2.2
ไม่ใช่	174	97.8
มีอาการอักเสบของปีกมดลูก		
ใช่	0	0
ไม่ใช่	178	100.0
มีตกขาวออกมาผิดปกติ		
ใช่	7	3.9
ไม่ใช่	171	96.1
ปวดท้องน้อย		
ใช่	7	3.9
ไม่ใช่	171	96.1
มีอาการผิดปกติที่ปากมดลูก		
ใช่	2	1.1
ไม่ใช่	176	98.9
กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก		
ใช่	53	29.8
ไม่ใช่	125	70.2
ประสบการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความน่าเชื่อถือ		
ใช่	141	79.2
ไม่ใช่	37	20.8
อุปกรณ์มีความพร้อม และสะอาด		
ใช่	59	33.1
ไม่ใช่	119	66.9

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เชื่อมั่นในวิธีการตรวจ/เครื่องมือทันสมัย		
ใช่	42	23.6
ไม่ใช่	136	76.4
เจ้าหน้าที่ดูแลดี/บริการดี		
ใช่	44	24.7
ไม่ใช่	134	75.3
ไม่ประทับใจในการบริการของเจ้าหน้าที่		
ใช่	0	0
ไม่ใช่	178	100.0
ไม่มั่นใจในเครื่องมือ		
ใช่	2	1.1
ไม่ใช่	176	98.9
ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวปิดมิดชิด		
ใช่	36	20.2
ไม่ใช่	142	79.8
เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นผู้ชาย		
ใช่	0	0
ไม่ใช่	178	100.0
เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นผู้หญิง		
ใช่	55	90.9
ไม่ใช่	123	69.1

สำหรับเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้ ตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 141 คน (ร้อยละ 79.2) ตรวจหลังคลอด จำนวน 12 คน (ร้อยละ 6.7) มีเลือดออกกะปริบกะปรอยจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.6) ประจำเดือนผิดปกติจำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.2) ตรวจซ้ำเนื่องจากมีผลผิดปกติ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 2.2) มีตกขาวมากผิดปกติ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.9) ปวดท้องน้อย จำนวน 7 คน (ร้อยละ 3.9) มีอาการผิดปกติที่ปากมดลูก จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.1) กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 53 คน (ร้อยละ 29.8) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

และสำหรับประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจของกลุ่มที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังต่อไปนี้ กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความน่าเชื่อถือ จำนวน 141 คน (ร้อยละ 79.2) อุปกรณ์มีความพร้อมและสะอาด จำนวน 59 คน (ร้อยละ 33.1) รู้สึกเชื่อมั่นในวิธีการตรวจ/เครื่องมือทันสมัย จำนวน 42 คน (ร้อยละ 23.6) เจ้าหน้าที่ดูแลดี/บริการดี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 24.7) รู้สึกไม่มั่นใจในเครื่องมือ จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.1) ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวปิดมิดชิด จำนวน 36 คน (ร้อยละ 20.2) เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นผู้หญิง จำนวน 55 คน (ร้อยละ 30.9) ดังแสดงในตารางที่ 4.2

4.3 เหตุผลการไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละเหตุการณ์การไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้ที่เข้ามารับบริการ (n = 236)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่ทำให้ท่านไม่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ		
ใช่	214	90.7
ไม่ใช่	22	9.3
ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก		
ใช่	40	16.9
ไม่ใช่	196	83.1
อายุเจ้าหน้าที่		
ใช่	21	8.9
ไม่ใช่	215	91.1
กลัวเจ็บขณะตรวจ		
ใช่	11	4.7
ไม่ใช่	225	95.3
โสดยังไม่ได้แต่งงาน		
ใช่	1	0.4
ไม่ใช่	235	99.6

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ทราบว่ามีการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก		
ใช่	31	13.1
ไม่ใช่	205	86.9
ไม่มีเวลา/กลัวเสียเวลาทำงาน		
ใช่	23	9.7
ไม่ใช่	213	90.3
ไม่มีเพื่อนไปตรวจ/ไม่ยากไปคนเดียว		
ใช่	3	1.3
ไม่ใช่	233	98.7
กลัวจะพบความผิดปกติ		
ใช่	16	6.8
ไม่ใช่	220	93.2
การเดินทางไม่สะดวก		
ใช่	3	1.3
ไม่ใช่	233	98.7
แต่งงานแล้วยังไม่มีลูก		
ใช่	1	0.4
ไม่ใช่	235	99.6
ไม่ทราบว่าจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ไหน		
ใช่	15	6.4
ไม่ใช่	221	93.6
กลัวเสียค่าใช้จ่ายมากในการตรวจมะเร็งปากมดลูก		
ใช่	25	10.6
ไม่ใช่	211	89.4

และในส่วนของเหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จำนวน 214 คน (ร้อยละ 90.7) ไม่คิดว่าตนเองจะเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 40 คน (ร้อยละ 16.9) รู้สึกอายเจ้าหน้าที่ จำนวน 21 คน (ร้อยละ 8.9) รู้สึกกลัวเจ็บขณะ

ตรวจ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 4.7) โสดยังไม่ได้แต่งงานจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ไม่ทราบว่ามีการ
 รณรงค์ จำนวน 31 คน (ร้อยละ 13.1) ตนเองไม่มีเวลา/กลัวเสียเวลาทำงาน 23 คน (ร้อยละ 9.7)
 ตนเองไม่มีเพื่อนไปตรวจ/ไม่อยากไปคนเดียว จำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.3) รู้สึกกลัวจะพบความ
 ผิดปกติ จำนวน 16 คน (ร้อยละ 6.8) เดินทางไม่สะดวกจำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.3) แต่งงานแล้วยัง
 ไม่มีลูกจำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4) ตนเองไม่ทราบว่าจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ไหน
 จำนวน 15 คน (ร้อยละ 6.4) กลัวเสียค่าใช้จ่ายมากในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25
 คน (ร้อยละ 10.6) ดังแสดงในตารางที่ 4.3

4.4 ข้อมูลแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม (n = 414)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับต่ำ	9	2.2
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับปานกลาง	194	46.8
มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคระดับสูง	211	51.0
การรับรู้ความรุนแรงของโรค		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ	3	0.7
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง	82	19.8
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง	329	79.5
การรับรู้ถึงประโยชน์		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับต่ำ	0	0
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับปานกลาง	41	9.9
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง	373	90.1
การรับรู้ถึงอุปสรรค		
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ	217	52.4
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับปานกลาง	165	39.9
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	32	7.7

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน		
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับต่ำ	4	1.0
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับปานกลาง	103	24.9
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง	307	74.1
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ		
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับต่ำ	9	2.2
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับปานกลาง	159	38.4
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจระดับสูง	246	59.4

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 414 คน ส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 211 คน (ร้อยละ 51.0) มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 329 คน (ร้อยละ 79.5) มีการรับรู้ถึงประโยชน์ในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จำนวน 373 คน (ร้อยละ 90.1) มีการรับรู้ถึงอุปสรรคเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ 217 คน (ร้อยละ 52.4) มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนเองในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จำนวน 307 คน (ร้อยละ 74.2) มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง 246 คน (ร้อยละ 59.4) ดังตารางที่ 4.4

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตารางที่ 4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 414)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ ²	p-value
	ปี พ.ศ.2566			
	ไม่ตรวจ n = 236	ตรวจ n = 178		
อายุ			11.84 ^a	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 ^a	<0.001*
ไทย	141 (49.6)	143 (50.4)		
ชนชาติพันธุ์อื่น	95 (73.1)	35 (26.9)		
สัญชาติ			3.80 ^a	0.051
ไทย	223 (58.4)	159 (41.6)		
สัญชาติอื่น	13 (40.6)	19 (59.4)		
ศาสนา			0.31 ^a	0.579
พุทธ	224 (56.7)	171 (43.3)		
ศาสนาอื่น	12 (63.2)	7 (36.8)		
การศึกษา			4.46 ^a	0.035*
ไม่ได้รับการศึกษา	54 (67.5)	26 (32.5)		
ได้รับการศึกษา	182 (54.5)	152 (45.5)		
อาชีพ			7.90 ^a	0.005*
เกษตรกร	163 (62.2)	99 (37.8)		
ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร	73 (48.0)	79 (52.0)		
รายได้			3.34 ^a	0.068
ต่ำกว่า 5,000 บาท	110 (62.1)	67 (37.9)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท	126 (53.2)	111 (46.8)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	p-value
	ปี พ.ศ.2566			
	ไม่ตรวจ n = 236	ตรวจ n = 178		
สถานภาพสมรส			0.29 ^a	0.591
โสด/หย่าร้าง/แยกทาง/เลิกรา/	46 (59.7)	31 (40.3)		
หม้าย/แต่งงานแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน				
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่	190 (56.4)	147 (43.6)		
แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน				
ประวัติการแต่งงาน			1.85 ^a	0.174
ไม่เคย	25 (67.6)	12 (32.4)		
เคย	211 (56.0)	166 (44.0)		
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร			0.42 ^a	0.517
ไม่มี	10 (50.0)	10 (50.0)		
มี	226 (57.4)	168 (42.6)		
จำนวนบุตร			15.41 ^a	<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)		
อายุที่มีบุตรคนแรก			7.00 ^a	0.030*
ไม่มีบุตร	10 (50.0)	10 (50.0)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	110 (64.7)	60 (35.3)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปีขึ้นไป	116 (51.8)	108 (48.2)		
การคุมกำเนิด			1.31 ^a	0.253
คุมกำเนิด	134 (54.7)	111 (45.3)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	102 (60.4)	67 (39.6)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว			10.11 ^a	0.001*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน	169 (52.8)	151 (47.2)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คนขึ้นไป	67 (71.3)	27 (28.7)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ ²	p-value
	ปี พ.ศ.2566			
	ไม่ตรวจ n = 236	ตรวจ n = 178		
ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ (กิโลเมตร)			3.86 ^a	0.050*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กิโลเมตร	195 (59.5)	133 (40.5)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 กิโลเมตร	41 (47.7)	45 (52.3)		
ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ (นาที)			7.365 ^a	0.007*
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที	135(51.9)	125(48.1)		
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 นาที	101(65.6)	53(34.4)		
ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			0.22 ^a	0.642
สะดวก	223 (56.7)	170 (43.3)		
ไม่สะดวก	13 (61.9)	8 (38.1)		
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง			9.14 ^a	0.003*
เคย	22 (38.6)	35 (61.4)		
ไม่เคย	214 (59.9)	143 (40.1)		
การได้รับวัคซีน HPV			2.49 ^a	0.115
ได้รับ	14 (43.8)	18 (56.3)		
ไม่ได้รับ	222 (58.1)	160 (41.9)		
พฤติกรรมทางเพศ			0.36 ^a	0.548
ไม่มีคู่นอน	24 (61.5)	15 (38.5)		
มีคู่นอนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คน	212 (56.5)	163 (43.5)		
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก			0.14 ^a	0.704
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	216 (57.3)	161 (42.7)		
มากกว่า 26 ปี	20 (54.1)	17 (45.9)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ ²	p-value
	ปี พ.ศ.2566			
	ไม่ตรวจ n = 236	ตรวจ n = 178		
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ				
การดื่มสุรา			0.41 ^a	0.520
ดื่ม	79 (54.9)	65 (45.1)		
ไม่ดื่ม	157 (58.1)	113 (41.9)		
การสูบบุหรี่			0.15 ^b	0.243
สูบ	5 (83.3)	1 (16.7)		
ไม่สูบ	231 (56.6)	177 (43.4)		
การออกกำลังกาย			0.37 ^a	0.544
ออกกำลังกาย	151 (55.9)	119 (44.1)		
ไม่ออกกำลังกาย	85 (59.0)	59 (41.0)		
ในปี พ.ศ.2567 คาดว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			1.15 ^a	0.283
ตรวจ	182 (55.7)	145 (44.3)		
ไม่ตรวจ	54 (62.1)	33 (37.9)		
ความเชื่อด้านสุขภาพ				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			5.01 ^a	0.025*
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ – ปานกลาง	127 (62.6)	76 (37.4)		
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง	109 (51.7)	102 (48.3)		
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก			11.08 ^a	<0.001*
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ – ปานกลาง	62 (72.9)	23 (27.1)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

ปัจจัย	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ ²	p-value
	ปี พ.ศ.2566			
	ไม่ตรวจ n = 236	ตรวจ n = 178		
มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค	174 (52.9)	155 (47.1)		
ระดับสูง				
การรับรู้ถึงประโยชน์			3.50 ^a	0.061
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ต่ำ-ปาน	29 (70.7)	12 (29.3)		
กลาง	207 (55.5)	166 (44.5)		
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง				
การรับรู้ถึงอุปสรรค			0.02 ^a	0.896
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ –	191 (56.8)	145 (43.2)		
ปานกลาง				
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับสูง	18 (58.1)	13 (41.9)		
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน			4.17 ^a	0.041*
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับ	70 (65.4)	37 (34.6)		
ต่ำ – ปานกลาง				
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตน	166 (54.1)	141 (45.9)		
ระดับสูง				
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ			0.09 ^a	0.767
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและ	95 (57.6)	70 (42.4)		
แรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง				
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและ	138 (56.1)	108 (43.9)		
แรงจูงใจระดับสูง				

หมายเหตุ *Significance level at $\alpha = 0.05$ ^aChi-square test^bFisher's Exact test

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติไคสแควร์ ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคล มีดังนี้ อายุ ประชาชนพันธุ์/เชื้อชาติ การศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร อายุที่มีบุตรคนแรก จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการ และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดตรวจด้วยตัวเอง และในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรที่มีความแตกต่างกันในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ศักยภาพแห่งตน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.6 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ต่อการเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์ หลายตัวแปรปัจจัย

ตารางที่ 4.6 การวิเคราะห์ตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ (n= 414)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P-value	OR	95% CI	P-value
อายุ						
30 - 39 ปี	1.00					
40 - 49 ปี	1.83	1.03-3.26	0.040*			
50 - 60 ปี	2.55	1.48-4.38	<.001*			
ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ						
ไทย	2.75	1.75-4.33	<.001*	0.26	0.13-0.52	<.001*
ชนชาติพันธุ์อื่น	1.00			1.00		
สัญชาติ						
ไทย	1.00					
สัญชาติอื่น	2.05	0.98-4.27	0.055			
ศาสนา						
พุทธ	1.31	0.50-3.39	0.580			
ศาสนาอื่น	1.00					

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P value	OR	95% CI	P value
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	1.00					
ได้รับการศึกษา	1.74	1.04-2.90	0.036*			
อาชีพ						
เกษตรกร	1.00			1.00		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.78	1.19-2.67	0.005*	1.78	1.06-2.96	0.028*
รายได้						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	1.00					
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,001 บาท	1.45	0.97-2.15	0.068			
สถานภาพสมรส						
โสด/หย่าร้าง/แยกทาง/	1.00					
เลิกรา/หม้าย/แต่งงานแต่						
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	1.15	0.69-1.90	0.591			
แต่งงานและอยู่ด้วยกัน/ไม่						
แต่งงานแต่อยู่ด้วยกัน						
ประวัติการแต่งงาน						
ไม่เคย	1.00					
เคย	1.64	0.80-3.36	0.177			
ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร						
ไม่มี	1.35	0.55-3.31	0.518			
มี	1.00					

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P value	OR	95% CI	P value
จำนวนบุตร						
0 คน	3.50	1.24-9.88	0.018*			
1 – 3 คน	3.13	1.72-5.69	<.001*			
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คนขึ้นไป	1.00					
อายุที่มีบุตรคนแรก						
ไม่มีบุตร	1.00					
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	0.55	0.22-1.38	0.202			
มากกว่าหรือเท่ากับ 21 ปีขึ้นไป	0.93	0.37-2.32	0.878			
การคุมกำเนิด						
คุมกำเนิด	1.26	0.85-1.88	0.253			
ไม่ได้คุมกำเนิด	1.00					
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน	2.22	1.35-3.65	0.002*			
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 คนขึ้นไป	1.00					
ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการ (กิโลเมตร)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 กม.	1.00					
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 กม.	1.61	0.99-2.59	0.051			
เวลาที่ไ้จากบ้านมายังสถานบริการ						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที	1.77	1.17-2.66	0.007*	2.03	1.19-3.43	0.009*
มากกว่าหรือเท่ากับ 6 นาที	1.00			1.00		
ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
สะดวก	1.24	0.50-3.06	0.642			
ไม่สะดวก	1.00					

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P value	OR	95% CI	P value
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุด เก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง						
เคย	2.38	1.34-4.23	0.003*	1.95	1.01-3.77	0.048*
ไม่เคย	1.00			1.00		
การได้รับวัคซีน HPV						
ได้รับ	1.78	0.86-3.69	0.119			
ไม่ได้รับ	1.00					
พฤติกรรมทางเพศ						
ไม่มีคู่นอน	1.00					
มีคู่นอนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คน	1.23	0.63-2.42	0.548			
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	1.00					
มากกว่า 26 ปี	1.14	0.58-2.25	0.704			
พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ						
การดื่มสุรา						
ดื่ม	1.14	0.76-1.72	0.520			
ไม่ดื่ม	1.00					
การสูบบุหรี่						
สูบ	1.00	0.44-	0.222			
ไม่สูบ	3.83	33.09				
การออกกำลังกาย						
ออกกำลังกาย	1.14	0.75-1.71	0.544			
ไม่ออกกำลังกาย	1.00					

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P value	OR	95% CI	P value
ในปี พ.ศ.2567 คาดว่าจะเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก						
ตรวจ	1.30	0.80-2.12	0.284			
ไม่ตรวจ	1.00					
ความเชื่อด้านสุขภาพ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก						
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	1.00					
ระดับต่ำ – ปานกลาง						
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค	1.56	1.06-2.31	0.025*			
ระดับสูง						
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก						
มีการรับรู้ความรุนแรงของ	1.00			1.00		
โรคระดับต่ำ – ปานกลาง						
มีการรับรู้ความรุนแรงของ	2.40	1.42-4.06	0.001*	4.37	2.22-8.60	<.001*
โรคระดับสูง						
การรับรู้ถึงประโยชน์						
มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับ	1.00					
ต่ำ - ปานกลาง						
มีการรับรู้ถึงประโยชน์	1.94	0.96-3.92	0.065			
ระดับสูง						

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	Unadjusted analysis			Adjusted analysis		
	OR	95% CI	P value	OR	95% CI	P value
การรับรู้ถึงอุปสรรค						
มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับ	1.05	0.50-2.22	0.896			
ต่ำ – ปานกลาง						
มีการรับรู้ถึงอุปสรรค	1.00					
ระดับสูง						
การรับรู้ศักยภาพแห่งตน						
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตน	1.00					
ระดับต่ำ – ปานกลาง						
มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตน	1.61	1.02-2.54	0.042*			
ระดับสูง						
สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและ						
แรงจูงใจ						
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและ	1.00					
แรงจูงใจระดับต่ำ-ปานกลาง						
มีสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและ	1.06	0.71-1.58	0.767			
แรงจูงใจระดับสูง						

หมายเหตุ *Significance level at $\alpha = 0.05$

ผลการวิเคราะห์ตัวแปรเดียวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่อายุ 30 – 60 ปี พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจ โดยกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 40 – 49 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30 – 39 ปี คิดเป็น 1.83 เท่า (95% CI: 1.03-3.26) และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 50 – 60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีอายุ 30 – 39 ปี คิดเป็น 2.55 เท่า (95% CI: 1.48-4.38) กลุ่มตัวอย่างที่มีเชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 2.75 เท่า (95% CI: 1.75-4.33) กลุ่มที่ได้รับการศึกษา เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็น 1.74 เท่า (95% CI: 1.04-2.90) กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 1.78 เท่า (95% CI: 1.19-2.67) กลุ่มที่มีจำนวนบุตร 1 - 3 คน เข้า

รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คนขึ้นไป คิดเป็น 3.13 เท่า (95% CI: 1.72-5.69) กลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน ได้รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีจำนวนสมาชิกครอบครัวเท่ากับหรือมากกว่า 6 คน คิดเป็น 2.22 เท่า (95% CI: 1.35-3.65) กลุ่มที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 นาที ได้รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมากกว่าหรือเท่ากับ 6 นาที 1.77 เท่า (95% CI: 1.17-2.66) ด้านประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มที่เคยใช้ชุดตรวจด้วยตัวเอง ได้รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้ชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง คิดเป็น 2.38 เท่า (95% CI: 1.34-4.23)

ในส่วนของความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับสูง ได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคระดับต่ำ – ปานกลาง คิดเป็น 1.56 เท่า (95% CI: 1.06-2.31) กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ได้รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ – ปานกลาง คิดเป็น 2.40 เท่า (95% CI: 1.42-4.06) กลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับสูง ได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองระดับต่ำ – ปานกลาง คิดเป็น 1.61 เท่า (95% CI: 1.02-2.54) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

เมื่อดำเนินการวิเคราะห์หลายตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยด้านชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ โดยกลุ่มที่มีเชื้อชาติไทย ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 0.26 เท่า (95% CI: 0.13-0.52) กลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร ได้รับการตรวจคัดกรอง มากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็น 1.78 เท่า (95% CI: 1.06-2.96) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการ กลุ่มที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการ น้อยกว่า 5 นาที ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการมากกว่า 6 นาที 2.03 เท่า (95% CI: 1.19-3.43) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง กลุ่มที่เคยตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเองได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง 1.95 เท่า (95% CI: 1.01-3.77) และในส่วนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับสูง ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคระดับต่ำ – ปานกลาง คิดเป็น 4.37 เท่า (95% CI: 2.22-8.60) ดังแสดงในตารางที่ 4.6

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผลของการศึกษาวิจัย

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการอัตราและระบุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ

5.1 อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 43.0 นั้น นับเป็นอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองที่ต่ำกว่าระดับมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรณี ปินนาค²⁹ ศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบลนาโพธิ์ อำเภอสว่าง จังหวัดชุมพร พบว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกล ที่มีระยะห่างจากสถานบริการ มากกว่า 10 กิโลเมตรขึ้นไปนั้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทางหรือจากไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น ส่งผลทำให้ไม่มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญชัย พรหมฤทธิ์³⁸ ที่ศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพชุมชนชายแดนไทย-ลาว อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี ด้านการใช้สถานบริการด้านแรกในการเข้ารับบริการ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 57.1 ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลที่สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ ทั้งนี้เนื่องจากการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบถึงวิธีการหรือขั้นตอนในการขอรับบริการทั้งในและนอกเวลาราชการไม่เพียงพอ และไม่ต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรที่ให้บริการมีจำนวนไม่เพียงพอ ทั้งนี้ พื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลมีอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ อันเนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร ความไม่สะดวกในการเข้ารับบริการ อีกทั้งในพื้นที่ห่างไกลยังพบว่ามีกลุ่มชนชาติพันธุ์อื่นอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ทั้งข้อจำกัดทางด้านภาษา ความเข้าใจและการเข้าถึงบริการ จาก

การศึกษาของ Datta ศึกษาความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา¹⁶ พบว่าผู้หญิงจากชนชาติพันธุ์อื่น ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าในการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีความจำเป็น กลัวและรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปตรวจ ปัญหาด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ และการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นคนงาน¹⁷ พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอุปสรรคของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น เนื่องจากแรงงานข้ามเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ที่มักจะถูกจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ดังกล่าว

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ได้แก่ ปัจจัยด้านชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านมายังสถานบริการ อาชีพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดตรวจด้วยตัวเอง ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอื่น ๆ นั้น ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีรายละเอียดและสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ที่มิใช่เชื้อชาติไทย เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติอื่น 0.26 เท่า (95% CI: 0.13-0.52) สอดคล้องกับการศึกษาของ Datta ศึกษาความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา¹⁶ พบว่าผู้หญิงจากชนชาติพันธุ์อื่น ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่เข้าใจว่าในการตรวจคัดกรองดังกล่าวมีความจำเป็น กลัวและรู้สึกไม่สบายใจ เนื่องจากทำงานยุ่งจนไม่มีเวลาไปตรวจ ปัญหาด้านภาษาและการเข้าถึงบริการ และการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นคนงาน¹⁷ พบว่าในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีอุปสรรคของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มผู้หญิงในท้องถิ่น เนื่องจากแรงงานข้ามเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสที่มักจะถูกจำกัดการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และการศึกษาของ สุนิดา อรรณอนุชิต¹⁵ ทำการศึกษาการดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน : กรณีศึกษาชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดเชียงราย พบว่าชนชาติพันธุ์ลาหู่แดงเมื่อมีอาการผิดปกติกับตัวเอง หรือไม่สบายนั้น จะเลือกการรักษาตัวเองด้วยระบบการดูแลสุขภาพหลักของชุมชนก่อน คือ พิธีกรรมบำบัด สมุนไพรบำบัด โภชนบำบัด การบำบัดด้วยความร้อน กัวซาบำบัด และการใช้เหรียญฝรั่งประคบ มากกว่าการเข้ารับบริการในสถานบริการ จึงอธิบายได้ว่าชนชาติพันธุ์เมื่อมีอาการผิดปกติกับตัวเอง หรือไม่สบายนั้น จะเลือกการรักษาตัวเองด้วยวิธีดั้งเดิม หรือวิธีรักษาของชนชาติตัวเองก่อน และเมื่ออาการไม่ดีขึ้น หรือแย่ลง ถึงจะเข้ารับบริการในสถานบริการ

ผู้ที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการน้อยกว่า 5 นาที เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ใช้เวลาเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการมากกว่า 6 นาที 2.03 เท่า (95% CI:1.19-3.43) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร ศรีพิบูลย์บัต²⁸ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน โดยคนที่บ้านไกลจากศูนย์สุขภาพชุมชน จะไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองเป็น

2.46 เท่าของคนที่มีบ้านใกล้กับศูนย์สุขภาพชุมชน และการศึกษาของ พรณี ปันนา²⁹ ศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่าพื้นที่ในเขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลที่มีระยะห่างจากสถานบริการมากกว่า 10 กิโลเมตรขึ้นไปนั้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการเดินทาง หรือการไม่มีรถส่วนตัว ไม่มีรถประจำทาง และขับรถไม่เป็น ส่งผลให้อัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองต่ำกว่าพื้นที่อื่น ๆ

ผู้ที่ไม่ได้ประกอบอาชีพเกษตรกร เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่มีอาชีพเกษตรกร 1.78 เท่า (95% CI: 1.06-2.96) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง²⁵ ทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าอาชีพที่มีเข้ารับการตรวจคัดกรองมากที่สุดคือ คือ อาชีพเกษตรกร และมากกว่าอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน ซึ่งในพื้นที่อำเภอเวียงแก่นอาชีพหลักของคนในพื้นที่คืออาชีพเกษตรกร และให้เหตุผลว่าไม่สะดวกในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 250 ราย (ร้อยละ 95.4) อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรนั้นมีระดับความรู้ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งที่ระดับต่ำ – ปานกลาง จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 51.5) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพเกษตรกรนั้นไม่มีความตระหนักถึงโรคมะเร็ง หรือความเสี่ยงของการเกิดโรค จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้ที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเองเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง 1.95 เท่า (95% CI: 1.01-3.77) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพจมาน พิศาลประภา³³ ศึกษาการวิเคราะห์ต้นทุนอรรถประโยชน์และความเป็นไปได้ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA โดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเองในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ยอมรับการตรวจโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตนเอง และคิดว่าเป็นวิธีที่มีประโยชน์ในการลดอุปสรรคของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง จะสามารถเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง เข้ารับการตรวจคัดกรองคิดร้อยละ 61.4 มากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรองด้วยชุดตรวจด้วยตัวเอง

ผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งระดับต่ำ – ปานกลาง คิดเป็น 4.37 เท่า (95% CI: 2.22-8.60) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญุนรินทร์ สีกุด³⁹ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรง มีผลเชิงบวกกับการเข้ารับการตรวจคัด

กรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของโรค จากเพื่อนบ้าน และตามสื่อต่าง ๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของพุมิตา พรหมวิรินทร์²⁵ ที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ระหว่างกลุ่มเคยตรวจคัดกรอง และกลุ่มไม่เคยตรวจไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างคิดว่าการรับรู้ความรุนแรงเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น ยังไม่มีอาการของมะเร็งปากมดลูกแสดง

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันต๊ะวงศ์¹⁰ ที่ได้ทำการศึกษาหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอ หลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าบุคคลมีอายุมากขึ้นอายุ 50 – 60 ปี จะเกิดการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเพิ่มขึ้น แต่ในขณะที่งานวิจัยของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์¹⁴ ศึกษาในสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มอายุที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองส่วนมากจะอยู่ในช่วงวัยกลางคน คือ อายุ 38 – 41 ปี และยิ่งอายุมากขึ้นจะมีเข้ารับบริการตรวจคัดกรองน้อยลง ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าช่วงอายุดังกล่าว เป็นช่วงอายุที่มีเวลาว่างจากการทำงานมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ

สัญชาติไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของสุสัณหา ยิ้มแย้ม¹⁸ ศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่ จากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า เมื่อเจ็บป่วย สตรีไทใหญ่ที่เป็นแรงงานข้ามชาติจะพยายามดูแลตนเองก่อน จนกระทั่งอาการป่วยรุนแรงมากขึ้นหรืออาการไม่ดีขึ้น จึงจะตัดสินใจมารับตรวจรักษาในสถานบริการ

ศาสนาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยธิดา จุลละปีย์¹⁹ ทำการศึกษาการยึดมั่นในหลักการศาสนาอิสลามและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีชาวไทยมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตรวจคัดกรองตามคำแนะนำ ต่ำกว่าเป้าหมายตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ที่ เป็นไปได้ว่าสตรีมุสลิมปฏิบัติตามความเชื่อในมิติทางศาสนาและวัฒนธรรมที่ว่า “ผู้หญิงไม่ควรเปิดร่างกายให้คนอื่นเห็นนอกจากสามีของตนเอง” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเปิดเผยอวัยวะเพศต่อเพศตรงข้าม ทำให้มีผลต่อการตัดสินใจไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ อาจเพราะในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงรายมีสัดส่วนผู้นับถือศาสนาพุทธและคริสต์เป็นสัดส่วนที่มากกว่าจังหวัดทางภาคใต้ รวมถึงมีค่านิยมทางศาสนาที่แตกต่างกัน

การศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของวรารณ ศิริธรรมานุกุล²⁴ ทำการศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก

โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีโอกาสเข้าถึงความรู้เรื่องโรคและอันตรายของโรค จากเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพหรือจากสื่อต่าง ๆ ที่รณรงค์ได้มากกว่า และการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล²¹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา และกลุ่มที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสไม่มาเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 0.72 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไป

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช²³ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี พบว่ากลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จะไปรับบริการตรวจคัดกรองน้อยสุด ซึ่งเกี่ยวข้องกับบริบทของตำบลบ้านไร่ คือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนหาเช้ากินค่ำ ทำให้ไม่สะดวกที่จะไปรับบริการตรวจคัดกรองในเวลาราชการ และการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล²⁴ ศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ กลุ่มที่มีรายได้ซึ่งอยู่ในช่วง 8,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ประกอบกับอาศัยอยู่ในชุมชนเมือง เข้ารับการตรวจคัดกรองน้อย เนื่องจากไม่สะดวกในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองในเวลาราชการ และการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล²¹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 8,000 บาท มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 2.29 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 8,000 บาท

สถานภาพ และประวัติการแต่งงานไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงศ์¹⁰ ที่ทำการศึกษาค้นคว้าที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพโสด/ หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่ และการศึกษาของ พุฒิดา พรหมวิอินทร์²⁵ ทำการศึกษาการเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ พบว่ากลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองจะมีสถานภาพสมรสคู่เป็นส่วนใหญ่ และการศึกษาของปริยานุช รุ่งเรือง²² ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่อาจได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว

ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตรและจำนวนบุตร ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาล โพธิ์ทอง²⁶ ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอ หลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่าสตรีทุกรายที่ตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจคัดกรองพร้อมกับการตรวจหลังคลอดบุตร และการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงค์¹⁰ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าสตรีกลุ่มที่เคยตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยตั้งครรภ์ และการศึกษาของ อรทัย วิเชียรปุ่น²⁷ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่าสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร กล่าวว่ากลุ่มที่มีบุตรแล้วมีโอกาสมารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร 7.92 เท่า เนื่องจากกลุ่มที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการตรวจหลังคลอด ร่วมกับการตรวจคัดกรอง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการตรวจ ไม่รู้สีกಾಯ และได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองอีกด้วย

การคุมกำเนิดไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา เก่งการพานิช²³ ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมตรวจคัดกรองของสตรีในจังหวัดราชบุรี พบว่าสตรีกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดถาวรและชั่วคราว จะเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด และการศึกษาของ นันทิดา จันตะวงค์¹⁰ ศึกษาในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี สตรีกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้คุมกำเนิด เนื่องจากกลุ่มที่คุมกำเนิดมีการติดต่อบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการชักชวนให้ตรวจ จากเจ้าหน้าที่อีกด้วย

จำนวนสมาชิกในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์¹⁴ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ กล่าวว่าชาวมุสลิมจะอยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ โดยกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่จะได้รับแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว

ประวัติการได้รับวัคซีน HPV ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยกลุ่มสตรีที่ไม่เคยได้รับวัคซีน HPV และส่วนใหญ่จะไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งอาจเป็นไปได้ ตามที่ Noriyo Kaneko³⁴ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองในหญิงสาวชาวญี่ปุ่นที่ยังไม่ได้แต่งงาน พบว่าประวัติการฉีดวัคซีน HPV มีผลเชิงบวกกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการฉีดวัคซีน HPV ที่รัฐบาลญี่ปุ่นได้กำหนดขึ้นนั้น จะมีการให้บริการตรวจคัดกรองร่วมด้วย แม้ว่าจะได้รับวัคซีน HPV แล้วก็ตาม ดังนั้นเมื่อมีการเข้ารับการฉีดวัคซีน HPV ในสถานพยาบาล

จะนำไปสู่การตรวจคัดกรองควบคู่กันทุกครั้ง และเมื่อการฉีดวัคซีน HPV ในญี่ปุ่นถูกระงับลง จึงทำให้อัตราการฉีดวัคซีน HPV ในหมู่วัยรุ่นชายญี่ปุ่นลดลง และส่งผลให้อัตราการตรวจคัดกรอง ลดลงด้วยเช่นกัน

พฤติกรรมทางเพศ และอายุที่มีบุตรคนแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิภา นิธิทรัพย์สกุล²¹ ศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 3.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป

พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทิดา จันต๊ะวงศ์¹⁰ พบว่าสตรีกลุ่มที่ไม่มีการออกกำลังกาย จะเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังกาย เนื่องจากสตรีที่ไม่ออกกำลังกายมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่ากลุ่มออกกำลังกายที่มีร่างกายแข็งแรง และการศึกษาของ วารุณี วังชัย³⁷ ศึกษาศึกษาผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาใช้บริการตรวจสุขภาพ คั่นมะเร็งระยะเริ่มแรก ณ งานพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะทางโรคมะเร็ง กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ 2558 โดยพบว่าผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล²⁴ ในการศึกษาเหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาใช้บริการในโครงการ ป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ พบว่ากลุ่มที่มาใช้บริการตรวจคัดกรอง มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านของการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มของสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรอง และการศึกษาของ ญานรินทร์ สีกุด³⁹ ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีผลต่อการตัดสินใจรับบริการตรวจ เนื่องจากหากกลุ่มตัวอย่างทราบสาเหตุว่าการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเสี่ยงอย่างไรบ้าง จะทำให้ตนเองนั้นรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดได้ และการศึกษาของเยาวเรส นันตา³² ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองของกลุ่มแม่บ้าน ตำบลบ้านหลวง อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือการที่กลุ่มตัวอย่างรู้ว่าการสำส่อนทางเพศเป็นสาเหตุสำคัญอันนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ยิ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น

การรับรู้ถึงประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยกลุ่มสตรีที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญูรินทร์ สีกุด³⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มีผลเชิงบวกกับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของโรคจากเพื่อนบ้านที่เป็นมะเร็งปากมดลูก จึงทำให้กลัว และสนใจที่จะป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดโรค และการศึกษาของ รจเรข ธรรมกร่าง⁴⁵ ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง พบว่ากลุ่มทดลองโปรแกรมให้ความรู้ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการคัดกรองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัด⁴¹ ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าผู้ที่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคร้อยในระดับต่ำ จะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองเป็น 4.16 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ผลดีในระดับสูง

การรับรู้ถึงอุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองในกลุ่มสตรีที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคระดับต่ำ-ปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญูรินทร์ สีกุด³⁹ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่ากลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่นั้น บ้านอยู่ใกล้กับสถานที่ให้บริการ สามารถเดินทางไปรับบริการได้อย่างสะดวก จึงไม่มีอุปสรรคในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง และการศึกษาของ ศิริลักษณ์ วรไวย⁴² ศึกษาผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลกุดไผ่ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และกลุ่มทดลองเข้ารับการคัดกรองทุกคน การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น รวมถึงการจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความสะดวกสบายในการมารับบริการ และประหยัดค่าใช้จ่าย และการศึกษาของ อรทัย วิเชียรบุญ²⁷ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ มีโอกาสเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็น 4.49 เท่าของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง และการศึกษาของ กุณนที พุ่มสงวน³¹ ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงวัยเจริญพันธุ์

ในเขตเทศบาลเมืองไผ่ จังหวัดนครปฐม พบว่ากลุ่มที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรอง มีการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรค ในอยู่ในเกณฑ์ดี โดยส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคในการตรวจ คือ รู้สึกอาย จึงไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองฯ

การรับรู้ศักยภาพแห่งตน ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยกลุ่มสตรีที่มีการรับรู้ศักยภาพแห่งตนระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา รุ่งเรือง²² ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งของ อำเภอมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในระดับสูง เข้ารับการตรวจ คัดกรอง คิดเป็น 2.28 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถในการมาตรวจโรคในระดับต่ำ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ ความสามารถในการเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล ว่าสามารถรับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ที่สถานบริการใกล้บ้านโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติและแรงจูงใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกษศรินทร์ วัชรระพีผลิมิตร⁴³ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในตำบลหนองปากโลง อำเภอมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้น เช่น การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อ หรือการกระตุ้นเตือนจาก บุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง และผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงจะแนะนำเพื่อนบ้าน หรือบอกให้สมาชิกในครัวเรือน ให้สังเกตอาการผิดปกติ ที่เกิดขึ้น และแนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง และการศึกษาของนันทิศา จันต๊ะวงศ์¹⁰ ศึกษาปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่าการได้รับการรับแรงสนับสนุนจากบุคคล ในครอบครัว บุคคลนอกครอบครัว และการรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่าง เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับแรงสนับสนุน และการศึกษาของ สาวิตรี พรสนศิริรักษ์¹⁴ ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มักได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว และการศึกษาของนรี พุ่มจันทร์³⁵ ศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่นับถือศาสนาอิสลามกว่า ร้อยละ 64.49 เข้ารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และการศึกษาของ กุณนที พุ่มสงวน³¹ ที่ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ในเขตเทศบาลเมืองไผ่ จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่กล่าวว่าการณรงค์ประชาสัมพันธ์ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นสาเหตุที่ทำให้ไปตรวจคัดกรอง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.75 และการศึกษาของนิธภา นิธิทรัพย์สกุล²¹ ศึกษาปัจจัยที่

มีความสัมพันธ์กับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในญาติสายตรงของกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีโอกาสไม่มารับบริการตรวจคัดกรองเป็น 0.19 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

5.2 สรุปผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 43.0 โดยชนชาติพันธุ์/เชื้อชาติ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางจากบ้านไปยังสถานบริการ อาชีพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเอง และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ในพื้นที่อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

5.3 ข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่เขตชายแดนหรือพื้นที่ห่างไกลยังมีอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำ ดังนั้น เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่อ สามารถเสนอแนะเพื่อการพัฒนาได้ ดังนี้

5.3.1 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

1. ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมและรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ให้ครอบคลุมทั้งสตรีเชื้อชาติอื่น
2. ควรสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดตรวจด้วยตัวเอง เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

5.3.2 ผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบาย

ควรกำหนดนโยบาย พร้อมจัดสรรงบประมาณ ในการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเปราะบางและผู้ที่อยู่ห่างไกล เช่น การสนับสนุนชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง การส่งเสริมการให้ความรู้และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการลดโอกาสการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการตัวคัดกรอง

5.3.3 สำหรับนักวิจัย

ควรศึกษาข้อมูลเชิงลึกถึงกลยุทธ์ที่ทำให้สามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง และปัญหาอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถเข้ารับบริการด้วยการศึกษาเชิงคุณภาพ



รายการอ้างอิง

1. National Cancer Prevention and Control Plan Committee D of MSM of PH. National Cancer Control Programme 2018-2022. 2018.
2. Endale H, Mulugeta T, Habte T. The Socioeconomic Impact of Cervical Cancer on Patients in Ethiopia: Evidence from Tikur Anbessa Specialized Hospital. *Cancer Manag Res*. 2022;14:1615–25.
3. ThaiHealth Official. Health statistics of the Thai population [Internet]. ThaiHealth Official. 2020 [cited 2025 Mar 9]. Available from:
https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=4&pf=01575713&tp=13_5
4. Bangkok Hospital Wattanosoth. The age group where cervical cancer is most commonly found. Article from Bangkok Cancer Hospital Wattanosoth. 2025.
5. National Cancer Institute. Service Plan 2023-2027. 2023. p.13–14
6. Piyawat Laohutanon. Guidelines for Screening, Diagnosis, and Treatment of Cervical Cancer. 2018.
7. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: Estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer*. 2016 Oct 25;115(9):1140–6.
8. Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Cervical cancer [Internet]. Mahidol University Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. 2023 [cited 2025 Mar 9]. Available from:
https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/protfolio/knowledge/gyne/servix
9. Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30-60 years in Thailand , 2023 [Internet]. Provincial Health Office. 2566 [cited 2025 Mar 9]. Available
from:https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformat&d/format_map1.php&cat_id=59acae7a68f02c8e2c0cb88dfc6df3b3&id=c0cb85481f434d563be6ec98a01cbb92

10. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี จังหวัดเชียงราย 2565.
https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c98dc2fdef0.
11. Chiang Rai Provincial Health Office. Cervical cancer screening rate in women aged 30-60 years in Chiang Rai Province, 2023 [Internet]. Chiang Rai Provincial Health Office. 2023 [cited 2025 Mar 9]. Available from:
https://datacro.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=4eab25b045dc0a9453d85c98dc2fdef0
12. Wiang Kaen Hospital CRP. Wiang Kaen District [Internet]. Wiang Kaen, New Zealand of Thailand. [cited 2025 Mar 9]. Available from:
<http://wkhos.go.th/about/>
13. National Cancer Institute. Cervical cancer screening guidelines using the HPV DNA test method [Internet]. Available from: <http://hpv.nci.go.th:8081/hpv/login.jsp>
14. National Cancer Institute. Service Plan 2018-2022. 2018.
15. Apaporn Phaowattana. Health Belief Model [Internet]. Community Health Nursing. 2016 [cited 2025 Mar 9]. Available from:
<http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html>
16. Waraporn Sirithammanukul. 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.
17. Phunarin Seegud. 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.
18. Yaovares Nunta. Factors Related to Pap smear screening of Housewives in Banloun Sub District, Chomtong District, Chiang Mai Province. Lanna public health journal. 2010;6(1):65–74.
19. Phuthita Phomwiin. A Comparison of Knowledge and Perception of Health Belief In Cervical Cancer Screening among Women In Samutprakan Province. Nurs J (Manila). 2015;42(3):84–94.

20. Rojarek Thamkrang. An Application of Health Belief Model and Social Support for cervical cancer screening among women aged 30 – 60 years who had never been screened. *Veridian EJ Sci Technol Silpakorn Univ.* 2014;1(5):19–29.
21. จิราพร ศรีพิบูลย์บดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน. Vol. 29, *Journal of Nursing Science.* 2554.
22. Sirilak Worawai. Application of Health Belief Model and Social Support for Cervical Cancer Screening in Kudsaijor Sub- District, Kantarawichai District, Mahasarakham Province. *Journal of Health Science.* 2014;23(5):832–41.
23. Orathai Wicheanpoon. 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.
24. Kunnatee Poomsanguan. Health Belief Model on Pap Smear Screening Test Among Reproductive Women in Raikhing Municipality of Nakhon Pathom Province. *Journal of The Royal Thai Army Nurses.* 2017;18(3):209–16.
25. Priyanuch Rungrueang. Factors Related To Cervical Cancer Screening Behavior Among At Risk Group Of Women Never Been Screened Within The Past 3 Years. *Veridian EJ Sci Technol Silpakorn Univ.* 2015;2(2):36–49.
26. 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.
27. Nuntida Juntawong. 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.
28. Sarwitree Pornsinsiruck. Factors Related to Cervical Cancer Screening Behavior Among Thai-Muslim Women Krabi Province. *J Health Educ.* 2011;34(118):55–67.
29. Naree Phumjan. FACTORS EFFECTED THE DECISION-MAKING IN CERVICAL CANCER SCREENING IN YALA, UNREST SOUTHERN PROVINCE : BANNANG SATA DISTRICT. 2013;153–9.

30. Nithipa Nithisabsakul. Factors Affecting with Not Receiving Cervical Cancer Screening Test among the First-Degree Relatives of Cervical Cancer Risk Group in Mueang District, Mahasarakham Province. Original Article ศรี นคริ นทร์ เวชสาร. 2022;37(5):449–57.
31. Sunida Arttanuchit. 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.
32. 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. 2022.
33. 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 Jan 1;4(1):30–1.
34. Sushanha Yimyaem. การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่. J Public Health (Bangkok). 2012;42(3): 68–82.
35. Piyatida Junlapeeya. Religious Commitment and Health Belief in Cervical Cancer Screening among Thai Muslim Women: A Case Study of Mueang District, Lampang Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2018;5(2):145–58.
36. Waraporn Sirithammanukul. 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.
37. Mondha Kengganpanich. Factors Predicting Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Ratchaburi Province. J Public Health (Bangkok). 2013;43(2):175–87.
38. Sukhumarn Phoethong. Factors associated with cervical cancer screening of women in Langsuan, Chumphon. Region 11 Medical Journal. 2018;32(2):965–80.

39. Jiraporn Sripiboonbat. Factors Related to the Use of Cervical Cancer Screening Services by Women Living in Catchments Area of Primary Care Units. *Journal of Nursing Science*. 2011;29(2):82–92.
40. Pannee Pinnark. 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.
41. Phimlada Anansirikasem. THE DEVELOPMENT OF MOTIVATIONAL INTERVIEW AND ONLINE SOCIAL NETWORKS FOR HEALTH BELIEFS IN CERVICAL CANCER SCREENING. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*. 2021;6(12):544–62.
42. Pochamana Phisalprapa. Cost-utility and feasibility analyses of cervical cancer screening using self-collected sample kit for human papillomavirus DNA test in thailand. 2023.
43. Kaneko N. Factors associated with cervical cancer screening among young unmarried Japanese women: Results from an internet-based survey. *BMC Womens Health*. 2018 Jul 31;18(1).
44. Pannee Pinnark. 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;3(1): 118–31.
45. warunee wangchan. Cervical cancer screening in women who joined primary cancer screening program at Out Patient Department Lampang Cancer Hospital during 2015 Government Calendar year. 2015;
46. Kwanchai Promrith. The health service model for Thai-Laos border communities, Bankhok Distric, Uttaradit Province. *Science and Technology Northern Journal*. 2022;5(1):1–16.
47. Rojarek Thamkrang. An Application of Health Belief Model and Social Support for cervical cancer screening among women aged 30 – 60 years who had never been screened. *Veridian EJ Sci Technol Silpakorn Univ*. 2014;1(5):19–29.

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองการวิจัยในมนุษย์



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rechuman@mfu.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 51/2024

รหัสโครงการวิจัย: EC 24037-18

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นางสาวพัทธธิดา เทพวงศ์

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนการวิจัย: สำนักงานบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

การรับรอง:

- | | |
|---|---------------------------------|
| (1) โครงการวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 15 มกราคม 2567 |
| (2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 18 มีนาคม 2567 |
| (3) แบบสอบถาม | ฉบับที่ 2 วันที่ 18 มีนาคม 2567 |
| (4) ข้อมูลประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย | ฉบับที่ 1 วันที่ 15 มกราคม 2567 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |
| - นางสาวพัทธธิดา เทพวงศ์ | - อาจารย์ ดร.พิลาสิณี วงษ์นุช |
| - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรณย์ ศรีจันทร์ | |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 4 เมษายน 2567

วันสิ้นสุดการรับรอง: 3 เมษายน 2568

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม

(รองศาสตราจารย์ พงศกรพิชญ์ แพทย์หญิง แสงแข ชำนาญวนกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ภาคผนวก ข

ความเที่ยงตรง (VALIDITY)

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ อาจารย์สำนักวิชา สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ หัวหน้าสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

3. อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ อาจารย์สำนักวิชา สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

(แบบสอบถาม) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

โดยสรุปผลการแสดงความคิดเห็นของกรรมการผู้เชี่ยวชาญ เท่ากับ 0.81 และ 0.92 แปลผลว่า ใช้ได้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
2			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
3			✓	✓					✓	1	0.33	ใช้ไม่ได้
4			✓	✓					✓	1	0.33	ใช้ไม่ได้
5			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
6			✓	✓					✓	1	0.33	ใช้ไม่ได้
7			✓	✓					✓	1	0.33	ใช้ไม่ได้
8			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
10			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
11			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
13			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
14			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
15			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
21			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
22		✓	0			✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
23			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
24			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
25			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
26			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้

แทนค่า

$$ICO = \frac{0.67+0.67+0.33+0.33+0.67+0.33+0.33+0.67+1+0.67+0.67+1+1+1+1+1+1+1+1+1+1+0.67+1+1+1+1}{26}$$

$$ICO = \frac{21}{26}$$

$$ICO = 0.81$$

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญ คนที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
1			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
5	✓			✓					✓	-1	-0.33	ใช้ไม่ได้
6			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
7			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
10			✓		✓				✓	2	0.67	ใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
13		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
14			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
15		✓				✓			✓	2	0.67	ใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
21			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
22			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
23			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
24			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
25			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
26			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
27			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้
28			✓			✓			✓	3	1.00	ใช้ได้

ภาคผนวก ค

ความเชื่อมั่น (RELIABILITY)

สรุปผลการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้

แบบสอบถาม	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient)
ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	0.85



ภาคผนวก ง

หนังสือคำชี้แจงโครงการวิจัยแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ

เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย : 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.)

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวพัทธธิดา เทพวงศ์

สังกัด : สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์หนู

และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พีรตน์ ศรีจันทร์

แหล่งทุนวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย : มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

1. บทนำส่วนต้น สรุปสาระหลักของโครงการวิจัย

โครงการวิจัยนี้เป็นการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มประชากรเพศหญิง อายุ 30 – 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย จากประชากรในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงยาย ตำบลม่วงยาย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาตั้ง ตำบลปอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยยาว ตำบลห้วยยาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม ตำบลท่าข้าม ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ กรุณาซักถามจากทีมงานผู้วิจัย ซึ่งจะเป็นผู้ตอบคำถามจนกว่าท่านจะเข้าใจอย่างชัดเจน ท่านสามารถปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ก่อนตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้ของท่านเป็นไปโดยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วม กรุณาลงนามในเอกสารแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านจะได้รับแบบสอบถาม ขอให้ท่านตอบคำถามตามความเป็นจริงหรือให้ใกล้เคียงกับความคิดเห็นของท่านให้มากที่สุด ทั้งนี้ ท่านอาจรู้สึกเบื่อหน่าย เสียเวลา ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม หรือไม่สบายใจ ไม่อยากตอบข้อความบางข้อ ซึ่งท่านสามารถไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ หรือขอหยุดตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ทั้งนี้การนำเสนอผลการศึกษาคือเป็นลักษณะภาพรวมไม่

เจาะจงที่ตัวผู้ให้ข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะเกิดประโยชน์แก่ตัวท่าน ในประเด็นการตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอาจเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานสาธารณสุขในการวางแผนเพื่อส่งเสริมสุขภาพแก่ประชากรกลุ่มเป้าหมายต่อไป

2. ข้อมูลระบุว่าเป็นการวิจัยและความเป็นอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัย โปรดใช้เวลาในการอ่านเอกสารฉบับนี้ ซึ่งจะช่วยให้ท่านรับทราบสิ่งต่าง ๆ ที่ท่านจะมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้ การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่าน หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใด ๆ ต่อการดูแลรักษาหรือสิทธิที่ท่านพึงมี

การเข้าร่วมการวิจัยนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ

- ท่านสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระว่าจะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้
- ท่านสามารถปรึกษาครอบครัวหรือแพทย์ผู้รักษาก่อนตัดสินใจ และสามารถซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโครงการวิจัยได้ ซึ่งผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมแก่ท่านและตอบข้อซักถามจนท่านเข้าใจ
- หากท่านสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยนี้แล้ว ท่านยังคงสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ

3. เหตุผลและความสำคัญของการวิจัย

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ในผู้หญิงไทย โดยมีแนวโน้มของอัตราการตาย จากโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 – 2563 อยู่ที่ 6.77 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน และในจังหวัดเชียงรายอยู่ที่ 7.86 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน อีกทั้งยังพบว่าอำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ที่ 10.82 รายต่อประชากรหญิง 100,000 คน ซึ่งเป็นอัตราการตายที่สูงกว่าระดับจังหวัดและระดับประเทศ โดยข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2564 ตำบลในอำเภอเวียงแก่นที่พบว่ามีอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ ตำบลท่าข้าม และตำบลปอ คือ 31.29 และ 10.86 ต่อประชากรหญิง 100,000 คน ทั้งนี้ อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจะลดลงได้ หากมีการดำเนินการตรวจคัดกรองอย่างมีระบบ และครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความถี่ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม แต่จากข้อมูลสถิติการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยพบว่าอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจังหวัดเชียงรายมีผู้เข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เพียงร้อยละ 74.46 ซึ่งมีเพียง 7 อำเภอ ที่ผ่านตัวชี้วัด และ 11 อำเภอที่เหลือนับว่าร้อยละของผู้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และจากสถิติอำเภอที่มีการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุดในจังหวัดเชียงราย คือ อำเภอเวียงแก่น

ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัด

เชียงราย โดยคาดว่าจะผลการศึกษาค้างนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยให้บริการทางสุขภาพ สามารถนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่อไปได้

4. คุณสมบัติของผู้ที่สามารถเข้าร่วมการวิจัย และจำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้จะคัดเลือกสตรีที่มีอายุ 30 – 60 ปี จำนวน 414 คน อาศัยอยู่ในเขตตำบลม่วงยาย ตำบลปอ ตำบลหลายขาว หรือตำบลท่าข้าม อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย มากกว่า 1 ปี ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่เคยมีประวัติการผ่าตัดมดลูก ไม่มีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งมดลูก และไม่เป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาจนไม่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญในงานวิจัยได้

5. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

6. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยการตอบแบบสอบถาม

7. ขั้นตอนการวิจัยและระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยเริ่มเก็บข้อมูลระหว่างเดือน เมษายน – พฤษภาคม พ.ศ. 2567 ระยะเวลาอาสาสมัครใช้ในการตอบแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที

ทั้งนี้ขั้นตอนในการดำเนินโครงการวิจัยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ข้อมูลรอบด้าน
2. ผู้วิจัยพัฒนาและทดสอบความเหมาะสมของแบบสอบถาม และทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือในกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 30 คน
3. ผู้วิจัยขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
4. ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงรายและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการและขออนุญาตดำเนินการวิจัยในพื้นที่
5. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยโปสเตอร์โฆษณา คัดเลือกอาสาสมัคร และขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
6. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ให้อาสาสมัครอ่านและตอบเองตามความสมัครใจ โดยจะนำแบบสอบถามใส่ซองกระดาษ หลังจากอาสาสมัครทำการตอบ

แบบสอบถามแล้ว ให้นำแบบสอบถามใส่คืนในซองแล้วปิดผนึกกาไว้แน่น สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัคร อาจเป็นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือที่บ้านของอาสาสมัคร

7. ผู้วิจัยจะมอบแผ่นพับให้ความรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่อาสาสมัคร เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม
8. ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล
9. ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินการวิจัย

8. ความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายจากการเข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จึงไม่ก่อให้เกิดความไม่สบายหรือมีอันตรายต่อร่างกาย แต่ท่านอาจเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย หรือรู้สึกเสียเวลาจากการถูกสัมภาษณ์ นอกจากนี้ท่านอาจเกิดความไม่สบายใจจากข้อคำถามบางข้อ โดยท่านสามารถเลือกที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ และท่านอาจเกิดความกังวลต่อการเปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่มีการระบุตัวตนรายบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

9. ประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

นอกจากนี้ผลการวิจัยอาจนำไปต่อยอดเพื่อปรับปรุง พัฒนาระบบบริการ ในสถานบริการให้ตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่ และสามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

10. ทางเลือกอื่น หากไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

หากท่านไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อสิทธิที่ท่านพึงมี

11. แนวทางการจัดการเมื่อมีสถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

สถานการณ์	แนวทางการปฏิบัติ
■ หากท่านถอนตัวระหว่างการวิจัย	ผู้วิจัยจะยุติการเก็บข้อมูลโดยทันที และท่านสามารถตัดสินใจได้ว่าท่านจะอนุญาตให้ใช้ข้อมูลต่อไปหรือไม่
■ หากมีข้อมูลใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือความปลอดภัยของท่าน	ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยเร็ว และท่านสามารถตัดสินใจได้ว่า ท่านจะร่วมอยู่ในการวิจัยนี้ต่อหรือไม่

12. ประโยชน์หรือสิ่งที่คุณเข้าร่วมการวิจัยอาจได้รับ หลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งผลให้ท่านทราบหลังได้ข้อสรุปผลการวิจัย

13. การรักษาความลับของข้อมูลและข้อจำกัดในการรักษาความลับของข้อมูล

แบบสอบถามในโครงการวิจัยทั้งหมดจะถูกเก็บไว้อย่างเป็นระบบ โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงได้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกแปลงเป็นรหัสในการวิเคราะห์ข้อมูลและบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผ่าน มีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงได้ อย่างไรก็ตาม อาจมีบุคคลบางกลุ่มที่ขอเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้ประสานงานวิจัย ผู้กำกับดูแลการวิจัย และเจ้าหน้าที่จากสถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและขั้นตอน นอกจากนี้การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวม ไม่มีข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงตัวผู้เข้าร่วมการวิจัย ภายหลังจากงานวิจัยเสร็จสิ้นจะมีการจัดการทำลายไฟล์และเอกสารอย่างเหมาะสมต่อไป

14. ค่าตอบแทนการเข้าร่วมในการวิจัย

ไม่มีค่าตอบแทน

15. ค่าใช้จ่ายที่คุณเข้าร่วมการวิจัยต้องรับผิดชอบ

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยท่านไม่มีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ

16. แนวทางการดูแลรักษาและจ่ายค่าชดเชย กรณีที่คุณเข้าร่วมการวิจัยได้รับอันตรายหรือผลกระทบจากการเข้าร่วมการวิจัย

ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นเพียงการตอบแบบสอบถาม อาสาสมัครที่เข้าร่วมจะไม่ได้รับอันตรายหรือผลกระทบจากการเข้าร่วมการวิจัย จึงไม่มีแนวทางการดูแลรักษาและจ่ายค่าชดเชย

17. บุคคลที่สามารถติดต่อได้ กรณีที่มีปัญหาหรือข้อสงสัย

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยหรือความปลอดภัยระหว่างเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง นางสาวพัทธธิดา เทพวงศ์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เบอร์โทรศัพท์ 065-591-6969 อีเมล 6551804007@lamduan.mfu.ac.th

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของท่าน ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง อาคารบริการวิชาการ (AS) ชั้น 4 มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง โทรศัพท์ 053-917-170 ถึง 71 และ 053-916-551 โทรสาร 053-917-170 หรืออีเมล rec.human@mfu.ac.th เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความปลอดภัย และความเป็นอยู่ที่ดีของท่าน ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์-ระดับสากล

ภาคผนวก จ

หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

Version 2 Date 18/3/2024

AP 03_1/2022

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า _____ ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอเวียงแก่น
จังหวัดเชียงราย ซึ่งข้าพเจ้าได้รับข้อมูลและคำอธิบายเกี่ยวกับการวิจัยนี้แล้ว และได้มีโอกาสซักถามและได้รับ
คำตอบเป็นที่พอใจแล้ว ข้าพเจ้ามีเวลาเพียงพอในการอ่านและทำความเข้าใจข้อมูลในเอกสารให้ข้อมูลสำหรับ
ผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างถี่ถ้วน และได้รับเวลาเพียงพอในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมการวิจัยนี้

ข้าพเจ้ารับทราบว่าข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยนี้ได้โดยอิสระ และระหว่างการเข้าร่วม
การวิจัย ข้าพเจ้ายังสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา หรือสิทธิ
ที่ข้าพเจ้าพึงมี

โดยการลงนามนี้ ข้าพเจ้าไม่ได้สละสิทธิใด ๆ ที่ข้าพเจ้าพึงมีตามกฎหมาย และหลังจากลงนามแล้ว
ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมไว้จำนวน 1 ชุด

ลายมือชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย _____ วัน-เดือน-ปี _____
()

..... (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่พึงเข้าใจ)

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในเอกสารข้อมูลและขอความยินยอมนี้ให้แก่
ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในหนังสือด้วยความสมัครใจ

ลงนาม/พิมพ์ลายนิ้วมือผู้เข้าร่วมการวิจัย _____ วัน-เดือน-ปี _____
()

ลายมือชื่อผู้ขอความยินยอม _____ วัน-เดือน-ปี _____
()

คำรับรองของพยานผู้ไม่มีส่วนได้เสียกับการวิจัย (กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยอ่านหนังสือไม่ออกแต่พึงเข้าใจ)

ข้าพเจ้าได้อยู่ร่วมในกระบวนการขอความยินยอมและยืนยันว่า ผู้ขอความยินยอมได้อ่าน/อธิบาย
เอกสารข้อมูลให้แก่ _____ ซึ่งผู้มีชื่อข้างต้นมีโอกาสซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และ
ได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ หลังจากรับทราบข้อมูลที่มีอยู่ตรงตามที่ปรากฏในเอกสารนี้แล้ว

ลายมือชื่อพยาน _____ วัน-เดือน-ปี _____
()

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

- 4 APR 2024

APPROVED

ภาคผนวก ฉ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

แบบสอบถามวิทยานิพนธ์

เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในสตรีอายุ 30 -60 ปี อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในพื้นที่ อำเภอเวียงแก่น จังหวัดเชียงราย

การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการใช้งาน และวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใด และผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม จึงขอความอนุเคราะห์ท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบถ้วนทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามฉบับนี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 43 ข้อ แบ่งเป็น

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ

2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จำนวน 7 ข้อ

2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จำนวน 6 ข้อ

2.5 การรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

2.6 แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง : โปรดกรอกข้อมูลในช่องว่างและทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ชนชาติพันธุ์/ เชื้อชาติ

() ไทย	() จีนยูนนาน	() เมียน
() มูเซอ	() อาข่า	() ม้ง
() อื่นๆ (ระบุ).....		
3. สัญชาติ

() ไทย	() ลาว	() พม่า	() จีน
() กัมพูชา () บุคคลไม่มีสัญชาติ			
4. ศาสนา

() พุทธ	() คริสต์	() อิสลาม	() อื่นๆ.....
----------	------------	------------	----------------
5. ท่านเรียนจบระดับการศึกษาใด

() ไม่ได้เรียน	() ประถมศึกษา	() มัธยมศึกษา
() อนุปริญญา	() ปริญญาตรี	() อื่นๆ.....
6. อาชีพ

() เกษตรกร	() รับจ้าง	() ค้าขาย
() รับราชการ	() แม่บ้าน	() อื่นๆ(ระบุ).....
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน บาท
8. สถานภาพสมรส

() คู่	() หม้าย	() หย่า/แยก	() โสด
---------	-----------	--------------	---------
9. ประวัติการแต่งงาน

() ไม่เคย	() เคย 1 ครั้ง
() เคย 2 ครั้ง	() เคยมากกว่า 2 ครั้ง
10. ประวัติการตั้งครรภ์มีบุตร

() ไม่มี	() มี
-----------	--------
11. จำนวนบุตร.....คน
12. อายุที่มีบุตรคนแรกปี

13. ปัจจุบันท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีใด
 () ยาเม็ดคุมกำเนิด () ยาฝังคุมกำเนิด () ยาฉีดคุมกำเนิด
 () ใส่ห่วงอนามัย () ทำหมันหญิง () ถ่วงยาง
 () ไม่ได้คุม
14. จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว.....คน
15. ระยะทางจากบ้านมายังสถานบริการกิโลเมตร เวลาที่ใช้ นาที
16. ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 () สะดวก
 () ไม่สะดวก
17. ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2566) ท่านเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 () ใช่
 () ไม่ใช่
18. เหตุผลอะไรที่ทำให้ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () ตรวจสุขภาพประจำปี () มีอาการอักเสบของปากมดลูก
 () ตรวจหลังคลอด () มีตกขาวออกมาผิดปกติ
 () มีเลือดออกกะปริดกะปรอย () ปวดท้องน้อย
 () ประจำเดือนผิดปกติ () มีอาการผิดปกติที่ปากมดลูก
 () ตรวจซ้ำเนื่องจากมีผลผิดปกติ () กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก
19. เหตุผลที่ทำให้ท่านไม่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ () ไม่มีเวลา/กลัวเสียเวลาทำงาน
 () ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก () ไม่มีเพื่อนไปตรวจ/ไม่ชอบไปคนเดียว
 () อายุเจ้าหน้าที่ () กลัวจะพบความผิดปกติ
 () กลัวเจ็บขณะตรวจ () การเดินทางไม่สะดวก
 () โสดยังไม่ได้แต่งงาน () แต่งงานแล้วยังไม่มีลูก
 () ไม่ทราบว่ามีการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก
 () ไม่ทราบว่าจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ไหน
 () กลัวเสียค่าใช้จ่ายมากในการตรวจมะเร็งปากมดลูก
20. ในปีนี้ (พ.ศ.2567) ท่านตั้งใจจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 () ใช่ () ไม่ใช่
21. ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยชุดเก็บตัวอย่างด้วยตัวเองหรือไม่
 () เคย ครั้งล่าสุดเมื่อ.....

- () ไม่เคย
22. ประวัติการได้รับวัคซีน HPV
- () ได้รับ () ไม่ได้รับ
23. ประสบการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)
- () โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความน่าเชื่อถือ
- () อุปกรณ์มีความพร้อม และสะอาด
- () เชื่อมั่นในวิธีการตรวจ/เครื่องมือทันสมัย
- () เจ้าหน้าที่ดูแลดี/บริการดี
- () ไม่ประทับใจในการบริการของเจ้าหน้าที่
- () ไม่มั่นใจในเครื่องมือ
- () ห้องตรวจมีความเป็นส่วนตัวปิดมิดชิด
- () เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นผู้ชาย
- () เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นผู้หญิง
24. พฤติกรรมทางเพศ
- () มีคู่นอนคนเดียว () มีคู่นอนมากกว่า 1 คน
25. มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
26. พฤติกรรมทางด้านสุขภาพ
- ดื่มสุรา () ดื่ม () ไม่ดื่ม
- สูบบุหรี่ () สูบ () ไม่สูบ
- ออกกำลังกาย () ทำ () ไม่ทำ

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อมูลที่ตรงกับความคิดและความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
1.สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป					
2.การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หูดหงอนไก่ เริม บริเวณอวัยวะเพศ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
3. การมีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าการมีคู่นอนคนเดียว					
4. สตรีที่ผ่านการตั้งครรภ์และการคลอดหลายครั้งมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
5. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
6.สตรีที่มีสามีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
7.สตรีที่แต่งงานกับชายที่มีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
8.สตรีที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่					
9.สตรีที่มีอาการตกขาว หรือเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
10.สตรีที่ไม่มีการผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปี					
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
11.โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามสามารถคุกคามไปยังอวัยวะอื่นได้					
12.มะเร็งปากมดลูกทำให้เสียชีวิตได้					
13.การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมีส่วนทำให้เป็นปัญหาการใช้ชีวิตคู่และการมีเพศสัมพันธ์					
14.โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นแล้วรักษาไม่หาย					
15.การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมีความยุ่งยากมากกว่ามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก					
16.เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นจำนวนมาก					
17.เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ทุกข์ทรมาน					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
18.การตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำจะช่วยให้ค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้					
19.เมื่อเจ้าหน้าที่นัดตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกต้องไปทุกครั้ง ถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี					
20.การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ทำให้มีโอกาสนในการรักษาหายมากขึ้น					
21. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือระยะรุนแรง					
22. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี ทำให้ท่านลดความวิตกกังวลของการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
23. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี เป็นสิทธิประโยชน์ของสตรีไทย โดยบริการตรวจคัดกรองฟรีในสถานบริการของรัฐ					
24. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังเป็นการตรวจคัดกรองโรคทางระบบสืบพันธุ์บางโรคได้ด้วย					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
การรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
25.ท่านรู้สึกกังวลเพราะไม่ทราบข้อควรปฏิบัติในการเตรียมตัวไปตรวจมะเร็งปากมดลูก					
26.การตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นเพราะกลัวที่จะรู้ว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก					
27.การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลาในการทำงานต้องลางาน					
28.ท่านไม่สะดวกในการเดินทางไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก					
29.การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย					
30.การไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง					
การรับรู้ศักยภาพแห่งตนในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
31.ท่านมั่นใจว่าจะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ					
32.หากท่านไม่สามารถมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันนัดหมาย ท่านยินดีมาตรวจคัดกรองตามนัดใหม่ในครั้งต่อไป					
33.เมื่อท่านพบว่ามีอาการผิดปกติเกี่ยวกับช่องคลอดหรืออวัยวะเพศ ท่านจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทันที					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
34. ท่านรู้และเข้าใจผลดี-ผลเสียการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและอันตรายจากโรคมะเร็งปากมดลูก					
35. ท่านสามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น เว็บไซต์ แอปพลิเคชันต่าง ๆ					
36. ท่านสามารถแนะนำและชักชวนเพื่อนหรือญาติไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้					
37. เมื่อท่านได้รับหนังสือเชิญหรือได้ยินเสียงประชาสัมพันธ์ในหมู่บ้านเชิญเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ท่านจะเข้าร่วมทุกครั้ง					
แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก					
38. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อสิ่งพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์					
39. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมีการรณรงค์/แนะนำจากเจ้าหน้าที่ ทางด้านสุขภาพ					
40. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย					
41. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวของท่านแนะนำให้ไปตรวจ					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
42. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสถานที่เหมาะสม มีอุปกรณ์ ทันสมัย					
43. ท่านไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเจ้าหน้าที่บริการดี					



ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ

พัทธ์ธีรา เทพวงศ์

ประวัติการศึกษา

2560

ปริญญาตรี วิทยาศาสตร์บัณฑิต

พยาธิวิทยากายวิภาค มหาวิทยาลัยบูรพา

ประวัติการทำงาน

2565-ปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุข

องค์การบริหารส่วนจังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงราย

2563-2565

นักวิชาการสุขาภิบาล

เทศบาลนครเชียงราย จังหวัดเชียงราย

