

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนongเสือ จังหวัดปทุมธานี

สุธิศา บุญรัตน์¹, ศรัณญา เบญจกุล², มณฑา เก่งการพานิช², ธราดล เก่งการพานิช²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

² อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นมาตรการป้องกันและบริการฟรีในการจัดบริการสุขภาพ แต่สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ยังเข้ารับการตรวจคัดกรองน้อย การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงบอน อำเภอนongเสือ จังหวัดปทุมธานี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษานาน 6 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อน - หลังการทดลองด้วยแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired t-test, Independent t-test และ Z-test

ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (72.7% vs 36.4%, $p = 0.007$) ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษา นี้ สามารถช่วยให้สตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี มาเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น จึงควรบูรณาการไว้ในงานประจำเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/
แรงสนับสนุนทางสังคม

Effects of Promoting Program which Applies a Health Belief Model and Social Support on Cervical Cancer Screening at Bungborn Sub-district Health Promotion Hospital, Nongsua District, Patumthani Province

Suthisa Boonrat¹, Sarunya Benjakul², Mondha Kengganpanich², Tharadol Kengganpanich²

¹ Student M.SC.(Public Health), Faculty of Public Health, Mahidol University

² Thesis Adviser, Department of Health Education and Behavior Science, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

Cervical cancer screening is a preventive measure and free service in health care service. However, many women aged 30-60 years still fail to undergo screening tests. The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effects of a promotion program applying a health belief model and social support on womens'uptake of cervical cancer screening at Bungborn sub-district health promoting hospital, Nongsua district, Patumthani province. A sample of 66 women, aged 30–60 years, was divided equally into experimental and comparison groups, (33 each). The experimental group received the program for 6-weeks. Data were collected at pre- and post- intervention program by interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, Paired t-test, Independent t-test and Z-test.

The results revealed that, the experimental group were significantly higher score than the comparison group ($p<0.001$) in their perception of: susceptibility and severity of cervical cancer; the benefits of cervical cancer screening, and; lower score for perceived barriers to cervical cancer screening. Furthermore, the experimental group used the cervical cancer screening services significantly more than the comparison group (72.7% vs 36.4%, $p=0.007$). Thus, this program can encourage the women to cervical cancer screening and should integrate and apply in the normal schedule for preventive services in this and other sub-district health promoting hospitals

Keywords: Promotion Program on Cervical Cancer Screening/ Health Belief Model/ Social Support

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม และเป็นอันดับ 3 ของสาเหตุการเสียชีวิตจากมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองจากมะเร็งเต้านม และมะเร็งปอด¹ สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2548 พบมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งทั้งหมด ร้อยละ 17.7 และในปี พ.ศ.2554 พบมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับที่ 2 ของมะเร็งทั้งหมด ร้อยละ 18.1 รองจากมะเร็งเต้านม² ผลการวิจัยที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นมาตรการที่คุ้มค่า³⁻⁴ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ถึงปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดให้มีโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ⁵ ส่งผลให้ประชากรหญิงที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี และมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap smear) ได้ฟรีในโรงพยาบาลของรัฐทุกจังหวัด และร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติเพื่อให้การรักษามะเร็งเมื่อผลตรวจคัดกรองผิดปกติ ทั้งนี้เพื่อลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกดังกล่าว⁶ อย่างไรก็ตาม แม้เป็นบริการฟรี แต่ประชากรหญิงที่เป็นกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ ยังคงเข้ารับการตรวจคัดกรองน้อย โดยผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 พบความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองภายใน 1 ปี เพียงร้อยละ 32.5⁷

จังหวัดปทุมธานี มีอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2558 เท่ากับ 3.8 ต่อแสนประชากร ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราการตายโดยรวมของภาคกลาง คือ 4.1 ต่อแสนประชากรในปีเดียวกัน และเมื่อเปรียบเทียบอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ.2557 กับปี พ.ศ.2558 พบว่าจังหวัดปทุมธานี มี

อัตราการตายจากมะเร็งดังกล่าวลดลงเล็กน้อยจาก 3.9 ต่อแสนประชากรเป็น 3.8 ต่อแสนประชากร² ด้วยเหตุนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จึงกำหนดเป้าหมายของการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 ต่อปี จนครบร้อยละ 80 ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปีงบประมาณ 2553-2557) แต่ไม่สามารถดำเนินการตรวจคัดกรองให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนั้น จึงได้กำหนดเป้าหมายความสำเร็จใหม่เป็นร้อยละ 80 ของทุกปี นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2558 และ2559 มีผลการตรวจคัดกรองเพียงร้อยละ 8.9 และ 12.8 ตามลำดับ⁸ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ห่างไกลจากค่าเป้าหมายที่กำหนดค่อนข้างมาก

จากการศึกษาเบื้องต้นในสตรีกลุ่มเป้าหมายของตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ.2559 ด้วยการสนทนากลุ่มเพื่อค้นหาสาเหตุที่สตรีกลุ่มเป้าหมายและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสตรีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลว่า โรคนี้เป็นโรคที่ใกล้ตัว และเห็นว่าถ้าเป็นแล้วจะมีอันตรายถึงเสียชีวิต จึงต้องรีบไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อการรักษาแต่แรกเริ่ม สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมายอีก 10 คน ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า อายุ ทั้งจากวิธีการตรวจ และการได้รับการตรวจจากเจ้าหน้าที่ที่รู้จัก/ใกล้ชิด รองลงมา ได้แก่ ความไม่มั่นใจในตัวเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจ และคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การกินยาคุมกำเนิด การมีบุตรหลายคน เป็นต้น รวมถึงไม่เห็นประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น การรักษาให้หายขาด ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก สามารถตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นได้ การเสียเวลาและขั้นตอนการตรวจมีความซับซ้อน เป็นต้น ประกอบกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เดียวกันนี้ จำนวน 3 คน ทำให้ทราบว่าพื้นที่นี้ไม่เคยให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกกับสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยตรง โดยการดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นเพียงการให้ออสม. ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งข่าวเท่านั้น หรือบางครั้งก็ใช้เสียงตามสายขององค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อประชาสัมพันธ์ให้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยเหตุนี้ จึงอาจเป็นสาเหตุให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เห็นความสำคัญของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่ได้พัฒนาหรือใช้ศักยภาพของ ออสม. ในฐานะที่เป็นนักจัดการสุขภาพในชุมชนอย่างเต็มที่ ทั้งๆ ที่ผลการวิจัยที่ผ่านมา⁹⁻¹⁰ พบว่า ออสม. สามารถทำหน้าที่เป็นแหล่งให้แรงสนับสนุนที่เพิ่มความสำเร็จของการเข้ารับการตรวจคัดกรองฯ ได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ¹¹ ซึ่งทฤษฎีนี้มี 4 องค์ประกอบ คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ทั้งนี้ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ระดับบุคคลต่อการแสดงพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม¹² โดยการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัยและออสม. สตรี เพื่อจูงใจ และกระตุ้นเตือนให้เกิดความสำเร็จของพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูก โดยการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไปนี้อย่างมีนัยสำคัญมากกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองเข้ารับการบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการทดลอง

ประชากรและตัวอย่างประชากร คือสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 2,160 ราย ส่วนกลุ่มตัวอย่าง คือสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี ปี พ.ศ. 2560 ที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด ประกอบด้วยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ สตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งที่เคยและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาศัยอยู่ประจำในชุมชนของตำบลบึงบอน อำเภอหนองเสือ จังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 2 ปี เข้าใจภาษาไทย และยินดีเข้าร่วมกิจกรรม เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ที่ย้ายที่

อยู่อาศัยขณะดำเนินกิจกรรม หรืออยู่ไม่ครบในทุกกิจกรรมของโปรแกรม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณเปรียบเทียบสัดส่วนของตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน¹³ และแทนค่าสูตรด้วยการศึกษาของ รจเรข ธรรมกร่าง และคณะ¹⁴ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 15 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากพื้นที่ในการวิจัยนี้เป็นเขตกึ่งชนบทจึงมีโอกาสที่จะเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบทุกครั้ง จึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 30 โดยใช้สูตรของอรุณ จิรวัฒนกุล¹⁵ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกตัวอย่างจากเกณฑ์ที่กำหนด กลุ่มละ 33 คน

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการอนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข MUPH 2017-112 เมื่อวันที่ 11 เมษายน พ.ศ. 2560 โดยผู้วิจัยดำเนินการวิจัยหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ดังนี้

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมการให้สุขศึกษารายกลุ่มเพื่อสร้างการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 2 ครั้งๆ หรือสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 2 ชั่วโมง ณ วัดประจำหมู่บ้าน กิจกรรมให้แรงสนับสนุนทางสังคมรายบุคคล โดยนักวิจัยและอสม.สตรี ด้วยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งติดต่อกัน หรือสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 10-15 นาที และการติดตามผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีก 1 สัปดาห์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ชุด แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส การตั้งครรภ์ ประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด การสูบบุหรี่ เป็นต้น 2) ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 4 ส่วนย่อยรวมทั้งสิ้น 43 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคของการเข้ารับตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 12 ข้อ โดยทุกข้อถามมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ส่วนย่อยแรกนี้ คะแนนรวมยิ่งสูง ยิ่งรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์สูง ในขณะที่ ส่วนย่อยที่ 4 คะแนนรวมยิ่งสูง ยิ่งรับรู้อุปสรรคต่ำ และ 3) การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบตามความเป็นจริง ได้แก่ ตรวจ/ไม่ตรวจ พร้อมระบุสถานที่ และวัน-เวลาที่เข้ารับการตรวจ

แบบสัมภาษณ์ข้างต้นนี้ ได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาจาก คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับตัวอย่างของการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสัมภาษณ์การรับรู้ทั้ง

4 ส่วนย่อยตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคของการเข้ารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าเท่ากับ 0.757, 0.771, 0.785 และ 0.857 ตามลำดับ โดยแบบสัมภาษณ์นี้ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที ต่อ 1 คน

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการ และขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1) การประสานงานกับคณะกรรมการชุมชนเพื่อชี้แจงโครงการ และขอความร่วมมือเป็นพื้นที่ศึกษาวิจัย 2) การขอบัญชีรายชื่อสตรีกลุ่มเป้าหมายกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.บึงบอน เพื่อใช้เป็นกรอบสุ่มตัวอย่าง 3) การคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพ อสม.สตรี ในฐานะผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ที่มีคุณสมบัติเป็นอสม.ในพื้นที่นี้ นานกว่า 2 ปี อ่านออกเขียนได้ ไม่ติดภาระงานประจำ และยินดีเข้าร่วมในฐานะผู้ช่วยวิจัย จากนั้น จึงจัดอบรม ระยะเวลา 1 วัน โดยการบรรยายและฝึกทักษะการแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้มีทักษะการพูดและการสื่อสารเพื่อนำข่าวสารในชุมชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และ 4) การลงพื้นที่เพื่อคัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์ พร้อมเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง และนัดหมายวันเวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรม

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย ใช้ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ ในช่วงเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2560 ประกอบด้วยกิจกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

2.1 กลุ่มทดลอง มีกิจกรรมดังนี้

1) สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการบรรยายประกอบสื่อ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น กระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการชมวิดีโอ การประเมินตนเองเกี่ยวกับความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก พร้อมแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพื่อนำกลับไปทบทวนด้วยตนเอง 2) สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสร้างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค โดยการบรรยายประกอบสื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง การเตรียมตัวตรวจคัดกรอง การสาธิตขั้นตอนการตรวจคัดกรองด้วยภาพถ่าย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบจริงที่เคยตรวจคัดกรอง และการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการชมวิดีโอ พร้อมกับกิจกรรมการจัดการอุปสรรคแบบมีส่วนร่วม โดยระดมความคิดเห็นระหว่างสตรีกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ และนักวิจัย เพื่อวิเคราะห์สาเหตุที่ไม่ไปตรวจคัดกรอง และแก้ไขสาเหตุร่วมกัน 3) สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการเยี่ยมบ้านจากผู้วิจัย และ อสม.สตรีในฐานะผู้ช่วยวิจัย เพื่อกระตุ้นเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมแก้ไขอุปสรรคที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนกรณีที่ไม่ไปตรวจแล้ว ได้รับการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับผลการตรวจคัดกรอง 4) สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคม ด้วยการเยี่ยมบ้านจาก อสม.สตรีในฐานะผู้ช่วยวิจัย เพื่อกระตุ้นทางอารมณ์โดยใช้คำพูดชักจูงให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง และชมเชยในกรณีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองแล้ว และ 5) สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการติดตามผลการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบสัมภาษณ์

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ การวิจัยครั้งนี้ จัดกิจกรรมให้กลุ่มเปรียบเทียบ 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยแจกแผ่นพับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก จดหมายเชิญให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมตารางการให้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของรพ.สต.บึงบอน (ทุกวันอังคาร เวลา 13.00 น. ถึง 15.00 น.) และการปิดโปสเตอร์ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ความรู้และกระตุ้นเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ณ พื้นที่ที่เป็นศูนย์รวมของชุมชน ได้แก่ บ้านของผู้ใหญ่บ้าน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ที่ระบุไว้ข้างต้น รวม 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 โดยจัดเก็บข้อมูลก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่มประมาณ 2-3 วัน และหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 6

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยนี้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ PASW Statistics version 18 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ 95% สถิติที่ใช้ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test รวมถึงวิเคราะห์ความแตกต่างของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Z-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งนี้ ทั้งหมดอยู่จนสิ้นสุดการทดลอง

(ร้อยละ 100.0) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 33 คน โดยในช่วงก่อนการทดลอง ตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลหลายปัจจัยไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) กล่าวคือ ทั้ง 2 กลุ่ม มีอายุเฉลี่ย 44-45 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ 8,000-10,000 บาทต่อเดือน สถานภาพสมรสคู่ จำนวนครั้งที่สมรส 1 ครั้ง ยกเว้นอายุเมื่อสมรส ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีอายุเมื่อสมรสมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน (19.0 ปี กับ 17.5 ปี, $p=0.015$)

เมื่อพิจารณาตัวแปรปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าทั้ง 2 กลุ่ม ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของตนเอง และคู่มรส การตั้งครรภ์ จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ จำนวนบุตรที่เกิดรอด ตกขาวที่มีสี/กลิ่นผิดปกติ และการสูบบุหรี่ รวมถึงทั้ง 2 กลุ่ม เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ 45.5 และ ร้อยละ 63.6 ($p = 0.138$) โดยการตรวจคัดกรองครั้งล่าสุดได้ตรวจเมื่อ 3 ปีที่ผ่านมา ยกเว้น 3 ปัจจัยเสี่ยงต่อไปนี้ ที่พบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ 1) อายุเมื่อคลอดบุตรคนแรกของกลุ่มทดลอง 20.0 ปี ขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบคือ 18.5 ปี ($p=0.007$) 2) วิธีคุมกำเนิด โดยกลุ่มทดลองใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 68.2 ขณะที่ กลุ่มเปรียบเทียบ ใช้เพียงร้อยละ 24.0 ($p=0.002$) และ 3) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ร้อยละ 57.6 และร้อยละ 81.8 ($p=0.032$) ตามลำดับ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัยของ 4 ตัวแปร มีดังนี้ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนน

เฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงฯ ภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนการรับรู้

ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ฯ ภายหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลงโดยมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคนี้ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้อุปสรรคฯ ภายหลังการทดลองลดลงอย่างชัดเจนเช่นกัน ($p<0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม

ตัวแปรการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=33)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=33)		ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มภายหลังการทดลอง ¹⁾
	ก่อน (สป.1)	หลัง (สป.6)	ก่อน (สป.1)	หลัง (สป.6)	
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ	15.5 $\pm$ 3.3	36.8 $\pm$ 4.4	16.6 $\pm$ 2.5	19.1 $\pm$ 1.9	t=21.344, p<0.001
ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ²⁾	t=20.921, p<0.001		t=7.162, p<0.001		
การรับรู้ความรุนแรงฯ	14.6 $\pm$ 2.8	34.8 $\pm$ 5.8	13.8 $\pm$ 1.6	15.6 $\pm$ 2.0	t=18.062, p<0.001
ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ²⁾	t=19.663, P<0.001		t=4.913, P<0.001		
การรับรู้ประโยชน์ฯ	17.5 $\pm$ 3.5	39.1 $\pm$ 4.1	16.4 $\pm$ 3.5	21.8 $\pm$ 3.4	t=18.648, p<0.001
ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ²⁾	t=23.216, p<0.001		t=14.278, p<0.001		
การรับรู้อุปสรรคฯ	15.6 $\pm$ 1.9	38.9 $\pm$ 5.3	20.2 $\pm$ 3.2	24.3 $\pm$ 3.3	t=13.346, p<0.001
ผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ²⁾	t=22.129, p<0.001		t=9.780, p<0.001		

หมายเหตุ: 1) Independent t-test; 2) Paired t-test

3. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการการตรวจคัดกรอง

มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างชัดเจน ($p=0.007$) คิดเป็นร้อยละ 72.7 และร้อยละ 36.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน และร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลอง (n=33)

การเข้ารับการตรวจคัดกรอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Z	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มารับบริการ	24	72.7	12	36.4	2.96	0.003
ไม่มารับบริการ	9	27.3	21	63.6		

อภิปรายผล

เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ในด้านต่างๆ ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งทั้งหมดนี้ เป็นไปตามสมมติฐานที่กำหนด โดยมีเหตุผลสนับสนุน ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องจากโปรแกรมสุขศึกษาจัดกิจกรรม เป็นแบบบูรณาการโดยเป็นการให้ความรู้ตามแผนการสอนที่ได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์ มาเป็นแนวทางในการสอน ประกอบกับการใช้แผนการสอนที่เริ่มจากการบรรยายประกอบภาพนิ่ง จากนั้นจึงเน้นย้ำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ด้วยการใช้สื่อวีดิทัศน์ และกิจกรรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งรูปแบบกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเช่นนี้ ใกล้เคียงกับการศึกษาที่ผ่านมาของซัชภาพ รัตนวาร์ และคณะ¹⁶ สังวร นิยมมาลา¹⁷ อภิญญา บุญฤกษ์¹⁸ รุ่งอรุณ กามล และคณะ¹⁹ ที่ใช้วิธีการบรรยายประกอบสื่อการชมวีดิทัศน์ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมด้วยการอภิปรายกลุ่ม

2) การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจเนื่องจากการ

ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับการรับรู้ของบุคคล ซึ่งการรับรู้ขึ้นอยู่กับที่ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ซึ่งในการที่จะให้เกิดการเรียนรู้จะต้องมีการประเมินการรับรู้ที่มีอยู่เดิมก่อนทำการจัดโปรแกรม และประเมินการรับรู้ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่งกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องได้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ และข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนสุขศึกษาเป็นหลักที่นอกเหนือจากการบรรยายประกอบภาพนิ่ง ยังได้นำเสนอภาพถ่ายแสดงขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกบนพีวีเจอรบอร์ด พร้อมทั้งการกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากตัวแบบจริงซึ่งเป็นสตรีในพื้นที่เป้าหมายที่เคยคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นรูปแบบเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมาของซัชภาพ รัตนวาร์ และคณะ¹⁶ และอภิญญา บุญฤกษ์¹⁸ โดยอธิบายประกอบภาพนิ่ง การฉายวีดิทัศน์เรื่องมะเร็งปากมดลูก และการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยกเว้นการเรียนรู้จากตัวแบบจริง

นอกจากนี้ ผลการวิจัยที่พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการเข้าตรวจคัดกรองลดลงอาจเนื่องมาจากกิจกรรมการจัดการกับอุปสรรคแบบมีส่วนร่วม ที่ส่งผลให้แก่ไขอุปสรรคสำคัญที่พบคือ อายุ ได้อย่างตรงประเด็น นั่นคือ การผลิตกางเกงลดอายุ การกำหนดตารางตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยรถเคลื่อนที่ในพื้นที่ที่เป็นศูนย์กลางของหมู่บ้าน การ

กำหนดให้เจ้าหน้าที่ประจำรถเคลื่อนที่ที่ทำหน้าที่ตรวจคัดกรองเป็นเพศหญิง และการประชาสัมพันธ์กำหนดการให้บริการตรวจคัดกรองเชิงรุกด้วยรถเคลื่อนที่ให้ทราบอย่างทั่วถึง ซึ่งวิธีการจัดการกับอุปสรรคแบบมีส่วนร่วมเช่นนี้ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีเพียง 1 งานวิจัยของเกษฎาพรสมสนุก และคณะ²⁰ ที่ใช้รูปแบบเดียวกันนี้ ด้วยการเชิญตัวแทนจากกลุ่มสหวิชาชีพด้านสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

3) การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขศึกษาในสัปดาห์ที่ 6 พบว่ากลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบถึง 2 เท่า (ร้อยละ 72.7 กับร้อยละ 36.4) ซึ่งใกล้เคียงกับผลการวิจัยที่ผ่านมาของอานันตยา พรหมรังگا⁹ ที่นอกจากประยุกต์ใช้ทฤษฎีเดียวกัน ยังให้แรงสนับสนุนโดยการเยี่ยมบ้านจาก อสม. เช่นเดียวกัน ส่งผลให้กลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 73.3 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนของการรับรู้ทั้ง 4 ตัวแปรตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ O'Donnell (2000)²¹ ที่ระบุว่า “บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ 4 ปัจจัย ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ประกอบกับกิจกรรมการให้แรงสนับสนุนทางสังคมในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากกระตุ้นเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ยังให้กำลังใจ และให้คำปรึกษาเพื่อขจัดอุปสรรค ซึ่งส่วนใหญ่อีกคือ การไม่มีเวลาไปตรวจคัดกรอง และกลัวว่าผลการตรวจพบว่าเป็นโรคนี่ ซึ่งทั้งผู้วิจัยและอสม.สตรี ได้ร่วมกันเน้นย้ำวิธีขจัดอุปสรรคตามผลการจัดกิจกรรมการจัดการอุปสรรคแบบมีส่วนร่วม เช่น แจ้ง

วันเวลาการให้บริการเชิงรุกด้วยรถเคลื่อนที่ ทบทวนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า หากทราบผลว่าเป็นโรคนี้อาจจริง จะทำให้ได้รับการรักษาตามกระบวนการของแพทย์ และสามารถรักษาหายได้ หากตรวจพบในระยะเริ่มแรก เพื่อกระตุ้นเตือนให้เข้ารับการตรวจคัดกรอง และชื่นชมหากบุคคลนั้นได้เข้ารับการตรวจคัดกรองแล้ว ซึ่งการได้รับแรงสนับสนุนเช่นนี้ ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงความเอาใจใส่ ความหวังดีของบุคคลรอบข้างที่มาจากแหล่งให้แรงสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว²¹

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1.1) ควรสอดแทรกการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไว้ในคลินิกต่างๆ ของ รพ.สต. เช่น คลินิกแม่และเด็ก และคลินิกโรคเรื้อรัง เป็นต้น ในขณะที่สตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุระหว่าง 30-60 ปี มารับบริการด้วยตนเองหรือพาบุคคลในครอบครัวมารับบริการ

1.2) ปรับลดอุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจัดบริการเชิงรุกด้วยรถเคลื่อนที่ไว้เป็นแผนงานประจำปี พร้อมจัดให้มีบริการทางเภสัชบำบัด และเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองที่เป็นผู้หญิงอยู่ประจำรถเคลื่อนที่

1.3) วางแผนประชาสัมพันธ์ตารางตรวจคัดกรองตลอดทั้งปี ผ่านสื่อหลากหลายรูปแบบ เช่น หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน การประชาสัมพันธ์ผ่านอสม. หรือแกนนำสตรี ชุมชมสร้างสุขภาพ และสื่อออนไลน์รูปแบบต่างๆ ที่สอดคล้องกับบริบทหรือการเข้าถึงของกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น

1.4) พัฒนาศักยภาพ อสม.สตรีในพื้นที่ให้มีความเชี่ยวชาญหรือทักษะเฉพาะเกี่ยวกับการพูด

โน้มน้าวใจ และการพูดเมื่อได้รับการปฏิเสธ เพื่อให้สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีศักยภาพต่อการกระตุ้น หรือติดตามกำกับให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1) การวิจัยเพื่อศึกษาผลการใช้สื่อรูปแบบต่างๆ ต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรอง เช่น การได้รับสื่อประชาสัมพันธ์แบบดั้งเดิม ดังเช่นที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเสียงตามสาย และรถขยายเสียง กับสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านกรู๊ปไลน์สุขภาพประจำหมู่บ้าน สื่อสารผ่านเฟสบุ๊ค เป็นต้น

2.2) การวิจัยเชิงสำรวจเพื่อหาปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่องหรือเป็นประจำทุกปี เพื่อวางแผนปรับปรุงบริการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรุงเทพฯ. มะเร็งปากมดลูกรู้ทันป้องกัน. [ออนไลน์]. 2559. เข้าถึงเมื่อ [11 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/3243>.
2. สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. อัตราตายมะเร็งปากมดลูกจังหวัดปทุมธานี. [ออนไลน์]. 2558. เข้าถึงเมื่อ [9 กันยายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hiso.or.th/hiso/area/area.php/>.
3. Goldie SJ, et al. Cost-effectiveness of cervical-cancer screening in five developing countries. *N Engl J Med* 2005; 353(20): 2158–2168.
4. Ginsberg GM, Edejer TT, Lauer JA, Sepulveda C. Screening, prevention and treatment of cervical cancer—A global and regional generalized cost-effectiveness analysis. *Vaccine* 2009; 27(43): 6060–6079. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.07.026.
5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง. [ออนไลน์]. 2555. เข้าถึงเมื่อ [19 พฤศจิกายน 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MTY0MA/>.
6. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. มะเร็ง. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. บทสรุปผู้บริหาร การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ.2558 (ระดับเขตสุขภาพ). [ออนไลน์]. 2558. เข้าถึงเมื่อ [11 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/info/brfss/บทสรุปผู้บริหาร.pdf>.
8. กลุ่มรายงานมาตรฐานการคัดกรอง. อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก. [ออนไลน์]. 2559. เข้าถึงเมื่อ [11 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php.source>.
9. อานันตยา พรหมรังกา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2552.
10. ศิริลักษณ์ วรไวย์ และคณะ. ผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30–60 ปี ตำบลกุดไผ่จ้อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2557; 23(5): 832-841.

11. Rosenstock IM. The Health belief model and prevention health behavior. Health Education Monographs 1974; 2(4): 355-385.
12. สุปรียา ตันสกุล. ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ยุทธินทรการพิมพ์; 2548.
13. Fleiss JL and Levin B. Sample size determination in studies with matched pairs. J. Clin. Epidemiol 1988; 41: 727-730.
14. รจเรช ธรรมกร่าง, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง. Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University 2557; 1(5): 19-29.
15. อรุณ จิรวินน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2552.
16. ชัชฎาพร รัตนवार และคณะ. ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด. วารสารสุขศึกษา 2552; 31(109): 66-76.
17. สักร ฉิมมาลา. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอนองแคะ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2552.
18. อภิญญา บุญถูก. การประยุกต์ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอคำชะโนด จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.
19. รุ่งอรุณ กามล, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช และศรีณญา บุญจุล. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขสตรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2559; 17 (2): 14-26.
20. เกษฎาพร สมสนุก จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ และจิราพร วรวงศ์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2558; 18(3): 142-153.
21. Catherine A, Heaney B, Israel A. Social networks and social support. In Karen G, Rimer BK. & Viswanath K. (Eds.), (4th ed.) Health behavior and health education: Theory, Research and Practice. San Francisco: Jossey-Bass; 2008