

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา

สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์, วท.ม.*^a, นิชนันท์ สุวรรณกฎ, พย.ม.** , อมรรัตน์ นระสนธิ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

วิจัยเชิงพรรณนาแบบทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา โดยใช้ PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างคือ สามีภรรยาจำนวน 210 คู่ สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามีภรรยาอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพบว่า กลุ่มสามี การสนับสนุนของครอบครัว การคุมกำเนิด อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 37.10 ในกลุ่มภรรยา การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70 ดังนั้นจากผลการศึกษาจึงมีข้อเสนอต่อบุคลากรทางการแพทย์ในการส่งเสริมป้องกันมะเร็งปากมดลูกควรให้สามีมีส่วนร่วม และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้สุขศึกษาเรื่องเพศศึกษากับเยาวชนชายหญิง ข้อเสนอต่อหน่วยงานด้านสาธารณสุขคือพิจารณาขยายกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย; การป้องกันมะเร็งปากมดลูก; สามีภรรยา; PRECEDE-PROCEED framework

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

^a Corresponding author สุวภัทร นักรู้กำพลพัฒน์ Email: suvapat.n@ubu.ac.th

รับบทความ: 1 เม.ย. 65; รับบทความแก้ไข: 17 เม.ย. 65; ตอปรับตีพิมพ์: 17 เม.ย. 65; ตีพิมพ์ออนไลน์ 30 พ.ค. 65

Predicting Factors of Primary Prevention of Cervical Cancer among Couples

Suvapat Nakrukamphonphatn, M.Sc.^{*a}, Nitchanun Suwannakoot, MNS^{**},
Amornrat Natason, MNS^{*}

Abstract

This descriptive predictive research aimed to explore primary prevention behaviors for cervical cancer among couples and to examine predictive factors of primary prevention cervical cancer among couples. The PRECEDE-PROCEED Framework was used as a conceptual framework for this study. The participants were consisted of 210 couples recruited using multi-stage random sampling method. The data were collected using questionnaires and were analyzed using descriptive statistics, Spearman's rank correlation coefficients, Pearson's product moment correlation coefficients, and multiple regression analyses. The results of the study indicated that knowledge, attitudes towards cervical cancer prevention, access to health services, family supports, supports from health care providers, and primary prevention behaviors were at a moderate level. The predictive study among the husband group showed that family supports, contraceptive use, age at their first sexual intercourse, supports from health care providers, and attitudes were significantly associated and could predict initial primary prevention of cervical cancer for 37.10 percent. In addition, data from the wife group revealed that supports from health care providers and family supports related could predict initial primary prevention of cervical cancer for 17.70 percent. It was recommended that health care providers should involve husband when educating the couples about cervical cancer prevention. Attitudes towards cervical cancer prevention should be focused in sex

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

** Instructor, Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani University

^a Corresponding author : Suvapat Nakrukamphonphatn Email : suvapat.n@ubu.ac.th

Received: Apr. 1, 22; Revised: Apr. 17, 22; Accepted: Apr. 17, 22; Published Online: May 30, 22

education for youth. It was also recommended for public health organizations to extend target population to provide cervical cancer vaccination for better coverage.

Keywords: Predictive factors, Cervical cancer prevention, Couples, PRECEDE-PROCEED framework

บทนำ

มะเร็งที่พบบ่อยในผู้หญิงคือมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบถึงหนึ่งในสี่ของมะเร็งในผู้หญิง ใน พ.ศ. 2561 มีผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 570,000 คน และเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 311,000 คน⁽¹⁾ ประเทศไทยมีแนวโน้มของอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ใน พ.ศ. 2556-2560 (2,031 คน, 2,062 คน, 2,195 คน, 2,193 คน และ 2,251 คน ตามลำดับ) พบว่าอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือตามลำดับ⁽²⁾ โดยสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 99 เกิดจากการติดเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งสามารถแพร่ผ่านจากคนสู่คนระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ได้ทางช่องคลอด ทางทวารหนัก การสัมผัสผิวหนังที่มีเชื้อ และมีปัจจัยสนับสนุน ได้แก่ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี การมีคู่นอนหลายคน มีคู่นอนที่มีเชื้อ HPV สูบบุหรี่ การรับประทานยาคุมกำเนิดต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน การติดเชื้อหนองใน⁽³⁾ และการดื่มสุราจะเพิ่มความคงอยู่ของเชื้อ HPV⁽⁴⁾

มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิคือการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ HPV จากการไม่มีเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัย มีคู่นอนคนเดียว ขลิบหนังหุ้มปลายองคชาต ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การป้องกันระดับทุติยภูมิคือการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ และการป้องกันระดับตติยภูมิ คือการรักษาให้หายหรือประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตตามสภาวะของโรค⁽⁵⁻⁶⁾ หากเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้วจะเกิดผลการทบในที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ซึ่งจากประเด็นปัญหาต่างๆ นั้น องค์การอนามัยโลกได้เล็งเห็นความสำคัญจึงกำหนดนโยบายเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำเพื่อให้นานาชาติใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหามะเร็งปากมดลูกกำหนดเป็นค่าเป้าหมาย คือ 1) ให้สตรีอายุ 15 ปี ต้องได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อ HPV ร้อยละ 90 2) สตรีอายุ 35 และ 45 ปี ต้องได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยการทดสอบที่มีประสิทธิภาพสูงร้อยละ 70 และ 3) ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องได้รับการรักษาก่อนการแพร่กระจายร้อยละ 90⁽⁷⁾ ประเทศไทยได้มีนโยบายเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าวโดยขยายการเข้าถึงวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกในเยาวชน ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁸⁾แม้ว่าจะมีนโยบายต่างๆ เข้ามาสนับสนุน

แต่ก็ยังพบว่ามีอัตราการอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการป้องกันที่ดีที่สุดคือการป้องกันระดับปฐมภูมิคือการไม่รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย และการฉีดวัคซีน แต่การสนับสนุนวัคซีนนั้นมีเฉพาะกลุ่มเด็กหญิงอายุ 11-12 ปี โดยให้ฉีด 2 เข็ม⁽⁹⁾ และให้มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่อายุมากกว่า 35 ปี โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วย

แม้ว่าการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิจำนวนไม่มากนัก โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ นักเรียน นักศึกษาหญิง⁽¹⁰⁻¹²⁾ พยาบาล นักศึกษาพยาบาล⁽¹³⁾ สามัญภรรยา⁽¹⁴⁾ ประเด็นที่ศึกษาคือ 1) ความรู้ด้านการป้องกัน เช่น วัคซีน 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีปัจจัยส่วนบุคคล คือ ความรู้^(11,14-15) ความเต็มใจในการจ่ายเงินซื้อวัคซีน⁽¹⁵⁾ ทศนคติ⁽¹³⁻¹⁵⁾ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ การสนับสนุนของสามี⁽¹⁶⁾ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่⁽¹⁴⁾ และปัจจัยส่งเสริม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์⁽⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับ PRECEDE-PROCEED Framework⁽¹⁷⁾ ในขั้นตอนการประเมินการศึกษาและนิเวศวิทยา โดยมีปัจจัยภายในและภายนอกบุคคลที่ส่งผลต่อสุขภาพ และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนสุขภาพได้มี 3 กลุ่มปัจจัย คือ 1) ปัจจัยนำ คือ ปัจจัยที่อยู่ในตัวบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ยาก 2) ปัจจัยเอื้อ คือ ปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งการเกิดพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยเสริม คือ การเสริมแรงหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดการกระทำจากบุคคลที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องและนำไปสู่การแก้ปัญหาได้

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะในสามัญภรรยา เนื่องจากปัจจัยที่สนับสนุนการก่อโรคนั้นเพศชายมีส่วนร่วมในการแพร่เชื้อ HPV ด้วย ผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิและปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

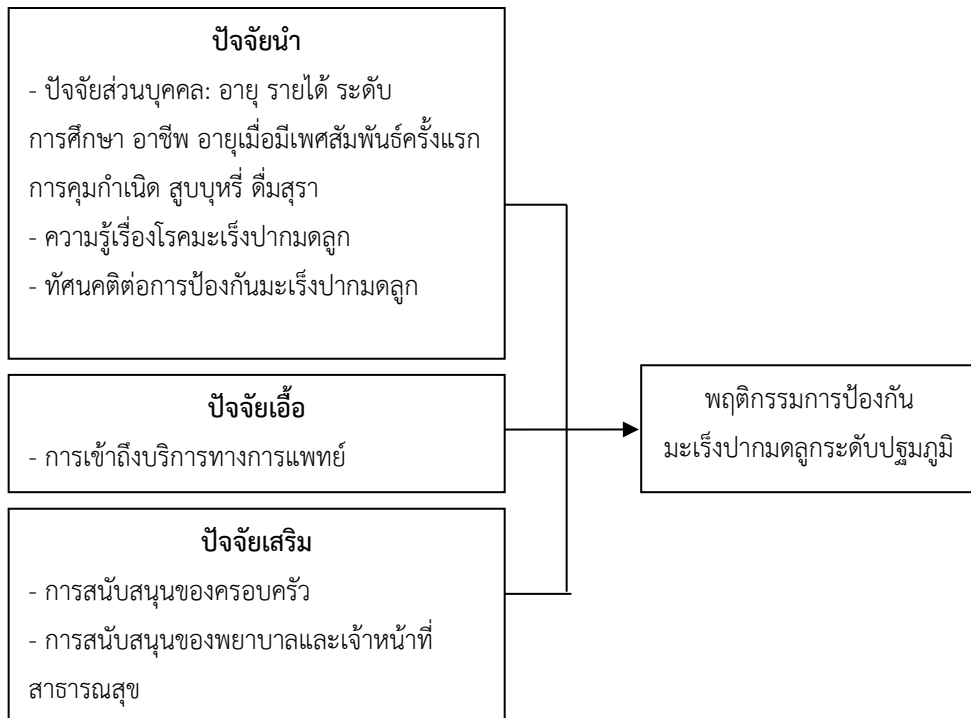
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามัญภรรยา

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทำนาย (Predictive descriptive research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือสามีมักรรยาที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power⁽¹⁸⁾ โดยใช้ค่า $R^2=0.126^{(14)}$ จากงานวิจัยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คำนวณค่า Effect size=0.14, $\alpha=0.05$, power=(1- β) = 0.90 ได้กลุ่มตัวอย่าง 172 เนื่องจากเป็นการศึกษาในคู่สามีมักรรยา จึงเป็นจำนวน 172 คู่ ซึ่งหากต้องการเพิ่มอำนาจการทดสอบและเพิ่มความน่าเชื่อถือของการวิจัยขนาดกลุ่มตัวอย่างควรเท่ากับ 200-250 คน⁽¹⁸⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 210 คู่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยผู้วิจัยจัดกลุ่มจังหวัดตามขนาดของประชากร (Cluster) เป็น 3 กลุ่ม คือ ขนาดเล็ก กลาง และใหญ่ สุ่มจังหวัดโดยการสุ่มแบบง่ายด้วยการจับฉลากไม่ใส่คืนเพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มละ 1 จังหวัด และสุ่มอำเภอโดยจับฉลากสุ่มจังหวัดละ 2 อำเภอ

และหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการจับฉลากหน่วยบริการปฐมภูมิอำเภอละ 1 แห่ง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากจากบัญชีรายชื่อเพื่อเป็นตัวแทนหน่วยบริการปฐมภูมิละ 35 คู่

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือภายใต้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามกรอบแนวคิดของ PRECEDE-PROCEED Framework ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
2. แบบสอบถามความรู้เรื่องการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำนวน 15 ข้อ ตรวจสอบความเที่ยงจากค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 มีค่าเท่ากับ 0.87 ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.87
3. แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามปัจจัยเสริมจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า Likert's scale แบบเลือกตอบ 4 ระดับ ตรวจสอบความเที่ยงโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.69, 0.90 และ 0.74 ตามลำดับ ในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.77, 0.88, และ 0.79 ตามลำดับ
4. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิจำนวน 9 ข้อ เป็นแบบวัดมาตรประมาณค่า Likert's scale แบบเลือกตอบ 4 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.74 และในการศึกษาครั้งนี้มีค่าเท่ากับ 0.67

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ UBU-REC-04-2561 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC097/2561 เมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2561 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัยให้ผู้วิจัยทราบถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่ระบุตัวตนผู้ตอบ จะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งบันทึกข้อความถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ทีมผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อภายใต้คำแนะนำของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
3. ทีมวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การถอนตัวจากโครงการวิจัยภายใต้การพิทักษ์สิทธิ์ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจะให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมตน

การรับแบบสอบถามนั้นสามักรรยาจะได้รับแบบสอบถามที่มีเนื้อหาเดียวกันคนละฉบับแยกคนละซองโดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 15-30 นาที เมื่อตอบเรียบร้อยแล้วให้นำใส่ซองส่งคืนที่มวิจัยตามเวลาที่นัดหมาย ผู้วิจัยจะตรวจสอบหากไม่สมบูรณ์จะทวนสอบกับกลุ่มตัวอย่างหากลืมนจะให้ตอบให้สมบูรณ์ในเอกสารชุดเดิม ถ้าไม่ประสงค์ตอบจะกล่าวขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson's product-moment correlation coefficient และ Spearman's correlation เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำการศึกษ สถิติ Multiple regression analysis เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามักรรยา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสามักรรยาจำนวน 210 คู่ การนำเสนอผลการวิจัยได้แยกเป็นสามักรรยา ดังนี้ กลุ่มสามักรอายุระหว่าง 20-59 ปี (Mean=37.83, SD=8.63) มีรายได้ระหว่าง 0-40,000 บาท จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 42.4, 26.7 และ 20.0 ตามลำดับ) ประกอบอาชีพทำนา ค่าขาย และรับจ้าง (ร้อยละ 56.7, 14.3 และ 12.9 ตามลำดับ) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 15-32 ปี (Mean=15, SD=9.05) คู่หมั้นร้อยละ 40 โดยภรรยา รับประทานยาคุมกำเนิด ใช้ถุงยางอนามัย และนับระยะปลอดภัย (ร้อยละ 25.2, 6.67 และ 4.29 ตามลำดับ) มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 36.7 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 57.6 ส่วนกลุ่มภรรยาที่มีอายุระหว่าง 18-59 ปี (Mean=37.18, SD=9.09) มีรายได้ระหว่าง 0-30,000 บาทต่อเดือน ประกอบอาชีพทำนา ค่าขาย รับจ้าง (ร้อยละ 46.2, 13.8 และ 13.3 ตามลำดับ) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 39.0, 22.4 และ 19.5 ตามลำดับ) ประวัติมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุระหว่าง 15-29 ปี (Mean=14.68, SD=9.26) มีการคุมกำเนิดร้อยละ 61.4 พบว่า ทำหมัน รับประทานยาคุมกำเนิด ฉีดยาคุมกำเนิด (ร้อยละ 35.2, 25.2 และ 5.2 ตามลำดับ) สูบบุหรี่ร้อยละ 16.2 ดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 21.4 มีเพียง 1 ราย ที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก และได้ตรวจมะเร็งปากมดลูก (ทำแป็บเสมีร์) ร้อยละ 65.7 ทุกคนมีผลตรวจปกติ ส่วนความรู้ ทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสามีและภรรยาอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสามีและภรรยา มีการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ อยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ซึ่งพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่ปฏิบัติมากที่สุดคือการทำความสะอาด สังกัดอวัยวะเพศ การทำความสะอาดก่อนหลังการมีเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุด ระดับของปัจจัย

ตัวแปร	ภรรยา (n=210 คน)			สามี (n=210 คน)		
	Min-Max ^b	Mean	SD	Min-max ^b	Mean	SD
ความรู้ (0-15) ^a	0-15	6.86	4.21	0-15	6.27	4.56
ทัศนคติ (9-36) ^a	9-36	21.07	5.16	9-35	21.29	5.23
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (9-36) ^a	8-32	23.85	4.68	8-32	23.00	4.58
การสนับสนุนของครอบครัว (4-16) ^a	4-16	10.41	2.83	4-16	10.02	3.05
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ฯ (3-12) ^a	3-12	7.18	2.94	3-12	6.94	2.79
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก (9-36) ^a	9-36	25.41	4.71	10-36	24.89	4.82

^a=possible rang, ^b= actual rang

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนในกลุ่มสามี พบว่าการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.264$, $p\text{-value}<0.01$) แต่ในกลุ่มภรรยาไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

Variable	1	2	3	4	5	6
กลุ่มสามี						
1. ระดับการศึกษา	1					
2. อาชีพ	0.425**	1				
3. การสูบบุหรี่	0.011	-0.005	1			
4. การดื่มสุรา	-0.085	-0.178**	0.153*	1		
5. การคุมกำเนิด	0.090	0.060	0.049	-0.024	1	
6. พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	0.047	0.030	0.00	-0.073	0.264**	1
กลุ่มภรรยา						
1.ระดับการศึกษา	1					
2.อาชีพ	0.503**	1				
3.การสูบบุหรี่	-0.030	-0.052	1			
4.การดื่มสุรา	0.00	-0.061	0.180**	1		
5.การคุมกำเนิด	-0.028	-0.110	-0.024	-0.087	1	
6.พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	-0.048	0.065	0.003	0.044	0.128	1

**p-value < 0.01, *p-value <0.05

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติเพียร์สันในกลุ่มสามี พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($r=0.171$) ทักษะคิดต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($r=0.151$) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ($r=0.372$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r=0.512$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($r=0.425$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ในกลุ่มภรรยา พบว่าอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ($r=0.178$) การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ($r=0.289$) การสนับสนุนของครอบครัว ($r=0.348$) และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ($r=0.371$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
กลุ่มสามี									
1.อายุ	1								
2.รายได้	0.195*	1							
3.อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.085	-0.159*	1						
4.ความรู้	0.158*	0.120	-0.036	1					
5.ทัศนคติ	0.164	-0.149	0.119	-0.211**	1				
6.การเข้าถึงบริการทางการแพทย์	0.006	-0.054	0.267**	0.022	0.109	1			
7.การสนับสนุนของครอบครัว	0.023	0.120	-0.037	-0.132	0.103	0.376	1		
8.การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	-0.137*	0.044	0.035	0.027	0.033	0.461	0.472	1	
9.พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	0.090	0.017	0.171*	0.006	0.151*	0.372**	0.512**	0.425**	1

**ตารางที่ 3 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิของ
สามีและภรรยา วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน**

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9
กลุ่มภรรยา									
1.อายุ	1								
2.รายได้	-0.045	1							
3.อายุเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.074	0.049	1						
4.ความรู้	0.157	0.159*	-0.137*	1					
5.ทัศนคติ	0.099	-0.219**	0.189**	-0.095	1				
6.การเข้าถึงบริการ ทางการแพทย์	0.085	0.099	-0.070	0.170	0.147	1			
7.การสนับสนุน ของครอบครัว	-0.104	0.068	-0.106	-0.023	0.027	-0.333	1		
8.การสนับสนุน ของเจ้าหน้าที่	-0.096	-0.065	-0.181*	0.045	-0.018	0.527**	0.543**	1	
9.พฤติกรรม การป้องกันมะเร็ง ปากมดลูก	-0.004	0.122	-0.178*	0.071	0.010	0.289**	0.348**	0.371**	1

*p-value<0.05 ** p-value<0.01

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกด้วยวิธี Stepwise ในกลุ่มสามี พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว การคุมกำเนิด อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และทัศนคติ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกได้ร้อยละ 37.10 (Adjust R²=0.371) โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Zพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิ = 0.406(Zการสนับสนุนของครอบครัว) + 0.201(Zการคุมกำเนิด) + 0.164(Zอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก) + 0.190(Zการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่) + 0.119(Zทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูก) (ตารางที่ 4)

ส่วนกลุ่มภรรยา พบว่ามี 2 ตัวแปร คือการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70 (Adjust R²=0.177) โดยมีสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ Zพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกระดับปฐมภูมิ = 0.297(Zการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่) + 0.202(Zการสนับสนุนของครอบครัว) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุของปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีและภรรยา

Variables	B	SE	Beta	t	Co-linearity	
					Tolerance	VIF
กลุ่มสามี						
การสนับสนุนของครอบครัว	0.642	0.100	0.406	6.434**	0.759	1.318
การคุมกำเนิด ^d	1.937	0.547	0.201	3.542**	0.942	1.062
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	0.087	0.030	0.164	2.943*	0.978	1.022
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	0.327	0.111	0.190	2.952*	0.734	1.363
ทัศนคติ	0.110	0.052	0.119	2.113*	0.957	1.045
Constant = 11.676, R ² =0.386, Adjust R ² =0.371, F=25.513, p-value<0.01 ^d = dummy coding						
กลุ่มภรรยา						
การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่	0.473	0.121	0.297	3.894**	0.681	1.469
การสนับสนุนของครอบครัว	0.335	0.124	0.202	2.696**	0.703	1.423
Constant = 18.226, R ² =0.189, Adjust R ² =0.177, F=15.886, p-value<0.01						

*p-value<0.05 **p-value <0.01

สรุปและอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่างสามีภรรยาพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการป้องกัน คือการรักสุขภาพความสะอาดของร่างกาย ทำความสะอาดอวัยวะเพศก่อนและหลังการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนที่ตอบมากที่สุด ซึ่งเป็นสุขอนามัยพื้นฐาน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่าทั้งสามีและภรรยา อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การสนับสนุนของครอบครัว การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และในกลุ่มสามีพบว่าทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ

อายุต่ำสุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 15 ปี หากมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 18 ปีจะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก⁽³⁾ ดังนั้นจึงจะทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นนอกจากมะเร็งปากมดลูกแล้วก็จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์หรือท้องก่อนวัยอันควรได้ ซึ่งผลการศึกษพบว่าการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีได้ ซึ่งพบว่ากลุ่มสามีคุมกำเนิดร้อยละ 40 มีเพียงร้อยละ 6.67 ที่ใช้ถุงยางอนามัย แม้ว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อ HVP ได้ไม่ทั้งหมดเนื่องจากถุงยางอนามัยไม่สามารถปกปิดอวัยวะเพศ

ทั้งหมด แต่การใช้ถุงยางอนามัยมีความความสัมพันธ์กับความตั้งใจป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁹⁾ ส่วนกลุ่มภรรยาที่มีการคุมกำเนิดด้วยยาคุมกำเนิด ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกรับประทานต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน⁽³⁾ ซึ่งยาคุมกำเนิดนั้นเข้าถึงได้ง่ายและหยุดได้หากต้องการมีบุตร แต่ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ ส่วนด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิในกลุ่มสามีซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพของงานวิจัยนี้ด้วยที่พบว่าสามีมีทัศนคติที่หลากหลายต่อการมีเพศสัมพันธ์⁽²⁰⁾

การเข้าถึงบริการทางการแพทย์มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ซึ่งการให้บริการของภาครัฐ ได้แก่ 1) ถุงยางอนามัย ทัศนคติของคนส่วนหนึ่งเชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยคือไม่ไว้ใจกัน⁽²⁰⁾ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ของสามีภรรยาเป็นเรื่องปกติไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ได้ 2) วัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งภาครัฐได้ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกให้กับผู้หญิงอายุระหว่าง 11-12 ปี⁽⁶⁾ แต่ก็ไม่ครอบคลุมกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่น เช่นกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer) ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหากมีเพศสัมพันธ์

ปัจจัยด้านการสนับสนุนของครอบครัวมีความความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ซึ่งครอบครัวสนับสนุนการป้องกันมะเร็งปากมดลูก⁽¹⁴⁾ สามีได้สนับสนุนเงิน การเดินทาง ให้กำลังใจ⁽¹⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนของครอบครัวโดยเฉพาะสามีนั้นมีความสำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอาจเนื่องจากบทบาทหน้าที่ของสามีภรรยา ส่วนการสนับสนุนของพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับนโยบายด้านการส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกตามนโยบายของภาครัฐ⁽⁸⁻⁹⁾ แม้ว่าจะมีหน้าที่ส่งเสริมป้องกันโรค การให้ความรู้เรื่องเพศเป็นเรื่องที่ไม่เปิดเผยอาจทำให้เขินอายทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ ดังนั้นหากปรับเปลี่ยนตามบริบทสังคม วัฒนธรรมก็อาจช่วยส่งเสริมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีได้ร้อยละ 37.1 และภรรยาร้อยละ 17.7 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุดในกลุ่มสามี คือ การสนับสนุนของครอบครัว คุมกำเนิด การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ส่วนในกลุ่มภรรยาปัจจัยที่มีอิทธิพลคือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ คือ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ทัศนคติต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก การคุมกำเนิด ปัจจัยเสริม คือ การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว ว่าสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ในกลุ่มสามีและภรรยา

ซึ่งยังมีอีกหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิสอดคล้องกับ PRECEDE-PROCEED framework⁽¹⁷⁾ ที่กล่าวว่ามีหลายปัจจัยที่มีส่งผลต่อพฤติกรรมจากการศึกษาครั้งนี้ มีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ยังไม่ได้ศึกษาในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอคือ 1) ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมและปรับเปลี่ยนทัศนคติของสามีในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ควรเพิ่มการให้สุศึกษาเรื่องเพศศึกษากับเยาวชน 2) เนื่องจากมีอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงควรศึกษาด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นที่สอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรม 3) เสนอให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรขยายกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยอุบลราชธานีที่สนับสนุนทุนวิจัยและขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Cervical cancer [internet]. 2021 [cited 2021 April 1]. Available from: https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
2. Ministry of Public Health. Public health statistics 2017 [internet]. 2017 [cited 2017 December 1]. Available from: <http://bps.moph.go.th>
3. American cancer society. About Cervical Cancer [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/about.html>.
4. Oh HY, Kim MK, Seo S, Lee DO, Chung YK, Lim MC, et al. Alcohol consumption and persistent infection of high-risk human papillomavirus. *Epidemiol Infect.* 2015; 143(7):1442-50.
5. Ruengkachon I. Cervical Cancer. Bangkok: PA Living; 2018. (In Thai)
6. Small W Jr, Bacon MA, Bajaj A, Chuang LT, Fisher BJ, Harkenrider MM, et al. Cervical Cancer: A global health crisis. *Cancer.* 2017;123(13):2404-12.
7. WHO. Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>.

8. Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health. National Cancer Control Program (2561-2565 BE.). Nonthaburi: Department of Medical Sciences, Ministry of Public Health; 2561. (in Thai)
9. Gynecology Treatment Committee. RTOG Clinical Practice Guidelines Primary Prevention of Cervical Cancer [internet]. 2020 [cited 2021 April 1]. Available from: <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2020/11/GY-63-016-CPG-HPV-vaccination-17Oct20.pdf>.
10. Juntasopeepun P, Suwan N, Phianmongkhol Y, Srisomboon J. Knowledge and risk behaviors of HPV infection and cervical cancer among female college students: Implications for sex education and health care policy. Thai Journal of Nursing Council. 2011;26(3):48-63. (in Thai)
11. Kuczkowska K, Jankowiak-Saida K, Wronkowaki Z. Knowledge about cervical cancer among Polish and Finnish female students. European Journal of Obstetrics & Gynecology Reproductive Biology. 2011;156:212-6.
12. Patel H, Jevé YB, Sherman SM, Moss EL. Knowledge of human papillomavirus and the human papillomavirus vaccine in European adolescents: A systematic review. Sex Transm Infect. 2016;92(6):474-9.
13. Topan A, Ozturk O, Eroglu H, Bahadir O, Harma M, Harma MI. Knowledge level of working and student nurses on cervical cancer and human papilloma virus vaccines. Asian Pac J Cancer Prev. 2015;16(6):2515-9.
14. Nakrukamphonphatn S, Thiangtham W, Powwattana A, Nunthamongklchai S. Predictors of the husbands' behaviour in cervical cancer primary prevention for their wives. Poster presented at: The 13thPh conference. 2011 April 28-29; Bangkok, Thailand: 184-92. (in Thai)
15. Rajiah K, Maharajan MK, Fang Num KS, How Koh RC. Knowledge about human papillomavirus and cervical cancer: Predictors of HPV vaccination among dental students. Asian Pac J Cancer Prev. 2017;18(6):1573-9.
16. Adewumi K, Oketch SY, Choi Y, Huchko MJ. Female perspectives on male involvement in a human-papillomavirus-based cervical cancer-screening program in western Kenya. BMC Woman's Health. 2019;19:107.

17. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Palo Alto: Mayfield; 1991.
18. Srisatidnarakul B. Effect size, Power Analysis, Optimal Sample Size Calculations Using G*power Software. Bangkok: Chula printing; 2020.
19. Donati S, Giambi C, Declich S, Salmaso S, Filia A, Ciofi degli Atti ML, et al. Knowledge, attitude and practice in primary and secondary cervical cancer prevention among young adult Italian women. *Vaccine*. 2012;30(12):2075-82.
20. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoot N, Natason A. Primary prevention behavior for cervical cancer among husbands. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 2021;15(38):484-96.