



# การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี

The Application Of Health Belief Model To Promote Cervical  
Cancer Screening Among Women Aged 30-60 Years Performed by  
Women Health Volunteer

รุ่งอรุณ กามล  
หลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาขาวิชาสาธารณสุข) ภาคพิเศษ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
รศ.ธราดล เก่งการพานิช  
รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช  
อ.ดร.ศรีธัญญา เบญจกุล  
ภาควิชา สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## บทคัดย่อ

การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี จะขึ้นอยู่กับทัศนคติของโรคมะเร็งปากมดลูก การวิจัยกึ่งทดลองนี้เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ จำเป็นดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรีในเขตชุมชนที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา อำเภอกะพุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 80 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มจำนวนเท่ากัน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 4 ครั้งเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์รวบรวมข้อมูลก่อนและหลังโปรแกรมด้วยแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Paired Sample t-test , Independent's t-test และ z-test

ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% สำหรับการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% นอกจากนี้สตรีกลุ่มทดลองมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนที่มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% แสดงให้เห็นประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเชิญชวนโน้มน้าวใจโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี ซึ่งเป็นผู้ที่มีความคุ้นเคย และสามารถสื่อสารได้ชัดเจนกับสตรีกลุ่มเป้าหมาย



ในพื้นที่ ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษาจึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบริบทคล้ายคลึงกันได้ จะทำให้การเข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น ลดความกลัว ความอาย และเพิ่มอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

**คำสำคัญ :** การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก /อาสาสมัครสาธารณสุขสตรี/ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

## Abstract

Getting cervical cancer screening among the target group of women, aged 30-60 years, will help to lower the incidence of cervical cancer. This quasi-experimental research was aimed to assess the effect of a health education program applying health belief model and persuasive communication principles. The program was performed by women health volunteers with 80 sampled women in the areas responsible by Tassua Subdistrict Health Promotion Hospital, Kratumbaen District, Samutsakorn Province. The samples were divided into 2 groups, 40 women each. The experimental group has participated in the health education program developed for 4 times, for the duration of 4 weeks. Data were collected before and after the program by using the interview schedule. The following statistics were used for data analysis :frequency, percentage, arithmetic mean, Paired Sample t-test, Independent t-test and Z-test.

After the program, it was found that the experimental group had significantly higher mean scores of perceived susceptibility of getting cervical cancer, perceived

severity of cervical cancer, and perceived benefits of getting cervical cancer screening than before the program and than the comparison group ( $p < 0.05$ ). In regard to perceived obstacles of getting cervical cancer screening, significantly decreased mean score of the experimental group was found compared to before the program and the comparison group ( $p < 0.05$ ). Besides, significantly higher proportion of the women who received cervical cancer screening in the experimental group was found compared to the comparison group ( $p < 0.05$ ). The findings showed that the health education program applying health belief model and persuasive communication, and implemented by women health volunteer who were acquainted with and could communicate explicitly with the target group. Thus, this type of program can be utilized in other similar Subdistrict Health Promotion Hospitals in order to reach higher number of the target women, lower fear and shyness and to increase cervical cancer screening rate.

**Key Words :** Cervical Cancer Screening/Women Health Volunteer/Health Belief Model/Persuasive Communication

## บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด องค์การอนามัยโลกได้รายงานสถิติผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี ซึ่งร้อยละ 85 อยู่ในประเทศกำลัง



พัฒนา และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 275,000 คนต่อปี ร้อยละ 88 อยู่ในประเทศ กำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็น โรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม พบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5,200 คน ถ้าคิดเป็นวันจะตรวจพบผู้ป่วย มะเร็งปากมดลูกประมาณวันละ 27 คน และมีสตรี เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 14 คน (จตุพล ศรีสมบุญ, 2554; ธิฎญาภัค สุขศิรินาคนสกุล, 2555) ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขสำคัญของ ประเทศไทย ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย และโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 - พ.ศ.2553 ผู้หญิงที่มีอายุ 35-60 ปีสามารถรับการตรวจแปปสเมียร์ ได้ฟรีในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ซึ่งจะทราบผล ในระยะเวลา 1-4 สัปดาห์ และเป็นการตรวจที่แม่นยำ และราคาถูก

จังหวัดสมุทรสาครมีสถิติผู้ป่วยมะเร็งปาก มดลูกเสียชีวิตสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทย โดยปี อัตราตาย 5.2 คนต่อประชากรแสนคน (ชัญวดี ศรีสุข ,2554) ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดให้มีการส่งเสริมการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน ระยะเวลา 5 ปี ให้ได้ร้อยละ 40 (ปีงบประมาณ 2553- 2557)

ผลจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำเสา ในปีงบประมาณ 2553-2557 พบอัตราการ ตรวจคัดกรองคิดเป็นร้อยละ 8.83, 7.64, 8.94, 7.39 และ 5.2 รวมสะสมตั้งแต่ปี 2553-2557 เท่ากับ 405 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 32.79 ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมายที่กำหนดไว้ร้อยละ 80 นอกจากนี้ในพื้นที่ ของรพ.สต.ทำเสา พบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ราย จากสถานการณ์การตรวจคัดกรองของรพ.สต.

ทำเสาที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดของกระทรวง สาธารณสุข รพ.สต.ทำเสาได้พยายามดำเนินงาน โครงการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน พื้นที่อย่างเต็มที่ อาทิ ปีงบประมาณ 2553-2554 การ จัดทำโครงการร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายในชื่อ โครงการรวมพลังพี่น้องคัดกรองสุขภาพ โครงการสร้าง เครือข่ายเฝ้าระวังดูแลสตรีไทย ห่างไกลมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกอย่างไรก็ตามโครงการดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร โดยอัตราการตรวจคัด กรองดำเนินงานได้เพียงร้อยละ 15.79 และในปี งบประมาณ 2555 ได้จัดทำโครงการตรวจสุขภาพ แบบบูรณาการตำบลทำเสา ร่วมกับรพ.สต.ท้องคิ่งใน การส่งเสริมการตรวจสุขภาพแก่กลุ่มความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ภายหลัง ดำเนินการพบอัตราการตรวจคัดกรองยังต่ำกว่าเกณฑ์ เป้าหมาย คือร้อยละ 8.94 จากร้อยละ 20 และในปี งบประมาณ 2556 ได้ดำเนินการส่งเสริมการตรวจ คัดกรองร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่ายกระทุ่มแบน จัด โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สื่อผ่าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่การ ดำเนินงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 7.39

นอกจากการดำเนินงานในการส่งเสริมการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านมา ทางรพ.สต.ทำเสา ได้ดำเนินกลยุทธ์ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองต่างๆ เช่น การรณรงค์การตรวจคัดกรองโดยใช้รถกระจาย เสียงในช่วงที่มีการจัดทำโครงการ การส่งไปรษณียบัตร แก่สตรีกลุ่มเป้าหมายให้เข้าร่วมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก อีกทั้งการชักชวนโดยอสม. แต่ก็ยัง พบว่าการดำเนินงานดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จตาม เป้าหมายที่วางไว้ จากการทบทวนบทเรียนการ ดำเนินงานที่ผ่านมา ได้สรุปสาเหตุหลักที่การ ดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ 3 ประการ ประการ แรก การเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายเป็นแบบกว้าง และการประกาศเสียงตามสายหรือการใช้รถกระจาย เสียงยังเป็นการเชิญชวนแบบกว้าง ๆ ไม่ได้มุ่งเน้นที่ สตรีกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ประการที่สอง การจัด



กิจกรรมที่จัดเป็นแบบบูรณาการร่วมกับโรคอื่น ๆ ทำให้กลุ่มที่เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่เป็นชาวบ้านทั่วไปไม่ใช่สตรีกลุ่มเป้าหมายโดยตรง ประการสุดท้าย อสม.ที่เข้าไปเชิญชวนสตรีกลุ่มเป้าหมายยังขาดทักษะการพูดโน้มน้าวใจเพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งอุปสรรคที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจยังไม่ได้รับการแก้ไข ทั้งเรื่องความกลัว ความอายเจ้าหน้าที่ตรวจ และวันเวลาที่เหมาะสมในการเข้ารับบริการ เป็นต้น

จากการสำรวจสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2555 จำนวน 11 คน พบว่าสาเหตุเนื่องจากกลัวเจ็บขณะตรวจ กลัวรู้ผลการตรวจ ความอายต่อเจ้าหน้าที่ตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่าสาเหตุที่สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองเกิดจากหลายสาเหตุ อาทิ ความกลัว กลัวเจ็บขณะตรวจ กลัวจะรู้ผลการตรวจ ความอาย อายเจ้าหน้าที่ตรวจ รวมทั้งการไม่ทราบสาเหตุ และอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทําให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เพราะคิดว่าตนเองไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง และไม่มีอาการผิดปกติ

จากการทบทวนงานวิจัยเพื่อการแก้ไขปัญหาการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีการใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ควบคู่กับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (สุพรรณปัญญาจุม, 2551) การใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (ชัชฎาพร รัตนวาร์, 2551) และการใช้ออสม.เป็นกลยุทธ์เพื่อให้เข้าถึงสตรีกลุ่มเป้าหมาย (ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์, 2555) ผลพบวําทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น การสนับสนุนการใช้ออสม.ในการส่งเสริมการตรวจคัดกรอง เนื่องจากอสม.เป็นบุคคลในชุมชน และ

ใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มเป้าหมาย เป็นคนในครอบครัว เชื่อว่าอสม.จะเป็นกลุ่มบุคคลที่สามารถเข้าไปมีบทบาทในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น

โดยสรุปผลจากการทบทวนการดำเนินงานของรพ.สท.ท่าเสา การศึกษานำร่องร่วมกับทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงร่างโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยกาารประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรม และให้อสม.สตรีที่ผ่านการอบรมทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจไปดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเพิ่มขึ้นที่รับผิดชอบของรพ.สท.ท่าเสา ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านรวมถึงมีพฤติกรรมการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้น

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

#### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลบ้านท่าเสา อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร

#### วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสตรีกลุ่มเป้าหมายภายหลังการทดลอง ในประเด็นดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



## ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-Posttest design)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัยเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง ในปี พ.ศ. 2553-2557 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าเสา อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร โดยคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มละ 40 คน (Fleiss, 1981) สุ่มตัวอย่างแบบง่ายเลือกหมู่บ้านตามเกณฑ์ที่มีอัตราการตรวจคัดกรองต่ำจำนวน 2 หมู่บ้าน คือหมู่ที่ 3 เป็นกลุ่มทดลอง และหมู่ที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 40 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 40 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนของโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับเพียงคำแนะนำตามระบบปกติของรพ.สต.ท่าเสา

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คู่มือมะเร็งปากมดลูก คู่มือการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจสำหรับอาสาสมัคร แบบประเมินความเสี่ยง และแบบประเมินทักษะที่ใช้ในกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

1.1 โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ โปรแกรมแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

## ระยะที่ 1 การฝึกอบรมอาสาสมัคร

**สาธารณสุขสตรี :** ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 2 ครั้ง ระยะเวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย

**กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1** กิจกรรมการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกต่อตนเอง ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก อาการและอาการแสดงเบื้องต้น โรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรมหญิง ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย แอปพลิเคชันคืออะไร ทำไมต้องตรวจ ใครที่ต้องรับการตรวจ ขั้นตอนการตรวจ การเตรียมตัวก่อนตรวจ การสาธิตอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ แอปพลิเคชัน โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลท่าเสา และการระดมความคิดเห็นเกี่ยวกับความรุนแรงเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

**กิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 2** กิจกรรมพัฒนาทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ ใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพูดและการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ พูดอย่างไรให้คนคล้อยตาม การฝึกการพูดโน้มน้าวใจเพื่อชักจูงให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามสถานการณ์ต่าง ๆ และการตอบคำถาม รวมทั้งการแก้ไขปัญหาเมื่อถูกปฏิเสธการเข้ารับการตรวจจากกลุ่มเป้าหมายในสถานการณ์ต่าง ๆ และการระดมความคิดเห็นในสถานการณ์การเชิญชวนเมื่อถูกปฏิเสธ

## ระยะที่ 2 การดำเนินการในสตรีกลุ่ม

**เป้าหมายกลุ่มทดลอง :** การปฏิบัติการของอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมในระยะที่ 1 จับคู่กันลงพื้นที่ พร้อมกับผู้วิจัย เพื่อเชิญชวนให้สตรีกลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยใช้ทักษะการสื่อสารและการโน้มน้าวใจ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ เพื่อกระตุ้นให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของตนเอง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การรับรู้อุปสรรคต่อ



การเข้ารับการตรวจคัดกรอง และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สำหรับสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ มีการเชิญชวนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองตามระบบปกติของรพ.สต. ทำเสา โดยดำเนินการ 2 ครั้ง คือ สัปดาห์ที่ 1 และ 5

1.2 คู่มืออาสาสมัคร “มะเร็งปากมดลูกภัยร้ายใกล้ตัวคุณ” และ คู่มือการสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ

1.3 แบบประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1.4 แบบนัดหมายการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามหลักทฤษฎีและกรอบแนวคิดการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสรบข้อมูลการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบความเที่ยงในส่วนของการรับรู้ตามแบบความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ส่วน ได้ค่าสถิติ Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.76, 0.75, 0.81 และ 0.76 ตามลำดับ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มก่อนการทดลองด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent's t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการ

ตรวจคัดกรอง และการรับรู้อุปสรรคที่ทำให้ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Sample t –test และระหว่างกลุ่มด้วย Independent's t-test

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสองกลุ่มหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ z –test

#### ผลการวิจัย

ลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก พบเพียงจำนวนบุตรของครอบครัวที่แตกต่างกัน ( $p=0.035$ ) ดังตารางที่ 1 สำหรับการขอคำปรึกษาเป็นคนแรกเพื่อต้องการตรวจคัดกรอง พบว่า ประชากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข แพทย์/พยาบาล และเพื่อนบ้าน มีสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามคุณลักษณะประชากร

คุณลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
<b>อายุ (ปี)</b>					0.134 <sup>a</sup>
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	44.99 $\pm$ 8.44		47.33 $\pm$ 4.81		
Min - Max	30-59		41-59		
<b>สถานภาพสมรส</b>					0.999
โสด	5	12.5	5	12.5	
คู่	32	80.0	25	62.5	
หม้าย หย่า แยก	3	7.5	10	25.0	
<b>ระดับการศึกษา<sup>b</sup></b>					0.121
ไม่ได้เรียน	0	0.0	0	0.0	
ประถมศึกษา	27	67.5	28	70.0	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	12.5	7	17.5	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4	10.0	0	0.0	
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรี	4	10.0	0	0.0	
<b>อาชีพ<sup>b</sup></b>					0.621
เกษตรกรกรรม	3	7.5	3	7.5	
รับจ้าง	18	45.0	22	55.0	
ค้าขาย	9	22.5	5	12.5	
พนักงานบริษัท	3	7.5	6	15.0	
ราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รกรังส่วนตัว	2	5.0	0	0.0	
แม่บ้าน	3	7.5	2	5.0	
<b>อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก (ปี)</b>					0.126 <sup>a</sup>
	(n=32)		(n=29)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	25.03 $\pm$ 5.44		23.10 $\pm$ 4.07		
Min - Max	18-41		17-31		
<b>จำนวนบุตร (คน)</b>					0.035 <sup>a</sup>
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	1.63 $\pm$ 0.71		2.03 $\pm$ 0.78		
Min - Max	1-4		1-4		

a = ทดสอบด้วยสถิติ Independent's t-test; b = ตัวแปรมีการจัดกลุ่มคำตอบใหม่เพื่อทำการทดสอบไคสแควร์



ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามแหล่งบุคคลที่ขอคำแนะนำเป็นคนแรกเมื่อต้องการไปตรวจคัดกรอง

แหล่งที่ปรึกษา	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	15	37.5	32	80.0	<0.001
อาสาสมัครสาธารณสุข	18	45.0	33	82.5	<0.001
แพทย์/พยาบาล	22	55.0	8	20.0	<0.001
ครอบครัว	6	15.0	9	22.5	0.390
เพื่อนบ้าน	6	15.0	17	42.5	0.006

### 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $p < 0.001$ ) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างกันระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ( $p = 0.726$ ) ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงระหว่างกลุ่ม พบว่าก่อนการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง ( $p < 0.001$ ) แต่ภายหลังจากการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $p = 0.716$ ) เนื่องจากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นตั้งนั้น จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นระหว่างการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) ดังตารางที่ 4

### 2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่าก่อนการทดลอง ( $p < 0.001$ ) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่าง ( $p = 0.720$ ) ดังตารางที่ 3 ส่วนการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ( $p = 0.177$ ) ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.005$ ) ดังตารางที่ 4

### 3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง ( $p < 0.001$ ) แต่ไม่พบความแตกต่างของกลุ่มเปรียบเทียบภายหลังจากการทดลอง ( $p = 0.218$ ) ดังตารางที่ 3 สำหรับการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ไม่แตกต่างกัน ( $p = 0.816$ ) ภายหลังจากการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4



#### 4. การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคลดลงกว่าก่อนการทดลอง ( $p=0.035$ ) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ( $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองระหว่างกลุ่ม พบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองรับรู้อุปสรรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ( $p<0.001$ ) แต่เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) จึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคที่เปลี่ยนไประหว่างการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.001$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแนวคิดแบบแผนความเชื่อต่อสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง ( $n=40$ ) และกลุ่มเปรียบเทียบ ( $n=40$ )

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
กลุ่มทดลอง	39.05	5.32	44.86	5.61	5.81	5.14	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	45.93	7.52	45.38	6.55	0.55	0.35	39	0.726
การรับรู้ความรุนแรง								
กลุ่มทดลอง	41.33	6.97	47.50	3.86	6.17	5.04	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	43.45	6.99	44.00	6.52	0.55	0.35	39	0.726
การรับรู้ประโยชน์								
กลุ่มทดลอง	28.15	3.83	32.15	2.47	3.98	5.55	39	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	28.35	3.85	29.38	3.75	1.03	1.25	39	0.218
การรับรู้อุปสรรค								
กลุ่มทดลอง	31.88	9.60	27.90	5.78	3.78	2.18	39	0.035
กลุ่มเปรียบเทียบ	24.68	5.11	35.25	12.58	10.57	4.55	39	<0.001



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ตามโครงสร้างแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง (n=40) และกลุ่มเปรียบเทียบ(n=40)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ผลต่าง ค่าเฉลี่ย	t	df	p-value
	$\bar{x}$	SD.	$\bar{x}$	SD.				
การรับรู้โอกาสเสี่ยง								
ก่อนการทดลอง	39.05	5.32	45.93	7.52	6.88	4.72	70.19	<0.001
หลังการทดลอง	44.86	5.67	45.38	6.55	0.50	0.37	78	0.716
การเปลี่ยนแปลง ( $\bar{d}$ )	5.83	7.17	-0.55	9.84	6.38	3.31	78	0.001
การรับรู้ความรุนแรง								
ก่อนการทดลอง	41.33	6.97	43.45	6.99	2.12	1.36	78	0.177
หลังการทดลอง	47.55	3.86	44.00	6.52	3.50	2.92	63.4	0.005
การรับรู้ประโยชน์								
ก่อนการทดลอง	28.15	3.83	28.35	3.85	0.20	0.23	78	0.816
หลังการทดลอง	32.15	2.47	29.38	3.75	2.77	3.88	78	<0.001
การรับรู้อุปสรรค								
ก่อนการทดลอง	31.68	9.60	24.68	5.10	7.00	4.07	59.43	<0.001
หลังการทดลอง	27.90	5.78	35.25	6.58	7.35	3.36	54.75	0.001
การเปลี่ยนแปลง ( $\bar{d}$ )	-3.78	10.95	10.58	14.69	14.36	4.95	78	<0.001

5. การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ตรีในกลุ่มทดลองมาเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 57.5 แต่ไม่มีสตรีในกลุ่มเปรียบเทียบมาเข้ารับบริการเลย ซึ่งสัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสัดส่วนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเข้ารับการตรวจคัดกรอง	กลุ่มทดลอง (n=40)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=40)		z	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มารับบริการ	23	57.5	0	0.0	5.68	<0.001
ไม่มารับบริการ	17	42.5	40	100.0		



## อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จะมีความแตกต่างกันในประเด็นของแหล่งที่ปรึกษา บุคคลแรกที่ไปขอคำปรึกษาเมื่อต้องการไปตรวจคัดกรอง แต่ความแตกต่างนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อผลของโปรแกรมสุขศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เพราะสตรีกลุ่มเปรียบเทียบกับมีการปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเพื่อนบ้านในสัดส่วนที่มากกว่าสตรีกลุ่มทดลอง

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยอสม. สตรี พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรม และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทั้ง 4 ด้านและไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสัดส่วนที่มากกว่าสตรีกลุ่มเปรียบเทียบ

การที่สตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าเป็นเพราะกิจกรรมที่จัดขึ้น ได้แก่การร่วมพูดคุยเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การทำแบบประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองของสตรี ทำให้สตรีมีความสนใจพูดคุยซักถามในประเด็นของความรุนแรง และประโยชน์ที่จะได้รับการตรวจคัดกรองพร้อมทั้ง อสม. สตรีใช้สื่อภาพพลิก แจกแผ่นพับ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกพูดเสริมแนะนำโน้มน้าวให้เห็นความสำคัญ แนวทางการป้องกันและความจำเป็นของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ได้ร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขอุปสรรคของชุมชนด้วย การไม่มีเวลาที่ส่งผลต่อการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองโดยการให้สตรีเป้าหมายสามารถเลือกระบุเจ้าหน้าที่ที่ตนต้องการให้ตรวจและโทรศัพท์นัดหมายล่วงหน้าได้ การนัดหมายวันตรวจทั้งวันและนอกเวลาราชการ การสาธิตทางงตรงแบบพิเศษที่ใช้ในการตรวจที่เปิดเฉพาะจุดตรวจ เป็นต้น สุดท้ายได้ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจแสดงความประสงค์เข้าร่วมการตรวจคัดกรอง และสตรี

กลุ่มเป้าหมายได้รับแจกใบนัดหมายเพื่อใช้สำหรับวางแผนการเข้ารับการตรวจคัดกรองตนเอง

การลงพื้นที่เชิญชวนของอสม. สตรีอย่างต่อเนื่องโดยการเข้าถึงสตรีเป้าหมายเจาะจงในรายที่ยังลังเลไม่ตัดสินใจเข้าร่วมการตรวจคัดกรอง มีประสิทธิภาพมากทั้งนี้เพราะอสม. สตรีเป็นบุคคลในชุมชนที่มีความผูกพันและคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เป็นทั้งเพื่อนบ้านหรือญาติพี่น้อง สตรีกลุ่มเป้าหมายจึงให้ความไว้วางใจ นอกจากนั้นแล้วโปรแกรมนี้ได้ออกแบบกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker & Rosenstock, 1974) กล่าวคือบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคต่อเมื่อเกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่ตนเองจะเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ที่ลดน้อยลง

สอดคล้องกับการศึกษาของจรูญ ธรรมกร่าง (2557) ที่ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมโดย อสม. สตรี หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพ และไปรับการตรวจคัดกรองร้อยละ 76.7 ในขณะที่การศึกษาของณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์ (2555) ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมและการชักชวนโดยผ่านทางแกนนำสตรี พบว่าจำนวนสตรีกลุ่มทดลองมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น 3 เท่า นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Shojaeizadeh, et al. (2011) ประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินการศึกษาในสตรีอิหร่าน พบว่า อัตราการตรวจคัดกรองภายหลังการทดลองเท่ากับร้อยละ 81.4 และผลการศึกษาของ Ma, et al. (2013) ที่ทำการศึกษาในสตรีอเมริกันเชื้อสายเวียดนาม อาศัยอยู่ในรัฐเพนซิลวาเนีย สหรัฐอเมริกา จำนวน 1,450 คน เพื่อพิสูจน์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโครงสร้างตาม



แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบรคเกอร์ โดย ออกแบบการวิจัยแบบ Randomized Controlled Trial พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการไปเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ คือ 1) การใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้สตรีกลุ่มเป้าหมายประเมินด้วยตนเอง แม้ว่าจะเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายมีประโยชน์สามารถกระตุ้นให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้มากแต่เนื่องจากประเด็นการประเมินเป็นเรื่องปกปิดส่วนบุคคลที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ และการมีคู่นอนหลายคน จึงอาจส่งผลกระทบต่อคำตอบได้ 2) ความแตกต่างระหว่างอสม.สตรีในด้านความสามารถของการใช้ทักษะการชักจูงใจโน้มน้าวสตรีกลุ่มเป้าหมายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้คล้อยตามและไปเข้ารับการตรวจคัดกรอง แม้ว่าการวิจัยจะวางแผนการคัดเลือกอสม.สตรีตามหลักเกณฑ์เดียวกันและผ่านการอบรมหลักสูตรเดียวกันก็ตาม ทั้งนี้เพราะจะเป็นพรสวรรค์ของแต่ละบุคคล 3) การจัดระบบบริการตรวจคัดกรองด้วยการเพิ่มบริการในวันหยุดและนอกเวลาราชการ เพื่อรองรับความต้องการเข้ารับการตรวจของสตรีเป้าหมายที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลอง จำเป็นต้องอาศัยความทุ่มเทของบุคลากรรวมถึงเงินงบประมาณเพื่อจ่ายค่าล่วงเวลาอีกด้วย และประการสุดท้ายคือ การประสานงานระหว่างสถานบริการสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนทำหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองตามความต้องการของสตรีกลุ่มเป้าหมายนั้น จำเป็นต้องใช้รูปแบบการให้บริการทรัพยากรบุคคลในรูปแบบของเครือข่ายบริการซึ่งบางพื้นที่อาจมีความเป็นไปได้

สำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรการนำทฤษฎีการตลาดเพื่อสังคม (Social Marketing Theory) มาประยุกต์เพิ่มเติมในการจัดโปรแกรมสุขภาพศึกษา และ

ต้องปรับกิจกรรมให้กระชับ รวมถึงมีการติดตามผล การดำเนินการที่ใช้ระยะเวลานานขึ้น

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีน พะเยา



## เอกสารอ้างอิง

- จตุพล ศรีสมบุรณ์, ชำนาญ เกียรติพิรกุล, บรรณาธิการ.(2554).*นรีเวชวิทยา, มะเร็ง*(พิมพ์ครั้งแรก). กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินารีแพทย์แห่งประเทศไทย.
- ซัชฎาพร รัตนวาร. (2551). ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด.*วารสารสุโขทัยศึกษา*, 31(109), 66-76.
- ชัยวุฒิ ศรีสุโข.(2554).*คู่มือที่ทำให้มะเร็งเป็นเรื่องใกล้ตัว “ต้านมะเร็งปากมดลูก”*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ณัฐภรณ์ เวชวิศิษฐ์, ภรณ์ วัฒนสมบุรณ์ และลักขณา เต็มศิริกุลชัย. (2555). การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี โดยแกนนำสตรีในอำเภอคลองโพธิ์ จังหวัดสุพรรณบุรี.*วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 10(2), 36-49.
- ธิฎฎาศักดิ์ สุขศิรินาคสกุล และดวงใจ หมั่นสาร. (2555). มะเร็งปากมดลูกครึ่งหนึ่งที่ผู้หญิงควรรู้ หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน. *เพื่อนสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5*, 6(7), 35-63.
- จรเชช ธรรมกร่าง,ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และชวัญเมียง แก้วคำเกิง. (2557). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University*, 1(5),19-29.
- สุพัฒน์ ปัญจมทุม.(2551). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 35,40,45,50,55,60 ปีอำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี.*วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 4(2), 45-53.
- Becker, M. H., & Rosenstock, I. M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe & A. Matthews (eds.), *Health care and human behavior* (pp.135-152). London: Academic Press.
- Fleiss, J. L. (1981). *Statistical method for rate and proportions* 2<sup>nd</sup> edition. New York: John Wiley & Sons.
- Ma, G. X., Gao, W., Fang, C. Y., Tan, Y., Feng, Z., Ge, S., et al. (2013). Health Beliefs Associated with Cervical Cancer Screening Among Vietnamese Americans. *J Womens Health*, 22(3), 276-288.
- Sojajizadeh, D., Hashemi, S.Z., Moeini, B., Poorolajal, J. (2011). The Effect of Educational Program on Increasing Cervical Cancer Screening Behavior among Women in Hamadan, Iran: Applying Health Belief Model. *JRHHS*, 11(1), 20-25.