ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี

มณฑา เก่งการพานิช* สุพัตร์ตา งามดำ** ธราดล เก่งการพานิช*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบ Case-control Study ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ดำเนินการศึกษาในสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านไร่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 264 คน จำแนกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 132 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ Adjusted Odds Ratio (95% CI) และสถิติถดถอยแบบไบนารี (Binary Logistic Regression) ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ และการคุมกำเนิด ปัจจัยภายใน/ปัจจัยนำ คือ เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) การมีประสบการณ์รับรู้ว่าคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติไปรับการตรวจคัดกรองฯ สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้ร้อยละ 52.1 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดเรียงตามลำดับจำนวน 5 ตัวแปร คือ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. การคุมกำเนิดถาวร สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และการรับรู้ว่าคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองฯ ดังนั้น การเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ทำได้โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดบูรณาการตรวจคัดกรองฯกับการตรวจสุขภาพประจำปี จัดบริการนอกเวลาหรือเคลื่อนที่ไปในชุมชนสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของพื้นที่ และจัดฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพอสม.ในการสร้างจูงใจกลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก, ปัจจัยทำนาย, การตรวจคัดกรอง

วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2556; 43(2): 175-187

* ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ จังหวัดราชบุรี

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศที่คุกคามสตรีไทย โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาลำดับที่ 2 รองจากมะเร็งเต้านม จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากร 100,000 คน จากปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2553 มีอัตราป่วย 70.41 78.01 72.13 และ 68.41 ตามลำดับ อัตราตายต่อประชากร 100,000 คน จากปี พ.ศ. 2550 ถึง พ.ศ. 2553 มีอัตราตาย 5.2 5.4 5.3 และ 5.4 ตามลำดับ[1] เมื่อพิจารณาการกระจายของโรคมะเร็งปากมดลูกตามกลุ่มอายุ พบว่าในปี พ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดในกลุ่มอายุ 40-45 ปี และลดลงในกลุ่มอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยเฉลี่ยแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณวันละ 7 คน[2]

โรคมะเร็งปากมดลูกมีกระบวนการของการเกิดโรคจนถึงระยะเกิดความผิดปกติและสามารถให้การวินิจฉัยได้ ต้องใช้ระยะเวลานานถึง 10-15 ปี ดังนั้น การตรวจคัดกรองด้วยการทำแพพสเมียร์ (Pap smear) ให้ครอบคลุมกลุ่มสตรีเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ซึ่งเป็นการป้องกันโรค (Secondary Prevention) ที่มีประสิทธิผลต่อการควบคุมโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม สามารถลดอัตราการเกิดโรคและอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้[3,4] ด้วยเหตุนี้นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2553 จึงกำหนดตัวชี้วัดให้สตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพพสเมียร์ร้อยละ 50[5] สำหรับจังหวัดราชบุรีมีอัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี พ.ศ. 2552 และ 2553 เท่ากับร้อยละ 43.26 และร้อยละ 39.92 ตามลำดับ[6] ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ เช่นเดียวกันกับของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)บ้านไร่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรีที่พบอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปีพ.ศ. 2553 มีความครอบคลุมเพียงร้อยละ 25.90 เท่านั้น[7]

แม้จะมีนโยบายและการรณรงค์อย่างชัดเจนให้ตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่ยังพบว่าสตรีไทยจำนวนมากยังไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีปัจจัยสำคัญหลายประการที่มีผลต่อการตัดสินใจตรวจหรือไม่ตรวจแพพสเมียร์ ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ[8-11] ระดับการศึกษา[9,12] อาชีพ[9] และประสบการณ์ด้านอาการทั้งที่มีและไม่มีอาการ[8] ด้านปัจจัยนำที่เป็นปัจจัยภายใน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก[8,12,13] เจตคติและความอายในการตรวจและต้องให้ผู้ตรวจเป็นบุคลากรเพศหญิง[12,13] การรับรู้ความรุนแรงของโรค[14-16] การรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่คิดว่าตนเองมีอาการ[11,13,14,17] การรับรู้อุปสรรคของการไปตรวจคัดกรอง[16,17] กลัวพบผลตรวจผิดปกติ[11] กลัวเจ็บในการตรวจ[12,14] ขาดเงินค่าใช้จ่าย[11,14] การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจพบมะเร็งในระยะแรกๆ[13] การสนับสนุนจากสามีและบุคคลในครอบครัว[8,12] การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรสาธารณสุขรวมทั้งคนใกล้ชิด[17,18] และการตรวจสุขภาพประจำปี[13,17] เป็นต้น

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ จึงจำเป็นต้องมีความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่มีผลต่อไปรับการตรวจแพพสเมียร์ของสตรีเป้าหมายอย่างชัดเจน เพื่อนำไปพัฒนาระบบบริการการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายได้มากยิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ลดอัตราป่วยและอัตราตาย เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีกลุ่มเป้าหมายในท้ายที่สุด

การวิจัยนี้ใช้กรอบกำหนดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model[19] และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)[20]

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยแวดล้อม กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

2. เพื่อศึกษาความสามารถร่วมกันทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยแวดล้อมต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบ Case-control Study เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มศึกษาที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Studied Group) และกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ตรวจคัดกรอง (Comparison Group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ของตำบลบ้านไร่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 6 หมู่บ้าน ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มศึกษาคือสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในงบประมาณ 2554 จำนวน 221 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบคือสตรีที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรอง จำนวน 895 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านไร่

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Lemeshow และคณะ[21] อ้างอิงการศึกษาของอนุสรา เจ๊ะสัน[17] ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 125 คน และเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยกลุ่มละ 132 คน รวม 264 คน สำหรับขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านกำหนดแบบสัดส่วน (Proportional to Size) และสุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากประชากรของแต่ละกลุ่มโดยไม่มีการจับคู่ (Non-matching Case & Control)

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไปรับและไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์ภายในปีงบประมาณ 2554 โดยต้องอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ศึกษาและยินดีสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ เป็นผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดมดลูกหรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส และประสบการณ์ด้านอาการของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นคำถามเลือกตอบแบบถูกผิด จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ส่วนที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนนี้ประกอบด้วยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรอง และการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรอง จำนวน 27 ข้อ เป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

และส่วนที่ 5 การสนับสนุนของคนใกล้ชิด การได้รับข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และการเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ

แบบสัมภาษณ์ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหา และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ความเที่ยงด้วยค่าสถิติ Kuder–Richardson 20 และ Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งมีค่าดังนี้ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.77 เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.69 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.81 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.62 การรับรู้ประโยชน์ต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.67 การรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = 0.78 การวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2012-054

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย การจัดระดับความรู้โรคมะเร็ง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค จัดแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ สำหรับเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เจตคติเชิงบวก ปานกลาง และเชิงลบ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Adjusted Odds Ratio (95% CI) และความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติถดถอยแบบไบนารี่ (Binary Logistic Regression)

ผลการศึกษา

สตรีกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในปัจจัยส่วนบุคคลบางประการ อาทิ อายุเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ กลุ่มตรวจ (47.9 ปี) กลุ่มไม่ตรวจ (43.7 ปี) ประกอบอาชีพราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ ค้าขาย รับจ้างทั่วไป และอาชีพเกษตรกรรมในสัดส่วนใกล้เคียงกัน อย่างไรก็ตาม พบว่า สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและรายได้ต่อเดือนมีความแตกต่างกัน โดยสตรีกลุ่มตรวจแต่งงานร้อยละ 94.7 ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.8) ไม่ได้เรียนและจบระดับประถมศึกษา และร้อยละ 37.9 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ในขณะที่สตรีกลุ่มไม่ตรวจประมาณร้อยละ 80 แต่งงาน ไม่ได้เรียนและเรียนจบระดับประถมศึกษาร้อยละ 34.9 และส่วนใหญ่ร้อยละ 68.2 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท พบเพียงร้อยละ 21.2 ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ดังตารางที่ 1

Table 1 Number and Percentage Distribution of Women Aged 30-60 Years by Personal Factors.

Personal Factors	Case (n=132)	Control (n=132)	Total (n=264)
Age (year)			
Mean, SD	47.9 , 7.7	43.7 , 8.4	45.8 , 8.3
Min - Max	31 - 60	30 - 60	30 - 60
Marital status			
Single	7 (5.3)	27 (20.5)	34 (12.9)
Married	125 (94.7)	105 (79.5)	230 (87.1)
Education level			
Primary school/No education	71 (53.8)	46 (34.9)	117 (44.3)
Secondary school	44 (33.3)	63 (47.7)	107 (40.5)
Diploma/Bachelor/Higher	17 (12.9)	23(17.4)	40 (15.2)
Occupation			
Government employee	33 (25.0)	37 (28.0)	70 (26.5)
Merchant	25 (18.9)	30 (22.7)	55 (20.8)
Employee	34 (25.8)	34 (25.8)	68 (25.8)
Agriculture	18 (13.6)	12 (9.1)	30 (11.4)
House-wife	22 (16.7)	19 (14.4)	41 (15.5)
Monthly income (bath)			
Less than 5,000	50 (37.9)	28 (21.2)	78 (29.5)
5,000-10,000	59 (44.7)	90 (68.2)	149 (56.5)
10,001-15,000	15 (11.4)	9 (6.8)	24 (9.1)
More than 15,000	8 (6.0)	5 (3.8)	13 (4.9)
Contraception	**(n=125)**	**(n=105)**	**(n=230)**
Not contraception	18 (14.4)	46 (43.8)	64 (27.8)
Temporary contraception	50 (40.0)	45 (42.9)	95 (41.3)
Permanent contraception	57 (45.6)	14 (13.3)	71 (30.9)

สำหรับความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยภายใน และปัจจัยแวดล้อม มีรายละเอียด ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 3 ตัวแปร คือ การศึกษา รายได้ และการคุมกำเนิด พบว่า รายได้และการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์และสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ พบว่า สตรีเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท และกลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่อเดือนระหว่างช่วง 5,000-10,000 บาท เป็น 3.12 เท่า และ 4.66 เท่าตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านการคุมกำเนิดซึ่งพบว่า ผู้ที่คุมกำเนิดชนิดถาวรและชั่วคราวมีโอกาสตรวจสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิดเป็น 11.15 เท่า และ 5.62 เท่า ตามลำดับเช่นกัน ดังตารางที่ 2

ปัจจัยภายใน/ปัจจัยนำ ประกอบด้วย เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ปัจจัยภายในที่สัมพันธ์และทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% มีเพียงเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่านั้น กล่าวคือ เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ สตรีที่มีเจตคติเชิงบวกต่อการตรวจคัดกรองจะไปรับการตรวจมากกว่าผู้ที่มีเจตคติเชิงลบเท่ากับ 5.52 เท่า ดังตารางที่ 2

ปัจจัยแวดล้อม/ปัจจัยเอื้อและเสริม ที่สัมพันธ์และสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรองจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กล่าวคือ สตรีที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมีโอกาสไปตรวจมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับข่าวสาร 19.40 เท่า ในขณะที่สตรีที่มีประสบการณ์รับรู้ว่าคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองฯ จะไปตรวจคัดกรองมากกว่าผู้ที่ไม่รับรู้เท่ากับ 6.56 เท่า นอกจากนี้ผู้ที่มีสิทธิเบิกค่ารักษา (สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ)จะไปตรวจมากกว่าผู้ที่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเท่ากับ 7.14 เท่า และสตรีที่ไปตรวจสุขภาพประจำปีเป็นประจำจะไปตรวจคัดกรองสูงกว่าผู้ที่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปีเท่ากับ 20.16 เท่า รายละเอียดดังตารางที่ 2

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยทั้งสามด้านข้างต้นซึ่งประกอบด้วย 7 ตัวแปร มีความสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีได้ ร้อยละ 52.1 (Pseudo R^2 = 0.521) (ตารางที่ 2)

Table 2 Factors Predicting of Cervical Cancer Screening Behavior of Women Aged 30-60 Years.

Factors/ Variables	B	OR**	95% CI	p
Personal factors				
Educational level: Secondary education and Higher*				
Primary and Not enrolled	0.95	2.59	0.87 , 7.66	0.086
Monthly income: Ranging 5,000-10,000 baht*				
Less than 5,000 baht	1.14	3.12	1.13 , 8.63	0.028
More than 10,000 baht	1.54	4.66	1.20 , 18.12	0.026
Contraception: Not contraception*				
Temporary contraception	1.73	5.62	1.58 , 19.96	0.008
Permanent contraception	2.41	11.15	2.91 , 42.67	<0.001
Attitude factor and Perceived about cervical cancer				
Attitudes toward screening: Negative attitude*				
Positive attitude	1.71	5.52	1.98 , 15.39	0.001
Perceived susceptibility of having cervical cancer: Low*				
High	0.59	1.80	0.73 , 4.48	0.203
Perceived barriers to have cervical cancer screening: High*				
Low	0.56	1.75	0.57 , 5.40	0.331
Environmental/Enabling and Reinforcing factors				
Receiving information from health volunteers: Not received*				
Received	2.96	19.40	4.13 , 91.06	<0.001
Perceived experience on the cervical cancer screening of closer friends/relatives : No*				
Yes	1.88	6.56	2.40 , 17.92	<0.001
Right to medical care: health insurance universal coverage*				
Eligible	1.97	7.14	2.25 , 22.68	0.001
Annual health check: No*				
Yes	3.00	20.16	7.32 , 55.52	<0.001
Constant value = - 9.75				
Pseudo R^2 (Cox & Snell R^2) = 0.521				

* reference group, ** Adjusted Odds Ratio

อภิปรายผล

ผลการศึกษา แม้จะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตาม พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลบ้านไร่ กล่าวคือสตรีกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาท จะไปรับการตรวจคัดกรองน้อยที่สุด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับบริบทของตำบลบ้านไร่ซึ่งสตรีกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพรับจ้างตามโรงงาน ซึ่งมีช่วงระยะเวลาการทำงานเป็นประจำตั้งแต่ 08.00-17.00 น. และส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท เป็นกลุ่มที่ต้องดิ้นรน ทำงานหาเช้ากินค่ำ บ้างต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้มากขึ้น บางคนต้องไปทำงานนอกพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกที่จะไปรับบริการตรวจคัดกรองในเวลาราชการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการ ในขณะที่สตรีกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ (ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน) ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรและงานในครัวเรือน จึงมีเวลาและโอกาสเข้ารับการตรวจคัดกรองสูงกว่า เช่นเดียวกับสตรีกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งไม่มีความกดดันด้านรายได้ก็ไปเข้ารับการคัดกรองสูงเช่นกัน นอกจากนี้การวิจัยยังพบว่า สตรีกลุ่มที่มีการคุมกำเนิดถาวรและชั่วคราวมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่คุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Erbil et al[9] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่คุมกำเนิดมีการติดต่อรับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการชักจูงให้ตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของอนุกูล แก้วบริสุทธิ์สกุล และคณะ[13], อนุสรา เจ๊ะสัน[17] และ Whynes et al[18]

การศึกษายังแสดงให้เห็นว่า สตรีกลุ่มที่มีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเชิงบวกจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่มีเจตคติเชิงลบ ซึ่งมีหลายประเด็นด้วยกันที่เป็นต้นเหตุทำให้เกิดเจตคติเชิงลบ อาทิ ไม่อยากตรวจคัดกรองกับเจ้าหน้าที่ที่รู้จักหรือคุ้นเคยกันเนื่องจากขัดเขินอายและต้องการให้บุคลากรเพศหญิงเป็นผู้ตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lyimo & Beran[12] อนุกูล แก้วบริสุทธิ์สกุล และคณะ[13] และ Nguyen et al.[22] ประกอบกับขั้นตอนและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ต้องสอดใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด ทำให้รู้สึกกลัวที่จะต้องตรวจคัดกรองในลักษณะดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Lyimo & Beran[12] และ Ndikom & Ofi[14] นอกจากนี้เจตคติที่มีต่อความพร้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านอุปกรณ์เครื่องมือ และความไม่เชื่อมั่นใจในความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ก็ส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มารับการตรวจคัดกรอง อีกทั้งกลัวผลการตรวจว่าจะพบเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการศึกษาของ Were et al[11] ก็พบในทิศทางเดียวกันคือสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องมาจากกังวลถ้าผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบผิดปกติ

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในสตรีเป้าหมายของตำบลบ้านไร่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการไปรับการตรวจคัดกรองฯกับปัจจัยภายในที่สำคัญ 2 ประการ คือ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ[20] ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางการแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้ และไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Were et al[11],

อนุกูล แก้วบริสุทธิ์สกุลและคณะ[13], Ndikom & Ofi[14], Savage & Clarke[16] และ อนุสรา เจ๊ะสัน[17] ซึ่งพบว่าปัจจัยภายในทั้งสองปัจจัยมีความสัมพันธ์ต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องจากสตรีกลุ่มเป้าหมายของตำบลบ้านไร่ ทั้งกลุ่มตรวจและกลุ่มไม่ตรวจ มีความคล้ายคลึงกันในคุณลักษณะของประชากร จึงทำให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับใกล้เคียงกันกล่าวคือ รับรู้ว่าหากสตรีมีพฤติกรรมต่อไปนี้ คือ มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือมีคู่นอนหลายคน หรือมีการตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อย หรือ มีการตั้งครรภ์และการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้สตรีมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ส่วนเหตุผลที่การรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองฯ ก็ไม่สัมพันธ์กับการไปรับการตรวจคัดกรองฯ เพราะสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งสองกลุ่มไม่มีอุปสรรคต่อการไปรับบริการคัดกรองที่ รพ.สต.เหมือน ๆ กัน คือ ทั้งด้านค่าใช้จ่ายของการตรวจ เนื่องจากไม่ต้องเสียเงินค่าตรวจ ไม่มีอุปรรคด้านเวลาเพราะรพ.สต.บ้านไร่อยู่ในชุมชนใกล้และง่ายต่อการไปรับบริการ ไม่มีอุปสรรคด้านความไม่มิดชิดของรพ.สต. และก็ไม่มีอุปสรรคด้านการสนับสนุนจากครอบครัวให้ไปตรวจคัดกรองฯ

สำหรับปัจจัยเอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อการไปตรวจคัดกรอง ซึ่งกลไกดังกล่าวเป็นช่องทางการสื่อสารที่ใช้สื่อบุคคลที่เป็นแกนนำสุขภาพในชุมชนเอง สามารถสื่อสารสองทางได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสะท้อนถึงบทบาทของ อสม.ในระดับปฐมภูมิที่มีความสำคัญยิ่งต่องานสาธารณสุข เฉพาะอย่างยิ่งที่มีต่อการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เป็นประโยชน์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลความรู้จักคุ้นเคยมีผลส่งเสริมหรือจูงใจให้กลุ่มเป้าหมายสนใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น[17, 23] นอกจากนั้นประสบการณ์การมีบุคคลใกล้ชิด/คนในครอบครัวหรือญาติ/คนรู้จักไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ก็จะเป็นปัจจัยเสริมให้บุคคลกล้าตัดสินใจตรวจมากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติของบุคคลส่วนใหญ่ที่จะตัดสินใจทำตามผู้อื่นหรือรอดูผลการตรวจของคนอื่นก่อนแล้วจึงตัดสินใจ[24] นอกจากนี้การมีสิทธิการเบิกค่ารักษา เช่น สิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ และการมีพฤติกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งมีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารที่สำคัญด้านสุขภาพ ปัจจัยเอื้อทั้งสองนี้ล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

การศึกษาพบความสามารถของตัวแปรในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านไร่ อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ได้ถูกต้องร้อยละ 52.1 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดเรียงตามลำดับจำนวน 5 ตัวแปร คือ การตรวจสุขภาพประจำปี การได้รับข้อมูลข่าวสารจากอสม. การคุมกำเนิดถาวร การมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และการรับรู้ว่าคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรอง เป็นต้น การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีข้อจำกัดบางประการ ดังนี้ คือ 1) ประชากรของการศึกษาเป็นกลุ่มเฉพาะสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ของตำบลบ้านไร่ที่มารับการคัดกรองที่ รพ.สต.บ้านไร่เท่านั้น จึงทำให้ตัวแปรปัจจัยบางตัวที่ใช้ทำนายการมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา 2) ขนาดตัวอย่างมีจำนวนน้อยไป โดยเฉพาะจำนวนตัวอย่างของสตรีกลุ่มเปรียบเทียบจึงส่งผลต่อค่าสถิติ OR ที่ 95% CI มีค่าสูงและมีช่วงกว้างในบางตัวแปร 3) ข้อจำกัดของการพัฒนา

คุณภาพเครื่องมือการวิจัยในส่วนของการวัดปัจจัยภายในที่มีค่าความเที่ยงไม่สูงมากนัก และ 4) การศึกษาเป็นกรณีเฉพาะของ รพ.สต.บ้านไร่ เพื่อแก้ปัญหาความครอบคลุมอัตราการตรวจคัดกรองฯ ดังนั้น การนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดข้างต้นด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การมุ่งแก้ไขความครอบคลุมบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของแต่ละพื้นที่ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการวิจัยเพื่อมุ่งแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรบูรณาการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการตรวจสุขภาพประจำปี และจัดให้มีบริการตรวจคัดกรองนอกเวลาราชการและในวันหยุดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน หรือส่งทีมตรวจคัดกรองเคลื่อนที่ไปในชุมชนเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนให้ได้มากที่สุด

2. จัดการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่จำเป็นเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง และมีทักษะการจูงใจให้สตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

3. การจัดทีมเคลื่อนที่ออกตรวจคัดกรองของแม่ข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อหนุนเสริมและสนับสนุนการทำงานเชิงรุกของ รพ.สต.ลูกข่ายในแต่ละพื้นที่

4. การสับเปลี่ยนหรือสลับเจ้าหน้าที่ระหว่าง รพ.สต. หรือโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้บริการตรวจคัดกรองและเน้นเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจเป็นเพศหญิง เพื่อแก้ไขปัญหาการอายและไม่สะดวกใจที่จะตรวจกับเจ้าหน้าที่ที่คุ้นเคย

5. ควรศึกษาวิจัยเพื่อตรวจสอบอิทธิพลของตัวแปรความสามารถของเจ้าหน้าที่ ความพร้อมของสถานบริการ ช่วงเวลาที่สะดวกต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรอง เพื่อเพิ่มความสามารถในการทำนายพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองของสตรีอายุ 30-60 ปี

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. เข้าถึงได้ที่ http://bps.moph.go.th/ เมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2553.
2. National cancer institute. Cancer Registry 2007-2009. Available at http://www.nci.go.th/th/cancer__record/cancer__rec1.html, accessed December 13, 2011.
3. เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, บรรณาธิการ. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
4. Yothasamut J, Putchong C, Sirisamutr T, Teerawattananon Y, Tantivess S. Scaling up cervical cancer screening in the midst of human papillomavirus vaccination advocacy in Thailand. BMC Health Services Research. 2010; 10(Suppl 1):S5. doi:10.1186/1472-6963-10-S1-S5
5. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554: แผน 10 ยุทธศาสตร์

สุขภาพพอเพียง. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.

6. นงนุช จันทศรี. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ. เอกสารประกอบการตรวจราชการของผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขต 4 (20-22 กรกฎาคม 2554). ราชบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี; 2554.
7. เอกสารประกอบการนิเทศงาน-ประกวด คปสอ. นำเสนอผลงานการประกวด คปสอ (19 พฤศจิกายน 2553), ห้องประชุม 2 โรงพยาบาลราชบุรี; 2553.
8. สาวิตรี พรสินศิริรักษ์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วารสารสุขศึกษา. 2554; 34(118): 55-67.
9. Erbil N, Tezcan Y, Gür EN, Yıldırım M, Alis N. Factors Affecting Cervical Screening Among Turkish Women. ASIAN PAC J CANCER P. 2010; 11:1641-4.
10. Wang X, Fang C, Tan Y, Liu A, Ma GX. Evidence-Based Intervention to Reduce Access Barriers to Cervical Cancer Screening Among Underserved Chinese American Women. J WOMENS HEALTH 2010; 19(3):463-9.
11. Were E, Nyaberi Z, Buziba N. Perceptions of risk and barriers to cervical cancer screening at Moi Teaching and Referral Hospital (MTRH), Eldoret, Kenya. African Health Sciences. 2011; 11(1): 58-64.
12. Lyimo FS, Beran TN. Demographic, knowledge, attitudinal, and accessibility factors associated with uptake of cervical cancer screening among women in a rural district of Tanzania: Three public policy implications. BMC Public Health. 2012; 12:22. doi:10.1186/1471-2458-12-22
13. อนุกูล แก้วบริสุทธิ์สกุล, พิชญา พรรคทองสุข, ทัศนีย์ ขันทอง, สุวิทย์ คงชูช่วย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2551; 38(1): 34-46.
14. Ndikom CM, Ofi BA. Awareness, perception and factors affecting utilization of cervical cancer screening services among women in Ibadan, Nigeria: a qualitative study. Reproductive Health. 2012; 9:11. doi:10.1186/1742-4755-9-11
15. Esin NM, Bulduk S, Ardic A. Beliefs About Cervical Cancer Screening Among Turkish Married Women. J Canc Educ 2011; 26(3):510-5.
16. Savage SA, Clarke VA. Factors associated with breast and cervical cancer screening behaviours. Health Education 2001; 101(4): 176-86.
17. อนุสรา เจ๊ะสัน. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีไทยมุสลิม จังหวัดสตูล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอก

โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.

18. Whynes DK, Clarke K, Philips Z, Avis M. Cervical cancer screening and perceived information needs. Health Education 2005; 105(4):289–303.
19. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. 2nd ed. Mountain View, Calf: Mayfield; 1991.
20. Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. Health behavior and health education; Theory, Research, and Practice. 2nded. San Francisco: Jossey-Bass Inc. Publishers; 1997.
21. Lemeshow S, Hosmer D, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of Sample Size in Health Studies. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.;1990. p.16-9.
22. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of Cervical Pap Smear Screening Awareness, Intention, and Receipt Among Vietnamese-American Women. Am J Prev Med 2002; 23(3):207-14.
23. ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฎ์, ภรณี วัฒนสมบูรณ์, ลักขณา เติมศิริกุลชัย. การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยแกนนำสตรี ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 2555; 10(2): 37-49.
24. Rogers EM. Diffusion of Innovations, 4th ed. New Mexico: Simon and Schuster; 2010.

Factors Predicting Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Ratchaburi Province

Mondha Kengganpanich[*] *Supatta Ngamdum*[**] *Tharadol Kengganpanich*[*]

ABSTRACT

This case-control study aimed to examine factors related to and predicting cervical cancer screening behavior among women. A sample consisting of 264 women aged 30-60 years in Banrai Sub-district, Muang District, Ratchaburi Province was chosen and categorized into two groups, study group and comparison group, each consisting of 132 participants. The data were collected by interview form. Data analysis employed frequency, percentage, adjusted odds ratio (95% CI), and binary logistic regression analysis. The results indicated that the personal factors related to and predicting cervical cancer screening behaviors with statistical significance at 95% confidence were income and contraceptive methods. A significant internal or predisposing factor was attitude towards cervical cancer screening. Significant supporting factors were information provided to village health volunteers, perceived experience with cervical cancer screening by close friends/relatives, rights to medical care, and annual health checks. Those factors were predictive of 52.1% of cervical cancer screening behavior. The top five influential factors in descending order were annual health checks, information provided to village health volunteers, contraceptive methods, rights to medical care, and perceived experience with cervical cancer screening by close friends/relatives. These results highlight several possible ways to increase cervical cancer screening rates among women aged 30-60 years, such as integrating cervical cancer screening in annual health checks of Health Promoting Hospitals at the sub-district level, providing extra or proactive service to communities congruent with people's needs and the community context, and providing training for village health volunteers in skills to build effective motivation.

Key words: cervical cancer, predicting factors, screening behavior

J Public Health 2013; 43(2): 175-187

Correspondence: Tharadol Kengganpanich. Department of Health Education and Behavioral Scinces, Faculty of Public Health, Mahidol University, Bangkok 10400, Thailand. Email: tharadol.ken@mahidol.ac.th

[*] Department of Health Education and Behavioral Scinces, Faculty of Public Health, Mahidol University

[**] Tambon Banrai Health Promoting Hospital, Ratchaburi