

บทความวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีจังหวัดสุพรรณบุรีFactors Affected the Decision Making for Cervical Cancer Screening among
Women at Suphanburi Provinceณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์ ปร.ด. (Nattaya Phiromsid, Ph.D¹)จารีศรี กุลศิริปัญญา ปร.ด. (Jareesri Kunsiripunyo) Ph.D²พัชรี ต้นศิริ คม. (Patchari Tansiri) M.Ed.³กิตติศักดิ์ หลวงพันเทา สม. (Kittisak Loungpantao) M.P.H.⁴

Received: Oct 8, 2018
Revised: Dec 25, 2018
Accepted: Jan 30, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรี จำนวน 404 คน ในอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือสตรีที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 158 คน และสตรีที่ไม่ได้เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 246 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุขอำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้านปัจจัย ด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง วิเคราะห์หาประสิทธิภาพด้วยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson : KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91 และแบบสอบถามปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ประสิทธิภาพโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi Square เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผลการเปรียบเทียบระหว่างปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะ ควรมีการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน และการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้กลุ่มที่มีอุปสรรคไม่สามารถมาตรวจคัดกรองในสถานบริการได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, สตรี

¹อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:nphiromsid@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:jareesri@hotmail.com

³รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:pat.tansiri@hotmail.com

⁴อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี E-mail:Loung10@gmail.com

Western University, Kanchanaburi, Thailand

Abstract

This descriptive research aimed to: (a) investigate the relationships between personal factor, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-Efficacy, interpersonal influences, situational influences of conditions affecting the decision to go for check-up or not for cervical cancer; and (b) compare factors affecting the decision making to go for check-up or not in cervical cancer. Participants included 404 women in U –Thong District, Suphanburi Province; 158 were women under decision for cervical cancer screening, and 246 were women of non-decision for cervical cancer screening. Systematic random sampling technique was used to recruit participants. A set of questionnaires were used to collect data including the perceived of factors using the KR-20 = .91, and the questionnaire of the factors influencing interpersonal relationships and the influencing factors of the situation reliability with coefficient (alpha) = .92. Data were analyzed using chi-square and independent t-test.

The results revealed that a marital status, and perceived benefits were significantly related to decision of cervical cancer screening ($p=.05$). Income, cervical cancer check-up in past 3 years, and perceived barriers were significantly related to decision of cervical cancer screening ($p=.01$). The interpersonal influences factors, and situational influences factors were not significantly related to decision of cervical cancer screening.

The results of factor comparisons (perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal influences, and situational influences between decision group and non-decision group, showed that perceived benefits) were statistically significantly different ($p = .05$).

The results of study suggest that proactive screening in the community and home visit should be effective for the barriers groups who do not have access to health service.

Keywords: decision making for cervical cancer screening, women

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งที่พบในผู้หญิงทั้งหมด จากผู้ป่วยใหม่ประมาณ 570,000 รายในปี พ.ศ. 2518 คิดเป็นร้อยละ 6.60 ของผู้ป่วยหญิงที่เป็นมะเร็งประมาณร้อยละ 90.00 ที่เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง¹

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการวิจัยโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2518 พบว่าหญิงกลุ่มเสี่ยงมะเร็งปากมดลูกมีอายุ 15-65 ปี จำนวน 28.59 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกพบจำนวน 8,622 คน และเสียชีวิตจำนวน

5,015 คน มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ในมะเร็งที่พบในผู้หญิงทั้งหมด² พบในช่วงอายุ 15-44 ปี ร้อยละ 3.40 เกิดจากการได้รับเชื้อไวรัสชนิด 16-18 และจะลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 67.60² อัตราการเสียชีวิตที่สูง

จากสาเหตุมะเร็งปากมดลูก แนวทางที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน ได้แก่ การค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก โปรแกรมการคัดกรอง และการรักษาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูก¹ เป้าหมายคือ เพื่อลดหรือป้องกันการเจ็บป่วย (morbidity) และการเสียชีวิต (mortality) จากมะเร็งปากมดลูก จุดประสงค์ของการตรวจคัดกรอง เพื่อตรวจหารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก³ เพิ่มการตรวจพบมะเร็งปากมดลูก

ในระยะแรก (early stages) ทำให้เพิ่มอัตราการรอดใน ระยะ 5 ปี ได้ถึงเกือบร้อยละ 92.00 และการตรวจพบและ รักษาโรคมะเร็งก่อนมะเร็งทำให้ลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลงได้⁴ ในปี พ.ศ. 2555 องค์การทางด้านมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกา 3 องค์การคือ American Cancer Society (ACS), American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) และ American Society for Clinical Pathology (ASCP) ได้แนะนำแนวทางในการตรวจคัดกรอง เพื่อตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก (cervical precancerous lesions) อิงตามความเสี่ยง (risk based) ต่อ การเกิดโรคและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก⁵ และ ประเทศไทยได้ดำเนินโครงการสอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าว โดย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ จัดโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับชาติขึ้น ให้หญิงไทย กลุ่มเสี่ยงอายุระหว่าง 30-60 ปีทั่วประเทศ ด้วยวิธีการตรวจ แปปสเมียร์ (Pap smear) โดยให้ครอบคลุมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะรายใหม่ พบว่าอยู่ที่ 5,164,751 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.90 โดยแต่ละปีกลุ่ม เป้าหมายรายใหม่ที่เข้ารับการตรวจมีจำนวนลดลงต่อเนื่อง จากสถิติปี 2553 อยู่ที่ร้อยละ 22.64 และในปี 2557 เหลือ เพียงร้อยละ 3.78⁶ ซึ่งแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ส่วนสถานการณ์ โรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดสุพรรณบุรี พบอัตราผู้ป่วยใน โรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี 2555-2559 พบอัตรา 18.82, 22.62, 22.81, 16.14, 18.95 ตามลำดับ⁷ ซึ่งเป็นอัตราที่ยังพบ อยู่ในระดับคงที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีได้ ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี ผลการดำเนินการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สหสม 5 ปี (พ.ศ. 2557-2560) เฉลี่ยร้อยละ 5.48, 25.93, 35.48, 45.53 ตามลำดับ มีผู้เข้ารับการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งสิ้นจำนวน 64,455 คน พบว่ามีผิดปกติจำนวน 956 คนคิดเป็นร้อยละ 1.48 และได้ส่ง ต่อเข้ารับการรักษาจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 12.65 ของจำนวนสตรีที่ได้รับการคัด กรองที่ผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง

ปากมดลูก สำหรับอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ผลการดำเนินงาน คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สหสม 5 ปี (พ.ศ.2557-2560) ได้ ร้อยละ 3.97, 28.12, 36.07, 41.65 ตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้ม สูงขึ้นแต่ยังไม่สามารถคัดกรองได้ตามเป้าหมายสตรีอายุ 30-60 ปี จะต้องได้รับการตรวจ Pap Smear ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80.00⁸ แม้ว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดให้เป็นโปรแกรมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อ สนับสนุนให้หญิงกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย แต่ผลจากการวิจัยพบว่าเหตุผลที่ทำให้สตรี ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้แก่ ขาดความ ตระหนัก ความเชื่อปัจจัยทางจิตสังคม ระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม⁹⁻¹¹ จึงทำให้อัตราการคัดกรอง ของประเทศไทยยังต่ำกว่าเป้าหมาย

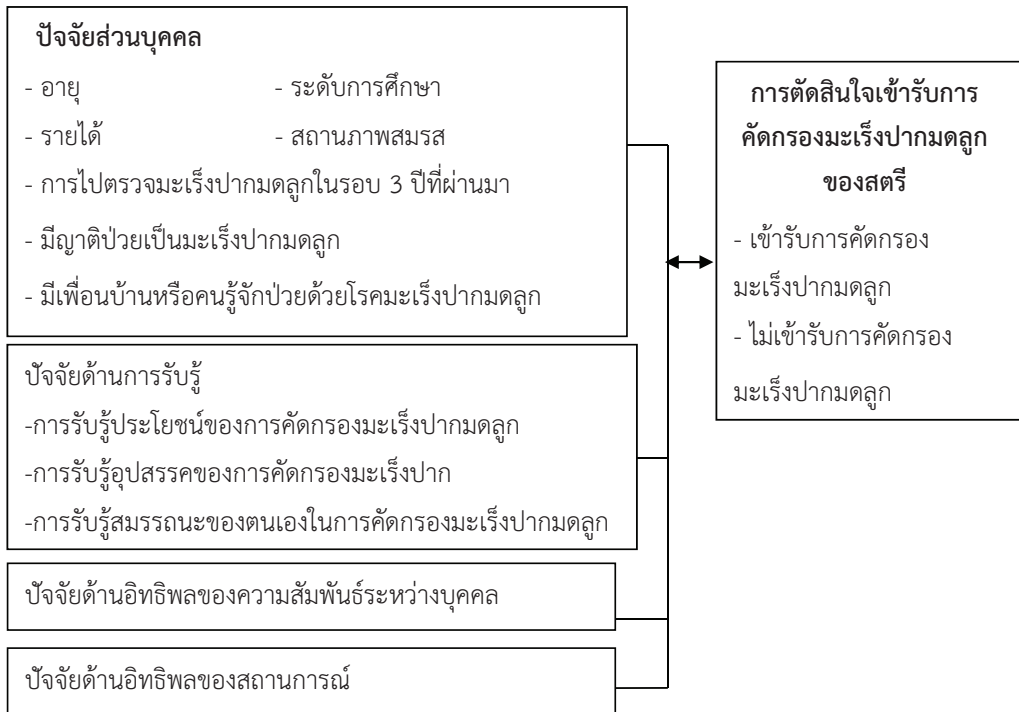
จากสภาพปัญหาและผลการวิจัยดังกล่าวทำให้ผู้วิจัย สนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออุ้มทอง จังหวัด สุพรรณบุรี โดยนำทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹² ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลของ สถานการณ์มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาแนวคิดนี้ ทฤษฎีการส่งเสริม สุขภาพของ Pender มองคนอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญ กับบริบทที่เกี่ยวข้องจึงเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่ เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อ การส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพล ของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพล ระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรี ที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัด กรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตัวแปรอิสระ (Independent variables)

ตัวแปรตาม (Dependent variables)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภออุ้มถ้องจังหวัดสุพรรณบุรี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของ Pender¹² โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลสถานการณ์เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังนี้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยเก็บข้อมูลวิจัย ตั้งแต่เดือนตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ.2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่และชั้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จำนวน 22 แห่ง อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงในช่วงปี พ.ศ. 2560 จำนวน 23,518 คน¹³

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่สตรีซึ่งมีอายุ 35-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Daniel¹⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 367 คน เพื่อลดการสูญหายและความไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดอีกร้อยละ 10 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 404 ราย จำแนกเป็นกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 158 ราย และไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 246 ราย โดยนำกลุ่มตัวอย่างมาสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ตามรายชื่อที่ขึ้นทะเบียนไว้

เกณฑ์คัดเลือก คือสตรีมีอายุ 35-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรีอยู่จริงในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพอำเภออุ้มถ้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ทั้ง 22 แห่ง อายุ 35-60 ปี ที่อ่านออกเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์คัดออก คือ 1) ป่วยด้วยอาการฉุกเฉินในช่วงที่เก็บข้อมูล 2) มีคุณสมบัติครบถ้วนแต่ติดธุระไม่สามารถติดต่อ

ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Knantikulanon¹¹ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Pende¹² ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามประกอบด้วย ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย ข้อคำถาม 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยการรับรู้มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 9 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ ข้อความทางบวก ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ข้อความทางลบตอบถูกให้ 0 คะแนน ตอบผิดได้ 1 คะแนน การแปลผล การรับรู้ประโยชน์ แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-9.0) และระดับสูง (10.0-18.0) การรับรู้อุปสรรค แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-9.0) และระดับสูง (10.0-18.0) การรับรู้สมรรถนะ แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (0-3.0) และระดับสูง (4.0-9.0)

ตอนที่ 2 ปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (1.0-28.0) และระดับสูง (29.0-55.0) และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน มากได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน น้อยได้ 2 คะแนน น้อยที่สุดได้ 1 คะแนน การแปลผล แบ่งการให้คะแนนคือระดับต่ำ (1.0-15.0) และระดับสูง (16.0-35.0)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 21 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20¹⁵ (Kuder Richardson 20) ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ 0.91 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์จำนวน 19 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค¹⁵ ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ = 0.92

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ตามหนังสือรับรองเลขที่ WTU 2560-0069 ลงวันที่ 12 ตุลาคม พ.ศ. 2560 ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยโดยภาพรวมเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กาญจนบุรี ถึงสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว
2. ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสาธารณสุขอำเภออุ้มทอง เป็นผู้เก็บข้อมูล และประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการและขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มโดยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับ

เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนความสมบูรณ์และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยสถิติ Phi) ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยสถิติ Chi- Square และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ t- test dependent

ผลการวิจัย

1. จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองอายุน้อยกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.10 และอายุ 45 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.30 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 92.40 และโสด/หม้าย/หย่าร้างคิดเป็นร้อยละ 7.60 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 68.35 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.65 รายได้น้อยกว่า 6,830 บาท คิดเป็นร้อยละ 69.60 และ 6,870 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.40 การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 82.28 และไม่ตรวจ คิดเป็นร้อยละ 17.72 ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 6.96 และไม่มีคิดเป็นร้อยละ 93.04 มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 28.50 ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 71.50

และกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.57 และอายุ 45 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.43 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 96.75 และโสด/หม้าย/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 3.25 ระดับการศึกษา ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 คิดเป็นร้อยละ 73.58 และระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 26.42 รายได้น้อยกว่า 6,830 บาท คิดเป็นร้อยละ 53.3 และ 6,870 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 46.70 การไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกใน

รอบ 3 ปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 8.13 และไม่ตรวจ คิดเป็นร้อยละ 91.87 ท่านมีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 6.96 และไม่มีคิดเป็นร้อยละ 93.04 มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 17.10 ไม่มีคิดเป็นร้อยละ 82.90

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.098 ส่วนด้านรายได้ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.163, 0.613 และ 0.135 ตามลำดับดังตารางที่ 1

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์และปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ = 0.137 (p= .006) และ 0.114 (p= .022) ตามลำดับดังตารางที่ 2

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ (ตารางที่ 3)

5. ผลการเปรียบเทียบระหว่างตัวแปรปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะ ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้สมรรถนะ ด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลสถานการณ์ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	χ^2	p-value	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
อายุ Mean=45.77 SD =8.79 Min= 30 max=60	<46ปี	84	53.16	149	60.57	2.16	10.073	.142
	≥46ปี	74	46.84	97	39.43			
สถานภาพสมรส	สมรส	146	92.40	238	96.75	0.098	3.856*	.050
	โสด/หม้าย/ หย่าร้าง	12	7.6	8	3.25			
ระดับการศึกษา	<ระดับมัธยม ศึกษาปีที่ 3	108	68.35	181	73.58	0.056	1.289	.026
	≥ระดับมัธยม ศึกษาปีที่ 3	50	31.65	65	26.42			
รายได้ Mean=6,829.70 SD =3,864.17 Min= 2,000 max=25,000	<6,830 บาท	110	69.6	131	53.3	0.163	10.710**	.001
	≥6,830บาท	48	30.4	115	46.7			
การไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก ในรอบ3ปีที่ผ่านมา	ตรวจ	130	82.28	49	19.92	0.613	1.5160**	<.001
	ไม่ตรวจ	28	17.72	197	80.08			
ท่านมีญาติป่วย เป็นมะเร็งเรื้องปากมดลูก	มี	11	6.96	20	8.13	0.021	0.185	.667
	ไม่มี	147	93.04	226	91.87			
ท่านมีเพื่อนบ้านหรือ คนรู้จักป่วยด้วยโรค มะเร็งเรื้องปากมดลูก	มี	45	28.50	42	17.1	0.135	7.410**	.006
	ไม่มี	113	71.50	204	82.9			

* p-value < .05 ** p-value < .01

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยการรับรู้	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	χ^2	P -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับด้านการรับรู้ประโยชน์					0.137	7.566**	.006
ระดับต่ำ (0-9.0 คะแนน)	79	50.00	157	63.80			
ระดับสูง (10.0-18.0คะแนน)	79	50.00	89	36.20			
ระดับการรับรู้อุปสรรค					0.114	5.214*	.022
ระดับต่ำ (0-9.0 คะแนน)	52	32.90	109	44.30			
ระดับสูง (10.0-10.0 คะแนน)	106	67.10	137	55.70			
ระดับการรับรู้สมรรถนะ					0.019	.150	.699
ระดับต่ำ (0-3.0 คะแนน)	65	41.10	106	43.10			
ระดับสูง (4.0-9.0คะแนน)	93	58.90	140	56.90			

*p-value < .05 **p-value < .01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานการณ์กับการตัดสินใจรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยการรับรู้	คัดกรอง (n=158)		ไม่คัดกรอง (n=246)		Phi	χ^2	P -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับอิทธิพลความสัมพันธ์							
ระหว่างบุคคล					0.002	.001	.972
ระดับต่ำ (1.0-28.0 คะแนน)	80	50.63	125	50.81			
ระดับสูง (29.0-55.0 คะแนน)	78	49.37	121	49.19			
ระดับอิทธิพลสถานการณ์					0.088	3.116	.078
ระดับต่ำ (1.0-15.0 คะแนน)	90	56.96	118	47.97			
ระดับสูง (16.0-35.0 คะแนน)	68	43.04	128	52.03			

* p-value < .05 ** p-value < .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัย	กลุ่มสตรีที่เข้ารับ การคัดกรอง (n=158)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับ การคัดกรอง (n=246)		t-test	p-value
	Mean	SD.	Mean	SD.		
	การรับรู้ประโยชน์	7.25	1.49	6.96		
การรับรู้อุปสรรค	5.80	1.59	5.62	1.54	1.16	.24
การรับรู้สมรรถนะ	2.34	.92	2.41	.88	-.75	.45
อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	37.38	6.93	37.26	8.73	.14	.89
อิทธิพลสถานการณ์	24.24	5.19	24.19	5.26	.09	.93

* p-value < .05

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย อภิปรายผลได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมากขึ้น 0.41 เท่า มากกว่าสถานภาพคนโสด/หม้าย/หย่าร้างจากข้อมูลอธิบายได้ว่ากลุ่มที่ตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีสถานภาพสมรสมากกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากกลุ่มนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดี และตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จึงมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pender¹² และ Park, Yoo และ Chang¹⁶ กล่าวคือครอบครัวส่วนใหญ่จะได้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญยิ่งโดยเฉพาะคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะมีความเข้าใจเห็นอกเห็นใจซึ่งกันละกัน มีการสื่อความหมายกันอย่างเปิดเผยและมีประสิทธิภาพ สามารถช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเอง กระตุ้นเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดลอบโยน ให้กำลังใจเพื่อให้ลดความกลัวความกังวลและบ่งชี้ศักยภาพในการพัฒนาความ

สามารถในการดูแลตนเองครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ Knantikulanon¹¹ Ackerson และ Preston¹⁷ Pornpikanon¹⁸ Auafaupan¹⁹ Rungrueang²⁰ Summutte และ Pinitsoontorn²¹ พบว่าสถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanakum²² พบว่าสถานภาพสมรสสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70

รายได้ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสามารถอธิบายได้ว่ารายได้เฉลี่ย 6,829.70 บาท ซึ่งใกล้เคียงกับรายได้เฉลี่ยประชากรชาติที่เฉลี่ยต่อคนเท่ากับ 6,486บาท/เดือน²³ แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีรายได้อยู่ในระดับที่ดีเป็นสิ่งที่ส่งเสริมให้ได้มาซึ่งการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ เช่น การหาได้ง่าย (Available) ความสามารถในการเข้าถึง (Accessibility) การมีให้ (Affordability) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล²⁴ สอดคล้องกับ Tanprasert²⁵ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35- 60 ปีในอำเภอเมืองจังหวัดสมุทรสาคร พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับ Knantikulanon¹¹ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพะพฤติกรรมการป้องกันโรคตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจ²⁶ เพื่อการป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ซึ่งการรับรู้นี้จะเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติและพฤติกรรมส่งผลตอบสนองต่อการปรับตัวที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมจะมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันสูง ถ้าความสามารถที่จะปฏิบัติตามมีสูงและผลดีของการปฏิบัติตามมีสูงและจากนโยบายการส่งเสริมสนับสนุนโครงการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap Smear ที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายจะได้เข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยรักษาที่รวดเร็ว ได้มาตรฐาน เพิ่มโอกาสการเข้าถึง ซึ่งจะทำให้สามารถรู้สถานการณ์กลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งเป็นการกระตุ้นและสร้างความตระหนัก ใส่ใจ ให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคมะเร็งปากมดลูก

ท่านมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี แสดงว่าเพื่อนบ้านเป็นแหล่งของอิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influence) ที่สำคัญมีผลต่อความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในทางที่เพิ่มขึ้น¹² ทำให้กลุ่มเสี่ยงเกิดการรับรู้ เข้าใจ ความรุนแรง ความทุกข์ทรมานจากการรักษา ต้องเสียเวลาเสียเงินจำนวนมากในการเดินทางรักษาของการเกิดโรคนี้นี้ และเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นั่นคือการค้นหาการเกิดโรครตั้งแต่เริ่มแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Rungrueang²⁰ Pittayapinune Changsan และ Wilaiprasong²⁷ พบว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งของบุคคลรอบข้างและเพื่อนบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อายุ ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีสอดคล้องกับการศึกษาของ Keelapang²⁸ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิทั้งนี้เนื่องจากนโยบายในการรณรงค์สนับสนุนให้สตรีที่มีอายุ 35-60 ปี เป็นกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 60.00⁷ เพื่อเพิ่มการค้นหาโรคใน

เริ่มแรก ซึ่งเป็นที่ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ

ระดับการศึกษาไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงอาจได้รับทราบข้อมูลจากการประชาสัมพันธ์จากสื่อต่างๆ และมีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล ทำให้เกิดความตระหนักและอันตรายต่อสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Knantikulanon¹¹ และ Keelapang²⁸พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิพบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งนี้อาจเกิดจากการรณรงค์ให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เพิ่มมากยิ่งขึ้น ทำให้ทุกคนตระหนักให้ความสำคัญของการค้นหาโรครตั้งแต่เริ่มแรก แต่ไม่สอดคล้องกับ Pittayapinune Changsan และ Wilaiprasong²⁷ พบว่าการเจ็บป่วยของญาติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ปัจจัยการรับรู้

2.1 ด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสตรีที่เข้าและไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เชื่อว่าได้รับรู้ความสำคัญว่าโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะยังไม่ปรากฏอาการนำไปสู่การเกิดการตระหนักต่อความสำคัญของการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองค้นหาโรครตั้งแต่เนิ่นๆ โดยไม่ต้องรอให้เกิดอาการขึ้นมา เมื่อได้รับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเกิดความกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่มีอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นในระยะเริ่มแรก จึงมีความต้องการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก²⁹⁻³² ซึ่งมีพื้นฐานจากความเชื่อที่ว่ากรรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริม ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก^{12, 27-32}

2.2 การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับ

การไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .05$ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Auafaupan¹⁹ Ali et al³³ Pomsinsiruck³⁴ Nanta³⁵ Ngandum³⁶ Srichan³⁷ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกจากสาเหตุคือไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีความอายกลัวเจอโรค³⁸⁻⁴¹ แม้ว่าปัจจัยการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูก แต่จากนโยบายของรัฐที่สนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายและได้แรงจูงใจให้ความรู้ ความเข้าใจ ทำให้กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้และตระหนักในความรุนแรงและความเสี่ยงมากถึงประเด็นการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ หากตรวจพบตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาหายได้ แต่ถ้าตรวจพบในระยะที่รุกรานแล้ว จะไม่สามารถรักษาหายได้

2.3 การรับรู้สมรรถนะไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกซึ่งไม่สอดคล้อง Krajanan⁴² พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pittayapinune, Changsan และ Wilaiprasong²⁷ พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ซึ่งทั้งนี้อธิบายได้จากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค²⁶ (The Protection Motivation Theory) นั่นคือเมื่อบุคคลเชื่อในความรุนแรง เชื่อในโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในพฤติกรรม และมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้

ก็จะช่วยให้บุคคลนั้นสามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เชิงนโยบาย

1. ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น เช่น เสียงตามสายของชุมชนในหมู่บ้าน วิทยุโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอกสารแผ่นพับจากโรงพยาบาล เป็นต้น ซึ่งเป็นความรู้ต่างๆ ในการป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกได้ตระหนัก และเข้ารับการตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูก

2. เพิ่มสถานที่ตั้งของจุดให้บริการจัดในชุมชน สะดวกในการเดินทางมารับบริการ

สำหรับผู้ปฏิบัติงาน

1. เพิ่มกิจกรรมหรือเพิ่มพูนทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือจิตอาสาของหมู่บ้าน เพื่อเป็นแกนนำชักจูง โน้มน้าวให้กลุ่มเป้าหมายยอมรับและเข้ารับการตรวจมากยิ่งขึ้น

2. เพิ่มกิจกรรมวางแผนการนัดหมาย ในการเข้ารับการตรวจคัดกรองได้ เช่น วันหยุด เสาร์ อาทิตย์ วันหยุดนักขัตฤกษ์

3. ควรติดตามศึกษาระยะเวลาของพฤติกรรมเพื่อป้องกันมะเร็งเรื้องปากมดลูกจากครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกของสตรีในตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติมหรือพัฒนารูปแบบโปรแกรมต่างๆ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเอง สร้างทัศนคติและความเข้าใจที่ดีต่อการเข้ามาตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้องปากมดลูกเพิ่มขึ้น

References

1. WHO.Cervical cancer. [Internet]. 2016. [cited 2018 July 30]. Available from <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>.
2. Thailand Human Papillomavirus and Related Cancers, Fact Sheet 2018. [Internet].2018 [cited 2018 January 30]. Available from https://hpcvcentre.net/statistics/reports/THA_FS.pdf.
3. Srisonboon J. Current Guidelines for Cervical Cancer Screening : Recommendations of ACS, ASCCP & ASCP. [Internet]. 2018 [cited 2018 July 30]. Available from <http://www.tgcsthai.com/file/7642065467.pdf>.
4. Butchaihong P. Update American Cancer Society Guidelines for Screening Cervical Cancer 2011. [Internet]. 2011 [cited 2018 June30]. Available from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index>
5. Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam SL, Cain J, et al. American Cancer Society, American Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer. *CA Cancer J Clin* 2012;62(3):147-72.
6. Health Promotion and Fund Department. Cervical cancer targets in Thai women [Internet]. 2016 [cited 2018 July 9]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Content/29409.html>. (in Thai)
7. Bureau of Policy and Strategy Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Summary of key statistics [Internet]. 2016 [cited 2017 August 30]. Available from: https://www.mocociety.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach /18956/20527.pdf6. (in Thai).
8. Statistic of Supanburi Provincial Health Office [Internet]. 2017 [cited 2018 June 26]; Available from : <http://www.spo.go.th/sso/uthong/>. (in Thai).
9. Chidyaonga MF, Chirwa ML, Muula AS. Underutilization of cervical cancer prevention services in low and middle income countries: a review of contributing factors. *The Pan African Medical Journal* 2015;30(21):231-41.
10. Vian HR, Mohhammad AC, Zahara BM. Barriers to cervical cancer screening among Iraqi Kurdish women : A qualitative study. *Acta Medica Mediterranea* 2016;32:42-49
11. Knantikulanon P. The factor that influencing the decision-making in cervical cancer screening in Nongchik district, Pattani province. [Master's Thesis]. Songkhla: Songkhla Rajabhat University;2013. (in Thai).
12. Pender NJ. Revised Health Promotion Model [Internet]. 2012 [cited 2012 December 24]. Available from <http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
13. Statistic of Supanburi Province Health Office [Internet]. 2017 [cited 2018 June 26]: Available from: <http://www.spo.go.th/sso/uthong/>. (in Thai).
14. Danial WW, Biostatistics :Basic concepts and methodology for the health science.9th ed .New York: John Wiley & Sons; 2010.

15. Kitpridaburisut B. Research methods in social science. 10th ed .Bangkok: Jamjuri production; 2008. (in Thai)
16. Park S, Yoo L, Chang S. Relationship between the intention to repeat a papanicolaou smear test and affective response to a previous test among Korean women. *Cancer Nursing* 2002;25:385-90. (in Thai).
17. Ackerson K, Preston SD. A decision theory perspective on why women do or do not decide to have cancer screening: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2009;65(6):1130-40.
18. Pornpikanon S. Factors affecting to cervical cancer examination of women aged 35-59 years in the area Sriracha District, Chonburi Province. [Master's Thesis]. Chonburi: Burapa University; 2008. (in Thai).
19. Auafaupan T. Factors Effected to Cervical Cancer Screening among Women risk group in Potala District Pijit Province [Master's Thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2009. (in Thai).
20. Rungrueang P. Factors related to cervical cancer screening behavior among at risk group of women never been screened within the past 3 years [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2015. (in Thai).
21. Summutte U, Pinitsoontorn S. The intention to cervical cancer screening utilization among 30-60 year old women at Banprow Health Promotion Hospital, Mueang District, Nong Bua Lam Phu Province. *Khon Kaen Agriculture Journal* 2015;3(4):529-546. (in Thai).
22. Wanakum J. Participation in the cervical cancer screening tests of the Muslim women at Takuathung district in Phang-nga province [Master's Thesis]. Puket: Puket Rajabhat University; 2008. (in Thai).
23. National Statistical Office. Average per capita income/month and personal consumption per capita income/month/Quintile by expenditure/ Quintile by income period 1988-2015. [Internet]. 2016 [cited 2016 June 26]. Available from: http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final. (in Thai).
24. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning: An Education and Ecological Approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
25. Tanprasert J. Factors Effected to Cervical Cancer Screening among Women 35-60 years in Mueang district, Samut Sakhon province [Master's Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2006. (in Thai)
26. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In: Cacioppo JT, Petty RE, editors. *Social psychology: A source book*. New York: Guildford Press; 1983. p.153-176.
27. Pittayapinune T, Changsan R, Wilaiprasong S. Factors affected the decision for cervical cancer screening among women in Singhanakhon district Songkhla province. *Thaksin University Journal* 2015;2(19):89-97. (in Thai)
28. Keelapang K. Factors Affecting Preventive Behavior Concerning Cervical Cancer among Female Factory Workers in the Northern Region Industrial Estate, Lamphun province [Master's Thesis]. Changmai: Changmai University; 1995. (in Thai)

29. Twinn SF, Shia ATY, Holroyd E. Women' s knowledge about cervical cancer and cervical screening practice. *Cancer Nursing* 2002;25:377-84.
30. Reid J. Women's knowledge of pap smear, risk factor for cervical cancer, and cervical cancer. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2001;30:299-305.
31. Furniss K. Tomatoes, Pap smear, and tea adopting behaviors that may prevent repro-ductive cancer and improve health. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2000;29: 6413- 652.
32. Panomai N, Kohrienchai L. The Promotion for cervical cancer screening among urban women in Khon Kaen province. *Journal of Nurses' Association of Thailand North-eastern Division* 2010;28(1): 14-21. (in Thai)
33. Ali KJ, Seyyd MK, Mina B, Seyyd HK. The Survey of Factors Affecting Pap Smears Based on Health Belief Model in Health Centers in Fasa, Fars province, Iran. *Women's Health Bulletin* 2015;2(4): 55- 65.
34. Pornsinsiruck S. Factors related to cervical cancer screening behavior among thai-muslim women Krabi province [Master's Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. (in Thai)
35. Nanta Y. Factors related to cervical cancer screening behavior among housewives group Lanna *Public Health Journal* 2010;6(1):65-74. (in Thai)
36. Ngandum S. Factors related to and predicting cercical cancer screening behavior among women 30-60 years in Banrai sub-district, Muang district, Ratchaburi province *Journal of Public Health* 2015;43(2):175-187. (in Thai)
37. Srichan Y. Factors related to the screening of cervical cancer screening services for women in Pa Sak Sub-district, Phu Sang Subdistrict, Phayao Province. [Master's Thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005. (in Thai).
38. Youngwattana J. Factors affecting the behaviors of cervical carcinoma among women in Mueang-District, SamutSangkhram province [Master's Theses]. Bangkok: Kasetsart University; 2008. (In Thai)
39. Waehayee U. Health belief in cervical cancer prevention among Muslim females in Bangpu Subdistrict, Yaring District Pattani province [Master's Thesis]. Changmai: Changmai University; 2008. (in Thai).
40. Glanz K, Rimer B, Viswanath A. (2008). *Health behavior and health education theory research and practice*. (4thed). U.S.A.; HB Printing.
41. Wongharimat S. Factors related to Non-screening of cervical cancer in communities that Selection: Nonthaburi province. *Journal thailandmedicalhub* 2556;9(1):12-20. (in Thai).
42. Krajachan S. Factors associated with self-management behaviors among patients with chronic kidney disease stage 1-3 in Trat province *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok* 2018;34(1):14-22. (in Thai)