

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง
ตำบลละอาย อำเภอนางัว จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated with Cervical Cancer Screening Service Utilization

Among At-Risk Women in La-ai Subdistrict, Chawang District,

Nakhon Si Thammarat Province

ศรীগิ ศิริสมบัติ¹, บุญประจักษ์ จันทรวิ^{2*}

Srikit Sirisombat¹, Boonprajak Junwin^{2*}

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง จังหวัดนครศรีธรรมราช¹,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

Ban Thon Wang Pang Health Promoting Hospital, Nakhon Si Thammarat Province¹,

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute^{2*}

(Received: March 9, 2025; Revised: May 2, 2025; Accepted: May 6, 2025)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางัว จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี จำนวน 418 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Multiple Logistic Regression

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ส่วนที่อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และอุปสรรคในการตรวจ ปัจจัยเสริม คือ แรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่มีระดับต่ำ ขณะที่ปัจจัยเอื้ออย่างการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เมื่อควบคุมตัวแปร พบว่า สตรีที่มีอายุ ≥ 45 ปี มีโอกาสเข้ารับการตรวจมากกว่ากลุ่มอายุ ≤ 44 ปี 1.65 เท่า ผู้ที่จบระดับอนุปริญญา/ปวส. มีโอกาสเข้ารับการตรวจลดลง 64% เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา อาชีพค้าขาย มีโอกาสตรวจลดลง 70% เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงกลับมีโอกาสเข้ารับการตรวจลดลง 46% ขณะที่ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจในระดับสูงมีโอกาสดำเนินการตรวจเพิ่มขึ้น 1.60 เท่า ดังนั้น ควรส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมากขึ้น และพัฒนารูปแบบการคัดกรองเชิงรุกโดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

คำสำคัญ: ปัจจัย, การรับบริการ, ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรีกลุ่มเสี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ บุญประจักษ์ จันทรวิ e-mail: boonprajak2518@gmail.com

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the factors associated with cervical cancer screening service utilization among at-risk women in La-ai Subdistrict, Chawang District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 418 at-risk women aged 30-60 years, selected through systematic sampling. The data collection instrument was a questionnaire developed by the researcher based on a literature review and the PRECEDE-PROCEED Model. The questionnaire included personal information, predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors related to cervical cancer screening service utilization. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regression.

The study found that among predisposing factors, a high level of perceived susceptibility and benefits of cervical cancer screening was observed, while perceived severity of the disease and perceived barriers to screening were low. For reinforcing factors, social support was generally low, whereas enabling factors such as access to health information were mostly high. After controlling for variables, women aged 45 years or older were 1.65 times more likely to undergo screening than those aged 44 or younger. Women with an associate degree or vocational certificate were 64% less likely to be screened compared to those with primary education, and those working as vendors had a 70% lower likelihood of screening compared to government officers or state enterprise employees. Interestingly, women with a high perception of susceptibility were 46% less likely to undergo screening, whereas those with a high perception of screening benefits were 1.60 times more likely to be screened. These findings suggest the need for health personnel to provide more education on the risks and benefits of cervical cancer screening and to develop proactive screening strategies using village health volunteers (VHVs) as intermediaries to reach the target population.

Keywords: Factors, Service Utilization, Cervical Cancer Screening, At-Risk Women

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคไม่ติดต่อที่พบบ่อยใน 4 ลำดับแรกของโรคมะเร็งที่พบบ่อยในสตรี โดยแต่ละปี มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 600,000 ราย และประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสาเหตุของมะเร็งชนิดนี้เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดฮิวแมนแพปพิโลมาไวรัส (Human Papillomavirus (HPV)) (World Health Organization, 2023) และมีแนวโน้มที่พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น โดยในปี ค.ศ. 2020 มีจำนวน

{2/19}

ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 604,127 คน จากปี ค.ศ. 2018 ซึ่งคิดเป็นอัตราการเกิดโรคประมาณ 15.60 ต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2020) สำหรับประเทศไทย มีรายงานข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ร้อยละ 13.80 เพิ่มขึ้นจากในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 11.10 มะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีเป็นลำดับที่ 2 รองลงมาจากมะเร็งเต้านม และพบมากในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ทั้งนี้ เพื่อการลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกควรมีการตรวจคัดกรองสตรีอายุ 30-60 ปีให้มากที่สุด (World Health Organization, 2014) โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) จากสถิติดังกล่าว ถือได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีผลต่อภาวะสุขภาพของสตรี และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต และรัฐบาลจะต้องมีงบประมาณในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าปีละ 250 ล้านบาท (อาทิตยา วังวนสินธุ์ และมะลิ จารึก, 2564)

ปัจจุบันการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติ หรือรอยโรคที่ปากมดลูกให้พบก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง วิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้ คือ การตรวจแพพสมียร์ (Pap Smear) และการตรวจโดยใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ทุก 5 ปี เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคเลย ยังมีการศึกษาที่พบว่า หากทำ Pap Smear 1 ครั้ง ทุกปี, 1 ครั้ง ทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 91-93 และหากทำ 1 ครั้ง ทุก 5 ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 84 (สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์, 2556) และอีกวิธีหนึ่งซึ่งกำลังดำเนินการ คือ การคัดกรองแบบ HPV DNA test ซึ่งเป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง 14 สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจ คือ เก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกของคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ แนะนำให้เขารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก 5 ปี (World Health Organization, 2014)

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2566-2567 ร้อยละ 0.02 และ 0.09 สำหรับอำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 0.01 และ 0.07 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) ซึ่งมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของจังหวัดนครศรีธรรมราช ในส่วนของการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้ง 3 วิธี พบว่า มีความครอบคลุมร้อยละ 45.34 และ 58.09 ในขณะที่อำเภอฉวาง ความครอบคลุมลดลงจากร้อยละ 40.06 ในปี พ.ศ. 2566 และร้อยละ 37.16 ในปี พ.ศ. 2567 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2567) สำหรับตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะปรางงาม รับผิดชอบประชากรทั้งหมด 17 หมู่บ้าน ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความครอบคลุมเพียง ร้อยละ 12.00 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง, 2567) ซึ่งต่ำกว่าภาพรวม

ของจังหวัดนครศรีธรรมราชและอำเภอฉวาง จะเห็นได้ว่า อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลละอาย ยังไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและไม่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรอง และค้นหาหะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ฉะนั้น หากมีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุมเป้าหมาย เมื่อพบผู้ที่เป็ มะเร็งปากมดลูกและมีการรักษาระยะเริ่มแรกก็จะมีอัตราหายสูง จะลดภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล และ ภาวะทางเศรษฐกิจ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยได้อีกด้วย

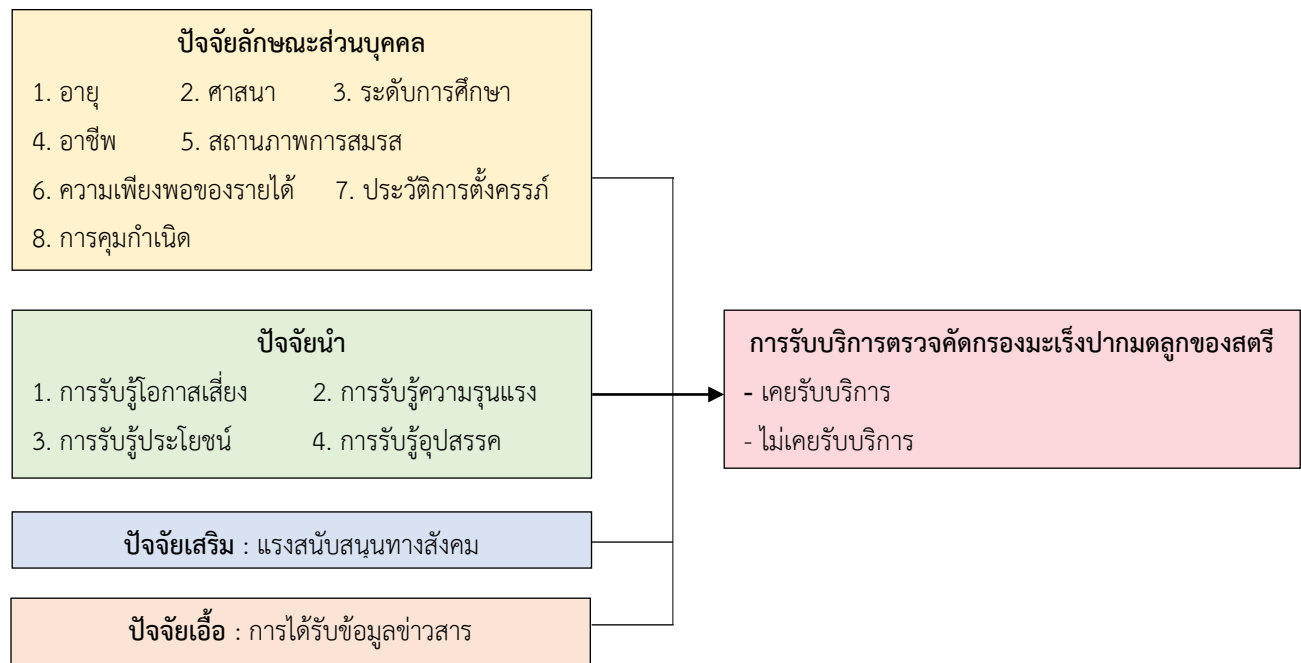
แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ การรับรู้ เป็นต้น 2) ปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่บุคคลจะได้รับ จากบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมนั้น และ 3) ปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งที่เป็แหล่งทรัพยากรที่จะนำเป็ ในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งถ้าสามารถหาได้ง่ายและสามารถเข้าถึงได้ จะช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น เป็ไปได้ง่าย จากแนวคิดดังกล่าวเป็การค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในแก้ปัญหาพฤติกรรม PRECEDE - PROCEED Model จึงเป็เครื่องมือในการวินิจฉัยสาเหตุพฤติกรรมที่มีความสำคัญ ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ร่วมกับ ที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลนอก ครอบครัว และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก (กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญญักษ์ วงษ์ษา, 2566; นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดชม 2560; ญุนรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนัมน้อย และ ชาลินี มานะยิ่ง, 2564) ถึงแม้ม้งานวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี แต่ยังไม่พบการศึกษาในบริบทของตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยตรง และจากสภาพ ปัญหาของการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตำบลละอาย กล่าวคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่ได้มีการณรงค์เชิงรุก โดยการติดตามทั้งเจ้าหน้าที่ และ อสม. รวมถึงการจัด กิจกรรมให้ของขวัญต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมาตรวจ ก็ยังพบว่าสตรีกลุ่มเสี่ยงยังมาตรวจจำนวนน้อย จึงมีความจำเป็อย่างยิ่งที่จะต้องศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ต่อเมื่อมีการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง เมื่อมีการรับรู้ที่ถูกต้อง และสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ประเมินแล้วว่า จะเกิดประโยชน์ หรือผลดีต่อตนเองจะส่งผลและแสดงพฤติกรรมนั้นมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการ รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช จะสามารถนำไปใช้เป็ข้อมูลในการวางแผนการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของ Green & Kreuter (2005) ที่ได้กล่าวถึงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยพิจารณาตัวแปรต้นในการศึกษา 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้ 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม และ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมาได้ ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการศึกษา ณ ตำบลละอาย อำเภอนางรอง จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 2,292 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราชคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1987) สูตร คือ $n = 10k + 50$ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษาจำนวน 14 ตัวแปร ดังนั้น จึงต้องเก็บกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 190 ตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 19 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 209 คน ทั้งนี้ในการศึกษาได้ศึกษา 2 กลุ่ม และเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เท่า ๆ กัน จึงเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 209 ตัวอย่าง รวม 418 ตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้

1. นำรายชื่อสตรีอายุ 30 - 60 ปี ของแต่ละหมู่บ้าน แยกเป็น 2 กลุ่ม มาเรียงลำดับตามบ้านเลขที่จากน้อยไปหามาก

2. คำนวณหาระยะห่างของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรในการคำนวณ ดังนี้ $I = N/n$ ได้ระยะห่าง เท่ากับ 10.97 หรือประมาณ 11

3. จากนั้นสุ่มอย่างง่ายโดยทำการสุ่มบ้านเลขที่ ที่เรียงลำดับจากน้อยไปหามากแล้ว 10 อันดับแรกของแต่ละหมู่บ้าน ใช้วิธีเดียวกันทั้ง 2 กลุ่ม หยิบฉลากอย่างง่ายจากบ้านเลขที่ 10 อันดับแรก เพื่อหากลุ่มตัวอย่างรายแรก และนับวนไปตามระยะห่างที่คำนวณได้จนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนตัวอย่าง ทั้งหมด 209 คน

4. สำหรับบ้านที่มีกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป ให้เรียงลำดับตามพยัญชนะของแต่ละบ้านนั้น

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่ในตำบลละอาย อำเภอดงหลวง จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 5 ปี ติดต่อกัน 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจในภาษาไทย และ 3) ยินดีตอบแบบสอบถามการวิจัยและเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ซึ่งมีจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) สถานภาพสมรส 3) ศาสนา 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพหลัก 6) ความเพียงพอของรายได้ 7) ประวัติการตั้งครรภ์ และ 8) การคุมกำเนิด

2. แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก 5 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

3. แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

4. แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ โดยลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบวัดของ Likert (1932) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด (5 คะแนน), มาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), น้อย (2 คะแนน) และน้อยที่สุด (1 คะแนน) สำหรับคำถามเชิงลบผู้วิจัยจะทำการกลับคะแนน

ทั้งนี้คำถามส่วนที่ 2-4 กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับโดยใช้ค่าเฉลี่ย (สุริพันธ์ วรพงศธร, 2558) ดังนี้

มากกว่าและเท่ากับค่าเฉลี่ย	หมายถึง	อยู่ในระดับสูง
น้อยกว่าค่าเฉลี่ย	หมายถึง	อยู่ในระดับต่ำ
โดยแสดงค่าเฉลี่ยในตารางที่ 1		

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ (สุริพันธ์ วรพงศธร, 2558)

ตัวแปร	Mean	ระดับต่ำ	ระดับสูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.80	1.00-3.79	3.80-5.00
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.69	1.00-3.68	3.69-5.00
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.91	1.00-3.90	3.91-5.00
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.71	1.00-3.70	3.71-5.00
แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.86	1.00-3.85	3.86-5.00
การได้รับข้อมูลข่าวสารการได้รับข้อมูลข่าวสาร	3.92	1.00-3.91	3.92-5.00

5. แบบสอบถามการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ข้อ คือ การเคยไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และหาความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความสามารถ และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 2 ท่าน และ

ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์และสถิติ จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องของวัตถุประสงครายข้อ (Index of Item Objective Congruence (IOC)) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

จากนั้นนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับสตรีอายุ 30-60 ปี ณ ตำบลจันดี อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach' Alpha Coefficient) มีค่าสัมประสิทธิ์ เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลละอาย อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 เดือน ช่วงเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2567 มีขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำหนังสือถึงประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลละอาย จัดส่งหนังสือด้วยตัวเอง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ติดต่อประสานงานกับประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย รายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้แจกแบบสอบถามระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ.2567 เป็นเวลา 2 เดือน
3. ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนที่จะส่งกลับมายังผู้วิจัย
4. รวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ส่งไปนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับมาตรวจสอบความครบถ้วนลงตามรหัสตัวแปรที่กำหนด และนำข้อมูลไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) ใช้วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรที่ศึกษา
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอดง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นชนิดเชิงนับ (Categorical Variable) ชนิด 2 กลุ่ม (Dichotomous Variable) จำแนกเป็นเคยมาตรวจ (1) และไม่เคยมาตรวจ (0) วิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบ (Univariate Analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มเสี่ยง ด้วยสถิติอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) เพื่อพิจารณาคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพหุตัวแปร (Multivariate analysis) ด้วยสมการถดถอย

โลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) และทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio (OR)) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงความเชื่อมั่น (95%CI Confidence Interval (95%CI)) การแปลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา รหัสโครงการ NSTPH 96/2567 วันที่ 28 พฤษภาคม 2567 ข้อมูลทั้งหมดผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น ข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยไม่ส่งแบบสอบถามตอบกลับและกลุ่มตัวอย่างสามารถไม่ตอบแบบสอบถามข้อใดก็ได้ หรือสามารถหยุดตอบแบบสอบถามได้ และการไม่เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทอนวังปราง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมะปรางงาม และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ฉวาง แต่อย่างใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 45 ปี (ร้อยละ 67.44) (Mean = 46.01, S.D. = 7.89) เกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.64) นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด (ร้อยละ 100) เกือบ 1 ใน 3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 29.19) มากกว่าครึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.85) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 67.94) เกือบร้อยละ 90 มีการคุมกำเนิด และมีประวัติเคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.47) เกือบ 2 ใน 3 ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 73.21) สาเหตุที่ไปตรวจมากที่สุด คือ กลัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 18.56) รองลงมา คือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 17.21) และเจ้าหน้าที่ให้บริการดี (ร้อยละ 15.85) ตามลำดับ

ส่วนสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยไปตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า มากกว่าครึ่งมีอายุตั้งแต่ 45 ปี (ร้อยละ 54.55) เกือบ 3 ใน 4 มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 74.64) นับถือศาสนาพุทธเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.09) มากกว่า 2 ใน 5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 21.05) มากกว่าครึ่งมีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 55.98) ประมาณ 2 ใน 3 มีรายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 68.42) มากกว่าครึ่งมีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 59.33) มากกว่า 4 ใน 5

มีประวัติเคยตั้งครุฑ (ร้อยละ 84.21) เหตุผลที่ไม่ไปตรวจมากที่สุด คือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ (ร้อยละ 38.61) รองลงมาคือ ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 27.03) และอายุ (ร้อยละ 24.71) ตามลำดับ

2. ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมของโรคมะเร็งปากมดลูก

พบว่า ปัจจัยนำ ด้านที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 62.68) และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 50.96) ส่วนด้านที่ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 50.96) และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 53.11) ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.35) และปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.46) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อในการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (n=418)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ	Mean (S.D.)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก			3.80 (0.58)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.79)	156	37.32	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.80-5.00)	262	62.68	
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก			3.69 (0.56)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.68)	213	50.96	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.69-5.00)	205	49.04	
3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.91 (0.55)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.90)	205	49.04	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.91-5.00)	213	50.96	
4. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.71 (0.54)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.70)	222	53.11	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.71-5.00)	196	46.89	
5. แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.86 (0.42)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.85)	223	53.35	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.86-5.00)	195	46.65	
6. การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก			3.92 (0.61)
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-3.91)	182	43.54	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.92-5.00)	236	56.46	

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอดงโขง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อมีการควบคุมตัวแปร

พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ≥ 45 ปี จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.65 เท่า (OR=1.65, 95%CI= 1.05-2.59) เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 44 ปี, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 64 (OR=0.36, 95%CI= 0.16-0.83) เมื่อเทียบกับระดับประถมศึกษา, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอาชีพค้าขายจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 70 (OR=0.30, 95%CI= 0.09-0.99) เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงร้อยละ 46 (OR=0.54, 95%CI= 0.34-0.83) เมื่อเทียบกับระดับต่ำ, สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.60 เท่า (OR=1.01, 95%CI= 1.01-2.54) เมื่อเทียบกับระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์พหุตัวปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
อายุ (ปี)						
≤ 44 ปี	95 (58.28)	68 (41.72)	Ref.	-	Ref	-
≥ 45 ปี	114 (44.71)	141 (55.29)	1.73 (1.16-2.57)	0.01*	1.65 (1.05-2.59)	0.03**
สถานภาพการสมรส						
โสด	25 (64.10)	14 (35.90)	Ref	-	Ref.	-
คู่	156 (50.00)	156 (50.00)	1.79 (0.90-3.56)	0.10	1.25 (0.56-2.79)	0.59
หม้าย	13 (39.39)	20 (60.61)	2.75 (1.06-7.15)	0.04	1.61 (0.55-4.72)	0.39
หย่า	8 (36.36)	14 (63.64)	3.13 (1.05-9.27)	0.04*	2.07 (0.63-6.79)	0.23
แยก	7 (58.33)	5 (41.67)	1.28 (0.34-4.78)	0.72	0.90 (0.22-3.07)	0.89

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ					
	เคยตรวจ					
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	40 (43.96)	51 (56.04)	Ref.	-	Ref.	-
มัธยมศึกษา	44 (47.83)	48 (52.17)	0.86	0.60	0.83	0.54
ตอนต้น			(0.48-1.53)		(0.45-1.52)	
มัธยมศึกษาตอน	52 (46.02)	61 (53.98)	0.92	0.77	0.96	0.90
ปลาย/ปวช.			(0.53-1.60)		(0.53-1.74)	
อนุปริญญา/ ปวส.	29 (69.05)	13 (30.95)	0.35	0.01**	0.36	0.02*
ปริญญาตรี	43 (57.33)	32 (42.67)	0.58	0.09	0.75	0.42
			(0.32-1.08)		(0.38-1.49)	
ตั้งแต่ปริญญาโท ขึ้นไป	1 (20.00)	4 (80.00)	3.14	0.32	4.59	0.20
			(0.34-29.18)		(0.44-47.44)	
อาชีพ						
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	10 (47.62)	11 (52.38)	Ref.	-	Ref.	-
เกษตรกร	117 (48.75)	123 (51.25)	0.96	0.92	0.75	0.58
			(0.39-2.33)		(0.28-2.06)	
รับจ้าง	23 (43.40)	30 (56.60)	1.19	0.74	1.01	0.99
			(0.43-3.27)		(0.33)	
ค้าขาย	27 (71.05)	11 (28.95)	0.37	0.08	0.30	0.05*
			(0.12-1.12)		(0.09-0.99)	
ธุรกิจส่วนตัว	14 (51.85)	13 (48.15)	0.84	0.77	0.77	0.68
			(0.27-2.64)		(0.22-2.66)	
แม่บ้าน	18 (46.15)	21 (53.85)	1.06	0.91	0.98	0.87
			(0.37-3.07)		(0.83-1.17)	
การมีรายได้						
พอใช้จ่าย	143 (50.18)	142 (49.82)	Ref	-	Ref.	-
ไม่พอใช้จ่ายแต่	15 (51.72)	14 (48.28)	0.94	0.87	0.87	0.74
ไม่มีหนี้สิน			(0.44-2.02)		(0.38-1.97)	
พอใช้และมีใช้ไว้	9 (45.00)	11 (55.00)	1.23	0.66	1.37	0.51
เหลือเก็บ			(0.50-3.06)		(0.53-3.52)	

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
ไม่พอใช้จ่ายและมีหนี้สิน	42 (50.00)	42 (50.00)	1.01 (0.62-1.64)	0.98	0.95 (0.57-1.59)	0.84
การคุมกำเนิด						
ไม่ได้คุมกำเนิด	95 (58.28)	68 (41.72)	Ref.	-	Ref.	-
คุมกำเนิด	124 (48.06)	134 (51.94)	1.23 (0.83-1.82)	0.32	1.24 (0.79-1.92)	0.35
ประวัติการตั้งครรภ์						
ไม่เคยตั้งครรภ์	33 (60.00)	22 (40.00)	Ref.		Ref.	-
เคยตั้งครรภ์	176 (48.48)	187 (51.52)	1.59 (0.90-2.84)	0.11	1.35 (0.70-2.63)	0.35
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	67 (42.95)	89 (57.05)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	142 (54.20)	120 (45.80)	0.64 (0.43-0.95)	0.03*	0.54 (0.34-0.83)	0.01**
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	107 (50.23)	106 (49.77)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	102 (49.76)	103 (50.24)	1.02 (0.70-1.50)	0.92	0.95 (0.62-1.45)	0.81
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	111 (54.15)	94 (45.85)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	98 (46.01)	115 (53.99)	1.39 (0.94-2.04)	0.10	1.60 (1.01-2.54)	0.05*
การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	111 (50.00)	111 (50.00)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	98 (50.00)	98 (50.00)	1.00 (0.68-1.47)	1.00	0.89 (0.58-1.37)	0.60
แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	117 (42.47)	106 (47.53)	Ref.	-	Ref.	-
ระดับสูง	92 (47.18)	103 (52.82)	1.24 (0.84-1.82)	0.28	1.16 (0.75-1.87)	0.47

ปัจจัย	การรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		Crude OR (95%CI)	P-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
	ไม่เคยตรวจ	เคยตรวจ				
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก						
ระดับต่ำ	97 (53.30)	85 (46.70)	Ref	-	Ref.	-
ระดับสูง	112 (47.46)	124 (52.54)	1.26	0.24	1.29	0.25
			(0.84-1.86)		(0.84-1.98)	

Abbreviation: OR: Odd Ratio; CI: Confidence Interval

หมายเหตุ ตัวแปรศาสนา ไม่นำมาวิเคราะห์เนื่องจากมีช่องเซลล์เท่ากับ 0.00

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

การอภิปรายผล

จากผลการการวิจัยสามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ปัจจุบันในการตรวจคัดกรองมีวิธีการตรวจคัดกรองที่นิยมใช้หลายวิธี ซึ่งได้แก่ การตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) และการตรวจโดยใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic Acid (VIA) และอีกวิธีหนึ่งซึ่งกำลังดำเนินการ คือ การคัดกรองแบบ HPV DNA test ซึ่งตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (Screening and Early Detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2566) ทำให้สตรีมีทางเลือกในการตรวจคัดกรอง โดยผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สตรีทุกคนที่แต่งงานแล้ว ไม่ว่าจะมิบุตร หรือไม่มีบุตรสามารถป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (Mean = 4.20, S.D. = 0.89) รองลงมา คือ สตรีที่ทำความสะอาดอวัยวะเพศสามารถลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ (Mean = 4.03, S.D. = 1.03) ส่วนด้านการรับรู้ประโยชน์ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากจะช่วยค้นหามะเร็งแล้ว ยังสามารถตรวจดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ด้วย (Mean = 4.33, S.D. = 0.76) รองลงมาคือ สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี (Mean = 4.27, S.D. = 0.87) แสดงให้เห็นการรับรู้ตามแนวคิด PRECEDE - PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงได้บุคคลนั้น มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ประกอบด้วย 1) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะคิด การรับรู้ เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร คำแสนราช, รุ่งตะวัน เมืองมูล, กนกอร สมบัติ และฤทัยรัตน์ บุรณะพันธ์ (2565) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า 45 ปี แตกต่างกับการศึกษาของภูวนรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย

และชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49.62 ปี

อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ อาจจะเป็นเพราะว่า ตำบลละอายยังไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งถึงแม้ว่าการรับรู้ถึงความรู้ความรุนแรงว่า การเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้เสียชีวิตได้ (Mean = 4.13, S.D. = 0.91) ทั้งนี้ยังพบว่า การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย (Mean = 4.14, S.D. = 0.88) โดยในกลุ่มสตรีที่ไม่ไปรับการตรวจ มีสาเหตุมาจากการอายมาก (ร้อยละ 24.71) รองลงมาจาก ไม่มีเวลาไปตรวจ (ร้อยละ 27.03) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฉวาง, 2567) อีกประเด็นหนึ่ง อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ประมาณ 1 ใน 3 ส่งผลให้มีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงที่ต่ำ ทั้งนี้ อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งอาจจะเป็นอุปสรรคในการมาตรวจปากมดลูก ซึ่งอาจจะมีเวลาที่ไม่ตรงกับกับให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของญุนรินทร์ สีภู, มะลิวัลย์ บางนิ่มน้อย และชาลินี มานะยิ่ง (2564) ที่พบว่า การรับรู้ความรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ โดยจากผลการวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมีของขวัญเป็นที่ระลึก ซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (Mean = 2.68, S.D. = 1.20) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ในการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้จัดกิจกรรมที่มีของขวัญเป็นที่ระลึกเป็นประจำ โดยมี อสม. เป็นผู้ติดตามกลุ่มตัวอย่าง แสดงให้เห็นว่า แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ไม่ใช่แรงสนับสนุนที่สตรีกลุ่มตัวอย่างต้องการ หรือสถานการณ์ที่ไม่พบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ไม่ใช่เพราะมีบุคคลในหมู่บ้านที่เสียชีวิตมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (Mean = 2.98, S.D. = 1.27) และอีกสาเหตุหนึ่งอาจจะเป็นเพราะว่า การบริการตรวจคัดกรองสามารถตรวจคัดกรองได้ตลอดทั้งปี และสตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถที่จะไปเลือกใช้บริการตรวจได้ ณ สถานบริการทั้งภาครัฐ และภาคเอกชน การแจกของที่ระลึกในการตรวจจึงมีค่าเฉลี่ยที่ต่ำสุด สอดคล้องกับการศึกษาของกรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสรรค์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พงศ์ และชัยญญักษ์ วงษ์ชา (2566) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Mean = 4.30, S.D. = 0.69) รองลงมาคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้ข้อมูลการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จนทำให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก (Mean = 4.15, S.D. = 0.82) แสดงให้เห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ช่วยกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งตำบลละอายได้มีการกิจกรรมรณรงค์ในทุก ๆ ปี รวมถึงมีการจัดบริการในทุก ๆ สัปดาห์อีกด้วย แตกต่างกับ

การศึกษาของพรรณิ ปันนาค (2563) ที่พบว่า โรงพยาบาลสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทั้งเชิงรับและเชิงรุกไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการไม่มีการอธิบายขั้นตอนและการปฏิบัติตัว และการบริการล่าช้า

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอนาง จัหวัดนครศรีธรรมราช ได้แก่

อายุ กล่าวคือ สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ≥ 45 ปี จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า เมื่อเทียบกับอายุ ≤ 44 ปี โดยผลการวิจัยพบว่า สตรีที่มีอายุ ≥ 45 ปี ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.29) ในขณะที่สตรีที่มีอายุ ≤ 44 ปี ไม่ไปตรวจมากกว่าครึ่งเช่นกัน (ร้อยละ 58.28) ซึ่งอาจจะเป็น เพราะว่าการกลุ่มที่มีอายุ ≤ 44 ปี ที่ไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากมาจากความอาย และ ช่วงเวลาที่ตรวจอาจจะมีภารกิจในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่ตรงกับช่วงเวลาที่เปิดให้บริการ ในขณะที่ผู้ที่อายุ ≥ 45 ปี อาจจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 18.56) และไม่มีค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 17.21) สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

ระดับอนุปริญญา/ปวส. จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงเมื่อเทียบกับระดับ ประถมศึกษา อาจจะเป็นเนื่องจากว่า ผู้ที่การศึกษาในระดับอนุปริญญา/ปวส. จำเป็นต้องไปประกอบอาชีพต่างพื้นที่ ทำให้ในช่วงเวลาที่สถานบริการเปิดให้บริการไม่สะดวก จึงไม่ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 69.05) แตกต่างกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี กลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

อาชีพค้าขายจะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง เมื่อเทียบกับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ อาจจะเป็นเพราะว่า อาชีพค้าขายเป็นอาชีพที่จำเป็นต้องมีการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ต่าง ๆ ที่เป็นนอกพื้นที่บ้าน ของตนเอง โดยเมื่อมีการค้าขายเสร็จจะกลับบ้านในช่วงเวลาเย็นหรือค่ำ จึงไม่ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเวลาไม่สะดวก แตกต่างกับการศึกษาของนันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่ม เป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จัหวัดปทุมธานี

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลงเมื่อเทียบกับระดับต่ำ ทั้งนี้จะเป็นเพราะว่า การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีการรับรู้สูงอาจจะไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรืออาจจะไม่มีเวลาไปตรวจ ซึ่งถึงแม้ว่าจะรับรู้ว่าจะหากไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจจะทำให้ตนเอง มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หรืออาจจะเป็นเพราะว่า ยังไม่มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในชุมชน จึงยังไม่มีผู้ที่ เห็นในเชิงประจักษ์ อีกประเด็นหนึ่งที่พบจากการดำเนินงานคัดกรองของตำบลละอาย อำเภอนาง พบว่า

สตรีกลุ่มเสี่ยงยังมีความอายที่จะมาตรวจเนื่องจากเจ้าหน้าที่ที่ตรวจมีความสนิทสนมกัน จึงเลือกที่จะไม่มารับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง จะมีโอกาสไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าเมื่อเทียบกับระดับต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า การรับรู้ประโยชน์เป็นแรงเสริมทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเกิดแรงจูงใจในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรืออาจจะมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน จึงเชื่อว่าการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้ในปัจจุบันสตรีกลุ่มเสี่ยงรู้ว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งมากยิ่งขึ้น โดยคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 ราย เสียชีวิต 7,871 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ดังนั้น หากได้คัดกรองและตรวจพบระยะเริ่มแรกจะสามารถเข้ารับการรักษาตั้งแต่เริ่มแรกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิศา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (2560) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลละอาย อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ฉะนั้น ควรให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีเสี่ยงที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และควรเพิ่มการสื่อสารให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยง ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบการคัดกรองเชิงรุก โดยใช้ อสม. เป็นสื่อกลางในการเข้าถึงข้อมูลเชิงคุณภาพ ในประเด็นการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อค้นหาวิธีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มนี้

เอกสารอ้างอิง

กรกฎ วิเชียรเทียบ, รังสันต์ ไชยคำ, ลัดดาวัล พองค์ และชญญภาภัก วงษ์ษา. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(2), 124-137.

- นันทิดา จันตะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธธา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมือง จังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 63-79.
- ประภาพร คำแสนราช, รุ่งตะวัน เมืองมูล, กนกอร สมบัติ และฤทัยรัตน์ บุรณะพันธ์. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสองยาง. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี นอร์ทเทิร์น*, 3(2), 42-55.
- พรณี ปิ่นนาค. (2563). เหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : กรณีศึกษาสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 3(1), 118-131.
- ภูรินทร์ สีกุด, มะลิวัลย์ บางนีน้อย และชาลินี มานะยิ่ง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลบ้านใหม่ อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 36(1), 37-47.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2565). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564*. สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2567 จาก https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2566). *นิยามตัวชี้วัด 2566-2570 สาขามะเร็ง*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2567). *ข้อมูล HDC. จังหวัดนครศรีธรรมราช*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567 จาก https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดง. (2567). *รายงานประจำปี 2567 (6 เดือน)*. นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.
- สุดาฟ้า วงศ์หาริมาศย์. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนที่คัดสรร: จังหวัดนนทบุรี. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 9(1), 12-20.
- สุรีพันธุ์ วรพงศธร. (2558). *การวิจัยทางสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.
- อาทิตยา วัจนสินธุ์ และมะลิ จาริก. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(1), 100-113.
- Green, L. & Kreuter, M. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th Edition). New York: McGraw-Hill.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitude. *Archives of Psychology*, 140, 1-55.

- Thorndike, R. L. (1987). *Educational measurement*. 2nd ed” Washington D.C.: American Council on Education.
- World Health Organization. (2014). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. (2nd ed) Retrieved March 15, 2024 from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books>.
- World Health Organization. (2020). *Estimated number of new cases in 2020, world, females, all ages (excl. NMSC)*. Retrieved March 15, 2024 from <https://gco.iarc.fr/today/online-analysisstable?v=2020&mode=cancer&mode>.
- World Health Organization. (2023). *Cervical cancer elimination: The progress made and what more needs to be done*. Retrieved March 15, 2024 from <https://www.weforum.org/stories/2023/11/cervical-cancer-elimination-day-2023-progress-action/>.