



รายงานวิจัย



Research Articles

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
The Effectiveness of Health Education Program Applying Health Belief Model
on Cervical Cancer Screening

จิรศักดิ์ จีรากุลสวัสดิ์*

Jirasak Jirakulsawas*

*โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี

*Laemchabang Hospital, Chonburi, Thailand

Corresponding author e-mail address: jjirasaknum@gmail.com

Received: March 16, 2021

Revised: August 3, 2021

Accepted: August 9, 2021

Abstract

Cervical cancer is a serious disease that is a major public health problem. In Thailand, cervical cancer is the second most common after breast cancer but can be cured if detected in the early stages. This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of a health education program applying the health belief model on cervical cancer screening. The sample group consisted of 100 women aged 30-60 years assigned to experimental and control groups with 50 women in each group. The health education program was instructed to experimental group while control group was instructed by regular teaching. Data were collected by perception of cervical cancer questionnaires and cervical cancer screening behavior after experiment four weeks later. Compared between two groups using chi-square, Fisher's exact, paired t and independent t test. The level of statistical significance was set at 0.05. The results showed that after the trial, experimental group had a statistically significantly higher mean score of perception of cervical cancer than pretest and higher than control group. The proportion of cervical cancer screening behavior in experimental group was significantly higher than in control group. In conclusion, a health education program could improve cervical cancer screening behavior and perception of cervical cancer. Therefore, this program should be further applied to encourage other female groups to attend cervical cancer screening.

Keywords: health education program, health belief model, cervical cancer screening*Buddhachinaraj Med J 2021;38(2):130-40.*

บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ แต่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คนด้วยการจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามกิจวัตร เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง 4 สัปดาห์ เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ chi-square, Fisher's exact, paired t และ independent t ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทุกด้านมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวนผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษาทำให้การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรใช้โปรแกรมสุขศึกษากระตุ้นให้สตรีกลุ่มอื่น ๆ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขศึกษา, แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ, การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พุทธชินราชเวชสาร 2564;38(2):130-40.

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคร้ายแรงที่มีแนวโน้มพบเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทั่วโลก 528,000 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 14 ต่อแสนประชากร โดยร้อยละ 85 อยู่ในภูมิภาคที่พัฒนาน้อย และในปีเดียวกันทั่วโลก มีสตรีเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก 266,000 ราย อัตราตายสูงถึง 6.8 ต่อแสนประชากร ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 7.5 ของอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งที่พบในสตรีทั่วโลก¹ ในประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม สถิติปี พ.ศ. 2562 พบ 2,238 ราย คิดเป็น 6.7 ต่อแสนประชากร² มะเร็งปากมดลูกพบเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยเฉพาะในช่วงอายุระหว่าง 40-60 ปี ถ้าไม่ได้วางแผนป้องกันที่ดีอาจมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเป็นปีละ 13,082 ราย³

มะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรกเนื่องจากมีระยะก่อนการเป็นมะเร็ง (pre invasive) นานกว่า 10 ปีก่อนเกิดมะเร็งในระยะลุกลาม การรักษาต้องใช้ระยะเวลานานและต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมาก ก่อให้เกิดความสูญเสีย

ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี pap smear เป็นการตรวจคัดกรองที่สะดวกและสามารถตรวจได้เกือบทุกสถานพยาบาล

จากผลการดำเนินงาน 3 ปีที่ผ่านมาโรงพยาบาลแหลมฉบังได้ดำเนินงานตามตัวชี้วัด แต่พบว่าความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรในเขตรับผิดชอบตำบลทุ่งสุขลา อำเภอสัตหีบ ปิงประมาณ 2561-2563 เท่ากับร้อยละ 14.17, 16.59 และ 5.78 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์ service plan สาขามะเร็ง ปิงประมาณ 2561-2565 ที่กำหนดเกณฑ์เป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมกลุ่มสตรีเป้าหมาย (30-60ปี) ในปีงบประมาณ 2558-2562 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 และในปีงบประมาณ 2563-2567 กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ต่อปี⁴ แม้จะพยายามหารูปแบบต่าง ๆ เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

การดำเนินงานตรวจคัดกรองนั้นมีหลายการศึกษาได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ โดยการพัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาตามกรอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ⁵ เพื่อสร้างแรงกระตุ้นให้แก่สตรีมาตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ รวมทั้งตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ทั้งนี้

โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการสอนที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นสำหรับผู้รับบริการโดยประยุกต์ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ⁶ เพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน สาธิตวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยโมเดลโพรงมดลูกและกางเกงเป๋าขาดสำหรับการตรวจภายในเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้และลดความรู้สึกลัว/อายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงโดยให้สตรีที่มีประสบการณ์ที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาเล่าถึงวิธีตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในการตรวจ

การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง การรับรู้ตนเองของสตรีเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งวัดด้วยแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย การรับรู้ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีเกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้ของสตรีเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง การรับรู้หรือคาดการณ์ของสตรีเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 5) การรับรู้สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action)

หมายถึง เหตุการณ์หรือสิ่งที่มีผลกระทบต่อบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา⁶

พฤติกรรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง จำนวนสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในระยะเวลา 1 เดือนหลังการทดลอง

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ครั้งนี้ศึกษาในสตรีอายุ 30-60 ปีที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งสุขลาและตำบลบึง อำเภอสรีราชา จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีอัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองต่ำและใกล้เคียงกัน อาณาเขตของทั้ง 2 ตำบลไม่ติดต่อกัน เพื่อควบคุมการแพร่ของสิ่งทดลอง (diffusion of treatment) จำนวน 100 คน **เกณฑ์การคัดเลือก** (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน หรือเคยตรวจครั้งสุดท้ายอย่างน้อย 3 ปี 2) ไม่ตั้งครรภ์ 3) อ่านและเขียนหนังสือได้ 4) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 50 คน โดยการจับสลากตำบลที่จับได้ก่อนเป็น **กลุ่มทดลอง** คือ ตำบลทุ่งสุขลา ซึ่งได้รับการสอนจากผู้วิจัย ส่วนตำบลบึงเป็น **กลุ่มควบคุม** ได้รับการสอนตามกิจวัตรจากเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แจ้งตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลแหลมฉบังแก่ทั้งสองกลุ่ม ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคล้ายคลึงกันมากที่สุดโดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยตัวแปรการศึกษาและประสบการณ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ

2) แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และการรับรู้สิ่งชักนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบสอบถามมีทั้งแบบเอกสารและแบบ google form ตามลิงค์ <https://forms.gle/aLJBFmnhGd5JFojdA> ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่า IOC (index of item objective congruence) = 0.81 หลังจากปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้ว ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในสตรีในตำบลสุรศักดิ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน จากนั้นนำมาทดสอบได้ค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอมบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.807

3) ทะเบียนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินงานวิจัย ซึ่งใช้เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น เป็นโปรแกรมการสอนสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นประกอบด้วย

1) กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค เพื่อให้สตรีมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้านกลุ่มละ 10 ราย ประกอบด้วยกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพนำเข้าสู่กิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยร่วมอภิปรายกลุ่มและสรุปความคิดเห็นก่อนการสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของโรค สถานการณ์ของโรคในปัจจุบัน ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการของโรค ความรุนแรงของโรค การรักษา การป้องกันการเกิดโรค และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การยกตัวอย่างกรณีศึกษา

2) กิจกรรมเพื่อลดอุปสรรคความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ สาธิตวิธีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยโมเดลโพรงมดลูกและทางแกงเป้าขาดสำหรับตรวจภายในเพื่อลดความอาย โดยให้บุคคลในกลุ่มสมมติเป็นผู้รับบริการเพื่อให้เห็นภาพการเข้ารับการตรวจและขั้นตอนการตรวจมะเร็งปากมดลูกชัดเจนขึ้น ร่วมอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาจากการไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กระตุ้นให้กลุ่มได้ร่วมทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกกลัวหรืออายเมื่อเริ่มต้นก่อนสรุปประเด็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรงโดยให้สตรีที่มีประสบการณ์ที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาเล่าถึงวิธีตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

4) วางแผนการนัดหมายเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. สื่อการสอนสำหรับกลุ่มทดลองประกอบด้วย

1) คู่มือโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2) ชุดนิทรรศการ (roll up) เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3) โมเดลโพรงมดลูกและทางแกงเป้าขาดสำหรับตรวจภายใน

4) คู่มือการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับกลุ่มทดลอง

5) อุปกรณ์จริงที่ใช้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6) คลิปวิดีโอเกี่ยวกับความรู้และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การดำเนินการวิจัยและรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลแหลมฉบังเพื่อเข้าพบกลุ่มสตรีที่ได้คัดเลือกในหมู่บ้านให้กลุ่มสตรีตอบแบบประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการสอน พร้อมเปิดโอกาสให้กลุ่มสตรีซักถามและเล่าความรู้สึกเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมการให้ความรู้ตามโปรแกรมโดยทำเฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น

ดำเนินการตามแผนกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินและเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการสอน นับจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของทั้ง 2 กลุ่มหลังการทดลอง 1 เดือน หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล ระบุรหัส บันทึก กลองคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปนำเสนอเป็นจำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ chi-square, Fisher's exact, paired t และ independent t กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อนึ่ง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ตามหนังสือรับรองเลขที่ 0042-2563 ลงวันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ภาวะสุขภาพ ประวัติการมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ส่วนแหล่งที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกนั้นอันดับที่ 1 คือ บุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข อันดับที่ 2 คือ สื่อทางอินเทอร์เน็ต เหมือนกันทั้ง 2 กลุ่ม (ดูรายละเอียดในตารางที่ 1)

9 สัญญาณเตือนมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่ก่อบริเวณปากมดลูกของผู้หญิง จะพัฒนาไปเป็นเซลล์มะเร็งในขนาดต่อยาวไร้ที่ตามการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่เนิ่นๆ และสามารถให้การรักษาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกในอนาคตได้

1 มีเลือดออกจากช่องคลอด
อย่างไม่ทราบสาเหตุ
เช่น ขณะ หรือหลังมีเพศสัมพันธ์
หลังตรวจภายในด้วยมือมีเลือดออกจากช่องคลอด
หลังหมดประจำเดือนแล้ว หรือประจำเดือนมา
กะปริดกะปรอยผิดปกติ

2 มีตกขาวอย่างเห็นได้ชัด
และอาจมีเลือดปน

3 มีอาการเจ็บ
ขณะมีเพศสัมพันธ์

4 ปัสสาวะบ่อย
หรืออาจปวดบวม
ปัสสาวะไม่ออก

5 อ่อนเพลีย ไม่มีแรง

6 มีสารคัดหลั่งออกมาจากช่องคลอด
มากผิดปกติ หรืออาจปนเลือด

7 เบื่ออาหาร ชูบพอม
น้ำหนักลงอย่างไม่ทราบสาเหตุ

8 ปวดท้องน้อย

9 หากอาการรุนแรงขึ้น
อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย
เช่น ชามวม ปวดหลัง
ปัสสาวะมีเลือดปน เป็นต้น

ผู้เขียน: info Graphics | โทร : ch9airport

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล/ภาวะสุขภาพ/แหล่งข้อมูล* (n = 100)

ข้อมูลส่วนบุคคล/ภาวะสุขภาพ/แหล่งข้อมูล*	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน/จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มทดลอง (n = 50)	กลุ่มควบคุม (n = 50)	
อายุ (ปี)	31.92 \pm 12.15	30.66 \pm 12.57	0.610 ^a
ระดับการศึกษา			0.648 ^b
ประถมศึกษา	11 (22.0)	7 (14.0)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (24.0)	18 (36.0)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17 (34.0)	15 (30.0)	
ปริญญาตรี	8 (16.0)	7 (14.0)	
อื่น ๆ	2 (4.0)	3 (6.0)	
อาชีพ			NA
แม่บ้าน	15 (30.0)	22 (44.0)	
ค้าขาย	6 (12.0)	3 (6.0)	
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	24 (48.0)	18 (36.0)	
เกษตรกร	1 (2.0)	1 (2.0)	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	4 (8.0)	4 (8.0)	
อื่น ๆ	0	2 (4.0)	
สถานภาพสมรส			0.960 ^b
โสด	20 (40.0)	19 (38.0)	
สมรส	25 (50.0)	27 (54.0)	
แยกกันอยู่/หย่า	5 (10.0)	4 (8.0)	
อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (ปี)	19.44 \pm 4.73	19.00 \pm 5.57	0.671 ^a
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (บาท)	12,400.00 \pm 1,851.64	12,820.00 \pm 1,612.33	0.229 ^a
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ (ครั้ง)	1.68 \pm 0.99	2.04 \pm 1.18	0.102 ^a
จำนวนบุตร (คน)	1.60 \pm 1.05	1.86 \pm 1.09	0.227 ^a
ภาวะสุขภาพ			0.339 ^c
ป่วย	2 (4.0)	4 (8.0)	
ไม่ป่วย	48 (96.0)	46 (92.0)	
มีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็ง	8 (16.0)	9 (18.0)	0.790 ^c
แหล่งที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	68 (100.0)	65 (100.0)	
บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	34 (50.0)	35 (53.9)	1.000 ^b
สื่อทางอินเทอร์เน็ต	12 (17.7)	13 (20.0)	1.000 ^b
วิทยุ/โทรทัศน์	8 (11.8)	7 (10.8)	1.000 ^b
เพื่อน	7 (10.3)	4 (6.2)	0.525 ^b
ญาติ	3 (4.4)	2 (3.1)	1.000 ^c
หนังสือพิมพ์	3 (4.4)	1 (1.5)	0.617 ^c
อื่น ๆ	1 (1.5)	3 (4.6)	0.617 ^c

*แหล่งที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกซึ่งแต่ละคนอาจได้รับมากกว่าหนึ่งแหล่ง

^aIndependent t test, ^bChi-square test, ^cFisher's exact test, NA: not applicable

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.110 ± 0.113 และ 3.107 ± 0.151 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.167$) ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการสอนเท่ากับ 3.110 ± 0.113 และ 4.590 ± 0.054 คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุม

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนเท่ากับ 3.107 ± 0.151 และ 3.141 ± 0.079 คะแนนตามลำดับ ($p = 0.070$) คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.590 ± 0.054 และ 3.141 ± 0.079 คะแนนตามลำดับ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการสอนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 100$)

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	กลุ่มทดลอง ($n = 50$)	กลุ่มควบคุม ($n = 50$)	
คะแนนการรับรู้ ก่อนการสอน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	3.110 ± 0.113 (2.84-3.44)	3.107 ± 0.151 (2.60-3.79)	0.167
คะแนนการรับรู้ หลังการสอน (ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด)	4.590 ± 0.054 (4.47-4.70)	3.141 ± 0.079 (2.60-3.19)	< 0.001
ผลต่างของคะแนนก่อนและหลังการสอน	1.480 ± 0.119	0.034 ± 0.130	
p-value ^b	< 0.001	0.070	

^aIndependent t test, ^bPaired t test

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านในกลุ่มทดลองหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านทุกด้านหลังการสอนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (ดูรายละเอียดในตารางที่ 3) ทั้งนี้ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 45 คน (ร้อยละ 90) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง 22 คน (ร้อยละ 44) ($p < 0.001$)

ตารางที่ 3 คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านก่อนและหลังการสอนในกลุ่มทดลองและคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านหลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 100)

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้าน	ค่าเฉลี่ย \pm ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value ^a
	ก่อนการสอน (n = 50)	หลังการสอน (n = 50)	
กลุ่มทดลอง			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.00 \pm 0.20	4.65 \pm 0.15	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรง	3.06 \pm 0.30	4.57 \pm 0.13	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค	3.15 \pm 0.15	4.92 \pm 0.11	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค	2.85 \pm 0.30	4.56 \pm 0.13	< 0.001
การรับรู้สิ่งชักนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.49 \pm 0.27	4.59 \pm 0.05	< 0.001
คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกรายด้านหลังการสอน			
	กลุ่มทดลอง (n = 50)	กลุ่มควบคุม (n = 50)	p-value ^b
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	4.65 \pm 0.15	3.00 \pm 0.06	< 0.001
การรับรู้ความรุนแรง	4.57 \pm 0.13	3.08 \pm 0.57	< 0.001
การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค	4.58 \pm 0.14	3.17 \pm 0.07	< 0.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค	4.56 \pm 0.13	2.87 \pm 0.07	< 0.001
การรับรู้สิ่งชักนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.60 \pm 0.05	3.50 \pm 0.12	< 0.001

^aPaired t test, ^bIndependent t test

วิจารณ์

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรีครั้งนี้พบว่าอายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร ภาวะสุขภาพ ประวัติการมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็ง และการเคยได้รับข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอันดับที่ 1 คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอันดับที่ 2 คือ สื่อทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเหมือนกันในทั้ง 2 กลุ่ม เช่นเดียวกับผลการศึกษานันทิตา จันดีวงศ์ และคณะ⁶ ที่พบว่าแหล่งข้อมูลมาจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและสื่อทางอินเทอร์เน็ตเป็นอันดับต้น ๆ และเช่นเดียวกับผลการศึกษานงเยาว์ ชิลวรรณ⁷ ที่พบว่าสื่อบุคคลมีประสิทธิผลสูง

ในการประชาสัมพันธ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งการโน้มน้าวจิตใจ เนื่องจากติดต่อกับผู้รับสารโดยตรง

นอกจากนั้น ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มทดลองที่สอนด้วยโปรแกรมสุขศึกษามีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแต่ละด้านหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอนทุกด้าน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของกานดา ศรีตระกูลและคณะ⁸ กับผลการศึกษาของปรัชญาพร รุจาคมและคณะ⁹ ผลการศึกษานี้ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่สอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของปรัชญาพร รุจาคมและคณะ⁹ อภิญา จันทศักดิ์ และคณะ¹⁰ รจเรข ธรรมกร่างและคณะ¹¹ บุษบา อภัยพิม และคณะ¹²

ผลการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสุขศึกษานี้มีผลให้สตรีกลุ่มทดลองรับรู้ความเสี่ยง

ความรุนแรง ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งขึ้น ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคลดลงเมื่อเทียบกับการสอนแบบกิจวัตร ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาของการศึกษานี้ได้จัดกิจกรรมตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker อันเป็นหนึ่งในกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่นิยมใช้มากที่สุดแบบหนึ่ง¹³⁻¹⁴ ซึ่งระบุว่าบุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ต่อเมื่อรับรู้และตระหนักถึงความเสี่ยง ความรุนแรงของการเกิดโรค ประโยชน์ที่จะได้จากพฤติกรรมการลดอุปสรรคที่จะปฏิบัติได้ รวมถึงการชักนำให้เกิดการปฏิบัติ โดยผลการศึกษาของ Ma และคณะ¹³ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษาและวัฒนธรรมต่างๆ เช่น คิดว่าอายุน้อย ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ หรือมีเพศสัมพันธ์แล้วแต่ยังไม่ได้แต่งงานไม่จำเป็นต้องตรวจและพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมียผลต่อการมาตรวจคัดกรองมากกว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง¹³

อนึ่ง ในการศึกษาที่ผู้วิจัยใช้วิธีเล่าเรื่องผลกระทบของผู้ที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งให้ผู้ช่วยมะเร็งปากมดลูกมาเล่าเกี่ยวกับอาการ ความรุนแรง และวิธีการรักษา ทำให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความกลัว นอกจากนี้ยังได้ให้ผู้ที่มีประสบการณ์ที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาเล่าถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่งผลให้สตรีกลุ่มทดลองรับรู้ถึงประโยชน์ รวมทั้งได้สาธิตการทำ pap smear ด้วยโมเดลโพรงมดลูกทำให้สตรีกลุ่มทดลองได้รู้จักเครื่องมือที่ใช้ตรวจและรู้ขั้นตอนการตรวจ ซึ่งจากการศึกษาของ Ma และคณะ¹³ และ Yakout และคณะ¹⁴ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่ทราบขั้นตอนในการตรวจ นอกจากนั้นการศึกษานี้ได้ใช้กางเกงเป่าชาดสำหรับตรวจภายในเพื่อลดความอายซึ่งเป็นอุปสรรคของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรซึ่งรูปแบบการสอนมักเป็นการให้ความรู้ทางเดียว^{7-9,10,12}

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยรายด้านกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคก่อนทดลองต่ำกว่าด้านอื่น ๆ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของบุษบา อภัยพิมพ์ และคณะ¹², Ma และคณะ¹³ และ Yakout และคณะ¹⁴ ที่พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่มารับการตรวจ คือ ไม่มี

อาการผิดปกติ อายหมอ ไม่สะดวก ไม่มีเวลา ไม่กล้าตรวจ กลัวเจ็บ กลัวพบสิ่งผิดปกติ ซึ่งจากการศึกษาของ อภิญา จันทัดและคณะ¹⁰, Emily และคณะ¹⁵ พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุดถ้าทำให้ลดลงได้ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ นอกจากนี้การนัดหมายมารับบริการตรวจล่วงหน้า ทำให้ไม่เสียเวลารอคอย การเลือกตรวจโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือแพทย์ผู้หญิง การไปตรวจสถานพยาบาลที่ไม่รู้จักเจ้าหน้าที่เพื่อลดความอาย การเพิ่มช่วงเวลาในการตรวจเพื่อความสะดวกในการมารับบริการ เหล่านี้ช่วยให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น¹³⁻¹⁴ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 90 มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรซึ่งมารับบริการตรวจคัดกรองร้อยละ 44 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของปรัชญาพร รุจาคมและคณะ⁹ อภิญา จันทัดและคณะ¹⁰ รจเรช ธรรมกร่างและคณะ¹¹ บุษบา อภัยพิมพ์และคณะ¹² แสดงว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูลที่น่าสนใจสรุปได้ว่าโปรแกรมสุขศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่ในกลุ่มทดลองยังมีผู้ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลองร้อยละ 10 จึงควรมีแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น สามีซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่สุดคอยสนับสนุนให้มาตรวจ อีกทั้งควรขยายผลและเผยแพร่โปรแกรมสุขศึกษาไปใช้ในสตรีกลุ่มอื่น ๆ ควรมีผู้สัมผัสแทนการตอบแบบประเมินเองเพื่อลดอคติหรือความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ควรให้บริการเชิงรุกด้วยรถตรวจเคลื่อนที่เข้าไปให้บริการถึงในหมู่บ้าน ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน และแกนนำสตรีมีส่วนร่วมในการติดตามกลุ่มเป้าหมายเพราะอาจทำให้อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ชำนาญ แทนประเสริฐกุล อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ยูวดี ลีลัคณาวิระ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และอาจารย์ ดร. วิภาดา ศรีมันทยามาต อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สำนักวิชาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงสำหรับการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลแหลมฉบัง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกคนที่ช่วยเหลือและสนับสนุนการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. American Cancer Society. Cervical cancer prevention and early detection [Internet]. 2014 [cited 2020 November 5]. Available from: <http://www.cancer.org/cancer/cervical-cancer/more-information/cervical-cancer-prevention-and-detection-cervical-cancer-screening-guidelines.2014>
2. Strategy and Planning Division, Ministry of Public health. Public Health Statistics A.D. 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 November 8]. Available from: http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf
3. Aobchey P. Incident rate of cervical cancer in Thailand. Science and Technology Research Institute Chiangmai University [Internet]. 2018 [cited 2020 October 27]. Available from: http://stri.cmu.ac.th/article_detail.php?id=17
4. National Cancer Institute, Department of Medicine, Ministry of Public Health. Definition of indicators, service plan, field of cancer in 2018-2022 [Internet]. 2020 [cited 2020 November 5]. Available from: https://www.nci.go.th/th/File_download/filePlan/Template%20%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%A7%E0%B8%8A%E0%B8%B5%E0%B9%89%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%94%20Service%20Plan%20%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%82%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B0%E0%B9%80%E0%B8%A3%E0%B9%87%E0%B8%87%20%E0%B8%9B%E0%B8%B561-65.pdf
5. Becker MH, Haefner DP, Kasl SV, Kirscht JP, Maiman LA, Rosenstock IM. Select psychosocial models and correlates of individual health related behaviors. *Med Care* 1977;15(5 Suppl):27-46.
6. Juntawong N, Tridech P, Siri S, Tridech C. Factors related to receiving cervical cancer screening service among women aged 30-60 years in Muang District, Pathumthani Province. *J Phrapokklao Nurs Coll* 2017;28(1):63-79.
7. Chinlawan N. A comparison of knowledge before and after health education media received of cervical cancer patients. *Reg 11 Med J* 2019;33(3):541-50.
8. Sritrakul K, Kanthawee P. The effect of health belief model (HBM) program on the attitudes of women who receive pap smear services in Tha Khao Plueak Sub-district, Mae-Chan District, Chiangrai. *Chiangrai Med J* 2017;9(1):123-32.
9. Rujakom P, Tritipsombut J. The effectiveness of cervical cancer screening program using health belief model and social support among females aged 35-60 year in Dankhantod District, Nakhon Ratchasima Province. *DPC 9 J* 2017;23(2):35-45.

10. Chantakat A, Intaranongpai S, Singhala K. Effects of reminder of health volunteers program on knowledge health belief and behavior for cervical cancer screening of the women aged 30-60 years. *Res Dev Health Sys J* 2016;9(3):204-15.
11. Thamkang R, Khengkarnphanich T, Khengkarnphanich M, Kaewdumkueng K. An application of health belief model and social support for cervical cancer screening among women aged 30-60 years who had never been screened. *Veridian E-J Sci Technol Silpakorn Univ* 2013;1(5):19-29.
12. Apaipim B, Srisuriyawet R, Rattanaagreeethakul S. The effect of cervical cancer screening promoting program on behavior of cervical cancer screening among village health volunteers. *Community Health Dev Q Khon Kaen Univ* 2019;7(3):381-401.
13. Ma GX, Gao W, Fang CY, Tan Y, Feng Z, Ge S, et al. Health beliefs associated with cervical cancer screening among Vietnamese Americans. *J Womens Health* 2013;22(3):276-88.
14. Yakout SM, Moawed S, Gemeay EM. Cervical cancer and screening test (pap test): knowledge and beliefs of Egyptian women. *Am J Nurs Sci* 2016;5 (5): 175-84.
15. Tanner-Smith E, Brown TN. Evaluating the health belief model: a critical review of studies predicting mammographic and pap screening. *Soc Theor Health* 2010;1(8): 95-125.



อ้างอิง : <http://www.pooynakana.com>

มูลนิธิวิจัยและพัฒนาสุขภาพสตรี ashthailand