ปีที่ 17 ฉบับที่ 2 (เมษายน – มิถุนายน 2567) Vol.17 No.2 April - June 2024

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

Comparison of Relationship Between Health Belief Model and Cervical Cancer Screening Among Women Aged 30-60 years in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province

พิทยารัตน์ จิกยอง[1], นภชา สิงห์วีรธรรม[1*], สินีนาฏ ชาวตระการ[1]
Pittayarat Jikyong[1], Noppcha Singweratham[1*], Sineenar Chautrakarn[1]
[1]คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[1]Faculty of Public Health, Chiang Mai University

(Received: *February 20, 2024*; Revised: *May 11, 2024*; Accepted: *May 26, 2024*)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบแบบภาคตัดขวาง เพื่อการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 396 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 - 1.00 ตรวจสอบความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .853 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ Chi - square ผลการวิจัยพบว่า

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง (M = 144.58, SD = 11.8)

2. การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (p-*value* = .005 และ .008 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษานี้ พบว่าการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรเน้นการประชาสัมพันธ์เพื่อทำให้เกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และความรุนแรงของโรค เพื่อเป็นการตรวจพบโรคในระยะเบื้องต้นและลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

คำสำคัญ: แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: noppcha@cmu.ac.th)

Abstract

This is cross-sectional study to investigate association between health belief model and cervical cancer screening among women Aged 30-60 years in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province. A total of 396 women aged 30-60 years who registered in civil registration in Mueang Chiang Mai District, Chiang Mai Province were recruited using multi-stage sampling. A Self-created questionnaire was used for collecting data. The questionnaire was validated by 3 experts and tested for reliability with the Cronbach's alpha of 0.853. Descriptive statistical analyzed was used and reported as frequency, percentage, mean, and standard deviation. The Chi - square was used for Inferential statistic. This study found that

1. Health belief patterns in perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits and perceived barriers presented similarly at moderate level. (*M*=144.58 , *SD*=11.8)

2. The perception of severity and perception of the benefits of cervical cancer screening were statistically significant associated with receiving cervical cancer screening. (p-value=0.005 and 0.008 respectively).

Based on the study's result, Promotion of cervical cancer screening should emphasize public relations that raise awareness of the benefits and seriousness of the disease which results in detecting the disease in its early stages and reducing the death rate from cervical cancer.

Keywords: Health Belief Model, Screening, Cervical Cancer

บทนำ

มะเร็งปากมดลูก (Cervical Cancer) เป็นมะเร็งที่พบมากอันดับ 4 ของสตรีทั่วโลก (World Health Organization, 2023) ในปี พ.ศ.2563 ผู้หญิงได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกมีจำนวน 604,127 คน และผู้หญิงเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกมีจำนวน 341 ,831 คน (Ginsburg, Lauby-Secretan, Arbyn, Basu, Bray, & Vaccarella, 2023) มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ (Human papillomaviruses: HPV) ชนิดที่ 16 และ 18 ซึ่งเป็นสายพันธุ์ก่อมะเร็งปากมดลูก (Castellsague, 2008) ประมาณร้อยละ 90 มักเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่ส่งเสริมทำให้เกิดความผิดปกติของเซลล์มะเร็งปากมดลูกและทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่ายขึ้น เช่น พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 20 ปี การไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ ตั้งครรภ์หลายครั้งหรือการตั้งครรภ์ก่อนอายุ 20 ปี การใช้ยาคุมกำเนิด รวมถึงผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี (HIV) มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกมากถึง 6 เท่า (Delam, Izanloo, Bazrafshan, & Eidi, 2020) ปี ค.ศ.2100 องค์กรอนามัยโลกมีนโยบายให้มีการเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรักษาอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ให้น้อยกว่า 4 รายต่อ ผู้หญิง 100,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 70 ของผู้หญิง ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ เมื่ออายุ 35 ปี และคัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี (World Health Organization, 2020) เพื่อลดอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูก

ในประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 ของโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดในผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 13.8 (National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560 - 2564 จำนวน 272 ราย, 245 ราย, 283 ราย, 182 ราย และ 225 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 คนต่อปี (National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 2021) และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,238 คนต่อปี (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2019) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักพบ

เมื่อระยะของโรคมะเร็งนั้นได้เข้าสู่ในระยะลุกลามแล้ว การรักษาจึงเป็นไปได้ยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ส่งผลกระทบทางเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากไม่สามารถประกอบอาชีพได้ก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและครอบครัวตามมาอย่างมากมาย สำหรับประเทศไทยมีบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายให้ตรวจในสตรีช่วงอายุ 30 - 60 ปี ทุกสิทธิการรักษา สามารถเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ อย่างน้อย 1 ครั้งในทุก ๆ 5 ปี (Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health, 2017) ทั้งนี้เพื่อต้องการให้มีความครอบคลุมของประชากรกลุ่มเป้าหมายทุกคน และเมื่อตรวจพบความผิดปกติก็สามารถส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ถึงแม้การรณรงค์ให้หญิงไทยอายุ 30 - 60 ปี เข้าร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมากมาย ก็ยังไม่ผ่านเกณฑ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 63.75 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และพบอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิงอายุ 30 - 60 ปีของอำเภอเมืองเชียงใหม่ ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2564 - 2566 มีอุบัติการณ์ 179.18, 258.93 และ 245.64 ต่อประชากรแสนคน จากรายงานผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาคือปี พ.ศ. 2562 – 2566 คิดเป็นร้อยละ 17.82, ร้อยละ 28.83, ร้อยละ 16.11, ร้อยละ 26.62 และ ร้อยละ 38.2 ตามลำดับ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) ซึ่งพบว่าผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประชากรหญิง อายุ 30 - 60 ปี ยังไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2023) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่มีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าส่วนใหญ่ตัวแปรที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากสุด ที่สามารถใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974)

จากปัญหาการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 60 ปี ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ.2562 - 2566 พบว่าการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายยังไม่บรรลุตามเป้าหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่กำหนดไว้ จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากพื้นที่ดังกล่าวยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาในเรื่องนี้ และยังขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนางานการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อันจะเป็นการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมที่ดี ในการเข้าร่วมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่เพิ่มมากขึ้น นำไปสู่การลดอัตราการเกิดและอัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

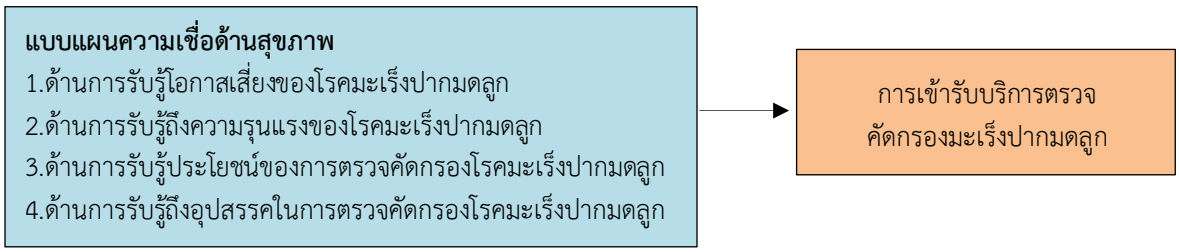
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker, Drachman, & Kirscht (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยองค์ประกอบที่ใช้ในอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจ

คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากแนวคิดข้างต้น สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีไทยอายุ 30 - 60 ปี ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ของอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 29,444 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีไทย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป n4Studies โดยแทนค่าในสูตร Estimating A Finite Population Proportion กรณีทราบประชากรที่แน่นอน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 379 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง 417 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีประวัติการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูก และยินดีและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ การศึกษานี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มคัดเลือกพื้นที่ คัดเลือกตำบลในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสุ่มแบบไม่มีการแทนที่ (Sampling Without Replacement) และเลือก รพ.สต. ที่อยู่ในตำบลนั้น ได้ จำนวน 6 ตำบล จาก 16 ตำบล ของอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล โดยคำนวณจากจำนวนประชากรสตรีอายุ 30 - 60 ปี และคิดเป็นสัดส่วนเพื่อคำนวณหากลุ่มตัวอย่างของแต่ละพื้นที่รายละเอียด ดังตารางที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลเป็นสัดส่วนเดียวกับประชากรในแต่ละตำบล

ตาราง 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลเป็นสัดส่วนเดียวกับประชากรในแต่ละตำบล

ตำบล	จำนวนประชากร	การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ป่าแดด	1,014	1,014*417/29,444	37
หนองหอย	2,119	2,119*417/29,444	77
ช้างเผือก	1,982	1,982*417/29,444	72
แม่เหียะ	2,347	2,347*417/29,444	85
สันผีเสื้อ	2,568	2,568*417/29,444	92
ฟ้าฮ่าม	1,518	1,518*417/29,444	55
รวม	**29,444**		**417**

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดังนี้ 1) โดยเรียงลำดับบัญชีรายชื่อประชากรสตรีอายุ 30 - 60 ปี ของแต่ละตำบล อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 2) นำจำนวนประชากร 30 - 60 ปี ของแต่ละพื้นที่หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ 3) นำตัวเลขที่ได้มาทำฉลาก และสุ่มหยิบตัวเลขขึ้นมา 1 หมายเลขจากจำนวนฉลากที่ทำ 4) คัดเลือกรายชื่อตามลำดับที่หยิบฉลากมาได้ จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 417 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker, Drachman, & Kirscht (1974) โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ การมีบุตร การฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เหตุผลที่ท่านเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เหตุผลที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามเป็นการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบแบบ 5 ระดับ โดยคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งลักษณะข้อความที่เป็นเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวก มากที่สุดได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงลบ มากที่สุดได้ 1 คะแนน มากได้ 2 คะแนน ปานกลางได้ 3 คะแนน น้อยได้ 4 คะแนน น้อยที่สุดได้ 5 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ทั้งนี้หากพบระดับคะแนนที่น้อยในบางกลุ่ม จะพิจารณารวมคะแนนดังกล่าวไว้ด้วยกันโดยมีการจัดกลุ่ม ดังนี้

การแปลผลคะแนนภาพรวม แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	40.00 - 93.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	93.34 - 146.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	146.68 - 200	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายด้าน แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	10.00 - 23.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	23.34 - 36.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	36.68 – 50.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การแปลผลคะแนนรายข้อ แบ่งการให้คะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 2.33	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.67	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.68 - 5.00	หมายถึง มีการรับรู้ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เมื่อผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือเสร็จ และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ได้ส่งไปเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นรายข้อ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่

ผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 1 คน และพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 1 คน โดยเพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 - 1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองเก็บข้อมูลกับสตรีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี ตำบลชมภู อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 คน แล้วนำมาทำการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของข้อคำถามเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84, .89 , .80 และ .87 ตามลำดับ

การเก็บรวมรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการวิจัยถึง สาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประสานงานและขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดและประโยชน์ที่ได้รับจากงานวิจัยรวมทั้งขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

2. ผู้ทำวิจัยทำการสุ่มคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลโดยการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากแต่ละตำบล ในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีคุณสมบัติผ่านเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 417 คน

3. ติดต่อประสานงานผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่ละตำบลในอำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อประชุมและทำการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อลดความผิดพลาดในการเก็บข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง และการพิทักษ์สิทธิ์เมื่อได้รับความยินยอมจึงเก็บข้อมูล จนครบตามจำนวนที่ต้องการ

4. ผู้วิจัยให้รายชื่อสตรีอายุ 30 - 60 ปี ในแต่ละตำบล อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำการเก็บตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้แต่ละบ้าน โดยผู้ช่วยวิจัยได้ทำการชี้แจงให้แก่สตรีอายุ 30 - 60 ปี แต่ละตำบล เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม โดยการชี้แจงและให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และการแจ้งสิทธิ์ของผู้เข้าร่วม ทั้งนี้ได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 16 พฤศจิกายน - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566

5. นำแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้ทำ มาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้อง และลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว นำข้อมูลมากำหนดรหัสเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic Statistic) เพื่อใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้สถิติวิเคราะห์ Chi - square

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริธรรมวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET052/2566 ลงวันที่ 15 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนใหญ่ อายุ 55 - 60 ปี (ร้อยละ 26.50) มีสถานภาพเป็นคู่ (ร้อยละ 61.10) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.70) ระดับการศึกษาสูงสุดคือปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 26.30) ประกอบอาชีพ ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 27.80) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 37.40) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.30) ในกลุ่มสตรีที่มีโรคประจำตัว พบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.40) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 74.00 และร้อยละ 96.00 ตามลำดับ และออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที (ร้อยละ 56.30)

ข้อมูลเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 54.80) ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 63.60) มีวิธีการคุมกำเนิดโดยยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 40.30) เคยตั้งครรภ์ (ร้อยละ 66.70) สตรีที่เคยตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรกช่วงอายุ 21 – 34 ปี (ร้อยละ 68.90) สตรีส่วนใหญ่มีบุตร (ร้อยละ 66.70) ส่วนใหญ่ไม่ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 97.00) ไม่มีบุคคลในครอบครัวป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 92.20) กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 91.40) ซึ่งได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 25.70)

2. การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (n = 396)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	*M*	*SD*	การแปลผล
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในภาพรวม	144.58	11.8	ปานกลาง
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน			
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก	37.87	4.99	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	36.59	3.96	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	35.88	2.91	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	34.22	4.18	ปานกลาง

จากตาราง 2 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 144.58, SD = 11.8) สำหรับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก (M = 37.87, SD = 4.99) ส่วนด้านที่น้อยที่สุด คือ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (M = 34.22, SD = 4.18)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ (n = 396)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	ทั้งหมด (ร้อยละ)	ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		*p-value*
		เคย จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เคย จำนวน (ร้อยละ)	
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง				.285
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)	172 (43.43)	89 (51.74)	83 (48.26)	
ระดับสูง (36.68 – 50.00)	224 (56.57)	128 (57.14)	96 (42.86)	
ด้านการรับรู้ความรุนแรง				.005
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)	204 (51.52)	98 (48.04)	106 (51.96)	
ระดับสูง (36.68 – 50.00)	192 (48.48)	119 (61.98)	73 (38.02)	
ด้านการรับรู้ประโยชน์				.008
ระดับต่ำ (10.00 - 23.33) และ ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)	260 (65.66)	130 (50.00)	130 (50.00)	
ระดับสูง (36.68 – 50.00)	136 (34.34)	87 (63.97)	49 (36.03)	
ด้านการรับรู้อุปสรรค				.108
ระดับต่ำ (10.00- - 23.33) และ ระดับปานกลาง (23.34 - 36.67)	299 (75.51)	157 (52.51)	142 (47.49)	
ระดับสูง (36.68 – 50.00)	97 (24.49)	60 (61.86)	37 (38.14)	

จากตาราง 3 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก (*p-value* = .005) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (*p-value* = .008)

อภิปรายผล

การรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี มีการรับรู้เกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 69.90 มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จึงทำให้ระดับการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง อาจสะท้อนถึงแนวโน้มการนำไปสู่การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยลงของกลุ่มเป้าหมายในอนาคตได้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายอาจจะไม่สามารถเข้าใจถึงโอกาสการเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองที่ไม่เพียงพอให้ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่ในพื้นที่ชุมชนเมือง และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 40 ปีขึ้นไป จึงให้ความตระหนักถึงอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกและให้ความสำคัญกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังพบที่มีการรับรู้ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (Sueatuean, Oba, & Hanrungcharotorn, 2019) ทั้งนี้อาจจะเกิดจากการส่งเสริม

ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และสร้างความตระหนักต่อการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกให้แก่กลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ทั้งระดับสูงและปานกลาง ขึ้นอยู่กับการส่งเสริมการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ทั้งการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ รวมถึงการรับรู้ต่ออุปสรรคที่จะเกิดขึ้นอย่างเพียงพอต่อกลุ่มตัวอย่าง อาจเพราะในปัจจุบันโรคมะเร็งปากมดลูกตรวจพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับประเทศ และยังมีผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมากมาย หากได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ในระยะแรกเริ่มและเข้าถึงการรักษาที่มีคุณภาพ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากมะเร็งระยะเริ่มแรกได้ ส่งผลต่อการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง ลดการเป็นภาระของคนในครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับกับนโยบายขององค์กรอนามัยโลก (World Health Organization, 2020) เพื่อกำจัดมะเร็งปากมดลูกที่เป็นปัญหาสาธารณสุขภายในปี ค.ศ.2100 ทุกประเทศต้องเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรักษาอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ให้น้อยกว่า 4 รายต่อ ผู้หญิง 100,000 คนต่อปี โดยร้อยละ 70 ของผู้หญิงต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ เมื่ออายุ 35 ปี และคัดกรองอีกครั้งเมื่ออายุ 45 ปี เพื่อลดอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูก

ผลการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 396 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 217 คน คิดเป็นความชุกของการเคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 54.8 อาจเนื่องจากการศึกษาอยู่ในเขตอำเภอเมืองเชียงใหม่ ซึ่งมีสถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นจำนวนมาก จึงทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งได้ง่ายมากขึ้นเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 288 คน คิดความชุกของการเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นร้อยละ 75.79 อาจเนื่องจากสถานที่การศึกษาเป็นเขตพื้นที่อยู่ในอำเภอเมืองที่มีสถานพยาบาลเป็นจำนวนมากเช่นเดียวกัน และในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรีอายุ 30 - 60 ปี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = .005) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายของอำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) ซึ่งพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูงของกลุ่มเป้าหมายทั้งสองการศึกษา เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากดมลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำและปานกลาง อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้พบเห็นความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ส่งผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (Seekud, 2021) และ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ (Rungruang & Duangsong, 2018) ที่ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05 และ p–value = 0.001 ตามลำดับ) ส่วนระดับการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.008) สอดคล้องกับการศึกษาอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ (Sueatuean, Oba, & Hanrungcharotorn, 2009) อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี (Juntwon, Tridech, Siri, & Tridech, 2016) และ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (Seekud, 2021) รวมทั้งส่งผลต่อความรู้ เจตคติ และการฉีดวัคซีนมะเร็งปากมดลูก (Sarakshetrin, Chantra, Heetakson, Tuwasin, Singwerathan, & Charoenchit, 2018) จะเห็นได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีผลการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ได้รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก

มดลูก จึงเกิดความกังวลหรือกลัวที่ตนเองจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และเห็นประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงมีความต้องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่อธิบายไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้ (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Amnatsatsue, 2011)

ทั้งนี้ในการวิจัยครั้งนี้ ทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่ผ่านมา ดังนั้นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเข้ามาพิจารณาในการดำเนินงานมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมการมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือการประชาสัมพันธ์ให้เกิดการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น เพื่อนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ดังนั้นควรเน้นให้บุคคลากรสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องควรสร้างความตระหนักให้แก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้ความความสำคัญในการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น เช่น การเพิ่มพูนความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นกระบอกเสียงในการชักจูงและโน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับกว่าตรวจเพิ่มมากขึ้น หรือเพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมแบบเฉพาะเจาะจงในกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในตัวแปรอื่น ๆ หรือพัฒนาโปรแกรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

References

Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick role behavior in low income populations. *American Journal of Public Health*, *64*(3), 205–216.

Best, John W. (1977). *Research in Education*. New Jersey:Prentice Hall, Inc.

Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2019). *Public Health Statistics A.D. 2019*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

Bureau of Reproductive Health, Ministry of Public Health. (2016). *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice.* Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

Castellsague X. (2008). Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer. *Gynecol Oncol, 110*(3 Suppl 2), S4-S7.

Chiangmai Provincial Public Health Office. (2023). *Comparative indicators report of cervical cancer patients for February 2023*. Chiangmai: Chiangmai Provincial Public Health Office. (in Thai)

Delam, H., Izanloo, S., Bazrafshan, M. R., & Eidi, A. (2020). Risk factors for cervical cancer: An epidemiological review. *Journal of Health Sciences & Surveillance System, 8*(3), 105-109.

Ginsburg, O., Lauby-Secretan, B., Arbyn, M., Basu, P., Bray, F., & Vaccarella, S. (2023). Global estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2020: a baseline analysis of the WHO Global Cervical Cancer Elimination Initiative. *The Lancet. Global Health, 11*(2), e197–e206. doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00501-0

Juntwon, N., Tridech, P., Siri, S. & Tridech, C. (2016). Factors related to receive cervical cancer screening service among women aged 30-60 years in mueang district, Pathumtani province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi*, *28*(1), 63–79. (in Thai)

National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Hospital-Based Cancer Registry 2021*. Bangkok: Medical Digital Division National Cancer Institute. (in Thai)

National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2021). *Cancer in Thailand Vol.X 2016-2018*. Bangkok: Medical Digital Division National Cancer Institute. (in Thai)

Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S. & Amnatsatsue, K. (2011). *Health Promotion and disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice*. Bangkok: Klungnana Vitthaya Press; 2011. (In Thai)

Rungruang, P. & Duangsong. R. (2018). Factors associated with cervical cancer screening service among women aged 30-60 years in a sub–district of mueang district, Kalasin Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital, 21*(1), 48-55. (in Thai)

Sarakshetrin, A., Chantra, R., Heetakson, C., Tuwasin, N., Singwerathan, N., & Charoenchit, L. (2018). Effects of a health education program regarding cervical cancer on knowledge, attitude, and human papilloma virus (HPV) vaccination among grade 5th schoolgirls in Suratthani province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, *5*(3), 1-12. (in Thai)

Seekud, P. (2021). Factors related to cervical cancer screening service among women risk group, Ban Mai sub-district, mueang district, Nakhon Ratchasima province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition), 36*(1), 37-47. (in Thai)

Sueatuean S., Oba, N., & Hanrungcharotorn, U. (2019). Factors predicting cervical cancer preventive behavior among women not getting cervical cancer screening. *Journal of Nursing and Health Sciences, 13*(3), 80-93. (in Thai)

World Health Organization. (2020). *Global Strategy to Accelerate The Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem*. Geneva: The Organization.

World Health Organization. (2023). *Cervical Cancer, November 17, 2023*. Geneva: World Health Organization.