

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง  
ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา  
หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์  
มิถุนายน 2562  
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี  
กลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก”

ของ นางมะลิ จารีก

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
.....ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์  
(ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ)

  
.....ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
(ดร.อาทิตยา วัฒนสินธุ์)

  
.....กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ)

  
.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ไพศาล มณีสว่าง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

26 มิ.ย. 2562

## ประกาศคุณูปการ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาของ ดร. อาทิตยา วัจวนสินธุ์ ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ชี้แนะตลอดระยะเวลาในการทำงานแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์และทรงคุณค่า

กราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่เป็นคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงเนื้อหาที่เป็นประโยชน์เพิ่มเติม จนทำให้วิทยานิพนธ์นี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์ ตลอดระยะเวลาการศึกษา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ อันประกอบไปด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิทรากิจธีระวุฒิมิวงษ์ ดร.สุพัฒนา คำสอน ดร.อาจินต์ สงทับ แพทย์หญิงจวิรรณ เจตอารีทรัพย์ สุตินารี แพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก และนางจินดา ม่วงแก่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเวชปฏิบัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเนินเพิ่ม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ที่กรุณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

กราบขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอ นครไทย เจ้าหน้าที่ในสังกัด อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลนครชุม และสตรีกลุ่มตัวอย่างในตำบลนครชุมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดโครงการวิจัย และให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดียิ่ง เหนือสิ่งอื่นใดขอกราบขอบพระคุณบุคคลในครอบครัวทุกท่านที่ให้โอกาสในการศึกษา ให้กำลังใจ และทุกๆ ท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆ ที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้

คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ผู้วิจัยขอบและอุทิศแด่ผู้มีพระคุณทุกๆ ท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวิทยานิพนธ์นี้จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

มะลิ จารึก

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	มะลิ จาริก
ประณามที่ปรึกษา	ดร. อาทิตยา วังวนสินธุ์
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2561
คำสำคัญ	การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยง

#### บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็ว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 219 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ Adjusted Odds Ratio (95% CI) และการวิเคราะห์ถดถอยแบบไบนารี (Binary logistic regressions)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 44.29 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองฯ ได้แก่ 1) อายุ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.067, p-value = 0.009) 2) สตรีที่เป็นโสด/ไม่ได้อยู่กับสามีมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่อยู่กินกับสามี ร้อยละ 65.70 (Adjusted Odds Ratio=0.343, p-value = 0.049) 3) ผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.132, p-value = 0.010), และ 4) ผู้ที่รับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนนจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 13.20 (Adjusted Odds Ratio = 0.868, p-value = 0.013)

**Title** FACTORS EFFECTED TO CERVICAL CANCER SCREENING  
AMONG RISK GROUP OF WOMEN IN NAKHORN CHUM,  
NAKHON THAI DISTRICT, PHITSANULOK PROVINCE

**Author** Mali Jaruk

**Advisor** Artittaya Wangwonsin, Ph.D.

**Academic Paper** Thesis M.P.H. in Public Health, Naresuan University, 2018

**Keywords** Screening, Cervical cancer, Risk group

#### ABSTRACT

The cervical cancer screening can help to early detect cancer for early treatment. This research aimed to study the behaviors for cervical cancer screening and factors effected to cervical cancer screening among the risk groups women in Nakhon Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. The 219 samples were self- administration questionnaires. The data were analyzed by using frequency, percentage, adjusted odds ratio (95% CI) and binary logistic regression analysis.

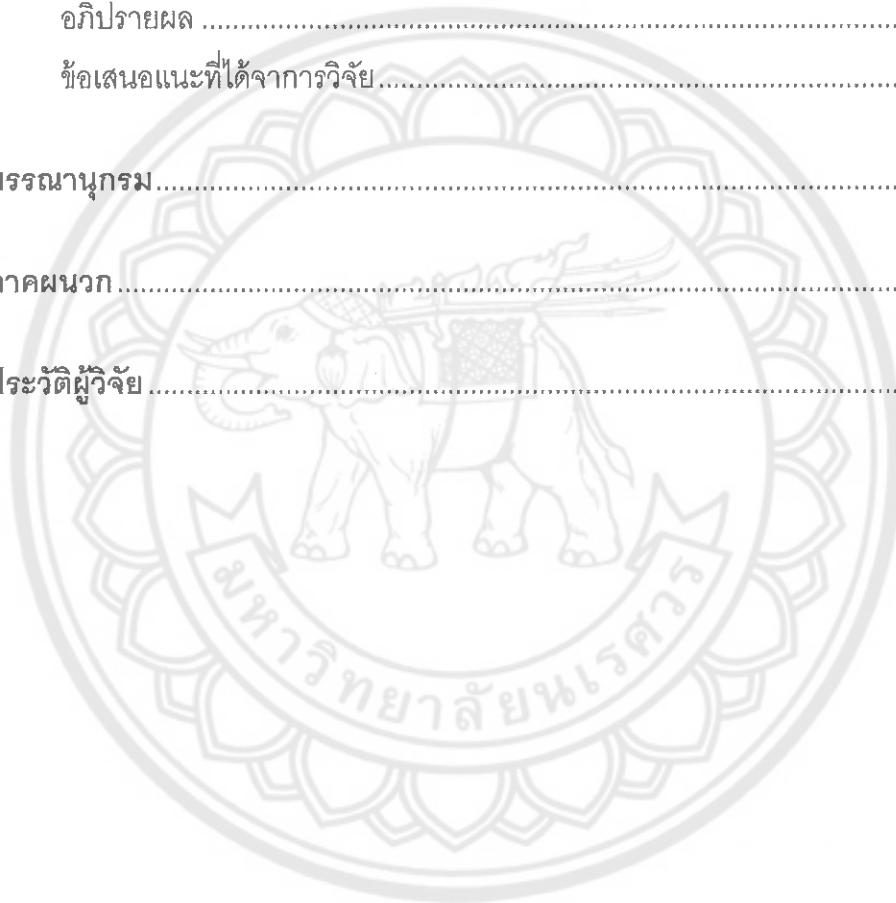
Results showed that: the samples had behaviors for cervical cancer screening 44.29%. Factors effected to cervical cancer screening were 1) age; increasing age had behavior for cervical cancer screening 1.067 times. (Adjusted Odds Ratio = 1.067, p-value = 0.009) 2) the single status and woman who no husband had receive cervical cancer screening less than marital status 65.70% (Adjusted Odds Ratio = 0.343, p-value = 0.049) 3) the samples who increased attitude score will have behavior for cervical cancer screening 1.132 times. (Adjusted Odds Ratio = 1.132, p-value = 0.010) and 4) the samples who had high perceived barriers score had behavior for cervical cancer screening less than 13.20%. (Adjusted Odds Ratio = 0.868, p-value = 0.013)

## สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
คำถามการวิจัย .....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	5
ขอบเขตการวิจัย .....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ .....	5
สมมุติฐานของการวิจัย .....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	8
ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง .....	41
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	46
กรอบแนวคิดในการวิจัย .....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย .....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	53
เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ .....	55
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง .....	59
4 ผลการวิจัย .....	61
ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร .....	61
ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	64
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก .....	67
ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	69
ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก .....	70
ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็ง ปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง .....	75

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
5 บทสรุป.....	79
สรุปผลการวิจัย.....	79
อภิปรายผล .....	81
ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย.....	83
บรรณานุกรม.....	85
ภาคผนวก.....	91
ประวัติผู้วิจัย.....	107



## สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	แสดงการแยกกลุ่มอายุแนะนำความถี่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	36
2	แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะ ประชากรของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
3	แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุผลของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	64
4	แสดงจำนวนและร้อยละ เหตุผลของการไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	66
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของโรคมะเร็ง ปากมดลูก .....	67
6	แสดงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ.....	68
7	แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติต่อ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .....	69
8	แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างต่อความคิดเห็นด้านเจตคติ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกรายชื่อ .....	69
9	แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาส เสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค .....	70
10	แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายชื่อ .....	72
11	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง.....	75
12	แสดงผลการวิเคราะห์ผลปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Enter method .....	77
13	แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร.....	99



## สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงโครงสร้างของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง.....	9
2 แสดง การเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปากมดลูกในอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี .....	22
3 แสดงการตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear) .....	39
4 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ตาม แนวคิดของ Becker และ Maiman.....	44
5 แสดงกรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก.....	52



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 พบมาก ในช่วงอายุ 35-60 ปี ทั้งไทยและทั่วโลก รองลงมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ (International Agency for Research on Cancer, 2014 อ้างถึงใน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2013) ทุกปีมีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 510,000 ราย ซึ่งในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา ในทวีปเอเชียมีผู้หญิงป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 245,000 รายต่อปี สำหรับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศที่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดอันดับ 1 คือ ประเทศ คอมโบเดีย รองลงมา ประเทศพม่า และประเทศฟิลิปปินส์ มีอัตราอุบัติการณ์ 38.7, 24.6 และ 20.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนประเทศไทย อยู่ในอันดับที่ 5 มีอัตราอุบัติการณ์ 11.7ต่อแสนประชากร (World Health Organization, 2009)

หญิงไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก 7 คนต่อวัน (ปี 2548) เป็น 14 คนต่อวัน (ปี 2551) คิดเป็นอัตราที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 โดยในแต่ละปีจะมีหญิงไทยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 9,000 รายต่อปี และเสียชีวิต ร้อยละ 40-50 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก เฉลี่ยประมาณ 350 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ประชาชนส่วนใหญ่มักมารับบริการเมื่อโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะที่ 2-4 ซึ่งเป็นระยะที่มีความรุนแรง การรักษายากหรือรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากอยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาต้องใช้เครื่องมือราคาแพงและต้องใช้งบกลางในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และประเทศชาติได้ เนื่องจากทำให้เกิดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น อันเป็นผล เนื่องจากการรักษาพยาบาล ผลกระทบต่อครอบครัวทำให้เกิดการสูญเสียรายได้ เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมาดูแลก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า ทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งตัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สูญเสียความรู้สึกทางด้านร่างกายและจิตใจ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดแต่สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อ Human Papilloma Virus: HPV ชนิดก่อมะเร็งหรือชนิดความเสี่ยงสูง

บริเวณปากมดลูก ซึ่งเชื้อเอชพีวี มีอยู่ร้อยละ 15-20 แต่ชนิดที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกมีประมาณ 15 สายพันธุ์ โดยสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุ ประมาณร้อยละ 70 ของมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสามารถติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้ไม่ก่อโรคในผู้ชายแต่เป็นพาหะนำโรคไปสู่คู่นอนต่อไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

จากข้อมูลสถิติของสำนักระบาดวิทยา สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่า ร้อยละ 74 ของการติดเชื้อ HPV ในแต่ละปีเกิดขึ้นในกลุ่มอายุระหว่าง 14-24 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่น เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีเชื้อ HPV ที่บริเวณอวัยวะเพศ ใช้เวลานาน 10-20 ปี ตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจึงแสดงอาการมะเร็งปากมดลูกที่อายุประมาณ 30 ปีขึ้นไป ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เป็นเพียงปัจจัยส่งเสริมทำให้ปากมดลูกมีโอกาสติดเชื้อ HPV ได้มากขึ้นหรือง่ายขึ้น แต่สาเหตุหลักของการติดเชื้อ คือ การมีเพศสัมพันธ์ หลังจากได้รับเชื้อเอชพีวีในสายพันธุ์ที่เสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกแล้วต้องมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เป็นมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย, มีการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรหลายครั้ง มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น เริม ซิฟิลิส และหนองใน การใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ การสูบบุหรี่หรืออยู่ในบริเวณที่มีควันบุหรี่ ร่างกายมีภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

มะเร็งปากมดลูก สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ จากการตรวจภายในและเก็บตัวอย่างเซลล์บริเวณปากมดลูกไปตรวจหรือที่เรียกว่า "แป๊ปสเมียร์" (Pap Smear) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้นสามารถรักษาให้หายได้ในระยะเริ่มต้น เพราะมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานและเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่นๆ ในร่างกายกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจึงมีนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี "แป๊ปสเมียร์" (Pap Smear) ดำเนินการตรวจคัดกรองในสตรีที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป จัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติภายใต้ "โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี กลุ่มอายุ 35-60 ปี ฟรีทั้ง 76 จังหวัด ในโรงพยาบาลของรัฐทุกจังหวัด" โดยไม่คิดมูลค่า การดำเนินงานของโครงการแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกในปี 2548-2552 ได้ตั้งเป้าตรวจคัดกรองในสตรี อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ดำเนินการใน 75 จังหวัด และระยะที่ 2 ปี 2553-2557 ได้มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการตรวจคัดกรอง โดยเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 30-60 ปี โดยใช้วิธีการคัดกรองทั้งการตรวจแป๊ปสเมียร์และการตรวจ VIA กำหนดให้คัดกรองได้ 1 ครั้งในรอบ 5 ปี มีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ครอบคลุม อย่างน้อยร้อยละ 80 ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559)

หญิงไทยส่วนใหญ่คิดว่าตัวเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง และมักเกิดความอาย ความกลัวที่จะไปพบแพทย์เพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) กว่าจะรู้ตัวว่ามีอาการผิดปกติ ความรุนแรงของโรคก็มักอยู่ในระยะลุกลามทำให้มีอัตราการรอดชีวิตต่ำ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมารับการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ ผลการคัดกรองที่ผ่านมา พบว่า หญิงไทย อายุ 35 ปีขึ้นไป ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ไม่ถึงร้อยละ 20 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

จากผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัยและเพชรบูรณ์ พบว่า ผลการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายมีความครอบคลุมสะสม 5 ปี ร้อยละ 23.90, 30.00, 28.32, 33.93 และ 24.79 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเขตบริการสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 28.02 (ระบบคลังข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2 พ.ศ.2559) ในจังหวัดพิษณุโลก เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอนครไทย มีความครอบคลุมสะสม 45.55 ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สตรี อายุ 30-60 ปี มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2559 เพียง ร้อยละ 20.95, 32.20, 18.74, 49.74, 45.31 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นครไทย, 2559) ถึงแม้ว่าผู้รับผิดชอบงานได้หากกลยุทธ์หลายอย่างมาใช้เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ได้แก่ การสำรวจกลุ่มเป้าหมายและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล อสม. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การส่งหนังสือเชิญรายบุคคล รวมทั้งมีการเชิญเจ้าหน้าที่จาก โรงพยาบาลมาตรวจคัดกรองแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ การจัดหาของรางวัลในการสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการ และมีการปรับเงินสำหรับคนที่ไม่มารับบริการ เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่า ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปี การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ว่าคุณไกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองฯ (มณฑา เก่งการพานิช, สุพัทธ์ตา งามดำ, และธราดล เก่งการพานิช, 2556) สถานภาพการสมรส,

อาซีฟ (ปริยานุช รุ่งเรือง และคณะ, 2558) แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีหากประเมินแล้ว พบว่า พฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดี ในการลดโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น ประกอบด้วย ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ต่อมา Becker, & Maiman (1975) ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาพัฒนาโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เนื่องจากเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือช่องทางที่จะมีส่วนสนับสนุนให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตน อากาการผิดปกติ สิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ได้จากการรณรงค์ คำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ แพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อสม. บุคคลภายในครอบครัว สื่อมวลชนต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2559) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้

ในครั้งนี้ผู้วิจัย จึงได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 4 ด้านได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ Becker, & Maiman (1975) มาใช้ในการศึกษารั้งนี้ เนื่องจากตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ร้อยละ 80 ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมมีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว แต่ในพื้นที่ตำบลนครชุมเป็นพื้นที่ภูเขา การคมนาคมลำบากและมีวัฒนธรรมเป็นคนไทยสมัยดั้งเดิมอาศัยอยู่ตั้งแต่สมัยก่อนสุโขทัยซึ่งมีบริบทแตกต่างจากงานวิจัยที่ทำมาก่อนหน้า

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยศึกษาที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยคาดหวังให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม ให้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการเพื่อการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนต่อไป

### คำถามการวิจัย

1. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลกเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลกอะไรบ้าง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมารับ/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

### ขอบเขตการวิจัย

1. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มี อายุ 30 -60 ปี อาศัยอยู่ในตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ครอบคลุมทั้งผู้ที่มาตรวจและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2559
2. รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่าง เดือน ธันวาคม 2560 – มกราคม 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

มะเร็งปากมดลูก หมายถึง โรคมะเร็งชนิดหนึ่งที่เกิดขึ้นที่อวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีที่บริเวณปากมดลูกมีลักษณะการเกิดโรคคล้ายกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่มักแสดงอาการและทำให้ผู้ป่วยต้องไปพบแพทย์ต่อเมื่อมีอาการและอาการแสดงออกที่ชัดเจนในบริเวณอวัยวะที่เกิดมะเร็ง โดยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการอะไร แต่เมื่อเป็นมะเร็งแล้วจะมีอาการเลือดออกหลังจากการตรวจภายใน หรือหลังร่วมเพศ หรือมีตกขาว มีเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ มีเลือดออกหลังจากหมดประจำเดือนแล้ว เลือดออกเป็นระยะ ประจำเดือนมานานผิดปกติ เลือดออกหลังจากตรวจภายใน

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การคัดกรองโรคเบื้องต้นด้วยวิธีการป้ายเอามูกหรือเซลล์บริเวณปากมดลูกและบริเวณโดยรอบภายในช่องคลอด แล้วส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการเฝ้าระวังโรควิธีหนึ่งที่จะช่วยให้คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายขาดได้

กลุ่มเสี่ยง หมายถึง สตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก รวมทั้งผู้ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและผู้ที่ไม่มียุทธศาสตร์รายชื่อในทะเบียนบ้านแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล ครอบคลุมทั้งผู้ที่มาตรวจและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2559

เจตคติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์เดิม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดผลต่อการตัดสินใจมาตรวจหรือไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้ ความจำ และความเข้าใจในของสตรี อายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหรือแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรี มีคู่นอนหลายคน แต่งงานตั้งแต่อายุน้อย ผ่านการคลอดหลายครั้ง และประวัติการคุมกำเนิด

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี เกี่ยวกับอาการและอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีผลต่อตนเองและครอบครัว ได้แก่ มะเร็งปากมดลูกเป็นแล้วระยะลุกลามทำให้เจ็บปวดทุกข์ทรมาน เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อรายได้ครอบครัว ให้เวลารักษานาน

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ของสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี ที่มีต่อประโยชน์ของการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถช่วยให้ตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้ เป็นผลให้การรักษาและการพยากรณ์โรคดีขึ้น เป็นประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ของสตรีสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้สตรีไม่สามารถมารับการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และกลัวผลการตรวจ

ออกมาว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ครอบครัวไม่สนับสนุนให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือช่องทางที่จะมีส่วนสนับสนุนให้มีการปฏิบัติการมารับ/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อาการผิดปกติ, มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สิ่งชักนำภายนอก เช่น แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, การรับรู้อิทธิพลจากสามีและครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน, ได้ยินเกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางวิทยุโทรทัศน์, การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม., การรับรู้ว่าคุณใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองฯ ข้อมูลความรู้ที่ได้จากการณรงค์ คำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ

#### สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการมารับ/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
2. ความรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
3. เจตคติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
5. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
6. การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก
7. การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารวิชาการ แนวคิด และทฤษฎีที่ได้มีผู้ศึกษาและบันทึกไว้มาประกอบในการศึกษา โดยมีเนื้อหาและรายละเอียดดังนี้

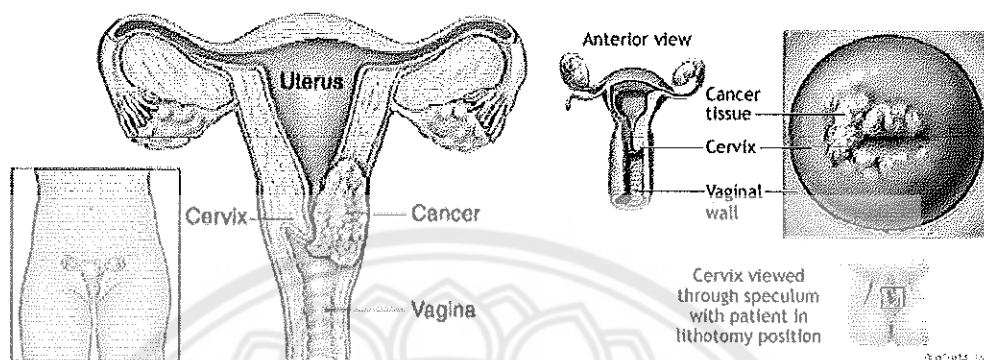
1. โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
  - 1.1 โครงสร้างของปากมดลูก
  - 1.2 โรคมะเร็งปากมดลูก
  - 1.3 การเกิดมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.2 อาการของมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.4 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.5 การพยากรณ์โรคมะเร็งปากมดลูก
    - 1.3.6 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก
  - 1.4 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง
  - 2.1 แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 2.2 การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

#### โรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

##### 1. โครงสร้างของปากมดลูก

โครงสร้างระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิงประกอบไปด้วยรังไข่ (Ovary) ซึ่งต่อกับมดลูกโดยท่อรังไข่ (Fallopian tube) มดลูก (Uterus) อยู่ระหว่างทวารหนัก (Rectum)

และกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) มดลูกติดต่อกับช่องคลอด (Vagina) โดยมีปากมดลูก (Cervix) เป็นทางติดต่อระหว่างมดลูกและช่องคลอด



ภาพ 1 แสดงโครงสร้างของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ของเพศหญิง

ที่มา: แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2556-2560) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

## 2. โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็ง คือ ร่างกายประกอบด้วยเซลล์เป็นจำนวนมาก ปกติเซลล์จะแบ่งตัวตามความต้องการของร่างกาย เช่น มีการผลิตเม็ดเลือดแดงเพิ่มเมื่อมีการเสียเลือด มีการผลิตเม็ดเลือดขาวเพิ่มเมื่อมีการติดเชื้อ เป็นต้น เป็นการเจริญเติบโตของเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติอย่างควบคุมไม่ได้ หรือเซลล์ที่เกิดการกลายพันธุ์ เกิดเป็นเนื้องอกที่เป็นเนื้อร้ายลุกลามไปตามอวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายผ่านทางระบบเลือดและน้ำเหลืองแบ่งเนื้องอก ซึ่งเป็น Benign และ Malignant

Benign tumor คือเนื้องอกที่ไม่ใช่มะเร็งสามารถตัดออกและไม่กลับมาเป็นใหม่และที่สำคัญไม่สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เช่น Polyps, Cyst, Wart

Malignant tumor เซลล์จะแบ่งตัวทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะใกล้เคียง ที่สำคัญสามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นที่อยู่ไกลโดยไปตามกระแสเลือด และน้ำเหลืองเรียกว่า Metastasis

### มะเร็งปากมดลูก

การเกิดเซลล์ผิดปกติบริเวณปากมดลูก ที่อยู่ส่วนภายในสุดของช่องคลอด เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างช่องคลอดกับมดลูก และเป็นทางผ่านของเลือดประจำเดือน ประกอบด้วยเซลล์ที่มี

การแบ่งตัวเร็วขึ้นนอกเหนือการควบคุมของร่างกาย สามารถลุกลามทำลายเนื้อเยื่อปกติของอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียง รวมทั้งสามารถลุกลามเข้าเส้นเลือด และเส้นน้ำเหลืองทำให้เกิดการกระจายของโรคไปยังต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่างๆ ในร่างกายได้ในระยะเริ่มแรกเซลล์ที่ประกอบเป็นปากมดลูกจะประกอบไปด้วยเซลล์ Squamous Cells and Glandular มะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ทั้งสองชนิด การเปลี่ยนแปลงของเซลล์จะค่อยเปลี่ยนจนเกิดเป็นลักษณะที่เรียกว่า Precancerous ซึ่งมีด้วยกัน คือ Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN), Squamous Intraepithelial lesion (SIL), and Dysplasia

Low-grade SIL หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเริ่มแรกของรูปร่าง ขนาดและจำนวน บางครั้งอาจหายไปเองแต่ก็มีจำนวนหนึ่งเปลี่ยนไปเป็น High-grade SIL บางครั้งเรียก mild Dysplasia

High-grade SIL หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อบุมดลูกที่เปลี่ยนไปจากเดิมชัดเจน ถ้าเซลล์อยู่เฉพาะปากมดลูกเรียก Moderate or Severe Dysplasia เซลล์มะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เป็นชนิด Squamous cell ประมาณร้อยละ 80-90 ส่วนที่เหลือประมาณ ร้อยละ 20 จะเป็นชนิด Adenocarcinomas การเปลี่ยนแปลงจาก Precancerous เป็นมะเร็งใช้เวลาเป็นปี การรักษาตั้งแต่ยังไม่เป็นมะเร็งจะป้องกันมิให้เกิดมะเร็ง

#### ชนิดของเซลล์มะเร็งปากมดลูก

1. Squamous cell carcinoma เป็นเซลล์มะเร็งของเยื่อบุมดลูกที่พบบ่อยที่สุดพบประมาณร้อยละ 80-90 ของมะเร็งปากมดลูก
2. Adenocarcinoma พบประมาณร้อยละ 10-20 มักพบเริ่มต้นบริเวณด้านในปากมดลูกชนิดอื่นๆ เช่น พบได้ประมาณ ร้อยละ 10

#### 3. การเกิดมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อมะเร็งปากมดลูก มีหลายปัจจัยที่ก่อให้เกิดเซลล์มะเร็งที่บริเวณปากมดลูก แต่สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่คือ การติดเชื้อไวรัส HPV (Human Papilloma Virus) ที่บริเวณปากมดลูกจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 99 โดยทั่วไปร่างกายจะมีภูมิคุ้มกันที่จะกำจัดเชื้อนี้ออกไปได้ภายใน 2 ปี แต่ในบางรายก็ไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปได้หมด และการติดเชื้อนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง DNA ที่เซลล์ปากมดลูก จนอาจพัฒนาเป็นเซลล์ที่เจริญเติบโตผิดปกติอย่างควบคุมไม่ได้ กลายเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด

แม้จะเป็นสาเหตุหลัก แต่ไม่ใช่ไวรัส HPV ทุกตัวที่ก่อมะเร็งได้ มี HPV มากกว่า 100 สายพันธุ์ และส่วนใหญ่เป็นสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการเกิดมะเร็ง มีเพียง 15 สายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง โดยสายพันธุ์หลักที่ติดเชื้อแล้วมีความเสี่ยงสูงมากที่สุดในการพัฒนาเป็นมะเร็งปาก

มดลูกคือ HPV-16 และ HPV-18 ดังนั้น ไม่ใช่ผู้หญิงทุกคนที่ติดเชื้อ HPV แล้วจะพัฒนาไปสู่โรคมะเร็งปากมดลูกและการพัฒนาจากเซลล์ที่ผิดปกติไปเป็นเซลล์มะเร็งก็ใช้เวลานานหลายปีหรือหลายสิบปี การตรวจร่างกายประจำปีจึงมีส่วนช่วยในการป้องกันและยับยั้งการลุกลามของโรคได้ ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ รองลงมา คือ การเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก (CIN) เป็นการเปลี่ยนแปลงเซลล์บริเวณเยื่อปากมดลูก อย่างการเปลี่ยนโครงสร้าง DNA ของเซลล์ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น แต่อาจไม่มีการพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็ง หรืออาจมีการพัฒนาไปเป็นมะเร็งแต่ต้องใช้ระยะเวลาหลายปี การมีภูมิคุ้มกันต่ำ ทำให้ร่างกายต้านทานต่อเชื้อโรคหรือสารก่อมะเร็งได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ อาจเกิดจากปัจจัยในสุขภาพร่างกายของบุคคล ผลข้างเคียงจากการป่วยด้วยโรคต่างๆ หรือ ปัจจัยภายนอกอย่างการใช้ยาที่ลดระดับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ยากลุ่มกดภูมิคุ้มกันต้านทาน (Immunosuppressants) ติดต่อกันเป็นเวลานาน โดยยาเหล่านี้มักใช้รักษาในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันร่างกายทำงานมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยภูมิแพ้ ผู้ที่ร่างกายต่อต้านหลังการปลูกถ่ายอวัยวะใหม่ นอกจากนี้ สารเคมีที่พบในบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อเซลล์ปากมดลูก ผู้หญิงที่สูบบุหรี่จึงมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบ และสำหรับผู้หญิงที่มีลูกหลายคน ยังมีทฤษฎีที่เชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในขณะที่ตั้งครรภ์ จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกอ่อนแอลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV แล้วไม่สามารถกำจัดเชื้อไปได้ โดยเชื้อไวรัส HPV นี้เป็นเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดหูดหงอนไก่ และเมื่อสตรีได้รับเชื้อไวรัส HPV มาจากการมีเพศสัมพันธ์ เชื้อชนิดนี้จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมภายในเซลล์ปากมดลูก จนกลไกการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ถูกกระตุ้นขึ้น เกิดการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ ซึ่งไปอาจหยุดยั้งได้ของเซลล์เนื้องอกหรือเกิดความผิดปกติกลายเป็นมะเร็ง (จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, และสายบัว ชีไจริญ, 2554)

### 3.1 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของ Cervical Intra Epithelium Neoplasia (CIN) หรือมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีพฤติกรรมทางการระบาดวิทยาคล้ายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สามารถค้นพบปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรค ถ้าสามารถขจัดปัจจัยสาเหตุนั้นๆ ออกได้ก็จะส่งผลให้อัตราการเป็นมะเร็งปากมดลูกลดลงได้ ปัจจัยต่อไปนี้อาจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่พบมากในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าในสตรีที่ไม่ได้เป็นมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

### 3.1.1 ปัจจัยเสี่ยงทางนารีเวช ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรี ได้แก่

- 1) มีคู่นอนหลายคน ทำให้เสี่ยงต่อการรับเชื้อไวรัส HPV มากขึ้น
- 2) มีเพศสัมพันธ์ขณะอายุน้อย การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์

ขณะอายุน้อยทำให้พบการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบมากในสตรีที่แต่งงานแล้วมากกว่าสตรีที่เป็นโสด แมซีในนิกายโรมันคาทอลิก พบว่า เป็นมะเร็งน้อยมาก ปัจจัยที่สำคัญ คือ จำนวนคู่นอนและอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก โดยพบว่า

Dysplasia สัมพันธ์กับอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

Carcinoma in Situ และ Invasive Carcinoma สัมพันธ์กับจำนวนคู

นอน

ถ้าสาเหตุส่วนใหญ่ของมะเร็งปากมดลูกมาจากสารที่ถ่ายทอดทางเพศสัมพันธ์จริง จำนวนคู่นอนและอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจึงถือว่า เป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดโรคนี้ จำนวนคู่นอนจะบ่งบอกถึงโอกาสที่สตรีจะได้รับสารก่อมะเร็ง ในขณะที่อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกจะบอกถึงอายุเมื่อมีการสัมผัสกับสารก่อมะเร็งเป็นครั้งแรก อย่างไรก็ตาม ในประชากรบางกลุ่มแม้จะมีคู่นอนจำนวนมากก็ไม่พบว่า มีอัตราเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ในขณะที่ประชากรที่มีอัตราเสี่ยงสูงมากถึงแม้จะมีคู่นอนเพียง 1 คน ก็อาจจะมีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นได้ ถ้าคู่นอนของสตรีนั้นมีความล่าสอนทางเพศซึ่งจะมีโอกาสได้รับเชื้อและสารก่อมะเร็ง จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสำคัญกว่าคืออายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกซึ่งโดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรกหลังจากเริ่มมีประจำเดือน เนื่องจากเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลงกลายรูปจาก columnar epithelium เป็น squamous epithelium จะมีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็งโดยเฉพาะเชื้อ HPV โดยพบว่า สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี สำหรับจำนวนคู่นอนนั้นสตรีที่มีคู่นอน 6 คน หรือมากกว่ามีความเสี่ยงสัมพันธ์เท่ากับ 6.1 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว

3) ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4) จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีลูก จากการศึกษาของ Kritopherson และParker ในปี ค.ศ. 1965 พบว่า สตรีที่เป็น CIN หรือมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 25.11 มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี รวมทั้งสตรีที่มีบุตรมากก็มีโอกาสเกิด CIN มากขึ้น เนื่องจากมีการฉีกขาดและซ่อมแซมปากมดลูกบ่อยและขาดการป้องกันการติดเชื้อ

การตั้งครรภ์และการคลอดลูกมากกว่า 4 ครั้ง ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การมีบุตรหลายคนเชื่อว่าจะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น เชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางฮอโมนทำให้ติดเชื้อ HPV ง่าย ในประเทศอินเดียพบมะเร็งปากมดลูกมากในสตรีที่มีลูกมาก หรือตั้งครรภ์บ่อยครั้งโดยเฉพาะเมื่อตั้งครรภ์ยังน้อย

5) อายุอยู่ในช่วง 30 – 50 ปี อายุสตรีที่เป็น CIN มักพบในอายุน้อย โดยเป็นมากในอายุประมาณ 35 ปี ซึ่งเป็นอายุที่ต่ำกว่ามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามประมาณ 10-15 ปี และในปัจจุบันนี้ พบว่า CIN มีแนวโน้มการเกิดในอายุที่น้อยลง คือพบได้บ่อยขึ้นในสตรีที่อายุต่ำกว่า 30 ปี โดยเฉพาะพวก Dysplasia นั้นในปัจจุบันพบบ่อย ตั้งแต่อายุ 15-29 ปี

6) การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน การคุมกำเนิด การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ มีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกทั้งในด้านเพิ่มและลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่

6.1) ยาเม็ดคุมกำเนิด (Contraceptive Pills) จากการศึกษาแบบ Case-Control และ Cohort Studies ขององค์การอนามัยโลกในหลายๆ ประเทศซึ่งได้ทำการควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเช่นการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน และประวัติการทำ Pap Smear มาก่อน พบว่า มะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดโดยความเสี่ยงในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดจะสูงขึ้น 1.2 เท่าและเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ถ้ากินยาคุมมานานกว่า 5 ปีและเพิ่มเป็น 2 เท่าถ้ากินยาคุมมานานกว่า 10 ปี การเพิ่มอัตราเสี่ยงนี้ ไม่เฉพาะแต่ในมะเร็งชนิด Squamous Cell เท่านั้น แต่พบได้ทั้งชนิด Adenocarcinoma และ Adenosquamous Carcinoma

6.2) ยาฉีดคุมกำเนิด Depo Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) จากการศึกษาโดย WHO ซึ่งทำการศึกษาในประเทศไทยและประเทศเม็กซิโก พบว่า ความเสี่ยงสัมพัทธ์สำหรับสตรีที่เคยได้รับ DMPA = 1.2 ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ถ้าใช้ยานี้มานานกว่า 5 ปี การเพิ่มขึ้นของความเสี่ยงนี้ จะเกิดขึ้นเฉพาะในสตรีที่อายุต่ำกว่า 46 ปี และใช้ DMPA มาตั้งแต่อายุน้อย คือ ก่อน 30 ปีเท่านั้น

6.3) Barrier Contraceptive Methods จากการศึกษาในประเทศอังกฤษโดยติดตามผู้ใช้วิธีต่างๆ ลดอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก พบว่า IR per 1,000 Women Years สำหรับ

ผู้ใช้ Diaphragm = 0.07

ผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด = 0.95

ผู้ใช้ห่วงอนามัย = 0.85

Diaphragm คงจะช่วยป้องกันปากมดลูกกับการสัมผัสโดยตรงกับสารก่อมะเร็งซึ่งอาจมีอยู่ในน้ำอสุจิหรืออาจเป็นเพราะพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มที่ใช้ Diaphragm ต่างจากกลุ่มที่ให้น้ำยาเม็ดคุมกำเนิดก็ได้

7) ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัส โดยเฉพาะ HSV-2 และ HPV เพิ่มขึ้น ซึ่งนำไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ จากการทดลองในสัตว์ พบว่า ยาที่กดภูมิคุ้มกันจะทำให้เกิดการติดเชื้อและทำให้เชื้อไวรัสที่ก่อมะเร็ง (Oncogenic) มีฤทธิ์มากผู้ป่วย 4 กลุ่มมีความต้านทานลดลงและมีอุบัติการณ์ของมะเร็งสูงขึ้น ได้แก่

7.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนไต (Renal Transplant Patients) และผู้ป่วยที่ได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกัน

7.2) ผู้ป่วยมะเร็งหลังการรักษาแล้ว โดยเฉพาะที่ผู้ป่วยได้รับยาที่กดภูมิคุ้มกันร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดอื่นอยู่แล้ว มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นเนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงโดยโรคมะเร็งเอง โดยสารเคมีบำบัดหรือสาเหตุร่วมอื่นๆ

7.3) สตรีตั้งครรภ์ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันต่ำชั่วคราว จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์แต่อาจจะเป็นเพราะความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV

7.4) ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์ หรือ Human Immunodeficiency Virus (HIV) มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งสูงขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งปากมดลูก เชื้อ HIV อาจทำให้ CIN เปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามเร็วขึ้น มีรายงานเด็กอายุเพียง 16 ปีติดเชื้อ HIV เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ III B ปัจจุบันถือว่ามะเร็งปากมดลูกที่มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อ HIV มักจะเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ลุกลามมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV

7.4.1) การใช้ยาฮอร์โมน Diethylstilbestrol กับมารดาในระหว่างการตั้งครรภ์เพื่อป้องกันแท้ง

7.4.2) สารก่อมะเร็ง หรือ Carcinogens

8) Infectious Agents การติดเชื้อต่างๆ ซึ่งในปัจจุบันนี้ พบว่า Carcinogens ที่สำคัญที่สุดคือการติดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีเพศสัมพันธ์ จนกล่าวกันว่า CIN และ มะเร็งปากมดลูกเป็น Sexually Transmitted Cancer หรือ Venereal Cancer เชื้อโรคที่สำคัญ

8.1) Human Papilloma Virus (HPV) เป็นไวรัสตัวหนึ่ง ที่พบว่า มีส่วนสำคัญที่ทำให้เกิด CIN หรือมะเร็งปากมดลูก HPV มีอยู่ประมาณ 70 ชนิด แต่ชนิดที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์มีอยู่ 23 ชนิด ได้แก่ HPV types 6, 11, 16, 18, 30-35, 39, 40, 42-45, 51-58 ชนิดที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูง (High Risk Virus) ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก คือ types 16, 18 และ 31 มะเร็งปากมดลูกชนิด Adenocarcinoma ก็มีความสัมพันธ์กับ HPV โดยเฉพาะ types 18 ซึ่ง HPV Types 18 นี้ เป็นตัวที่ทำให้ CIN คืบหน้าไปเป็นมะเร็งได้อย่างรวดเร็วในสตรีบางคน ข้อมูลสนับสนุนว่า HPV เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกคือ

8.1.1) HPV สามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งได้ในสัตว์ทดลอง

8.1.1) HPV บางชนิดทำให้เกิดเนื้องอกชนิดไม่ร้ายแรงที่ผิวหนัง

8.1.2) HPV บางชนิดทำให้เกิดการติดเชื้อที่บางมดลูกเป็น Flat Condyloma หรือ Koilocytotic Atypia ซึ่งคล้ายคลึงกับ Dysplasia

8.1.3) ตรวจพบ HPV Antigen ได้จาก Cervical Dysplasia และ CIS

8.1.4) ตรวจพบ HPV DNA ในแผลที่ปากมดลูก รวมทั้งแผลมะเร็ง

8.1.5) HPV Types 6 และ 11 มักเกี่ยวข้องกับ Cervical Dysplasia และ Types 18, 19 เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก

8.1.6) เชื้อไวรัสหอนไก่ (HPV) เป็นที่ทราบกันดีว่า ไวรัสดังกล่าวทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อปากมดลูก และกลายเป็นมะเร็งได้ ไวรัสดังกล่าวติดตามกันทางการมีเพศสัมพันธ์ คนที่ติดเชื้อไวรัสไม่ได้หมายความว่าต้องมีเซลล์ผิดปกติและกลายเป็นมะเร็ง และบางคนเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่ไม่เคยมีการติดเชื้อไวรัส HPV

8.1.7) ปัจจุบันการติดเชื้อ HPV มีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มากถึงร้อยละ 5 ในสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และร้อยละ 8 ในชายที่มีอายุระหว่าง 16-35 ปี กลุ่มผู้ป่วย CIN III ที่มี HPV ร่วมด้วย จะเปลี่ยนแปลงรุนแรงได้เร็วกว่ากลุ่มที่ไม่มี HPV ร่วมด้วย แต่มะเร็งปากมดลูกที่ไม่มี HPV จะมีอาการรุนแรงมากกว่ามะเร็งที่ HPV (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550, น. 65)

8.2) Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) การศึกษาโดยการติดตามผลยังให้ผลต่างกัน และเมื่อควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และพบว่า ยังไม่มี



ความสัมพันธ์ระหว่างไวรัสนี้กับมะเร็งปากมดลูก แต่ข้อมูลที่น่าสนับสนุนว่าHSVเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกคือ

8.2.1) ทำให้เซลล์กลายรูปในหลอดทดลอง

8.2.2) HSV เป็นสารก่อกลายพันธุ์ (Mutagen)

8.3) ตรวจพบภูมิคุ้มกันต่อ HSV ในปริมาณสูงในผู้ป่วย CIN และมะเร็งปากมดลูก

8.4) การติดเชื้ออื่นๆ มีผู้ศึกษาความสัมพันธ์ของ CIN กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า เชื้อ Cytomegalovirus, Tricomonas, Syphilis อาจเป็นสาเหตุให้เกิด CIN หรือมะเร็งปากมดลูกได้

9) Hormone สตรีโมนที่สำคัญ ที่พบว่า ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้คือ Diethyl-Stilbestrol ถ้ามารดาได้รับสารระหว่างตั้งครรภ์ลูกสาวที่เกิดมามีโอกาสเกิด CIN ได้สูงถึงร้อยละ 10.7

10) Alkyting Agent จากการศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย Myleran พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกที่ผิดปกติได้แต่ยังไม่มีข้อสรุปที่แน่นอน

11) Radiation ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามะเร็งปากมดลูก จะพบ Dysplasia ได้ประมาณร้อยละ 21 ภายหลังการรักษาแล้ว

12) ไม่เคยตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

### 3.1.2 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

1) ลักษณะของสามีหรือคู่นอน สรุปได้ดังนี้

2) คู่เพศสัมพันธ์ หรือมีสามีซึ่งเคยมีภรรยาคนเก่าเป็นมะเร็งปากมดลูก

ภรรยาของชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศ (Penile Cancer) มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า

3) สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้น 2 เท่า

การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของสามีของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกกับสามีของสตรีที่ไม่ได้เป็น พบว่า มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ คือ สามีของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูก (High Risk Husband) จะมีลักษณะต่อไปนี้

3.1) เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2) มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย

3.3) เทียบหญิงที่ให้บริการทางเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่น นอกจากภรรยาเป็นประจำ ภรรยาของชายที่มีคู่นอนมากกว่า 15 คน มีความเสี่ยงสูงขึ้น 7.8 เท่า

4) การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (Circumcision) ในฝ่ายชายจะลดความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก ในผู้ชายที่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ เช่น ชาวยิว พบว่า ทำให้สตรีชาวยิวมีการเกิด CIN น้อย สาเหตุสำคัญ เนื่องจากใน Smegma มี Infectious Organism ที่สำคัญคือ Mycobacteria Smegmatis ซึ่งสามารถเปลี่ยน Cholesterol ใน Dead Cells ให้เป็น Carcinogen ได้แต่อย่างไรก็ตามในสตรีชาวมุสลิม ซึ่งผู้ชายมีการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศมาก การเกิด CIN หรือมะเร็งปากมดลูกก็ยังสูงอยู่ แต่จากการศึกษาในหลายๆ แห่ง พบว่า อิทธิพลของการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศที่จะมีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกยังไม่มากนักจัดว่าเป็นปัจจัยป้องกันที่มีเหตุผลน้อยกว่า การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศน่าจะมีความสำคัญมากกว่า

5) หัวของตัวอสุจิ พบว่า มีโปรตีนชนิดหนึ่ง คือ Protamine ซึ่งมีผลต่อ DNA ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็น Dysplasia ได้ และพบว่า มีสาร Protamine สูงในตัวอสุจิของผู้ชายที่มีเศรษฐกิจทางสังคมตกต่ำ

6) ผู้ชายที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ กับสตรีมากกว่า 20 คน ก่อนการแต่งงานจะทำให้ภรรยามีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงถึง 5.3 เท่าของสตรีทั่วไป

7) สามีเที่ยวโสเภณี การมีเพศสัมพันธ์กับชายสำส่อน ซึ่งอาจรับเชื้อไวรัส HPV เข้าสู่ร่างกายจากสตรีอื่นมาแล้ว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

### 3.1.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่

1) การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ใช้น้ำเสพยาเสพติด สารพิษในบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ที่ปากมดลูก มีการแบ่งตัวผิดปกติได้นักวิทยาศาสตร์พบสารนี้ในน้ำเมือกที่ปากมดลูก ของคนสูบบุหรี่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550, น. 65) จากการตรวจ Cervical Mucous ของสตรีที่สูบบุหรี่ พบว่ามีความเข้มข้นของสาร Conittine, Nicotine และสาร Mitogens อื่นๆ สูงในกระแสเลือด แม้ว่าสารเหล่านี้จะไม่ได้เป็นสารก่อมะเร็งแต่ก็ทำให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ลดลง สารที่สำคัญในบุหรี่ที่เป็นสารก่อมะเร็ง คือ Polyaromatic ก็สามารถตรวจพบในมูกของปากมดลูกเช่นเดียวกัน จากการศึกษาทางระบาดวิทยาแบบ Case Control และแบบ Cohort พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 เท่า ในสตรีที่สูบบุหรี่เมื่อเทียบกับสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ ทั้งนี้ได้ควบคุมผลของอายุ เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ และจำนวนคู่แล้ว ความสัมพันธ์นี้มีลักษณะเป็นแบบ Dose-Response คือ ความเสี่ยงจะสูงขึ้น ในสตรีที่สูบบุหรี่มาก สูบเป็นเวลานาน และสูบในชนิดที่ไม่มีกั้นกรอง สตรีที่สูดควันบุหรี่หรือสัมผัสกับควันบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoker) มากกว่าวันละ 3 ชม. ก็พบว่า เป็น

ปัจจัยเสี่ยงอิสระของมะเร็งปากมดลูกโดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับมะเร็งปากมดลูกนี้จะพบเฉพาะ Squamous Cell Carcinoma เท่านั้น

2) พันธุกรรม จากการศึกษาทางระบาดวิทยา พบว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดาและพี่สาว หรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เหมือนกันได้

3) อาหาร ผู้หญิงที่รับประทานผักและผลไม้บ่อยจะมีโอกาสเป็นมะเร็งสูงกว่าคนที่รับประทานผักและผลไม้พฤติกรรมการกินอาหาร สารอาหารมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะ Beta-Carotene, Vitamin A, Vitamin C และ Folic Acid พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาเปรียบเทียบ พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก มีระดับ Vitamin C และ Beta-Carotene มาก ทำให้อัตราเสี่ยงลดลงสตรีที่ขาดอาหารเหล่านี้เป็นเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะชนิด Squamous Cell Carcinoma

4) สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษาต่ำ มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า เนื่องจากการเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง ในประเทศหรือชุมชนที่มีสภาพฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักพบ CIN หรือมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าในประเทศหรือชุมชนที่พัฒนาแล้ว ซึ่งอาจเนื่องจากสุขอนามัยส่วนบุคคลของสตรีเป็นส่วนสำคัญ

### 3.2 อาการของมะเร็งปากมดลูก

ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก จะไม่มีอาการ ถึงแม้ว่า จะเป็นมะเร็งแล้วก็ตาม ถ้าเป็นมะเร็งระยะต้นๆ ก็ไม่มีอาการ เพราะฉะนั้นจึงมีความสำคัญที่ผู้หญิงจะต้องรับการตรวจภายในประจำปี ทั้งๆ ที่ไม่มีอาการ เพราะบางทีอาจมีความผิดปกติแล้ว แต่ไม่ทราบ ถ้าตรวจเจอระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกเสียก่อน สามารถรักษาหาย ไม่ให้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกภายหลัง

เมื่อมะเร็งเริ่มเข้าสู่ระยะลุกลามแล้วจะมีการแสดงอาการ เช่น มีเลือดออกจากช่องคลอดผิดปกติ มีเลือดออกเวลามีเพศสัมพันธ์ (ซึ่งไม่เคยเกิดขึ้นก่อนหน้านี้) ตกขาวมีเลือดหรือหนองปน ช่องคลอดมีกลิ่นผิดปกติ ปวดในช่องคลอดขณะมีเพศสัมพันธ์ และยังมีอาการอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นหากมีการลุกลามของเซลล์มะเร็งไปยังเนื้อเยื่ออวัยวะอื่น ๆ เช่น ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด บัสสาวะมีเลือดปน ปวดกระดูกบริเวณต่างๆ เป็นต้น โดยหากพบอาการผิดปกติที่นำสงสัยดังกล่าวข้างต้น ผู้ป่วยต้องรีบไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษาทันที ระยะมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

ระยะก่อนมะเร็ง - มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวภาพบริเวณปากมดลูกที่สามารถก่อมะเร็งได้ในอนาคต อย่างเซลล์เยื่อบุปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติ แต่ยังไม่พบเซลล์มะเร็ง ลักษณะดังกล่าวนี้เรียกว่า Cervical Intraepithelial Neoplasia (CIN) หรือ Carcinoma In Situ (CIS) เซลล์มะเร็งยังไม่กระจาย วิธีรักษา คือ ผ่าตัดเล็ก ซึ่งใช้เวลาเพียง 15 นาที และตรวจติดตามอาการ การรักษาระยะนี้ได้ผลเกือบร้อยละ 100

ระยะที่ 1 มะเร็งก่อตัวและฝังอยู่บริเวณปากมดลูก การรักษา คือ ผ่าตัดใหญ่ ผ่าตัดมดลูก และต่อมน้ำเหลืองในเชิงกราน ซึ่งได้ผลดี ถึงร้อยละ 80

ระยะที่ 2 มะเร็งเริ่มแพร่กระจายไปยังเนื้อเยื่อในบริเวณใกล้เคียง แต่ยังไม่ลามไปถึงเนื้อเยื่อผนังอุ้งเชิงกรานหรือช่องคลอด การรักษา คือ การฉายรังสี และการให้เคมีบำบัด (คีโม) ได้ผล ร้อยละ 60

ระยะที่ 3 มะเร็งแพร่ไปทั่วบริเวณอวัยวะเพศหญิงและเนื้อเยื่อบริเวณอุ้งเชิงกราน รักษาโดยใช้รังสีรักษาและการให้เคมีบำบัด การรักษาระยะนี้ได้ผลประมาณ ร้อยละ 20-30

ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปยังกระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ ปอด ตับ กระดูก และอวัยวะอื่นๆ

### 3.2.1 อาการแสดง

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะ และลักษณะของก้อนมะเร็ง ในระยะที่มะเร็งอยู่ภายในเยื่อบุจะไม่มีอาการผิดปกติแต่ตรวจพบจากการทำ Pap Smear และการตรวจด้วยคอลโปสโคป ร่วมกับการทำ Biopsy เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจจะพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้แก่

- 1) การตกเลือดทางช่องคลอด (Vagina Bleeding) เลือดไหลออกจากช่องคลอดอย่างผิดปกติ โดยที่ไม่ใช่เลือดประจำเดือน อาจมีเลือดออกหลังเพ็งมีประจำเดือนผ่านไปไม่นาน เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณ ร้อยละ 80-90 ของผู้ป่วยที่มีอาการ ลักษณะการตกเลือดอาจจะเป็น เลือดออกกะปริดกะปรอยระหว่างรอบเดือน (Intermenstrual Bleeding) เลือดออกหลังจากมีเพศสัมพันธ์ (Postcoital Bleeding) ตกขาวปนเลือด (Bloody Leucorrhoea) เลือดออกสดๆ เป็นก้อนเลือด หรือมีเลือดออกในผู้ที่อยู่ในวัยหมดประจำเดือน (Post-menopausal Bleeding) ถ้าก้อนมะเร็งมีขนาดใหญ่เลือดจะออกบ่อยและนาน บางครั้งเหมือนมีเลือดระดูออกมากและนานผิดปกติ ถ้าเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็งฉีกขาด เลือดจะออกตลอดเวลาจนผู้ป่วยซีดหรือช็อคได้สตรีที่มีเลือดออกผิดปกติหลังวัยหมดระดู ควรทำการตรวจภายในเพื่อวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนที่จะทำการสืบค้นหาสาเหตุของการตกเลือดต่อไป

2) การตกเลือดทางช่องคลอดพบได้บ่อยในก้อนมะเร็งแบบงอกจากผิวปากมดลูก (Exophytic Tumor) ถ้ามีการติดเชื้อ Anaerobic Bacteria ร่วมด้วยจะมีเลือดออกปนหนองมีกลิ่นเหม็นรุนแรงมาก ถ้าก้อนมะเร็งอุดตันรูปากมดลูกทำให้เลือดระดูไหลออกไม่ได้ มดลูกจะมีขนาดโตขึ้นจากการมีเลือดคั่งอยู่ในโพรงมดลูก เรียกว่า Hematometra ถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยจะกลายเป็นหนองในโพรงมดลูก เรียกว่า Pyometra

3) ปวดท้องน้อย หรือปวดท้องบริเวณอุ้งเชิงกรานที่ไม่ใช่ปวดประจำเดือน นอกจากนี้ มีบางอาการที่อาจเกิดขึ้นตามมา อันเป็นผลมาจากการที่มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะและระบบต่างๆ บริเวณข้างเคียง จะกดเบียดอวัยวะที่อยู่ระหว่างนั้น ได้แก่

4) ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางด้านหลังของปากมดลูกไปยังลำไส้ตรง (Rectum) อาจจะมีอาการถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระบ่อย ถ่ายลำบากหรือท้องผูก เลือดออกทางทวารหนักหรืออุจจาระออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ซึ่งจะพบในกรณีที่มะเร็งลุกลามทะลุจนเกิดรูรั่วระหว่างลำไส้ตรงกับช่องคลอด (Rectovaginal fistula) การลุกลามของมะเร็งไปที่ลำไส้ตรงจะตรวจจากการตรวจทางทวารหนัก (Rectal Examination) การส่องกล้องตรวจลำไส้ตรง (Proctoscopy) และการสวนแบเรียม ตรวจทางรังสี (Barium Enema)

5) ถ้ามะเร็งลุกลามไปที่ท่อไต เกิดอาการของทางเดินปัสสาวะอุดตันจนไตบวมน้ำ (Hydronephrosis) และไตข้างนั้นหยุดทำงาน ถ้าไตหยุดทำงานทั้งสองข้างจะมีอาการของภาวะไตวายได้ ภาวะไตบวมน้ำจะวินิจฉัยได้จากการทำ Intravenous Pyelogram (IVP) ซึ่งเป็นการสีบด้นเพื่อกำหนดระยะของมะเร็งปากมดลูก

6) ถ้ามะเร็งลุกลามไปทางด้านหน้าของปากมดลูกไปยังกระเพาะปัสสาวะอาจจะมีอาการถ่ายปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะไหลออกทางช่องคลอดตลอดเวลา ซึ่งจะพบในกรณีที่มะเร็งลุกลามทะลุจนเกิดรูรั่วระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด (Vesicovaginal Fistula) การลุกลามของมะเร็งไปยังกระเพาะปัสสาวะจะตรวจได้จากการส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) ปวดตอมนปัสสาวะ

7) หลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองถ้าอุดตันผู้ป่วยจะมีอาการขาบวมและต่อมน้ำเหลืองโตโดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองข้างมดลูก (Parametrial Nodes) ซึ่งจะคลำได้จากการตรวจภายในและการตรวจทางทวารหนัก

8) เส้นประสาทและกระดูก ผู้ป่วยจะมีอาการปวดรุนแรงมากบริเวณหลัง บริเวณเอวข้อที่ 5 (L5) ก้นกบและต้นขา

9) ถ้ามะเร็งลุกลามไปนอกเชิงกราน จะพบว่า มีการแพร่กระจายไปที่ปอด ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติใดๆ อาจมีอาการไอแห้งๆ หรือไอเป็นเลือด ปอดเป็นอวัยวะนอกเชิงกรานที่มะเร็งปากมดลูกแพร่กระจายไปได้มากที่สุดโดยไปตามกระแสเลือด

10) ส่วนอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นจนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยทรุดลง ร่างกายอ่อนล้า ไม่มีแรง ไม่อยากอาหาร น้ำหนักลด หรือถึงแก่ชีวิต จะเป็นอาการจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการลุกลามของเซลล์มะเร็ง การรักษาคือ การให้คีโม และรักษาตามอาการ ได้ผลเพียงร้อยละ 5-10 และโอกาสรอดน้อยมาก แต่บางรายสามารถอยู่ต่อได้นานถึง 1-2 ปี จึงเสียชีวิต (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุญ, และอภิชาติ โอพารัตนชัย, 2551)

### 3.3 การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการทำการตรวจปากมดลูก Pap Test ทำให้ทราบว่า มีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูกแพทย์จะทำการตรวจ Colposcopy โดยการส่องกล้องแล้วเอา Iodine บำบัดบริเวณปากมดลูก เซลล์ปกติจะเป็นสีน้ำตาล ส่วนเซลล์ผิดปกติจะเป็นสีขาวหลังจากนั้นแพทย์จะเอาชิ้นเนื้อปากมดลูกไปตรวจซึ่งมีวิธีตรวจต่างๆ ตามแต่แพทย์จะเห็นสมควร

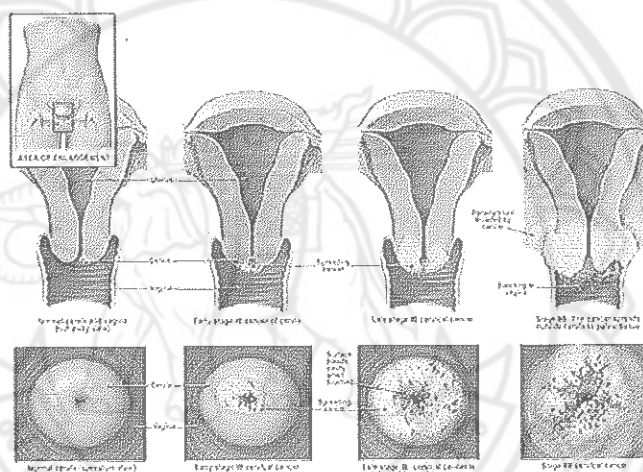
แพทย์จะทำการตรวจร่างกาย ตรวจภายใน และตรวจคัดกรองหาความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกด้วยแป็บเสมียร์ (Pap Smear) ซึ่งเป็นการตรวจความสมบูรณ์ของเซลล์บริเวณปากมดลูก ว่ามีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติหรือไม่ ในบางครั้งผลตรวจที่พบความผิดปกติของเซลล์นั้น ก็อาจไม่ใช่เซลล์มะเร็งเสมอไปในกรณีที่การตรวจแป็บเสมียร์ สงสัยความผิดปกติ เช่น การตัดชิ้นเนื้อที่ปากมดลูก (Colonoscopy) โดยแพทย์จะวินิจฉัยร่วมกับผลการตรวจอื่นๆ ด้วย เช่น อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI scan) เอกซเรย์ปอด (Chest X-ray) ผลตรวจเลือด CBC เพื่อประเมินว่ามะเร็งอยู่ในระยะใด เพื่อช่วยในวางแผนการรักษาต่อไป

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ในขั้นแรกสูตินรีแพทย์จะเป็นผู้ตรวจด้วยชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก Cervical Screening Test เช่น Pap Test ซึ่งเป็นการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกและเซลล์บริเวณช่องคลอดโดยแพทย์จะใช้เครื่องมือสอดทางช่องคลอดและนำเนื้อเยื่อเซลล์ไปตรวจหาเซลล์มะเร็งหรือเชื้อที่จะก่อมะเร็ง เป็นวิธีที่ตรวจหามะเร็งได้ตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็ง ถ้าตรวจพบเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์มีการแบ่งตัวผิดปกติ จะสามารถรักษาได้ทันการณ์ก่อนที่เนื้อเยื่อนั้นจะพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็งในบางครั้งอาการและความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับปากมดลูกและช่องคลอดที่ตรวจพบจากชุดตรวจมดลูก Cervical Screening Test ก็อาจไม่ใช่มะเร็งปากมดลูกเสมอไป แต่เป็นอาการของโรคอื่น เช่น หนองในเทียม โดยแพทย์อาจใช้

การตรวจพิเศษชนิดอื่นซึ่งเป็นการตรวจทางเซลล์วิทยา (Cytology) เพิ่ม เพื่อให้ทราบผลที่แน่ชัด เช่น

1. Colposcopy สูตินรีแพทย์จะส่องกล้องตรวจความผิดปกติของเนื้อเยื่อปากมดลูกโดยสอดกล้องขยายขนาดเล็กเข้าไปทางช่องคลอดเพื่อตรวจหาเนื้อเยื่อที่ผิดปกติ

2. Cone Biopsy เป็นการผ่าตัดเล็กเพื่อนำชิ้นเนื้อที่นำส่งส่งมาตรวจหาความผิดปกติ โดยแพทย์จะตัดเอาชิ้นเนื้อจากปากช่องคลอดไปตรวจ โดยชิ้นเนื้อที่ตัดมาจะมีลักษณะเป็นรูปโคนหรือกรวยและในบางกรณีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจต้องตรวจด้วยระบบคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจแบบเซลล์วิทยาร่วมกัน ซึ่งเรียกว่าการตรวจแบบ "Cotest"



ภาพ 2 แสดงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อปากมดลูกในวัยระสีบพันธ์ของสตรี

ที่มา: แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2556-2560) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ปัจจุบันมีแนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามกลุ่มอายุที่ใช้โดยทั่วไป คือ

1. ผู้หญิงอายุน้อยกว่า 21 ปี ยังไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HIV ควรเน้นที่การป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการฉีดวัคซีนและการให้ความรู้ของการมีเพศสัมพันธ์

2. ผู้หญิงอายุ 21-29 ปี ให้เริ่มตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่อายุ 21 ปี ด้วยการคัดกรองแบบเซลล์วิทยาอย่างเดี่ยวทุก 3 ปี

3. ผู้หญิงอายุ 30-65 ปี แนะนำให้ใช้การตรวจทั้งสองแบบร่วมกัน (Cotest) ทุก 5 ปี หรือตรวจคัดกรองโดยเซลล์วิทยาเพียงอย่างเดียวทุก 3 ปี โดยการตรวจแบบ Cotest จะเพิ่มความไวในการตรวจหาโรคขั้นสูง มีประสิทธิภาพในการทำนายผลลบสูงมาก (เกือบร้อยละ 100) หากผลออกมาปกติจะมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก จึงสามารถเว้นระยะห่างของการตรวจคัดกรองอย่างปลอดภัยได้ทุก 5 ปี

4. ผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปี หากมีประวัติผลคัดกรองปกติ คือ ตรวจคัดกรองเซลล์วิทยาทุก 3 ปี ผลออกมาปกติต่อเนื่อง 3 ครั้ง หรือ Cotest ทุก 5 ปี ติดต่อกัน 2 ครั้ง และผลคัดกรองครั้งสุดท้ายไม่เกิน 5 ปี โดยไม่มีประวัติเซลล์ปากมดลูกผิดปกติภายใน 20 ปี ก็ไม่ต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีก หากไม่มีประวัติที่มีความเสี่ยง เช่น มีคู่นอนคนใหม่ ส่วนผู้หญิงอายุมากกว่า 65 ปีที่เคยมีประวัติผลเป็นบวกมาก่อน ควรตรวจคัดกรองต่อไป อย่างน้อย 20 ปี นอกจากนี้ในกรณีผู้หญิงที่ตัดมดลูกรวมทั้งตัดปากมดลูก (Total Hysterectomy) ไม่ต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป ส่วนผู้ที่ป้องกันด้วยการฉีดวัคซีน HPV แล้ว ก็ควรตรวจคัดกรองตามกลุ่มอายุตามปกติด้วยเช่นกัน

แนวทางการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามกลุ่มอายุนี้สามารถใช้ตรวจในผู้หญิงทั่วไปได้ ยกเว้น กลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงสูง อย่างผู้ที่มีประวัติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV หรือ ผู้ที่ได้รับสาร Diethylstilbestrol ตั้งแต่อายุในครรภ์ ผู้ป่วยที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบผลผิดปกติจะได้รับการตรวจคัดกรองถี่ขึ้น ซึ่งวิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับดุลยวิญญ์ของแพทย์ตามแต่กรณี

### 3.4 การรักษามะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะและอาการที่ป่วย โดยก่อนรับการรักษา แพทย์กับผู้ป่วยต้องปรึกษาและตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับข้อดีและข้อเสียของการรักษา ผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา การเลือกประเภทการรักษาตามระยะการป่วย โอกาสและเปอร์เซ็นต์ความสำเร็จจากการรักษา แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

วิธีการรักษาที่ใช้ในระยะก่อนมะเร็ง คือ การผ่าตัดหรือรักษาบางส่วนของปากมดลูกที่มีรอยโรค Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ) การผ่าตัดแบบ Cone Biopsy และ Laser Therapy และนัดติดตามการรักษาอย่างใกล้ชิด

ส่วนในผู้ป่วยที่ตรวจพบเซลล์มะเร็งแล้ว ต้องรักษาตามระยะและอาการที่พบด้วย เพราะในบางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการที่มะเร็งลุกลามไปตามส่วนต่างๆ และอาจใช้วิธีในการรักษาร่วมกันมากกว่า 1 วิธี โดยแพทย์จะพิจารณาตามความเหมาะสมของสภาพร่างกายและอาการป่วย วิธีการรักษาที่ใช้ในผู้ป่วยที่ตรวจพบมะเร็งแล้ว ได้แก่ รังสีรักษา (Radiotherapy)



เคมีบำบัด (Chemotherapy) และการผ่าตัด (Surgery) ปากมดลูก มดลูก รังไข่ ขึ้นกับความเหมาะสมของคนไข้ตามระดับความรุนแรงของโรคและบริเวณอวัยวะที่ถูกระเบิดมะเร็งลุกลาม โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งระยะแรกจะใช้วิธีการรักษาเป็นการผ่าตัดร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัด ส่วนผู้ป่วยที่มีการลุกลามของมะเร็งที่มากขึ้นมักใช้วิธีการฉายแสงรังสีรักษา ร่วมกับการใช้ยาเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งปากมดลูกต้องรักษาตามระยะของการป่วยและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น โดยการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จะยิ่งเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้มากขึ้น หรือในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ แพทย์จะหาวิธีป้องกันไม่ให้มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะและระบบอื่นๆ ในร่างกาย และบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคนี้ได้ต่อไป โดยอัตราการรอดชีวิตหลังการรักษาภายใน 5 ปี ของผู้ป่วยมะเร็ง ขึ้นอยู่กับระยะของการป่วยที่ตรวจพบและการลุกลามของมะเร็ง ได้แก่

มะเร็งระยะที่ 1 โอกาสรอดชีวิตมากกว่า ร้อยละ 90

มะเร็งระยะที่ 2 โอกาสรอดชีวิตประมาณ ร้อยละ 80

มะเร็งระยะที่ 3 โอกาสรอดชีวิตประมาณ ร้อยละ 50

มะเร็งระยะที่ 4 โอกาสรอดชีวิตน้อยกว่า ร้อยละ 30

แต่ทั้งหมดนี้ยังขึ้นกับปัจจัยต่างๆ ของผู้ป่วยด้วย เช่น ความแข็งแรงของผู้ป่วย โรคประจำตัว เป็นต้น ผู้ที่อยู่ในระยะก่อนมะเร็ง (CIN) เพื่อป้องกันการพัฒนาของเซลล์มะเร็งแพทย์จะผ่าตัดและทำลายเนื้อเยื่อผิดปกติที่เกิดขึ้นด้วยวิธี Large Loop Excision of the Transformation Zone (LLETZ) เป็นวิธีการตัดเนื้อเยื่อปากมดลูกด้วยห่วงลวดไฟฟ้า หรือ Cone Biopsy เป็นวิธีผ่าตัดเล็กที่ตัดเอาเนื้อเยื่อที่ผิดปกติออกไป และ Laser Therapy เป็นการผ่าตัดด้วยการยิงลำแสงเลเซอร์ทำลายเซลล์ที่ผิดปกติที่อาจก่อมะเร็งในอนาคตได้ ส่วนในผู้ป่วยที่ทราบผลว่าป่วยเป็นมะเร็งแล้ว หากป่วยระยะแรกเริ่มที่ตรวจพบมะเร็ง แพทย์จะรักษาด้วยการผ่าตัดเอาชิ้นเนื้อบางส่วนออก หรืออาจผ่าตัดเอามดลูกออกไป และการใช้วิธีรังสีรักษา (Radiotherapy) สำหรับผู้ป่วยในระยะที่มะเร็งลุกลาม จะรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiotherapy) เคมีบำบัด (Chemotherapy) และการผ่าตัด การผ่าตัดรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ต้องเลือกใช้ตามการลุกลามของมะเร็ง ได้แก่

การผ่าตัดแบบการตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยแบบกว้าง (Radical Trachelectomy) เนื้อเยื่อปากมดลูกและบริเวณใกล้เคียงที่เนื้อช่องคลอดขึ้นไปจะถูกตัดออกไป โดยที่มดลูกยังคงอยู่เช่นเดิม เป็นการผ่าตัดผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกที่มะเร็งยังไม่ลุกลามไปยังอวัยวะ

ส่วนอื่นๆ และเหมาะสำหรับผู้ที่ยังต้องการมีบุตร เพราะแม้จะผ่าเอาปากมดลูกออกไป แต่ยังมีมดลูกจึงสามารถมีบุตรได้เช่นเดิม

การตัดมดลูกและปากมดลูกออก (Hysterectomy) มดลูกและปากมดลูกถูกผ่าตัดออกไป ในบางกรณีอาจต้องผ่าตัดเอาเนื้อเยื่อและต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง รังไข่และปีกมดลูกออกไปด้วย ขึ้นอยู่กับการลุกลามของมะเร็ง ผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดนี้คือ อาจมีการติดเชื้อที่อวัยวะภายใน ภาวะมีเลือดออกหรือเลือดอุดตัน เกิดความเจ็บปวดขณะมีเพศสัมพันธ์เพราะช่องคลอดสั้นลงและแห้งขึ้น เนื่องจากการผ่าตัดเอาปากมดลูกออกไป แขนขาบวมจากภาวะบวมน้ำเหลือง (Lymphedema) หรือลำไส้อุดตันจากการเกิดรอยแผลหลังการผ่าตัด ส่วนผู้ที่ผ่าตัดเอารังไข่ออกไปก็อาจเข้าสู่ภาวะวัยทองก่อนกำหนด

การผ่าตัดอวัยวะในอุ้งเชิงกรานแบบกว้าง (Pelvic Exenteration) ใช้ในรายที่มะเร็งลุกลามหรือกลับมาเป็นมะเร็งซ้ำหลังจากการรักษาด้วยวิธีอื่นไปแล้ว ใช้วิธีการการผ่าตัด 2 ขั้นตอน คือ ขั้นแรกผ่าเอาอวัยวะปากมดลูก มดลูก รังไข่ ปีกมดลูก เนื้อเยื่อช่องคลอด กระเพาะปัสสาวะ และลำไส้ที่มีการลุกลามของมะเร็งออกไป ใช้เนื้อเยื่อจากส่วนอื่นของร่างกายมาทดแทนทำให้ผู้ป่วยสามารถมีกิจกรรมทางเพศได้ตามปกติหลังการผ่าตัดและฟื้นตัวแล้ว ขั้นที่ 2 คือ ผ่าตัดสร้างรู 2 รู บริเวณหน้าท้อง เพื่อให้เป็นทางผ่านของเสียทั้งปัสสาวะและอุจจาระออกจากร่างกายมาเก็บอยู่ที่ถุงเก็บ (Urine Bags และ Colostomy Bags)

การบำบัดแบบรังสีรักษา (Radiotherapy) เป็นการฉายรังสีในบริเวณที่เกิดมะเร็ง เพื่อควบคุมภาวะเลือดออกและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น รักษาพร้อมกับการผ่าตัดหรือใช้ร่วมกับเคมีบำบัดในผู้ป่วยระยะมะเร็งลุกลามได้ โดยใช้ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมี 2 วิธี คือ การฉายรังสีภายนอก เป็นการใช้เครื่องฉายคลื่นรังสีพลังงานสูงไปยังบริเวณอุ้งเชิงกรานภายนอกเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งและการให้รังสีภายใน เป็นการสอดโลหะกัมมันตภาพรังสีเข้าไปทางช่องคลอดและวางไว้บริเวณที่มีเซลล์มะเร็ง ต้องทำซ้ำๆ หลายสัปดาห์ เพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี แต่การใช้รังสีก็เป็นการทำลายเซลล์เนื้อเยื่อที่ปกติในบริเวณใกล้เคียงที่ได้รับรังสีไปด้วย ดังนั้น การรักษาทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา เช่น อ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ ท้องร่วง เลือดออกในช่องคลอด เจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือขณะมีเพศสัมพันธ์ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ หรือภาวะหมดประจำเดือนก่อนกำหนด หากไม่มีอวัยวะใดถูกทำลายอย่างถาวร อาการเหล่านี้ก็จะดีขึ้นและหายไปหลังสิ้นสุดการรักษา

เคมีบำบัดหรือยาเคมีบำบัด (Chemotherapy) เป็นการให้ยารักษาบรรเทาอาการเจ็บป่วยจากมะเร็งและป้องกันการลุกลามของเซลล์มะเร็ง ในรูปแบบยาเม็ดรับประทานหรือยาฉีด สามารถใช้ร่วมกับรังสีรักษาได้ และสามารถให้ยารักษาเพียงชนิดเดียวหรือให้ยาร่วมกันหลายชนิด

เพื่อทำลายเซลล์มะเร็งได้เช่นกัน ในกระบวนการรักษา ผู้ป่วยต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยร่างกายและอาการป่วยให้แน่ชัด เพื่อการเลือกจ่ายยารักษาให้ตรงตามอาการที่ป่วย โดยผู้ป่วยที่รักษาด้วยเคมีบำบัดจะได้รับผลข้างเคียง ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องร่วง อ่อนล้า หดแรงแรง ไม่อยากอาหาร ผอมลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนอื่นได้ง่าย หากไม่มีโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย หลังหยุดการรักษาระยะหนึ่ง อาการก็จะทุเลาลงและกลับมาเป็นปกติในที่สุดหลังเข้ารับการรักษาจนหายดีและไม่มีเซลล์มะเร็งปรากฏอีก โดยแพทย์จะนัดมาตรวจร่างกายเป็นระยะ ผู้ป่วยยังคงต้องมาพบแพทย์และตรวจร่างกายเพื่อตรวจหาสัญญาณและความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งซ้ำอีก ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่อยู่ในระหว่างรับการรักษา หรือผู้ป่วยที่มะเร็งลุกลามแล้วไม่สามารถรักษาได้ ยังคงสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ โดยการรักษาสุขภาพ สุขอนามัย อยู่ภายใต้การดูแลและคำแนะนำของแพทย์อยู่เสมอ

การรักษา มะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี เริ่มตั้งแต่การ ผ่าตัด การฉายแสง ใช้ยาเคมีบำบัด หรือหลายวิธีร่วมกันแล้วจะอะไรคือวิธีที่ดีที่สุดตรงนี้ขึ้นกับระยะของโรคในแต่ละคน เช่น ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 เป็นน้อยๆ วิธีรักษาที่ดีที่สุดก็คือการผ่าตัด แต่ถ้าเป็นระยะที่ 2 ระยะที่ 3 การผ่าตัดจะเกิดผลเสียมากกว่า แพทย์จะให้การฉายแสงร่วมกับเคมีบำบัด แพทย์ผู้รักษาจะบอกได้ว่าแต่ละคนจะใช้วิธีใดดีที่สุด และจะนำไปเปรียบเทียบกับคนอื่นก็ไม่ได้ โอกาสเสียชีวิตไม่ได้เกิดขึ้นทันที ขึ้นกับระยะคือระยะน้อยๆ โอกาสหายมีมากกว่า แต่ถ้าเป็นระยะมากๆ คือ ระยะที่ 4 โอกาสหายน้อย ภาพรวมของประเทศไทยพบระยะที่ 1 น้อย แต่พบระยะที่ 2 มาก ทำให้อัตราการรอดชีวิตไม่ดีเท่าไร สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 6,000 คนต่อปี เสียชีวิตเกือบ ร้อยละ 50 คือ เกือบ 3,000 คนต่อปี คนไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 7 คนต่อวันซึ่งถือเป็นมะเร็งนรีเวชที่ทำให้ผู้หญิงไทยเสียชีวิตมากที่สุด (จิตติหาญประเสริฐพงษ์, และสายบัว ชีวีเจริญ, 2554)

#### 3.4.1 ระยะของโรค และการรักษา

ระยะของการป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่ตรวจพบและการลุกลามของมะเร็งแบ่งได้ดังนี้

1) ระยะก่อนเป็นมะเร็ง หมายถึงการตรวจพบเซลล์ผิดปกติบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงกับลุกลามเป็นมะเร็ง เซลล์เหล่านี้หากปล่อยไว้จะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็งได้ กลุ่มนี้ยังรวมถึง ความผิดปกติของเซลล์เยื่อบุปากมดลูกที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ที่มีลักษณะเหมือนเซลล์มะเร็งแล้วแต่ยังอยู่เฉพาะชั้นผิวเยื่อ เรียกว่า Carcinoma in situ หรือ CIS การรักษาทำได้โดยการผ่าตัดเอามดลูกออกในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว หรือผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวยที่เรียกว่า Conization ในรายที่ยังต้องการเก็บมดลูกไว้

2) กลุ่มที่เป็นมะเร็ง แบ่งระยะเป็น 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1: มะเร็งพบเฉพาะในต้วปากมดลูก ยังไม่มีการกระจายหรือลุกลามไปยังส่วนอื่น แบ่งเป็น

1. ระยะ 1a ที่รอยโรคมีขนาดน้อยกว่า 7 มม. รักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูก รวมทั้งรังไข่ ปีกมดลูก พังผืดยึดมดลูก บางส่วนของช่องคลอด และต่อมน้ำเหลืองออก
2. ระยะ 1b คือรอยโรคที่ปากมดลูกใหญ่กว่า 7 มม. หรือ กินลึกมากกว่า 5 มม. แต่ยังไม่มีการลุกลามออกนอกต้วมดลูก
3. ระยะที่ 1 หากก้อนยังไม่เกิน 4 ซม. รักษาโดยการผ่าตัดเอามดลูก รวมทั้ง รังไข่ ปีกมดลูก พังผืดยึดมดลูก บางส่วนของช่องคลอด และต่อมน้ำเหลืองออก หากเกิน 4 ซม. นอกจากผ่าตัด อาจต้องให้เคมีบำบัด หรือรังสีรักษาด้วย

ระยะที่ 2: แบ่งเป็น

1. ระยะ 2a คือ มะเร็งมีการลุกลามออกไปยังช่องคลอดส่วนบน
2. ระยะ 2b คือ มีการลุกลามไปยังพังผืดที่ยึดอยู่ข้างมดลูก

ระยะที่ 3: แบ่งเป็น

1. ระยะ 3a ซึ่งมีการลุกลามของโรคลงไปเ็นช่องคลอดมากจนถึงส่วนล่างของช่องคลอด
2. ระยะ 3b ซึ่งมีการลุกลามของมะเร็งจากปากมดลูกไปยังพังผืดที่ยึดอยู่ข้างมดลูกไปจนถึงบริเวณผนังช่องท้อง หรือมีการกระจายของโรคไปที่ต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน หรือพบการบวมของกรวยไตซึ่งมักเกิดจากการที่มะเร็งที่ไปยังต่อมน้ำเหลืองกดเบียดท่อไต จนทำให้ปัสสาวะมีการคั่งในกรวยไต

ระยะที่ 4: แบ่งเป็น

1. ระยะ 4a คือ มีการลุกลามของมะเร็งไปยังกระเพาะปัสสาวะที่อยู่ด้านหน้า หรือ ลำไส้ตรงที่อยู่ด้านหลังของปากมดลูก และช่องคลอด
2. ระยะ 4b คือระยะที่มีการกระจายของโรคทางกระแสเลือดไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ได้แก่ ปอด ตับ กระดูก หรือ สมอง หรือมีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองนอกอุ้งเชิงกราน
3. ระยะ 2b, 3a, 3b, 4a ที่มีการลุกลามไปไม่มาก รักษาโดยฉายรังสีบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งหมด และบริเวณโดยรอบ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองในอุ้งเชิงกราน ร่วมกับฝังแร่

และอาจให้ยาเคมีบำบัดควบคู่กันไป ส่วนระยะ 4a ที่ลุกลามมากแล้ว และระยะ 4b การรักษา ทำคล้ายกัน แต่มุ่งเพื่อบรรเทา ลดอาการ และยับยั้งการลุกลาม

### 3.4.2 การปฏิบัติตนของผู้ป่วย

ทำใจยอมรับความจริง และปรึกษาแพทย์เพื่อรับการรักษาโดยเร็วต้อง เข้าใจว่าโรคมะเร็งปากมดลูกรักษาได้ โอกาสหายมี ถึงแม้จะเป็นระยะที่ค่อนข้างมากแล้วก็ตาม บางรายหายไประยะ 10 ปี ก็ไม่พบการกลับมาเป็นซ้ำอีก

### 3.4.3 ข้อดีของการรักษามะเร็งปากมดลูกคือ

- 1) คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดอาการที่เป็น
- 2) มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นเมื่อเทียบกับการไม่รักษา ถ้าเป็นมะเร็งแล้วไม่รักษา

โดยธรรมชาติของมะเร็งจะลุกลามและแพร่กระจายในกรณีที่ไม่รักษา ก็จะยึดระยะรอดชีพ ให้ยาวนานออกไปอีก เช่น จาก 2 ปี กลายเป็น 5 ปี หรือ 10 ปี การได้รับรู้ว่าตัวเองเป็นมะเร็ง เป็น ข่าวร้าย และการรับรู้ของคนทั่วไปกับมะเร็งว่าเป็นโรคร้าย เป็นแล้วต้องตายแน่ๆ แต่ความจริงที่ปรากฏก็คือ มะเร็งบางชนิดรักษาหาย และป้องกันได้โดยเฉพาะอย่างยิ่งมะเร็งปากมดลูก

ผู้หญิงที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ควรจะได้รับการรักษา เช่น การผ่าตัด การฉายแสง ผังแร่ หรือการให้เคมีบำบัด เพราะในปัจจุบันนี้แม้ว่าจะเป็นโรคในระยะใด เป็นระยะที่ มากแล้ว หรืออย่างไรก็ยังมีหวังที่จะหายขาดจากโรคได้ ถ้าได้รับการรักษาที่ถูกต้องหรือการรักษา มะเร็ง ด้วยวิธีการแปลกๆ ซึ่งจะทำให้โรคเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ และบางที่มีโรคแทรกซ้อนจาก การรักษา เช่น ภาวะไตวาย ตับวาย ซึ่งจะทำให้เสียชีวิตในที่สุดหลังจากการรักษาแล้ว ควรจะต้อง ตามการรักษาอย่างเป็นระยะตามที่แพทย์แนะนำอีกอย่างหนึ่งคือการรักษาสุขภาพหลังจากการ รักษาแล้ว ก็เป็นการเรื่องสำคัญ ซึ่งเหล่านี้จะทำให้เรามีภูมิคุ้มกันที่แข็งแรงช่วยป้องกันการกลับ เป็นซ้ำ การดูแลรักษาเหล่านี้ก็ได้แก่ การนอนพักผ่อนที่เพียงพอ ไม่เครียดกับชีวิตการทำงาน มีเวลา ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ดูแลรักษาเรื่องการรับประทานอาหารที่สะอาด อาหารที่ไม่ปนเปื้อน สารเคมี การทานอาหารก็ไม่ได้จำกัดว่าจะต้องทานผัก การทานอาหารควรจะเป็นอาหารที่มี สารอาหารครบถ้วน เช่น โปรตีน โปรตีนที่ดีก็มาจากเนื้อปลา ไข่ นม อาหารที่ดีจริงๆ ก็ควรเป็นอาหาร ไทยที่มีเครื่องปรุงเป็นเครื่องเทศต่างๆ เช่น ขิง ข่า ตะไคร้ ใบมะกรูด ถือว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุด การรับประทานจะช่วยป้องกันปัญหาการเกิดซ้ำได้ ถ้าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 1 เราจะ รักษาโรคการผ่าตัด แม้แต่การฉายแสง อัตราการหายจะประมาณร้อยละ 80 นั่นคือใน 100 คนที่ รักษาผ่าตัดไป พบว่า มี ร้อยละ 80 สามารถอยู่เกิน 5 ปี 10 ปี แต่จะมีอีกร้อยละ 20 โรคจะกลับมา เป็นใหม่ เพราะฉะนั้นก็ไม่ใช่ว่าจะหายขาด

โรคมะเร็งบางโรค เกิดจากการขาดสารอาหารโปรตีน อย่างเช่นโรคมะเร็งปากมดลูก เราจะพบในกลุ่ม ผู้หญิงที่ยากจนซึ่งคิดว่าปัจจัยเสี่ยงประการหนึ่งเกิดจากการขาดสารอาหาร โดยเฉพาะพวกโปรตีน เพราะฉะนั้นในเรื่องของโรคมะเร็งแล้วไม่แนะนำให้ทานแต่ผักอย่างเดียวโปรตีนยังเป็นสิ่งจำเป็น แต่เราต้องรู้จักเลือกเฉพาะโปรตีนที่สำคัญ เราจะไม่ทานเฉพาะเนื้อสัตว์ที่เป็นสัตว์ใหญ่ เนื้อที่ปนเปื้อนสารเคมี เนื้อที่มีมันมากอย่างที่กล่าวโปรตีนที่ดีจะมาจากเนื้อปลา เต้าหู้ ถั่วเหลืองจะดีมากเพราะฉะนั้นไม่แนะนำให้ทานอย่างเดียว เพราะเคยมีคนใช้ที่รับประทานอาหารเจ ทานแต่ผักอย่างเดียว รักษาสุขภาพ นุ่งขาว ห่มขาว นั่งสมาธิก็กลายเป็นมะเร็งได้จากสถิติในต่างประเทศการเกิดมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงสามารถลดลงได้ แต่ในประเทศไทย ปรากฏว่ายังไม่ลดลง เนื่องจากยังมีปัญหาหลายประการ ปัญหาแรก คือปัญหาทางด้านบุคลากรทางการแพทย์ ในประเทศไทยยังขาดแคลนนักเซลล์วิทยา ขาดแคลนพยาธิแพทย์ที่จะช่วยตรวจในเรื่องของการคัดกรองตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก ขาดบุคลากรทางการแพทย์ แพทย์ยังไม่เพียงพอที่จะให้บริการทางด้านนี้ ปัญหาอีกอย่างหนึ่งก็คือปัญหาที่ตัวผู้หญิงไทยเอง คือจำนวนผู้หญิงไทยที่ไปรับการตรวจภายในยังมีมากเฉพาะบางแห่งของประเทศเช่น ในเมืองใหญ่ๆ ในกรุงเทพมหานคร ที่ไปรับการตรวจเช็คภายใน แต่ผู้หญิงที่อยู่ตามต่างจังหวัด หรืออยู่ห่างไกล ความเจริญ ยังไม่ได้รับการตรวจเนื่องจาก

1. ยังไม่มีความรู้ว่าจะต้องไปตรวจเช็คร่างกาย

2. ไม่ตระหนักถึงความสำคัญว่าจะต้องไปตรวจ คือหลายคนรู้ว่าโรคนีนี้เป็นโรคในผู้หญิงไทย และป้องกันได้โดยการตรวจแต่ผู้หญิงก็ยังไม่ไปตรวจ เป็นปัญหาในเรื่องของความอาย การละเลยที่จะไปตรวจภายใน การตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ใช่สิ่งที่น่ากลัวหรือน่าอาย และสามารถป้องกันได้ โดยการตรวจภายในทุกปีและพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง

### 3.5 การพยากรณ์โรคมะเร็งปากมดลูก

#### ภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งปากมดลูก

หากมะเร็งเริ่มลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ที่อยู่ใกล้เคียงรวมถึงกระดูก ตับ ปอด และสมอง จะส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของอวัยวะภายใน ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยต่างๆ แสดงออกมา โดยภาวะที่อาจเกิดขึ้นหลังป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความเจ็บปวดตามร่างกายบริเวณต่างๆ ที่มะเร็งอาจแพร่ลามไปถึง ภาวะมีเลือดออก อย่างเลือดไหลออกจากช่องคลอด หรือปัสสาวะมีเลือดปน ช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ และการติดเชื้อมากในช่องคลอด การเกิดลิ่มเลือด ที่อาจปิดกั้นทางเดินเลือด การเกิดช่องทะลุระหว่างเนื้อเยื่ออวัยวะ ส่งผลให้มีช่องเหลวไหลออกจากช่องคลอด และไตวาย เนื่องจากมะเร็งแพร่กระจายในเลือด อาจเจริญเติบโตที่กระดูกบริเวณท่อน้ำ เป็นเหตุให้ระบบการทำงานของไตไม่สามารถทำงาน

ตามปกติได้ และอาจเกิดภาวะไตวายในที่สุด นอกจากนี้ยังสามารถพบอาการแทรกซ้อนที่เกิดตามหลังจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษา หรือการผ่าตัด

หากเซลล์มะเร็งได้แพร่ลุกลามไปตามเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยอาจต้องเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งปากมดลูกดังต่อไปนี้ ความเจ็บปวด มะเร็งอาจแพร่ลามไปยังปลายประสาทต่างๆ กระดูก หรือกล้ามเนื้อ ทำให้เกิดความเจ็บปวดบริเวณที่มีเซลล์มะเร็งภาวะมีเลือดออก มะเร็งที่กระจายลุกลามไปยังอวัยวะและเนื้อเยื่อต่างๆ จะสร้างความเสียหายแก่บริเวณเนื้อเยื่อเหล่านั้น จนเกิดภาวะมีเลือดไหลออกจากช่องคลอด หรือปัสสาวะมีเลือดปนช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ กลิ่นที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการที่เซลล์มะเร็งลุกลามและทำลายเนื้อเยื่อบริเวณต่างๆ กระเพาะปัสสาวะรั่ว และอาจทำให้เกิดการติดเชื้อภายในช่องคลอด การเกิดลิ่มเลือด เซลล์มะเร็งสามารถทำให้เลือดเหนียวข้นขึ้น เชื้อต่อการจับตัวเป็นลิ่มของเลือด อีกทั้งเนื้อที่ออกจากเซลล์มะเร็งอาจไปอุดตันเลือดในบริเวณอุ้งเชิงกราน ทำให้เลือดไหลช้าลงจนอาจเกิดลิ่มเลือดที่ขา อาจเคลื่อนไปที่ปอด แล้วปิดกั้นทางเดินเลือดเกิดเป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด การเกิดช่องทะลุระหว่างเนื้อเยื่ออวัยวะ (Fistula) ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก โดยช่องทะลุระหว่างเนื้อเยื่ออวัยวะมักเกิดระหว่างกระเพาะปัสสาวะกับช่องคลอด ส่งผลให้มีของเหลวไหลออกจากช่องคลอดหรืออาจเกิดที่ช่องคลอดกับลำไส้ตรง ไตวาย เซลล์มะเร็งที่แพร่กระจายในเลือดอาจเจริญเติบโตที่ขวางบริเวณท่อไต ไตจึงไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้ เกิดการอุดตันนี้ทำให้เกิดภาวะไตโป่งพองจากน้ำปัสสาวะคั่งค้าง (Hydronephrosis) เป็นเหตุให้ระบบการทำงานของไตไม่สามารถทำงานตามปกติได้ และอาจเกิดไตวายในที่สุด

การผ่าตัด ผลข้างเคียงจากการผ่าตัดที่อาจเกิดได้ ได้แก่ การตกเลือด การติดเชื้อ อันตรายต่ออวัยวะใกล้เคียง การฉายแสง (ระยะเวลา 1-2 เดือน) ผลข้างเคียง คือ ผิวหนัง ปัสสาวะมีเลือดปน อ่อนเพลีย

ยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงคือ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง มือเท้าชา ซึ่งขึ้นกับยาแต่ละชนิดที่เลือกใช้ที่สหรัฐอเมริกา เด็กและหญิงสาวที่อายุต่ำกว่า 26 ปี ซึ่งไม่เคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อน สามารถรับการฉีดวัคซีนชนิดนี้ได้เลยโดยไม่จำเป็นต้องตรวจหาเชื้อเอชพีวี ส่วนหญิงสาวที่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ควรตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกโดยวิธีที่เรียกว่า "แป๊ปสเมียร์" เพราะเป็นไปได้ว่าอาจพบการติดเชื้อ หรือมีความผิดปกติ ซึ่งจะต้องทำการรักษาให้หายเสียก่อน จึงจะรับการฉีดวัคซีนได้ในเวลาต่อมา ส่วนวัยที่ควรเริ่มฉีดวัคซีนชนิดนี้คือ 9 ปีขึ้นไป และการใช้วัคซีนในผู้หญิงวัย 9 – 26 ปี จะป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ผลข้างเคียงจากการรักษาจะแตกต่างกันออกไปตามแต่วิธีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา และผลข้างเคียงอาจพบได้มากขึ้นหากผู้ป่วยได้รับการรักษาร่วมกันหลายๆ วิธี

1. ผลข้างเคียงจากการผ่าตัด ได้แก่ การบาดเจ็บจากการผ่าตัดถูกอวัยวะข้างเคียง การมีเลือดออก การติดเชื้อ อากาการปวด และหากได้รับการผ่าตัดเอามดลูกออกจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีลูกได้อีก หรือหากผ่าตัดเอารังไข่ทั้งสองข้างออก ผู้ป่วยก็จะมีภาวะหมดประจำเดือนและมีอาการของวัยทองได้

2. ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการให้รังสีรักษา คือ ผิวหนังในบริเวณที่ทำการฉายรังสีเกิดเป็นแผลถลอก เป็นแผลเปื่อยคล้ายแผลถูกไฟไหม้น้ำร้อนลวก แผลมีขนาดใหญ่ และเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. ผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยการให้ยาเคมีบำบัด ได้แก่ ผมร่วง เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน มือเท้าชา อ่อนเพลีย ภาวะซีด เม็ดเลือดขาวต่ำทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ภาวะเกล็ดเลือดต่ำทำให้มีเลือดออกได้ง่าย การทำงานของไตลดลง เป็นต้น ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นนี้จะแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัด อายุ และสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย

### 3.5.1 การติดตามหลังการรักษา

การตรวจติดตามผู้ป่วยหลังการรักษามะเร็งปากมดลูกมีความสำคัญและมีจุดมุ่งหมายหลักในการค้นหาการกลับมาเป็นซ้ำของโรค และภาวะแทรกซ้อนหลังการรักษา การตรวจติดตามหลังการรักษาโดยทั่วไปประกอบด้วย

1) การซักประวัติถึงอาการที่อาจเกี่ยวข้องกับการกลับมาเป็นซ้ำ เช่น น้ำหนักลด คลำพบก้อนผิดปกติ เลือดออกทางช่องคลอด ชาบวม หรือปัสสาวะเป็นเลือด

2) การตรวจร่างกายทั่วไป เช่น การคลำต่อมน้ำเหลืองกระดุกไหปลาร้า ขาหนีบและการตรวจคลำหาค้อน

3) การตรวจภายในร่วมกับการตรวจทางทวารหนัก รวมทั้งการตรวจ Pap smear อาจช่วยในการตรวจหาการกลับมาเป็นซ้ำของโรคได้ โดยทำการตรวจทุก 3 เดือนในปีแรก ทุก 4 เดือนใน ปีที่ 2 หลังจากนั้นตรวจทุก 6 เดือน จนครบ 5 ปี จากนั้นจึงทำการตรวจปีละครั้ง

4) การตรวจพิเศษ เช่นการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปีละครั้ง นอกจากนี้หากมีข้อมูลที่น่าสงสัยว่าจะมีการกลับมาเป็นซ้ำจากการตรวจร่างกาย อาจส่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือ PET scan

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มีการกลับมาเป็นซ้ำจะเกิดขึ้นในช่วง 2 ปีแรก (ร้อยละ 62-89) เมื่อเกินระยะเวลา 5 ปีแล้ว จะพบว่า ผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำได้น้อยมาก (ร้อยละ 1-10)



การสืบค้นการกลับซ้ำของโรคมะเร็งได้หลายวิธีและแต่ละวิธีจะมีความไวในการค้นหาแตกต่างกัน ได้แก่ การตรวจทางคลินิก การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือช่องคลอดส่วนบน การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และการตรวจ PET-CT scan

### 3.6 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

วิธีป้องกันและลดความเสี่ยงในการเป็นมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับตามกระบวนการ ได้แก่

Primary Prevention หมายถึง ป้องกันแบบปฐมภูมิ การป้องกันสาเหตุที่ก่อให้เกิดมะเร็งตั้งแต่แรก สำหรับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การฉีดวัคซีน HPV สำหรับป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่ป้องกันได้ประมาณร้อยละ 70 ของมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น การใช้ถุงยางอนามัย การลดหรือเลิกปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ การคุมกำเนิดด้วยยาคุมกำเนิดชนิดรับประทานเป็นเวลานานกว่า 5 ปี และการสูบบุหรี่

Secondary Prevention หมายถึง ป้องกันแบบทุติยภูมิ การป้องกันไม่ให้เกิดการลุกลามกลายเป็นมะเร็งเมื่อมีการติดเชื้อไวรัส HPV แล้ว ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ว่าจะวิธีไหนก็ตาม โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการหาเซลล์ผิดปกติตั้งแต่ Moderate Dysplasia หรือมากกว่า (CIN2+) พร้อมด้วยการรักษา เนื่องจาก CIN2+ ส่วนใหญ่ พัฒนากลายเป็นมะเร็งในที่สุดโอกาสที่จะหายได้เองมีน้อย จะต้องตรวจให้เจอตั้งแต่ระยะก่อนมะเร็งชนิดที่ธรรมชาติการเป็นมะเร็งปากมดลูกต้องผ่านระยะนี้ก่อน ซึ่งใช้เวลานาน (มะเร็งแต่ละชนิดมีระยะก่อนเป็นมะเร็งยาว-สั้นไม่เท่ากัน) ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกคือ 5-10 ปี เป็นช่วงเวลาทองสำหรับการตรวจคัดกรองได้อย่างดี การตรวจพบระยะก่อนมะเร็งซึ่งเป็นโรคเฉพาะที่ง่ายต่อการรักษา คือรักษาโดยทำลายเฉพาะที่ ไม่ว่าจะเป็นการตัดด้วย มีด ห่วงลวดไฟฟ้า หรือจี้ด้วยความเย็น (ทำลายเฉพาะที่) ทำให้หายไปและไม่กลายเป็นมะเร็งในอนาคต

Tertiary Prevention หมายถึง การรักษาเมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ได้แก่ การผ่าตัด หรือการให้รังสีรักษา หรือร่วมกับการให้เคมีบำบัด

การป้องกัน มะเร็งปากมดลูกลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HPV ที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อที่บริเวณปากมดลูก ด้วยการป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดต่อ ไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ รวมทั้งไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่จะลดประสิทธิภาพของภูมิคุ้มกันร่างกายที่จะกำจัดไวรัส HPV ให้หมดไป ไวรัสที่ตกค้างอาจก่อให้เกิดเซลล์มะเร็งได้ในอนาคต และรีบไปพบแพทย์หากพบอาการแสดงของโรคที่น่าสงสัย

การดูแลสุขภาพ ตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำและตรวจปากมดลูกด้วย Cervical Screening Test เป็นชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้หญิงทุกวัยล้วนมีความเสี่ยงต่อ

โรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจสุขภาพประจำปีจะทำให้ทราบสุขภาพร่างกายและปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และการตรวจเพิ่มเติมด้วยชุดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติได้เร็ว จะทำให้ทำการรักษาได้รวดเร็วและทันการณ์ และลดความเสี่ยงในการพัฒนาลุกลามของโรค ทั้งนี้ ผู้หญิงช่วงอายุ 21-29 ปี ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกๆ 3 ปี ส่วนช่วงอายุ 30-65 ปี ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควบคู่กับการตรวจหาเชื้อ HPV ทุกๆ 5 ปี และสำหรับผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่ตรวจแต่ไม่เคยตรวจพบสัญญาณของมะเร็ง ก็สามารถหยุดเข้ารับการตรวจได้ แต่หากมีอาการผิดปกติหรือสงสัยควรปรึกษาแพทย์เพิ่มเติม การฉีดวัคซีนป้องกัน ในปัจจุบันมีวัคซีน HPV ที่ใช้ป้องกันการติดเชื้อ HPV ได้บางสายพันธุ์ รวมถึงสายพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูงอย่าง HPV-16 และ HPV-18 วัคซีนจะไปกระตุ้นให้ร่างกายสร้างโปรตีนภูมิคุ้มกันต่อไวรัส HPV (Neutralizing Antibody) โดยวัคซีนจะมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อผู้หญิงยังไม่มีเชื้อ HPV อยู่ในร่างกาย ดังนั้น จึงควรฉีดวัคซีนตั้งแต่วัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ การฉีดวัคซีนให้ได้ผลป้องกันที่ดีที่สุด คือ ผู้หญิงที่อยู่ในช่วงวัย 9-26 ปี วัคซีนจะออกฤทธิ์ป้องกันการติดเชื้อ HPV อย่างน้อย 5.5 ปี และมีประสิทธิผลทางการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70

ปัจจุบันในประเทศไทย วัคซีนป้องกันเชื้อ HPV ยังไม่ได้รับการสนับสนุนให้เป็นวัคซีนหลัก ราคาของวัคซีนนี้จึงยังคงค่อนข้างสูง โดยสามารถรับวัคซีนได้ทั้งในสถานพยาบาลของภาครัฐและในส่วนของภาคเอกชน การฉีดวัคซีน HPV จะต้องฉีดให้ครบทั้งหมด 3 เข็มในช่วงเวลาที่กำหนด โดยฉีดครั้งละ 0.5 มล. คือ ครั้งแรกฉีดในวันที่กำหนดเลือกไว้ ครั้งที่ 2 ฉีดภายใน 1-2 เดือนถัดมา และครั้งที่ 3 ฉีดหลังจากครั้งแรก 6 เดือน วัคซีน HPV มีความปลอดภัยสูงและไม่ค่อยมีผลข้างเคียงที่รุนแรงหรือเป็นอันตราย โดยผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ เกิดรอยอักเสบ บวมแดง หรือคันบริเวณที่ฉีด และรอยจะหายไปภายในภายหลัง หรืออาจปวดหัว มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นช่วงสั้นๆ แล้วอาการจะทุเลาลงและหายไปเองเมื่อเวลาผ่านไปแม้วัคซีนจะช่วยลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อ HPV ที่นำไปสู่การก่อมะเร็ง แต่ปัจจัยอื่นก็สามารถเป็นสาเหตุให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้เช่นกัน ดังนั้น การดูแลรักษาสุขภาพอยู่เสมอควบคู่กับการตรวจเช็คสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

1. การป้องกันอันดับแรกที่สำคัญคือ ต้องมาตรวจภายใน ยิ่งการตรวจภายในของผู้หญิงควรจะเริ่มตรวจเมื่อมีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานแล้ว โดยการตรวจร่างกายประจำปีควรจะมาตรวจตามระยะเวลาที่เหมาะสม มาตรวจทุกปี ซึ่งทางสูตินรีแพทย์จะทำการตรวจภายใน มีการเก็บเซลล์จากช่องคลอดเอาไปส่งตรวจ ซึ่งเราเรียกว่า การตรวจด้วยแป็บสเมีย ซึ่งระยะเวลาการตรวจแป็บสเมียใช้เวลา 5 นาที ไม่มีอาการเจ็บปวด ค่าใช้จ่ายก็ถูก ในโครงการ 30 บาทรักษา

ทุกโรค ก็จะมีการตรวจฟรีก็อยากจะรณรงค์ให้ผู้หญิงทุกคนมารับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกในทุก 1 ปี ซึ่งถ้าตรวจพบเซลล์ผิดปกติ แพทย์ก็จะได้ทำการรักษาให้หายขาด ก่อนที่ปากมดลูกนั้นจะกลายเป็นมะเร็ง เหล่านี้คือการป้องกันในอันดับแรก

2. หลีกเลี่ยงปัจจัยเรื่องต่างๆ ที่จะเกิดโรค โรคนี้ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ เพราะฉะนั้นในผู้หญิงเองควรตระหนักว่า การมีเพศสัมพันธ์ควรจะเริ่มในวัยอันสมควร เช่นแต่งงานเมื่ออายุพอสมควร มากกว่า 18 ปีขึ้นไปไม่ควรล่าช้าทางเพศอย่างมีเพศสัมพันธ์กับชายหลายคน ฝ่ายชายเองซึ่งเป็นสามี ก็ควรจะมีส่วนในการป้องกันโรคนี้ด้วยการหลีกเลี่ยงการล่าช้าทางเพศซึ่งเป็นช่องทางนำโรคติดเชื้อมาสู่ภรรยาจะทำให้ภรรยามีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการเข้าไปอยู่ในแหล่งที่มีควันบุหรี่ตลอดเวลา สิ่งเหล่านี้จะเป็นการกระตุ้นให้เกิดโรคนี้ด้วยในเรื่องของการคุมกำเนิดก็ไม่ควรกินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน จะเป็นการเพิ่มปัจจัยการเสี่ยง อีกอย่างหนึ่งคือการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

สำหรับประเทศไทยการป้องกันตนจากโรคร้ายต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งมีการนำเรื่องของศาสนามาช่วย เช่น คริสต์-มุสลิม-ฮินดู พราหมณ์ ไร้ไม่มีศาสนา มาใช้ในสังคมไทย ทำให้มีหลักชีวิตที่สมควรจะได้ดีเพราะทำดี ้วยเรียนตั้งใจเรียน เป็นชาวพุทธ เรียน รักแท้กับแฟน รัชนบธรรมนิยมประเพณีไทย ทำงานการมีแฟน มีเพื่อนกัลยาณมิตร ไม่ตำว่าไรเหตุผล กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย การออกกำลังกาย มีน้ำใจต่อประชากรทั่วไป คิดดี ทำดี ได้ดี มีแฟนรัก แต่งงาน สร้างครอบครัว มีเพื่อนชุมชนสังคมช่วยการเงิน งาน จิตใจ มีอะไรปรึกษาผู้ที่เมตตาเรา สรุปมีศีลธรรม คิดดี ทำดี พุดดี กตัญญู พบ บัณฑิต ไม่คบคนพาล ผูกตนตามมงคล 38

รับประทานผักผลไม้ เนื่อสัตว์น้อยๆ พอเหมาะ ปลาให้มากไขโปรตีนสูง ออกกำลังกาย อย่าล่าช้าทางเพศ ใช้ถุงยางอนามัย อย่าใช้ยาคุมกำเนิด เลือกรักจริงจังหวังแต่งงานไทยไม่มีนิสัยมั่ว หากมีเพศสัมพันธ์หญิงอื่นมิใช่ภรรยา ควรบอกภรรยา มิใช่ให้เธอป่วยไร้ความรับผิดชอบ หากภรรยารับได้ก็ใส่ถุงยาง คลิปอวัยวะเพศ มีศีลธรรมการครองเรือน บอกกล่าวแฟนหรือภรรยาหากเป็นเหตุในอวัยวะเพศสตรีและเพศชายให้ทำการรักษา เป็นเอดส์ หนองใน ควรบอกคู่นอนหรือป้องกัน การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันได้ แคร้อยละ 70 การให้การศึกษา การป้องกันสำหรับคนมีเพศสัมพันธ์แล้ว

1. ตรวจแปปสเมียร์เพื่อตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก
2. การฉีดวัคซีนเฮปไฟวี 16 และ 18 ซึ่งเป็นสาเหตุโรคมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ

70 ของมะเร็งปากมดลูก

3. ชายไทยหยุดสำส่อน งดยางอนามัยไม่ช่วยป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ การมีเพศสัมพันธ์แล้วและรับประทานยาคุมกำเนิดนานๆ อยู่ก่อนแต่ง อวัยวะเพศไม่สะอาด การติดเชื้อ ชายไทยไม่ขลิบ อวัยวะเพศกักเก็บเชื้อโรคหากมีเพศสัมพันธ์หลายคน

4. การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน

5. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เน้น ปลา เนื้อสัตว์น้อยๆ พักผ่อนมากๆ

6. หลีกเลี่ยงควมนุหรีที่ทั้งสูบเองและได้รับจากคนใกล้ชิดเคียง

7. เชื้อ HPV (Human Papilloma Virus)

8. ติดเชื้อ Chlamydia ซึ่งเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

9. มีบุตรหลายคน รีมี่คู่นอนหลายคนมีเพศสัมพันธ์อายุยังน้อยเกินไป

10. ได้ยา Diethylstilbestrol เพื่อป้องกันแท้ง

11. จากการติดเชื้อโรคเอดส์ รีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

12. พันธุกรรม

13. การขาดสารอาหารหรือภาวะเศรษฐกิจต่ำทำให้กินอาหารด้อยคุณภาพ หรือไม่มีการศึกษาเรื่องโภชนาการที่ตีแก่ประชาชน

### 3.6.1 อาหารต้านมะเร็ง

อาหารเปี่ยมคุณค่าเหล่านี้ไม่เพียงช่วยยับยั้งมะเร็ง ยังรักษาน้ำหนักให้คงที่และทำให้หัวใจแข็งแรง ถั่วเหลืองมีสารไฟโตเอสโตรเจน (Phytoestrogen) ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งปอด พบมากใน: เต้าหู้ แครอท ผักโขม อะโวคาโด มีไฟเลต ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกพบมากใน: ผักโขม หน่อไม้ฝรั่ง บรอกโคลี ป้องกันมะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ บรอกโคลีมีสารซัลโฟราเฟน (Sulforaphane) ช่วยต่อต้านการเกิดมะเร็ง ยังพบมากใน: ดอกกะหล่ำ กะหล่ำปลี คื่นช่าย กวางตุ้ง แครอท มีเบต้าแคโรทีน ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งที่ปากมดลูก รางไช้ ปอด หลอดอาหาร กล้องเสียง และมะเร็งปาก พบมากใน: พริกทอง แตงโม แคนตาลูป กีวี มีวิตามินซี ช่วยปกป้องดีเอ็นเอไม่ให้เปลี่ยนแปลง ซึ่งนำไปสู่การเกิดมะเร็ง พบมากใน เกรปฟรุ้ตมะละกอ พริกไทย ขนมังคุดช่วย ให้ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนคงที่ (การมีเอสโตรเจนสูงเกินไปอาจก่อให้เกิดมะเร็งเต้านมได้) ทั้งยังอุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระยังพบมากในถั่วเลนทิล ลูกแพร์ ถั่วอัลมอนต์

#### 4. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

##### 4.1 การตรวจภายใน

การตรวจภายใน หมายถึง การที่แพทย์ตรวจระบบสืบพันธุ์ของสตรี ได้แก่ รังไข่ ท่อนำไข่ มดลูกซึ่งเป็นการตรวจประจำปี ซึ่งเป็นการตรวจประจำปี โดยมากมักจะตรวจ Pap Smear ร่วมด้วย หากผู้ป่วยต้องการตรวจ Pap Smear แพทย์จะตรวจ Pap Smear ก่อนการตรวจภายใน มะเร็งปากมดลูกจะมีการตรวจแรกเริ่มโดยการตรวจภายในและการทำ Pap Test ซึ่งทำให้สามารถวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว เรามาจาก Pap Test ต้องเป็นผู้หญิงและต้องอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ด้วย สมาคมโรคมะเร็งของอเมริกาได้แนะนำให้เริ่มตรวจ Pap Smear หลังจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไปแล้ว 3 ปี หรือมีอายุมากกว่า 21 ปี แม้ว่าจะไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ให้ตรวจตามตาราง 1

ตาราง 1 แสดงการแยกกลุ่มอายุแนะนำความถี่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อายุ (ปี)	ความถี่ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
21 - 29	ให้ตรวจปีละครั้ง
30 - 69	ให้ตรวจทุก 2-3 ปีหากการตรวจ 3 ครั้งหลังให้ผลปกติ
70 และมากกว่า	ให้หยุดตรวจเมื่อการตรวจ 3 ครั้งหลังและ 10 ปีที่ผ่านมาผลการตรวจปกติ

หากว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงข้างล่างนี้จะต้องตรวจ Pap Test ทุกปี

1. มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย และมีเคยมีคู่มากหลายคน
2. ปัจจุบันมีคู่มากหลายคน
3. คู่ขามีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยและมีแฟนหลายคน
4. เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. ประวัติสมาชิกในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก
6. เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งหรือเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก
7. เป็นโรคหูดหงอนไก่
8. สูบบุหรี่
9. ติดเชื้อ HIV
10. เป็นคนที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น มะเร็ง

## 4.2 การเตรียมตัวตรวจภายใน

น้ำหอม

4.2.1 ก่อนไปตรวจก็ควรทำความสะอาดภายนอกโดยใช้สบู่ธรรมดาไม่ต้องใส่

4.2.2 ควรสวมกระโปรงหรือกางเกงหลวมๆ ที่สามารถถอดออกได้ง่าย

4.2.3 ไม่ควรจะไปเล่นกีฬาหรือไป Shopping ก่อนการตรวจ

4.2.4 ควรจะงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการตรวจ 2 วัน

4.2.5 ไม่ควรสวนหรือล้างภายในช่องคลอด

4.2.6 ไม่ควรจะเหน็บยา

4.2.7 ไม่ควรไปตรวจช่วงมีประจำเดือน ช่วงที่ดีที่สุดหลังมีประจำเดือน 5 วัน หรือช่วงกลางรอบเดือนซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกเปิดและมูกใสไม่ข้นอย่างไรก็ตามช่วงอื่นของรอบเดือนก็ทำการตรวจ Pap Smear ได้ไม่ควรเช็ดทำความสะอาดปากมดลูกก่อนทำ เพราะเซลล์เยื่อจะหลุดออกไปทำให้เก็บเซลล์ตัวอย่างได้น้อยและแปลผลผิดพลาดได้

เนื่องจาก มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่สามารถป้องกันและตรวจพบได้ ตั้งแต่เซลล์เริ่มผิดปกติ และสามารถรักษาให้หายได้ในระยะเริ่มต้น เพราะมีการดำเนินโรค แบบค่อยเป็นค่อยไป ใ้ระยะเวลาค่อนข้างนาน และเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่าอวัยวะอื่นๆ ในร่างกาย แพทย์สามารถตรวจวินิจฉัยและรักษาได้เร็วก่อนที่จะเป็นมะเร็งลุกลามจากการตรวจภายในและเก็บตัวอย่างเซลล์บริเวณปากมดลูกไปตรวจหรือที่เรียกว่า “แป๊ปสเมียร์” (Pap Smear) ซึ่งเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการตรวจหามะเร็ง ปากมดลูกระยะเริ่มต้น ผู้หญิงทุกคนควรตระหนักถึงความสำคัญของการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกผู้หญิงควรจะเริ่มตรวจหามะเร็งปากมดลูกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกช่วงอายุ และผู้หญิงที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ควรเริ่มตรวจเมื่อ อายุ 30 ปีขึ้นไป โดยควรมาตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือตามแพทย์นัด ในกรณีที่เริ่มพบความผิดปกติแพทย์อาจนัดให้ไปตรวจถี่ขึ้นสามารถสืบค้นและป้องกันได้ โดยการตรวจภายในเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูก เรียกว่า การตรวจแป๊ปสเมียร์ เป็นการตรวจภายในแล้วใช้ไม้พายเล็กๆ บ้ายบริเวณปากมดลูก เพื่อนำเซลล์ไปตรวจหาความผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็ง หรือที่เป็นมะเร็งระยะก่อนลุกลาม ใช้เวลาในการตรวจประมาณ 5 นาที โดยไม่มีความเจ็บปวด

สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกช่วงอายุ หรือที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์แต่มี อายุ 30 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจภายในหามะเร็งปากมดลูกด้วยการตรวจแป๊ปสเมียร์ปีละ 1 ครั้ง อย่างสม่ำเสมอ ที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน การตรวจภายในไม่ใช่เรื่องน่าอายหรือมีความเจ็บปวด สตรีควรพิทักษ์สิทธิในร่างกายเราและป้องกันการเกิดโรคซึ่งสามารถจะป้องกันโรคด้วยตัวเราเอง

การเตรียมตัวในการตรวจแป็บสเมียร์ โดยควรจะตรวจทันทีที่นึกได้ว่าปีนี้ยังไม่ได้ตรวจภายใน โดยวันที่จะมาตรวจภายใน

1. ไม่ควรจะเป็นวันที่มีประจำเดือน และควรตรวจหลังประจำเดือนหมดไปแล้ว 2 สัปดาห์

2. งดเพศสัมพันธ์และงดการสวนล้างช่องคลอดในวันก่อนตรวจ 1 วัน

นอกจากการตรวจหามะเร็งปากมดลูกแล้วยังสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ด้วยการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจให้สมบูรณ์โดยการ

1. งดสูบบุหรี่
2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
3. พักผ่อนให้เพียงพอ
4. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์
5. ทำจิตใจให้เบิกบาน แจ่มใส
6. ไม่สำส่อน หรือมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่สาม

“ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก” หลังจากได้รับไวรัสเอชพีวีแล้ว ปากมดลูกไม่ได้เปลี่ยนเป็นมะเร็งทันทีทันใด ชั้นแรกกลายเป็นระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกก่อน คือประมาณ 5-10 ปี ถึงจะกลายเป็นมะเร็ง ผู้หญิงที่เป็นระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกไม่มีอาการผิดปกติให้สังเกตได้ เพราะฉะนั้นวิธีที่จะรู้ว่าเป็นระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกก็คือการตรวจคัดกรองปากมดลูกประจำปี ทั้งๆ ที่ไม่มีอาการและหากพบความผิดปกติแพทย์ก็จะทราบและรักษาได้ทันที

ถ้าผ่านขั้นตอนระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกและกลายเป็นมะเร็งไปแล้ว แต่ยังไม่แสดงอาการเพราะเป็นน้อยๆ แต่มารับการตรวจภายใน แพทย์ก็เจอมะเร็งได้สำหรับคนที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองและรอให้มีอาการ จึงจะมาพบแพทย์ ก็อาจมีอาการที่ปรากฏ เช่น ตกขาวผิดปกติ มีกลิ่นหรืออาการเลือดออกที่จะพบก่อนมีเพศสัมพันธ์ เพราะอยู่เฉยๆ เลือดอาจจะไม่ออก แต่มีการกระทบกระเทือนจากเพศสัมพันธ์ก็จะมีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ได้ บางคนมีอาการมากกว่านั้นก็คือ อยู่เฉยๆ ก็มีเลือดออก อาการเหล่านี้คืออาการที่แสดงให้เห็นว่ามีความผิดปกติ ผู้หญิงก็จะมาพบแพทย์ แพทย์ตรวจพบความผิดปกติ พบก้อนหรือรอยโรคที่ปากมดลูก หลังจากนั้นจะต้องตัดชิ้นเนื้อเล็กๆ มาตรวจ ถ้าผลตรวจชิ้นเนื้อยืนยันก็จะวินิจฉัยได้แน่นอนว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก

วัยที่ต้องเริ่มไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือสตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วจะต้องตรวจคัดกรอง เช่น วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุ 16 ปี ก็จะต้องเริ่มตรวจภายในคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปี ถ้าไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย แนะนำให้ตรวจภายในคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประจำปี เมื่ออายุ 35 ปีไปแล้วการตรวจทุกๆ ปีก็คือ จะต้องไปพบแพทย์ เพื่อให้แพทย์ตรวจภายใน โดยใส่เครื่องมือเข้าไป และป้ายเซลล์จากปากมดลูกออกมาทำการตรวจคัดกรองผู้หญิงส่วนหนึ่ง "อายุ" ไม่ยอมไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีงานวิจัยเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยแนะนำให้ผู้หญิงใช้ผ้าอนามัยแบบสอดเข้าไปในช่องคลอดด้วยตนเอง และนอน 1 คืน ทางที่งานวิจัยมอบอุปกรณ์ 2 อย่างคือ แผ่นแก้ว (สไลด์) และน้ำยาแช่ พร้อมกับแนะนำให้ผู้หญิงตื่นเข้ามาดึงผ้าอนามัยออก ป้ายบนแผ่นแก้วและนำแผ่นแก้วแช่น้ำยา ปิดขวดและนำส่งที่งานเพื่อย้อมพิเศษและส่องกล้องจุลทรรศน์ พบว่า วิธีนี้ได้ผลดี มีประสิทธิภาพเพียงพอสำหรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และขจัดปัญหาเรื่อง "ความอาย" ได้

เป้าหมายของการค้นหาหามะเร็งเริ่มแรกคือการค้นหาการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ ก่อนที่จะเกิดอาการของโรค การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกแรกเริ่มโดยมากมาจากการตรวจปากมดลูกประจำปี ในการตรวจภายในแพทย์ จะตรวจ มดลูก ช่องคลอด ท่อรังไข่ รังไข่ หลังจากนั้นแพทย์จะใช้อุปกรณ์ต่างช่องคลอดเพื่อทำ Pap Smear ช่วงที่เหมาะสมในการตรวจภายในคือ 10-20 วันหลังประจำเดือนวันแรก และก่อนการตรวจ 2 วันไม่ควรสวนล้าง ยาฆ่า Sperm หรือยาสอด ปัจจุบันการรายงานผลจะให้ Low หรือ High Grade SIL มากกว่า Class 1-5 แต่อย่างไรก็ตามควรให้แพทย์อธิบายผลให้ฟังอย่างละเอียด ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไปควรตรวจภายในประจำปี



ภาพ 3 แสดงการตรวจแป๊ปสเมียร์ (Pap Smear)

ที่มา: แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (พ.ศ.2556-2560) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข



### 4.3 วิธีการตรวจภายในโดยวิธี Pap Smear

เจ้าหน้าที่ก็จะทำการซักประวัติ และตรวจร่างกายแล้วก็จะเข้าห้องตรวจภายใน ซึ่งเป็นห้องที่มิดชิด เจ้าหน้าที่จะให้เปลี่ยนกางเกงหรือกระโปงเป็นผ้าที่มีลักษณะเหมือนผ้าถุง เมื่อเปลี่ยนเสื้อผ้าเสร็จแล้วไปยังเตียงตรวจซึ่งไม่เหมือนกับเตียงตรวจโรคทั่วไป ให้วางเท้าไว้บนขาหยั่งซึ่งจะทำให้แยกขาออก เจ้าหน้าที่จะเปิดผ้าถุง และนำผ้ามาคลุมและเปิดช่องไว้เพียงพอในการตรวจ หลังจากนั้นแพทย์จะทำความสะอาดบริเวณดังกล่าวด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ แล้วจึงใส่ Speculum เพื่อขยายช่องคลอด ด้วย Speculum แพทย์จะอาศัยประวัติการมีเพศสัมพันธ์และประวัติการคลอดบุตร การใส่ Speculum อาจสร้างความอึดอัดเล็กน้อย หลังจากนั้นแพทย์จะใช้ไม้อาร์เร (Ayre's Spatula) ป้ายบริเวณผิวเยื่อปากมดลูกด้านนอกเก็บเซลล์ตัวอย่าง และนำเซลล์นั้นแช่ในน้ำยารักษาสภาพเซลล์แล้วส่งปฏิบัติการตรวจหามะเร็ง

### 4.4 การแปลผล

4.4.1 ปกติหรือ Normal หมายถึง ตรวจไม่พบเซลล์ที่ผิดปกติ ดังนั้น ไม่ต้องทำอะไรต่อ

4.4.2 Atypical Squamous cells of Undetermined Significance มีความผิดปกติของเซลล์แต่ไม่สามารถบอกได้อย่างแน่ชัดว่าเป็นมะเร็งหรือไม่ อาจเกิดจากการติดเชื้อหรือการอักเสบของปากมดลูก แพทย์จะแนะนำให้มาตรวจซ้ำ

4.4.3 Squamous Intraepithelial Lesion ลักษณะที่ตรวจพบจะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้สูง แพทย์จะต่อนัดตรวจเพิ่มเติม

4.4.4 Atypical Glandular Cells หมายถึงมีเซลล์ที่ผิดปกติมาก หากได้รับรายงานนี้แพทย์ต้องตรวจต่อ

4.4.5 SIL—Low-Grade Squamous Intraepithelial Lesion หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเซลล์ ภาวะนี้เกิดจากการติดเชื้อ HPV ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายเป็นปกติ

4.4.6 HSIL—High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและรูปร่างของเซลล์ที่ชัดเจน หากไม่รักษาจะกลายเป็นมะเร็ง

4.4.7 Squamous Cancer or Adenocarcinoma Cells ผลออกมาแบบนี้ก็ต้องตรวจต่อว่าเป็นมะเร็งมากแค่ไหน เพื่อวางแผนการรักษา

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายมุ่งเน้นการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีที่เรียกว่า Pap Smear สำหรับสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ดำเนินภายใต้ "โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 35-60 ปี ฟรีทั้ง 76 จังหวัด

ในโรงพยาบาลของรัฐทุกจังหวัด" โดยไม่คิดมูลค่า การดำเนินงานของโครงการแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกในปี 2548-2552 ได้ตั้งเป้าตรวจคัดกรองในสตรี อายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ดำเนินการใน 75 จังหวัด และระยะที่ 2 ปี 2553-2557 ได้มีการปรับเปลี่ยนเป้าหมายการตรวจคัดกรองโดยเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุ 30-60 ปี มุ่งลดอัตราป่วยและเสียชีวิต โดยใช้วิธีการคัดกรอง ทั้งการตรวจแป็ปสเมียร์และการตรวจ VIA กำหนดให้คัดกรองได้ 1 ครั้งในรอบ 5 ปี มีเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ครอบคลุม อย่างน้อยร้อยละ 80 ในระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2553-2557) และได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์จังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2559)

### ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบจำลองทางสังคมจิตวิทยา (Social-Psychological Approach) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เป็นทฤษฎีของ Rosenstock (1974) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีหากประเมิน แล้วพบว่า พฤติกรรมนั้นๆ มีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดี ในการลดโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น ต่อมา Becker, & Maiman (1975) ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาพัฒนาโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เนื่องจากเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือช่องทางที่จะมีส่วนสนับสนุนให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตน อารมณ์ผิดปกติ สิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ได้จากการณรงค์ คำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ แพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อสม. บุคคลภายในครอบครัว สื่อมวลชนต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น (จักรพันธ์ เพชรภูมิ, 2559)

ครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (Sick – Role Behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถ

ศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ 1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในยุคนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุขเน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมามากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกันโรคกันน้อยลง บุคคลจะแสวงหาแนวทางเพื่อจะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันและฟื้นฟูสภาพทราบเท่าที่การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคนั้นเป็นสิ่งที่มีความคุ้มค่ามากกว่าความยากลำบากที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าวบุคคลจะต้องมีความรู้สึกกลัวต่อโรคหรือรู้สึกว่าโรคคุกคามตน และจะต้องมีความรู้สึกว่าตนเองมีพลังที่จะต่อต้านโรคได้ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554) รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการร้ายที่จะป่วยเป็นโรคต่างๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่นเมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนเองจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นๆ อีกจะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) เป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบจากการเกิดโรคซึ่งก่อให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่างๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้นทำให้เกิดความพิการหรือตายได้หรือไม่หรืออาจมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรคซึ่ง จากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits =>) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้นโดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, & Maiman (1975) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

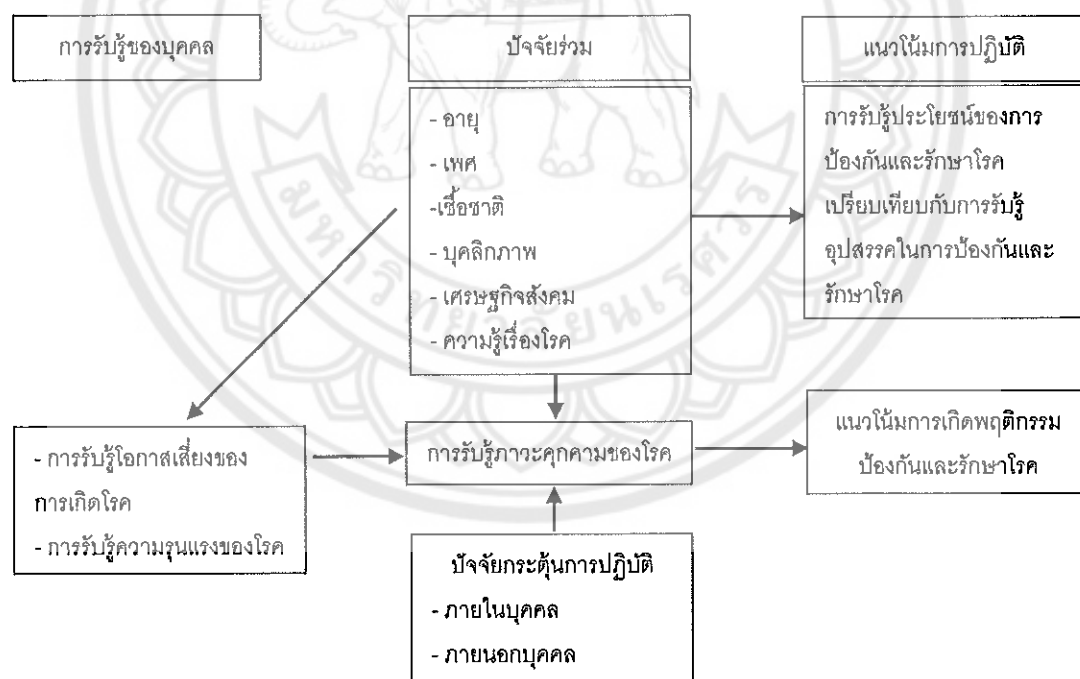
6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่นความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

แบบจำลองนี้สามารถนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันและรักษาโรคได้อย่างกว้างขวางโดยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดนี้แบ่งตัวแปรออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคล (Individual perceptions) ประกอบด้วย
  - 1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
  - 1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค
2. กลุ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) ประกอบด้วย
  - 2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
  - 2.2 ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ
3. กลุ่มปัจจัยแนวโน้มการปฏิบัติ (Likelihood of action) ประกอบด้วย
  - 3.1 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรค
  - 3.2 การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค



ภาพ 4 แสดงองค์ประกอบและความสัมพันธ์เชิงทฤษฎีของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตาม แนวคิดของ Becker และ Maiman

ที่มา: ดัดแปลงจาก Becker, & Maiman, 1975

## 2. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบจำลองที่ให้ความสำคัญกับการรับรู้ของบุคคลร่วมกับการได้รับปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติทำให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคได้ การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ง่ายหรือใช้ระยะเวลาสั้นๆ เช่น การให้ความร่วมมือเข้าร่วมคัดกรองโรค ฯลฯ มากกว่าการนำไปใช้กับพฤติกรรมที่ใช้ระยะเวลาในการปรับเปลี่ยนนานๆ หรือพฤติกรรมที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ลดความอ้วน ฯลฯ ดังนั้น จำเป็นต้องชักนำให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้อง

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของคนในชุมชนและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงโดยพิจารณาจากปัญหาสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว

2. เมื่อได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นต่อไปคือการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน

3. หลังจากนั้นจึงจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการที่มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยง

- 3.1 มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค โดยการวิเคราะห์ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริง กับโอกาสในการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพมีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ อาจให้ตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ที่ถูกตัดกล่องเสียงจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น

- 3.2 มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ (อาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ, 2554)

- 3.3 มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ

3.4 ลดความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการสร้างความมั่นใจต่อการปฏิบัติ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

4. วางแผนจัดสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน การนัด การส่งไปรษณียบัตรเตือน เป็นต้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2554)

#### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สมใจ พรภิกานนท์ (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-59 ปี ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี การศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับดี มีการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับมาก มีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมปัจจัยในระดับปานกลาง ร้อยละ 76 ของกลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจไปตรวจมะเร็งปากมดลูก และมีพฤติกรรมไปตรวจมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 64.70 สถานภาพโสด สถานภาพคู่ เจตคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เป็นปัจจัยที่ทำนายความตั้งใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-59 ปี ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความตั้งใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 88.0

สุมาลี ครูททิน (2551) ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษาแบบบรรยาย ในสตรีอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องและแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุริยาพร ลามุล (2552) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-60 ปี ตำบลผาจุ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้

ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความคาดหวังที่มีต่อผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จำนวนครั้งของการคลอดบุตรและความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถพยากรณ์ การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 42.1 โดยจำนวนครั้งของการคลอดบุตร ส่งผลให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่มารับบริการ 1.570 เท่า ความคาดหวังส่งผลให้ สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมากกว่าไม่มารับบริการ 1.381 เท่า

ระเนตร เชื้อเพื่อพันธุ์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า ปัจจัยร่วมด้านความรู้ และปัจจัยทางวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับดี สถานภาพสมรส รายได้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ขวัญสุมาณา พิณราช และ วิไลวรรณ ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลหนองโสน อำเภอเสนาขวัญ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการรับ บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับการรับรู้ พบว่า การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของการรักษาและป้องกันโรค ส่วนการรับรู้สิ่งชักนำและแรงจูงใจ อยู่ในระดับปานกลาง ความรู้เรื่อง โรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยต่างๆ กับการรับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้สิ่งชักนำและ แรงจูงใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิภาวดี ศรีทอง (2553) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของ โรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของ การป้องกันโรคอยู่ในระดับดีจากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้าน สุขภาพกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการรับรู้



โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคและการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมารับบริการตรวจคัดกรองที่นัยสำคัญ  $< 0.01$  จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า รายได้ของครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 59.3

จิราพร ศรีพิบูลย์ปัติ และคณะ (2554) ศึกษาการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน การวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี อายุ 35 - 60 ปี พบว่า คนมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 ไม่มาใช้บริการร้อยละ 47.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเอื้อด้านระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชน

ละเอียด วงศ์วิชานุกูล (2555) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีชาวเขาเผ่าม้ง อายุ 30 - 60 ปี พบว่า เหตุผลที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือมีการรณรงค์ให้ตรวจร้อยละ 72.68 และเหตุผลที่ไม่ตรวจมากที่สุดคือไม่มีเวลาไปตรวจร้อยละ 60.94 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ ผู้ที่ได้เรียนหนังสือ เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ คิดเป็น 1.56 เท่า ผู้ที่นับถือศาสนา เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่า ผู้ที่นับถือผีคิดเป็น 0.55 เท่า ผู้ที่เคยตั้งครรภ์ เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์ คิดเป็น 6.20 เท่า ผู้ที่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยรับรู้ ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็น 2.25 เท่า และพบว่า ผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูง จะมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกต่ำ คิดเป็น 1.83 เท่า

พรศิริ ชันติกุลานนท์ (2556) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ใน ภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ 0.01 และสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ในภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและ ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีปัจจัย การรับรู้สมรรถนะและปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสตรีที่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ผลการสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม พบว่า เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือมีความกลัวเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกและต้องการดูแลสุขภาพ สำหรับเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะมีความอาย กลัวผลการตรวจผิดปกติและไม่มีปัจจัยเสี่ยง

มณฑา เก่งการพานิช, สุพัทธ์ตา งามดำ, และธราดล เก่งการพานิช (2556) ศึกษาปัจจัย ทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัด ราชบุรี เป็นการวิจัย เชิงพรรณนาแบบ Case-control Study สตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลบ้านไร่ อำเภอเมืองจังหวัดราชบุรี พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ และการ คุมกำเนิด ปัจจัยภายใน/ปัจจัยนำ คือเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัย แวดล้อม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การมีประสบการณ์รับรู้ว่าคุณใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือ ญาติไปรับการตรวจคัดกรองฯ สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งตัวแปร ทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้ร้อยละ 52.1 โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดเรียงตามลำดับ จำนวน 5 ตัวแปร คือ การตรวจ

สุขภาพประจำปี การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. การคุมกำเนิดถาวร สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาล และการรับรู้ว่าคุณไกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองฯ

Bessler et al. (2007) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาในคลินิก เทรลอร์นี ประเทศจาเมกา ผู้หญิง อายุระหว่าง 25 ถึง 54 ในจาเมกาในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ในเขตเมืองเทรลอร์นี ประเทศจาเมกา ตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคมปี 2005 พบว่า โดยรวมแล้ว ร้อยละ 11 ของผู้หญิงไม่เคยเป็น Pap smear และมีเพียงร้อยละ 38 ที่ได้รับการตรวจ Pap test ในปีที่ผ่านมา การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีผลต่อการตัดสินใจของผู้หญิงในการตรวจมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอ คำแนะนำจากผู้ให้บริการยังส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงต่อการรับการตรวจ Pap smear และการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

Kapoor et al. (2010) ศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่เป็นผู้ใหญ่ การศึกษาแบบ cross-sectional ในสถานที่ต่างๆ ดำเนินการใน OPD ของ AIIMS Bhopal ในช่วงเดือนมีนาคม / เมษายน 2010 ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่ต่ำกว่า แต่มีทัศนคติที่ดีในการตรวจคัดกรอง ในการศึกษาของเราผู้หญิง ร้อยละ 65.5 ทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง พบว่า ร้อยละ 80.5 มีทัศนคติที่ดีต่อมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ผู้หญิงส่วนใหญ่แสดงความตั้งใจที่จะคัดกรองหากไม่มีค่าใช้จ่าย ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ พบว่า ผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไประดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีความรู้เพียงพอ รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มีรายได้สูงและผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อมะเร็งปากมดลูก

Erbil (2010) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีชาวตุรกีซึ่งศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง คลินิกผู้ป่วยนอกทางนรีเวชของโรงพยาบาลเด็กและทารกในจังหวัดออกดูซึ่งได้เป็นอาสาสมัครด้วยความยินยอม เปรียบเทียบข้อมูลสำหรับผู้หญิงที่เคยมีประวัติ pap smear กับคนที่ไม่เคยมีประวัติ pap smear พบว่า ผู้หญิงมีความรู้เกี่ยวกับการตรวจ pap smear ร้อยละ 24.7 และได้รับการตรวจ pap smear ร้อยละ 11.8 การทำงานนอกบ้าน การใช้วิธีคุมกำเนิด ประวัติการเป็นโรคมะเร็งของบุคคลในครอบครัว ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ญาติพี่น้อง ทัศนคติที่ดีต่อการตรวจทางนรีเวชสตรี และการพิจารณาตัวเองมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีผลต่อการตรวจ pap smear เนื่องจากอัตราการตรวจ Pap smear ต่ำมาก การศึกษาของสตรีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองและการป้องกันมะเร็งปากมดลูกจึงมีความสำคัญสูง

Han (2011) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สมรสแล้วในเขตเมืองมณฑลยฺเหว่ย ประเทศพม่า การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง พบว่าสตรีที่เป็นตัวอย่างร้อยละ 78.3 มีความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก อายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \leq 0.001$ ) ความรู้ การรับรู้โดยรวม การรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ด้านประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ด้านปัญหาและอุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกและสามีหรือครอบครัวของตน และการที่เคยได้ยินเกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางวิทยุ โทรทัศน์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์อย่างยิ่งกับความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าสัดส่วนผู้ที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกนั้นสูงมาก แต่ผู้ที่จะไปส่วนใหญ่ไม่สามารถระบุเวลาได้แน่ชัดว่าจะไปตรวจเมื่อใด ปัจจัยทางลักษณะประชากรและสังคมนั้นไม่มีผลต่อความตั้งใจจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามการสนับสนุนของสามีและครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งของสตรี

Adekeye et al. (2012) ศึกษา มะเร็งปากมดลูกและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ Pap Smear และการใช้การทดสอบ Pap Smear Test ระหว่างข้าราชการพลเรือนในภาคเหนือของไนจีเรีย สตรีวัยทำงาน ( $n = 388$ ) 65 ปี พบว่า มะเร็งปากมดลูกและการรับรู้เกี่ยวกับ Pap smear เท่ากับร้อยละ 50.9 และร้อยละ 38.6 ตามลำดับโดยสื่อเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 10.2 โดยมีจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีผลต่อการตรวจคัดกรองอุปสรรคส่วนตัวในการตรวจคัดกรอง ได้แก่ การขาดความตระหนักและเชื่อว่ามะเร็งปากมดลูกไม่สามารถป้องกันได้ การคัดกรองโอกาสเสี่ยงโดยการประชาสัมพันธ์และการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับระดับการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าความตระหนักเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกพบได้ในกลุ่มหญิงโสด แต่ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพการสมรสกับการรับรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีผลต่อการรับรู้หรือการใช้ประโยชน์ ระดับความรู้มีผลต่อการตรวจคัดกรอง, ความสามารถในการรักษามะเร็งปากมดลูกและการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านเจตคติ ปัจจัยด้านการรับรู้โดยแบ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรค และการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองโรค ปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัย

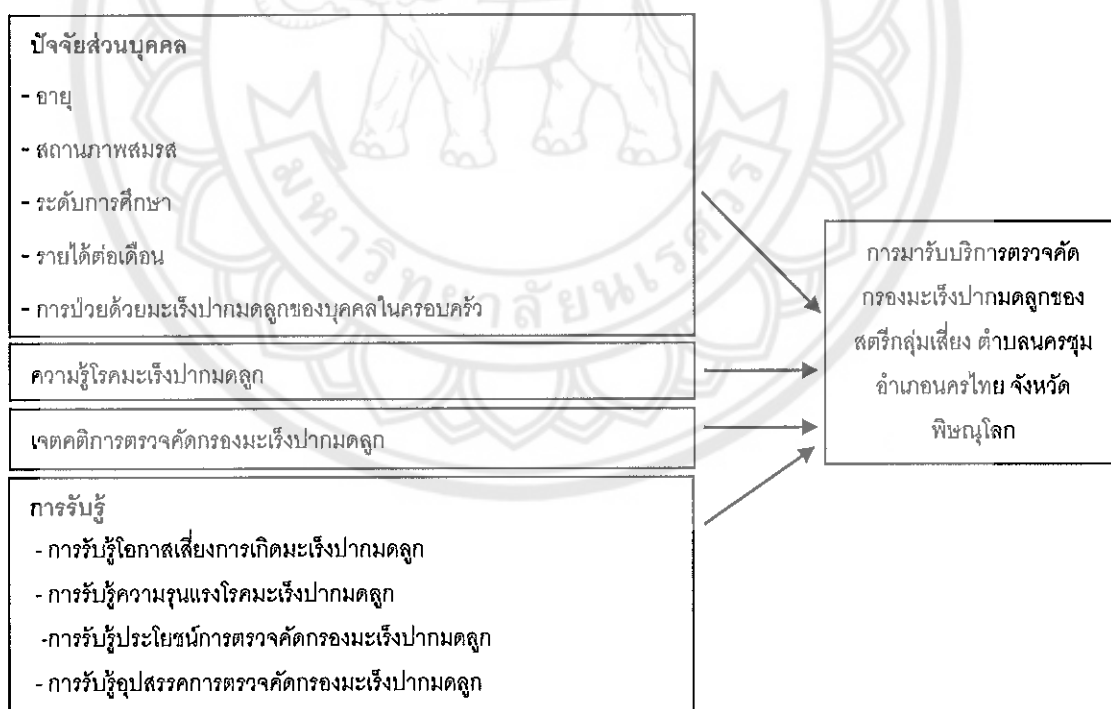
ส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลในครอบครัว ร่วมกับแนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจัดกิจกรรมเชิงรุก จึงได้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไว้ในกรอบแนวคิด

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

#### ตัวแปรต้น

#### ตัวแปรตาม



ภาพ 5 แสดงกรอบแนวคิด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยผู้ศึกษาได้ดำเนินการศึกษาต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี ในพื้นที่เขตรับผิดชอบตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ครอบคลุมทั้งผู้ที่มาตรวจและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลประชากรในฐานะข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม (Hosxp\_PCU) ซึ่งเป็นซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาลสถานีอนามัย และโรงพยาบาลถ้าใช้ในระดับสถานีอนามัยเรียกว่าโปรแกรมฐานข้อมูล (HOSxP\_PCU) จำนวน 610 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยง อายุ 30-60 ปี โดยนับอายุครบปีในเดือนกันยายน 2558 พื้นที่เขตรับผิดชอบตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าสัดส่วน (Wayne, 1995)

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_{/2} p(1-p)}{e^2(N-1) + Z^2 \alpha_{/2} p(1-p)}$$

กำหนดให้

n คือ ขนาดตัวอย่าง

N คือ จำนวนสตรี อายุ 30-60 ปีในเขตรับผิดชอบ จำนวน 610 คน

$Z_{\alpha_{/2}}$  คือ ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับความเชื่อมั่นของการประมาณค่าเท่ากับ 95% ดังนั้น  $Z_{\alpha_{/2}} = 1.96$

e คือ ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้กำหนดให้เท่ากับ 0.05

$p$  คือ ค่าสัดส่วน โดยนำค่าร้อยละของสตรี อายุ 30- 60 ปี ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในปี 2555 ถึง 2559 เฉลี่ยร้อยละ 33 (ข้อมูลทะเบียนคัดกรอง รพ.สต.นครชุม 2559) ได้ค่าสัดส่วน = 0.33

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{610 (1.96)^2 \times 0.33(1-0.33)}{(0.05)^2(610-1) + (1.96)^2 \times 0.33(1-0.33)}$$

$$n = \frac{2,343.38 \times 0.22}{1.52 + 0.849}$$

$$n = \frac{515.54}{2.37}$$

$$n = 218.44 \quad \text{ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ 219 คน}$$

ผู้วิจัยนำขนาดตัวอย่างมาจัดเรียงรายชื่อประชากรตามบ้านเลขที่ในแต่ละหมู่บ้านแล้วต่อจากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) โดยใช้สูตร  $l = N/n$  เมื่อแทนค่าในสูตร ได้ค่า  $l = 610/219 = 2.78$  ค่าช่วงชั้นเท่ากับ 3 แล้วทำฉลากหมายเลขบ้านเลขที่ 1-9 สุ่มตัวอย่างกลุ่มเป้าหมายคนแรก (Random Start) โดยจับฉลากหมายเลขแรกแล้วนับต่อไปห่างกันช่วงชั้น 3 เลขที่บ้านต่อไปจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Include criteria)

1. เป็นสตรี อายุ 30 – 60 ปี
2. ผู้ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและผู้ที่ไม่มียาชื่อในทะเบียนบ้านแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลกจริงในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclude criteria)

1. ผู้ที่มีความประสงค์ขอลอนตัวหรือไม่ยินยอมให้ข้อมูล ในขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้ที่มีรายชื่ออยู่ทะเบียนบ้านแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลกช่วงระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล
3. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง

## เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการตั้งครรภ์ และการคลอดบุตร ประวัติการคุมกำเนิด การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง ประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 11 ข้อ

**ส่วนที่ 2** เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย สาเหตุการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, เหตุผลสนใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, การสนับสนุนบุคคลในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การได้รับความช่วยเหลือในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความถี่ในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเหตุผลการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ตัวเลือกตอบเป็นแบบถูกผิด โดยเลือกเพียง 1 คำตอบ ให้คะแนน 0,1 จำนวน 12 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนของแบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0-12 คะแนน แปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ Bloom (1976) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนระหว่างร้อยละ 61-79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	มีความรู้ในระดับสูง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) ที่ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 3 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้



คะแนนข้อคำถามทางบวก		คะแนนข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5		1
เห็นด้วย	4		2
ไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	2		4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1		5

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง  $((15-3)/3) = 4$  ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับเจตคติ
12.01-15.00	สูง
8.01-12.00	ปานกลาง
4.00-8.00	ต่ำ

ส่วนที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อ จะมีลักษณะการวัดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ที่ใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 19 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คะแนนข้อคำถามทางบวก		คะแนนข้อคำถามทางลบ	
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5		1
เห็นด้วย	4		2
ไม่แน่ใจ	3		3
ไม่เห็นด้วย	2		4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1		5

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง  $((30-6)/3) = 8$  ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับการรับรู้
22.01-30.00	สูง
14.01-22.00	ปานกลาง
6.00-14.00	ต่ำ

#### การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง  $((30-6)/3) = 8$  ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับการรับรู้
22.01-30.00	สูง
4.01-22.00	ปานกลาง
6.00-14.00	ต่ำ

#### การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง  $((20-4)/3) = 5.33$  ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับการรับรู้
14.68-20.00	สูง
9.34-14.67	ปานกลาง
4.00-9.33	ต่ำ

#### การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ข้อ

เกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ การแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977) คือ ใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดและหาร 3 ได้ความกว้าง  $((15-3)/3) = 4$  ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับการรับรู้
12.01-15.00	สูง
8.01-12.00	ปานกลาง
4.00-8.00	ต่ำ

## 2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 2.1 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน, สูตินารีแพทย์ 1 ท่าน, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 1 ท่าน ให้ค่าความเห็นตรงกันคือค่าคะแนน 4 และ 3 คิดเป็น 1 คะแนน ส่วนข้อที่คำตอบ 1 และ 2 คิดคะแนน 0 ข้อคำถามนั้นจะถูกตัดออกหรือปรับปรุงแก้ไข กำหนดระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ

- 4 หมายถึง เกี่ยวข้องมาก
- 3 หมายถึง เกี่ยวข้องแต่ต้องปรับแก้
- 2 หมายถึง ไม่สามารถประเมินได้ถ้าไม่ปรับแก้
- 1 หมายถึง ไม่เกี่ยวข้อง

กำหนดค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Lynn, 1986; Polit, & Beck, 2007) ถือว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา โดยข้อคำถามใดที่มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา น้อยกว่า 0.8 ผู้วิจัยนำข้อเสนอนี้และข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาค่าความตรงตามเนื้อหาอีกครั้ง ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 0.85

### 2.2 ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ใกล้เคียงตำบลนครชุม จำนวน 30 ราย

ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson หรือ KR-20) มีค่า เท่ากับ 0.763

ผลการวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามส่วนเจตคติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น 0.730

ผลการวิเคราะห์หาความน่าเชื่อถือได้ของแบบสอบถามส่วนการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha coefficient) กำหนดค่าตั้งแต่ 0.70 (Walt, 2005) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 0.757

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 0.815

การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 0.721

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 0.730

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No. 1017/2560 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2560 ก่อนทำการวิจัยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบถึงสิทธิที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมวิจัยโดยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งชี้แจงว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจถ้าหากกลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้อย่างปลอดภัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

#### 1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามโดยการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1.1 ขอนหนังสืออนุญาตคณะกรรมการจริยธรรม ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินชี้แจงข้อมูลแก่สาธารณชนสุขอำเภอทราบว่ามี การเก็บข้อมูลในการทำวิจัยพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก

1.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณลักษณะที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บตามวันเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย

1.4 ในการตอบแบบสอบถามจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเองแต่ในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามอ่านหนังสือไม่ได้ผู้วิจัยอ่านคำถามให้ตัวอย่างฟังและตอบคำถามที่ละข้อจนครบข้อคำถาม

1.5 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติอัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม ร้อยละ 100

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน

2.2 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละปัจจัยกับการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Binary logistic regressions โดยวิธีนำเข้าสู่สมการในขั้นตอนเดียว (Enter method) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ระดับนัยสำคัญ 0.05



## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ กลุ่มตัวอย่าง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 219 ราย โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มี อายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 43.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.30 เรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.40 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 73.50 มีจำนวนคู่นอน 1 คน ร้อยละ 84.00 เคยตั้งครรรภ์ ร้อยละ 96.30 มีการใช้การคุมกำเนิด ร้อยละ 90.00 มีการใช้ยาเม็ดในการคุมกำเนิด ร้อยละ 67.60 มีระยะเวลาในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเฉลี่ย 11 ปี ไม่มีญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 92.70 ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 219)

ปัจจัยส่วนบุคคล	รวม (n = 219)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)	$(\bar{X} = 47, 53, S.D. = 7.70, \text{Min} = 30, \text{Max} = 60)$	
30-39	34	15.50
40-49	90	41.10
50-60	95	43.40
สถานภาพสมรส		
โสด	7	3.20
สมรส	194	88.60
หม้าย/หย่า/แยก	18	8.20
การประกอบอาชีพ		
แม่บ้าน	27	12.30
เกษตรกรกรรม	154	70.30
รับจ้าง	25	11.30
ค้าขาย	5	2.30
ข้าราชการ	7	3.20
อื่นๆ	1	0.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	1.40
ประถมศึกษา	152	69.40
มัธยมศึกษาขึ้นไป	19	8.70
อนุปริญญาขึ้นไป	4	1.80
รายได้ต่อเดือน ( $\bar{X} = 4,736.51, S.D. = 6,760.16, \text{Min} = 500, \text{Max} = 50,000$ )		
0-5,000 บาท	180	82.20
5,001-10,000 บาท	20	9.10
10,001-15,000 บาท	8	3.70
15,001-20,000 บาท	4	1.80
20,001 บาท ขึ้นไป	7	3.20

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	รวม (n = 219)	
	จำนวน	ร้อยละ
<b>มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ (<math>\bar{X}</math> = 19.43, S.D. = 6.21, Min = 14, Max = 35)</b>		
ต่ำกว่า 20 ปี	161	73.50
20-30 ปี	37	16.90
30 ปีขึ้นไป	2	0.90
ไม่ตอบ	19	8.60
<b>จำนวนคู่นอน (<math>\bar{X}</math> = 1.09, S.D. = 0.57, Min = 0, Max = 5)</b>		
ไม่มี	1	0.50
1 คน	184	84.00
มากกว่า 2 คน	23	10.50
ไม่ตอบ	11	5.00
<b>ประวัติการตั้งครรภ์</b>		
ไม่เคยตั้งครรภ์	8	3.70
ตั้งครรภ์	211	96.30
คลอดปกติ	211	96.30
ผ่าคลอด	14	6.30
แท้ง	41	18.70
<b>ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด</b>		
ไม่เคยใช้	22	10.00
เคยใช้	197	90.00
<b>ประเภทการคุมกำเนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	148	67.60
ยาฉีดคุมกำเนิด	53	24.20
ยาฝังคุมกำเนิด	5	2.3๑
ถุงยางอนามัย	3	1.5๑
ห่วงอนามัย	9	4.10
ทำหมัน	41	18.70
<b>บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก</b>		
มี	16	7.30
ไม่มี	203	92.70



## ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เหตุผลของการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เหตุผล การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.80 เหตุจูงใจใน การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลัวเป็นมะเร็ง ร้อยละ 39.89 รองลงมา มี การรณรงค์ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.78 และได้รับการแนะนำจากบุคคลที่ ช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ เป็น อสม. ร้อยละ 41.57 รองลงมา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 37.64 การได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 49.06 รองลงมาในเรื่องสถานที่ให้บริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 40.88 ความถี่ในการไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่า หรือเท่ากับ 1 ปี ต่อครั้ง ร้อยละ 88.70 ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของเหตุผลของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 97)

เหตุผลของการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	สตรีที่มาตรวจ (n = 97)	
	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ตรวจหลังคลอด	16	13.79
- มีอาการอักเสบของมดลูก ตกขาวเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น ปวดท้องน้อย เป็นต้น	3	3.10
- มีตกขาวหรือเลือดออกทางช่องคลอด	6	6.20
- ตรวจสุขภาพประจำปี	91	93.80
เหตุจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- กลัวเป็นมะเร็ง	71	39.89
- เพื่อนบ้านชักชวน	9	5.06
- ได้รับการแนะนำจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	45	25.28
- มีการรณรงค์ให้ไปตรวจ	53	29.78

## ตาราง 3 (ต่อ)

เหตุผลของการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	สตรีที่มาตรวจ (n = 97)	
	จำนวน	ร้อยละ
บุคคลช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- สามีหรือบุคคลในครอบครัว	25	14.04
- ญาติ	3	1.69
- เพื่อนบ้านใกล้เคียง	9	5.06
- อสม.	74	41.57
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล	67	37.64
การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก	78	49.06
- สถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	65	40.88
- พาหนะในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	10	6.29
- ค่าใช้จ่ายเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	6	3.77
ความถี่ในการไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
- น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีต่อครั้ง	86	88.70
- มากกว่า 1 ปีต่อครั้ง	11	11.30

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เหตุผลที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เห็นว่า ไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด ร้อยละ 24.00 รองลงมาไม่มีเวลาไปตรวจลำบากใจในเรื่องการหยุดงาน ร้อยละ 16.00 และไม่ต้องการวิตกกังวลระหว่างรอผลการตรวจ ร้อยละ 15.64 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละ เหตุผลของการไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 122)

เหตุผลของการไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	สตรีที่ไม่มาตรวจ (n = 122)	
	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลของการไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ไม่ทราบเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมาก่อน	2	0.73
- ไม่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1	0.36
- การเดินทางไม่สะดวก	20	7.27
- ไม่มีเวลาไปตรวจลำบากใจในเรื่องการหยุดงาน	44	16.00
- กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง	33	12.00
- สามี/ญาติไม่ให้ไปตรวจ	2	0.73
- กลัวเจ็บ	15	5.45
- ไม่ต้องอับอายที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ตรวจภายใน	38	13.82
- ไม่ต้องวิตกกังวลระหว่างรอผลการตรวจ	43	15.64
- ไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด	66	24.00
- เป็นการดีที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	1	0.36
- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องไม่น่าเชื่อถือ	1	0.36
- การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องยุ่งยาก	1	0.36
- อื่นๆ ...เป็นประจำเดือนช่วงมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	8	2.91

### ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.40 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.20 ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ของโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับความรู้	(n = 219)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	$\bar{X} = 8.33, S.D. = 1.33$	
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 10 คะแนน)	56	16.40
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง 7.1-9 คะแนน)	130	59.40
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน)	53	24.20

ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกรายข้อของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ ข้อ 11 การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ค้นพบโรคได้เร็วเพื่อการรักษา ร้อยละ 98.20 รองลงมาคือ ข้อ 12 การรักษามะเร็งปากมดลูก ทำได้โดยการตัดมดลูก การใช้รังสีรักษาร่วมกับเคมีบำบัดและข้อ 10 ผู้หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ร้อยละ 95.90 และ 95.40 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ข้อ 9 สตรีที่มีอาการตกขาวบ่อยๆ และมีกลิ่นเหม็นมากมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80.40 รองลงมาคือ ข้อ 6 สตรีที่มีสามีขลิบปลายอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่สามีไม่ขลิบอวัยวะเพศ และข้อ 3 มะเร็งปากมดลูกเกิดได้ในหญิงที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 59.40 และ 58.90 ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 แสดงความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	(n = 219)			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	145	66.20	74	33.80
2. มะเร็งปากมดลูกเกิดจากเซลล์ที่เจริญเร็วผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก	201	91.80	18	8.20
3. มะเร็งปากมดลูกเกิดได้ในหญิงที่แต่งงานแล้ว	90	41.10	129	58.90
4. สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE), AIDS มีความเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก	122	55.70	97	44.30
5. การสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้	140	63.90	79	36.10
6. สตรีที่มีสามีขลิบปลายอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่สามีไม่ขลิบอวัยวะเพศ	89	40.60	130	59.40
7. คนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงใดๆ	182	83.10	37	16.90
8. อาการของมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยคือมีเลือดออกทางช่องคลอด มีเลือดออกระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์	179	81.70	40	18.30
9. สตรีที่มีอาการตกขาวบ่อยๆ และมีกลิ่นเหม็นมากมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	43	19.60	176	80.40
10. ผู้หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	209	95.40	10	4.60
11. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ค้นพบโรคได้เร็วเพื่อการรักษา	215	98.20	4	1.80
12. การรักษามะเร็งปากมดลูก ทำได้โดยการตัดมดลูก การให้รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด	210	95.90	9	4.10

#### ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีระดับ เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.20 รองลงมาเจตคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.30 ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับเจตคติ	(n = 217)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	$\bar{X} = 8.76, S.D. = 3.50$	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 12.01-15.00)	45	20.20
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 8.01-12.00)	88	40.20
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.00-8.00)	86	39.30

ความคิดเห็นด้านเจตคติของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่มีความเห็นด้านเจตคติเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อ 1 "การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่อาย" ร้อยละ 47.50 รองลงมาเป็นข้อ 3 "ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่องคลอด มีเลือดออกระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์ คัน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก" ร้อยละ 46.60 ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างต่อความคิดเห็นด้านเจตคติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกรายข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n = 219)		
		เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย	104(47.50)	19(8.70)	96(43.90)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n = 219)		
		เห็นด้วยถึง เห็นด้วยอย่าง ยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยถึง ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีขั้นตอน ยุ่งยาก	99(45.20)	32(14.60)	88(40.20)
3	ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่อง คลอด มีเลือดออกกระหว่างหรือภายหลังมี เพศสัมพันธ์ คัน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น ไม่ จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	102(46.60)	17(7.80)	100(45.60)

#### ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ภาพรวมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านการรับรู้ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.70 การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.60 การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.30 และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.60 ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้	ระดับการรับรู้	ผู้มารับบริการ(n = 219)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาส		$(\bar{X} = 22.33, S.D. = 0.61)$	
เสี่ยงโรคมะเร็ง	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 22.01-30.00)	79	36.10
ปากมดลูก	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 14.01- 22.00)	122	55.70
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 6.00-14.00)	18	8.20

ตาราง 9 (ต่อ)

การรับรู้	ระดับการรับรู้	ผู้มารับบริการ(n = 219)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก		( $\bar{X}$ = 24.72, S.D. = 2.66)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 22.01-30.00)	183	83.60
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 14.01-22.00)	36	16.40
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 6.00-14.00)	0	0.00
การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		( $\bar{X}$ = 16.82, S.D. = 2.00)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 14.68-20.00)	51	23.30
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 9.34-14.67)	167	76.30
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 4.00-9.33)	1	0.50
การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		( $\bar{X}$ = 8.92, S.D. = 2.92)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 12.01-15.00)	69	31.50
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 8.01-12.00)	124	56.60
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 4.00-8.00)	26	11.90

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีระดับระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อ 6 “สตรีที่มีการอักเสบปากมดลูก เช่น คัน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น ปอวยๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก” ร้อยละ 82.19 รองลงมา เป็นข้อ 2 “สตรีที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น” และข้อ 1 “สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป” ร้อยละ 77.16 และ 74.50 ตามลำดับ

การรับรู้ความรุนแรงของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อ 10 “ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน” และ ข้อ 12 “เมื่อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เพิ่มภาระให้ครอบครัว” ร้อยละ 90.87 รองลงมาเป็นข้อ 8 “เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจจะลุกลามไปอวัยวะอื่นทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้” ร้อยละ 84.93



การรับรู้ประโยชน์ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อ 13 "การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมะเร็งปากมดลูกได้" ร้อยละ 95.53 รองลงมา เป็นข้อ 14 "การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมะเร็งปากมดลูกได้" ร้อยละ 92.70

การรับรู้อุปสรรคของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในข้อ 19 "คนในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ท่านไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก" ร้อยละ 45.66 รองลงมา เป็นข้อ 18 "การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้กังวลหากทราบผลว่าผิดปกติ" ร้อยละ 45.20 ดังแสดงในตาราง 10

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายข้อ

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n = 219)		
		เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก</b>				
1	สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป	163(74.50)	49(22.40)	7(3.20)
2	สตรีที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น	169(77.16)	43(19.60)	7(3.20)
3	สตรีที่มีสามีเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก	160(70.05)	53(24.20)	6(2.70)
4	สตรีที่กินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	71(32.42)	117(53.40)	31(14.15)

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n = 219)		
		เห็นด้วยถึง เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยถึง ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
5	สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกได้	73(33.33)	96(43.8)	50(22.83)
6	สตรีที่มีการอักเสบปากมดลูก เช่น คัน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น บ่อยๆ มี โอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	180(82.19)	36(16.40)	3(1.37)
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก</b>				
7	สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะ ลุกลามจะมีความเจ็บปวดมาก	178(81.28)	39(17.80)	2(0.91)
8	เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจจะลุกลาม ไปอวัยวะอื่นทำให้เกิดอันตรายที่ รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้	186(84.93)	26(11.90)	7(3.20)
9	สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจต้อง ตัดมดลูก	179(81.73)	38(17.40)	2(0.91)
10	ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม จะต้องใช้เวลาในการรักษานาน	199(90.87)	19(8.70)	1(0.50)
11	ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม จะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก	184(84.01)	31(14.20)	4(1.80)
12	เมื่อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำ ให้เพิ่มภาระให้ครอบครัว	199(90.87)	17(7.80)	3(1.40)

## ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น (n = 219)		
		เห็นด้วยถึง เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เห็นด้วยถึง ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>				
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะ เริ่มแรกมะเร็งปากมดลูกได้	209(95.43)	10(4.6)	0(0.00)
14	การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกจะช่วย รักษาและป้องกันการลุกลามของ มะเร็งปากมดลูกได้	203(92.70)	14(6.40)	2(0.91)
15	ถ้าตรวจและพบว่าเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกระยะเริ่มแรกจะเสียค่าใช้จ่าย น้อยกว่าระยะลุกลาม	172(78.54)	43(19.60)	4(1.83)
16	การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกใน ระยะแรกจะทำให้รักษาและมีโอกาส หายได้	191(87.21)	26(11.90)	2(0.90)
<b>การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>				
17	การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางมาก	87(39.73)	32(14.60)	100(45.66)
18	การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้กังวลหากทราบผลว่าผิดปกติ	100(45.66)	25(11.40)	94(42.92)
19	คนในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ท่าน ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก	99(45.20)	30(13.70)	90(41.09)

### ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส/โสด/หม้าย หย่า/แยก บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก และเจตคติ ดังแสดงในตาราง 11

ตาราง 11 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง (n = 219)

ตัวแปร	สตรีที่มาตรวจ (n = 97)		สตรีที่ไม่มาตรวจ (n = 122)		Crude OR	95% CI	p- value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)	97	44.29	122	55.70	1.039	1.002-1.076	0.037
สถานภาพสมรส							
โสด/หม้าย/หย่า/ แยก*	6	6.20	19	15.57			
สมรส	91	93.80	103	84.40	0.357	0.137-0.934	0.036
ระดับ การศึกษา							
ไม่ได้เรียน*	1	1.00	2	1.60			
เรียน	96	98.96	120	98.36	0.791	0.441-1.417	0.430
รายได้ต่อเดือน	97	44.29	122	55.71	1.000	1.000-1.000	0.076
บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก							
มี*	11	11.3	5	4.1			
ไม่มี	86	88.7	117	95.9	0.334	0.112-0.997	0.049
ความรู้โรคมะเร็งปากมดลูก					0.966	0.781-1.168	0.657
เจตคติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					1.085	1.004-1.173	0.040
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก					0.963	0.882-1.053	0.410
การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก					1.047	0.947-1.158	0.372
การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					1.111	0.969-1.274	0.131
การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					0.192	0.858-1.031	0.192

\*กลุ่มอ้างอิง

จากนั้นนำตัวแปรอิสระที่ศึกษา 11 ตัวแปรทำการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ (Logistic Regression Analysis) ด้วยวิธี Enter method ซึ่งเป็นเทคนิควิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการในขั้นตอนเดียว ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า

1. การทดสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกส์ พิจารณาจากค่า -2 Log likelihood (-2LL) ดังนี้ หากพบว่า ค่า -2LL ค่าน้อยหรือเข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าโมเดลมีความเหมาะสม จากตารางดังกล่าว พบว่า ได้ค่า (-2LL) = 268.223 แสดงว่าค่า -2LL มีค่าเข้าใกล้ศูนย์ สมการหรือแบบจำลองที่สร้างขึ้นมีคุณภาพหรือกลมกลืนกับข้อมูลดี ค่า Cox & Snell R Square = 0.138 มีค่าไม่เข้าใกล้ศูนย์ แสดงว่าความกลมกลืนของแบบจำลองที่สร้างขึ้นกับแบบจำลองว่าง (null model) ค่า Nagelkerke R Square = 0.185 แสดงว่า ตัวแปรต้นต่างๆ สามารถอธิบายความผันแปรของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตัวแปรตาม) ร้อยละ 18.5

2. การทดสอบ Goodness of fit โดยพิจารณาจากค่า Hosmer and Lemeshow Test  $\chi^2 = 3.755$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0.879$  ซึ่ง  $p\text{-value} > 0.05$  สรุปได้ว่า model เหมาะสมและความถูกต้องของสมการทำนายการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สมการทำนายได้ถูกต้อง ร้อยละ 55.70 (percent correctly classified = 55.70%)

ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มี 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

ผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.067, 95% CI: 1.017-1.120,  $p\text{-value} = 0.009$ )

ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามี จะมีโอกาสไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 0.343 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ (Adjusted Odds Ratio = 0.343, 95% CI: 0.118-0.995,  $p\text{-value} = 0.049$ ) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70

ผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.132, 95% CI: 1.030-1.244,  $p\text{-value} = 0.010$ )

ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการมาตรวจรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 0.868 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 0.868, 95% CI:0.776-0.970, p-value = 0.013) หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่รับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลง ร้อยละ 13.20

โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมอธิบายการผกผันของตัวแปรตามคือการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 18.5

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ ดังแสดงในตาราง 12

ตาราง 12 แสดงผลการวิเคราะห์ผลปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Enter method

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	Odds Ratio /Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
อายุ	0.065	0.025	6.909	0.009	1.067	1.017	1.120
สถานภาพสมรส	-1.069	0.543	3.880	0.049	0.343	0.118	0.995
ระดับการศึกษา	0.727	0.428	2.882	0.090	2.068	0.894	4.787
รายได้	0.000	0.000	2.866	0.090	1.000	1.000	1.000
บุคคลในครอบครัวหรือญาติ เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก	-1.186	0.613	3.738	0.053	0.305	0.092	1.016
ความรู้	0.042	0.114	0.139	0.710	1.043	0.834	1.305
เจตคติ	0.124	0.048	6.676	0.010	1.132	1.030	1.244
การรับรู้ความเสี่ยง	-0.060	0.052	1.341	0.247	0.942	0.852	1.042
การรับรู้ความรุนแรง	0.012	0.067	0.029	0.864	1.012	0.887	1.154
การรับรู้ประโยชน์	0.142	0.087	2.667	0.102	1.153	0.972	1.367
การรับรู้อุปสรรค	-0.142	0.057	6.189	0.013	0.868	0.776	0.970

Constant = -3.623, -2 Log likelihood = 268.223<sup>a</sup>, Cox & Snell R Square = 0.138, Nagelkerke R Square = 0.185, percent correctly classified = 55.70%, Hosmer and Lemeshow Test  $\chi^2 = 3.755$ , df = 8, p = 0.879

\*p-value<0.05

สมการในการพยากรณ์ความน่าจะเป็นโอกาสของการเกิดตัวแปรตาม  
จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนเป็นสมการพยากรณ์ อธิบายความน่าจะเป็นโอกาส  
การมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

$$P = \frac{1}{1+e^{-(\beta_0+\beta_1X_1+\dots+\beta_nX_n)}}$$

เมื่อค่า

$P$  = ความน่าจะเป็นหรือโอกาสเกิดการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

$\beta_0$  = ค่าคงที่

$\beta_1$  = ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยโลจิสติกส์ของอายุ

$\beta_2$  = ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยโลจิสติกส์ของสถานภาพสมรส

$\beta_3$  = ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยโลจิสติกส์ของเจตคติ

$\beta_4$  = ค่าสัมประสิทธิ์ความถดถอยโลจิสติกส์ของการรับรู้อุปสรรค

$X_1$  = อายุ

$X_2$  = สถานภาพสมรส

$X_3$  = เจตคติ

$X_4$  = การรับรู้อุปสรรค

$e = 2.718$

จากสมการข้างต้นสามารถเขียนสมการใหม่ได้เป็น

$$P = \frac{1}{1+e^{-w}}$$

โดย  $w = \beta_0+\beta_1X_1+\dots+\beta_nX_n$

ผลการวิเคราะห์สามารถนำมาแทนค่าสมการพยากรณ์ได้ดังนี้

Logit (P) = -3.623+0.065 (อายุ)-1.069 (สถานภาพสมรส)+0.124 (เจตคติ)-0.142

(การรับรู้อุปสรรค)

## บทที่ 5

### บทสรุป

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิจิตร ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 610 คน คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 219 คน จัดเรียงรายชื่อประชากรตามบ้านเลขที่ในแต่ละหมู่บ้านแล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) จนได้จำนวนตามที่คำนวณไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง นำแบบสอบถามสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับพื้นที่ใกล้เคียง มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Binary logistic regressions วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผู้ศึกษาได้จำแนกประเด็นการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุช่วง 50-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.60 การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.30 ระดับการศึกษา เรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.40 รายได้ต่อเดือนของครอบครัว อยู่ในชวงน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 73.50 มีจำนวนคู่นอน 1 คน ร้อยละ 84.00 ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 96.30 มีการใช้การคุมกำเนิด ร้อยละ 90.00 และ ในกลุ่มคุมกำเนิด มีการใช้ยาเม็ดในการคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 67.60 มีระยะเวลาในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเฉลี่ย 11 ปี ไม่มีญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 92.70

ปัจจัยสนับสนุนและเหตุผลของการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เหตุผลการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.80 เหตุจูงใจ



ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้วเป็นมะเร็ง ร้อยละ 39.89 มีการรณรงค์ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.78 ตามลำดับ บุคคลช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อสม. ร้อยละ 41.57 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 37.64 ตามลำดับ โดยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 49.06 และแนะนำสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 40.88 ตามลำดับ ความถี่ในการไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีต่อครั้ง ร้อยละ 88.70

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า เหตุผลที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะเห็นว่าเป็น 1) ไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด ร้อยละ 24.00 2) ไม่มีเวลาไปตรวจลำบากใจในเรื่องการหยุดงาน และ 3) ไม่ต้องวิตกกังวลระหว่างรอผลการตรวจ ร้อยละ 16.00 และ 15.64 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.40 รองลงมา อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.20

ภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านเจตคติต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับ เจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.20 รองลงมาเจตคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.30

ภาพรวมระดับความคิดเห็นด้านการรับรู้ของสตรีกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.70 การรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.60 การรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.30 และการรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.60

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก มี 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

ผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.067, 95% CI: 1.017-1.120, p-value = 0.009) ผู้ที่มีสถานภาพสมรส โสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามีจะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70 (Adjusted Odds Ratio = 0.343, 95% CI: 0.118-0.995, p-value = 0.049) ผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132

เท่า (Adjusted Odds Ratio = 1.132, 95% CI: 1.030-1.244, p-value = 0.010) ผู้ที่รับรู้อุปสรรคในการมาตรวจรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 13.20 (Adjusted Odds Ratio = 0.868, 95% CI: 0.776-.0.970, p-value = 0.013) โดยตัวแปรทั้ง 4 ตัว สามารถร่วมอธิบายการผกผันของตัวแปรตามคือการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ร้อยละ 18.5

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์

### อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ดังต่อไปนี้

อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ซึ่ง Donnell (2002 อ้างถึงใน นันทิตา จันตะวงศ์ และคณะ, 2560) ได้กล่าวไว้ว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้นๆ ก่อน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Han (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สมรสแล้วในเขตเมือง มณฑลยี่ ประเทศพม่า พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \leq 0.001$ )

สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/ไม่ได้อยู่กับสามีจะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70 อธิบายได้ว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด/ไม่ได้อยู่กับสามีไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส จะรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคน้อย เนื่องจากไม่ได้อยู่กับคู่สมรสแล้ว จึงมารับบริการน้อยกว่าคนที่ มีสถานภาพสมรส นอกจากนี้ สตรีที่มีคู่สมรสได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวทำให้มารับบริการมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธีเนตร เอื้อเพื่อพันธ์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล

จังหวัดพิจิตร พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, สอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ขวัญสุมาณา พิณราช, และ วิไลวรรณ ผ่องแผ้ว (2553) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลหนองโสน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อุไรวรรณ สัมมุณี, และสมเดช พิณจสุนทร (2558) ทำการศึกษาความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132 เท่า เนื่องจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้น สตรีกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker, & Maiman (1975) พัฒนารวมมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพเป็นทฤษฎีของ Rosenstock (1974) โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากการเรียนรู้และประสบการณ์เดิม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดผลต่อการตัดสินใจมาตรวจหรือไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับงานวิจัยของ จิราพร ศรีพิบูลย์ปิติ (2554) ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ มณฑา เก่งการพานิช, สุพัทธ์ตา งามดำ, และธราดล เก่งการพานิช (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี พบว่า เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้

การรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย ผู้ที่รับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดลง ร้อยละ 13.20 อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรค เป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก ของสตรีสตรีกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้สตรีไม่สามารถมารับ การตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด ความกลัว ไม่สะดวกใจเพราะอายเจ้าหน้าที่ที่รู้จักกัน ค่าใช้จ่ายในการตรวจ การเดินทาง และกลัวผลการตรวจ ออกมาว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาสำหรับตนเองหรือช่วงที่มีการให้บริการหรือรณรงค์ ของเจ้าหน้าที่ตนเองไม่สามารถมารับบริการได้ ได้แก่ เป็นช่วงที่เป็นประจำเดือนพอดี เมื่อหายแล้ว จะมาตรวจก็อายเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานหลักจากความสนิทสนมส่วนตัว หรือช่วงที่เจ้าหน้าที่ เปิดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ในพื้นที่ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการได้ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ ธีเนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ วิภาวดี ศรีทอง (2553) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มี ผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัด กาฬสินธุ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอ นครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ อายุ สถานภาพ สมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค ดังนั้น บุคคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง ดำเนินการดังนี้

1. ควรสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ข้อมูลกับสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่ามีความสำคัญในเชิงป้องกันและรักษาให้ หายขาดหากพบในระยะเริ่มแรก (Early detection) ที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม โดยอธิบายขั้นตอน การตรวจที่ไม่ยุ่งยากและการใช้เจ้าหน้าที่อื่นหากผู้รับบริการอาย

2. ลดอุปสรรคในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยจัด Mobile clinic ไปที่ชุมชน หรือไป ที่บ้าน หรือการมารับบริการนอกเวลาราชการ หรือวันหยุดเสาร์อาทิตย์ที่เหมาะสมกับบริบทของ สตรีกลุ่มเสี่ยงในวัยทำงาน เพื่อแก้ปัญหาอุปสรรคในการมารับบริการ

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับเหตุการณ์มารับ/ไม่รับบริการ  
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ





บรรณานุกรม

## บรรณานุกรม

- กัญญารัตน์ อยู่เย็น. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลคลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 35-47.
- ขวัญสุมาณา พิณราช, และวิไลวรรณ ฝ่องแผ้ว. (2553). ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ตำบลหนองโสน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จักรพันธ์ เพชรภูมิ. (2559). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- จิตติ หาญประเสริฐพงษ์, และสายบัว ชี้เจริญ. (2554). วิทยาการร่วมสมัยในมะเร็งนรีเวชวิทยา. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- จิราพร ศรีพิบูลย์ปิติ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลศณีย์ คล้ายทอง. *หาหมอดอกทอคม: มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)*. สืบค้น 20 พฤษภาคม 2560, จาก <http://www.haamor.com>
- ฉะเนตร เอื้อเพื่อพันธุ์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองปริญญาามหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบุรณ์, และอภิชาติ โอฟารัตนชัย. (2551). *นรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 9)*. กรุงเทพฯ: จามรีโปรดักท์.
- ประไพจิตร ชุมแวงวาปี. (2553). *สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์: แบบจำลองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. ขอนแก่น: โครงการตำรา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร.

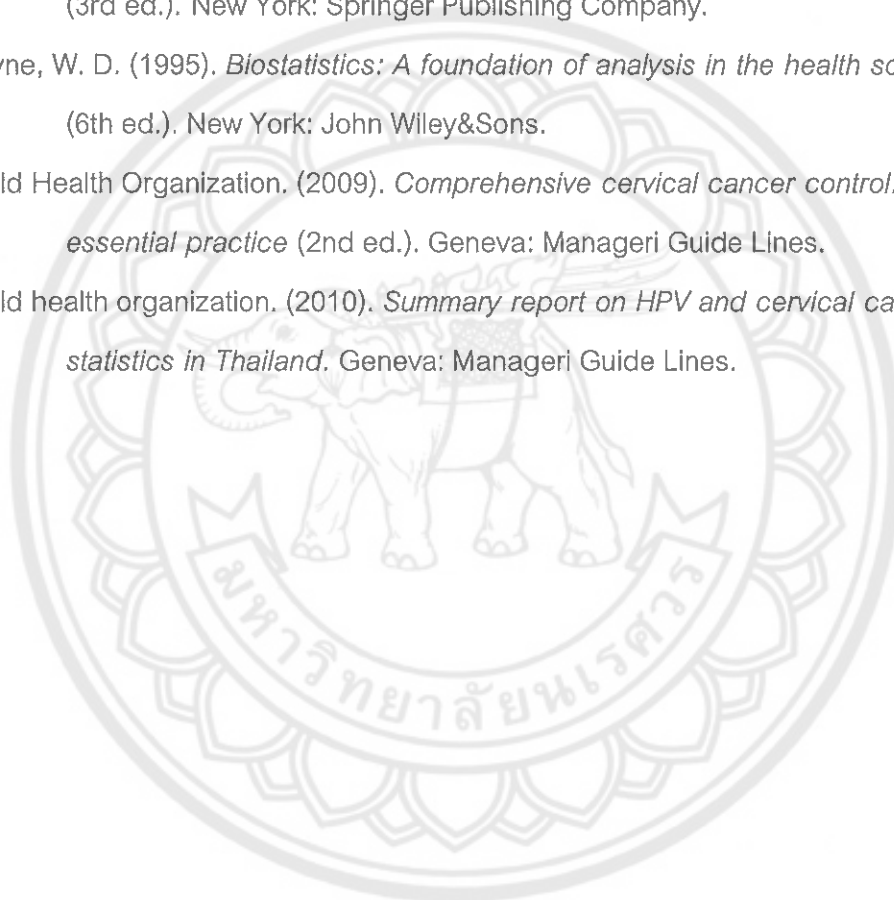
- ปริญญช รุ่งเรือง, ภรณ์ วัฒนสมบุญ, สุปรียา ต้นสกุล, และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา. *Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University*, 2(2), 36-49.
- พรศิริ ชันติกุลานนท์. (2556). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. สืบค้น 20 มกราคม 2560, จาก [http://oservice.skru.ac.th/ebook/lessoncheck.asp?lesson\\_code = 10581](http://oservice.skru.ac.th/ebook/lessoncheck.asp?lesson_code = 10581)
- มณฑา เก่งการพานิช, สุพัตรตา งามดำ, และธราดล เก่งการพานิช. (2556). ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 43(2), 175-187.
- วารุณี สุดแสง. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิภาวดี ศรีทอง. (2553). ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *รายงานประจำปี 2554*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2556). *รายงานประจำปี 2556*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2558). *รายงานประจำปี 2558*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.



- สมใจ พรภิกานนท์. (2551). *ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-59 ปี ในเขตอำเภอศรีรา จังหวัดชลบุรี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2559). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2559*. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- สุนิสา จันทร์แสง. (2559). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 27(1), 1-16.
- สุเพ็ชร หุ้ยแป. (2555). *Essentials Gynecologic Oncology*. นนทบุรี: ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุมาลี คุรุททิน. (2551). *ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษาแบบบรรยายในสตรีอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2531). *หนังสือตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป 2: มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer)*. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน.
- สุริยาพร ลามุล. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35 -60 ปี ตำบลผาจุ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี* (การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง). พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อมรรัตน์ เต็มธนะกิจไพศาล. (2558). อวสารมะเร็งปากมดลูก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(5), 7-9.
- อภาพร เฝ้าวัดมา, สุรินทร์ กัมพากร, สุณีย์ ละกำป็น, และขวัญใจ อำนาลัดย็ชื้อ. (2554). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คณิศรนาวิทยา.
- อุไรวรรณ สัมมุตติ, และสมเดช พิณจสุนทร. (2558). ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลาภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(4), 529-546.
- Bessler, P., Aung, M., & Jolly, P. (2007). Factors affecting uptake of cervical cancer screening among clinic attendees in Trelawny, Jamaica. *Cancer Control*, 14(4), 396-404.
- Best, J. W. (1977). *Research in ducation* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.

- Bloom, B. S. (1976). *Human characteristics and school learning*. New York: McGraw-Hill Book.
- Burns, N., & Grove, S. K. (1997). *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization* (3rd ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Erbil, N., Tezcan, Y., Gur, E., Yildirim, M., & Alis, N. (2010). *Factors affecting cervical screening among Turkish women*. Retrived January 20, 2017, from <https://pdfs.semanticscholar.org/d250/8b56a581d1b0c3efa592db6bd23b7401595c.pdf>
- Han, C. P. P. (2011). *Factors affecting intention to take Pap smear screening among married women in Mandalay Myanmar* (master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University.
- Haverkos, H. W. (2005). Multifactorial etiology of cervical cancer: A hypothesis. *Medscape general medicine*, 7(4), 57-64.
- Hyacinth, H. I., Adekeye, O. A., Ibeh, J. N., & Osoba, T. (2012). Cervical cancer and Pap smear awareness and utilization of Pap smear test among Federal civil servants in North Central Nigeria. *PLOS One*, 7(10), 1-8.
- Khuhaprema, T., Srivatanakul, P., Attasara, P., Sriplung, H., Wiangnon, S., & Sumitsawan, Y. (2010). *Cancer in Thailand*. Bangkok: Medical Publisher.
- Lynn, M. R. (1986). Detremination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1975). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2(4), 336-353.
- O'Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). USA: Delmar.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 489-497.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal behavior* (pp. 27-59). New Jersey: Charles B. Slack.

- Round, R., Marshall, B., & Horton, K. (2005). *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services.
- The International Agency for Research on Cancer. (2018). *Cervical cancer is the fourth most common cancer in women*. N.P.: The International Agency for Research on Cancer.
- Walt, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley&Sons.
- World Health Organization. (2009). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice* (2nd ed.). Geneva: Manageri Guide Lines.
- World health organization. (2010). *Summary report on HPV and cervical cancer statistics in Thailand*. Geneva: Manageri Guide Lines.





ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง  
ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ส่วนที่1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความและเลือกตอบโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างหน้าข้อความที่  
ท่าน ต้องการ และ/หรือ เติมคำลงในช่องว่างที่เกี่ยวกับตัวท่านให้ตรงกับความเป็นจริง

1. ปัจจุบันอายุครบ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
  - 2.1 โสด
  - 2.2 สมรส
  - 2.3 หม้าย/หย่า/แยก
3. การประกอบอาชีพ
  - 3.1 แม่บ้าน
  - 3.2 เกษตรกรรม
  - 3.3 รับจ้าง
  - 3.4 ค้าขาย
  - 3.5 ข้าราชการ
  - 3.6 อื่นๆ ระบุ.....
4. ระดับการศึกษา
  - 4.1 ไม่ได้เรียน
  - 4.2 ประถมศึกษา (ป.1- ป.6)
  - 4.3 มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)
  - 4.4 มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)
  - 4.5 อนุปริญญา
  - 4.6 ปริญญาตรี
  - 4.7 อื่นๆ .....
5. รายได้ต่อเดือน.....บาท/เดือน (ของครอบครัว)
6. มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ .....ปี
7. จำนวนคู่นอน.....คน (ตั้งแต่อดีต-ปัจจุบัน)
8. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร
  - 8.1 ไม่มี
  - 8.2 จำนวนตั้งครรภ์ .....ครั้ง
  - 8.3 จำนวนการคลอด.....ครั้ง

8.4 ประวัติการแท้ง.....ครั้ง

8.5 คลอดปกติ.....คน

8.6 คลอดโดยการผ่าตัด.....คน

9. ประวัติการคุมกำเนิด

9.1 ไม่เคยใช้

9.2 ยาเม็ดคุมกำเนิด ระยะเวลา.....ปี

9.3 ยาฉีดคุมกำเนิด ระยะเวลา.....ปี

9.4 ยาฝังคุมกำเนิด ระยะเวลา.....ปี

9.5 ถุงยางอนามัย ระยะเวลา.....ปี

9.6 ห่วงอนามัย ระยะเวลา.....ปี

9.7 ทำหมันหญิง ระยะเวลา.....ปี

9.8 อื่นๆ ระบุ..... ระยะเวลา.....ปี

10. บุคคลในครอบครัวหรือญาติของท่านมีผู้ที่เคยเป็นมะเร็งปากมดลูก

10.1 มี

10.2 ไม่มี

11. ประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เคย

ไม่เคยตรวจ ให้ข้ามไปเลือกที่ข้อ17

11.1 ตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีเรียกว่า แพ็บสเมียร์ (Pap smear)

ระบุสถานที่ตรวจ .....ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

11.2 ตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีเรียกว่า ลิควิด เพรป (Liquid Prep หรือ Liquid

Base Cytology)

ระบุสถานที่ตรวจ .....ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

11.3 ไม่ทราบวิธีการตรวจ ระบุสถานที่ตรวจ..... ครั้งสุดท้ายเมื่อ.....

ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

12. ทำไมท่านจึงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1ข้อ)

12.1 ตรวจหลังคลอด

12.2 มีอาการอักเสบของมดลูก ตกขาวเป็นหนอง มีกลิ่นเหม็น ปวดท้องน้อย

เป็นต้น

12.3 มีตกขาวหรือเลือดออกทางช่องคลอด

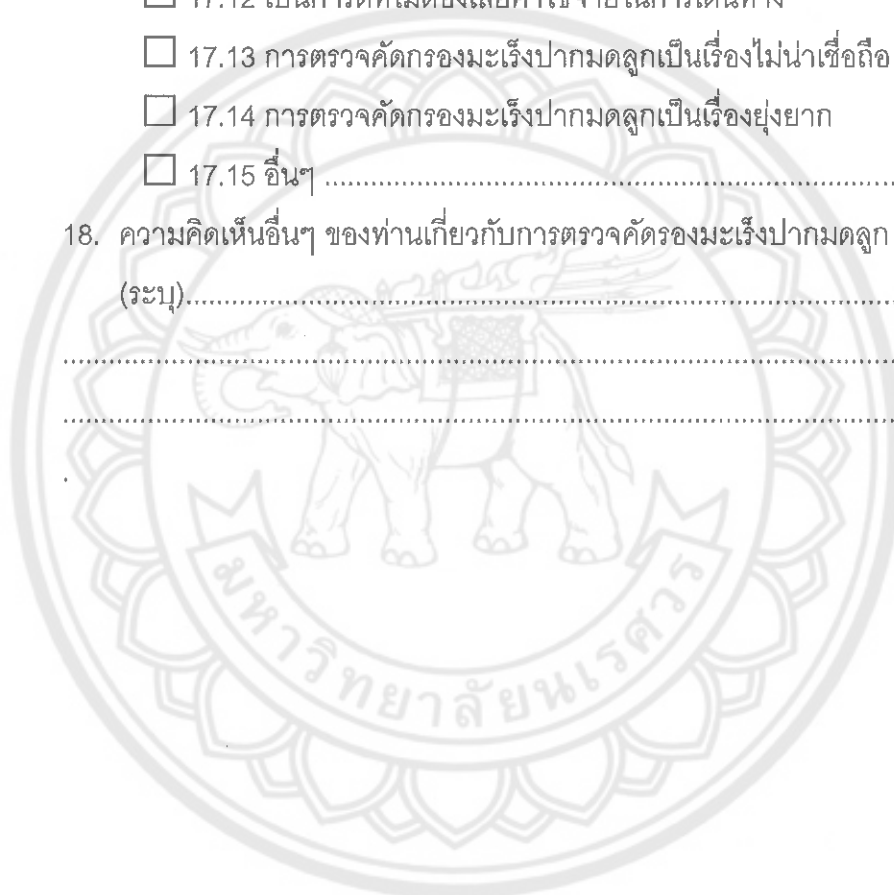
12.4 ตรวจสุขภาพประจำปี

- 12.5 อื่นๆ ระบุ.....
13. เหตุผลสนใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 13.1 กลัวเป็นมะเร็ง
- 13.2 เพื่อนบ้านชักชวน
- 13.3 ได้รับการแนะนำจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 13.4 มีการรณรงค์ให้ไปตรวจ
- 13.5 อื่นๆ ระบุ.....
14. ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก  
จากใคร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 14.1 สามีหรือบุคคลในครอบครัว  14.2ญาติ
- 14.3 เพื่อนบ้านใกล้เคียง  14.4 อสม.
- 14.5 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล  14.6 อื่นๆ ระบุ.....
15. ท่านได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน  
เรื่องอะไรบ้าง(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 15.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก
- 15.2 สถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 15.3 พาหนะในการเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 15.4 ค่าใช้จ่ายเดินทางไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 15.5 อื่นๆ .....
16. ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบ่อยเพียงใด
- 16.1 ทุก 6 เดือน  16.2 ปีละ 1 ครั้ง
- 16.3 2 ปีครั้ง  16.4 3 ปีครั้ง
- 16.5 5 ปีครั้ง  16.6 มากกว่า 5 ปี อื่นๆ .....
17. เหตุผลที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคืออะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- 17.1 ไม่ทราบเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมาก่อน
- 17.2 ไม่ทราบว่ามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 17.3 ไม่ทราบสถานที่ตรวจ
- 17.4 การเดินทางไม่สะดวก
- 17.5 ไม่มีเวลาไปตรวจลำบากใจในเรื่องการหยุดงาน

- 17.6 กลัวพบว่าเป็นมะเร็ง
- 17.7 สามี/ญาติไม่ให้ไปตรวจ
- 17.8 กลัวเจ็บ
- 17.9 ไม่ต้องอธิบายที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ตรวจภายใน
- 17.10 ไม่ต้องวิตกกังวลระหว่างรอผลการตรวจ
- 17.11 ไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด
- 17.12 เป็นการดีที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
- 17.13 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องไม่น่าเชื่อถือ
- 17.14 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องยุ่งยาก
- 17.15 อื่นๆ .....

18. ความคิดเห็นอื่นๆ ของท่านเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

(ระบุ).....  
 .....  
 .....





ส่วนที่ 3 แบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเข้าใจของท่าน เกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	รายการคำถาม	ถูก	ผิด
1	มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2	มะเร็งปากมดลูกเกิดจากเซลล์ที่เจริญเร็วผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก		
3	มะเร็งปากมดลูกเกิดได้ในหญิงที่แต่งงานแล้ว		
4	สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น โรคภูมิแพ้ตนเอง (SLE), AIDS มีความเสี่ยงมะเร็งปากมดลูก		
5	การสวนล้างช่องคลอดเป็นประจำช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้		
6	สตรีที่มีสามีขลิบปลายอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่สามีไม่ขลิบอวัยวะเพศ		
7	คนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะแรกจะไม่มีอาการแสดงใดๆ		
8	อาการของมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยคือมีเลือดออกทางช่องคลอด มีเลือดออกระหว่างหรือภายหลังมีเพศสัมพันธ์		
9	สตรีที่มีอาการตกขาวบ่อยๆ และมีกลิ่นเหม็นมากมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก		
10	ผู้หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
11	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ค้นพบโรคได้เร็วเพื่อการรักษา		
12	การรักษามะเร็งปากมดลูก ทำได้โดยการตัดมดลูก การใช้รังสีรักษา ร่วมกับเคมีบำบัด		

#### ส่วนที่ 4 ทักษะการคิดต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสอบถามโดยในแต่ละช่องจะมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อ ที่	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่ อายุ					
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีขั้นตอน ยุ่งยาก					
3	ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดออกทางช่อง คลอด มีเลือดออกระหว่างหรือภายหลังมี เพศสัมพันธ์ คัน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น ไม่ จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

ส่วนที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้เติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ถูกสอบถาม โดยในแต่ละช่องจะมีความหมายดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้น

ไม่แน่ใจ หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นบ้าง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นตรงกับข้อความนั้นน้อย

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ผู้ถูกสอบถามตอบแบบสอบถามมีความเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก</b>						
1	สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป					
2	สตรีที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น					
3	สตรีที่มีสามีเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ เพิ่มโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก					
4	สตรีที่กินยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
5	สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					

## ส่วนที่ 5 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
6	สตรีที่มีการอักเสบปากมดลูก เช่น คัน ,ตกขาวมีกลิ่นเหม็นบ่อยๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก					
<b>การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก</b>						
7	สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะมีความเจ็บปวดมาก					
8	เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจจะลุกลามไปอวัยวะอื่น ทำให้เกิดอันตรายที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้					
9	สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจต้องตัดมดลูก					
10	ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน					
11	ถ้าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก					
12	เมื่อป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เพิ่มภาระให้ครอบครัว					
<b>การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>						
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมะเร็งปากมดลูกได้					
14	การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกจะช่วยรักษาและป้องกันการลุกลามของมะเร็งปากมดลูกได้					

## ส่วนที่ 5 (ต่อ)

ข้อ ที่	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
15	ถ้าตรวจและพบว่าเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกระยะเริ่มแรกจะเสียค่าใช้จ่าย น้อยกว่าระยะลุกลาม					
16	การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกใน ระยะแรกจะทำให้รักษาและมีโอกาส หายได้					
<b>การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>						
17	การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกต้องเสียค่าใช้จ่ายในการ เดินทางมาก					
18	การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้กังวลหากทราบผลว่าผิดปกติ					
19	คนในครอบครัวไม่สนับสนุนให้ท่านไป รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					

## การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติถดถอยโลจิสติกส์

### ขั้นตอนที่ 1 ตรวจสอบตัวแปร

ตัวแปรต้น จำนวน 11 ตัว ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค โดยมีตัวแปรตาม คือ การมารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มที่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ใช้ 1) กลุ่มที่ไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ใช้ 0)

### ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์เป็นไปตามข้อตกลงของการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์

ตัวแปรทั้งหมด 12 ตัวแปร เป็นตัวแปรต้น 11 ตัว และตัวแปรตาม 1 ตัว ดังแสดงในตาราง 13

ตาราง 13 แสดงตัวแปรและระดับการวัดตัวแปร

ข้อที่	ชื่อตัวแปร	ความหมาย	ค่าที่เป็นไปได้ (Values)	มาตรการวัด
	ลำดับ	เลขที่แบบสอบถาม	None	Nominal
1	อายุ	อายุ	None	Scale
2	สถานภาพ	สถานภาพสมรส	1 = โสด 2 = สมรส	Nominal
3	การศึกษา	ระดับการศึกษา	1 = ไม่ได้เรียน 2 = ประถมศึกษา 3 = มัธยมศึกษาตอนต้น 4 = มัธยมศึกษาตอนปลาย 5 = อนุปริญญา 6 = ปริญญาตรี 7 = อื่นๆ	Ordinal
4	รายได้	รายได้ต่อเดือน	None	Scale
5	ญาติเป็นมะเร็ง	บุคคลในครอบครัวหรือญาติเป็นมะเร็ง	0 = ไม่ญาติเป็นมะเร็ง 1 = มีญาติเป็นมะเร็ง	Nominal

## ตาราง 13 (ต่อ)

ข้อที่	ชื่อตัวแปร	ความหมาย	ค่าที่เป็นไปได้ (Values)	มาตรการวัด
6	ความรู้	ข้อที่ 1-12 (a1-a12)	0 = ผิด 1 = ถูก	Nominal
7	ทัศนคติ	ข้อที่ 1-3 (b1-b3)	1 = เชื่อมาก 2 = เชื่อน้อย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = ไม่เชื่อ 5 = ไม่เชื่ออย่างยิ่ง	Ordinal
8	การรับรู้โอกาส เสี่ยง	ข้อที่1-6 (c1-c6)	1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	Ordinal
9	การรับรู้ความ รุนแรง	ข้อที่7-12 (c7-c12)	1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	Ordinal
10	การรับรู้ ประโยชน์	ข้อที่13-16 (c13-c16)	1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง	Ordinal
11	การรับรู้ อุปสรรค	ข้อที่13-16 (c17-c19)	1 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = เห็นด้วย 3 = ไม่แน่ใจ 4 = ไม่เห็นด้วย 5 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	Ordinal

เมื่อทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น 11 ตัว เพื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละคู่ โดยจะต้องไม่มีตัวแปรคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินปกติ (Multicollinearity) ให้เกณฑ์ค่า  $r = 0.8$  ขึ้นไป หากพบว่า ตัวแปรไหนที่มีค่า  $r > 0.8$  ตัดตัวแปรนั้น ออกจากการวิเคราะห์ ดังแสดงตาราง 14





ตาราง 14 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
X1	1.000										
X2	0.261 <sup>**</sup>	1.000									
X3	-0.495 <sup>**</sup>	-0.073	1.000								
X4	-0.220 <sup>**</sup>	0.005	0.477 <sup>**</sup>	1.000							
X5	0.167 <sup>*</sup>	0.378 <sup>**</sup>	-0.224 <sup>**</sup>	-0.052	1.000						
X6	-0.082	-0.044	0.082	0.006	-0.039	1.000					
X7	0.127	-0.003	-0.081	0.056	-0.103	-0.159 <sup>*</sup>	1.000				
X8	-0.008	0.105	0.157 <sup>*</sup>	0.224 <sup>**</sup>	-0.023	-0.082	0.170 <sup>*</sup>	1.000			
X9	0.021	0.026	-0.030	-0.110	-0.038	-0.059	0.115	-0.002	1.000		
X10	0.005	0.033	-0.070	0.008	-0.086	0.030	-0.057	0.003	0.277 <sup>**</sup>	1.000	
X11	-0.016	-0.050	0.007	-0.094	0.048	-0.018	0.060	-0.033	0.186 <sup>**</sup>	0.151 <sup>*</sup>	1.000

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

### ขั้นตอนที่ 3 เลือกวิธีถดถอยและทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยโลจิสติกส์

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ถดถอยแบบการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยโลจิสติกส์พร้อมๆ กัน (Enter method) ค่าสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ด้วยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยแบบเข้าพร้อมๆ กัน

การทดสอบความน่าเชื่อถือได้ในการพยากรณ์ของข้อมูล

Step 0 การทดสอบความน่าเชื่อถือได้ในการพยากรณ์ของข้อมูล กรณีที่ยังไม่ได้มีการนำตัวแปรต้น 11 ตัวเข้าสมการ

Classification Table<sup>a,b</sup>

	Observed	Predicted			
		มาตรฐาน/ไม่มา		Percentage	
		ไม่เคยมาตรฐาน	pap smear	Correct	
Step 0	มาตรฐาน/ไม่มา	ไม่เคยมาตรฐาน	122	0	100.0
		pap smear	97	0	.0
	Overall Percentage				55.7

a. Constant is included in the model.

b. The cut value is .500

สรุปค่า

จากข้อมูลการผู้ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 122 ราย พยากรณ์ถูก ร้อยละ 100

ในผู้ที่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 97 ราย จะพยากรณ์ถูก ร้อยละ 0

ร้อยละเฉลี่ยของการพยากรณ์ถูก

$$= \frac{122 \times 100}{219}$$

$$= 55.70$$

$$= 55.70$$

Step 1 การนำตัวแปรต้น 11 ตัวเข้าสมการ เพื่อให้พยากรณ์โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	268.223 <sup>a</sup>	0.138	0.185

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than .001.

### สรุปค่า

ผู้วิจัยดำเนินการทดสอบความเหมาะสมของ model โดยดูจากค่า

-2 Log likelihood = 268.223 ความเหมาะสมของโมเดล

Cox & Snell R Square = 0.138 ดูความเหมาะสมของแบบจำลองว่าง (null model)

Nagelkerke R Square = 0.185 ความสามารถในการอธิบายความแปรผันของการมา

รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตามตัวแปร) ร้อยละ 18.5

ขั้นตอนที่ 4 การอ่านและแปลความหมายผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3.755	8	0.879

การทดสอบความเหมาะสมของแบบจำลอง (Goodness of fit) ด้วย Hosmer and Lemeshow Test โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐาน ของ model ในการวิจัยไว้ดังนี้

Ho: แบบจำลองที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมาะสม

H1: แบบจำลองที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์มีความไม่เหมาะสม

จากตาราง Hosmer and Lemeshow Test เป็นการทดสอบสมมติฐาน Ho: แบบจำลองที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์มีความเหมือนหรือไม่แตกต่างกัน พบว่า ค่า sig = 0.879 ซึ่งมากกว่าระดับนัยสำคัญ (< 0.05) จึงยอมรับสมมติฐาน Ho แสดงถึง model มีความเหมาะสม