



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

นิตา ดิษฐาน^{1*} และชนิทานต์ วัฒนภิรมย์²

Received: September 22, 2025

Revised: October 31, 2025

Accepted: November 1, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้ 404 คน ข้อมูลที่ได้มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง และครบถ้วน 400 ชุด ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพและการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.85 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปรในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.50) เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.30, 55.50 และ 78.00) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.50) สตรีมาตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 74.00) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.76 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (adj.OR= 1.76; 95%CI: 1.58-3.39) ส่วนปัจจัยอื่นไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจมะเร็งอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ และร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจน และจัดคลินิกบริการในชุมชน

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง / มะเร็งปากมดลูก / สตรี / ความเชื่อด้านสุขภาพ

* **ผู้รับผิดชอบบทความ:** นิตา ดิษฐาน โรงพยาบาลพระพรหม อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช E-mail: nisa.dith@gmail.com

^{1,2} **พยาบาลศาสตรบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช**

Factors related to cervical cancer screening among women in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province

Nisa Ditsathan^{1*} and Chanikan Wattanapirom²

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to examine the level of health beliefs regarding cervical cancer and to analyze the factors associated with cervical cancer screening among women in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. The study population consisted of women aged 30–60 years residing in Phra Phrom District, Nakhon Si Thammarat Province. A sample size of 404 women was calculated, and 400 completed questionnaires were valid and complete. A systematic random sampling method was used. The research instrument was a questionnaire assessing health beliefs and cervical cancer screening behaviors, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.85. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate logistic regression.

The results showed that the overall level of health beliefs was moderate (71.50%). When considering each dimension, it was found that perceived susceptibility to the disease, perceived severity of the disease, and perceived benefits of preventive behavior were mostly at a high level (58.30%, 55.50%, and 78.00%, respectively). Meanwhile, perceived barriers to preventive behavior were mostly at a low level (62.50%). Regarding screening behavior, 74.00% of women had undergone cervical cancer screening. Factors associated with cervical cancer screening indicated that women who had previously received information about cervical cancer were 1.86 times more likely to undergo screening compared to those who had not received such information (adj. OR = 1.76; 95%CI: 1.58-3.39). Other factors were not significantly associated with cervical cancer screening.

Therefore, public health officers should continue promoting cervical cancer screening regularly. Even though perceived barriers to screening were at a low level, collaboration with village health volunteers (VHVs) to provide clear and accurate information about cervical cancer and to organize community-based screening clinics is still recommended.

Keywords: Screening / Cervical cancer / Women / Health beliefs

* *Corresponding Author:* Nisa Ditsathan, Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province, E-mail: nisa.dith@gmail.com

^{1,2} *Bachelor of Nursing Science (B.N.S.), Senior Professional Nurse, Phraphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province*

1. บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากเป็นอันดับที่ 4 ของสตรีทั่วโลก พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศที่กำลังพัฒนาก็ยังเจอสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก โดยโรคนี้อาจเกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Viruses (HPV) ชนิดที่ 16 และ 18 ซึ่งพบได้บ่อยโดยการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพบว่าร้อยละ 90 ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากถึง 6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิงที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี (World Health Organization, 2024) ปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก 604,127 คน และเสียชีวิต 341,831 คน (Singh et al., 2023) สาเหตุสำคัญ คือ การติดเชื้อเรื้อรังของ Human Papilloma Virus (Castellsagué, 2008) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี การไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์หลายครั้ง หรือการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี รวมถึงการใช้ยาคุมกำเนิดทุกชนิด จะมีโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Delam et al., 2020) จากสถานการณ์ดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายในการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี รวมทั้งมีระบบการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วยซึ่งกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ ในปัจจุบันได้มีการรณรงค์และประชาสัมพันธ์สิทธิการตรวจคัดกรองฟรีสำหรับสตรีทุกสิทธิ์การรักษา อย่างไรก็ตาม แนวทางปฏิบัตินี้อาจพิจารณาปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของบริษัทในพื้นที่นั้น ๆ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ สถาบันมะเร็ง กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ, 2561)

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 58.09 ซึ่งเป้าหมายในการคัดกรองต้องไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 โดยเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2566) สำหรับอำเภอพระพรหม ในปี พ.ศ. 2567 ข้อมูล ณ วันที่ 29 มีนาคม 2567 พบว่า ได้รับการคัดกรองจำนวน 2,501 คน คิดเป็นร้อยละ 31.75 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม, 2567) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข และยังมีอัตราการคัดกรองที่ต่ำกว่าภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราชอีกด้วย จากการสัมภาษณ์สตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาจากหลายปัจจัย เช่น ขาดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่กล้ามาตรวจ อาจเพราะเจ้าหน้าที่รู้จักกัน เป็นต้น แต่ที่สำคัญที่ทำให้ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่กลัวการตรวจคัดกรองเพราะกลัวการตรวจพบว่าตนเองเป็นโรคมะเร็ง รongลงมา คือ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง โดยคิดว่าคนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สมิตนเองเท่านั้น และยังคิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ่อยครั้งนั้นไม่จำเป็นโดยเฉพาะในรายที่ผลตรวจปกติมาก่อน ทั้งนี้ยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาทิ อายุ (กรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ, 2559)

แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา มีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) มักมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรม 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) บุคคลที่ประเมินความรุนแรงของโรคว่ามีผลกระทบต่อตนเองมาก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) บุคคลย่อมตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้เกิดประโยชน์ และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) เป็นคาดการณ์ล่วงหน้าต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ (Maiman & Becker, 1974)

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญและยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีทั่วโลก รวมถึงสตรีในประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามยังสามารถป้องกันและลดอัตราการป่วยตายได้ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้จัดทำโครงการรณรงค์ให้สตรีเป้าหมายมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ได้มีแนวทางในการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องเช่นกัน แต่การดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่บรรลุเป้าหมาย แสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นหากได้ทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเป้าหมาย รวมถึงทราบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ก็จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนางานการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อันจะเป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ดีในการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เพิ่มมากขึ้น ซึ่งนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

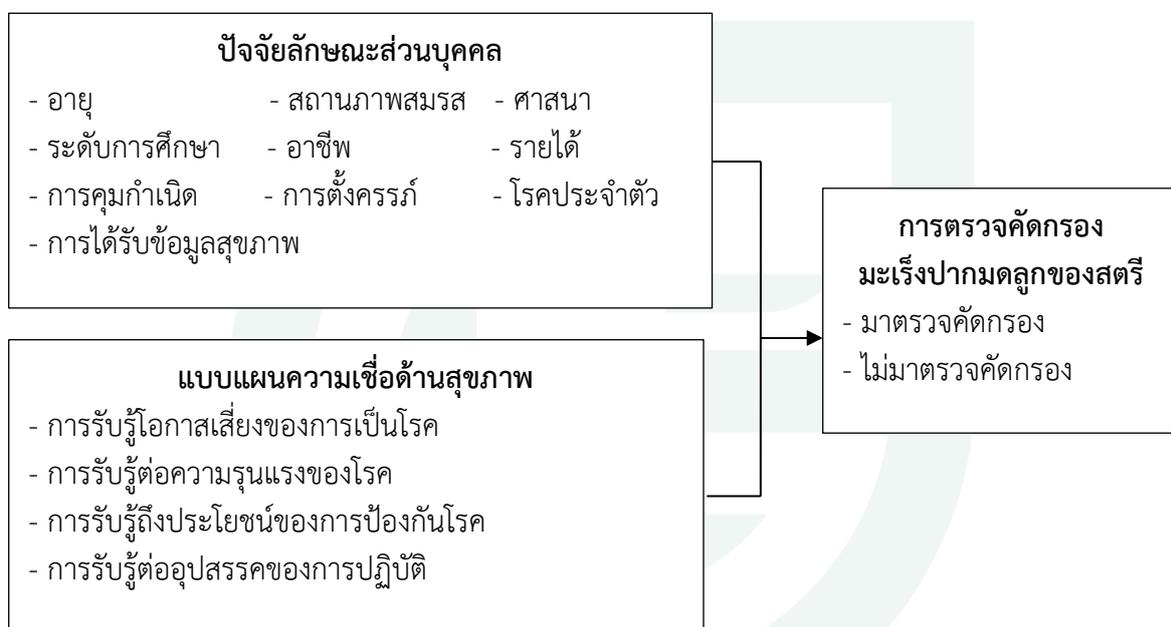
2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก และได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Maiman & Becker, 1974) ซึ่งอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) (2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) (3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived Benefits) และ (4) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) มาเป็นกรอบคิดในการศึกษาการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

4.1 ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30 – 60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 7,878 คน

4.2 กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างในกรณีที่ทราบขนาดประชากรและสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรของ Daniel (1995) กำหนดค่าสัดส่วนประชากร สตรี 30– 60 ปี มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.55 (พิทยารัตน์ จิกยง, 2567) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 ได้จำนวน 367 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 37 คนจึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 404 คน (Naing et al., 2006)

4.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

4.3.1 นำรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ของแต่ละหน่วยบริการ มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่

4.3.2 คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ $l = N/k$ ได้

ระยะห่างเท่ากับ 19.5 หรือ 20

4.3.3 เมื่อได้ช่วงระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยทำการสุ่มบ้านเลขที่ที่เป็นเลขโดด 1 - 9 เพื่อหากกลุ่มตัวอย่างรายแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 404 คน

4.4 กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการศึกษา

4.4.1 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี ติดต่อกัน 2) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

4.4.2 เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) ดังนี้ เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

4.5 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ โรคประจำตัว การได้รับข้อมูลสุขภาพ และประวัติการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 5 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยขออนุญาตใช้แบบสอบถามวิจัย เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ของพิทยรัตน์ จิกยอง (2567) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค 10 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 10 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการเป็นโรค 10 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติ 10 ข้อ รวมทั้งสิ้น 40 ข้อ

ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของลิเคิร์ต (Likert, 1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกเพียง 1 คำตอบเดียวที่ตรงกับการรับรู้ และคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ โดยกำหนดการให้ค่าแต่ละระดับดังนี้ คำถามเชิงบวก มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน, มาก เท่ากับ 4 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 2 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน, มาก เท่ากับ 2 คะแนน, ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน, น้อย เท่ากับ 4 คะแนน และน้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ช่วงคะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง การรับรู้อยู่ในระดับสูง

แบบสอบถามในการวิจัยในครั้งนี้ ได้ขออนุญาตใช้จากพิทยารัตน์ จิกยอง (2567) นำแบบสอบถามหาค่าความสอดคล้องของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นจึงได้นำไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีอายุ 30 – 60 ปีอำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach'alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.85

4.6 การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 3 เดือน ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

4.6.1 จัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระพรหม สาธารณสุขอำเภอพระพรหม และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอพระพรหม จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

4.6.2 ขอความร่วมมือให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธาน อสม.) เพื่อชี้แจงการเก็บรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถาม ตามรายชื่อที่ส่งได้

4.6.3 ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย

4.6.4 รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไป นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

4.6.5 ในการเก็บข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบบสอบถามที่ครบถ้วน ถูกต้อง และสมบูรณ์จำนวน 400 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.01

4.7 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติดังนี้

4.7.1 สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา

4.7.2 สถิติเชิงอนุมาน จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดแจกแจง 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นมาตรวจ (1) และไม่มาตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาตัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการตัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value มากกว่า 0.05 ออก จากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ration: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval: 95%CI) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่มีค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และในกรณีที่มีค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4.8 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช รหัสโครงการ NSTPH 99/2567 วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระพรหม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช แต่อย่างใด

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประมาณ 3 ใน 5 มีอายุระหว่าง 45 – 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานตอนปลาย (ร้อยละ 59.25) มีอายุเฉลี่ย 45.91 ปี (SD=7.71) อายุน้อยที่สุด 30 ปี มากที่สุด 60 ปี ประมาณ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.00) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.50) ประมาณ 1 ใน 3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และมีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 32.75 และ 33.50) มากกว่าครึ่งมีรายได้พอใช้ง่าย (ร้อยละ 56.50) ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 59.25) โดยกินยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 34.97) มากกว่า 4 ใน 5 มีประวัติเคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 85.75) โดยตั้งครรภ์ 2 ครั้ง

มากที่สุด (ร้อยละ 39.36) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 72.75) โดยเป็นโรคไขมันในเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 38.06) มากกว่า 4 ใน 5 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 86.25) โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. มากที่สุดใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 37.00 และ 36.59) ประมาณ 3 ใน 4 มาตรการมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 74.00)

5.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	233	58.30	166	41.50	1	0.30
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	54	55.50	182	45.50	0	0.00
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค	312	78.00	87	21.80	1	0.30
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	47	11.80	103	25.80	250	62.50
ภาพรวม	113	28.25	286	71.50	1	0.25

จากตารางที่ 1 พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 71.50) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 58.30, 55.50 และ 78.00) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 62.50)

5.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หูปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
	ไม่มาตรวจ	มาตรวจ				
อายุ (ปี)						
30 – 44 ปี	47 (28.83)	116 (71.17)	Reference			
45 – 60 ปี	57 (24.05)	180 (75.95)	1.28 (0.82–2.01)	0.284	–	–
สถานภาพสมรส						
โสด	11 (22.00)	39 (78.00)	Reference			
คู่	79 (26.69)	217 (71.17)	0.78 (0.38–1.59)	0.485	–	–
หม้าย/หย่า/แยก	14 (25.93)	40 (74.07)	0.81 (0.33–1.99)	0.640	–	–
ศาสนา						
พุทธ	47 (28.83)	116 (71.17)	Reference			
อิสลาม	3 (16.67)	15 (83.33)	1.80 (0.51–0.64)	0.362	–	–
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	42 (32.06)	89 (67.94)	Reference			
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (17.39)	76 (82.61)	2.24 (1.17–4.30)	0.015	–	–
มัธยมศึกษาตอน	26 (26.53)	72 (73.47)	1.31 (0.73–2.33)	0.365	–	–
ปลาย/ปวช.						
อนุปริญญา/ปวส.	7 (22.58)	24 (77.42)	1.62 (0.65–4.05)	0.304	–	–
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	13 (27.08)	35 (72.92)	1.27 (0.61–2.65)	0.523	–	–
อาชีพ						
ข้าราชการ	1 (8.33)	11 (91.67)	Reference			
เกษตรกรรม	24 (20.00)	96 (80.00)	0.36 (0.05–2.96)	0.344	–	–
รับจ้าง	43 (32.09)	91 (67.91)	0.19 (0.02–1.54)	0.192	–	–
ค้าขาย	23 (27.38)	61 (72.62)	0.24 (0.03–1.97)	0.185	–	–
ธุรกิจส่วนตัว	4 (16.00)	21 (84.00)	0.48 (0.05–4.81)	0.530	–	–
ไม่ได้ทำงาน	9 (36.00)	16 (64.00)	0.16 (0.02–1.64)	0.105	–	–

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					
	ไม่มาตรวจ	มาตรวจ				
ความเพียงพอของรายได้						
พอใช้จ่าย	59 (26.11)	167 (73.89)	Reference			
พอใช้และมีเหลือใช้ มีไว้เก็บ	10 (18.18)	45 (81.82)	1.59 (0.75–3.36)	0.224	–	–
ไม่พอใช้จ่ายแต่ไม่มี หนี้สิน	22 (32.84)	45 (67.16)	0.72 (0.40–1.30)	0.281	–	–
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	13 (25.00)	39 (75.00)	1.06 (0.53–2.12)	0.870	–	–
การคุมกำเนิด						
ไม่ได้คุมกำเนิด	62 (26.16)	175 (73.84)	Reference			
คุมกำเนิด	42 (25.77)	121 (74.23)	1.02 (0.65–1.61)	0.930	–	–
ประวัติการตั้งครรภ์						
ไม่เคยตั้งครรภ์	16 (28.07)	41 (71.93)	Reference			
ตั้งครรภ์	88 (25.66)	255 (74.34)	1.13 (0.60–2.12)	0.701	–	–
โรคประจำตัว						
ไม่มี	78 (26.80)	213 (73.20)	Reference			
มี	26 (23.85)	83 (76.15)	1.17 (0.70–1.95)	0.549	–	–
การได้รับข้อมูลข่าวสาร						
ไม่เคยได้รับ	21 (38.18)	34 (61.82)	Reference			
เคยได้รับ	83 (24.06)	262 (75.94)	1.95 (1.07–3.54)	0.028	1.76 (1.58–3.39)	0.049
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค						
ระดับต่ำ–ปานกลาง	52 (31.14)	115 (68.86)	Reference			
ระดับสูง	52 (22.32)	181 (77.68)	1.57 (1.01–2.47)	0.048	1.52 (0.96–2.39)	0.072
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
ระดับปานกลาง	43 (23.63)	139 (76.37)	Reference			
ระดับสูง	61 (27.98)	157 (72.02)	0.80 (0.51–1.25)	0.323	–	–
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค						
ระดับต่ำ–ปานกลาง	25 (28.41)	63 (71.59)	Reference			
ระดับสูง	79 (25.32)	233 (74.68)	1.17 (0.69–1.99)	0.560	–	–
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ						
ระดับต่ำ	55 (22.00)	195 (78.00)	Reference			
ระดับปานกลาง	34 (33.01)	69 (66.99)	0.57 (0.34–0.95)	0.031	1.66 (0.83–3.33)	0.150
ระดับสูง	15 (31.91)	32 (68.09)	0.60 (0.30–1.19)	0.145	1.05 (0.49–2.24)	0.894

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อสตรีมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 2.24 เท่า เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา (OR= 2.24; 95%CI: 1.17–4.30) เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.95 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (OR= 1.95; 95%CI: 1.07–3.54) เมื่อสตรีมีการรับรู้ความเล็งของโรคระดับสูง จะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.57 เท่า เมื่อเทียบกับระดับต่ำ-ปานกลาง (OR= 1.57; 95%CI: 1.01–2.47) และเมื่อสตรีมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติระดับปานกลางจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงร้อยละ 43 เมื่อเทียบกับระดับต่ำ (OR= 0.57; 95%CI: 0.34–0.95)

เมื่อนำตัวแปรมาวิเคราะห์ด้วยตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) พบว่า เมื่อสตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารจะมีโอกาสตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.76 เท่า เมื่อเทียบกับไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร (adj.OR= 1.76; 95%CI: 1.58–3.39)

6. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยประมาณ 1 ใน 4 (ร้อยละ 26.00) ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ควรจะต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายใน 5 ปี อย่างน้อย 1 ครั้ง และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.75) จึงเป็นไปได้ว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อยอาจจะมีการรับรู้ที่ถูกต้องหรือมีการรับรู้ที่น้อยกว่าบุคคลที่มีการศึกษามากกว่า ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าหากสตรีมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระดับที่ดีเชื่อว่าจะทำให้บุคคลนั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโรคได้ แต่อาจจะมีบางประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ที่สตรียังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง อาทิ โรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีทางป้องกันและไม่สามารถป้องกันได้ (M= 2.81, SD.= 1.17) และโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้เมื่อมีอาการผิดปกติขึ้นแล้วเท่านั้น (M= 2.59, SD= 1.15) ซึ่งอาจจะทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แตกต่างกับการศึกษาของวารสาร คิริธรรมานุกูล (2560) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์ อยู่ในระดับสูงอาจจะเป็นเพราะกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเป็นบุคคลที่มารับบริการตามโครงการซึ่งมีความตระหนักต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ในดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุกสถานบริการได้ร่วมกันจัดทำโครงการรณรงค์ให้กลุ่มตัวอย่างมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะเป็นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้มีแนวทางในการดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และมีการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี และการดำเนินการดังกล่าวได้ทำมาเป็นเวลานาน จึงทำให้สตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งในเรื่องความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์

ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความเสี่ยงที่กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นและมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ($M= 4.18, SD= 0.80$) รองลงมาคือ ผู้หญิงที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส หนองใน มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ($M= 4.13, SD= 0.79$) สำหรับความคิดเห็นต่อความรุนแรงก็พบว่า ผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกควรได้รับการรักษาทุกคน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ($M= 4.19, SD= 0.86$) รองลงมาคือ โรคมะเร็งปากมดลูก หากตรวจพบในระยะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น จะทำให้การรักษายากขึ้น ($M= 4.17, SD= 0.82$) จากความคิดเห็นที่เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรค และความรุนแรงของโรค จึงส่งผลให้สตรีได้รับรู้ประโยชน์จากการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังผลการวิจัยที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี เป็นสิทธิประโยชน์ของสตรีไทยทุกคน สามารถเข้าตรวจได้ที่สถานพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ($M= 4.31, SD= 0.83$) ประเด็นนี้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดเป้าหมายให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มีความครอบคลุมอย่างน้อยร้อยละ 80 ของสตรีทั่วประเทศ ทั้งนี้จากการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงจะส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์ คือ การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะช่วยป้องกันการลุกลามไปอวัยวะอื่น ๆ ได้ ($M= 4.20, SD= 0.75$) อีกประเด็นอาจจะเป็นเพราะว่า สตรีสามารถที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้หลายแห่ง เนื่องจากเป็นอำเภอที่ติดกับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จึงทำให้สามารถเข้าถึงบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายกว่าสตรีพื้นที่อื่น ๆ ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ (Maiman & Becker, 1974) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า สตรีอายุ 30 – 60 ปี ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของวราภรณ์ ศิริธรรมานุกุล (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค ของสตรีที่มาใช้บริการ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และการศึกษาของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน (2568) ที่พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่พบว่าการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับต่ำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของศรีธนธร มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า สตรีในจังหวัดราชบุรี มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง

สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นอำเภอที่ติดกับอำเภอเมืองนครศรีธรรมราช มีสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลายแห่ง ทั้งหน่วยบริการของรัฐ โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกเอกชน กลุ่มตัวอย่างจึงก้าวข้ามอุปสรรคในเรื่องการตรวจบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปได้ ทั้งนี้การที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจหน่วยบริการที่ไม่ใช่พื้นที่ตนเองทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความอายเมื่อไปตรวจลดลง ดังผลการวิจัยที่พบว่า

การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่อาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($M= 2.26, SD= 1.16$) อีกประเด็น อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และรับรู้ประโยชน์ในการไปตรวจ มะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องมาหลายปี กลุ่มตัวอย่างบางคนมีการตรวจหลายครั้ง ฉะนั้นจึงมีความเห็นว่า อุปสรรคที่ใช้ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกทำให้เกิดความเจ็บปวด จึงมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M= 1.66, SD= 1.34$) ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า สตรีอายุ 30 - 60 ปี ตำบล บ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีการรับรู้ต่ออุปสรรคอยู่ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศิริธรรมานกุล (2560) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของสตรีที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน (2568) ที่พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา มีการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับต่ำ แต่แตกต่างกับการศึกษาของศรีธนธ มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า สตรีในจังหวัดราชบุรี มีการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อวิเคราะห์ด้วยเหตุสุดวิสัย พบเพียง 1 ตัวแปร ที่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การเคยได้รับข้อมูลข่าวสาร อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีย่อมจะมีความตระหนักและรับรู้การเกิดมะเร็งปากมดลูกที่เป็นไปในทิศทางบวก ส่งผลให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า สตรีเคยได้รับข้อมูลข่าวสารมากกว่า 4 ใน 5 (ร้อยละ 86.25) และได้รับข้อมูลข่าวสารมาจากหลากหลายช่องทาง โดยได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มากที่สุด (ร้อยละ 37.00) รองลงมาคือ อสม. (ร้อยละ 36.59) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูล และทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความตระหนักในการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ (ร้อยละ 12.93) ซึ่งช่องทางนี้ จะเป็นการประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยข้อมูลที่ได้นำเสนอ สามารถที่จะรับรู้ถึงสถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก และอาจจะมีสื่อภาพที่ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากสื่อดังกล่าวอาจจะเกิดจากที่กระทรวง สาธารณสุขมีความต้องการรณรงค์ให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงความรุนแรงหากเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า การได้รับ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นแรงสนับสนุนที่ให้สตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี เข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของพรณี ปิ่นภาค (2563) ที่พบว่า การไม่ทราบ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร นั้นแสดงให้เห็นว่า ถ้ากลุ่มเป้าหมายได้รับ ข้อมูลข่าวสารที่ทั่วถึงอาจจะทำให้กลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เช่นเดียวกับการ ศึกษาของศรีธนธ มังคะมณี และคณะ (2567) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อออนไลน์ ของสตรีในจังหวัดราชบุรี ส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษานี้ยังแตกต่างกับการศึกษา ของศรีกิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน (2568) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะเป็นเพราะว่าการศึกษานี้เป็นการศึกษาภายในตำบล ซึ่งอาจจะมีการประชาสัมพันธ์ที่ทั่วถึงแล้ว

สำหรับปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุก ๆ 5 ปี รวมทั้งมีระบบการวินิจฉัย รักษา และส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจากนโยบายดังกล่าวทำให้หน่วยบริการสาธารณสุขจำเป็นต้องรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ฉะนั้น สตรีแต่ละคนจึงมีโอกาสที่จะได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตลอดเวลา ส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลของสตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นตัวแปรอายุที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างอายุระหว่าง 51-60 ปี จะมีประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำและตรวจเป็นประจำทุกปี

ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่า นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่รณรงค์การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเช่นกัน อีกทั้งยังมีการประชาสัมพันธ์หลากหลายช่องทางจึงทำให้สตรีมีการรับรู้อย่างต่อเนื่องส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์ต่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ และคณะ (2566) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคของสตรีตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นตัวแปรรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาจจะเป็นเพราะว่าพื้นที่ที่ศึกษาตั้งอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีโรงพยาบาลทั้งรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งตั้งอยู่ในเขต จึงทำให้สตรีมีการคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย

7. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ฉะนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังคงต้องมีการประชาสัมพันธ์การตรวจมะเร็งอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ แต่ประมาณร้อยละ 26.00 ยังมีสตรีที่ยังไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงควรมีการดำเนินงานร่วมกับ อสม. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ชัดเจน

8. สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ประมาณ 3 ใน 4 มาตรการมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และสื่อออนไลน์มากที่สุด

9. เอกสารอ้างอิง

- กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวล พงศ์ และชญญาภัค วงษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 124–137. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/265095/180816>
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันมะเร็ง, กลุ่มงานสนับสนุนวิชาการ. (2561). *แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก*. โฆสิตการพิมพ์.
- ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล, รัตนา ธรรมวิจิต และธานินทร์ สุทธิประเสริฐ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(6), 1022–1031. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/791/709>
- นรี พุ่มจันทร์, เทพกร พิทยาภินันท์ และทัศนีย์ ประธาน. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา: อำเภอบันนังสตา. *วารสารบัณฑิตวิจัย*, 5(2), 153–159.
- นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยะธิดา ตริเดช, สุนธนา ศิริ และชาญวิทย์ ตริเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30 – 60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 63–79. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/pnc/issue/view/9863/5284>
- พรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30–60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 118–131. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/issue/view/16755>
- พิทยารัตน์ จิกยง. (2567). *ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30–60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่* [การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาโทฉบับที่ 1 ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- วราภรณ์ ศิริธรรมานุกูล. (2560). เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกัน และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์. *วารสารพยาบาลสหราชอาณาจักรไทย*, 10(1), 126–144. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/trcnj/article/view/96897/75676>
- ศรินธร มังคะมณี, อิศรา ศิริมณีรัตน์, ขวัญใจ เพทายประกายเพชร, จิรียา อินทนา, ชลิต เซาร์วีไลย และหวานใจ หล้าพรหม. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(1), 11–22. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHQJ/article/view/267448/182616>
- ศรிகิจ ศิริสมบัติ และบุญประจักษ์ จันทร์วิน. (2568). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, 5(2), e274135. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jnphr/article/view/274135/187102>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2566). *รายงานประจำปี 2566*. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม. (2567). *รายงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Prentice–Hall.
- Castellsagué, X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical Cancer. *Gynecologic Oncology*, 110(3, Supplement 2), S4–S7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2008.07.045>
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. Wiley & Sons.
- Delam, H., Izanloo, S., Bazrafshan, M. R., & Eidi, A. (2020). Risk factors for cervical cancer: An epidemiological review. *Journal of Health Sciences & Surveillance System*, 8(3), 105–109. <https://doi.org/10.30476/jhsss.2020.86539.1092>
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 22 (140), 5–55
- Maiman, L. A. & Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model: Origins and Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336–353. <https://doi.org/10.1177/109019817400200404>
- Naing, L., Winn, T., & Rusli, B. N. (2006). Practical issues in calculating the sample size for prevalence studies. *Archives of Orofacial Sciences*, 1, 9–14. https://aos.usm.my/docs/Vol_1/09_14_ayub.pdf

Singh, D., Vignat, J., Lorenzoni, V., Eslahi, M., Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, P. M., Basu, P., Bray, F., & Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *Lancet Glob Health*, 11(2), E197–E206.

World Health Organization. (2024, March 5). *Cervical cancer*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>.

