

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง

An Application of Health Belief Model and Social Support for cervical cancer screening
among women aged 30 – 60 years who had never been screened

จรูญ ธรรมกร่าง *

ธราดล เก่งการพานิช **

มณฑา เก่งการพานิช **

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง **

บทคัดย่อ

การส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีช่วยให้สามารถค้นพบโรคในระยะเริ่มต้น สามารถลดความรุนแรงของการป่วยและตาย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของโปรแกรม สุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐมจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาจำนวน 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังโปรแกรมด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, Paired Samples t-test, Independent t-test และ Chi-Square test

ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษามีประสิทธิภาพทำให้สตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันสามารถนำไปประยุกต์ใช้โดยเฉพาะกิจกรรมช่วยลดอุปสรรคของการไปรับการตรวจคัดกรอง สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำทฤษฎีกลยุทธการตลาดเพื่อสังคมมาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมสุขศึกษา

คำสำคัญ : การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/แรงสนับสนุนทางสังคม

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail: patonarak@hotmail.com

** อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Correspondence: รศ. ธราดล เก่งการพานิช e-mail: ktharadol@gmail.com โทร 081-4935082

Abstract

Promoting cervical cancer screening is useful for early diagnosis of cervical cancer, which can lower severity of the illness and the incidence of death of cervical patients. This study was quasi-experimental research aiming to access the effectiveness of a health education program applying the health belief model and social support for cervical cancer screening among women aged 30-60 years who had never been screened. The research was carried out in the areas responsible for by Ban-Poom Sub-district Health Promotion Hospital, Dontoom District, NakhonPathom Province. The sample was 60 women aged 30-60 years, 30 each in the experimental and the comparison group. The experimental group participated in the program 3 times for 5 weeks. Data collection was done before and after the program by using the interviewing-schedule developed. Data analysis was done by computing statistics such as frequency, percentage, arithmetic mean, Paired samples t-test, Independent t-test and Chi-square test.

The results showed that after the experimentation, the experimental group had significantly higher mean scores in regard to perceived susceptibility of getting cervical cancer, perceived severity, perceived benefits of getting screening service, and perceived obstacles of getting screening service than before the intervention and higher than the comparison group ($p < 0.05$). A significantly higher number of the experimental group was found to get the screening service than the comparison group ($p < 0.001$). This finding is evidence that the health education program operated effectively in making women aged 30-60 years who had never been screened for cervical cancer to get the screening service. Thus, other Sub-district Health Promotion Hospitals, with the similar context, can apply this type of health education program, specially the health education activities used to lower the women's obstacles to get screening service effectively. For further research, Social Marketing Theory should be applied in planning and organizing the health education program.

Keyword : Promotion of cervical cancer screening / Health Belief Model/ Social Support

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกมีอัตราการป่วยเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก ในปีพ.ศ.2555 ประเทศไทยพบผู้ป่วยใหม่ประมาณ 10,000 ราย เสียชีวิตประมาณ 14 รายต่อวัน (ธิฎัญาศ์ภัก สุขศิรินาถ-สกุล และดวงใจ หมั่นสาร, 2555) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งสูง กำหนดเป้าหมายคือต้องครอบคลุมร้อยละ 80 ภายในปีพ.ศ.2553-2557 และค้นหาผู้ที่มีผลผิดปกติให้ได้รับการรักษา เพื่อให้มีประสิทธิผลในการรักษาสูง ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐมได้ดำเนินการตรวจคัดกรองตามนโยบายที่กำหนด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2555)

จากรายงานข้อมูลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ ตำบลลำเหย อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ในปี 2555 พบว่า มีสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ามารับบริการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 55.17 หากต้องดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายร้อยละ 80 จะต้องคัดกรองเพิ่มขึ้น จำนวน 260 ราย จากจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งสิ้น 468 ราย ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีปัญหาเข้าถึงได้ยาก เพราะไม่ให้ความร่วมมือในการเข้ารับการตรวจคัดกรอง รวมทั้งไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมกับชุมชน แม้จะมีการสร้างแรงจูงใจโดยมีการจัดมหรสพสุขภาพ การแจกของรางวัล หรือการให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้าไปชักชวนแต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ

การศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในสตรีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 ราย เพื่อหาคำตอบสำหรับเหตุผล/เงื่อนไขที่จะทำให้สตรีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง พบว่า เหตุผลที่ทำให้อยากไปรับบริการตรวจ คือ ถ้ามีญาติป่วยหรือถ้าตนเองมีอาการผิดปกติ (10 ราย) ถ้าผู้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ใช่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต. จะกล้าเข้ารับการตรวจมากขึ้น (6 ราย) หรือถ้าให้ตรวจกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะมั่นใจกว่า (4 ราย) ถ้าสามารถเลือกผู้ตรวจและกำหนดวันที่ตนเองสะดวกได้จะตัดสินใจตรวจ (4 ราย) ถ้าทราบวิธีหรือขั้นตอนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้มั่นใจและส่งผลต่อการตัดสินใจตรวจ (3 ราย) ถ้ามีคนเคยตรวจแล้วบอกไม่เจ็บจะเชื่อ (3 ราย) และถ้ามีเวลาว่างจึงจะมาเข้ารับการตรวจ (2 ราย) เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เหตุผลที่สตรีกลุ่มเป้าหมายที่เข้ารับและไม่เข้ามารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแนวคิดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ได้แก่ ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยง ปัจจัยการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์/ผลดีของการตรวจ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจ และการได้รับการสนับสนุนจากสามีหรือครอบครัว มีงานวิจัยหลายเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยสร้างโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการใช้กิจกรรมส่งเสริมการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก อาทิ การบรรยาย เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ สาเหตุ อาการ การรักษาและการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก (จิตา นุ่มอยู่, 2551) การเล่าประสบการณ์ของตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงเป็นสตรีในหมู่บ้านที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี และสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกซึ่งอยู่ในระหว่างการรักษา หรือผู้ที่ปัจจุบันรักษาจนหายแล้ว (รังสรรค์ พนานุสรณ์ และคณะ, 2551) การใช้แผ่นพับความรู้ ภาพพลิกประกอบแผนการสอนสุขศึกษา (สังวร นิยมมาลา, 2552) การติดตามเยี่ยมบ้าน และการกระตุ้นเตือนจากอาสาสมัครสาธารณสุขหรือกลุ่มเพื่อนสตรี หรือบุคคลในกลุ่มเป้าหมายให้การยอมรับจะเป็นแรงผลักดันให้ไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์ และคณะ, 2555)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้สตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีและการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ผ่านเกณฑ์ที่จังหวัดนครปฐมได้กำหนดไว้ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิในอนาคต

วิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มตัวอย่าง วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two group pre-post test design) โดยดำเนินการในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม ที่มีความคล้ายคลึงกัน 2 กลุ่มใน 2 หมู่บ้าน พื้นที่ทั้ง 2 หมู่บ้านไม่ติดกัน และมีอัตราความครอบคลุมการเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ เลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย หมู่บ้านที่จับได้ครั้งแรกจะถูกเลือกเป็นกลุ่มทดลอง อีกหมู่บ้านเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์จำนวนทั้งสิ้น 60 คน เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 30 คน

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (หนังสือหมายเลข MUPH 2014 – 053) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ.2557 โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสุศึกษาทั้งหมด 3 ครั้ง ซึ่งได้รับกิจกรรมเป็นรายบุคคล ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมสุศึกษาดังกล่าว แต่จะได้รับการแนะนำส่งเสริมเรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามรูปแบบเดิมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

โปรแกรมสุศึกษาเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 1 “รู้เสี่ยง รู้อันตราย รู้ผลดี” ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยและแกนนำสตรีจัดกิจกรรมการเรียนรู้รายบุคคลในเรื่องสถานการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยง ความรุนแรง บอกเล่าประสบการณ์ของแกนนำสตรีในการตรวจคัดกรองและที่เคยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งพูดคุยเพื่อสนับสนุนทางสังคมและจูงใจให้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมกับเสนอตัวเป็นพี่ปรึกษาแก่สตรีกลุ่มทดลอง

กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 2 “ก้าวข้ามอุปสรรค” ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง เพื่อให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรคในการเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสอบถามในเรื่องอุปสรรคของการเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายขั้นตอนในการตรวจ และนำเสนอวิธีการวางแผนนัดหมายจากแกนนำสตรี โดยกลุ่มทดลองสามารถเลือกสถานที่ตรวจ ผู้ตรวจ และเวลาได้เองเพื่อขจัดอุปสรรค

กิจกรรมสุศึกษาครั้งที่ 3 “กระตุ้น มั่นใจ ไปตรวจ” ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 15 นาที เพื่อให้เกิดการกระตุ้นติดตามในสตรีกลุ่มทดลอง และชักชวนโดยแกนนำสตรี ให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สร้างความมั่นใจด้านการได้รับการตามใบนัดหมายที่สตรีกลุ่มทดลองได้เลือกเอง จากนั้นในช่วงระหว่างสัปดาห์ที่ 4-5 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านภูมิ เปิดให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเก็บข้อมูลทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลองในสัปดาห์แรก และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 5 ซึ่งแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความคล้ายคลึงกันระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-square test สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired Samples t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test สำหรับการเปรียบเทียบการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังดำเนินการโปรแกรมระหว่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติ Chi-Square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันกล่าวคือ สตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 43 ปีเท่ากัน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งคุณลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการประกอบอาชีพไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$)

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 11.54 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ สตรีกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 11.17 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 6.93 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ สตรีกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 5.63 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

4. การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 2.87 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ สตรีกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 3.40 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

5. การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองเท่ากับ 7.13 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในขณะที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ สตรีกลุ่มทดลองยังมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 6.73 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าสตรีกลุ่มทดลองรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

6. การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูก พบว่า ภายหลังจบโปรแกรมสุขศึกษา สตรีกลุ่มทดลองมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกร้อยละ 76.67 ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกร้อยละ 26.67 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของสัดส่วนการเข้ารับบริการตรวจมะเร็งเรื้องปามดลูกหลังจบโปรแกรม พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปามดลูกที่สถานบริการสาธารณสุขในจำนวนที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 3 ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย ภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ($n=30$)

ตัวแปร/กลุ่มตัวอย่าง/ช่วงเวลา		n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	60.13	5.86	11.42	29	< 0.001*
	หลังทดลอง	30	71.67	6.80			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	30	60.70	7.07	0.22	29	0.829
	หลังทดลอง	30	60.50	5.56			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	38.67	4.15	8.42	29	< 0.001*
	หลังทดลอง	30	45.60	5.01			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	30	39.07	5.20	0.96	29	0.343
	หลังทดลอง	30	39.97	4.21			
การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	42.80	4.08	5.73	29	< 0.001*
	หลังทดลอง	30	45.67	3.29			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	30	42.67	5.42	0.34	29	0.737
	หลังทดลอง	30	42.27	6.46			
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	51.00	6.45	4.14	29	< 0.001*
	หลังทดลอง	30	58.13	9.83			
กลุ่มเปรียบเทียบ	ก่อนทดลอง	30	53.87	9.63	1.82	29	0.079
	หลังทดลอง	30	51.40	9.57			

* p-value < 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)

ตัวแปร/ช่วงเวลา/กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{X}$	SD	t	df	p-value
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก							
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	60.13	5.86	0.34	58	0.737
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	60.70	7.07			
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	71.67	6.79	6.97	58	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	60.50	5.56			
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก							
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	38.67	4.15	0.33	58	0.743
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	39.07	5.20			
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	45.60	5.01	4.72	58	<0.001*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	39.97	4.21			
การรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก							
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	42.80	4.08	0.11	58	0.915
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	42.67	5.42			
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	45.67	3.29	2.57	58	0.013*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	42.27	6.46			
การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	51.00	6.45	1.35	58	0.182
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	53.87	9.63			
หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	58.13	9.83	2.69	58	0.009*
	กลุ่มเปรียบเทียบ	30	51.40	9.57			

* p-value < 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังเสร็จโปรแกรมระหว่างสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเข้ารับบริการตรวจ	กลุ่มทดลอง (n = 30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 30)		χ^2 , df, p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มารับบริการตรวจ	23	76.7	8	26.7	15.02, 1, <0.001*
ไม่มารับบริการตรวจ	7	23.3	22	73.3	

* p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า สตรีกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษานี้ส่งผลให้สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลง และทำให้สตรีกลุ่มทดลองไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษา ได้มอบให้แกนนำสตรีเข้ามามีบทบาทในการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งแกนนำสตรีมีบทบาทเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ให้สตรีกลุ่มทดลองทำแบบประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง แกนนำสตรีเล่าถึงประสบการณ์ที่เคยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาการ ความรุนแรง วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก และทำให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความกลัว รับรู้ถึงอันตราย ความทุกข์ การสูญเสียเวลา ความยากลำบากและค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการดูแลรักษาเมื่อป่วย รวมทั้งให้คำแนะนำในเรื่องผลดีของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อให้เห็นความจำเป็นของการต้องปฏิบัติตามคำแนะนำ อธิบายเหตุผลผลการเข้ารับบริการตรวจที่แสดงให้เห็นว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์สามารถป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ พร้อมเล่าประสบการณ์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของตนเอง

นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเพื่อลดอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรอง ได้แก่ วางแผนการนัดหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายให้สตรีกลุ่มทดลองทราบว่าสามารถเลือกผู้ตรวจและสถานที่ตรวจได้เองตามที่ผู้วิจัยระบุไว้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในมาตรฐานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความสะดวกในการเดินทาง และลดอุปสรรคจากความอายเพราะไม่อยากเข้ารับบริการตรวจกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ซึ่งรู้จักและคุ้นเคย รวมทั้งมีการเสนอนัดหมายเวลาเพื่อเลือกช่วงเวลาที่จะสะดวกในการเข้ารับบริการ อาจเป็นในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ และวันหยุดราชการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Emily et al. (2010) พบว่า จุดแข็งที่สุดของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะทำให้นักคนนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้มากขึ้น คือ การรับรู้ต่ออุปสรรค ซึ่งหากสามารถจัดอุปสรรคที่เป็นสาเหตุให้บุคคลไม่ปฏิบัติในสิ่งเหล่านั้นได้ ก็จะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ดี ดังเช่นที่ สุปรียา ตันสกุล (2549) กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเกิดง่ายขึ้นจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการค้นหาและเข้าใจว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้เรื่องราวดังกล่าวอย่างไร เพื่อที่จะจัดการให้เกิดการรับรู้ได้อย่างเหมาะสม หากเราทราบว่าบุคคลนั้นมีอุปสรรคอย่างไร ให้นำอุปสรรคมาวิเคราะห์เพื่อวางแผนแก้ปัญหา โดยจัดอุปสรรคเหล่านั้นจนหมดไปจะทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทิศทางที่ถูกต้องได้

นอกจากนี้แกนนำสตรียังมีบทบาทในการกระตุ้น ย้ำเตือน และชักชวนให้สตรีกลุ่มทดลองไปรับบริการตรวจคัดกรอง โดยนำไปนัดหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไปให้แก่สตรีกลุ่มทดลอง เป็นกิจกรรมเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสตรีกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ให้การตอบรับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยความเต็มใจ พร้อมแสดงความขอบคุณที่แกนนำสตรีได้เข้าพูดคุย กระตุ้นเตือน ให้คำปรึกษา รวมทั้งชักชวนให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้

รู้สึกมั่นใจและพร้อมเข้ารับบริการในวันที่ได้นัดหมาย และทำให้มาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รังสรรค์ พนานุสรณ์และคณะ (2551) สังวร ฉิมมาลา (2552) และการศึกษาของณัฐภรณ์ เวชวิษฐ์และคณะ (2555) ที่ได้ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เป็นไปตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker et al. (1997, อ้างถึงใน ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจที่บุคคลจะประพฤติปฏิบัติหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือโรคนั้นมีความรุนแรงมีผลต่อร่างกายและการดำรงชีวิต รวมทั้งเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์เหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรค และการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลด้านการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง และสอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของ Caplan (1967, อ้างถึงใน วิสนีย์ ช่างพันธ์, 2554) นั่นคือการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคล อาจเป็นทางด้านข่าวสาร กำลังงานหรือทางด้านอารมณ์ รวมไปถึงการรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย ซึ่งจะเป็แรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเยี่ยมบ้าน เป็นการทำงานเชิงรุกเพื่อการเข้าถึงกลุ่มสตรีเป้าหมาย โดยเฉพาะสตรีที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองเลย ซึ่งยากสำหรับการมาเข้ารับบริการตามปกติ
2. การพูดคุยให้ความรู้รายบุคคล เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย แกนนำสตรีและสตรีกลุ่มทดลอง โดยเน้นพูดคุยสอดแทรกความรู้ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และลดการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจได้มากยิ่งขึ้น สร้างความสนใจ สามารถโต้ตอบซักถาม และตอบรับกระตือรือร้นเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพ
3. กิจกรรมวางแผนการนัดหมาย โดยให้สตรีกลุ่มทดลองมีอิสระสามารถเลือกวัน เวลา สถานที่ และผู้ให้บริการในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ กระตุ้นให้กลุ่มทดลองตอบรับและอยากเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมากขึ้น
4. การใช้แกนนำสตรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สตรีกลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมและที่ปรึกษาแบบตัวต่อตัว มีข้อดีที่มึความรู้จักคุ้นเคย ได้รับการยอมรับนับถือสามารถช่วยให้มีการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมสุขภาพนี้ต้องจัดให้กระชับ เข้าใจง่าย ใช้ระยะเวลาไม่นาน เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทและสภาพสังคมในปัจจุบัน มุ่งเน้นกิจกรรมด้านการรับรู้ต่ออุปสรรคของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่จะนำไปสู่การขจัดปัญหาของกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ควรนำโปรแกรมสุขภาพนี้ไปดำเนินการกับสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองกลุ่มใหม่ เพื่อเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. ดำเนินการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบการดำเนินการจัดโปรแกรมสุขศึกษานี้โดยให้แกนนำสตรีที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ปฏิบัติหน้าที่ในกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมดแทนผู้วิจัยหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อตรวจสอบสมรรถนะของแกนนำสตรีในการส่งเสริมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

4. การวิจัยโดยนำทฤษฎีกลยุทธการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing Theory) มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และลักขณา เตมศิริกุลชัย. (2555). การส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยแกนนำสตรีในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี, วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา. 10(2), 36-49.

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2553). การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ธิญญาศัภค สุขศิรินาสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). มะเร็งปากมดลูก...ภัยเงียบ ที่ผู้หญิงควรรู้หญิงไทย เสียชีวิตวันละ 14 คน. วารสารเพื่อนสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 5, 6(7), 1-7.

ธิดา นุ่มอยู่. (2551). การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ประทุม สุขชัยพานิชพงศ์ และคณะ. (2557). "ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง." วารสารวิชาการ Veridian E-Journal ปีที่7, ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์) : 1.

รังสรรค์ พนานุสรณ์ และคณะ. (2551). รูปแบบการส่งเสริมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำเภอนาโพธิ์ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน. 22(6), 3-10.

วิสนีย์ ช่างพันธ์. (2554). ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2546). แผนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. กรุงเทพฯ:สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 11,18,35-54.

สังวร นิยมมาลา. (2552). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักงานเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). มะเร็งปากมดลูก. <http://www.prdc.com/modules.php?name=News&file=article&sid=113>. [สืบค้นวันที่ 24 มิถุนายน 2555]

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2555). *สรุปผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ*. เอกสารการประชุมประจำเดือนมกราคม 2555, 1-4.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2555). *แผนงานการเฝ้าระวังและดูแลสตรีไทยจากโรคมะเร็ง*. เอกสารการประชุมประจำเดือนธันวาคม 2555, 1-4.

สุปรียา ตันสกุล. (2549). *จิตวิทยากับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิบูลย์การปก.

ภาษาต่างประเทศ

Attasara, P., & Buasom, R. (2009). *Hospital-Based Cancer Registry*. National Cancer Institute Department of Medical Services Ministry of public Health, 2(6): 16-25.

Emily, E., Tanner, S., & Tony, N. B. (2010) . *Evaluating the Health Belief Model:A critical review of studies predicting mammographic and pap screening*. Social Theory & Health, 1(8): 95–125.