

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ในสตรี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี *

Factors Associated with Adherence to Cervical Cancer Screening
among Women in Songphenong District, Suphanburi Province *

สุนิสา จันทร์แสง, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) **

Sunisa Chansaeng, M.Sc. (Public Health) **

กรณี วัฒนสมบุญ, ป.ด. (ประชากรศาสตร์) ***

Paranee Vatanasomboon, Ph.D. (Demography) ***

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, ป.ด. (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) ****

Lakkana Termsirikulchai, Ph.D. (Medical and Health Social Sciences) ****

ณัฐกมล ชานูสาธิตพร, วท.ด. (ชีวสถิติ) ****

Nutkamol Chansatitporn, Sc.D. (Biostatistics) ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 12 แห่ง ในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดเลือกโดยการสุ่ม จำนวน 455 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูล การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.60 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรส ($\chi^2 = 11.251, p < .01$) การคลอดบุตร ($\chi^2 = 3.134, p < .05$) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ($\chi^2 = 6.649, p < .05$) และการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี ($\chi^2 = 13.641, p < .001$ and $\chi^2 = 6.043, p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** มหบัณฑิตสาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก (ผู้รับผิดชอบหลัก)

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรดำเนินการเพื่อส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นการจัดบริการที่เอื้อในการตรวจคัดกรองที่ตรงกับความต้องการ และสื่อสารยังกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรใช้เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และบุคคลในครอบครัว/สามี ในการสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายรับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine factors associated with the adherence to cervical cancer screening among women in Songphenong District, Suphanburi Province. The 455 women aged 30-60 years, which were the target group for cervical cancer screening, in 12 selected responsible Subdistrict Health Promoting Hospitals, were randomly selected. The research tools were composed of a structured interview questionnaire and the screening records of cervical cancer cases. Data were collected from June 1, to July 31, 2013. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and Chi-square test.

The results showed that only 33.60% of target women adhered to obtain cervical cancer screening. Adherence to cervical cancer screening was significantly associated with the study factors including marital status ($\chi^2 = 11.251, p < .01$), delivery history ($\chi^2 = 3.134, p < .05$), perceived barriers to screening adherence ($\chi^2 = 6.649, p < .05$), and receiving social support from peers and family members/spouse ($\chi^2 = 13.641, p < .001$ and $\chi^2 = 6.043, p < .01$, respectively). The other factors were not associated with screening adherence. The other factors were not associated with screening adherence.

This study suggested that regular cervical cancer screening among women should be promoted continuously. A screening service should be designed to reduce women's perceived barriers. Also, peers and family members/spouse should be considered as key persons to encourage the target women to seek regular cervical cancer screening.

Keywords : Adherence, Cervical cancer screening

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับ 2 ของการเกิดโรคมะเร็งในผู้หญิงไทย โดยพบมากที่สุดในกลุ่มผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 45-50 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) จากสถิติปี 2552-2554 พบว่ามีคนไทยป่วยเป็นโรคมะเร็ง 119,065 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยเป็นมะเร็ง

ปากมดลูก 19,011 ราย โดยในแต่ละปีจะมีผู้หญิงไทยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 8,000 คน ซึ่งในแต่ละวันจะมีผู้หญิงไทยเสียชีวิตด้วยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ย 7 ราย และพบผู้เสียชีวิตมากที่สุดในพื้นที่ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคเหนือ หากยังไม่มี การป้องกันที่ดีพอ เชื่อว่าอัตราการเกิดมะเร็งชนิดนี้และการเสียชีวิตจะ

เพิ่มขึ้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2550) และสถาบันมะเร็งแห่งชาติคาดว่าในอีก 5 ปีข้างหน้า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นกว่าเดิม โดยมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวน 21,526 คน และจะมีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 17 คน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554)

แนวทางป้องกันมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญคือการคัดกรองมะเร็งในระยะเริ่มแรก โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกวิธีหนึ่งคือ การตรวจทางเซลล์วิทยาด้วยวิธีแป็บสเมียร์ (Pap smear) ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยค้นพบโรคได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาได้ผลดี การพยากรณ์โรคหลังการรักษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 มีอัตราการรอดชีพ 5 ปี ร้อยละ 88-92 มากกว่าผู้ป่วยระยะที่ 2, 3 และ 4 ซึ่งพบร้อยละ 60-65, 30-35, และ 12-15 ตามลำดับ (Benedet & Murphy, 1985) การตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องยังช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกด้วยในผู้หญิงอายุ 35-64 ปี พบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ทุก ๆ ปี อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะลดลงร้อยละ 95 การตรวจ 1 ครั้ง ทุก 2 ปี จะลดลงร้อยละ 93 และการตรวจ 1 ครั้ง ทุก 3 ปี จะลดลงร้อยละ 91 แต่หากทำทุก 5 ปี จะลดลงได้เพียงร้อยละ 84 (World Health Organization, 2010) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการตรวจทุก 1 ปี ถึงทุก 3 ปี สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคได้มากกว่าร้อยละ 90 ด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงมีนโยบายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแป็บสเมียร์ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 โดยดำเนินการตรวจคัดกรองในสตรีอายุ 30, 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ในปี พ.ศ. นั้นๆ เพื่อลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี หรือให้ลดลงร้อยละ 10 ในแต่ละปี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2552) และหลังจากนั้น นโยบายได้มีการเปลี่ยนแปลงโดยใช้ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2557 ครอบคลุม 5 ปี โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ในปีนั้นๆ ซึ่งในแต่ละปีจะต้องเป็นรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. นั้น โดยมีผู้เข้ารับบริการปีละ

2.60 ล้านคน เพื่อให้สามารถตรวจพบการเกิดโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งจะง่ายต่อการรักษาให้หายขาด ทั้งนี้ได้ตั้งเป้าหมายว่าในแต่ละปีจะสามารถลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 20 โดยตรวจคัดกรองให้ได้ถึง 13 ล้านคน ภายในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งคาดว่าจะสามารถลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกที่มีปีละ 6,000 คน ให้เหลือประมาณ 3-4 พันคน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการสำรวจที่ผ่านมาในระดับประเทศ พบว่ามีความครอบคลุมร้อยละ 69.20 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) ในระดับพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่ามีความครอบคลุมร้อยละ 75 ส่วนผลการตรวจคัดกรองในเขตพื้นที่อำเภอสองพี่น้อง มีความครอบคลุมร้อยละ 83.87 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายคือ ร้อยละ 65 (ฝ่ายพัฒนางานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2553)

อย่างไรก็ตาม ในเรื่องความต่อเนื่องหรือการเข้ารับการตรวจคัดกรองซ้ำตามระยะเวลาที่เจ้าหน้าที่แนะนำของกลุ่มเป้าหมายนั้น ยังไม่มีการศึกษาว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาที่ผ่านมาถึงปัจจุบัน ยังไม่พบการศึกษาเรื่องการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีไทย ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายและศึกษากลวิธีการดำเนินงานเพื่อให้ได้ผลงานตามเป้าหมายนั้น เช่น ใช้แกนนำสตรีพร้อมกับแบบคู่มือในการดำเนินงานเพื่อชักชวน โน้มน้าวใจในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย ปัจจุบัน สตรีกลุ่มเป้าหมายมีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ค่อนข้างสูง แต่อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกก็ยังสูงตามไปด้วย (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) เนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องว่าสามารถลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

จากการศึกษานำร่องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีส่วนใหญ่ พบว่ามีความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ การศึกษา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของบุคคลตามกรอบแนวคิด PRECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 1991) ซึ่งเป็นกรอบในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพนั้น ในขั้นตอนที่ 4 การวินิจฉัยด้านการศึกษาและองค์ประกอบอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปัจจัย 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคลหรือปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในบุคคลในการกระทำพฤติกรรม เช่น ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อ 2) ปัจจัยเอื้อ ซึ่งเป็นปัจจัยด้านทรัพยากรที่จำเป็นของบุคคล ชุมชน ที่เอื้อให้เกิดการกระทำพฤติกรรม เช่น ทรัพยากรทางสุขภาพ การเข้าถึงทรัพยากร ทักษะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ และนโยบาย และ 3) ปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือยับยั้งการกระทำพฤติกรรมของบุคคล เช่น ครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ผู้นำชุมชน หัวหน้างาน ทั้งนี้ การวิจัยครั้งนี้ได้นำกรอบแนวคิดดังกล่าวมาเป็นกรอบในการกำหนดปัจจัยที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำปัจจัยตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่แนะนำ รวมทั้งปัจจัยเรื่องความรู้ มาเป็นปัจจัยนำในการวิจัยครั้งนี้ และนำปัจจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มาศึกษาในกลุ่มปัจจัยเสริม ซึ่งผลการวิจัยสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดแผนการส่งเสริมสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุ 30-60 ปี ให้มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม) กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานการวิจัย

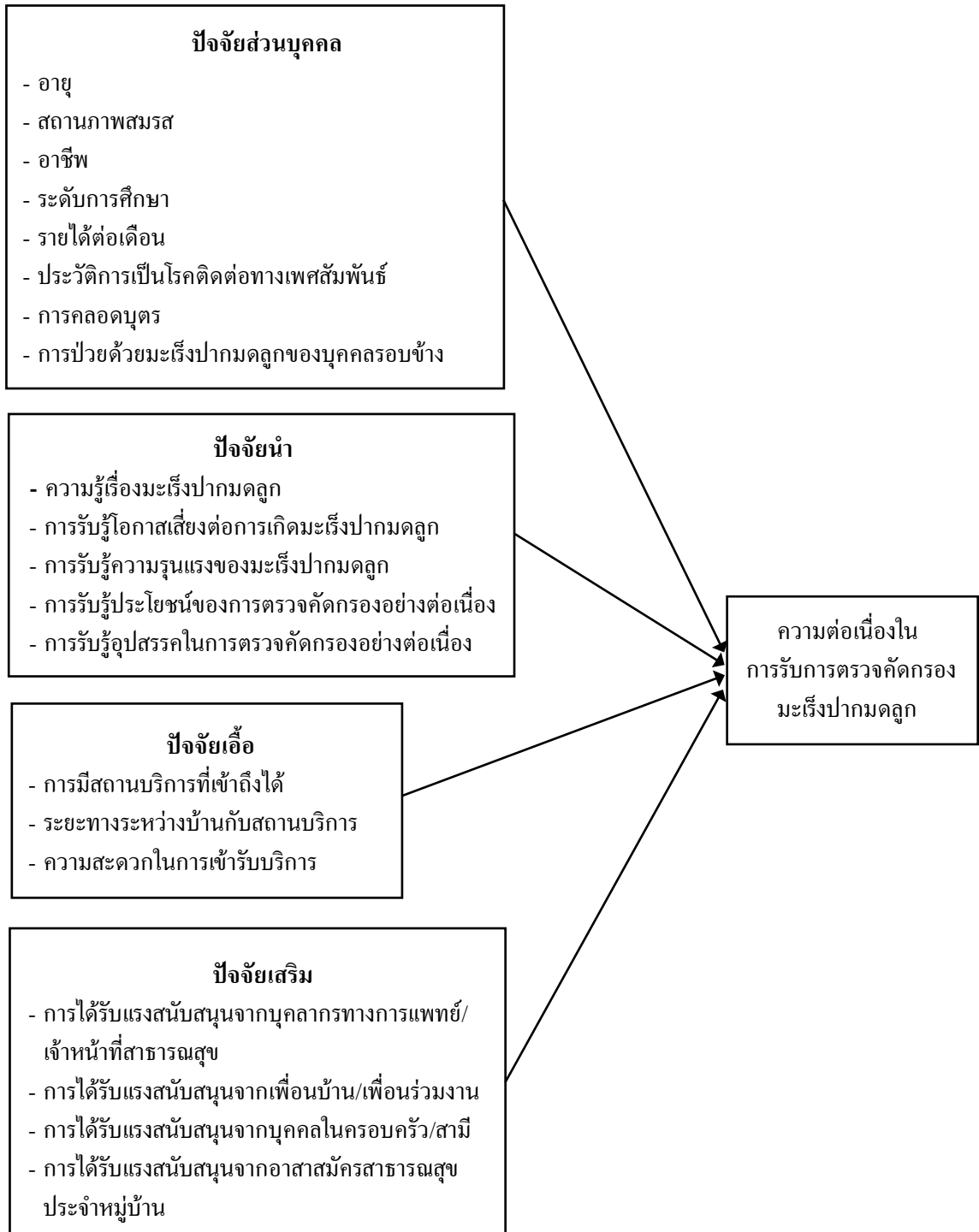
1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดบุตร และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง และการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

4. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามี และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาชนิดการศึกษาสหสัมพันธ์ (descriptive correlational research) โดยงานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายตามบัญชีรายชื่อ อายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2552 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรแบบประมาณค่าสัดส่วน (รั้วชัยวรพงษ์, 2543) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 455 คน เลือกตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้ 1) เลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนครึ่งหนึ่งจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในแต่ละขนาดของจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ซึ่งใช้การจับสลาก ได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีสตรีกลุ่มเป้าหมายมากกว่า 1,000 คน จำนวน 6 แห่ง และที่มีสตรีกลุ่มเป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1,000 คน จำนวน 6 แห่ง 2) กำหนดขนาดตัวอย่างที่ต้องการของแต่ละโรงพยาบาล ตามสัดส่วนประชากรในบัญชีรายชื่อ จากนั้นเลือกสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละโรงพยาบาล โดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ กรณีที่ไม่พบกลุ่มตัวอย่าง หรือกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในพื้นที่ในวันเก็บรวบรวมข้อมูล และไม่สามารถติดตามสัมภาษณ์ได้ จะใช้บัญชีรายชื่อในตัวเลขถัดไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับสตรีกลุ่มเป้าหมายตามบัญชีรายชื่อที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ 2552 อายุ 30-60 ปี ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษารายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การคลอดบุตร และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ มีดังนี้

2.1 ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก

จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า ถูก ผิด หรือ ไม่ทราบ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่าถูก จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าผิดหรือไม่ทราบ จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับต่ำ (0-9 คะแนน) มีความรู้ในระดับปานกลาง (10-13 คะแนน) และมีความรู้ในระดับสูง (14-19 คะแนน)

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบ

ด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูง (23-30 คะแนน) 2) การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้ความรุนแรงในระดับสูง (23-30 คะแนน) 3) การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ (5-15 คะแนน) มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับปานกลาง (16-19 คะแนน) และมีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูง (20-25 คะแนน) และ 4) การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จำนวน 6 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ (6-18 คะแนน) มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลาง (19-22 คะแนน) และมีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูง (23-30 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ ประกอบด้วยการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ จำนวนทั้งสิ้น 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (เช่น การให้คำแนะนำ ข้อมูล และการช่วยเหลือต่างๆ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง) ประกอบด้วย การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล 4 กลุ่ม ได้แก่ จากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ จากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน จำนวน 3 ข้อ จากบุคคลในครอบครัว/สามี จำนวน 3 ข้อ และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบว่า ได้รับ หรือ ไม่ได้รับ เกณฑ์ในการให้คะแนนคือ ถ้าตอบว่าได้รับ จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าไม่ได้รับ จะได้ 0 คะแนน ส่วนเกณฑ์ในการแปลผลคะแนนนั้น การได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-3.40) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (3.50-5.00) การได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามี แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-1.90) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (2.00-3.00) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งออกเป็นการได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (0-2.90) และการได้รับแรงสนับสนุนในระดับสูง (3.00-4.00)

ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงปีงบประมาณ 2552-2556 จากฐานข้อมูลโปรแกรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ซึ่งความต่อเนื่อง

ในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในการวิจัยครั้งนี้คือ มีการตรวจเป็นสมัยซ้ำตามช่วงระยะเวลาที่แนะนำคือ ทุกปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2554) และทุก 2 ปี (American Cancer Society, 2006) ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 (เดือนตุลาคม 2552 ถึงเดือนกันยายน 2556)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับสตรีอายุ 30-60 ปี อาศัยสองพี่น้อง ที่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .83 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .73 การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ .81 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเท่ากับ .89 การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องเท่ากับ .72 และการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่จากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน จากคนในครอบครัว/สามี และจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เท่ากับ .81, .81, .84 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประชุมสี่แฉงรายละเอียด ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติในการสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งประกอบด้วยอาจารย์และนักศึกษายาบาลชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี และนักวิชาการสาธารณสุข รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 คน จากนั้นผู้ช่วยผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ดำเนินการพินิจสิทธิ์ โดยชี้แจงถึงสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและสิทธิ์ที่จะถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม เมื่อตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นดำเนินการสัมภาษณ์ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเวลา 08:00-18:00 น.

โดยใช้เวลาคนละ 10-15 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 45.06 ปี ($SD = 7.94$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 74.50 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.70 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 62.60 มีรายได้ต่อเดือน 5,001-10,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.20 ไม่มีประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 87.30 เคยคลอดบุตร คิดเป็นร้อยละ 84 และบุคคลรอบข้างไม่มีการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 96.90

2. ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง

รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 33.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสถานภาพสมรสและการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 11.251, p < .01$ และ $\chi^2 = 3.134, p < .05$ ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสคู่ และม่าย/หย่า/แยก (ร้อยละ 37.80 และ 25.80 ตามลำดับ) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 16.70) และกลุ่มตัวอย่างที่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 35.30) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยคลอดบุตร (ร้อยละ 24.70) ส่วนอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 455)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)					
30-40	141 (31.00)	93 (66.00)	48 (34.00)	1.813	.404
41-50	193 (42.40)	123 (63.70)	70 (36.30)		
51-60	121 (26.60)	86 (71.10)	35 (28.90)		
สถานภาพสมรส					
โสด	54 (11.90)	45 (83.30)	9 (16.70)	11.251	.004
คู่	339 (74.50)	211 (62.20)	128 (37.80)		
ม้าย/หย่า/แยก	62 (13.60)	46 (74.20)	16 (25.80)		
อาชีพ					
เกษตรกร	150 (32.90)	96 (64.00)	54 (36.00)	1.377	.502
รับจ้าง	158 (34.70)	103 (65.20)	55 (34.80)		
อื่นๆ (ค้าขาย งานบ้าน)	147 (32.30)	103 (70.10)	44 (29.90)		
ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	294 (64.60)	187 (63.60)	107 (36.40)	3.324	.190
มัธยมศึกษาและอนุปริญญา	125 (27.70)	91 (72.80)	34 (27.20)		
สูงกว่าอนุปริญญา	36 (7.70)	24 (66.70)	12 (33.30)		
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
น้อยกว่า 5,000	110 (24.20)	81 (73.60)	29 (26.40)	3.429	.064
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000	345 (75.80)	221 (64.10)	124 (35.90)		
ประวัติการเป็นโรคติดต่อ					
ทางเพศสัมพันธ์					
มี	58 (12.70)	42 (72.40)	16 (27.60)	1.087	.186 ^a
ไม่มี	397 (87.30)	260 (65.50)	137 (34.50)		
การคลอดบุตร					
เคย	382 (84.00)	47 (64.70)	135 (35.30)	3.134	.049
ไม่เคย	73 (16.00)	55 (75.30)	18 (24.70)		
การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของ					
บุคคลรอบข้าง					
มี	14 (3.10)	8 (57.10)	6 (42.90)	1.240	.137
ไม่มี	441 (96.90)	294 (66.70)	147 (33.30)		

^a p-value จากสถิติ Fisher's exact test

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 6.649$, $p < .05$) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องในระดับต่ำ (ร้อยละ 38.90) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง

ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 27.50 และ 27.30 ตามลำดับ) ส่วนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง (n = 455)

ปัจจัยนำ	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	74 (16.30)	54 (73.00)	20 (27.00)	1.835	.399
ระดับปานกลาง	242 (53.20)	159 (65.70)	83 (34.30)		
ระดับสูง	139 (30.50)	89 (64.00)	50 (36.00)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	34 (7.50)	20 (58.80)	14 (41.20)	.967	.617
ระดับปานกลาง	252 (55.40)	168 (66.70)	84 (33.30)		
ระดับสูง	169 (37.10)	114 (67.50)	55 (32.50)		
การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก					
ระดับต่ำ	51 (11.20)	37 (72.50)	14 (27.50)	1.041	.594
ระดับปานกลาง	90 (19.80)	60 (66.70)	30 (33.30)		
ระดับสูง	314 (69.00)	205 (65.30)	109 (34.70)		
การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง					
ระดับต่ำและระดับปานกลาง	51 (11.20)	37 (72.50)	14 (27.50)	.981	.204
ระดับสูง	404 (88.80)	265 (65.60)	139 (34.40)		
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง					
ระดับต่ำ	247 (54.40)	151 (61.10)	96 (38.90)	6.649	.036
ระดับปานกลาง	99 (21.70)	72 (72.50)	27 (27.50)		
ระดับสูง	109 (23.90)	79 (72.70)	30 (27.30)		

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ

ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเกี่ยวกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 455$)

ปัจจัยเอื้อ	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การมีสถานบริการที่เข้าถึงได้					
มี	455 (100.00)	302 (66.40)	153 (33.60)	---	---
ไม่มี	- (-)	- (-)	- (-)		
ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ					
น้อยกว่า 5 กม.	368 (80.90)	244 (66.30)	124 (33.70)	1.373	.503
5-10 กม.	62 (13.60)	39 (62.90)	23 (37.10)		
มากกว่า 10 กม.	25 (5.50)	19 (76.00)	6 (24.00)		
ความสะดวกในการเข้ารับบริการ					
สะดวก	450 (98.90)	299 (66.40)	151 (33.60)	.092	.546 ^a
ไม่สะดวก	5 (1.10)	3 (60.00)	2 (40.00)		

^a p-value จากสถิติ Fisher's exact test

--- ไม่ได้ทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากมี cell ที่มีจำนวนตัวอย่างเป็นศูนย์

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 13.641$, $p < .001$ และ $\chi^2 = 6.043$, $p < .01$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงานในระดับสูง (ร้อยละ 37.40) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ

(ร้อยละ 16) และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว/สามีในระดับสูง (ร้อยละ 35.50) มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนในระดับต่ำ (ร้อยละ 17.40) ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสริมกับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 455$)

ปัจจัยเสริม	ความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรอง			χ^2	p
	รวม	ไม่ต่อเนื่อง	ต่อเนื่อง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก บุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข					
ระดับต่ำ	7 (1.50)	5 (71.40)	2 (28.60)	3.602	.055 ^a
ระดับสูง	448 (98.50)	295 (65.80)	153 (34.20)		
การได้รับแรงสนับสนุน เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน					
ระดับต่ำ	81 (17.80)	68 (84.00)	13 (16.00)	13.641	< .001 ^a
ระดับสูง	374 (82.20)	234 (62.60)	140 (37.40)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก บุคคลในครอบครัว/สามี					
ระดับต่ำ	36 (7.90)	38 (82.60)	8 (17.40)	6.043	.009 ^a
ระดับสูง	419 (92.10)	264 (64.50)	145 (35.50)		
การได้รับแรงสนับสนุนจาก อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน					
ระดับต่ำ	15 (3.30)	12 (80.00)	3 (20.00)	1.656	.198 ^a
ระดับสูง	440 (96.70)	290 (65.90)	150 (34.10)		

^a p-value จากสถิติ Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

การศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ พบว่าน้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา (ร้อยละ 33.60) ซึ่งยังมีอยู่ถึงประมาณสองในสามที่ยังตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง การตรวจคัดกรองต่อเนื่องที่พบนี้ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ เช่น การศึกษาของ Lee, Seow, Ling, and Peng (2002) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวสิงคโปร์อายุ 30-59 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

ซึ่งพบร้อยละ 42 และการศึกษาของ Juon, Seung-Lee, and Klassen (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีเชื้อสายเกาหลี-อเมริกัน อายุ 40-65 ปี ที่พบร้อยละ 39 ซึ่งทั้งสองการศึกษาใช้นิยามที่แตกต่างจากในการวิจัยครั้งนี้ โดยในการศึกษาแรกให้นิยามว่าเป็นการตรวจอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 ปี และการศึกษาหลังให้นิยามว่าเป็นการตรวจทุกปี 3 ครั้ง ติดต่อกัน และทุก 3 ปี ถ้าผลการตรวจปกติ

ผลการวิจัยพบว่าความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับกลุ่มปัจจัยตามกรอบ PRECEDE-PROCEED Model บางปัจจัย

โดยปัจจัยส่วนบุคคล 2 ปัจจัย คือ สถานภาพสมรสและการคลอดบุตร พบว่ามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2002) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องของสตรีวัยคนานที่อาศัยอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าสถานภาพสมรสและการคลอดบุตรมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนปัจจัยด้านอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกของบุคคลรอบข้าง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee et al. (2002) ที่พบว่าอายุและเพศมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Martin-Lopez, Hernandez-Barrera, de Andres, Carrasco-Garrido, de Miguel, and Jimenez-Garcia (2012) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในประเทศสเปน (ช่วงปี ค.ศ. 2003-2009) และปัจจัยทำนายการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่พบว่าสตรีเชื้อสายเกาหลี่-อเมริกัน อายุ 40-65 ปี ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยในส่วนปัจจัยนำ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น ความกลัวในการเจ็บปวด ไม่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสตรีวัยคนานเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถลด

ความเสี่ยงในการเกิดโรคได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่องในระดับต่ำ มีการตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่า ทั้งนี้ ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำจะเกิดเมื่อบุคคลประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้น ก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ และเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขารับรู้ว่าจะให้ประโยชน์ต่อเขา มากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ส่วนปัจจัยเรื่องความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพื้นที่ที่ศึกษาในครั้งนี้มีการณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อเนื่องมาระยะหนึ่ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการตรวจคัดกรองที่นำไปสู่ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และประโยชน์ในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Fernández-Esquer, Espinoza, Ramirez, and McAlister (2003) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านคุณลักษณะประชากรและปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่ส่งผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซ้ำในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยชาวเม็กซิกัน-อเมริกันที่อาศัยในชุมชนชนบทของรัฐเท็กซัส พบว่าสตรีชาวเม็กซิกัน-อเมริกันจะไปตรวจสุขภาพประจำปีเนื่องจากแพทย์แนะนำให้ต้องตรวจแป็บสเมียร์สม่ำเสมอทุก ๆ ปี ดังนั้น สตรีจึงไปตรวจคัดกรองต่อเนื่องมากกว่าสตรีที่มีความเชื่อในเรื่องความกลัว ความเจ็บปวด หรือความเชื่อที่ว่าสตรีที่หมดประจำเดือนมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่ไม่เคยพบแพทย์ ทำให้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson, Moser,

Gaffey, and Waldron (2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวอเมริกันมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีชาวอเมริกันอายุ 25-64 ปีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เรื่องผู้หญิงที่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก วิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก็จะมีผลต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สูงขึ้นตามระดับความรู้ แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่อธิบายว่ากลุ่มสตรีที่มีความรู้เกี่ยวกับแนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องเป็นปัจจัยซึ่งที่สำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ นอกจากนี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson et al. (2009) ที่พบว่าความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากสตรีชาวอเมริกันที่มีความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก จะมีการยึดมั่นในแบบแผนและคำแนะนำของแพทย์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ

ส่วนผลการวิจัยในส่วนปัจจัยเอื้อ พบว่าการมีสถานบริการที่เข้าถึงได้ ระยะทางระหว่างบ้านกับสถานบริการ และความสะดวกในการเข้ารับบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดบริการตรวจคัดกรองในพื้นที่ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเคยใช้บริการสุขภาพในเรื่องอื่นๆ อยู่แล้ว จึงทำให้มีความเห็นในเรื่องการเข้าถึงบริการไม่แตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) ที่พบว่าการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

สำหรับผลการวิจัยในส่วนปัจจัยเสริม พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน และจากบุคคลในครอบครัว/สามี มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องใน

การรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากบุคคลในครอบครัว เช่น สามี บุตร และเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจคัดกรองเป็นประจำ โดยการกระตุ้นเตือน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกำหนดการตรวจ และสนับสนุนช่วยเหลือให้เกิดการตรวจคัดกรองตามกำหนดระยะเวลาที่แนะนำ เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยมีคำแนะนำ ช่วยเหลือ และกระตุ้นเตือน ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากบุคลากรทางการแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างมีความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Juon et al. (2003) และการศึกษาของ Taylor et al. (2004) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะถ้ากลุ่มสตรีได้รับคำแนะนำจากแพทย์ จะมีความเชื่อถือและยึดมั่นในแนวทางการปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ โดยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากเจ้าหน้าที่และผู้ช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองทำหน้าที่ในการให้ข้อมูลและช่วยเหลือในการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จึงทำให้การได้รับการสนับสนุนไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ตรวจคัดกรองต่อเนื่องกับกลุ่มที่ตรวจคัดกรองไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรดำเนินการสื่อสารโดยให้การศึกษาและสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องในสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นกลุ่มคนที่ยังไม่แต่งงาน และเน้นเนื้อหาที่ลดการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะข้อมูลด้านบริการที่ได้รับการปรับปรุงเพื่อลดอุปสรรคในการตัดสินใจตรวจคัดกรอง

1.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำบุคลากรในครอบครัว/สามี และเพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน สามีมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้นเตือนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกำหนดการตรวจ และการสนับสนุนช่วยเหลือในการเข้ารับการตรวจคัดกรองตามกำหนดเวลาที่แนะนำ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาความต่อเนื่องในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่นๆ และเปรียบเทียบกับผลการวิจัยครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอสองพี่น้อง และสตรีกลุ่มเป้าหมายในอำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงผู้ช่วยผู้วิจัยและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2554). มะเร็งปากมดลูก. ใน *เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง ร่วมต่อสู้ “มะเร็งปากมดลูก” ภัยร้ายที่ป้องกันได้*. วันที่ 15 กรกฎาคม 2554 ณ โรงแรมริมนอนด์ จังหวัดนนทบุรี.
รัชชัย วรพงศธร. (2543). *หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฝ่ายพัฒนางานยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2553). *แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ประจำปีงบประมาณ 2553*. สุพรรณบุรี: ผู้แต่ง.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2550). *แนวทางการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). *แนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2554). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแป็บสเมียร์* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2552). *แผนการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2552*. สำนักแผนและประเมินผล กลุ่มภารกิจยุทธศาสตร์และประเมินผล สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *คู่มือการดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: เดอะกราวฟิโกซิสเต็มส์.

American Cancer Society. (2006). *Global cancer facts and figures 2006*. Retrieved March 12, 2012, from <http://www.cancerres.aacrjournals.org/content/52/24/6735.short>
Benedet, J. L., & Murphy, K. J. (1985). Cervical cancer screening. Who needs a Pap test? How often?. *Postgraduate Medicine*, 78(8), 69-71, 74-76, 78-79.

Fernández-Esquer, M. E., Espinoza, P., Ramirez, A. G., & McAlister, A. L. (2003). Repeated Pap smear screening among Mexican-American women. *Health Education Research*, 18(4), 477-487.

- Green, L. W., Kreuter, M. W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental Approach* (2nd ed.). Mountain View, CA: Mayfield.
- Juon, H.-S., Seung-Lee, C., & Klassen, A. C. (2003). Predictors of regular Pap smears among Korean-American women. *Preventive Medicine*, 37(6), 585-592.
- Lee, J., Seow, A., Ling, S. L., & Peng, L. H. (2002). Improving adherence to regular Pap smear screening among Asian women: A population-based study in Singapore. *Health Education & Behavior*, 29(2), 207-218.
- Martin-Lopez, R., Hernandez-Barrera, V., de Andres, A. L., Carrasco-Garrido, P., de Miguel, A. G., & Jimenez-Garcia, R. (2012). Trend in cervical cancer screening in Spain (2003-2009) and predictors of adherence. *European Journal of Cancer Prevention*, 21(1), 82-88. doi: 10.1097/CEJ.0b013e32834a7e46.
- Nelson, W., Moser, R. P., Gaffey, A., & Waldron, W. (2009). Adherence to cervical cancer screening guidelines for U.S. women aged 25-64: Data from the 2005 Health Information National Trends Survey (HINTS). *Journal of Women's Health*, 18(11), 1759-1768. doi: 10.1089/jwh.2009.1430.
- Rosenstock, I. M. (1974). *Historical origins of the health belief model*. In Becker, M. H. (Ed.). *The health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Charles & Slack.
- Taylor, V. M., et al. (2004). Pap testing adherence among Vietnamese American women. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 13(4), 613-619.
- World Health Organization. (2010). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice*. Retrieved February 20, 2013, from <http://www.canadiantaskforce.ca/guidelines/screening-for-cervical-cancer>