

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา*

Factors Related To Cervical Cancer Screening Behavior Among At Risk Group Of Women Never Been Screened Within The Past 3 Years

ปริยานุช รุ่งเรือง (Priyanuch Rungrueang) **

ภรณ์ วัฒนสมบุญ (Paranee Vatanasomboon) ***

สุปรียา ตันสกุล (Supreeya Tansakoon) ****

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย (Lakkana Termsirikulchai) ****

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีที่ผ่านมา และเป็นกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2556 ในอำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท จำนวน 250 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติทดสอบไค-สแควร์

ผลการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 32.0 เท่านั้นที่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีที่ผ่านมา ปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้คือ ปัจจัยลักษณะบุคคล ได้แก่ สถานภาพการสมรส ($p=0.011$) อาชีพ ($p=0.021$) การตรวจสุขภาพ ($p=0.030$) การป่วยเป็นโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้าง ($p=0.006$) ปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง ($p<0.001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง ($p<0.001$) ปัจจัยเอื้อ/การเข้าถึงบริการ ได้แก่ ระยะทาง ($p<0.001$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($p=0.003$) การรับรู้อิทธิพลจากเพื่อน ($p=0.004$) ส่วนปัจจัยที่ศึกษาอื่นๆ ไม่พบว่ามีนัยสำคัญอย่างมีนัยสำคัญ จากผลการศึกษาี้ ควรดำเนินการส่งเสริมการตรวจคัดกรองในกลุ่มสตรีกลุ่มนี้อย่างเข้มข้น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีที่โสด/หม้าย/หย่า กิจกรรมดำเนินงานควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสร้างความมั่นใจของสตรีที่จัดอุปสรรคตามการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน และการใช้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มเพื่อนเพื่อชักชวนให้ตรวจเพิ่มขึ้น

* เผยแพร่เพื่อสำเร็จการศึกษา

** ปริยานุช รุ่งเรือง นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: dek-chai-nat@hotmail.com,

*** อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผศ.ดร.ภรณ์ วัฒนสมบุญ E-mail: paranee.vat@mahidol.ac.th,

**** อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล E-mail: phsts@mahidol.ac.th และ
ผศ.ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย E-mail: phlts@mahidol.ac.th

คำสำคัญ : พฤติกรรมตรวจคัดกรอง / มะเร็งปากมดลูก / สตรีกลุ่มเสี่ยง

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to study the factors related to cervical cancer screening behavior among a group of women at risk who had never been screened within the past 3 years. The samples consisted of 250 women aged 30-60 years who had not been screened within the past 3 consecutive years and were the group targeted in the fiscal year 2013 from Nongmamong District in the Chainat Province. The data were collected by using interviewed questionnaire. Chi-Square test was used to test the relationship between cervical cancer screening behavior and the studied factors.

The results showed 32.0 percent of the samples obtained cervical cancer screening service in the last year. The factors that were found significantly related to cervical cancer screening behavior, included marital status ($p=0.011$), occupation ($p=0.021$), health check-up ($p=0.030$), surrounding persons' getting cervical cancer ($p=0.006$), perceived response efficacy ($p<0.001$), perceived self-efficacy ($p<0.001$), distance to health care facility ($p<0.001$, to receive social support from volunteers ($p=0.003$) and perceived peer influence ($p=0.004$). There were no significant relationships between cervical cancer screening behavior and the other study factors. The results suggest that intensive promoting intervention should be done for these groups of women, especially the single/ widowed/divorced group. The intervention should be emphasized providing the target group with information about benefits of cervical cancer screening and enhancing the confidence among these target groups, so that they are able to overcome their perceived barriers of obtaining screening service. In addition, a proactive cervical cancer screening service should be done in the community as well as making use of the village health volunteers and peer to persuade the group at risk to increasingly receive the screening.

Key word : Screening Behavior/ Cervical Cancer / Women At Risk

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก นับเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของไทย จากรายงานทางสถิติในปี พ.ศ.2552-2554 พบว่าสตรีไทยเป็นมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 2 ส่วนใหญ่จะพบในสตรีอายุ 45-50 ปี และมีผู้ป่วยจำนวน 19,011 ราย และในแต่ละปีสตรีที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ประมาณ 6,500-7,000 ราย และมีสตรีไทยที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้เฉลี่ยวันละ 7 ราย และคาดการณ์ว่าในอีก 5 ปีข้างหน้าหากยังไม่มีการป้องกันที่ดี จะมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจำนวน 11,526 ราย และมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวัน

ละ 17 ราย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) มาตรการสำคัญในการลดการตายและอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยค้นพบโรคได้ในระยะเริ่มแรก และสามารถรักษาได้ผลดี (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) การพยากรณ์หลังการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 พบว่ามีอัตราการรอดชีพ 5 ปี มากกว่าผู้ป่วยที่พบในระยะ 2, 3 และ 4 (Benedet & Murphy, 1985)

จังหวัดชัยนาท มีการดำเนินงานตามนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องทุกปี ในปี พ.ศ.2550 พบว่ามีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ราย คิดเป็นอัตราตาย 2.1 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2550) และในปี พ.ศ.2551-2553 พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 ของเขต 4 (ลพบุรี สิงห์บุรี สระบุรี และชัยนาท) คิดเป็นร้อยละ 11 (ศูนย์มะเร็งลพบุรี, 2553) อำเภอหนองมะโมง ได้มีการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง ในช่วงระหว่างปีงบประมาณ 2553-2556 มีนโยบายคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายรายใหม่ที่ยังไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ผู้ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกติดต่อกันอย่างน้อย 3 ปีที่ผ่านมา และเป็นกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555 ถึงกันยายน 2556) โดยผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2548-2552 มีผลการคัดกรองร้อยละ 76.6 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง, 2552) ซึ่งสูงกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 75.0 และในปีงบประมาณที่ผ่านมา 2553-2555 มียอดสะสมร้อยละ 69.12 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง, 2555) และในปีงบประมาณ 2556 ยังเหลือกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองอีกจำนวน 475 คน จึงจะบรรลุเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอหนองมะโมง(ร้อยละ 80.0) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดโดยเน้นการคัดกรองในสตรีรายใหม่ จะพบว่าผลการคัดกรองลดลง แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายการตรวจคัดกรองในปีต่อๆ มาเป็นกลุ่มที่เริ่มเข้าถึงยากขึ้นโดยสตรีเหล่านี้เป็นกลุ่มที่ยังคงไม่มารับการตรวจเลยและผู้เริ่มเข้าสู่เกณฑ์อายุที่ต้องตรวจคัดกรอง(อายุ 30 ปี) ซึ่งยังจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อการลดอุบัติการณ์และความรุนแรงของโรค อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาเฉพาะว่าปัจจัยใดบ้างที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายนี้ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับการตรวจคัดกรองในกลุ่มเป้าหมายนี้เพื่อใช้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการส่งเสริมการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อไป

การอธิบายพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะพฤติกรรมการป้องกันโรค ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) อธิบายว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 2 กระบวนการรับรู้ คือ 1)การรับรู้การเผชิญอันตราย ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ในความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรม ส่งผลตอบสนองต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม และ 2) การรับรู้การเผชิญปัญหา ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนอง และความสามารถของตนเอง จะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงด้วย ก็จะทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติตามมีเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยอุปสรรคเกี่ยวกับการปรับตัวหรือพฤติกรรมนั้นจะต่ำ (Rogers,1983) และบนพื้นฐานมุมมองที่เกิดจากสหปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework (Green & Kreuter, 1991) พฤติกรรมเกิดจาก 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ กลุ่มปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในบุคคลในการทำพฤติกรรม เช่น ความรู้

เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ และปัจจัยลักษณะประชากร กลุ่มปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเกี่ยวกับทรัพยากรที่จำเป็นของบุคคลและชุมชนที่เอื้อให้เกิดการทำพฤติกรรม เช่น ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร ทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพและนโยบาย เป็นต้น และกลุ่มปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หรือหัวหน้างาน เป็นต้น การศึกษานี้นำกลุ่มปัจจัยตามแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework มากำหนดเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และนำปัจจัยการรับรู้การเผชิญอันตราย (ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของโรค) และการรับรู้การเผชิญปัญหา (ประสิทธิภาพการตอบสนองและความสามารถตนเอง) ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นปัจจัยกลุ่มปัจจัยนำ

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วงสามปีที่ผ่านมา

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research) ประชากรในการศึกษานี้ คือ สตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกติดต่อกันในช่วง 3 ปี (ระหว่างปีงบประมาณ 2553-2555) และเป็นกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555-กันยายน 2556) อาศัยอยู่ในอำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท จำนวน 475 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแบบการประมาณค่าสัดส่วนของเดเนียล (บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ, 2551) ได้ตัวอย่างในการศึกษาเท่ากับ 250 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้ (1) รวบรวมบัญชีรายชื่อของประชากรจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่ จำนวน 7 แห่ง (2) คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากบัญชีรายชื่อที่คัดเลือกแล้วตามสัดส่วนของจำนวนประชากรเป้าหมายในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (3) สุ่มเลือกตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยทุก ๆ 2 คนจะคัดเลือก 1 คน กรณีที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ถูกสุ่มได้ในวันที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล จะใช้รายชื่อต่อไปในบัญชีรายชื่อเป็นตัวอย่างในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้คือ แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบค่าความเที่ยงแบบทดสอบความสอดคล้องภายในส่วนที่เป็นมาตรวัดประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา การตรวจสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้าง ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 6 ข้อ, การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 6 ข้อ, การรับรู้ประสิทธิภาพของการตอบสนอง จำนวน 4 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง/5, เห็นด้วย/4, ไม่แน่ใจ/3, ไม่เห็นด้วย/2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/1) และการรับรู้ความสามารถตนเอง ซึ่งถามเกี่ยวกับความมั่นใจในการไปตรวจคัดกรอง จำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประเมินค่า 5 ระดับ (มั่นใจมากที่สุด/5, มั่นใจมาก/4, มั่นใจปานกลาง/3, ค่อนข้างมั่นใจ/2, ไม่มั่นใจเลย/1) ค่าความเที่ยงของมาตรวัดในส่วนนี้อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Cronbach's Alpha= 0.60, 0.75, 0.83 และ 0.99 ตามลำดับ) ส่วน

ที่ 3 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ระยะเวลา ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจ และความสะดวกในการไปรับบริการในเวลาราชการ จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน ครอบครัว/สามี และอาสาสมัครสาธารณสุข คำตอบเป็นแบบสองตัวเลือก (ได้รับ/1, ไม่ได้รับ/0) และอิทธิพลจากเพื่อน จำนวน 3 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (เห็นด้วยอย่างยิ่ง/5, เห็นด้วย/4, ไม่แน่ใจ/3, ไม่เห็นด้วย/2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง/1) ค่าความเที่ยงอยู่ในระดับที่ยอมรับได้เช่นกัน (Cronbach's Alpha=0.65) และส่วนที่ 5 พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตรวจ/ไม่ได้ตรวจ) ในช่วงปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555-กันยายน 2556)

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยมหิดล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2014-066 ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 11 มีนาคม 2557 ถึงวันที่ 10 เมษายน 2557 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย แนวทางในการเลือกตัวอย่างและการสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 14 คน ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ แจ้งถึงสิทธิและจริยธรรมในการให้ข้อมูล และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติทดสอบ Chi-Square test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 250 คน พบว่า มีอายุเฉลี่ยประมาณ 47 ปี ส่วนใหญ่อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 41.6) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 77.2) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 53.6) ประมาณครึ่งหนึ่งมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 50.0) และไม่ได้ศึกษาหรือจบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 69.6) และเคยตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 53.6) และมีร้อยละ 95.6 ที่ตอบไม่มีบุคคลรอบข้างที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก (คอลัมน์ที่ 2 ตารางที่ 1)

พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการศึกษานี้วัดพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2556 (ตุลาคม 2555-กันยายน 2556) พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.0 ยังไม่ได้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วงเวลาที่ศึกษา โดยให้เหตุผล คือ ไม่มีเวลาหรือต้องทำงาน (ร้อยละ 25.6) ไม่มีบัตรนัดหมายจากเจ้าหน้าที่หรือยังไม่ครบตามที่นัดหมายในการตรวจครั้งต่อไป (ร้อยละ 23.2) ไม่มีความผิดปกติใดๆ (ร้อยละ 10.4) และอายุเจ้าหน้าที่ (ร้อยละ 8.8) มีเพียงร้อยละ 32.0 เท่านั้นที่ตอบว่า ไปตรวจคัดกรอง โดยให้เหตุผลที่ไปตรวจคือ มีการรณรงค์ตรวจคัดกรอง/ตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 20.0) แรงสนับสนุนจากบุคคลภายในครอบครัว/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/อสม. (ร้อยละ 8.8) และมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมากผิดปกติ มีเลือดออก (ร้อยละ 3.2)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการวิเคราะห์กลุ่มปัจจัยนำด้านลักษณะส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพการสมรส ($p=0.011$) อาชีพ ($p=0.021$) การตรวจ

สุขภาพ ($p=0.030$) และการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้าง (0.006) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพหม้าย หย่า แยกกันอยู่ และโสด (ร้อยละ 36.8 กับร้อยละ 16.3 และ 14.3 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีอาชีพเกษตรกร มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ คือ ข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 38.1 กับร้อยละ 28.4 และ 9.5 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจสุขภาพ มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 38.1 กับร้อยละ 25.0) กลุ่มตัวอย่างที่มีบุคคลรอบข้างป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มี (ร้อยละ 72.7 กับร้อยละ 30.1) สำหรับปัจจัย อายุ รายได้ และระดับการศึกษา ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 1)

ปัจจัยนำด้านปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง ($p<0.001$) และการรับรู้ความสามารถตนเอง ($p<0.001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองในระดับสูงและปานกลาง มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนองในระดับต่ำ (ร้อยละ 73.7 กับร้อยละ 4.6) และกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับสูง มีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับปานกลาง และระดับต่ำ (ร้อยละ 61.7 กับร้อยละ 8.3 และร้อยละ 3.2 ตามลำดับ) สำหรับปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 2)

กลุ่มปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ พบว่า ระยะทาง ($p<0.001$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเห็นได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการน้อยกว่า 5 กิโลเมตรมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มที่มีระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการมากกว่าหรือเท่ากับ 5 กิโลเมตร (ร้อยละ 71.9 กับ ร้อยละ 34.6) สำหรับปัจจัยเรื่องความสะดวกในการเดินทางไปตรวจ และความสะดวกในการไปรับบริการในเวลาราชการ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 3)

กลุ่มปัจจัยเสริม พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข ($p=0.003$) และอิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน ($p=0.004$) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับสูงมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขในระดับต่ำ (ร้อยละ 35.1 กับร้อยละ 7.1) กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนในระดับสูงมีการตรวจมากกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อนระดับปานกลางและต่ำ (ร้อยละ 40.0 กับ ร้อยละ 33.8 และ 15.9 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อน และครอบครัว/สามี และการตรวจคัดกรองของเพื่อน ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (N=250)

ลักษณะส่วนบุคคล	รวม N (%)	พฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็ง		p-value
		ปากมดลูก		
		ตรวจ n (%)	ไม่ได้ไปตรวจ n (%)	
ปัจจัยประชากร				
อายุ				0.599
30-39 ปี	49 (19.6)	18 (36.7)	31 (63.3)	
40-49 ปี	104 (41.6)	30 (28.8)	74 (71.2)	
50-59 ปี	97 (38.8)	32 (33.0)	65 (67.0)	
สถานภาพการสมรส				0.011
โสด	14 (5.6)	2 (14.3)	12 (85.7)	
สมรส	193 (77.2)	71 (36.8)	122 (63.2)	
หม้าย,หย่า,แยกกันอยู่	43 (17.2)	7(16.3)	36 (83.7)	
อาชีพ				0.021
เกษตรกร	134 (53.6)	51 (38.1)	83 (61.9)	
ข้าราชการ,รัฐวิสาหกิจ,รับจ้าง,ค้าขาย	95 (39.2)	27 (28.4)	68 (71.6)	
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	21 (7.2)	2 (9.5)	19 (90.5)	
รายได้				0.498 ^a
น้อยกว่า 5,000 บาท	125 (50.0)	37 (29.6)	88 (70.4)	
5,000 บาทขึ้นไป	125 (50.0)	43 (34.4)	82 (65.6)	
ระดับการศึกษา				0.141
ไม่ได้ศึกษา/ประถมศึกษา	174 (69.6)	55 (31.6)	119 (68.4)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	60 (24.0)	23 (38.3)	37 (61.7)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	16 (6.4)	2 (12.5)	14 (87.5)	
การตรวจสุขภาพ				0.030 ^a
ไม่เคยตรวจ	116 (46.4)	29 (25.0)	87 (75.0)	
เคยตรวจ	134 (53.6)	51 (38.1)	83 (61.9)	
การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้าง				0.006 ^a
ไม่มี	239 (95.6)	72 (30.1)	167 (69.9)	
มี	11 (4.4)	8 (72.7)	3 (27.3)	

^a p-value จากสถิติทดสอบ Fisher's exact test

ตารางที่ 2 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคและพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (N=250)

แรงจูงใจในการป้องกันโรค	รวม N (%)	พฤติกรรมตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก		p-value
		ตรวจ	ไม่ได้ไปตรวจ	
		n (%)	n (%)	
การรับรู้ความรุนแรงของโรค				0.070
ระดับสูง (23-30 คะแนน)	136 (54.4)	50 (36.8)	86 (63.2)	
ระดับปานกลาง (19-22 คะแนน)	67 (26.8)	14 (20.9)	53 (79.1)	
ระดับต่ำ (6-18 คะแนน)	47 (18.8)	16 (34.0)	31 (66.0)	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค				0.626
ระดับสูง (23-30 คะแนน)	33 (13.2)	12 (36.4)	21 (63.6)	
ระดับปานกลาง (19-22 คะแนน)	117 (46.8)	34 (29.1)	83 (70.9)	
ระดับต่ำ (6-18 คะแนน)	100 (40.0)	34 (34.0)	66 (66.0)	
การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง				<0.001
ระดับสูงและปานกลาง (13-20 คะแนน)	99 (39.4)	73 (73.7)	26 (26.3)	
ระดับต่ำ (4-12 คะแนน)	151 (60.4)	7 (4.6)	144 (95.4)	
การรับรู้ความสามารถตนเอง				<0.001
ระดับสูง (20-25 คะแนน)	120 (48.0)	74 (61.7)	46 (38.3)	
ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	36 (14.4)	3 (8.3)	33 (91.7)	
ระดับต่ำ (5-15 คะแนน)	94 (37.6)	3 (3.2)	91 (96.8)	

หมายเหตุ: ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 70 ของคะแนนรวม), ระดับปานกลาง (ร้อยละ 51-69.99 ของคะแนนรวม), ระดับต่ำ ($\leq$ ร้อยละ 50 ของคะแนนรวม)

ตารางที่ 3 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้อ-การเข้าถึงบริการ, ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (N=250)

ปัจจัย	รวม N (%)	พฤติกรรมตรวจคัดกรอง		p-value
		มะเร็งปากมดลูก		
		ตรวจ n (%)	ไม่ได้ไปตรวจ n (%)	
ปัจจัยเอื้อ – การเข้าถึงบริการ				
ระยะทาง				<0.001 ^a
< 5 กิโลเมตร	224 (89.6)	161 (71.9)	63 (28.1)	
≥ 5 กิโลเมตร	26 (10.4)	9 (34.6)	17 (65.4)	
ความสะดวกในการเดินทางไปตรวจ				0.435 ^a
สะดวก	243 (97.2)	79 (32.5)	164 (67.5)	
ไม่สะดวก	7 (2.8)	1 (14.3)	6 (85.7)	
ความสะดวกในการไปรับบริการในเวลาราชการ				1.000 ^a
สะดวก	247 (98.8)	79 (32.0)	168 (68.0)	
ไม่สะดวก	3 (1.2)	1 (33.3)	2 (66.7)	

ตารางที่ 3 การกระจายของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้อ-การเข้าถึงบริการ, ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (N=250) (ต่อ)

ปัจจัย	รวม N (%)	พฤติกรรมตรวจคัดกรอง		p-value
		มะเร็งปากมดลูก		
		ตรวจ n (%)	ไม่ได้ไปตรวจ n (%)	

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม				
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				1.000 ^a
ระดับสูง (≥3.5 คะแนน)	245 (98.0)	79 (32.2)	166 (67.8)	
ระดับต่ำ (<3.5 คะแนน)	5 (2.0)	1 (20.0)	4 (80.0)	
จากเพื่อน				----
ระดับสูง (≥2.1 คะแนน)	207 (82.8)	80 (38.6)	127 (61.4)	
ระดับต่ำ (<2.1 คะแนน)	43 (17.2)	0 (0.0)	43 (100.0)	
จากครอบครัว/สามี				----
ระดับสูง (≥2.1 คะแนน)	200 (80.0)	80 (40.0)	120 (60.0)	
ระดับต่ำ (<2.1 คะแนน)	50 (20.0)	0 (0.0)	50 (100.0)	

จากอาสาสมัครสาธารณสุข				0.003
ระดับสูง (≥ 3 คะแนน)	222 (88.8)	78 (35.1)	144 (64.9)	
ระดับต่ำ (< 3 คะแนน)	28 (11.2)	2 (7.1)	26 (92.9)	
การตรวจคัดกรองของเพื่อน				0.378 ^a
เคยตรวจ	224 (89.6)	74 (33.0)	150 (67.0)	
ไม่เคยตรวจ	26 (10.4)	6 (23.1)	20 (76.9)	
อิทธิพลจากเพื่อน				0.004
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	110 (44.0)	44 (40.0)	66 (60.0)	
ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน)	77 (30.8)	26 (33.8)	51 (66.2)	
ระดับต่ำ (3-9 คะแนน)	63 (63.0)	10 (15.9)	53 (84.1)	

^a p-value จากสถิติทดสอบ Fisher's exact test

ไม่ได้ทำการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมี cell ที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นศูนย์

หมายเหตุ : ระดับสูง ($\geq$ ร้อยละ 70 ของคะแนนรวม), ระดับต่ำ ($<$ ร้อยละ 70 ของคะแนนรวม)

การอภิปรายผล

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบร้อยละ 32.0 เท่านั้น ที่ไปรับการตรวจคัดกรอง และยังมีถึงร้อยละ 68.0 ที่ยังไม่ได้ไปตรวจคัดกรอง จะเห็นได้ว่าร้อยละ 5.4 ที่มารับการตรวจคัดกรองในปีงบประมาณ 2556 นี้ต่ำกว่าปีงบประมาณที่ผ่านมา มาโดยปีงบประมาณ 2553 คิดเป็นร้อยละ 30.8 ปีงบประมาณ 2554 ร้อยละ 21.1 ปีงบประมาณ 2555 ร้อยละ 17.2 จากผลงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2556 คิดเป็นร้อยละ 74.5 ยังเหลือกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองอีกจำนวน 475 คน จึงจะบรรลุเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอหนองมะโมง (ร้อยละ 80.0) (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง, 2556) และเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อำเภอหนึ่งของจังหวัดนี้ ซึ่งมีลักษณะประชากรและพื้นที่ใกล้เคียงกันพบมีการตรวจคัดกรองที่สูงกว่าร้อยละ 82.6 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, 2556)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองความสัมพันธ์กับกลุ่มปัจจัยตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Framework บางปัจจัย ปัจจัยนำในส่วนของลักษณะส่วนบุคคล เฉพาะปัจจัยสถานภาพสมรสและอาชีพที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสตรีที่แต่งงานแล้วมีการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ และประกอบอาชีพข้าราชการ รับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ สมใจ พรภิกานนท์ (2551) และ Ackerson, & Greatebeck (2009) ซึ่งพบเช่นเดียวกันว่า สถานภาพสมรสและอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนปัจจัยด้านอายุ รายได้ ระดับการศึกษา การตรวจสุขภาพ และการป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอนุกุล แก้วบริสุทธิ์สกุล (2551) ที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ อายุ รายได้ และระดับการศึกษา

ปัจจัยนำในส่วนของปัจจัยแรงจูงใจในการป้องกันโรคพบความสัมพันธ์เฉพาะ ปัจจัยในองค์ประกอบของกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหา คือ การรับรู้ประสิทธิผลการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถตนเอง สตรีที่มีการรับรู้ประสิทธิผลการตอบสนอง และการรับรู้ความสามารถตนเองระดับสูง มีการคัดกรองมากกว่ากลุ่มอื่นๆ แต่การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์กับปัจจัยในองค์ประกอบกระบวนการประเมินอันตราย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ทั้งนี้เนื่องจากการมีภรรยาครั้งนี้ในพื้นที่มาเป็นระยะเวลาติดต่อกันหลายปี ทำให้กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในความรุนแรงและความเสี่ยงมากทั้งในกลุ่มที่ตรวจและไม่ตรวจ ผลการศึกษานี้พบเช่นเดียวกับการศึกษาของ จริย คุ่มทรัพย์ (2555) และสาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ประสิทธิผลของการตอบสนอง การรับรู้ความสามารถตนเอง มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อบุคคลเชื่อในความรุนแรง เชื่อในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม และมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ (Roger, 1983)

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ พบความสัมพันธ์เฉพาะปัจจัย ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ การที่อยู่ใกล้สถานบริการมากกว่า (ระยะทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร) มีการตรวจคัดกรองมากกว่า เพราะสามารถเข้าถึงสถานบริการได้ง่ายกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ไกลสถานบริการ ส่วนความสะดวกในการเดินทางไปตรวจ และความสะดวกในการไปรับบริการในเวลาราชการ ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องจากการจัดบริการตรวจในพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการสุขภาพเรื่องอื่นๆ อยู่แล้ว จึงทำให้มีความเห็นในเรื่องการเข้าถึงบริการไม่ต่างกันทั้งในกลุ่มที่ไปตรวจและไม่ไปตรวจคัดกรอง ซึ่งผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิราภรณ์ ถิ่นล่อ (2553) และสุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์ (2555) ที่พบว่า การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พบความสัมพันธ์เฉพาะแรงสนับสนุนที่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของอนุสรฯ เจาะสัน (2553) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งอื่นๆ คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จากเพื่อน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี ไม่พบความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรอง ผลการศึกษานี้ไม่เหมือนกับการศึกษาของ เนตรทิพย์ กาญจนพิศาล (2551) และสุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์ ที่พบว่า (2555) การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ จากเพื่อน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรอง สำหรับปัจจัยอิทธิพลจากเพื่อนสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองเช่นกัน การตรวจคัดกรองจะมากยิ่งขึ้นตามระดับการรับรู้เกี่ยวกับอิทธิพลจากเพื่อน ผลที่พบสอดคล้องกับการศึกษาของสมใจ พรภิกานนท์ (2551)

การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือ ศึกษาเฉพาะพื้นที่อำเภอหนองมะโมง จังหวัดชัยนาท เขตพื้นที่ที่ทำการศึกษาเป็นเขตชนบท ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจในระดับต่ำ และช่วงเวลาของการวัดกลุ่มที่ไม่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกำหนดอยู่ในช่วง 3 ปี นอกจากนี้ในการศึกษานี้ไม่ได้นำตัวแปรระดับกลุ่มองค์กรและทรัพยากรเข้ามาศึกษาด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

จากผลการศึกษาพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาในครั้งนี้นพบในการศึกษานี้ยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น หน่วยงานในระดับอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรมีการดำเนินการต่อไปนี้

1. หน่วยงานระดับอำเภอ ควรมีการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี และการนำเสนอผลการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดทุกๆ 3 เดือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในแต่ละพื้นที่

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2.1 ควรดำเนินการส่งเสริมเน้นการรณรงค์และให้แนะนำ/กระตุ้นการตรวจคัดกรองในกลุ่มสตรีกลุ่มที่ไม่เคยรับการตรวจอย่างเข้มข้น โดยเฉพาะกลุ่มสตรีที่แต่งงานแล้ว กิจกรรมดำเนินงานควรเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสร้างความมั่นใจของสตรีที่ขจัดอุปสรรคตามการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองของกลุ่มเป้าหมาย

2.2 การจัดบริการตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน เช่น การออกหน่วยไปตั้งบริการตรวจคัดกรองในแหล่งชุมชนที่อยู่ห่างไกลจากสถานบริการ เพื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างทั่วถึง

2.3 ควรนำกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มเพื่อน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจคัดกรอง โดยการกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลกำหนดการตรวจ และสนับสนุนช่วยเหลือให้เกิดการตรวจคัดกรอง ตามกำหนดระยะเวลาที่แนะนำเพื่อชักชวนให้มารับการตรวจเพิ่มขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยตรวจคัดกรองในพื้นที่อื่นๆว่าเหมือนหรือต่างกันอย่างไรและควรศึกษาผลของปัจจัยด้านการจัดบริการซึ่งเป็นปัจจัยด้านองค์การว่ามีผลหรือไม่อย่างไร

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

จริย คุ่มทรัพย์. (2555). การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองของสตรีในตำบลโพนเขวา

อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ. คณะพยาบาลศาสตร์, วิทยาลัยเฉลิมกาญจนา

นันทิราภรณ์ ถิ่นล่อ. (2553). การตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปีในเขตเทศบาล

อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เนตรทิพย์ กาญจนพิศาล. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตตำบลดอนมะโนรา อำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 10 ปรับปรุงเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ : จามจุรี โปรดักท์.
- ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ และคณะ. (2557). *ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง*. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University ปีที่ 1, ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์) : 1-12.
- รจเรข ธรรมกร่าง และคณะ. (2557). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง*. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University ปีที่ 1, ฉบับที่ 5 (เดือนกันยายน-ตุลาคม) : 19-29.
- ศุณย์มะเร็งลพบุรี. (2553). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2552*. กลุ่มภารกิจบริการวิชาการ ศุณย์มะเร็งลพบุรี.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแปปเสมียร์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3) กรุงเทพมหานคร: สยามออฟเซท.
- สมใจ พรภิกานนท์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-59 ปี ในเขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สาวิตรี พรสินศิริรักษ์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิตย์ตา เทพศิริพันธุ์. (2555). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของบุคลากรหญิงโรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2550). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2550*. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.
- _____. (2556). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2556*. กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง. (2552). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2552*. งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง.
- _____. (2555). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2555*. งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง.
- _____. (2556). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี พ.ศ. 2556*. งานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองมะโมง.
- อนุกุล แก้วบริสุทธิ์สกุล และคณะ. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอรัตภูมิ จังหวัดสงขลา*. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 38(1), 34-47.

อนุสรณ์ เจาะสั้น. (2553). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้การสนับสนุนทางสังคมและการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มสตรีไทย มุสลิม จังหวัดสตูล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาต่างประเทศ

Ackerson, K., & Preston, S. D. (2009). A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening : systematic review. *Journal of Advanced Nursing.*, 65, 1130-1140.

Benedet JL, & Murphy KJ. (1985). Cervical cancer screening. Who needs a Pap test? How often? *Postgrad Med*, ; 78(8): 69-71.

Green LW, and Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environmental approach. 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield; 1991.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *SocialPsychophysiology*. (153-176), New York: Guilford Press.