

# Factors Related to the Use of Cervical Cancer Screening Services by Women Living in Catchments Area of Primary Care Units\*

Jiraporn Sripiboonbat, Kanokporn Moopayak, Panudda Priyatruk, Supinda Ruangiratain

Corresponding author:

K. Moopayak

E-mail: nskmy@mahidol.ac.th

Jiraporn Sripiboonbat RN MNS FNP  
Lecturer, Boromarajonani College of  
Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan  
Province, Thailand

Kanokporn Moopayak RN Msc NP  
Associate Professor, Faculty of Nursing,  
Mahidol University, Thailand

Panudda Priyatruk RN Msc  
Associate Professor, Faculty of Nursing,  
Mahidol University, Thailand

Supinda Ruangiratain RN PhD  
Lecture, Associate Professor, Faculty of  
Nursing, Mahidol University, Thailand

\*Master Thesis, Faculty of Graduate  
Studies, Mahidol University

## Abstract

**Purpose:** This study was aimed to investigate women's use of cervical cancer screening services and the relationships of predisposing, enabling, and reinforcing factors with women's use of cervical cancer screening services.

**Design:** Descriptive research.

**Methods:** The sample was composed of 188 women aged 35 – 60 years who lived in the catchment area of primary care units in Muang District, Nakhon Sawan Province during July to August, 2006. Data were collected at the sample's home with a self-administered questionnaire and were then analyzed with descriptive statistical methods, chi-square, and odd ratios.

**Main findings:** It was found that among the 188 women, 52.7 percent had used cervical cancer screening services and 47.3 percent had not used of the screening services. The sample expressed a high level of knowledge about cervical cancer, a moderate level attitude toward the screening, a high level of perceived susceptibility to cervical cancer, a moderate level of perceived severity of cervical cancer and a moderate level of perceived benefits of following advice for the prevention of cervical cancer. Factors that were significantly related to cervical cancer screening at the statistic of level  $p < .05$  were predisposing factors concerning knowledge about cervical cancer (OR = 1.97, 95% CI 1.09 – 3.54), attitude toward cervical cancer screening (OR = 2.74, 95% CI 1.49 – 5.05), perceived benefits of following advice for prevention of cervical cancer (OR = 4.16, 95% CI 2.24 – 7.77), and an enabling factor concerning distance from home to primary care units (OR = 2.46, 95% CI 1.23 – 4.94).

**Conclusion and recommendations:** Given the results of this study, it is recommended that community nurse practitioners should have an active management plan to provide the general public with correct and accessible information about cervical cancer, so people will develop

positive attitudes toward cervical cancer screening and perceived benefits of following advice for prevention of cervical cancer include provide the family history of a woman receiving and not receiving cervical cancer screening should be clearly filed.

**Keywords:** primary care unit, cervical cancer screening, knowledge, attitude, perceive of cervical cancer

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 82-92

# ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับพิชเชอบศูนย์สุขภาพชุมชน\*

จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ กนกพร หมู่พยัคฆ์ ปนัดดา ปรียกฤษ สุพินดา เรืองจิรัชเชียร

Corresponding author:

กนกพร หมู่พยัคฆ์

E-mail: nskmy@mahidol.ac.th

จิราพร ศรีพิบูลย์บัตติ RN MNS FNP  
อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
สวรรคตประชาภิรักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

กนกพร หมู่พยัคฆ์ RN Msc NP  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล  
สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปนัดดา ปรียกฤษ RN Msc  
รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาล  
สาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล

สุพินดา เรืองจิรัชเชียร RN PhD  
อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

J Nurs Sci S1 2011;29(2): 82-92

## บทคัดย่อ:

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยเชิงพรรณนา

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35 - 60 ปี จำนวน 188 คน อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลในความรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม 2549 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าสถิติไคสแควร์ และอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์

**ผลการวิจัย:** พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 188 คน มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 ไม่มาใช้บริการร้อยละ 47.3 มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ได้แก่ ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ( $OR = 1.97$  95% CI 1.09 - 3.54) ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $OR = 2.74$  95% CI 1.49 - 5.05), การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ( $OR = 4.16$  95% CI 2.24 - 7.77) และปัจจัยเอื้อด้านระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชน ( $OR = 2.46$  95% CI 1.23 - 4.94)

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรจัดแผนการดำเนินงานเชิงรุกที่ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสามารถให้ประชาชนเข้าถึงการให้ความรู้จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ดีในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ถึงผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งมีการทำแฟ้มประวัติครอบครัวสำหรับผู้ที่มาใช้บริการและไม่มาใช้บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างชัดเจน

**คำสำคัญ:** ศูนย์สุขภาพชุมชน การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้มะเร็งปากมดลูก

## ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุที่ทำให้หญิงไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากอัตราป่วยมะเร็งปากมดลูกต่อแสนประชากร ระหว่างปี 2544 - 2549 พบ 11.81, 14.80, 16.36, 17.56, 18.59, 22.10 โดยพบอัตราตาย 3.5, 4.0, 5.2, 5.0, 4.7, 5.2 ตามลำดับซึ่งร้อยละ 90 พบผู้ป่วยในช่วงอายุ 35-50 ปี รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยปีละประมาณ 350 ล้านบาท<sup>1</sup> และส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 80 จะเสียชีวิตเพราะโรคลุกลามไปแล้ว ซึ่งแท้จริงแล้วมะเร็งชนิดนี้เป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบและได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเริ่มที่เซลล์มะเร็งยังไม่ลุกลาม จากผลการวิจัยหากสามารถตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของผู้หญิงไทยทุกปี จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 61 และภายใน 5 ปี คาดว่า จะลดอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลงได้ร้อยละ 50 ที่ผ่านมามีพบว่าหญิงไทยอายุ 35 ปีขึ้นไป ไปตรวจคัดกรองฯ ได้ไม่ถึงร้อยละ 20 ซึ่งมี 10 ล้านคน<sup>2</sup>

รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหา มะเร็งปากมดลูก จึงได้บรรจุงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเข้าเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 35-60 ปี ฟรีทั้ง 76 จังหวัด ในโรงพยาบาลของรัฐทุกจังหวัด เริ่มตั้งแต่ปี 2548-2553 ซึ่งกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ร้อยละ 50<sup>2,3,4</sup> เพราะที่ผ่านมามีผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยมาก ส่วนใหญ่จะมาใช้บริการเมื่อโรคมะเร็งเข้าสู่ระยะที่ 2-4 ซึ่งเป็นระยะที่มีความรุนแรง การรักษายากหรือรักษาไม่ได้แล้ว<sup>5</sup> ประกอบกับผู้หญิงไทยถูกสอนว่า ไม่ควรพูดถึงเรื่องทางเพศหรือเกี่ยวข้องกับอวัยวะเพศ เพราะเป็นเรื่องที่น่าอายและเสื่อมเสียและเป็นธรรมชาติของผู้หญิงที่มีความอาย ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาเมื่อมีอาการผิดปกติ<sup>6</sup> นอกจากนี้เหตุผลดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยสำคัญอีกหลายประการที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ เช่น จาก PRECEDE Framework ของกรีนและคณะ<sup>7</sup> ที่กล่าวถึงปัจจัย 3 ประการที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพคือปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่ง

ทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล รวมทั้งทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยเสริม หมายถึง สิ่งที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเองซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนหรือการยับยั้งการแสดงพฤติกรรม<sup>7</sup> เช่น พฤติกรรมการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมดังกล่าวตาม ปัจจัยนำ เช่น ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก<sup>8,9</sup> ปัจจัยเอื้อ เช่น ระยะทางในการไปใช้บริการและความสะดวกในการไปใช้บริการ<sup>10</sup> และปัจจัยเสริมเช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำในการไปตรวจมะเร็งปากมดลูก<sup>6</sup>

จังหวัดนครสวรรค์ มีอัตราตาย ด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในปี 2545-2547 เป็น 2.5 3.1 และ 4.1 ต่อแสนประชากรตามลำดับ<sup>11</sup> และเป็นจังหวัดที่พบว่ามียุติการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับสองในเขตภาคเหนือตอนล่าง โดยในเขตอำเภอเมืองพบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่ง คือ ร้อยละ 43 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมดในจังหวัดนครสวรรค์ โดยพบมากในเขตเทศบาล<sup>12</sup> เมื่อศึกษาถึงการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากศูนย์สุขภาพชุมชนที่อยู่ในเขตเทศบาลที่มีจำนวน 5 แห่ง พบว่าในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนสตรีอายุ 35-60 ปี มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าร้อยละ 50 ตามเป้าหมายของรัฐบาล คือร้อยละ 51.3, 34.5, 31.9, 29.5 และ 23.8 ตามลำดับ<sup>13</sup> ซึ่งอาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามแนวคิดของกรีนและคณะ (Green et al.)<sup>7</sup> เพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบนำผลการวิจัยที่ได้ ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนทางเพื่อการส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจัดกิจกรรมเชิงรุก เพื่อตอบสนองนโยบายการณรงค์ให้สตรีไทยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีประสิทธิภาพ

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

## สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยนำ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทักษะคิดเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชน เขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

## วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชน 5 แห่ง ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมีรายชื่ออยู่ในแฟ้มประวัติครอบครัวของศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 41,617 คน<sup>14</sup> คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบของสถิติวิเคราะห์ Correlation Analysis ของโคเฮน (Cohen)<sup>15</sup> ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 160 ราย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20-30<sup>16</sup> เป็น 210 ราย เพื่อป้องกันได้รับคำตอบกลับคืนไม่ครบ

การสุ่มพื้นที่แบบแบ่งชั้น (Cluster Sampling) โดยจับฉลากพื้นที่เขต มา 3 เขตใน 5 เขต (ร้อยละ 60) ซึ่งแต่ละเขตจะรับผิดชอบประชาชนของศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งละ 9-10 ศูนย์ฯ จากนั้น จับฉลากมาเขตละ 7 ศูนย์ฯ (ร้อยละ 70) รวม 21 ศูนย์สุขภาพชุมชน ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ที่สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย จาก Family Folder ของศูนย์สุขภาพชุมชน จากนั้นจับฉลากกลุ่มตัวอย่างสตรีแห่งละ 10 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากเครื่องมือชุดต่างๆ โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 3 ท่าน และผ่านการทดลองใช้กับสตรีที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จึงนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่น เครื่องมือที่ใช้มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การตรวจ

มะเร็งปากมดลูก ความสะดวกในการไปสถานบริการ พาหนะที่ใช้ในการเดินทางมาสถานบริการ ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทางมายังสถานบริการและระยะทางภายใน 2 กิโลเมตรและมากกว่า และการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2. แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ อาการแสดง การดำเนินของโรค และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของประภาพร สุวรรณ์ชัย<sup>17</sup> เป็นการตอบคำถามแบบถูก-ผิด จำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 10 คะแนน ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน แบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ การแปลผลพิจารณาแบบอิงเกณฑ์ของวิเชียร เกตุสิงห์<sup>18</sup> คืออันตรภาคชั้น = คะแนนสูงสุด ลบ คะแนนต่ำสุดหารด้วย 3 18 คะแนน 1-3 หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ คะแนน 4-7 หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง คะแนน 8-10 หมายถึง ระดับความรู้มาก ค่าความเชื่อมั่น วิธีของ KR-20 (Kuder-Richardson) เท่ากับ .91

ส่วนที่ 3. แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของประภาพร สุวรรณ์ชัย<sup>17</sup> ซึ่งแบ่งเป็นข้อคำถามด้านบวกและข้อคำถามด้านลบ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนนคำถามด้านบวกให้ 4-1 คะแนน และค่าคะแนนคำถามด้านลบให้ 1-4 คะแนนตามลำดับ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปลผลระดับคะแนนของแบบสอบถามพิจารณาแบบอิงเกณฑ์<sup>18</sup> โดยช่วงคะแนนทัศนคติอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน คะแนน 5.00 - 10.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกไม่ดี คะแนน มากกว่า 10.00 - 15.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปานกลาง คะแนน มากกว่า 15.00 - 20.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี ได้ค่าความเชื่อมั่นวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน-บาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70

ส่วนที่ 4. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูก โดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือของวนิดา ทางาม<sup>9</sup> ซึ่งใช้แนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al)<sup>19</sup> แบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 หมวด จำนวน 40 ข้อ มีความเที่ยงเท่ากับ .61, .59 และ .73 ตามลำดับ ได้แก่ หมวด

ที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มี 20 ข้อ หมวดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มี 11 ข้อ หมวดที่ 3 การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มี 9 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งทางด้านบวกและทางลบในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า ของลิเคิร์ท 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (การแปลผลค่าคะแนน 4-1 และ 1-4) หาค่าความเชื่อมั่นวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .65 การแปลผลพิจารณาแบบอิงเกณฑ์<sup>18</sup>

โดยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มี 20 ข้อ อยู่ในช่วง 20-60 คะแนน คะแนน 20.00 - 33.33 หมายถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 33.34 - 46.67 หมายถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 46.67 - 60.00 หมายถึงการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มี 11 ข้อ อยู่ในช่วง 11-44 คะแนน คะแนน 11.00-22.00 หมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 22.01-33.00 หมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 33.01-44.00 หมายถึงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

คะแนนการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มี 9 ข้อ อยู่ในช่วง 9-36 คะแนน คะแนน 9.00-18.00 หมายถึงการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ คะแนน 18.01-27.00 หมายถึงการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง คะแนน 27.01-36.00 หมายถึงการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง

เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ตามข้อกำหนดของการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบโคสแควร์ ได้มีการแบ่งระดับความรู้ฯ ทักษะคิดฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การรับรู้ความรุนแรงฯ การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติฯ เป็น 2 ระดับ การแปลผลพิจารณาแบบอิงกลุ่ม โดยใช้คะแนนเฉลี่ยในแต่ละตัวแปรของกลุ่มเป็นเกณฑ์แบ่งระดับน้อย และระดับมาก

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการสิทธิมนุษยชนเกี่ยวกับการทดลองในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล (No.MU 2006-106) ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล การตอบแบบสอบถามเป็นไปตามความสมัครใจไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง มีการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถขอถอนตัวได้ทุกเมื่อ

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลตามสายการบังคับบัญชาภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม พ.ศ. 2549 โดยเดินทางไปบ้านกลุ่มตัวอย่างตามที่อยู่และแผนที่ทางเข้าบ้านจากแฟ้มครอบครัว มอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบเองที่บ้าน หากไม่สะดวกตอบในวันนั้น จะนัดมารับแบบสอบถามคืน ภายใน 1 สัปดาห์ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกซึ่งมีจำนวน 69 คน ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและอ่านข้อคำถามให้ฟัง และให้บันทึกคำตอบด้วยตนเอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าความ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัย ทดสอบหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรย่อยของ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติโคสแควร์ และอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Odd Ratio)

### ผลการวิจัย

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างอายุ 35-60 ปี จำนวน 188 คนมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 52.7 (99 คน) ไม่มาใช้บริการตรวจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 47.3 (89 คน) โดยให้เหตุผลว่า ไม่มาเพราะ ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่กล้าเปิดเผยอวัยวะเพศ กลัวจะรู้ว่าเป็นโรค กลัวเจ็บ ไม่มีเวลา ร้อยละ 50.5 26.6 17.0 12.2 และ 10.1 ตามลำดับ

2. ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม สตรีกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 48 ± 7.35 ปีมีรายได้ครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 300 - 60,000 บาท โดยเฉลี่ย 6424.10 บาท มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกันร้อยละ 63.3 จบการศึกษา

ระดับต่ำคือประถมศึกษาและไม่ได้เรียนรวมร้อยละ 75.6 ประกอบอาชีพที่ไม่ใช้แรงงานร้อยละ 68.1 เช่น รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/รับจ้างบริษัท กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง ร้อยละ 68.1 มีทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีปานกลางร้อยละ 52.7 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงร้อยละ 85.1 รับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางร้อยละ 85.1 รับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง ร้อยละ 51.1 ปานกลางร้อยละ 46.8 มีการเดินทางมาสถานบริการสะดวกเกือบทุกคนคือ ร้อยละ 98 เดินทางโดยใช้รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 53.7 เดินทางมา ร้อยละ 15.9 ที่เหลือมาด้วยรถ

ชนิดอื่นๆ โดยใช้เวลาเดินทางน้อยกว่า 15 นาทีร้อยละ 78.2 ระยะทางจากบ้านถึงที่ตรวจอยู่ห่างภายใน 2 กิโลเมตร ร้อยละ 43.0 และมากกว่า 2 กิโลเมตรร้อยละ 75.0 ทั้งนี้ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 98.4 โดยแต่ละคนได้จากหลายสื่อ เช่น จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 63.8 จากพยาบาลร้อยละ 58.5 แหล่งอื่นๆ คือ เพื่อนบ้าน แพทย์ และสื่ออื่นๆ ได้แก่โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์/วารสาร หอกระจายเสียง โปสเตอร์/ภาพพลิก อินเทอร์เน็ต ตามลำดับและอัตราส่วนระหว่างผู้มาใช้บริการกับผู้ไม่มาใช้บริการตามปัจจัยต่างๆ ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มาใช้บริการฯ และไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตาม การแบ่งระดับของตัวแปรย่อย ด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัย	มาใช้บริการฯจำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
<b>รวม</b>	99 (100.0)	99 (100.0)	99 (100.0)
<b>ปัจจัยนำ</b>			
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ระดับต่ำ (ไม่ได้ศึกษาถึงประถม)	77 (77.8)	77 (77.8)	77 (77.8)
ระดับปานกลาง (มัธยมศึกษาถึงประกาศนียบัตร/อนุปริญญา)	13 (13.1)	13 (13.1)	13 (13.1)
ระดับสูง (ปริญญาตรีและสูงกว่า)	9 (9.1)	9 (9.1)	9 (9.1)
<b>อาชีพ</b>			
ใช้แรงงาน(รับจ้าง/ลูกจ้าง/ค้าขาย/เกษตรกร)	34 (34.3)	34 (34.3)	34 (34.3)
ไม่ใช้แรงงาน (แม่บ้าน/บริษัท/ธุรกิจส่วนตัว/ราชการ/รัฐวิสาหกิจ)	65 (65.7)	65 (65.7)	65 (65.7)
<b>ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก</b>			
ระดับต่ำ (1-3 คะแนน)	1 (1.0)	1 (1.0)	1 (1.0)
ระดับปานกลาง ( 4-6 คะแนน)	26 (26.3)	26 (26.3)	26 (26.3)
ระดับสูง (7-10 คะแนน)	72 (72.7)	72 (72.7)	72 (72.7)
<b>ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองฯ</b>			
ไม่ดี/ทางลบ (5-10 คะแนน)	4 (4.0)	4 (4.0)	4 (4.0)
ดีปานกลาง ( > 10-15 คะแนน)	60 (60.6)	60 (60.6)	60 (60.6)
ดี/ทางบวก ( > 15-20 คะแนน)	35 (35.4)	35 (35.4)	35 (35.4)
<b>การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ</b>			
ระดับต่ำ (20-40 คะแนน)	3 (3.0)	3 (3.0)	3 (3.0)
ระดับปานกลาง ( > 40-60 คะแนน)	9 (9.1)	9 (9.1)	9 (9.1)
ระดับสูง ( > 60-80 คะแนน)	87 (87.9)	87 (87.9)	87 (87.9)
<b>การรับรู้ความรุนแรงฯ</b>			
ระดับต่ำ (11-22 คะแนน)	4 (4.0)	4 (4.0)	4 (4.0)
ระดับปานกลาง ( > 22-33 คะแนน)	86 (86.9)	86 (86.9)	86 (86.9)
ระดับสูง ( > 33-44 คะแนน)	9 (9.1)	9 (9.1)	9 (9.1)

ปัจจัย	มาใช้บริการจำนวน (ร้อยละ)	มาใช้บริการจำนวน (ร้อยละ)	มาใช้บริการจำนวน (ร้อยละ)
<b>การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติฯ</b>			
ระดับต่ำ (1-22 คะแนน)	3 (3.0)	3 (3.0)	3 (3.0)
ระดับปานกลาง (> 22-33 คะแนน)	35 (35.4)	35 (35.4)	35 (35.4)
ระดับสูง (> 33-44 คะแนน)	61 (61.6)	61 (61.6)	61 (61.6)
<b>ปัจจัยเอื้อ</b>			
ระยะทางจากบ้านถึงที่ตรวจ			
ไกล (> 2 กิโลเมตร)	33 (33.3)	33 (33.3)	33 (33.3)
ใกล้ (≤ 2 กิโลเมตร)	66 (66.7)	66 (66.7)	66 (66.7)
<b>ปัจจัยเสริม</b>			
การได้รับข้อมูลข่าวสาร			
ไม่ได้รับ	2 (2.0)	2 (2.0)	2 (2.0)
ได้รับ	97 (98.0)	97 (98.0)	97 (98.0)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (odd ratio)

3.1 ปัจจัยนำ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $p > .05$ ) ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $p < .05$ ) ซึ่งผู้ที่มีระดับความรู้น้อยจะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.79 เท่าของผู้ที่มีระดับความรู้มาก ทศนคติมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ซึ่งผู้ที่มีทัศนคติที่ไม่ดีจะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองฯ เป็น 2.74 เท่าของผู้ที่มีทัศนคติที่ดี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ และการรับรู้ความรุนแรง ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

โดยพบว่าทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ความรุนแรงฯ ในระดับสูงและต่ำพอๆ กัน การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ที่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคฯ อยู่ในระดับต่ำจะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 4.16 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ผลดีฯ ในระดับสูง

3.2 ปัจจัยเอื้อ พบว่าระยะทางจากบ้านไปศูนย์สุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ผู้ที่มีระยะทางจากบ้านไกลศูนย์สุขภาพชุมชน จะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 2.46 เท่าของผู้ที่มีระยะทางจากบ้านใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละ ค่าความสัมพันธ์แบบไคสแควร์ และค่าอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของสตรีกลุ่ม ตัวอย่าง จำแนกตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัย	มาใช้บริการฯ จำนวน(ร้อยละ)	ไม่มาใช้บริการฯ จำนวน(ร้อยละ)	OR	95% CI ของ OR
รวม 188 คน (100%)	99 (52.7)	89 (47.3)		
ปัจจัยนำ	$X^2 = 2.053$	( $p = .152$ )		
ระดับการศึกษา				
ต่ำ (ต่ำกว่ามัธยม)	87 (46.3)	72 (38.2)	0.55	0.25 – 1.24
สูง (สูงกว่ามัธยม)	12 (6.4)	17 (9.1)	1.00	
อาชีพ	$X^2 = 0.568$	( $p = .451$ )		
ใช้แรงงาน	34 (18.1)	26 (13.8)	0.78	0.23 – 4.94
ไม่ใช้แรงงาน	65 (34.6)	63 (33.5)	1.00	
ความรู้ (= 7.09 SD = 1.63)	$X^2 = 5.206$	( $p = .023$ )		
น้อย (< 7.09 คะแนน)	47 (25.0)	57 (30.3)	1.97	1.09 – 3.54*
มาก (> 7.09 คะแนน)	52 (27.7)	32 (17.0)	1.00	
ทัศนคติ (= 13.98 SD 2.42)	$X^2 = 10.771$	( $p = .001$ )		
ไม่ดี (> 13.98)	26 (13.9)	44 (23.4)	2.74	1.49 – 5.05*
ดี (< 13.98)	73 (38.8)	45 (23.9)	1.00	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ( $\bar{X}$ 52.59 SD 4.52)	$X^2 = 3.606$	( $p = .058$ )		
ต่ำ (< 52.59)	43 (22.9)	51 (27.1)	1.70	0.98 – 3.11
สูง (> 52.59)	56 (29.8)	38 (20.2)	1.00	
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ( $\bar{X}$ 31.49 SD = 4.06)	$X^2 = 0.145$			
ต่ำ (< 31.49)	54 (28.8)	51 (27.1)	1.18	0.62 – 1.99
สูง (> 31.49)	45 (23.9)	38 (20.2)	1.00	
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ( $\bar{X}$ = 28.18 SD = 4.76)	$X^2 = 11.349$	( $p = .003$ )		
ต่ำ (< 28.18)	39 (20.8)	65 (34.6)	4.16	2.24 – 7.77*
สูง (> 28.18)	60 (31.9)	24 (12.7)	1.00	
ปัจจัยเอื้อ				
ระยะทางจากบ้าน ไปศูนย์สุขภาพชุมชน	$X^2 = 6.694$	( $p = .010$ )		
ไกล (> 2 กิโลเมตร)	33 (17.6)	4 (39.3)	2.46	1.23 – 4.94*
ใกล้ ( $\leq$ 2 กิโลเมตร)	66 (35.1)	15 (8.0)	1.00	

\*  $p < .05$

**อภิปรายผล**

พบสตรีกลุ่มตัวอย่างมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 52.7 อายุระหว่าง 35-60 ปี สอดคล้องตามนโยบายในการจัดรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของรัฐบาล ใน 76 จังหวัด ให้ สตรีที่มีอายุ 35-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 50<sup>2,3,4</sup>

**ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์**

ปัจจัยนำ พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $p > .05$ ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร สุวรรณี<sup>17</sup> พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $p > .05$ ) ดังนั้นไม่ว่าจะมีการศึกษาสูงหรือต่ำ หรืออาชีพใดที่มีผลจากระดับการศึกษา ก็จะไปตรวจหรือไม่ไปตรวจได้ไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัว อาชีพที่นั่งทำงานอยู่ในสำนักงานอาจคิดว่าเป็นการเสียเวลาที่จะมาตรวจคัดกรองฯ ทั้งหมึงที่แต่งงานเร็วอาจเป็นแม่บ้านหรือว่างงานไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ อาจห่วงภารกิจที่ตนเองต้องทำเป็นประจำทุกวัน

พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับ

การมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ( $p < .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของประภาพร สุวรรณี<sup>17</sup> พบว่าความรู้ และทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ( $p < .05$ ) และสอดคล้องกับประดับ ทองใส<sup>20</sup> ที่พบว่า การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำจะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 1.79 เท่าของผู้ที่มีระดับความรู้มาก เนื่องจากสตรีที่มีความรู้ที่อยู่ในระดับมาก อาจสามารถแปลข้อมูล หรือความรู้ที่ได้รับมาอย่างต่อเนื่อง และสามารถเชื่อมโยงประโยชน์ หรือผลดี และโทษของการปฏิบัติกิจกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งได้ โดยพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น 4.16 เท่าของผู้ที่มีการรับรู้ผลดีในระดับสูง ซึ่งการรับรู้นี้ ยังทำให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากทัศนคติเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของแต่ละบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ สิ่งของ หรือบุคคลที่จะกระทำต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อรู้สึกพึงพอใจ หรือเห็นด้วยและพร้อมที่จะถอยหนีหากเกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ หรือไม่เห็นด้วย<sup>7</sup> ดังนั้นการที่สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็จะส่งผลให้ไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หรือผู้ที่มีระดับความรู้ต่ำเมื่อได้รับข้อมูลหรือความรู้ใหม่ๆ ก็อาจไม่สามารถที่จะเชื่อมโยงถึงประโยชน์หรือโทษ เพียงแต่ได้ยินได้ฟังแล้วก็ไม่ได้คิดวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูลที่ได้มาอย่างต่อเนื่อง จึงไม่เกิดการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร สุวรรณี<sup>17</sup> และเจน วีระพงษ์<sup>21</sup> อาจเป็นเพราะสตรีกลุ่มตัวอย่างเพียงแค่อ่านได้ฟังว่า หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์และอายุมากขึ้น เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เป็นแล้วขั้นระยะท้ายๆ จะทุกข์ทรมานและเจ็บปวดมาก แต่ยังไม่เคยเห็นภาพเห็นภาพความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ประกอบกับโครงการณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของรัฐบาล เน้นถึงความสำคัญของการให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย

มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นการชี้ถึงผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าที่จะเน้นถึงกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเห็นถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็ง<sup>12</sup>

**ปัจจัยเอื้อ** พบว่า ระยะทางจากบ้านไปสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) พบว่าผู้ที่มีระยะทางจากบ้านไกลศูนย์สุขภาพชุมชน จะไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็น 2.46 เท่าของผู้ที่มีระยะทางจากบ้านใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริทิพย์ โคนันเทียน<sup>10</sup> อธิบายได้ว่า จากการศึกษาที่สตรีกลุ่มตัวอย่างมีระยะทางจากบ้านใกล้ศูนย์สุขภาพชุมชนน้อยกว่า 2 กิโลเมตร และมีความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ จะมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที (ร้อยละ 78.2) แม้ผู้ใช้บริการจะเดินมาเองหรือใช้พาหนะ เช่น รถจักรยาน รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นพาหนะที่ส่วนใหญ่มีใช้เกือบทุกบ้าน มีความคล่องตัวสูงสามารถเข้าไปจอดในบริเวณศูนย์สุขภาพชุมชนโดยไม่ต้องหาที่จอดรถที่ไกลออกไป จึงทำให้สตรีที่เดินทางสะดวกมาตรวจมากกว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีระยะทางจากบ้านไกลศูนย์สุขภาพชุมชนและไม่มีความสะดวกสบายในการไปใช้บริการ ถึง 2.46 เท่า สอดคล้องกับกรีน (Green)<sup>7</sup> ที่กล่าวว่าการแสดงพฤติกรรมของบุคคลต้องอาศัยแหล่งทรัพยากรที่จำเป็น รวมทั้งทักษะและความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งรวมถึงระยะทาง และความสามารถเข้าถึงได้ซึ่งหมายถึงความสะดวกสบาย

**ปัจจัยเสริม** พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับ หรือไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำให้ไปมาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใกล้เคียงกัน อาจเป็นเพราะแบบสอบถามของการวิจัยในครั้งนี้เป็นการถามกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการเคยหรือไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกเท่านั้น

**สรุปและข้อเสนอแนะ**

ผลการวิจัยพบว่า ยังมีสตรีในเขตเทศบาลไม่มาใช้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีกเป็นจำนวนมาก ซึ่งความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะทางจากบ้าน มีความ

สัมพันธ์ และสามารถทำนาย การมาใช้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ

### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ควรจัดกิจกรรมเชิงรับ โดยชี้แจงด้วยความเป็นกันเอง ในการจัดระบบบริการให้คล่องตัว สะดวก และมิดชิดในการตรวจฯ และใช้วิธีการเชิงรุก เช่น โครงการรณรงค์ในชุมชนการมาใช้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก เยี่ยมครอบครัวเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูก ใช้เทคนิคการสื่อสารโน้มน้าวให้สตรีเห็น เป็นเรื่องปกติในการตรวจฯ การจัดท่าตรวจที่มิดชิดในกรณี อายุที่จะตรวจฯ ส่งเสริมให้เกิดทัศนคติเชิงบวกในการมา ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ผลดี ของการตรวจฯ รวมทั้ง การรับรู้ด้านอื่นๆ ให้มีระดับคะแนน ความรู้และการรับรู้ในด้านต่างๆ สูงขึ้นเช่นระดับปานกลาง เป็นระดับสูง จากระดับสูงให้สูงยิ่งขึ้นไป โดยมีการประเมิน ติดตามผลและเสริมความรู้และการรับรู้ เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ในกรณีบ้านไกลจัดหน่วยเคลื่อนที่บริการตามเวลาที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของสตรี

2. ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อ เสริมความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ โดยใช้รูปแบบต่างๆ ส่งเสริม ให้สตรีในกลุ่มเป้าหมายให้มีจำนวนการมาตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเพิ่มขึ้น รวมทั้งจากข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับการใช้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ ในการศึกษา ครั้งต่อไปจึงควรมีการสื่อสารที่เป็นรูปธรรม สร้างสื่อฯ ที่โน้มน้าวให้มาตรวจฯ และมีการติดตามประสิทธิผลของ การใช้สื่อ

### เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ สุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติ สาธารณสุข 2544-2549 อ้างจาก กองบรรณาธิการ วารสารหมออนามัย สงครามปราบมะเร็งปากมดลูก กันยายน-ตุลาคม 2551, หน้า 7-11.  
from: <http://www.moph.go.th/ops/doctor/drOct51/docOct51/P7-19special182.pdf>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มะเร็งปากมดลูกคร่าชีวิตหญิงไทย อ้างจาก หนังสือพิมพ์แนวหน้า Copyright; 2007 Update: 25-08-51

- from: <http://www.thaihealth.or.th/node/5498>
3. กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) อ้างจาก การสาธารณสุขไทย 2544-2547, กระทรวง สาธารณสุข หน้า 391.  
from: [http://www.moph.go.th/ops/health\\_48/03.PDF](http://www.moph.go.th/ops/health_48/03.PDF)
  4. สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติของปากมดลูก. นนทบุรี; 2547.  
from: [http://www.healthconers.com/new\\_read\\_news.php?id=30](http://www.healthconers.com/new_read_news.php?id=30)
  5. ศูนย์มะเร็งอุบลราชธานี. การตรวจหามะเร็ง, 2546 Retrieved 8 January, 2006  
from: <http://www.ubonratcancer.org/Cancer/Default.asp>
  6. อำไพ สุภาภา. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 115 หน้า.
  7. Green, Lawrence W., Kreuter, Marshall W., Deeds, Sigrid G., Partridge Kay B. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. California Mayfield publishing Company. 1980.
  8. Rodvall Y, Kemetli L, Tishelman C and Tomberg S. Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden European. Journal of Cancer Prevention: October 2005 - Volume 14 - Issue 5 - pp 459-466. from: [http://journals.lww.com/eurjancerprev/Abstract/2005/10000/Factors\\_related\\_to\\_participation\\_in\\_a\\_cervical.3.aspx](http://journals.lww.com/eurjancerprev/Abstract/2005/10000/Factors_related_to_participation_in_a_cervical.3.aspx) William&Wilkins, 2005.
  9. วนิดา ทางาม. การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจ เซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดย กลุ่มเพื่อนสตรีอำเภอป่าแกว้งจังหวัดศรีสะเกษ. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542. 202 หน้า.

10. ศิรินทิพย์ โคนันเทียบะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน จังหวัดนครราชสีมา (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 221 หน้า.
11. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สรุปรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์, 2548.
12. ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. สรุปรายงานประจำปี, 2546.
13. ฝ่ายข้อมูลและสถิติโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ รายงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2547.
14. กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข ข้อมูลประชากรของจังหวัดนครสวรรค์ ฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์. 2548.
15. Cohen, J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. (3rd Ed.). Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates publishers. 1988, p 259.
16. Burns, N., & Grove, S. K. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders. 2001.
17. ประภาพร สุวรรณ์ชัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่สมรสแล้วอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539. 73 หน้า.
18. วิเชียร เกตุสิงห์. คู่มือการวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2543.
19. Becker, M.H. The health belief model and personal health behavior. New Jersey: Charles B. Slack 1974.
20. ประดับ ทองใส. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 107 หน้า.
21. เจน วีระพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัย ในจังหวัดนครสวรรค์. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2542. 134 หน้า.