

การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย*

นริศรา พึ่งโพธิ์สม**

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นชนิดของมะเร็งที่พบในสตรีไทยช่วงอายุ 35-60 ปี มากที่สุด บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป แหล่งที่มาของข้อมูลได้จาก โครงการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2544 ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างของการศึกษาหลังการถ่วงน้ำหนักมีจำนวน 120,141 ราย พบลักษณะทั่วไปดังนี้ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสสมรส มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีหลักประกันสุขภาพ ประมาณร้อยละ 40-45 มีอายุระหว่าง 45-59 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่ และอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 4 เคยไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในจำนวนนี้พบความผิดปกติน้อยกว่าร้อยละ 1 เท่านั้น ผลการวิเคราะห์ตารางไขว้และทดสอบด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และการมีหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 35-44 ปี มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหาร อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และมีหลักประกันสุขภาพ มีสัดส่วนของผู้ที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ

* ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ที่อนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อการวิจัย และขอบคุณคุณอำนวย แสงฉายเพียงเพ็ญ เจ้าหน้าที่สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่อำนวยความสะดวกและประสานงานด้านข้อมูล

** นิสิตปริญญาโท สาขาประวัติศาสตร์ วิทยาลัยประวัติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Cervical Cancer Screening Among Thai Women*

Narisara Peungpasop**

Abstract

Cervical cancer is found primarily in Thai women 35 to 60 years old. This article reports utilization of cervical cancer screening and factors associated with high rates of screening. Data were obtained from the Provincial Health Survey, 2001 conducted by the Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. The survey included 120,141 women: a) most were married, had elementary education, lived in non-municipal areas and had health insurance; and b) around 40-45% were 45-59 years old; were agricultural, fishery, mineral workers, or hunters; and lived in the Northeastern region.

About 25% of the women utilized cervical cancer screening. Abnormal PAP smears were found in less than 1% of women who utilized cervical cancer screening. Cross-tabulation revealed that the women screened more frequently than others were: a) 35-44 years old, married, and educated beyond secondary level; b) mainly professional, academic, or administrative workers; c) lived in municipal areas and the Northern region; and d) had health insurance. The Chi-square test confirmed that all cross-tabulated variables were statistically significant at 0.05.

The findings implied that the Ministry of Public Health and related institutes should: a) encourage women to screen for cervical cancer; b) educate them about the adverse outcomes of cervical cancer; c) provide and promote free cervical cancer screening programs; and d) distribute mobile cervical cancer screening for convenience and improved access.

* This article analyzed data from the Provincial Health Survey in 3rd round, 2001 conducted by the Bureau of policy and strategy, Ministry of public health. The author would like to thank the Bureau of policy and strategy and Khun Amnoug Sangchaiengpen, staff of the Bureau of policy and strategy, for supporting the data.

** PhD candidate of College of Population Studies, Chulalongkorn University.

การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย

1. ความสำคัญของปัญหา

การพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมามีอิทธิพลต่อแนวโน้มทางระบาดวิทยาอย่างเห็นได้ชัด กล่าวคือแบบแผนภาวะการเจ็บป่วยและการตายเปลี่ยนจากโรคระบาดและโรคติดเชื้อมาสู่โรคที่มนุษย์สร้างขึ้นหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และอุบัติเหตุ ทั้งนี้พิจารณาได้จากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2548ก) ที่รายงานสาเหตุการตายของประชากรไทยอันดับหนึ่งคือโรคมะเร็ง ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 78.9 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อุบัติเหตุ และความดันเลือดสูงและหลอดเลือดในสมอง ซึ่งมีอัตราการตายเท่ากับ 56.9 และ 34.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

ในอดีตโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ แต่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาโรคมะเร็งกลับมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นถึงสองเท่าและเลื่อนอันดับชนหน้าโรคหัวใจและอุบัติเหตุ สะท้อนให้เห็นว่าโรคมะเร็งกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบัน เมื่อพิจารณาจำแนกประเภทของมะเร็งตามเพศพบว่าเพศชายเป็นมะเร็งตับ มะเร็งปอด และมะเร็งลำไส้ใหญ่มากที่สุด ในขณะที่มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งตับพบบ่อยที่สุดในเพศหญิง (ธีรวิฑูมิ คุหะเปรมะ, 2548: 377; ผู้จัดการออนไลน์, 2548:1; Martin and Nilubol, 2005:7-18)

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษามะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นมะเร็งที่คุกคามต่อชีวิตของสตรีทั่วโลกและพบเป็นอันดับแรกในสตรีไทย ตลอดจนเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลกโดยเฉพาะในประเทศไทยกำลังพัฒนา จากสถิติมะเร็งระดับโลก (Global Cancer Statistics) ปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่จำนวน 493,000 ราย และเสียชีวิตจำนวน 274,000 ราย ในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่และผู้เสียชีวิตเป็นสตรีในประเทศไทยกำลังพัฒนามากกว่าร้อยละ 80 (Parkin et al., 2002: 74; PATH, 2000: 3) สำหรับอัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยปี พ.ศ. 2542 เท่ากับ 6,000 ราย หรือเทียบเท่าอัตรา 19.8 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มสูงถึง 8,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 (ธีรวิฑูมิ คุหะเปรมะ, 2548: 377, 379) และเมื่อพิจารณาอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามจังหวัดที่เป็นศูนย์ทะเบียนมะเร็งในช่วงปี พ.ศ. 2538-2540 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดลำปางมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด กล่าวคือ ร้อยละ 25.6 และร้อยละ 23.6 ตามลำดับ รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร สงขลา และขอนแก่น มีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับร้อยละ 20.7, ร้อยละ 16.1 และร้อยละ 15.0 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548ข: 204) ส่วนกลุ่มอายุของการเป็นมะเร็งปากมดลูกพบว่าสตรีอายุระหว่าง 35-60 ปี อยู่ในข่ายเสี่ยงต่อการตรวจพบมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (PATH, 2000:4; กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548ข: 205)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีวิธีคล้ายกับมะเร็งชนิดอื่นๆ ที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง และการให้เคมีบำบัด ซึ่งหากเป็นในระยะลุกลามแล้วการรักษาจะมีความสลับซับซ้อน ยุ่งยาก ใช้ระยะเวลานานและเสียค่าใช้จ่ายสูงหรืออาจไม่มีทางรักษาให้หายได้ อย่างไรก็ตามมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีลักษณะพิเศษต่างจากมะเร็งชนิดอื่นคือสามารถป้องกันและรักษาให้เรียบร้อยก่อนที่ปากมดลูกจะกลายเป็นมะเร็ง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2002) ดังนั้น หากตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเร็วเท่าใดก็มีโอกาสรักษาให้หายได้ วิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่นิยมอย่างแพร่หลาย ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีของพาพานิโคเลา (Papanicolaou smear) หรือเรียกสั้นๆ ว่าการตรวจ Pap smear (กษานต์ สีตลารมณ, 2544: 218; สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, 2548: 402) กระทรวงสาธารณสุขซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนี้โดยตรงได้เล็งเห็นความสำคัญของเรื่องมะเร็งปากมดลูกก็ได้ประกาศนโยบายการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้เป็นแผนระดับชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และตั้งเป้าหมายที่จะลดอัตราการเสียชีวิตและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่อย่างน้อยร้อยละ 10 ทุกปี ทั้งนี้มีกลุ่มเป้าหมายหลักคือสตรีอายุ 35-60 ปี โดยกำหนดให้สตรีมารับบริการตรวจทุก 5 ปี (สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, 2548: 407) ซึ่งคาดว่าจะเป็นแนวทางลดอุบัติการณ์ได้ถึงร้อยละ 84 (PATH, 2000: 9) อาจกล่าวได้ว่าการตรวจดังกล่าวถือเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับกระบวนทัศน์ใหม่ในระบบบริการสาธารณสุขที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหรือการสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพอีกด้วย

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการรณรงค์และส่งเสริมให้สตรีไทยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพื่อลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกด้วย

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประยุกต์แบบจำลองทางพฤติกรรมและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (the behavioral model and access to medical care) ของ Ronald M. Andersen (1995) มาอธิบายว่าการใช้บริการสุขภาพของบุคคลขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factor) ปัจจัยสนับสนุน (enabling factor) และปัจจัยความจำเป็นทางสุขภาพ (need factor) แต่ละปัจจัยมีสาระสำคัญที่แสดงถึงตัวแปรต่างๆ ดังนี้

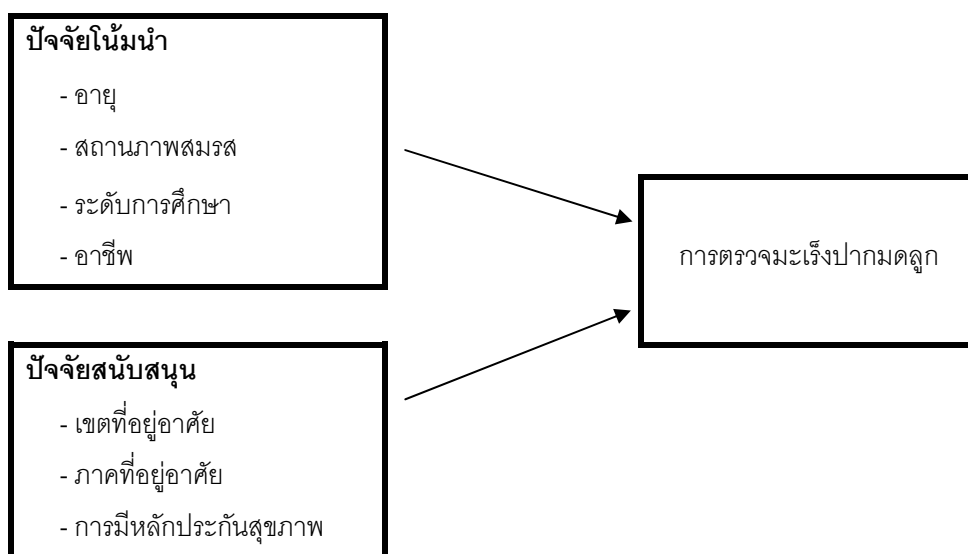
ปัจจัยโน้มนำเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับตัวบุคคลที่โน้มนำให้บุคคลไปใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วย ตัวแปรทางประชากร ตัวแปรทางสังคม และตัวแปรทางสุขภาพ สำหรับตัวแปรทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ และขนาดครอบครัว ส่วนตัวแปรทางสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ศาสนา และเชื้อชาติ และตัวแปรทางสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อและทัศนคติที่มีต่อสุขภาพ รวมทั้งทัศนคติที่มีต่อเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ปัจจัยสนับสนุนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการใช้บริการสุขภาพ ประกอบด้วยตัวแปรทรัพยากรของครัวเรือน ตัวแปรรายได้ ตัวแปรการประกันสุขภาพ และตัวแปรทรัพยากรชุมชน

ประการสุดท้ายปัจจัยความจำเป็นทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปรการรับรู้สภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล และตัวแปรการประเมินสุขภาพจากเจ้าหน้าที่

จากข้อจำกัดของผู้วิจัยที่มีได้สำรวจข้อมูลเองแต่ได้รับความอนุเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2544 ซึ่งมีได้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะจึงมีตัวแปรไม่ครบถ้วนตามแบบจำลองที่เสนอไว้ข้างต้น ดังนั้น กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้จึงครอบคลุมเพียงตัวแปรจำนวนหนึ่งภายใต้ปัจจัยโน้มนำและปัจจัยสนับสนุนเท่านั้นที่สามารถอธิบายการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยได้ ทั้งนี้ตัวแปรภายใต้ปัจจัยโน้มนำประกอบด้วยตัวแปรอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ส่วนตัวแปรภายใต้ปัจจัยสนับสนุนประกอบด้วยตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และการมีหลักประกันสุขภาพ ซึ่งแสดงเป็นแผนภาพกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดของการศึกษาการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป



4. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับตัวแปรอิสระต่างๆ โดยตรงมีน้อย ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนแนวทางการอธิบายของตัวแปรอิสระที่ผู้วิจัยคัดเลือกกับตัวแปรในด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้นว่าเรื่องการป้องกันโรคเอดส์หรือการฝากครรภ์ ทั้งนี้ถือว่าล้วนแต่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเช่นเดียวกัน จึงน่าที่จะนำข้อค้นพบจากผลการวิจัยมาประยุกต์เป็นเหตุผลใช้ตั้งสมมุติฐานในงานวิจัยนี้ได้ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถยกเป็นตัวอย่างพอสังเขปมีดังนี้

งานวิจัยของวิทยา สวัสดิวิฑูมิพงศ์ (2541:23; 2542:39) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสตรีกลุ่มอายุ 35-44 ปี มีประวัติเคยตรวจหามะเร็งปากมดลูกมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่สมรสมีสัดส่วนของผู้เคยไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 งานวิจัยของ Somkin CP (2004:914-926) พบว่าการตรวจหามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกแปรผันตามอายุและการมีหลักประกันสุขภาพ ส่วนการศึกษาของ Ofran (2004: 197-206) พบว่าอายุและอาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการอนามัยแม่และเด็ก การศึกษาของปิยนุช สายสุขอนันต์ (2546: 66-67) พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ติดเชื้อที่มีสถานภาพสมรสสมรสมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ระดับปฐมภูมิดีกว่าผู้ติดเชื้อที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ งานวิจัยของกิริยา ลากเจริญวงศ์ (2543:70) พบว่าการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของวิรวรรณ เสถียรกาล (2542:48-49) พบว่าการศึกษาและการมีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยสตรีที่ได้เรียนหนังสือมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และสตรีที่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลมีสัดส่วนของการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์สูงกว่าสตรีที่ไม่มีสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาล ส่วนงานวิจัยของสมหมาย สุพรรณภพ (2541:52) พบว่าอาชีพของผู้ปกครองนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ นักเรียนที่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูงสูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม งานวิจัยของอัมรารัตติ อินทะกนก (2542:45) พบว่าเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะใช้การคุมกำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสตรีในเขตเมืองมีสัดส่วนของผู้ที่ตั้งใจจะใช้การคุมกำเนิดสูงกว่าสตรีในเขตชนบท สำหรับตัวแปรภาคที่อยู่อาศัยนั้นม้งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือพฤติกรรมสุขภาพอื่นกับภาคที่อยู่อาศัยน้อยมาก แต่ผู้วิจัยสนใจนำตัวแปรนี้ร่วมศึกษาเพราะวิถีการดำเนินชีวิต ความเชื่อ ทศนคติ และค่านิยมของประชากรย่อมแตกต่างกันตามถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ดังนั้นภาคที่อยู่อาศัยน่าจะมีอิทธิพลต่อการไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรี

5. สมมุติฐานของการวิจัย

จากข้อค้นพบของผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในข้อ 4 อาจใช้เป็นแนวทางเพื่อกำหนดสมมุติฐานในการวิจัยครั้งนี้ได้ดังนี้

1. สตรีที่มีอายุน้อยกว่ามีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า ทั้งนี้เนื่องจากอายุเสี่ยงของอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกมักเริ่มพบในช่วงอายุกลางคน (35-60 ปี) จึงน่าจะเป็นสาเหตุให้สตรีเมื่อถึงวัยดังกล่าวซึ่งในงานวิจัยนี้คือกลุ่มสตรีที่อายุน้อยกว่าน่าจะสนใจดูแลสุขภาพตนเองตั้งแต่ต้นเพื่อป้องกันการลุกลามจนเป็นเนื้องาย ดังนั้น เมื่อถึงวัยที่ควรไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสตรีที่มีอายุน้อยกว่ากลุ่มนี้จึงน่าจะไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ขณะเดียวกันหากไม่พบความผิดปกติหรือมีอายุมากขึ้นความเป็นกังวลด้านนี้ก็ลดลง จึงน่าจะเป็นเหตุผลสนับสนุนได้ว่าสตรีที่มีอายุน้อยกว่ามีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า

2. สตรีที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่สมรสแล้วมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ประกอบกับภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบดูแลสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ที่สมรสแล้วจำเป็นต้องดูแลสุขภาพตนเองให้ดีกว่า ในขณะที่ยังเป็นโสดอาจมีความรู้สึกเขินอายที่ต้องให้แพทย์ตรวจภายในจึงเลื่อนการตรวจมะเร็งปากมดลูกไปจนกว่าจะพร้อม ดังนั้น สตรีที่มีสถานภาพสมรสน่าจะไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

3. สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้และมีพฤติกรรมเปิดรับข่าวสารใหม่ๆ ทำให้มีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล มีเหตุผลในการแสดงออกและดำเนินชีวิตอย่างมีสติมากกว่า ดังนั้น สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า

4. สตรีที่ประกอบอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหารมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรในสาขาวิชาชีพ วิชาการ และบริหาร ส่วนใหญ่เป็นผู้ปฏิบัติงานในระดับสูงซึ่งมีความรู้และความสามารถมาก นอกจากนั้นยังน่าจะมีลักษณะนิสัยใฝ่หาข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์เสมอ ดังนั้น จึงน่าจะเป็นสาเหตุให้สตรีที่ประกอบอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหารไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ

5. สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ทั้งนี้เนื่องจากในเขตเทศบาลเป็นศูนย์รวมของแหล่งบริการทุกด้านที่ทันสมัยและกระจายอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ผู้ที่ยังอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลสามารถเดินทางไปรับบริการโดยเฉพาะด้านสาธารณสุขได้อย่างสะดวก ดังนั้นสตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลน่าจะไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล

6. สตรีที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ทั้งนี้เนื่องจากภาคเหนือมีอัตราอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าภาคอื่นๆ ชาวสารในเรื่องนี้จึงอาจกระจายไปถึงกลุ่มสตรีในภาคเหนือมากกว่าภาคอื่นๆ จึงน่าจะเป็นสาเหตุให้สตรีที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือเกิดความวิตกกังวลจนต้องไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

7. สตรีที่มีหลักประกันสุขภาพมีสัดส่วนของผู้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพเนื่องจากสตรีที่มีหลักประกันสุขภาพได้รับการแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายด้านค่ารักษาพยาบาลจึงน่าจะเป็นเหตุจูงใจให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ

6. ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัด ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2544 ซึ่งดำเนินการสำรวจทุกๆ 5 ปี โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2544 ทั้งนี้ได้ยกเว้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และลำปาง เนื่องจากดำเนินการสำรวจล่วงหน้าในจังหวัดดังกล่าวก่อนหน้าแล้ว วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบกลุ่มสองขั้นตอนและให้มีโอกาสเป็นสัดส่วนกับขนาด (2 stages cluster sampling with probability proportional to size) ประชากรที่ใช้สำรวจมี 2 ระดับคือ หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนครัวเรือน และสมาชิกทุกคนในครัวเรือน

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคัดกรองเอาเฉพาะสตรีไทยที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปและเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งภายหลังจากถ่วงน้ำหนักมีจำนวนกรณีตัวอย่างทั้งสิ้น 120,141 ราย และมีลักษณะทั่วไปดังนี้ สตรีตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี (ร้อยละ 39.0) มีสถานภาพสมรสสมรส (ร้อยละ 69.7) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.7) มีหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 79.0) อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 84.4) โดยอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่ เป็นสัดส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 42.3 และร้อยละ 45.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

7. ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็นข้อค้นพบเกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีตัวอย่าง และส่วนที่สองเป็นผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระโดยใช้การวิเคราะห์ตารางไขว้ ซึ่งมีรายละเอียดของผลการศึกษาดังนี้

7.1 สถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่ไม่เคยไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีเพียงมากกว่า 1 ใน 4 เล็กน้อยเท่านั้น (ร้อยละ 26.4) ที่เคยไปรับการตรวจดังกล่าวซึ่งในจำนวนผู้เคยไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่าผลการตรวจปกติร้อยละ 24.3 ส่วนที่พบความผิดปกติมีน้อยกว่าร้อยละ 1 และไม่ทราบผลการตรวจถึงร้อยละ 1.4 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้ผู้วิจัยสันนิษฐานว่าสาเหตุที่สตรีตัวอย่างไม่ทราบผลการตรวจอาจเนื่องมาจากขาดการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ไปรับบริการกับสถานบริการสาธารณสุข รวมถึงอาจเป็นความไม่สะดวกในการเดินทางไปรับผลการตรวจ

7.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้การวิเคราะห์ตารางไขว้และทดสอบสมมติฐานด้วยค่าไคสแควร์ มีข้อค้นพบดังนี้

7.2.1 ปัจจัยในมนำ

จากข้อมูลในตารางที่ 3 พบว่าปัจจัยในมนำทุกตัว ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และอาชีพ ล้วนมีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ สตรีตัวอย่างที่มีอายุ 35-44 ปี มี

สัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่มีอายุ 45-59 ปี อายุ 60-69 ปี และอายุมากกว่า 69 ปี (เปรียบเทียบร้อยละ 35.6 กับร้อยละ 28.0 ร้อยละ 14.5 และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มอายุ 35-60 ปี เป็นกลุ่มอายุเสี่ยงที่พบมะเร็งปากมดลูก ประกอบกับการได้รับข่าวสารการรณรงค์เรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกจึงทำให้เมื่อถึงวัยที่ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มอายุ 35 ปี จึงตัดสินใจไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่เริ่มอายุเสี่ยงเพราะหากตรวจพบความผิดปกติจะได้หาวิธีป้องกันตนเองตั้งแต่นั้น ส่วนสตรีตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสหม้าย/หย่า/แยก และสถานภาพสมรสโสด (เปรียบเทียบร้อยละ 30.5 กับร้อยละ 17.5 และร้อยละ 15.2 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า ผู้ที่สมรสแล้วเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ออุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่เป็นโสด นอกจากนั้นสตรีที่สมรสแล้วยังมีภาระหน้าที่รับผิดชอบดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจซึ่งก่อนที่จะรับภาระดูแลสมาชิกคนอื่นจำเป็นอย่างยิ่งที่สตรีต้องดูแลสุขภาพของตนเองให้เป็นปกติอยู่เสมอ สำหรับสตรีตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา มีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่มีระดับศึกษามัธยมศึกษา ประถมศึกษา และไม่ได้รับการศึกษา (เปรียบเทียบร้อยละ 52.2 กับร้อยละ 39.8 ร้อยละ 26.4 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีคุณลักษณะด้านความรู้ ความคิด และค่านิยมที่เอื้อต่อการตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ดังเช่น

การดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า ส่วนสตรีที่ประกอบอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหารมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพการค้า/ขนส่ง/ช่าง/บริการและกรรมกร สตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่ และสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (เปรียบเทียบร้อยละ 47.6 กับร้อยละ 31.4 ร้อยละ 26.4 และร้อยละ 20.9 ตามลำดับ) อาจอธิบายได้ว่าผู้ปฏิบัติงานวิชาชีพ วิชาการ และบริหารเป็นกลุ่มบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบภาระงานในระดับสูงซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญและมากด้วยความสามารถ อีกทั้งยังใกล้ชิดกับข้อมูลข่าวสารและเปิดรับสารที่มีประโยชน์ อยู่เสมอจึงน่าจะมีผลต่อการตระหนักและเห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อ ป้องกันตนเองก่อนที่จะลุกลามเป็นเนื้อร้าย

7.2.2 ปัจจัยสนับสนุน

จากข้อมูลในตารางที่ 3 พบว่า ตัวแปรภายใต้ปัจจัยสนับสนุนทุกตัวแปร ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และการมีหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางของความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ สตรีตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (เปรียบเทียบร้อยละ 31.8 กับร้อยละ 25.5) ทั้งนี้เพราะในเขตเทศบาลมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นศูนย์รวมของบริการทางสุขภาพที่หลากหลาย และมีบุคลากรทางการแพทย์เพียงพอ รวมถึงมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ดังนั้น ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลจึงสามารถเดินทางไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายและสะดวก สำหรับสตรีตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (เปรียบเทียบร้อยละ 30.7 กับร้อยละ 27.8 ร้อยละ 26.2 และร้อยละ 23.7 ตามลำดับ) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาคเหนือเป็นภาคที่มีอัตราอุบัติเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548: 204) ดังนั้น สตรีที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือจึงอาจได้รับข่าวสารในเรื่องนี้และตระหนักถึงความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกที่อาจเกิดขึ้นจนลุกลามเป็นเนื้อร้ายได้หากมิได้รับการตรวจให้รู้ตั้งแต่ต้น จนเป็นสาเหตุให้มีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ส่วนสตรีตัวอย่างที่มีหลักประกันสุขภาพมีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีตัวอย่างที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ (เปรียบเทียบร้อยละ 27.0 กับร้อยละ 24.7) อธิบายได้ว่าการมีหลักประกันสุขภาพ เช่น บัตรประกันสังคม บัตรผู้สูงอายุ และบัตร 30 บาท ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของผู้รับบริการจึงอาจส่งผลให้ผู้มีหลักประกันสุขภาพไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็นสองส่วนคือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ มีรายละเอียดดังนี้

ในส่วนของข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ผู้วิจัยพิจารณาจากข้อค้นพบที่ว่าสตรีในกลุ่มอายุน้อยกว่า (35-44 ปี) สตรีที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่า (สูงกว่ามัธยมศึกษา) สตรีที่สมรสแล้ว สตรีที่ประกอบอาชีพวิชาชีพ วิชาการ และบริหาร สตรีที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล สตรีที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ และสตรีที่มีหลักประกันสุขภาพ มีสัดส่วนของผู้ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ในตัวแปรเดียวกัน นั่นเป็นข้อค้นพบที่สอดคล้องกับหลักวิชาการ กระนั้นก็ตามจำนวนของสตรีที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกก็ยังเป็นเพียงสตรีส่วนน้อยคือประมาณ 1 ใน 4 เท่านั้น (ร้อยละ 26.4) ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหามาตรการจูงใจเร่งรัดและประชาสัมพันธ์เผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับ महันตภัยของมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีอีกต่อไปโดยเฉพาะกับสตรีกลุ่มที่ยังไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อย เช่น สตรีที่มีการศึกษาน้อย หรือสตรีที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่ หรือสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นต้น ที่ต้องรณรงค์เป็นกรณีพิเศษ โดยอาจเสริมแรงด้วยการให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกฟรีหรือกระจายหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างทั่วถึง

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาครั้งนี้มิได้ครอบคลุมสตรีทุกจังหวัด ดังนั้นจึงควรนำผลการศึกษาของ 3 จังหวัดที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนหน้านี้ในโครงการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนระดับจังหวัดเช่นเดียวกันมาเปรียบเทียบด้วยว่าได้ข้อค้นพบเหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไรและเพราะอะไร นอกจากนี้ผู้วิจัยเห็นว่าการศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องตัวแปรที่มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยตรงดังที่ได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น หากมีการสำรวจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวในครั้งต่อไป ผู้สนใจอาจเพิ่มคำถามเกี่ยวกับตัวแปรในส่วนของปัจจัยความจำเป็นทางสุขภาพด้วย และอาจศึกษาตัวแปรอื่นๆ ภายใต้อัจฉริยะโน้มนำ เช่น ขนาดครอบครัว ศาสนา ความเชื่อและทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ หรือตัวแปรภายใต้ปัจจัยสนับสนุนที่ควรศึกษาเพิ่มเติม เช่น รายได้ และการรับข่าวสารด้านสุขภาพ สำหรับคำถามเกี่ยวกับการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกก็อาจเพิ่มข้อความเกี่ยวกับจำนวนครั้งที่เคยไปรับการตรวจ การไปรับการตรวจครั้งแรก และช่วงห่างระหว่างการตรวจ

ม ะ เ ร ร ึ่ง

ปากมดลูกในแต่ละครั้งซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าน่าจะช่วยให้เข้าใจถึงสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ดียิ่งขึ้น หรือหากเป็นไปได้ผู้สนใจในเรื่องเดียวกันนี้อาจศึกษาแบบตามบุคคลในรุ่น (panel study) ที่ติดตามกลุ่มตัวอย่างเดิมทุกๆ รอบระยะเวลาการตรวจคัดกรองทุก 3 ปี เพื่อวิเคราะห์อุบัติการณ์และสถานการณ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกว่าสอดคล้องกับแนวทางเวชปฏิบัติตามตำราแพทยศาสตร์หรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548ก. **สถิติสาธารณสุข 2546** [สายตรง]. แหล่งที่มา: <http://203.157.19.191/46%20table%202.3.4%20cause.xls>[1 กันยายน 2548].
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2548ข. **การสาธารณสุขไทย 2544-2547** [สายตรง]. แหล่งที่มา: http://www.moph.go.th/ops/health_48/2544_2547.htm[1 กันยายน 2548].
- กษานต์ สีตลารมณ. 2544. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. ใน สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ), **แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย**, หน้า 217-221. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- กิริยา ลาภเจริญวงศ์. 2543. **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู: กรณีศึกษาในเขตเมืองและชนบท จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรฤดี คุหะเปรมะ. 2548. สถานการณ์โรคมะเร็งของประเทศไทย. **คลินิก** 21, 5 (พฤษภาคม):375-381.
- ปิยนุช สายสุขอนันต์. 2546. **การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผู้จัดการออนไลน์. 8 กันยายน 2548. **ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พุง สาวเมืองเสี่ยงครองแชมป์**[สายตรง]. แหล่งที่มา: <http://www.manager.co.th/asp-bin/mgrView.asp?NewsID=9480000122073>[9 กันยายน 2548].
- วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงษ์ และคณะ. 2541. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 7, 1 (มกราคม - มีนาคม):20-26.
- วิทยา สวัสดิ์วุฒิพงษ์ และคณะ. 2542. การรณรงค์ตรวจหามะเร็งปากมดลูกในชุมชนโดยหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ในเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2539. **วารสารวิชาการสาธารณสุข** 8, 1 (มกราคม- มีนาคม): 37-43.
- วีรวรรณ เสถียรกาล. 2542. **พฤติกรรมอนามัยแม่ของสตรีไทยบนพื้นที่สูง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมหมาย สุพรรณภพ. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2002. **มะเร็งปากมดลูก** [สายตรง]. แหล่งที่มา:
<http://www.nci.go.th/knowledge/downloads.html#02> [9 กันยายน 2548].
สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์. 2548. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. **คลินิก** 21, 5 (พฤษภาคม):401-409.
อัมราวดี อินทะกนก. 2542. **ความตั้งใจที่จะใช้การคุมกำเนิดของสตรีโสดในภาคใต้**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Martin Nimit and Nilubol Patel. 2005. Chapter II cancer incidence and leading sites. In Sriplung H., et al. (editors), **Cancer in Thailand Vol. 3**, page 7-18[Online]. Available from:
[http://www.nci.go.th/file_download/Cancer%20In%20Thailand/CHAPTER2pdf.\[2005,](http://www.nci.go.th/file_download/Cancer%20In%20Thailand/CHAPTER2pdf.[2005,)
September 9].

Ofran Anson. 2004. Utilization of maternal care in rural HeBei Province, the People's Republic of China: individual and structural characteristics. **Health Policy** 70, 2 (November): 197-206 [Online]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15364149&query_hl=1[2005, September 14].

Parkin D. Max et al. 2002. **Global Cancer Statistics 2002** [Online]. Available from: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/contest/full/55/2/74>[2005, September 9].

Program for Appropriate Technology in Health (PATH). 2000. **Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Program**[Online]. Available from: <http://screening.iarc.fr/doc/cxca-planning-appro-prog-guide.pdf>.[2005, September 9].

Ronald M. Andersen. 2005. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. **Journal of Health and Social Behavior** Vol. 36, No.1 (March): 1-10[Online]. Available from: <http://link.jstor.org/sici?sici=0022-1465%28199503%3A1%3C1%3ARTBMAA%3E2.0.CO%3B2-F>.[2005, September 21].

Somkin CP, et al. 2004. The effect of access and satisfaction on regular mammogram and papnicolaou test screening in a multiethnic population. **Med Care** 42, 9 (September): 914-926 [Online]. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=15319618&query_hl=1[2005, September 14].

ตารางที่ 1 การกระจายอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่างสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปจำแนกตามปัจจัยนำและปัจจัยสนับสนุน

	ปัจจัย	ร้อยละ
ปัจจัยนำ		
อายุ		
	35-44 ปี	34.5
	45-59 ปี	39.0
	60-69 ปี	17.0
	มากกว่า 69 ปี	9.5
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(120,141)
สถานภาพสมรส		
	โสด	5.1
	สมรส	69.7
	หม้าย/หย่า/แยก	25.2
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(119,943)*
ระดับการศึกษา		
	ไม่ได้รับการศึกษา	12.4
	ประถมศึกษา	77.7
	มัธยมศึกษา	6.6
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	3.3
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(119,490)*
อาชีพ		
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29.0
	อาชีพวิชาชีพ/วิชาการ/บริหาร/ธุรการ/เสมียน	2.4
	อาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่	45.5
	อาชีพการค้า/ขนส่ง/บริการ/ช่าง/กรรมกร	23.1
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(119,773)*
ปัจจัยสนับสนุน		
เขตที่อยู่อาศัย		
	ในเขตเทศบาล	15.6
	นอกเขตเทศบาล	84.4
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(120,135)*

ตารางที่ 1 (ต่อ)

	ปัจจัย	ร้อยละ
ภาคที่อยู่อาศัย		
	เหนือ	20.5
	ตะวันออกเฉียงเหนือ	42.3
	กลาง	23.3
	ใต้	13.9
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(120,141)
การมีหลักประกันสุขภาพ		
	มี	79.0
	ไม่มี	21.0
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(119,172)*

* ไม่รวมกรณีตัวอย่างไม่ทราบ/ไม่ตอบ

ตารางที่ 2 การกระจายอัตราร้อยละของการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

	การตรวจมะเร็งปากมดลูก	ร้อยละ
เคยตรวจ	เคยตรวจ	26.4
	ผลปกติ	24.3
	ผลไม่ปกติ	0.7
	ไม่ทราบผล	1.4
ไม่เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ	73.5
	รวม	100.0
	(จำนวน)	(120,141)

ตารางที่ 3 การกระจายอัตราร้อยละของการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างสตรีไทยอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป
จำแนกตามปัจจัยโน้มมน้ำและปัจจัยสนับสนุน

ปัจจัย	การตรวจมะเร็งปากมดลูก		
	ตรวจ	ไม่ตรวจ	รวม
ปัจจัยโน้มมน้ำ			
อายุ			
35-44 ปี	35.6	64.4	100.0 (41,439)
45-59 ปี	28.0	72.0	100.0 (46,940)
60-69 ปี	14.5	85.5	100.0 (20,378)
มากกว่า 69 ปี	8.2	91.8	100.0 (11,384)
	$\chi^2 = 5,277.311$	P-value = 0.000	
สถานภาพสมรส			
โสด	15.2	84.8	100.0 (6,141)
สมรส	30.5	69.5	100.0 (83,350)
หม้าย/หย่า/แยก	17.5	82.5	100.0 (30,253)
	$\chi^2 = 2,350.249$	P-value = 0.000	
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้รับการศึกษา	12.9	87.1	100.0 (14,832)
ประถมศึกษา	26.4	73.6	100.0 (92,824)
มัธยมศึกษา	39.8	60.2	100.0 (7,872)
สูงกว่ามัธยมศึกษา	52.2	47.8	100.0 (3,971)
	$\chi^2 = 3,482.959$	P-value = 0.000	
อาชีพ			
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20.9	79.1	100.0 (34,723)
อาชีพวิชาชีพ/วิชาการ/บริหาร/ธุรการ/เสมียน	47.6	52.4	100.0 (2,901)
อาชีพเกษตรกรรม/ประมง/ล่าสัตว์/งานเหมืองแร่	26.4	73.6	100.0 (54,521)
อาชีพการค้า/ขนส่ง/บริการ/ช่าง/กรรมกร	31.4	68.6	100.0 (27,619)
	$\chi^2 = 1,580.065$	P-value = 0.000	
ปัจจัยสนับสนุน			
เขตที่อยู่อาศัย			
ในเขตเทศบาล	31.8	68.2	100.0 (18,681)
นอกเขตเทศบาล	25.5	74.5	100.0 (101,453)
	$\chi^2 = 319.003$	P-value = 0.000	

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัย	การตรวจมะเร็งปากมดลูก		
	ตรวจ	ไม่ตรวจ	รวม
ภาคที่อยู่อาศัย			
เหนือ	30.7	69.3	100.0 (24,679)
ตะวันออกเฉียงเหนือ	23.7	76.3	100.0 (50,776)
กลาง	27.8	72.2	100.0 (27,978)
ใต้	26.2	73.8	100.0 (16,709)
	$\chi^2 = 448.992$	P-value = 0.000	
การมีหลักประกันสุขภาพ			
มี	27.0	73.0	100.0 (94,179)
ไม่มี	24.7	75.3	100.0 (24,993)
	$\chi^2 = 52.703$	P-value = 0.000	

