



ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน

Factors Affecting Prevention Behavior of Cervical Cancer in Community

กรกฎ วิเชียรเทียบ¹ รังสันต์ ไชยคำ¹ ลัดดาวัล ฟองค์¹ ชัญญวักค วงษ์ษา¹

Koragot Vicheantheab¹ Rangsan Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Chanyapak Wongsar¹

¹ภาควิชาการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Koragot Vicheantheab; Email: Vicheantheab272519@gmail.com

Received: April 10, 2023 Revised: July 19, 2023 Accepted: July 30, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สตรีในชุมชน กลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 103 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แบบวัดที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน และแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรู้แรงการเกิดโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับมาก ส่วนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย 2) อายุ ($\beta = .19$) การรับรู้อุปสรรคการตรวจมะเร็งปากมดลูก ($\beta = -.47$) และการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\beta = .24$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$) การวิจัยมีประโยชน์สำหรับบุคลากรด้านในการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะการลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ: มะเร็งปากมดลูก; พฤติกรรมการป้องกัน; สตรีกลุ่มเสี่ยง



Factors Affecting Prevention Behavior of Cervical Cancer in Community

Koragot Vicheantheab¹ Rangsan Chaikham¹ Laddawan Vonk¹ Chanyapak wongsar¹

¹Nursing Department, Chonburi Cancer Hospital

Corresponding author: Koragot Vicheantheab; Email: Vicheantheab272519@gmail.com

Received: April 10, 2023 Revised: July 19, 2023 Accepted: July 30, 2023

Abstract

The research described aims to study cervical cancer prevention behaviors and factors that influence such behaviors among women in the community. The sample consisted of 103 women aged 30–60 years in Ban Puk Sub-district Mueang District Chonburi Province. The data collection instruments included a general information questionnaire, the cervical cancer knowledge test form, the measure developed from Becker and Maiman's Belief Theory of Health and the cervical cancer prevention behavior scale. The questionnaire passed a content straightness check. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression statistics. The results showed that 1) Perception of benefits of cervical cancer screening perception of the severity of the disease and perceived risk opportunities were at a high level. The social support was moderate. 2) age ($\beta = .19$), perceived barriers to cervical cancer screening ($\beta = -.47$) and social support for screening cervical cancer ($\beta = .24$) could together predict cervical cancer prevention behavior 36.4% with statistical significance at the .05 level ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$). The research is useful for personnel in developing activities or programs to promote cervical cancer prevention behaviors in at-risk women. Reducing factors that hinder cervical cancer screening and increasing social support for at-risk women to receive cancer screening cervical impregnation.

Keywords: : cervical cancer; protective behavior; women at risk



ความเป็นมาและความสำคัญ

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพของประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย จากสถิติพบผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 604,127 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.1 เสียชีวิตประมาณ 341,831 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.4 โดยมากกว่าครึ่งเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ร้อยละ 85 อาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนา ซึ่งพบว่าเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 6 ของโลก¹ สาเหตุหลักเกิดจากการขาดการป้องกันโรค ขาดการเข้าถึงบริการอย่างเสมอภาค และการตรวจคัดกรองที่ไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้ตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลาม การรักษาไม่มีประสิทธิภาพทำให้มีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

สถานการณ์โรคมะเร็งในผู้หญิง 5 อันดับแรก คือ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งมดลูก และมะเร็งรังไข่โดยมะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านม และลำไส้ใหญ่¹ แต่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของคนไทย ปัจจุบันมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มพบอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 9,158 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.8 เสียชีวิต 4,705 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.8 ของประชากรที่เสียชีวิตจากการเป็นมะเร็งทั้งหมด¹ หรือเฉลี่ยเสียชีวิตวันละ 13 คนสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด จากการศึกษาพบว่าเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human Papilloma Virus, HPV) หรือไวรัสเอชพีวีโดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุสำคัญในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีบุตรคนแรกตั้งแต่อายุน้อย ประวัติของการตั้งครรภ์หลายครั้ง การมีคู่นอนหลายคนอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชพีวีในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะตรวจพบเชื้อเอชพีวีสายพันธุ์ความเสี่ยงสูงทุกรายที่จะดำเนินจนกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesion) และมากขึ้นจนกลายเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งขั้นเล็กน้อย (mild) ขั้นปานกลาง (moderate) และขั้นรุนแรงในที่สุด (severe) การเปลี่ยนแปลงตามลำดับนี้นำไปสู่การเป็นมะเร็ง หากเซลล์ที่ผิดปกติลุกลามถึงชั้นล่างสุดของเยื่อผิว (basement membrane)² จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะสายพันธุ์ 16 และ 18 ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะสามารถค้นหาความผิดปกติ เพื่อเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและหายขาดได้

จากสถิติโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีพบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม ช่วงอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 30-55 ปี³ ซึ่งอุบัติการณ์เกิดโรคและเสียชีวิตอยู่ในวัยทำงาน ซึ่งเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดของชีวิต การเสียชีวิตในวัยนี้ถือเป็นโศกนาฏกรรมของครอบครัวและสังคมอย่างมาก ทั้งที่โรคนี้สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้หากได้รับการคัดกรอง และการรักษาตั้งแต่แรก อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญคือการส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมมะเร็งปากมดลูกอย่างบูรณาการให้สตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกที่ด้อยโอกาสสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ และให้ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลงานส่งเสริมสุขภาพโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเขตบริการสุขภาพที่ 6 พบอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับประชาชนกลุ่มเสี่ยง และไม่บรรลุตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ที่ต้องได้รับการคัดกรองไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง โดยพบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตรได้แก่ ประวัติการมีบุตร การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปาก



มดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และประวัติการมีบุตรสามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปีได้ร้อยละ 81.30⁴ และการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของภรรยาคือการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ และการสนับสนุนของครอบครัว โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 17.70⁵ การศึกษาเหตุผลและปัจจัยของการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลนาโพธิ์ อำเภอสวี จังหวัดชุมพร พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความรู้เรื่องเหตุผลของการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยหนึ่งที่สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁶ และการศึกษาที่พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลโดยรวมประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาและการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยร่วมทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷ สอดคล้องกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker⁸ ที่ว่าบุคคลพร้อมแสดงพฤติกรรมก็ต่อเมื่อมีการรับรู้ถึงความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ได้มากขึ้น หากประเมินแล้วว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ มีประโยชน์หรือเกิดผลดีกับตนเองมากกว่าผลเสียหรืออุปสรรค โดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจากสังคม จากภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้สึกนึกคิด แรงจูงใจ ความตระหนักรู้ในตนเอง เป็นต้น และการกระตุ้นจากภายนอกบุคคล ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว สิ่งแวดล้อม ข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ และชุมชนจะช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีและเหมาะสมได้⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวที่เป็นปัจจัยที่สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและยังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกหรือไม่ เพื่อนำมาพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งวางแผนกำหนดนโยบายสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตามแผนยุทธศาสตร์การตรวจคัดกรองและค้นหา มะเร็งในระยะเริ่มต้น (screening and early detection) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ตามนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของ Becker⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยเนื่องจากเชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ต่อเมื่อมีการรับรู้ความเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค โดยบุคคลนั้นจะแสดงพฤติกรรมมากขึ้นหากประเมินว่าเมื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วจะเกิดประโยชน์หรือผลดีต่อตนเอง เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน โดยข้อมูลนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของสตรีในชุมชน เพื่อให้สตรีในชุมชน สามารถเข้าถึง การบริการการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และสามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกได้รวดเร็วต่อไป

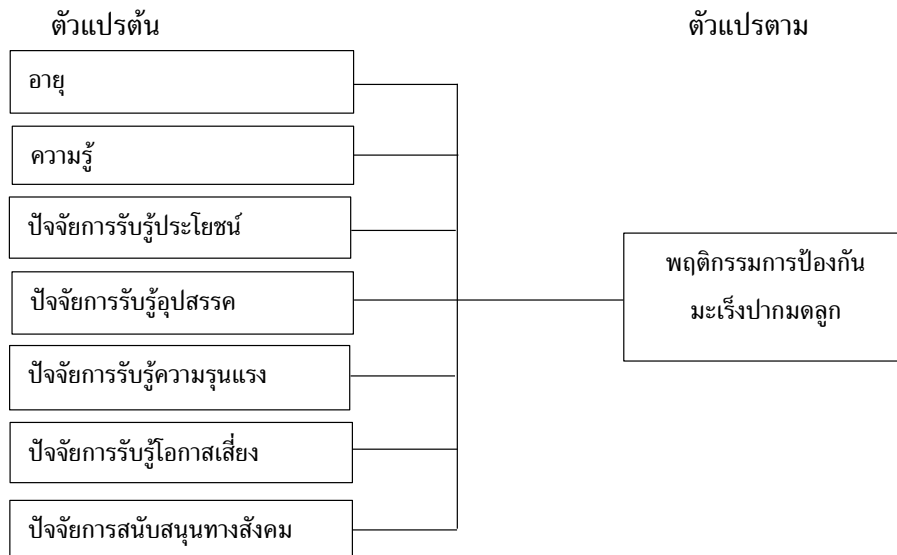
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนตำบลบ้านปึก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอมือง จังหวัดชลบุรี

สมมติฐานการวิจัย

อายุ ความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรีได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



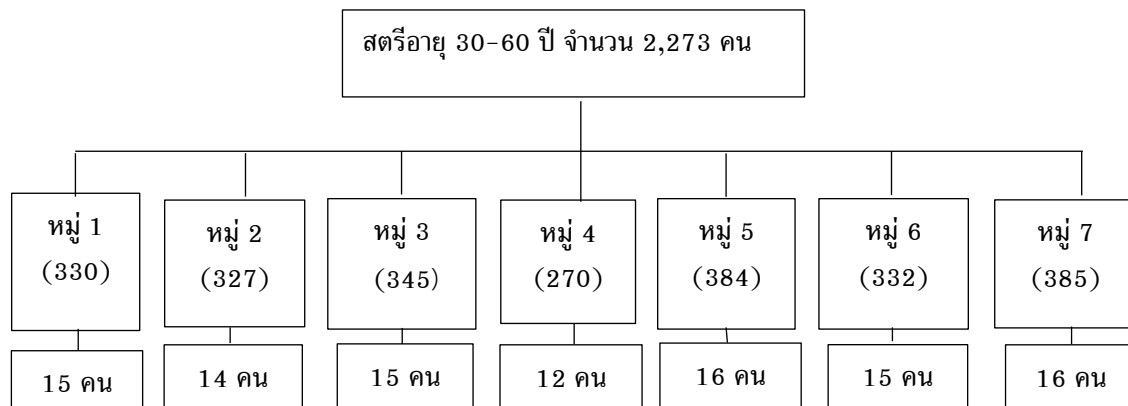
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในชุมชนตำบลบ้านปึก อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 2,273 คน
กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดอำนาจการทดสอบ ($P = 0.80$) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กำหนด Effect size ขนาดกลาง = .15 ตัวแปรทำนายจำนวน 8 ตัว จำนวน 103 คน คิดเป็นสัดส่วนจากประชากร 1 ต่อ 22 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบขั้นตอน ในสตรีอายุระหว่าง 30 - 60 ปี จำนวน 2,273 คน ใน 7 หมู่บ้าน จนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบตามจำนวน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสื่อสารรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ดังตาราง



ภาพที่ 2. แสดงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 8 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ และประวัติการมีเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการ การรักษา รวมถึงการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก-ผิด โดยคำตอบที่ถูกต้องให้ 1 คะแนน คำตอบที่ผิดให้ 0 คะแนน การแปลผลกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งระดับความรู้ 6 คะแนนคิดเป็นร้อยละ 100 โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ไว้ 3 ระดับ ช่วงคะแนน 0-2 หมายถึง มีระดับความรู้ต่ำ ช่วงคะแนน 3-4 หรือมากกว่าหมายถึง มีระดับความรู้ปานกลาง ช่วงคะแนน 5-6 เท่ากับ มีระดับความรู้มาก⁹

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาเกี่ยวกับการสังเกตอาการผิดปกติและประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 6-14 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับน้อย คะแนน 14.01-22.00 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง และคะแนน 22.01-30 คะแนน หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเนื้อหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย ความเชื่อ ความวิตกกังวล และความสะดวก ที่เป็นอุปสรรคต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 9-21 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคน้อย คะแนน 21.01-33 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับปานกลาง และคะแนน 33.01-45 คะแนน หมายถึง การรับรู้อุปสรรคระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม



และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ระยะของโรค ภาวะแทรกซ้อน และความเจ็บปวดของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 7-16.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงน้อย คะแนน 16.34-25.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับปานกลาง คะแนน 25.67-35 คะแนน หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เช่น อายุระหว่าง 30-60 ปี การติดเชื้อไวรัส การมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 7-16.33 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงน้อย คะแนน 16.34-25.66 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับปานกลาง คะแนน 25.67-35 คะแนน หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางด้านครอบครัว การสนับสนุนในชุมชน และการได้รับข่าวสารในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 10-23.3 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมน้อย คะแนน 23.34-36.66 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง คะแนน 36.67-50 คะแนน หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 8 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เช่น ความสม่ำเสมอในการตรวจ การสังเกตอาการผิดปกติ ความรู้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน เห็นด้วย ให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจ ให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย ให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับ¹⁰ คะแนน 9-21 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งน้อย คะแนน 21.01-33 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปานกลาง คะแนน 33.01-45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งมาก

การตรวจสอบคุณภาพ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องของขอบเขตเนื้อหา และภาษาที่รัดกุม การตีความหมายของข้อคำถามพร้อมทั้งข้อเสนอแนะซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งนรีเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็ง 1 ท่าน แล้วนำไปหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของแบบวัดส่วนที่ 2-8 ได้เท่ากับ .90, .91, .98, 1, .83, 1 และ .94 ตามลำดับ และหาความ



เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับสตรีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder Richardson (KR20) และ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .71, .78, .79, .85, .87, .81 และ .70 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในชุมชนโดยวิธีแจกแบบสอบถาม 8 ส่วน พร้อมแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมก่อนเก็บข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามข้อสงสัยต่างๆ ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที จนครบจำนวน 103 คน เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติและแปลผลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงร่างวิจัยผ่านคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในคนของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ 013/64 ลงวันที่ 13 ธันวาคม 2564 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ผลดีผลเสียและการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับกลุ่มตัวอย่างทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้อย่างอิสระโดยไม่มีผลต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บอย่างมิดชิดและใช้รหัสแทนชื่อ-สกุล โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละ ค่าพิสัย ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์อำนาจการทำนายของตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบ โค้งปกติ ไม่มี outliers ไม่เกิด autocorrelation โดยดูค่า durbin-watson = 1.734 มีค่าระหว่าง 1.5-2.5 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นทั้งหมด พบว่าไม่มีตัวแปรใดมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80 แสดงว่าตัวแปรต้นไม่มี (multicollinearity)

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง ข้อมูลส่วนบุคคล มากที่สุดมีอายุระหว่าง 51-60 ปี (ร้อยละ 38.3) รองลงมา อายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 33) และอายุระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 28.2) ตามลำดับ (อายุเฉลี่ย 46 ปี SD=9.21) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.7) รองลงมาคือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 39.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ / อยู่กับสามีแฟนหนุ่ม (ร้อยละ 68.9) และส่วนใหญ่ มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว (ร้อยละ 91.3)

ระดับความรู้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก (ร้อยละ 69.9) รองลงมา มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 19.4) และน้อยที่สุดมีความรู้ในระดับน้อย (ร้อยละ 10.7) ตามลำดับ

ปัจจัยด้านการรับรู้ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก (M=23.61, SD= 4.10) การรับ



รู้อุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อย ($M=19.65$, $SD=5.20$) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=26.79$, $SD=3.93$) และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=28.20$, $SD=4.49$) การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M=35.06$, $SD=6.00$) และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ($M=37.48$, $SD=3.99$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยด้านการรับรู้ที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($n=103$)

ตัวแปร	ค่าพิสัย	M	SD	การแปลผล
การรับรู้ประโยชน์	6 – 30	23.61	4.10	มาก
การรับรู้อุปสรรค	9 – 45	19.65	5.20	น้อย
การรับรู้ความรุนแรง	7 – 35	26.79	3.93	มาก
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	7 – 35	28.20	4.49	มาก
การสนับสนุนทางสังคม	10 – 50	35.06	6.00	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก	9 – 45	37.48	3.99	มาก

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง เข้าสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก คือ การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\beta = -.47$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .24$) และอายุ ($\beta = .19$) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 36.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2_{adj} = .345$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิเคราะห์สมการถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ($n = 103$)

ปัจจัยทำนาย	b	Beta	SE	t	p-value
การรับรู้อุปสรรค (X2)	-.36	-.47	.063	-5.737	<.001
การสนับสนุนทางสังคม(X5)	.16	.24	.054	3.004	<.01
อายุ (X1)	.08	.19	.035	2.336	<.05
Constant = 35.053, $R^2_{adj} = .345$, $R^2 = .364$, $F(3,99) = 18.891$, $p < .05$					



การอภิปรายผล

พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M=37.48$, $SD=3.99$) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลมากที่สุด ซึ่งเป็นสุขอนามัยขั้นพื้นฐานของสตรีที่พึงกระทำ รองลงมาคือ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เช่นการไม่สวมใส่กางเกงชั้นในที่มียี่ห้อหรืออับชื้น มีการสังเกตอาการผิดปกติทางช่องคลอดและเมื่อพบความผิดปกติรีบปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์ทันที ยินดีเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีการหาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน และสื่อต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้ชวนเพื่อนหรือญาติพี่น้องไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ โดยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี โดยกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจ คัดกรองพบว่าเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การณรงค์ตรวจ คัดกรอง/ตรวจสุขภาพประจำปี และเหตุผลการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข/อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากผิดปกติ มีเลือดออก⁶

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอายุ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ร้อยละ 36.4 โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ($r=.32$, $p<.05$) เป็นตัวที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้สูงสุด ($\beta=.24$) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร การประเมินค่าและทรัพยากร จะส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาอาการด้านร่างกาย จิตใจ และการจัดการกับปัญหาของกลุ่มตัวอย่างได้ จากการช่วยเหลือของบุคคลในครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมัธยมศึกษาจนถึงปริญญาตรี สามารถอ่านออก เขียนได้ เข้าถึงสื่อและความรู้ได้เป็นอย่างดี และส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 70 มีครอบครัวและอยู่ด้วยกันซึ่งสังคมไทยเป็นสังคมที่มีความรักใคร่กลมเกลียวกันในครอบครัว มักให้ความช่วยเหลือกันอย่างเต็มใจ และเต็มความสามารถ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยมักให้ความช่วยเหลือเป็นกำลังใจ จะเห็นได้จากเมื่อมีบุคคลในบ้านเจ็บป่วยจะมีญาติพามาพบแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่นและมีกำลังใจในการเผชิญความเจ็บป่วยได้อย่างมั่นคงเมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด รองลงมา คือ บุคคลในครอบครัวให้กำลังใจในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การมีบริการเจ้าหน้าที่ออกให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน สมาชิกในครอบครัวให้ความช่วยเหลือเรื่องค่าใช้จ่าย และคอยช่วยเหลือในวัน เวลา และสถานที่ในการมารับการตรวจ ส่วนช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสารได้จากสื่อเช่น โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต รวมทั้งมีความไว้วางใจสถานที่และเครื่องมือมีความเหมาะสมทันสมัย เป็นสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยในการส่งเสริมให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่า สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (due to action) มีผลมาจากสิ่งชักนำภายนอก เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สื่อมวลชนต่าง ๆ ญาติ แพทย์ พยาบาล เป็นสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นการสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้น ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชนได้^{4,7,12} และสอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิของสามีภรรยา พบว่าการสนับสนุนของครอบครัว และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิได้ร้อยละ 17.70⁵

อายุของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน ($r = .27, p < .01$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ($\beta = .19$) เนื่องจากอายุจะเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล อายุมากสามารถตัดสินใจทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่อายุน้อย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี จะมีประสบการณ์ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ทั้งการมาตรวจสุขภาพประจำปี หรือการมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จึงเกิดความตระหนักและรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ต้องกระทำเป็นประจำทุกปี เพื่อดูแลสุขภาพของตน จึงส่งผลให้อายุสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีในชุมชน จังหวัดชลบุรีได้ สอดคล้องกับ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ และร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนได้^{7,13}

การรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ($r = -.52, p < .01$) สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นอุปสรรคสำหรับตนเอง และรับรู้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ดีและจำเป็น หากพบความผิดปกติจะสามารถเข้ารับการรักษาทันทีได้อย่างรวดเร็ว และมีโอกาสหายขาดจากโรคมะเร็งได้ ประกอบกับการรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายระดับชาติ Service plan ด้านโรคมะเร็ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถให้บริการตรวจคัดกรองได้ในชุมชน รวมทั้งมีการออกหน่วยคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องทำให้สตรีในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ยิ่งชุมชนที่ทำการศึกษาดังอยู่ในเขตเมืองชลบุรี มีโรงพยาบาลทั้งรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน และที่สำคัญมีโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านโรคมะเร็งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่ มีการคมนาคมที่สะดวก ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย และสะดวกจึงทำให้การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางด้านลบ เมื่อพิจารณารายชื่อของการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้วิตกกังวล รองลงมาไม่มีญาติพามาตรวจ ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่ทราบว่าจะไปรับการตรวจได้ที่ไหน การตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บบริเวณที่ตรวจ สถานที่ตรวจไม่มิดชิดทำให้รู้สึกอาย การมาตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้สูญเสียรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายมาก และการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลาทำงาน ตามลำดับ สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ถึงค่าใช้จ่ายที่แพง ความละอาย เป็นต้น ซึ่งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จึงขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ชักนำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย อุปสรรคต่อการปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติ จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อย จึงส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ได้^{4,14-15}



ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากปัจจุบันการเข้าถึงความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายและหลายช่องทาง เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ อินเทอร์เน็ต สื่อประชาสัมพันธ์ออนไลน์ รวมทั้งมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างเพียงพอ จากงานวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับมาก จึงส่งผลให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจหามะเร็งปากมดลูก¹³

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ถึงแม้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างเพียงพอเกี่ยวกับประโยชน์การมาตรวจแพปเสมียร์ทุกปีช่วยให้ค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกและยังสามารถดูความผิดปกติอื่น ๆ ของช่องคลอดได้ โดยรับรู้ว่าการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ ทั้งยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงการได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเมื่อมีความผิดปกติ ทั้งนี้การรับรู้ประโยชน์ที่เพียงพอจึงส่งผลให้ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี แต่ไม่สามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้⁶ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังได้¹⁵

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากมีการณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าโรคนั้นจะเกิดอันตรายต่อร่างกายหรือ กระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคมของตน¹⁶ จึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา⁷

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก แต่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงนั้นได้อย่างเหมาะสม จึงส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่ทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้¹⁷

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารด้านสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชน ให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในชุมชน เช่น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเชิงรุกในโรงงานอุตสาหกรรม และการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง



โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายเป็นต้น

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล

2.1 บุคลากรทางด้านสุขภาพส่งเสริมให้สตรีเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการจัดการบริการเชิงรุกเพื่อให้เกิดความสะดวก รวดเร็วและง่ายต่อการรับบริการ

2.2 สนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสตรี และให้กำลังใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2.3 ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และผู้เกี่ยวข้องนำไปจัดโปรแกรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน โดยเน้นเรื่องการลดอุปสรรค และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมให้กับสตรีในชุมชน เพื่อเป็นสิ่งกระตุ้นให้สตรีในชุมชนมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งชนิดอื่นในชุมชน เพราะอาจมีปัจจัยส่งเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งชนิดอื่นที่แตกต่างกัน ผลการวิจัยใช้เป็นข้อมูล และแนวทางในการศึกษา งานวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการจัดโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเล่มนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยงบบำรุง โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหาร ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน รวมถึงสตรีในชุมชน ตำบลบ้านปึก อำเภอมะขาม จังหวัดชลบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้ด้วย

References

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin 2021;71(3):209–49.
2. Tharavichitkul E. Radiotherapy in cervical cancer of the vagina. Journal of Thai Association of Radiation Oncology 2019;25(2):07–18.
3. Chonburi Cancer Hospital. Hospital–Based 2020 Cancer Registry. Chonburi: Chonburi Cancer Hospital. 2021.
4. Wicheanpoon O, Jariya W. Factors affecting the utilization behaviors of cervical cancer screening services for women aged 30–60 years in Saklek district Pichit province. Research and Development Health System Journal 2020;13(2):250–58.(in Thai)
5. Nakrukamphonphatn S, Suwannakoot N, Natason A. Predicting factors of primary prevention of cervical cancer among couples. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(2):469–83.
6. Pinnark P. Causes and factors to cervical cancer unscreened measuring: a case study of women aged 30–60 years in Na Pho Sub–District, Sawi District, Chumphon Province. Journal of Health Research and Innovation 2020;3(1):119–31.



7. Sangprasert P, Wiroj J. The predictive factors of health promotion behaviors among a population living in the urban community of metropolitan Bangkok. *Journal of Public Health* 2015;23:113–26.
8. Becker MH. The health belief model and sick role behavior. *Health education monographs* 1974;2(4): 409–19.
9. Sakulthaew C. Factors related to safety behavior in chemistry laboratory among undergraduate students [Master thesis]. Bangkok: Thammasat University 2016.(in Thai)
10. Srisathitnarakoon B. Instrument development and quality validation: psychological measurement properties. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House 2012.(in Thai)
11. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2(4):328–35.
12. Kengganpanich M, Ngamdum S, Kengganpanich T. Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. *Journal of Public Health* 2013;43(2):175–87.(in Thai)
13. Narueponjirakul C, Thummavichit R, Suteeprasert T. Factors related to pap smear screening behaviors of women at municipality Suphanburi province. *Journal of Health Science* 2014;23(6):1022–31. (in Thai)
14. Nwabichie CC, Manaf RA, Ismail SB. Factors affecting uptake of cervical cancer screening among African women in Klang Valley, Malaysia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2018;19(3): 825–31. Doi:10.22034/APJCP.2018.19.3.825.
15. Kooariyakul A, Muenya S, Kooariyakul K, Phuengbanhan K, Jerayingmongkol P. Predictive factors of self-care behavior among people with hypertension for prevention of chronic kidney disease. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2022;32(3):13–24.(in Thai)
16. Becker MH, Maiman LA, Kirscht JP, Haefner DP, Drachman RH. The health belief model and prediction of dietary compliance: A field experiment. *Journal of Health and Social behavior* 1977;1:348–66.
17. Kanjanawanit P. The factors affecting self-care behaviors for non-communicable diseases (NCDs) prevention of Village Health Volunteer (VHV), Suphanburi province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)* 2021;36(2):20–33.(in Thai)