

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี

อำเภอสาเหล็ก จังหวัดพิจิตร

Factors affecting the utilization behaviors of cervical cancer screening services

for women aged 30 - 60 years in Saklek district Pichit province

อรทัย วิเชียรปุ่น¹, วุฒิชัย จริยา²

Orathai Wicheanpoon , Wutthichai Jariya

(Received: February 17,2020; Accepted: March 25,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาเหล็ก จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอสาเหล็ก จังหวัดพิจิตร จำนวน 150 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Binary Logistic Regressions

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 74 และพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ประวัติการมีบุตร การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดย การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (adjusted Odds Ratio = 4.49, 95% CI = 1.70-11.88) และประวัติการมีบุตร (adjusted Odds Ratio = 7.80, 95% CI = 2.21-27.59) สามารถพยากรณ์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้ร้อยละ 81.30

คำสำคัญ: พฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูก

ABSTRACT

The objectives of this study were to explore the utilization behaviors of cervical cancer screening services and to identify factors affecting the cervical cancer screening services for women aged 30 - 60 years in Saklek district Pichit province. Simple random sampling method was used to select the sample of 150 women who either utilizing the cervical screening test or never utilizing the cervical screening test. Data were collected by using questionnaires. Descriptive statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation. Binary Logistic Regression of inferential statistics was used to identify the factors affecting the cervical cancer screening services.

The results showed that most of the sample (74%) had utilized the cervical cancer screening services. The factors significantly associated with the utilization behaviors of cervical cancer screening services (p-value < 0.05) were the childbearing, perceived benefits of cervical cancer screening services, perceived barriers of cervical cancer screening services, expectations towards the cervical cancer screening services and receiving the advising support of cervical cancer screening services. Perceived barriers of cervical cancer screening services (adjusted Odds Ratio = 4.49, 95% CI = 1.70-11.88) and childbearing (adjusted Odds Ratio = 7.80, 95% CI = 2.21-27.59) could predict the utilization behaviors of cervical cancer screening services for women aged 30 - 60 years by 81.30 percent (p-value < 0.05)

Keywords: Utilization Behavior of Cervical Cancer Screening Service, Cervical Cancer

¹ นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของคนทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกพบว่าในปีพ.ศ. 2551 มีผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 12.7 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 7.6 ล้านคน คิดเป็น 13% จากสาเหตุของการเสียชีวิตของคนทั่วโลก โดยจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งพบมากกว่าการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียรวมกัน⁽⁸⁾ ซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดการณ์การในปี ค.ศ. 2030 จะมีผู้ป่วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 21.4 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตราว 13 ล้านคน และประมาณ 70% ของผู้เสียชีวิตจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางถึงต่ำ⁽⁸⁾ ซึ่งมะเร็งปากมดลูกถือเป็นปัญหาที่สำคัญของโลกและเป็นภาระด้านสุขภาพอย่างมากของประเทศที่กำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทย⁽²⁾

มะเร็งปากมดลูกจึงเป็นโรคร้ายแรงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้นของสตรี แต่ก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งวิธีที่ใช้กันแพร่หลายและมีค่าใช้จ่ายไม่สูงคือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีทางเซลล์วิทยา(Pap smear)⁽²⁾ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการควบคุมมะเร็งปากมดลูกในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติแผนที่ 10 (ปี พ.ศ.2550 – พ.ศ.2554) ไว้ว่าสตรีอายุ 30-60 ปี ร้อยละ 60 ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเกณฑ์เป้าหมายใหม่โดยเพิ่มเป็น สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยขอสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 – พ.ศ. 2562⁽¹⁰⁾ ซึ่งสอดคล้องกับตัวชี้วัดของสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรคือให้สตรีอายุ 30-60 ปี ร้อยละ 80 (ขอคัดกรองสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-พ.ศ.2562) เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการปฏิบัติที่สำคัญในการควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก การขับเคลื่อนชุมชน การให้ความรู้และการให้คำปรึกษา การฉีดวัคซีน

ป้องกันเชื้อเอชพีวี การคัดกรองและการรักษารอยโรคเป็นมะเร็งปากมดลูก การวินิจฉัยและรักษามะเร็งปากมดลูก และการดูแลแบบประคับประคอง⁽²⁾

โดยจากนโยบายข้างต้นกระทรวงสาธารณสุขจะเน้นการควบคุมป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเพื่อค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรกมากกว่าการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาโรคได้ ซึ่งจะทำให้สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถเข้ารับการรักษาได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพซึ่งเป็นผลดีต่อการรักษา โดยการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกต้องรักษาตามระยะของการป่วยและอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ซึ่งการตรวจพบมะเร็งตั้งแต่ระยะเริ่มแรก จะเพิ่มโอกาสในการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้มากขึ้น หรือในกรณีที่ไม่สามารถรักษาได้ แพทย์จะหาวิธีป้องกันไม่ให้มะเร็งลุกลามไปยังอวัยวะและระบบอื่นๆ ในร่างกายและบรรเทาอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคนี้ต่อไปได้ ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรคมะเร็งปากมดลูกนั้นหากเซลล์มะเร็งได้แพร่ลุกลามไปตามเนื้อเยื่อและอวัยวะต่างๆ ผู้ป่วยจะต้องเจ็บป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ความเจ็บปวด ภาวะมีเลือดออก ช่องคลอดมีกลิ่นไม่พึงประสงค์ การเกิดลิ้นเลือด การเกิดช่องทะลุระหว่างเนื้อเยื่ออวัยวะ และไตวาย ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานในการป่วยเป็นโรคมะเร็งยิ่งขึ้น⁽¹⁾

ในปี พ.ศ.2553-พ.ศ.2557 จังหวัดพิจิตรมีสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 68,645 คนมีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 46,967 คน ร้อยละ 68.42 และพบว่ามียอัตรารายเป็นมะเร็ง ปากมดลูก 180.6 ต่อแสนประชากร จังหวัดพิจิตรมีทั้งหมด 12 อำเภอ อำเภอที่มีสตรีอายุ 30-60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุด คือ อำเภอยางชุมน้อย ร้อยละ 89.73 รองลงมาคืออำเภอดงเจริญ ร้อยละ 85.97 และอำเภอที่มีสตรีอายุ 30-60 ปีมารับบริการน้อยที่สุดคืออำเภอยางชุมน้อย ร้อยละ 42.58 รองลงมาคืออำเภอบางมูลนากและอำเภอสากเหล็ก ร้อยละ 52 และ 59.39 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาข้อมูลแล้วอำเภอสาก

เหลืออยู่ในสามอันดับสุดท้ายของอำเภอที่มีจำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข(2556) ซึ่งได้กำหนดความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ตามที่ได้กำหนดไว้ในระหว่างปี พ.ศ.2553 ถึง พ.ศ. 2557 ที่เป้าหมายไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80⁽⁹⁾

ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ.2553-2557 พบสตรีอายุ 30-60 ปีจำนวน 4,576 คนได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 2,718 คนร้อยละ 59.39 พบว่ามีอัตราป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก 131.1 ต่อแสนประชากร⁽⁹⁾ โดยอำเภอสาทเหล็กมีทั้งหมด 5 ตำบล ตำบลที่มีสตรีอายุ 30-60 ปีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือตำบลท่าเยี่ยม จากข้อมูลการมารับบริการของสตรีอายุ 30-60 ปี ของตำบลสาทเหล็กเมื่อนำมาพิจารณาแล้วพบว่าตำบลที่ผ่านตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขมีเพียงตำบลคือตำบลท่าเยี่ยมเท่านั้น ส่วนตำบลวังทับไทร ตำบลสาทเหล็ก ตำบลหนองหญ้าไทรและตำบลคลองทรายยังไม่ผ่านตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องศึกษา ถึงสาเหตุของพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อดำเนินการแก้ไขให้กลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อเป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60ปี จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล(ประวัติการมีบุตร)⁽⁷⁾ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁵⁾ ความคาดหวังที่มีต่อผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽¹¹⁾ การเข้าถึงบริการ⁽⁶⁾ ความพึงพอใจในการให้บริการของเจ้าหน้าที่⁽⁶⁾ การได้รับ

ข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁶⁾ และการได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก⁽⁹⁾ ซึ่งจากแนวคิด PRECEDE Framework มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย จึงได้นำแนวคิด PRECEDE Framework ในขั้นตอนที่ 4 มาประยุกต์ใช้ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในการหาสาเหตุของพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี เพื่อเป็นแนวทางและข้อเสนอแนะในการวางแผนการจัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในอำเภอสาทเหล็กต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร และเพื่อหาข้อเสนอแนะถึงสาเหตุของพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในมุมมองของสตรีอายุของสตรีอายุระหว่าง 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร ประกอบด้วยผู้ที่มารับบริการและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2560 อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร จำนวน 3,781 คน⁽¹⁰⁾ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของแอร์⁽⁴⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 110 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 150 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในขณะเก็บข้อมูล ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย

การสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (stratified random sampling) จากลำดับรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ในแต่ละตำบลของอำเภอสาทเหล็ก โดยเรียงตามลำดับตัวอักษร ก-ฮ ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างรายตำบล โดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากรายตำบลตามจำนวนสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัยจากการประยุกต์แนวคิด PRECEDE Framework โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร มีข้อความเกี่ยวกับประวัติการมีบุตร จำนวน 1 ข้อ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ จากการประยุกต์เกณฑ์การพิจารณาคะแนนของ Bloom (1971) โดยมีการให้คะแนนดังนี้ 1) ระดับคะแนนความรู้หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป 2) ระดับคะแนนความรู้ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่าง ร้อยละ 60-79.99 3) ระดับคะแนนความรู้ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 4) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวม 20 ข้อ มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนนโดยแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก คือคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อความเชิงลบ คือ คะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1)

คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง การรับรู้ดีมาก 2) คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง การรับรู้ดี 3) คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง การรับรู้ปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง การรับรู้ไม่ดี 5) คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง การรับรู้ไม่ดีมากที่สุด และแบบสอบถามความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ทำไม่ได้ จนถึง 5 ทำได้มากที่สุด ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง คาดหวังมากที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง คาดหวังมาก 3) คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง คาดหวังปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง คาดหวังน้อย 5) คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ไม่คาดหวัง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการเข้าถึงบริการ จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนนโดยแบ่งเป็นข้อความเชิงบวก คือคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และข้อความเชิงลบ คือคะแนน 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ดีมาก 2) คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ดี 3) คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ไม่ดี 5) คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ไม่ดีมากที่สุด และแบบสอบถามความพึงพอใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ต (Likert's scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนนดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง น้อยที่สุด จนถึง 5 มากที่สุด ใช้หลักเกณฑ์การแปลผลความหมายค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนนเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 2) คะแนนเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง พึงพอใจมาก 3) คะแนนเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ไม่พึงพอใจปานกลาง 4) คะแนนเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ไม่พึงพอใจ 5) คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ไม่พึงพอใจที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการได้รับข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีข้อคำตอบให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับเลย คะแนน 2 หมายถึง เป็นบางครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง 3) คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับสูง และแบบสอบถามการได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด มีข้อคำตอบให้เลือกตอบข้อที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลที่ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดมี 3 ระดับ ดังนี้ 1) คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยได้รับเลย คะแนน 2 หมายถึง เป็นบางครั้ง และคะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์การแบ่งกลุ่มของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง ระดับต่ำ 2) คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง 3) คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง ระดับสูง

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามพฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ข้อ โดยข้อคำถามลักษณะเลือกตอบข้อที่ถูกต้องตรงกับข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การหาดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Item-Index of Item-Objective Congruence: IOC) โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์คณะสาธารณสุขทั้ง 3 ท่าน พิจารณาความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้ พบว่าค่า IOC ของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มกับสตรีอายุ 30-60 ปี เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ใกล้เคียงคือ อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบราค (Cronbach's alpha

coefficient) โดยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.720 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.840 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.828 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.835 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.721 ความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.987 การเข้าถึงบริการ มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.739 ความพึงพอใจในการบริการของเจ้าหน้าที่ มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.710 การได้รับข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.920 การได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าแอลฟาของครอนบราคเท่ากับ 0.824 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยแสดงด้วยค่าแจกแจงจำนวน ความถี่ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้การทดสอบทางสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple binary logistic regressions) โดยใช้วิธีการคัดตัวแปรด้วยวิธี Enter method เพื่อใช้ศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามแล้วพยากรณ์โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่สนใจจากชุดตัวแปรอิสระที่กำหนดขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 0176/60 ลงวันที่ 27 กันยายน 2560

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ อายุของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 36 และอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 36.0 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 75.3 ประวัติการมีบุตรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีบุตร ร้อยละ 88.0 และไม่มีบุตร ร้อยละ 12.0 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 46.0

มีรายได้ระหว่าง 5,000-15,000 บาทมากที่สุด ร้อยละ 54.0 และกลุ่มตัวอย่างมีความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง ร้อยละ 46.0 มีความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง ร้อยละ 46.0 และมีความรู้โรคมะเร็งปากมดลูกในระดับต่ำ ร้อยละ 8.0 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.93$, S.D. = 0.55) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.30$, S.D. = 0.92) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.37$, S.D. = 0.58) การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.38$, S.D. = 0.71) และความคาดหวังที่มีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับคาดหวังมาก ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 0.91) ปัจจัยอื่น ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงบริการโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.19$, S.D. = 0.54) และมีความพึงพอใจ

ในการให้บริการของเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($\bar{x} = 4.17$, S.D. = 0.73) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(การได้รับข่าวสารจากบุคคล)โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.52$, S.D. = 0.36) การได้รับข่าวสารการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก(การได้รับข่าวสารจากสื่อ)โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.31$, S.D. = 0.38) และกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 2.62$, S.D. = 0.38)

2. พฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 74.0 และไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 26.0

ตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอ
สากเหล็ก จังหวัดพิจิตร โดยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ ด้วยวิธี Enter method

ตัวแปร	B	Crude OR	95% CI	P-value	Adj. OR	95% CI	P-value
ประวัติการมีบุตร ไม่มี		1			1		
มี	2.054	10.60	3.47-32.39	<0.001*	7.80	2.21-27.59	0.001*
การรับรู้อุปสรรคฯ							
ระดับน้อย	1.502	5.15	2.28-11.65	<0.001*	4.50	1.70-11.88	0.002*
ระดับมาก		1			1		

Constant = -1.395, -2Log likelihood = 127.96, Cox & Snell R Square = 0.25, Nagelkerke R Square = 0.37, Percent correctly classified = 81.30%, Hosmer and Lemeshow Test $\chi^2 = 6.18$, df = 8, p = 0.63

*p-value < 0.05

3. จากตาราง 1 พบว่าผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.05$) มี 2 ปัจจัย คือ ประวัติการมีบุตร และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถสร้างสมการถดถอยพหุคูณ ได้ดังนี้การเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก = -1.395

+ 2.054(ประวัติการมีบุตร) + 1.502(การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) ทั้งนี้ ตัวแปรทำนายดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้ร้อยละ 81.30

สรุปและอภิปรายผล

การอภิปรายผลของการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ พฤติกรรมการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีอำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร และข้อเสนอแนะถึงสาเหตุของการมารับบริการและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในมุมมองของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร

1. พฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลในอำเภอสาทเหล็กโดยสุ่มแบบเป็นชั้นภูมิ (stratified random sampling) และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวน 150 คนพบสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร ส่วนใหญ่จะเป็นสตรีที่เข้ามาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 111 คนคิดเป็นร้อยละ 74 และสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตรที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเพียง 39 คน คิดเป็นร้อยละ 26 ซึ่งอาจอธิบายจากผลการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับข้อคิดเห็นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าส่วนใหญ่ “ต้องการทราบว่าตนมีความผิดปกติหรือไม่” ร้อยละ 24.59 รองลงมาคือ “กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก” ร้อยละ 19.67 และผลการศึกษาที่ยังสอดคล้องกับการศึกษาของระเนตร เอื้อเฟื้อพันธ์ (2553)⁽⁵⁾ ที่พบว่ามารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 77.80 และไม่เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 22.20

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตร พบว่า ประวัติการมีบุตรมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสามารถทำนายพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ กล่าวคือ สตรีอายุ 30-60 ปีอำเภอสาทเหล็ก จังหวัดพิจิตรที่มีบุตรแล้วมีโอกาสมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาทเหล็ก

จังหวัดพิจิตรที่ไม่มีบุตร 7.92 เท่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคลอดบุตรจะได้รับการนัดตรวจหลังคลอดและได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกกลัวหรืออายที่จะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยสอดคล้องกับการศึกษาของสุริยาพร ลามุล (2553)⁽¹¹⁾ ที่พบว่าจำนวนครั้งของการคลอดบุตรส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสอดคล้องกับการศึกษาของละอียด วงศ์วัชรานุกูล (2555)⁽⁷⁾ พบว่าผู้ที่เคยตั้งครรภ์เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยตั้งครรภ์

การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และยังสามารถทำนายพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายได้โดยจากตารางที่ 1 พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับน้อยมีโอกาสเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 4.49 เท่า ของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับมาก ตามทฤษฎีแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าการรับรู้อุปสรรคเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในทางลบ ได้แก่ ความอาย ความเจ็บปวดในการตรวจ และการขาดรายได้ ดังนั้นจากการศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับต่ำอาจเป็นผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของระเนตร เอื้อเฟื้อพันธ์ (2553)⁽⁵⁾ พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของอุไรวรรณ สัมมุติ และสมเดช พินิจสุนทร (2558)⁽¹²⁾ พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ประวัติการมีบุตรของสตรีอายุ 30-60 ปี มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาเกเหล็ก จังหวัดพิจิตร ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกควรจัดให้มีการประชาสัมพันธ์ในกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ให้เห็นถึงความสำคัญในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ให้สตรีที่มีบุตรที่มารตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี เป็นตัวอย่างหรือมาให้คำแนะนำกับสตรีอายุ 30-60 ปี ให้ทราบถึงประสบการณ์ในการเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเป็นการกระตุ้นให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี อำเภอสาเกเหล็ก จังหวัดพิจิตร ดังนั้นควรพัฒนาระบบบริการในการรองรับการบริการเพื่อลดอุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น จัดบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใกล้บ้าน จัดบุคลากรที่ทำกรตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากอำเภออื่นเพื่อลดความอียจากบุคลากรที่คุ้นเคย และ

จัดวันตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวันหยุด (เสาร์-อาทิตย์)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของชุมชนหรือกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปีในพื้นที่

2. ควรมีการวิจัยแบบกึ่งทดลองโดยการนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์หรือตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายมาจัดกิจกรรมเพื่อให้สตรีอายุ 30-60 ปีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความใส่ใจ ซึ่งทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ และขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอและบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน ที่ช่วยเหลือ สนับสนุนสถานที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ให้การดำเนินการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด.
- 2.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การควบคุมมะเร็งปากมดลูกที่ครอบคลุม : แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ. กรุงเทพฯ: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- 3.กระทรวงสาธารณสุข. (7 พฤศจิกายน 2560). ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ. เข้าถึงได้จาก ระบบข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ: <http://healthdata.moph.go.th>
- 4.เกศสินี วีระพันธ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน. น่าน: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 5.ชนะนตร เอื้อเฟื้อพันธุ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 6.นกแก้ว สติ. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในตำบลหนึ่งของอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- 7.ละเอียด วงศ์วัชรานุกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงชาวเขาเผ่าม้ง อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- 8.สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2556). แผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- 9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (28 ตุลาคม 2558). รายงานมะเร็งปากมดลูกจากระบบรายงานEPS . เข้าถึงได้จาก รายงานมะเร็งปากมดลูกจากระบบรายงานEPS : <http://www.ppho.go.th/webppho/index.php>
- 10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. (7 พฤศจิกายน 2560). ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข: <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php?menu=15.5&for=6609> 2559
- 11.สุริยาพร ลามูล. (2552). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ตำบล ผาจุ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- 12.อุไรวรรณ สัมมฤดี, และ สมเดช พินิจสุนทร. (2558). ความตั้งใจไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 531-546.