ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

Factors Effected to Cervical Cancer Screening Among Risk Group of Women in Nakhorn Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province

Corresponding author E-mail: jusmin.nok@gmail.com
(Received: May 27, 2019; Revised: June 30, 2020; Accepted: July 2, 2020)

มะลิ จารึก (Mali Jaruk) [1]

บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบมะเร็งระยะเริ่มต้นที่จะนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาโดยเร็ว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 219 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ Adjusted Odds Ratio (95% CI) และการวิเคราะห์ถอดถอยแบบไบ-นารี (Binary logistic regressions)

ผลการวิจัย พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 44.29 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองฯ ได้แก่ 1) อายุ ผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า (Adjusted Odds Ratio=1.067, *p<.009*) 2) สตรีที่เป็นโสด/ไม่ได้อยู่กับสามีมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าสตรีที่อยู่กินกับสามี ร้อยละ 65.70 (Adjusted Odds Ratio= .343, *p<.049*) 3) ผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132 เท่า (Adjusted Odds Ratio=1.132, *p <.010*), และ 4) ผู้ที่รับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 13.20 (Adjusted Odds Ratio = .868, *p<.013*)

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรอง, มะเร็งปากมดลูก, สตรีกลุ่มเสี่ยง

ABSTRACT

The cervical cancer screening can help to early detect cancer for early treatment. This research aimed to study the behaviors for cervical cancer screening and factors effected to cervical cancer screening among the risk groups women in Nakhon Chum, Nakhon Thai District, Phitsanulok Province. The 219 samples were self- administration questionnaires. The data were analyzed by using frequency, percentage, adjusted odds ratio (95% CI) and binary logistic regression analysis.

1 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
Faculty of Public health, Naresuan University

Results showed that: the samples had behaviors for cervical cancer screening 44.29%. Factors effected to cervical cancer screening were 1) age; increasing age had behavior for cervical cancer screening 1.067 times of the younger. (Adjusted Odds Ratio = 1.067, *p-value <.009*) 2) the single status and woman who no husband had receive cervical cancer screening less than marital status 65.70% (Adjusted Odds Ratio = .343, *p-value<.049*) 3) the samples who increased attitude score will have behavior for cervical cancer screening 1.132 times. (Adjusted Odds Ratio = 1.132, *p-value<.010*) and 4) the samples who had high perceived barriers score had behavior for cervical cancer screening less than 13.20%. (Adjusted Odds Ratio=.868, *p-value = .013*)

Keywords: Screening, Cervical cancer , Risk group

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 3 รองลงมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ(National Cancer Institute, 2015) สำหรับอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า ประเทศที่มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด คือ ประเทศคอมโบเดีย รองลงมา คือ ประเทศพม่าและประเทศฟิลิปินส์ มีอัตราอุบัติการณ์ 38.7 , 24.6 และ 20.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 5 มีอัตราอุบัติการณ์ 11.7 ต่อแสนประชากร (WHO, 2009) โดยในแต่ละปีจะมีหญิงไทยได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 9,000 รายต่อปี และเสียชีวิตร้อยละ 40-50 ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยประมาณ 350 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ ประชาชนส่วนใหญ่มักมารับบริการเมื่อโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะที่ 2-4 ซึ่งเป็นระยะที่มีความรุนแรง การรักษายากหรือรักษาไม่ได้ผล เนื่องจากอยู่ในระยะลุกลามหรือระยะสุดท้ายซึ่งการรักษาต้องใช้เครื่องมือราคาแพงและต้องใช้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัวและประเทศชาติได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้าทั้งผู้ดูแลและตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งตัวผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเอง สูญเสียความรู้สึกทางด้านร่างกายและจิตใจ (National Cancer Institute, 2013) การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุสำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อ Human Papilloma Virus: HPV ชนิดก่อมะเร็งหรือชนิดความเสี่ยงสูงบริเวณปากมดลูก ซึ่งเชื้อเอชพีวีมีอยู่ร้อยกว่าสายพันธุ์แต่ชนิดที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกมีประมาณ 15 สายพันธุ์ โดยสายพันธุ์ 16 และ 18 เป็นสาเหตุจำเพาะของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสามารถติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้ไม่ก่อโรคในผู้ชาย แต่เป็นพาหะนำโรคไปสู่คู่นอนต่อไป (National Cancer Institute, 2011)

ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของเขตบริการสุขภาพที่ 2 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุตรดิตถ์ พิษณุโลก ตาก สุโขทัย และเพชรบูรณ์ พบว่าผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายมีความครอบคลุมสะสม 5 ปี ร้อยละ 23.90, 30.00, 28.32, 33.93 และ 24.79 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยเขตบริการสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 28.02 (Health Data Center, 2016) ในจังหวัดพิษณุโลก เมื่อพิจารณาแยกรายอำเภอพบว่าอำเภอนครไทยมีความครอบคลุมสะสมร้อยละ 45.55 ในขณะที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก พบว่าสตรีอายุ 30-60 ปี มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างปีงบประมาณ 2555-2559 เพียงร้อยละ 20.95, 32.20, 18.74, 49.74, 45.31 ตามลำดับ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Phitsanulok Provincial Health Office, 2016) และถึงแม้ว่าผู้รับผิดชอบงานได้หากลยุทธ์หลายอย่างมาใช้เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการ ได้แก่ การสำรวจกลุ่มเป้าหมายและประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อบุคคล อสม. หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การส่งหนังสือเชิญรายบุคคล รวมทั้งมีการเชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลมาตรวจคัดกรองแทนเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในพื้นที่ การจัดหาของรางวัลในการสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการและมีการปรับเงินสำหรับคนที่ไม่มารับบริการ เป็นต้น แต่ก็ยังพบว่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

จากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกประจำปี การได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อสม. และการรับรู้ว่าคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวหรือญาติหรือคนรู้จักไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Kengganpanich, Ngamkhum & Kengganpanich, 2016) สถานภาพการสมรส, อาชีพ (Summutte & Pinitsoontorm, 2015) นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Rosenstock, 1974) กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีหากประเมินแล้วพบว่าพฤติกรรมนั้นๆมีประโยชน์หรือก่อให้เกิดผลดีในการลดโอกาสลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคโดยไม่มีอุปสรรคมาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น ประกอบด้วยปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและรักษาโรคและการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและรักษาโรค ต่อมา Becker & Maiman (1975) ได้นำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพมาพัฒนาโดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ (Cues to action) เนื่องจากเหตุการณ์หรือกิจกรรมที่กระตุ้นหรือช่องทางที่จะมีส่วนสนับสนุนให้มีการปฏิบัติ อาจเป็นสิ่งชักนำภายใน เช่น การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพของตน อาการผิดปกติ สิ่งชักนำภายนอก เช่น ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ที่ได้จากการรณรงค์ คำแนะนำจากบุคคลอื่นๆ แพทย์ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ อสม. บุคคลภายในครอบครัว สื่อมวลชนต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น (Phetphum, 2016) ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมหรือไม่แสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของ Becker & Maiman, (1975) เนื่องจากตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก มีผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่า

เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ ถึงแม้ว่าจะมีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว แต่ว่าพื้นที่ตำบลนครชุมเป็นพื้นที่ที่มีการคมนาคมลำบากและมีวัฒนธรรมเป็นคนไทยสมัยดั้งเดิมอาศัยอยู่ตั้งแต่สมัยก่อนสุโขทัยซึ่งมีบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยที่มีมาก่อนในพื้นที่อื่น (Kengganpanich, Ngamkhum & Kengganpanich, 2016) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก โดยคาดหวังให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนครไทยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนครชุมใช้เป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินการเพื่อการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนต่อไป

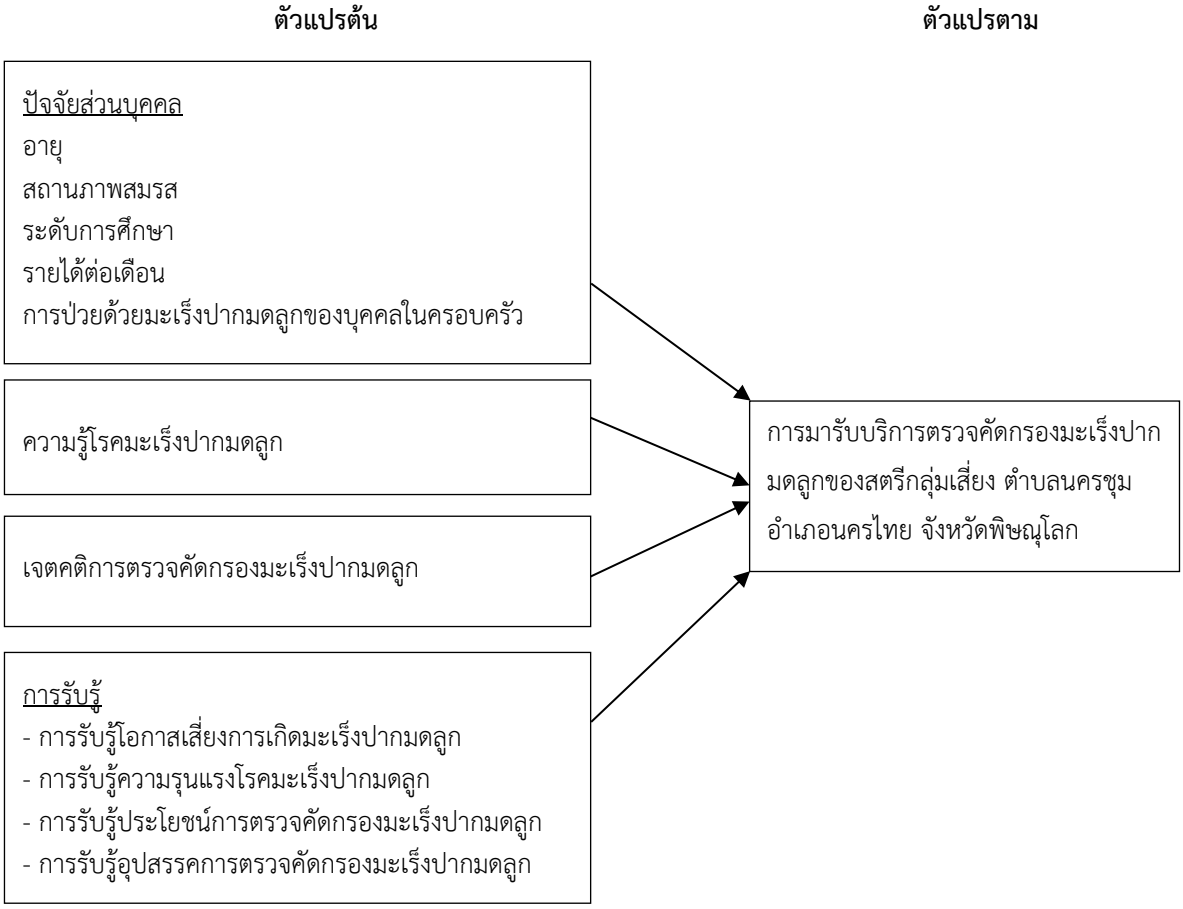
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง (สตรีอายุ 30-60 ปี) ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง (สตรีอายุ 30-60 ปี) ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก



ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) เพื่อศึกษาการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี (สตรีกลุ่มเสี่ยง) ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและผู้ที่ไม่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 610 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือการนำประชากรมาคำนวณหากลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วน (Wayne, 1995) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 219 คน จัดเรียงรายชื่อประชากรตามบ้านเลขที่ในแต่ละหมู่บ้านแล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (systematic random sampling) จนได้จำนวนตามที่คำนวณไว้

เกณฑ์การคัดเข้า (Include criteria)

1. เป็นสตรีอายุ 30 – 60 ปี
2. ผู้ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและผู้ที่ไม่มีรายชื่อในทะเบียนบ้านแต่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จริงในระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล
3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้ารับการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก (Exclude criteria)

1. ผู้ที่มีความประสงค์ขอถอนตัวหรือไม่ยินยอมให้ข้อมูลในขณะดำเนินการเก็บข้อมูล
2. ผู้ที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลกระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือนช่วงระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล
3. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งขณะดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ตัวเลือกตอบเป็นแบบถูกผิด โดยให้เลือกเพียง 1 คำตอบ จำนวน 12 ข้อ โดยแปรผลคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนความรู้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (1976) ดังนี้

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนระหว่างร้อยละ 61-79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 3 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คะแนน	ความหมายระดับเจตคติ
12.01 – 15.00	สูง
8.01 – 12.00	ปานกลาง
4.00 – 8.00	ต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดตัวเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว จำนวน 19 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 6 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 6 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ข้อ และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 3 ข้อ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านเนื้อหา จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน สูตินารีแพทย์ จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1 ท่าน ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามมีค่าเท่ากับ .85

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ใกล้เคียงตำบลนครชุม จำนวน 30 ราย มาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลการทดสอบแสดงความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ใช้สูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kruder-Richardson หรือ KR-20) มีค่าเท่ากับ .76 ผลการทดสอบแสดงความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนเจตคติการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ.730 ผลการทดสอบแสดงความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนการรับรู้โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Alpha coefficient) กำหนดค่าตั้งแต่ .70 (Walt, 2005) ซึ่งผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก .757 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก .815 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก .721 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก .730

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้นำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ IRB No. 1017/2560 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2560 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐานและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์

Binary logistic regressions วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุช่วง 50-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 43.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.60 การประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 70.30 ระดับการศึกษาเรียนจบชั้นประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.40 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวอยู่ในช่วงน้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 82.20 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 73.50 มีจำนวนคู่นอน 1 คน ร้อยละ 84.00 ประวัติการตั้งครรภ์ เคยตั้งครรภ์ ร้อยละ 96.30 มีการใช้การคุมกำเนิด ร้อยละ 90.00 และ ในกลุ่มคุมกำเนิดมีการใช้ยาเม็ดในการคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 67.60 มีระยะเวลาในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเฉลี่ย 11 ปี ไม่มีญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 92.70 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป

ปัจจัยส่วนบุคคล	รวม (n = 219)	
	จำนวน	**ร้อยละ**
อายุ (ปี)	($\bar{X}$ = 47, 53, SD = 7.70, Min = 30, Max = 60)	
30-39	34	15.50
40-49	90	41.10
50-60	95	43.40
สถานภาพสมรส		
โสด	7	3.20
สมรส	194	88.60
หมาย/หย่า/แยก	18	8.20
การประกอบอาชีพ		
แม่บ้าน	27	12.30
เกษตรกรรม	154	70.30
รับจ้าง	25	11.30
ค้าขาย	5	2.30
ข้าราชการ	7	3.20
อื่นๆ	1	0.50
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	1.40
ประถมศึกษา	152	69.40
มัธยมศึกษาขึ้นไป	19	8.70
อนุปริญญาขึ้นไป	4	1.80
รายได้ต่อเดือน ($\bar{X}$ = 4,736.51, SD = 6,760.16, Min = 500, Max = 50,000)		
0-5,000 บาท	180	82.20
5,001-10,000 บาท	20	9.10
10,001-15,000 บาท	8	3.70
15,001-20,000 บาท	4	1.80
20,001 บาท ขึ้นไป	7	3.20

ปัจจัยส่วนบุคคล	รวม (n = 219)	
	จำนวน	ร้อยละ
มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ ($\bar{X}$ = 19.43, SD = 6.21, Min = 14, Max = 35)		
ต่ำกว่า 20 ปี	161	73.50
20-30 ปี	37	16.90
30 ปีขึ้นไป	2	.90
ไม่ตอบ	19	8.60
จำนวนคู่นอน ($\bar{X}$ = 1.09, SD = 0.57, Min = 0, Max = 5)		
ไม่มี	1	.50
1 คน	184	84.00
มากกว่า 2 คน	23	10.50
ไม่ตอบ	11	5.00
ประวัติการตั้งครรภ์		
ไม่เคยตั้งครรภ์	8	3.70
ตั้งครรภ์	211	96.30
คลอดปกติ	211	96.30
ผ่าคลอด	14	6.30
แท้ง	41	18.70
ประวัติการใช้ยาคุมกำเนิด		
ไม่เคยใช้	22	10.00
เคยใช้	197	90.00
ประเภทการคุมกำเนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	148	67.60
ยาฉีดคุมกำเนิด	53	24.20
ยาฝังคุมกำเนิด	5	2.37
ถุงยางอนามัย	3	1.57
ห่วงอนามัย	9	4.10
ทำหมัน	41	18.70
บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก		
มี	16	7.30
ไม่มี	203	92.70

ส่วนที่ 2 เหตุผลการมา/ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาพบว่าเหตุผลของการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เหตุผลการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 93.80 เหตุจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือกลัวเป็นมะเร็ง ร้อยละ 39.89 และมีการรณรงค์ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 29.78 บุคคลช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อสม. ร้อยละ 41.57 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาล ร้อยละ 37.64 โดยได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 49.06 และแนะนำสถานที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ร้อยละ 40.88 ความถี่ในการไปรับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับ1 ปีต่อครั้ง ร้อยละ 88.70

เหตุผลที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะเห็นว่า 1) ไม่จำเป็นเพราะไม่มีอาการผิดปกติใด ร้อยละ 24.00 2) ไม่มีเวลาไปตรวจลำบากใจในเรื่องการหยุดงาน และ 3) ไม่ต้องวิตกกังวลระหว่างรอผลการตรวจ ร้อยละ 16.00 และ ร้อยละ 15.64

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.40 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 24.20 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับความรู้	(n = 219)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	$\bar{X}$ = 8.33, SD = 1.33	
ระดับสูง (คะแนนมากกว่า 10 คะแนน)	56	16.40
ระดับปานกลาง (คะแนน ระหว่าง 7.1-9 คะแนน)	130	59.40
ระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า 7 คะแนน)	53	24.20

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า ระดับความคิดเห็นด้านเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีระดับเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.20 รองลงมาเจตคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.30 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ระดับเจตคติ	(n = 219)	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	$\bar{X}$ = 8.76, SD = 3.50	
ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 12.01-15.00)	45	20.20
ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 8.01-12.00)	88	40.20
ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย ระหว่าง 4.00-8.00)	86	39.30

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.70 การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 83.60 การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.30 และการรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 56.60 รายละเอียดดัง แสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค

การรับรู้	ระดับการรับรู้	ผู้มารับบริการ(n = 219)	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงโรคมะเร็งปากมดลูก		($\bar{X}$ = 22.33, SD = .61)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 22.01-30.00)	79	36.10
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 14.01-22.00)	122	55.70
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 6.00-14.00)	18	8.20
การรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูก		($\bar{X}$ = 24.72, SD = 2.66)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง 22.01-30.00)	183	83.60
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 14.01-22.00)	36	16.40
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 6.00–14.00)	0	.00
การรับรู้ประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		($\bar{X}$ = 16.82, SD = 2.00)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง14.68-20.00)	51	23.30
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 9.34-14.67)	167	76.30
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 4.00–9.33)	1	.50
การรับรู้อุปสรรคการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		($\bar{X}$ = 8.92, SD = 2.92)	
	ระดับสูง (อยู่ระหว่าง12.01-15.00)	69	31.50
	ระดับปานกลาง (อยู่ระหว่าง 8.01-12.00)	124	56.60
	ระดับต่ำ (อยู่ระหว่าง 4.00-8.00)	26	11.90

ส่วนที่ 6 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง มี 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ผลปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธี Enter method

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	Odds Ratio /Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
อายุ	.065	.025	6.909	.009	1.067	1.017	1.120
สถานภาพสมรส	-1.069	.543	3.880	.049	.343	.118	.995
ระดับการศึกษา	.727	.428	2.882	.090	2.068	.894	4.787
รายได้	.000	.000	2.866	.090	1.000	1.000	1.000
บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก	-1.186	.613	3.738	.053	.305	.092	1.016
ความรู้	.042	.114	.139	.710	1.043	.834	1.305

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	Sig.	Odds Ratio /Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
						Lower	Upper
เจตคติ	.124	.048	6.676	.010	1.132	1.030	1.244
การรับรู้ความเสี่ยง	-.060	.052	1.341	.247	.942	.852	1.042
การรับรู้ความรุนแรง	.012	.067	.029	.864	1.012	.887	1.154
การรับรู้ประโยชน์	.142	.087	2.667	.102	1.153	.972	1.367
การรับรู้อุปสรรค	-.142	.057	6.189	.013	.868	.776	.970

Constant= -3.623, -2 Log likelihood=268.223[a] , Cox & Snell R Square = .138, Nagelkerke R Square= .185, percent correctly classified = 55.70%, Hosmer and Lemeshow Test χ^2=3.755, df = 8, p = .879

$p < .05$

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ระดับการศึกษา, รายได้, บุคคลในครอบครัวหรือญาติเคยเป็นมะเร็งปากมดลูก, ความรู้, การรับรู้ความเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาพบว่าอายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีอายุมากขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.067 เท่า อธิบายได้ว่าเมื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Donnell (2002) ที่ได้กล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคนั้น ๆ ก่อน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Han (2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สมรสแล้วในเขตเมือง มัณฑะเลย์ ประเทศพม่า พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*p ≤.001*) เนื่องจากอายุมากขึ้น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้มีโอกาสในการรับสารก่อมะเร็ง มีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุเพิ่มขึ้นเกิดการรับรู้ว่าตัวเองนั้นมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น จึงทำให้เข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพสมรสนั้น จากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามีจะมีโอกาสไม่มารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น .343 เท่าของผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามีจะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.70 อธิบายได้ว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด/ไม่ได้อยู่กินกับสามีไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส จะรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคน้อยเนื่องจากไม่ได้อยู่กินกับคู่สมรส การไม่มีเพศสัมพันธ์จึงมีความคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรค จึงส่งผลให้มารับบริการน้อยกว่าคนที่มีสถานภาพสมรสและอยู่กินกับสามี นอกจากนี้สตรีที่มีคู่สมรสยังได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สมรส หรือบุคคลในครอบครัวทำให้มารับบริการมากกว่าเพราะมีการรับรู้ว่าตนเองมีความ

เสี่ยงที่อาจจะเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ขวัญสุมาณา พิณราช และ วิไลวรรณ ผ่องแผ้ว (Phinarat & Phongpha, 2010) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในเขตตำบลหนองโสน อำเภอเลาขวัญ จังหวัดกาญจนบุรี โดยผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจาก สตรีที่มีสถานภาพสมรสมีความเกี่ยวข้องกับความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ทำให้มีโอกาสรับหรือสัมผัสกับสารก่อมะเร็ง และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อุไรวรรณ สัมมุตถี (Summutte & Pinitsoontorn, 2015) ที่ศึกษาความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลาภู พบว่า สถานภาพสมรส มีอิทธิพลต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

ปัจจัยด้านเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษาพบว่าเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่มีคะแนนเจตคติเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.132 เท่า เนื่องจากทัศนคติเป็นความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นสตรีกลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์ก็จะมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะส่งผลต่อพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานศึกษาของ จิราพร ศรีพิบูลย์บัติ (Sripiboonbat, 2011) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่า เจตคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเหตุนี้เองจึงอภิปรายได้ว่าหากบุคคลมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ดี รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองย่อมส่งผลให้บุคคลที่มีเจตคติที่ดีเหล่านั้นเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ มณฑา เก่งการพานิช และคณะ (Kengganpanich et al., 2016) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่าเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีได้

ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรค ซึ่งจากการศึกษาวิจัยพบว่าการรับรู้อุปสรรค มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ที่รับรู้อุปสรรคเพิ่มขึ้น 1 คะแนน จะมีโอกาสมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกลดลง ร้อยละ 13.20 สามารถอธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของสตรีกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลทำให้สตรีไม่สามารถมารับการตรวจคัดกรองหาโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอุปสรรค ได้แก่ ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด ความกลัว ไม่สะดวกใจเพราะอายเจ้าหน้าที่ที่รู้จักกัน ค่าใช้จ่ายในการตรวจ การเดินทาง และกลัวผลการตรวจออกมาว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาสำหรับตนเองหรือช่วงที่มีการให้บริการหรือรณรงค์ของเจ้าหน้าที่ตนเองไม่สามารถมารับบริการได้ ได้แก่ เป็นช่วงที่เป็นประจำเดือน เมื่อหายแล้วจะมาตรวจก็อายเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานหลักจากความสนิทสนมส่วนตัว หรือช่วงที่เจ้าหน้าที่เปิดตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ได้อยู่ในพื้นที่ทำให้ไม่

สะดวกในการเดินทางมารับบริการได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิภาวดี ศรีทอง (Srithong, 2010) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งจากผลการศึกษาปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคนี้เองหากบุคลากรผู้ทำหน้าที่ในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทราบถึงอุปสรรคต่างๆ และสามารถช่วยลดอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นได้ ย่อมส่งผลให้โอกาสการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น อันจะมีส่วนช่วยลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเพิ่มขึ้นได้นั่นเอง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาจะพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการมารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลนครชุม อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส เจตคติ และการรับรู้อุปสรรค ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้องควรสร้างทัศนคติที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยให้ข้อมูลกับสตรีกลุ่มเสี่ยงให้เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่ามีความสำคัญในเชิงป้องกันและรักษาให้หายขาดหากพบในระยะเริ่มแรก (Earlydetection) ที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม โดยอธิบายขั้นตอนการตรวจที่ไม่ยุ่งยากและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับเหตุผลการมารับ/ไม่รับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการจัดบริการที่เหมาะสมกับความต้องการ

References

Han, C. P. P. (2011). *Factors affecting intention to take Pap smear screening among married women in Mandalay Myanmar* (master's thesis). Bangkok, Chulalongkorn University.

Kengganpanich, M., Ngamkhum, S., & Kengganpanich. (2016). Factors predicting cervical cancer screening behavior among women in Ratchaburi province. *Journal of Public Health, 43*(2), 175-187. (in Thai).

Maiman, L. A., & Becker, M. H. (1975). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs, 2*(4), 336-353.

National Cancer Institute. (2011). *Annual Report 2011.* Nonthaburi: Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Office of the Veterans Organization Printing Office of the Royal Thai Navy. (in Thai).

National Cancer Institute. (2013). *Annual Report 2013.* Nonthaburi: Bureau of Non-communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Office of the Veterans Organization Printing Office of the Royal Thai Navy. (in Thai).

National Cancer Institute. (2015). *Annual Report 2015.* Nonthaburi: Bureau of Non-

communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health Office of the Veterans Organization Printing Office of the Royal Thai Navy. (in Thai).

O'Donnell, M. P. (2002). *Health promotion in the workplace* (3rd ed.). USA: Delmar.

Phetphum, C. (2016). *Health behaviors: Concepts, theories and applications.* Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai).

Phinarat, K., & Phongpha, W. (2010). *Study of factors related to the cervical cancer screening service for women aged 30-60 years, Nong Sano Subdistrict, Lao Khwan District, Kanchanaburi Province (Master's thesis).* Phitsanulok, Naresuan University. (in Thai).

Phitsanulok Provincial Health Office. (2016). *Annual Report 2016.* Phitsanulok: Phitsanulok Provincial Public Health Office. (in Thai).

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. In M. H. Becker (Ed.), *The health belief model and personal behavior* (pp. 27-59). New Jersey: Charles B. Slack.

Sripiboonbat, J. (2011). *Factors related to the use of cervical cancer screening services by women living in catchments area of primary care units* (Master's thesis). Bangkok, Mahidol University. (in Thai).

Srithong, W. (2010). *Health belief affection cervical cancer screening among women in Lampan subdistrict, Muang district, Kalasia province* (Master's thesis). Chonburi, Burapha University. (in Thai).

Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Walt, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.

World Health Organization. (2009). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice* (2nd ed.). Geneva: Manageri Guide Lines.