ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

สุขุมาล โพธิ์ทอง พ.บ.,ว.ว.สูติศาสตร์นรีเวชวิทยา

Factors associated with cervical cancer screening of women in Langsuan, Chumphon

Abstract

The paper investigates factors associated with cervical cancer scree ning of women in Langsuan district, using a cross-sectional study of 382 women based on specifically designed questionnaires. Beside identifying factors associated with cervical cancer screening, the paper also studies the rate of cervical cancer screening, knowledge about cervical cancer, and attitude about cervical cancer screening.

The descriptive statistical results show that, in term of the demographic and socio-economic characteristics, the majority (41.7%) are of the age range 41 – 50 years old with the mean age of 45.44. 81.1% of the participants are married and most are in the agriculture (56.8%). While on average, the individual earns about 5,000 Thai baht. In terms of general health, most of the women never smoke (95.2%) and have no underlying disease (70.5%).

Regarding gynecological characteristics, most have been pregnant before (90.4%). Whilst 52.6% have regular menstruation, 29.5 % have menopausal status. 94.8% of women have sexual activity, and 83.5% of women use contraception.

While only 37.2 % of women have a moderate level of knowledge regarding cervical cancer, 88.5% have good attitudes toward cervical cancer screening. With reference to cervical cancer screening behavior, the majority (51.3%) have undergone the screening but just for some years, 40.1% have a regular annual screening, and 8.6% have never had the screening.

Of special noted is that under the chi-square correlation analysis, the paper finds that factors that are significantly associated with cervical cancer screening behavior at 5% significance level are underlying disease, pregnancy history, menstrual status and knowledge.

With reference to the findings, in particular on the importance of knowledge, one of the policy recommendations for improving the rate of cervical cancer screening could be based on (i) improving women's knowledge about the severity of cervical cancer and (ii) having community based campaign on continuous basis and with a larger coverage.

Sukhumarn Phoethong, M.D.
Langsuan hospital,
Chumphon 86110

Keyword : cervical cancer screening, behavior, factor

วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 Reg 11 2561 Med J 2018 ;32 : 965 - 980

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 382 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 41 – 50 ปี (ร้อยละ 41.7) อายุเฉลี่ย 45.44 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.1) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.8) รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 36.9) ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 95.2) และไม่มีโรคประจำตัว(ร้อยละ 70.5)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 90.4) ประจำเดือนมาตามปกติ (ร้อยละ 52.6) หมดประจำเดือนแล้ว (ร้อยละ 29.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 94.8) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 80.9)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.2) มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 88.5) การปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจบ้างบางปี (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ ตรวจเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 40.1) และไม่เคยตรวจเลย (ร้อยละ 8.6) การมีโรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน และ ความรู้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการศึกษา นำไปสู่การกำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมมาตรการเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยส่งเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ร่วมกับดำเนินการเชิงรุกเข้าสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่บริการต่อไป

คำรหัส : การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก , การปฏิบัติตน , ปัจจัย

Original Articles นิพนธ์ต้นฉบับ

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสอง (รองจากมะเร็งเต้านม) ของมะเร็งในสตรีไทย จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2555 พบอุบัติการณ์ (Age-standardized incidence rate; ASR) การเกิดมะเร็งปากมดลูกประมาณ 14.1 รายต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี (ASR= 14.1) มีรายงานผู้ป่วยใหม่ในปี พ.ศ. 2555 จำนวน 8,184 รายและเสียชีวิต 4.513 ราย[1] แม้ว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง (Preinvasive disease) รวมถึงสามารถป้องกันได้ตั้งแต่ก่อนมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์โดยใช้วัคซีน กล่าวคือ เชื้อไวรัสเอชพีวี (HPV) กลุ่มเสี่ยงสูง เช่น สายพันธุ์ 16, 18 เป็นต้น เ เป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 99 เชื้อไวรัส HPV ติดโดยการสัมผัส ส่วนใหญ่จากการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าผู้ที่ติดเชื้อแล้วกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก มีระยะเวลาดำเนินโรคจากรอยโรคก่อนมะเร็งจนกลายเป็นมะเร็ง 10-20 ปี จากความรู้ดังกล่าวข้างต้นทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ก่อนระยะที่จะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์เกิดมะเร็งปากมดลูกและลดการเสียชีวิต[2]

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกแบ่งได้เป็น 3 ระดับ (Level of prevention) คือ

1. การป้องกันปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ หลีกเลี่ยงสาเหตุ จากการศึกษาพบว่ามะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุส่วนใหญ่จากการติดเชื้อไวรัส HPV สายพันธุ์

เสี่ยงสูง ดังนั้นการป้องกันการได้รับเชื้อไวรัส เช่น เว้นการมีเพศสัมพันธ์ (ซึ่งอาจไม่เป็นจริงทางปฏิบัติ) ควรมีเพศสัมพันธ์เมื่อถึงวัยอันควร การมีคู่ครองคนเดียวและการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัส HPV เพื่อสร้างภูมิคุ้มกัน รวมทั้งรณรงค์ให้มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

2. การป้องกันทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การตรวจคัดกรองเพื่อหารอยโรค วินิจฉัยและรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง (Cervical Intraepithelial Neoplasia: CIN) ซึ่งปัจจุบัน มี 3 วิธี คือ

2.1 การตรวจทางเซลล์วิทยาบริเวณปากมดลูก ใช้หลักการตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติบริเวณปากมดลูก มีทั้งแบบ conventional Papanicolaou (Pap) smear และ liquid-based cytology ซึ่งวิธี liquid-based cytology มีข้อดี คือลดปัญหาการเก็บตัวอย่างไม่เพียงพอ ลดอัตราการเกิด unsatisfactory smear และลดระยะเวลาแปลผล นอกจากนั้น หากพบว่าผลเซลล์วิทยามีความผิดปกติ สามารถนำสิ่งส่งตรวจ ตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ต่อได้ (เรียกว่า reflex HPV) อย่างไรก็ดีทั้งสองวิธีไม่มีความแตกต่างกันในแง่ ความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity)

2.2 การตรวจหา DNA ของเชื้อไวรัส HPV (HPV DNA testing) ปัจจุบันมีบทบาทดังนี้

- ใช้ร่วมกับการตรวจทางเซลล์วิทยาบริเวณปากมดลูก เรียกว่า co-testing ซึ่งทำให้มีความไวในการตรวจพบรอยโรคก่อนมะเร็งสูงขึ้น

- ช่วยในการจัดการผลตรวจทางเซลล์วิทยา ที่มีความก้ำกึ่ง เพื่อกำหนดแนวทางดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อไป

- ใช้ตรวจติดตามหลังการรักษารอยโรคก่อนมะเร็ง CIN II-CIN III เรียกว่า test of cure

- ใช้เป็นการตรวจคัดกรองเริ่มต้น (Primary screening) ในบางประเทศ เช่น สตรีที่มีอายุมากกว่า 25 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา

2.3 การตรวจ VIA (Visual inspection with acetic acid) คือ ใช้สารละลายกรดน้ำส้มเจือจาง (Acetic acid)ป้ายบริเวณปากมดลูก แล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุปากมดลูกด้วยตาเปล่า ถ้าพบการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ ปากมดลูก บริเวณนั้นจะเปลี่ยนเป็นสีขาว ซึ่งการตรวจ VIA ต้องอาศัยผู้ตรวจที่ผ่านการอบรมจนมีความชำนาญ วิธีนี้มีทั้งข้อดีและข้อด้อย ข้อดี คือ ให้การวินิจฉัยได้ทันทีและทำการรักษาตามข้อบ่งชี้ได้แบบ single visit approach (SVA) โดยการจี้ทำลายรอยโรคด้วยความเย็น (Cryotherapy) ส่วนข้อด้อย คือ ไม่มีชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา และมีข้อจำกัดในการรักษารอยโรคขนาดใหญ่กว่าร้อยละ 75 ของปากมดลูก จึงจำเป็นต้องมีการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสถานพยาบาล

3. การป้องกันตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การรักษาเมื่อเป็นโรค และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในกรณีที่ได้รับการรักษาไปแล้ว มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด[2,3]

ในประเทศไทย มีแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งจัดทำโดยราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2556 โดยแนะนำให้เริ่มตรวจเซลล์วิทยาที่อายุ 25 ปีในสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว และ 30 ปี ในสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ควรตรวจทุก 2-3 ปี และหยุดตรวจที่อายุ > 65 ปีหากผลตรวจปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง[2] ด้านกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.) มุ่งหวังให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นไปได้อย่างทั่วถึง (มีความครอบคลุม ร้อยละ 80) แก่สตรีทั่วประเทศ โดยคำนึงถึงทรัพยากร (Resources) ที่มีอยู่ ในปัจจุบัน ได้กำหนดนโยบาย (พ.ศ. 2554-2558) ให้สตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ทุกๆ 5 ปี [1] แต่อย่างไรก็ดี สตรีที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากหลายๆ การศึกษาพบว่าสตรีช่วงอายุดังกล่าว มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ร้อยละ 50-80 4-8 สำหรับเขตพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2560 ยังต่ำกว่าเป้าหมายตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุขตามแผนพัฒนา

สุขภาพแห่งชาติ ซึ่งผลการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558 สะสมถึง ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 50-60 เท่านั้น ในขณะที่ปีงบประมาณ 2560 มีอัตราการตรวจคัดกรองเพียงร้อยละ 13.27 [12]ดังนั้นการศึกษาว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร สามารถนำผลการศึกษามาวางแผนการพัฒนาการดำเนินงานและกำหนดแนวทางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายให้มากที่สุดต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Cross -sectional Descriptive study) ซึ่งประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรี อายุระหว่าง 25 – 65 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร โดยยกเว้นสตรีที่ผ่าตัดมดลูกแล้ว สตรีที่เคยมีประวัติความผิดปกติของปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง และสตรีที่เป็นมะเร็งทางนรีเวช (มะเร็งปากมดลูก มะเร็งรังไข่ มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก) และคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร n=Z2 PQ/d2 (Cochran, 1963) โดยค่า P คือสัดส่วนของร้อยละการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมายในอำเภอหลังสวนเท่ากับ ร้อยละ 13.27 ได้กลุ่มตัวอย่าง 177 คน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมประมาณสองเท่าเพื่อป้องกันความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 382 คน

ตัวแปรอิสระ ของการศึกษาประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านสูตินรีเวช ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง และตัวแปรตาม คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตรวจทุกปี ตรวจบางปี ไม่เคยตรวจ)

เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และค่าความเที่ยง (Reliability) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.78 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป (เช่น อายุ อาชีพ รายได้ การศึกษา) และข้อมูลด้านสูตินรีเวช (เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การแท้ง การคุมกำเนิด) และการปฏิบัติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวนทั้งสิ้น 21 ข้อ

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ

3.ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน ในการช่วยแจกแบบสอบถามให้แก่สตรีกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนการกระจายไปทุกตำบล ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม – 30 มิถุนายน 2560 โดยผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงการทำวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง จนเข้าใจแล้วกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยโดยลงลายมือชื่อในแบบยินยอมการวิจัย (Informed consent)

เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอ้างอิงใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี) (n=382)		
ไม่เกิน 30	24	6.3
31-40	83	21.7
41-50	155	40.6
51-60	120	31.4
Mean = 45.44, S.D. = 8.545, Min = 25, Max = 60		
สถานภาพสมรสในปัจจุบัน (n=374)		
โสด	21	5.6
คู่	309	82.6
หม้าย	35	9.4
หย่า	9	2.4
อาชีพ (n=370)		
รับราชการ	16	4.3
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	1	0.3
บริษัทเอกชน	4	1.0
รับจ้าง	62	16.8
เกษตรกร	210	56.8
ประมง	2	0.5
ค้าขาย	48	13.0
อื่นๆ	27	7.3
ระดับการศึกษา (n=379)		
ไม่ได้เรียน	3	0.8
ประถมศึกษา	123	32.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	80	21.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	102	26.9
ปวส./อนุปริญญา	29	7.7
ปริญญาตรี	42	11.1
ศาสนา (n=382)		
พุทธ	378	99.0
คริสต์	2	0.5
อิสลาม	2	0.5

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (n=382)		
0 – 5,000	141	36.9
5,001 – 10,000	112	29.3
10,001 – 15,000	25	6.5
15,001 – 20,000	19	5.0
20,001 – 25,000	4	1.1
25,001 ขึ้นไป	81	21.2
Mean = 8,173.14, S.D. = 7,197.9, Min = 0, Max = 60,000		
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท) (n=382)		
0 – 10,000	114	29.8
10,001 – 20,000	120	31.4
20,001 – 30,000	40	10.5
30,001 – 40,000	9	2.4
40,001 – 50,000	6	1.6
50,001 ขึ้นไป	93	24.3
Mean = 19,779.93, S.D. = 22,271.82, Min = 0, Max =200,000		
สิทธิการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลของรัฐ (n=377)		
ชำระเงินเอง	7	1.9
บัตรทอง	263	69.8
ประกันสังคม	16	4.2
เบิกต้นสังกัด/สิทธิราชการ	38	10.1
อสม.	53	14.0
ประวัติการสูบบุหรี่ (n=374)		
ไม่เคยสูบเลย	356	95.2
เคยสูบแต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	11	2.9
ปัจจุบันสูบในบางครั้งบางโอกาส	4	1.1
สูบเป็นประจำ	3	0.8
การมีโรคประจำตัว (n=369)		
ไม่มี	261	70.7
มี	108	29.3
ชนิดของโรคประจำตัว (n=131)		
เบาหวาน	20	15.3
ความดันโลหิตสูง	44	33.6
อื่นๆ	67	51.1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะข้อมูลด้านสูตินรีเวช

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ (n=375)		
ไม่เคย	36	9.6
เคย	339	90.4
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง) (n=364)		
1	114	31.3
2 - 3	228	62.6
4 ครั้งขึ้นไป	22	6.1
วิธีการคลอดบุตร (n=365)		
คลอดธรรมชาติ	260	71.2
คลอดโดยการผ่าตัด	105	28.8
การแท้งบุตร (คน) (n=347)		
ไม่เคย	289	83.3
เคย	58	16.7
จำนวนบุตร (คน) (n=382)		
1	114	29.8
2 - 3	243	63.6
4 คนขึ้นไป	25	6.6
การมีประจำเดือน (n=376)		
มาตามปกติ	201	53.4
มาบ้างไม่มาบ้างหรือมาไม่ปกติ	42	11.2
ไม่มาเลย	22	5.9
หมดประจำเดือนแล้ว	111	29.5
การมีเพศสัมพันธ์ (n=367)		
ไม่เคย	19	5.2
เคย	348	94.8
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)(n=295)		
14 – 20	128	43.4
21 – 27	139	47.1
28 - 34	18	6.1
35 - 42	10	3.4
Mean = 20.72, S.D. = 6.960, Min = 14, Max = 42		

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนคู่นอน (คน)(n=299)		
1 - 2	292	97.7
3 - 4	7	2.3
การคุมกำเนิด (n=366)		
ไม่ใช้	57	15.6
ใช้	309	84.4

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวนตอบถูก คน	ร้อยละ
1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	242	63.9
2. ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง	223	58.8
3. การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อยเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก	213	56.3
4. การตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นได้ในผู้หญิง	245	64.8
5. สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพบพิลโลมา(เอชพีวี)	174	45.9
6. การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก	119	31.4
7. มะเร็งปากมดลูกในระยะแรก ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติ	282	74.4
8. มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	292	77.0
9. ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายได้โดยไม่จำเป็นต้องตัดมดลูกออก	238	62.8
10. เราป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้โดยการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชพีวี	161	42.6
11. อาการที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม คือ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด	302	79.9
12. การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ต้องวินิจฉัยจากการตรวจชิ้นเนื้อปากมดลูก	264	69.8
13. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามสามารถรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายรังสี และเคมีบำบัด	282	73.8
14. มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ	328	86.8

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวนตอบถูก คน	ร้อยละ
15. ผู้หญิงที่ควรเริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ผู้หญิงที่เริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน	292	77.2
16. ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกขณะมีประจำเดือนเพราะปากมดลูกเปิดทำให้ไม่เจ็บขณะตรวจ	309	81.7
17. การตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่ง่าย คือ ตรวจเองโดยใช้มือคลำปากมดลูกหลังมีประจำเดือนทุกเดือน	287	75.9
18. การตรวจหามะเร็งปากมดลูกควรทำบ่อยๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	305	80.7
19. ตรวจมะเร็งปากมดลูกปกติ ติดต่อกัน 2 ปี ไม่จำเป็นต้องไปรับบริการตรวจอีก	297	78.6
20. ควรสวนล้างช่องคลอดให้สะอาดก่อนที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก	145	38.4
Mean = 13.19, S.D. = 4.14, Min = 0, Max = 20		

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนระหว่าง 16-20 คะแนน)	126	33.2
ปานกลาง (คะแนนระหว่าง 12-15 คะแนน)	142	37.5
ต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน)	111	29.3

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติรายข้อ

ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับทัศนคติ
1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย	5.11	0.920	สูง
2. ครอบครัวท่านไม่มีใครเป็นมะเร็งปากมดลูก ท่านจึงไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5.18	0.738	สูง
3. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีขั้นตอนยุ่งยาก	5.26	2.683	สูง
4. ท่านรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5.01	1.135	สูง
5. ท่านไม่กล้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวผลออกมาว่าท่านจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	4.51	1.251	สูง
6. ท่านไม่มั่นใจต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.88	1.097	สูง
7. ท่านกังวลกับเครื่องมือตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.66	1.101	สูง

ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับทัศนคติ
8. ไม่สะดวกใจที่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จักคุ้นเคย	4.36	1.290	สูง
9. การตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่จำเป็น เพราะถ้ารู้ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ไม่สบายใจ	4.91	1.042	สูง
10. สังเกตลักษณะสี กลิ่นของสิ่งที่ขับออกจากช่องคลอดทุกวันเป็นการกระทำที่ไม่ลำบาก	4.34	1.557	สูง
11. ท่านไม่มีเวลาว่างพอที่จะไปคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.93	0.912	สูง
12. สตรีควรตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อแต่งงานหรือเมื่อมีบุตรแล้วเท่านั้น	4.70	1.280	สูง
13. สตรีที่ยังไม่แต่งงานไม่น่าจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	4.83	1.038	สูง
14. มะเร็งปากมดลูกสาเหตุเกิดจากกรรมพันธุ์เท่านั้น	4.86	0.900	สูง
15. การมีบุตรจำนวนมาก ไม่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	4.69	1.035	สูง
16. การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่จำเป็นควรตรวจคัดกรองอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง	5.32	0.979	สูง
17. ท่านจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกครั้งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข / แพทย์นัด	4.96	1.179	สูง
18. ท่านรู้สึกได้ว่าท่านไม่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย	4.54	1.288	สูง
19. ท่านคิดว่ามะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเกิดขึ้นกับบุคคลที่อ่อนแอ หรือ ร่างกายไม่แข็งแรง	4.60	1.167	สูง
20. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ไร้สาระเสียเวลาทำมาหากิน	5.39	0.705	สูง
รวมทุกข้อ	**4.85**	**1.165**	**สูง**

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคยตรวจเลย	32	8.6
เคยตรวจบ้างบางปี	191	51.3
เคยตรวจเป็นประจำทุกปี	149	40.1

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัย	χ^2	P value
สถานภาพสมรส	5.344	.069
อาชีพ	2.919	.232
โรคประจำตัว	8.840	.012*
ประวัติการตั้งครรภ์	13.374	.001*
ประวัติการแท้งบุตร	2.637	.267
ประวัติการทำแท้ง	0.062	.803
การมีประจำเดือน	10.026	.018*
ประวัติการมีเพศสัมพันธ์	0.034	.854
ความรู้	16.764	.002*
ทัศนคติ	1.563	.815

วิจารณ์และอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 41–50 ปี (ร้อยละ 41.7) โดยอายุเฉลี่ย 45.44 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.1) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 56.8) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 32.5) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99) รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท (ร้อยละ 36.9) รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาทถึง 20,000 บาท (ร้อยละ 31.4) สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง (ร้อยละ 69.8) ไม่เคยสูบบุหรี่เลย (ร้อยละ 95.2) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.5) ดังตารางที่ 1

จากข้อมูลด้านสูตินรีเวช กลุ่มตัวอย่างเคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 9 0.4) ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ 2 - 3 ครั้ง (ร้อยละ 62.6) คลอดโดยวิธีธรรมชาติ (ร้อยละ 68.1) ไม่มีการแท้งบุตร (ร้อยละ 77.3) ประจำเดือนมาตามปกติ (ร้อยละ 52.6) เกือบทั้งหมดเคยมีเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 94.8) มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 43.4) จำนวนคู่นอนตั้งแต่ 1 - 2 คน (ร้อยละ 97.7) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 80.9) ดังตารางที่ 2

ความรู้ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามรายข้อดังตารางที่ 3 และระดับความรู้ดังตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 13.19 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.2) มีความรู้ระดับปานกลาง รองลงมาระดับสูง (ร้อยละ 33.2) และระดับต่ำ (ร้อยละ 29.3) จำแนกรายข้อมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดในข้อคำถาม “มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ” (ร้อยละ 86.8) รองลงมา คือ “ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกขณะมีประจำเดือนเพราะปากมดลูก เปิดทำให้ไม่เจ็บขณะตรวจ” (ร้อยละ 81.7) และมีความรู้น้อยที่สุดในข้อคำถาม “การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก” (ร้อยละ 31.4)

ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85) โดยข้อคำถามที่มีทัศนคติสูงสุด

คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ไร้สาระ เสียเวลาทำมาหากิน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.39) และข้อคำถามที่มีทัศนคติต่ำสุด คือ สังเกตลักษณะสี กลิ่นของสิ่งที่ขับออกจากช่องคลอดทุกวัน เป็นการกระทำที่ไม่ลำบาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.34) และเมื่อจำแนกตามระดับทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ร้อยละ 88.5) ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

การปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ้างบางปี (ร้อยละ 51.3) รองลงมาคือ เคยตรวจเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 40.1) และไม่เคยตรวจเลย (ร้อยละ 8.6) ดังตารางที่ 7

การทดสอบความสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการมีโรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 8

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 41 – 50 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ และอาชีพเกษตรกร สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในต่างจังหวัดอื่น ได้แก่ ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล (2557) ศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี, กันยารัตน์ อยู่ยืน (2555) จังหวัดกำแพงเพชร และวิไลวรรณ ขันตรี(2556) ศึกษาสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ แตกต่างจากการศึกษาของ Woraphot Chaowanawanit (2559) ทำในกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีส่วนใหญ่อายุ 41 – 50 ปี การศึกษาระดับปริญญา อาชีพรับจ้าง

การปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ้างบางปี (ร้อยละ 51.3) รองลงมา เคยตรวจเป็นประจำทุกปี (ร้อยละ 40.1) และไม่เคยตรวจเลย (ร้อยละ 8.6) เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ทำในประเทศไทย พบว่าต่ำกว่า การศึกษาในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 57.2 [4] ส่วนการศึกษาในต่างจังหวัดอื่นก็สูงกว่า เช่นกัน ในจังหวัดอุบลราชธานี เคยตรวจร้อยละ 82.5[5] จังหวัดสุพรรณบุรี เคยตรวจร้อยละ 69.7[7] แต่สตรีกลุ่มตัวอย่างในอำเภอหลังสวนตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าประเทศกำลังพัฒนาอื่น เปรียบเทียบการศึกษาในประเทศมาเลเซียพบว่า สตรีมาเลเซียตรวจ Pap smear เพียงร้อยละ 6.2[11] และสตรีในเมือง Portland ประเทศ Jamaica ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 16[9] อภิปรายว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างในอำเภอหลังสวนมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าการศึกษาอื่น เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีในชุมชนอำเภอหลังสวนที่มีขนาดเล็กกว่า เปรียบเทียบกับกรุงเทพมหานคร หรือ จังหวัดสุพรรณบุรีและจังหวัดอุบลราชธานี สตรีในชุมชนขนาดเล็กอาจได้รับการศึกษาน้อยกว่า มีความรู้น้อยกว่า รวมทั้งมีภาระงานเช่นเป็นแม่บ้าน ต้องเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองจึงไม่สามารถไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาในสตรีมาเลเซียและสตรีเมือง Portland ประเทศ Jamaica ส่วนสตรีในจังหวัดใหญ่ เช่น อุบลราชธานี สุพรรณบุรี ตลอดจนกรุงเทพมหานคร นอกจากมีความรู้และการศึกษาสูงกว่าแล้ว ลักษณะการทำงานยังแตกต่างไป ส่วนใหญ่จะทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมหรือบริษัท ซึ่งมีระบบตรวจสุขภาพประจำปีและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมักรวมอยู่ด้วย ทำให้สตรีในจังหวัดเหล่านั้นได้รับการตรวจคัดกรองมากกว่า

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 37.2) สอดคล้องกับวิไลวรรณ ขันตรี (2556) ศึกษาสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล (2557) ที่ทำในจังหวัดสุพรรณบุรีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับค่อนข้างน้อยถึงน้อย ในแง่ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนหนึ่งน่าจะมาจากการรับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตลอดจน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) ดังนั้นการที่จะเพิ่มระดับความรู้ในเรื่องโรคหรือสุขภาพต่างๆ โดยรวมจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุข ที่จะส่งความรู้ไปยังประชาชน และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.85) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาภรณ์ ปรัสสรา ที่พบว่าระดับทัศนคติปานกลาง และ Woraphot Chaowanawanit ที่พบว่าระดับทัศนคติต่ำ ระดับทัศนคติต่อภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่พฤติกรรมการไปรับการตรวจคัดกรองไม่ได้สูงตามไปด้วย ซึ่งจุดนี้น่าจะต้องพัฒนางานวิจัยต่อไปในอนาคตว่าเป็นเพราะเหตุใด

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีดังนี้

โรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน และ ความรู้ จากการศึกษานี้พบว่าโรคประจำตัวสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิตินั้น อธิบายได้ว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมักจะไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจและรับการรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสรับทราบข้อมูลหรือได้รับการแนะนำให้ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกพร้อมกันไปด้วย จากบุคลากรทางการแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และสตรีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนก็จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับหลายการศึกษา [5,7-9]

ประวัติการตั้งครรภ์นั้น มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะว่าสตรีทุกรายตั้งครรภ์ จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมกับการตรวจหลังคลอดบุตร 6 สัปดาห์ และได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง เช่นควรตรวจทุกปี หรืออาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น เลือดออกผิดปกติจากช่องคลอด หรือมีตกขาวลักษณะผิดปกติ และแม้ว่าสตรีผู้นั้นจะไม่ได้คลอดบุตร เนื่องจากการตั้งครรภ์ผิดปกติ หรือ มีการแท้งบุตร จะได้รับการนัดหมายมาตรวจติดตามอาการหลังแท้ง 2 สัปดาห์ จะได้รับการตรวจภายในและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรีของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล และ Ncube B ในสตรีเมือง Portland ประเทศ Jamaica [7,9]

การมีประจำเดือน สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแง่ที่ว่า หากสตรีใดมีประจำเดือนผิดไปจากปกติ เช่น ประจำเดือนไม่มาตามปกติ ปริมาณประจำเดือนมากหรือน้อยผิดปกติ หรือมีอาการปวดท้องขณะมีประจำเดือน ย่อมมีความกังวลและตระหนักได้ว่าอาจจะมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกายจึงมักไปพบแพทย์ ซึ่งจากอาการดังกล่าวจะได้รับการตรวจภายในและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปพร้อมๆ กัน ดังที่การศึกษาของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล พบว่าประวัติอาการตกขาวผิดปกติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[7]

ความรู้ เป็นปัจจัยสุดท้ายจากการศึกษาของเราที่สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ เป็นที่ทราบกันดีว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้เร็วขึ้น เมื่อพบได้เร็วขึ้นก็จะรักษาได้เร็วขึ้น และประสิทธิภาพของการรักษาตลอดจนอัตราการหายจากโรคมะเร็งปากมดลูกจะสูงขึ้นด้วย การที่สตรีมีความรู้นี้ ย่อมจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Secondary prevention) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาภรณ์ ปรัสสรา , วิไลวรรณ ขันตรี, J Ncube B และ Mutyaba T [5,6,9,10] แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล[7] ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุตั้งแต่ 41–50 ปี โดยอายุเฉลี่ย 45.44 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพเกษตรกร จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา นับถือศาสนาพุทธ รายได้ของตนเองเฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001 บาท

ถึง 20,000 บาท สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และไม่มีโรคประจำตัว เคยตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ 2 - 3 ครั้ง คลอดโดยวิธีธรรมชาติ ไม่มีการแท้งบุตร ประจำเดือนมาตามปกติ เกือบทั้งหมดเคยมี เพศสัมพันธ์ มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี จำนวนคู่นอนตั้งแต่ 1 - 2 คน มีการคุมกำเนิด มีความรู้ที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 13.19 คะแนน อยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากอยู่ในระดับสูง โดยข้อคำถามที่มีทัศนคติสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ไร้สาระ เสียเวลาทำมาหากิน โดยการปฏิบัติตนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ้างบางปี รองลงมาคือ เคยตรวจเป็นประจำทุกปี และไม่เคยตรวจเลย) และการมีโรคประจำตัว ประวัติการตั้งครรภ์ การมีประจำเดือน และความรู้ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งวิทยานรีเวชที่พบมากเป็นอันดับสองในประเทศไทย ป้องกันได้จากการตรวจคัดกรอง แต่ปัญหาคือสตรีส่วนใหญ่มักมีความรู้เกี่ยวกับโรคแค่ระดับปานกลางและมารับการตรวจคัดกรองไม่สม่ำเสมอ ภาครัฐควรเพิ่มเติมนโยบายและแนวทางปฏิบัติส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อลดอัตราการเกิดโรคในอนาคต

จากการศึกษาพบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ระดับปานกลางเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรนำจุดนี้มาเป็นหลักในการพัฒนาให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นวิธีลดโรคและความรุนแรงของโรคที่ชัดเจน ถ้าสตรีกลุ่มอายุเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้นในวงกว้างแล้ว อัตราการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกย่อมจะสูงตามไปด้วย

นอกจากนี้ความอายเป็นอุปสรรคสำคัญในการตรวจ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองควรเป็นสตรีเช่นเดียวกับผู้รับบริการ และให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนคำแนะนำด้วยความสุภาพเป็นกันเองเพื่อลดความเขินอาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ดร. กฤตย์ติวัฒน์ ฉัตรทอง แพทย์หญิงศรัญญา ชาญพานิชกิจโชติ ผศ.ดร.ธันยพร จันทร์กระจ่าง ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำแก้ไขงานวิจัยจนสำเร็จ นายแพทย์ศักดิ์สิทธิ์ มหารัตนวงศ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลังสวน ที่ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวนและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการช่วยรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูก, กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์; 2556.
2. สฤกพรรณ วิไลลักษณ์. การป้องกันมะเร็งปากมดลูก.สูตินรีแพทย์สัมพันธ์.2559; 25(7) :18-22.
3. สมศักดิ์ ไหลเวชพิทยา, ปัทมา เชาว์โพธิ์ทอง, สุธี สังขรัตน์, บุญเลิศ วิริยะภาค,รอยโรคก่อนเป็นมะเร็งของปากมดลูก Premalignant disease of the cervix .ใน.วีรศักดิ์ วงศ์ถิรพร, มณี รัตนไชยานนท์, ประสงค์ ตันมหาสมุทร, มงคล เบญจาภิบาล, ไอรีน เรืองขจร. บรรณาธิการ.ตำรานรีเวชวิทยา ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ; พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2554:110-26.
4. Chaowanawanit W, Tangjitgamol S, Kantathavorn N, Phoolcharoen N, Kittisiam T, Khunnarong J, et al. Knowledge, attitudes

and behavior of Bangkok metropolitan women regarding cervical cancer screening. Asian Pac J Cancer Prev; 2016; 17 (3):945-52.

5. จุฬาภรณ์ ปรัสรา.พฤติกรรมละทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี. (ออนไลน์).(สืบค้นเมื่อวันที่ 8 มีนาคม 2560). สืบค้นจาก http:// hpc10.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=2134.
6. วิไลวรรณ ขันตรี, พูนสุข ช่วยทอง, สุปรียา ตันสกุล, วงเดือน ปั้นดี.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดศรีสะเกษ. manuscript นำเสนอที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.การประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษาสู่ประชาคมอาเซียน ครั้งที่ 7; วันอาทิตย์ที่ 20 มกราคม 2556; มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
7. ชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล , รัตนา ธรรมวิชิต, ธานินทร์ สุธีประเสริฐ.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีเทศบาลเมืองสุพรรณบุรีจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข ; 2557:23(6); 1023-31.
8. กันยารัตน์ อยู่ยืน, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจันบาล. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ;2555:6(2) :35-47.
9. Ncube B, Bey A, Knight J, Bessler P, Jolly PE. Factors associated with the uptake of cervical cancer screening among women in Portland, Jamaica. N Am J Med Sci; 2015; 7(3):104-13.
10. Mutyaba T, Mmiro FA, Weiderpass E. Knowledge, attitudes and practices on cervical cancer screening among the medical workers of Mulago Hospital, Uganda. BMC Medical Education; 2006;6(13):1-4.
11. Wong LP, Wong YL, Low WY, Khoo EM, Shuib R, Cervical cancer screening attitudes and beliefs of Malaysian women who have never had a pap smear: a quality study. Int J Behav Med; 2008; 15(4):289-92.
12. รายงานผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30 - 60 ปี ปีงบประมาณ 2560 อำเภอหลังสวน ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร