

เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกัน และเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลจุฬารัตน์

Reasons for Service Utilization and Health Belief in Cervical Cancer Prevention among Females Undergoing the Cervical Cancer Prevention and Surveillance Project of Chulabhorn Hospital

วารภรณ์ ศิริธรรมานกุล*

Waraporn Sirithammanukul*

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเหตุผลการมารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีจำนวน 360 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามเหตุผลในการมารับบริการ และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว และการเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's method)

ผลการศึกษา พบว่าเหตุผลโดยรวมต่อการมารับบริการ คือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ รองลงมาคือ ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล และเพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ ตามลำดับ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.70$, $SD = 0.37$) การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของสตรีกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ ไม่เคยตรวจ และตรวจสม่ำเสมอ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $.01$ ตามลำดับ)

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ E-mail: wsns8@yahoo.co.th

* Registered nurse, Chulabhorn Hospital. E-mail: wsns8@yahoo.co.th

ข้อเสนอแนะ คือ บุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรสร้างบริการที่ก่อให้เกิดความน่าเชื่อถือให้มากขึ้น สร้างกลุ่มแกนนำเครือข่าย เพื่อน/คนรู้จัก เพื่อจูงใจกลุ่มสตรีให้เข้ารับบริการตรวจ และวางแผนรณรงค์ จูงใจให้สตรีลดอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค รวมทั้งเน้นการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดโรคให้มากขึ้น

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เหตุผลการมารับบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพ การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก

Abstract

This descriptive research aimed to study: 1) reasons for service utilization, and 2) health belief in cervical cancer prevention among Thai females undergoing the cervical cancer prevention and surveillance project at Chulabhorn Hospital. This study were conducted using simple random sampling with 360 Thai female subjects. The research instruments comprised: 1) the reasons for service utilization questionnaire, and 2) health belief in cervical cancer prevention questionnaire. Data analysis was conducted using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, One-way ANOVA and post hoc tests multiple comparisons by Scheffe' method

The results showed that the most common reasons for service utilization among Thai females are that there are no costs, the hospital's reliability, and friends' persuasion, respectively. In addition, health belief in cervical cancer prevention overall aspect were of high range ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.37). There was no statistically significant difference in health belief toward cervical cancer prevention overall aspect among those without previous screening for cervical cancer, not always previous screening for cervical cancer group, and always previous screening for cervical cancer group ($p > .05$). However, perceived susceptibility of cervical cancer aspect and perceived barriers to cervical cancer prevention aspect were statistically significant different ($p < .05$ and $.01$, respectively).

This study suggests that the health personnel involved should create a service that contributes to reliability and creates a friends/acquaintances network for increased rate of female motivation to service utilization. In addition, the campaign should plan to motivate Thai females to reduce perceived barriers of cervical cancer and focus on enhancing perceived susceptibility of cervical cancer.

Keywords: cervical cancer screening, reasons for service utilization, health belief, cervical cancer prevention.

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนเกือบทุกประเทศทั่วโลก¹ รวมถึงประเทศไทยจากข้อมูลสถิติสาธารณสุข พบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งในสตรีอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม² โดย พ.ศ. 2550-2553 พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีอัตราการป่วยเท่ากับ 70.41, 78.01, 72.13 และ 68.41 (ต่อแสนประชากร) และมีอัตราการตายเท่ากับ 5.2, 5.4, 5.3, และ 5.4 (ต่อแสนประชากร)²⁻⁵ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยมีแนวโน้มที่ลดลงสืบเนื่องจากการรณรงค์ของหน่วยงานภาครัฐที่ให้สตรีได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง อันเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ที่แม้มะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและคุกคามสุขภาพสตรีไทย แต่มะเร็งปากมดลูกมีการดำเนินโรคที่ช้า จึงสามารถป้องกันและรักษาให้หายได้ ถ้าตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่เริ่มแรก และหากตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเซลล์เริ่มผิดปกติหรือระยะก่อนมะเร็ง (pre-cancerous lesions) และระยะลุกลามเริ่มแรก (pre-invasive cancer) โอกาสในการรักษาหายได้เกือบร้อยละ 100⁶ อย่างไรก็ตามปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปีจำนวนมากขึ้น⁷⁻⁹ และสตรีมากกว่าร้อยละ 50 มารับการตรวจรักษาเมื่อมีอาการหรือมีการลุกลามของมะเร็งปากมดลูกแล้ว ทำให้ได้รับการวินิจฉัยโรคช้า⁷⁻⁹ ส่งผลให้การรักษาโรคไม่ได้ผลดี¹⁰ หากสตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคด้วยการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถช่วยให้สตรีไม่เป็นมะเร็งปากมดลูกหรือได้รับการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลามได้ แม้ว่าการ

รณรงค์ของหน่วยงานภาครัฐมีความพร้อมในระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยต่อการจัดให้บริการในแต่ละพื้นที่อย่างต่อเนื่องโดยไม่เสียค่าบริการ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินการยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย¹¹ โดยพบสตรีกลุ่มเสี่ยงจำนวนมากไม่น้อยที่ไม่เคยตรวจ¹¹⁻¹⁵ และขาดความสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรอง¹⁵⁻¹⁸ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเหตุผลของการไม่ตรวจคัดกรอง คือ รู้สึกเขินอาย เสียเวลา ไม่มีเวลา ไม่มีอาการผิดปกติ^{15,17,19-25} และไม่คิดว่าตนเองจะเป็นมะเร็ง¹⁵⁻¹⁹ ด้วยพฤติกรรมสุขภาพใดๆ ของบุคคลเป็นอิทธิพลจากความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะกระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำ และสามารถครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วยได้ ซึ่งเบคเกอร์ (Becker)²⁶ ได้เสนอแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในด้านสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีไทยมีความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง^{12,16,27-30} โดยสตรีที่ตรวจคัดกรอง มีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมากกว่าสตรีที่ไม่เคยคัดกรอง^{13,14}

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จัดตั้งโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ เพื่อมุ่งเน้นให้ความรู้ด้วยวิธีการหลากหลาย พร้อมการตรวจเซลล์ปากมดลูกแบบแผ่นบาง (Liquid base cytology) ร่วมกับการตรวจเชื้อไวรัสเอชพีวีความเสี่ยงสูง (HPV genotyping) ที่ถือว่าเป็นการตรวจที่มีความไวและมีความจำเพาะที่สูงใน

ปัจจุบัน³¹ แก่สตรีไทยที่มีอายุ 20-70 ปี จำนวน 5,000 ราย โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย รวมทั้งบริการตรวจติดตามและรักษาอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานสากลเป็นระยะเวลา 5 ปี พยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ในโครงการฯ พบข้อสังเกตว่าสตรีที่มารับบริการในโครงการฯ ให้ความสนใจเข้าร่วมโครงการฯ มากกว่าจำนวนที่กำหนดไว้มาก โดยเป็นสตรีที่มีพฤติกรรมตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการในลักษณะไม่เคยตรวจมาก่อน และตรวจไม่สม่ำเสมอ มากกว่าสตรีที่ตรวจสม่ำเสมอ ทั้งสตรีดังกล่าวมาจากทั่วทุกภูมิภาคในไทย ทั้งที่หน่วยงานหลักของภาครัฐมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอย่างต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่โดยไม่เสียค่าบริการ และจากการทบทวนเอกสารที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์มารับบริการและความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลายการศึกษา แต่ยังไม่พบการศึกษาในลักษณะของสตรีที่ไม่เคยตรวจตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเหตุผลการมารับบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องได้รับรู้และเข้าใจ เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลและดูแลช่วยเหลือสตรีให้ได้รับการรักษาได้ทันเวลาและเหมาะสมต่อไป

และที่สำคัญคือเป็นแนวทางในการวางแผนการเพิ่มอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรอง ให้มากขึ้น และสม่ำเสมอ อันส่งผลให้สตรีที่ไม่เคยตรวจ และตรวจไม่สม่ำเสมอมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อันเป็นการยกระดับความสามารถของสตรีให้มีส่วนรับผิดชอบในสุขภาพของตนเองอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาเหตุผลการมารับบริการของสตรีในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์
2. ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์
3. ศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกโรงพยาบาลจุฬารัตน์ของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมและรายด้าน

สมมติฐาน

คะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวมและรายด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษา เหตุผลการมารับบริการ ความเชื่อด้านสุขภาพใน การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และ เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในโครงการ ป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2554-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2555

ประชากรที่ศึกษาเป็นสตรีที่มารับการ บริการในโครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปาก มดลูกแนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 5,000 ราย

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มารับการบริการใน โครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูก แนวใหม่ โรงพยาบาลจุฬารัตน์ โดยการสุ่ม อย่างง่าย (simple random sampling) มี คุณสมบัติ คือ อายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่เคยรับการตรวจ หรือเคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่า 1 ปี ไม่เป็นโรคมะเร็งหรือมะเร็งปากมดลูก สื่อสารภาษาไทยได้ มีระดับการรู้สดีสมบุรณ์ จำนวน 360 ราย คำนวนจากสูตรการหากลุ่ม ตัวอย่างประชากรที่มีจำนวนแน่นอน (Finite population)³² จำนวน 5,000 ราย ที่ระดับความ เชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ พฤติกรรม สูบบุหรี่/ดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติเกี่ยวกับเพศ สัมพันธ์ การคุมกำเนิด/ตั้งครรภ์/คลอด ประวัติ การเจ็บป่วยทางนรีเวช ประวัติครอบครัว/ญาติ เป็นมะเร็งปากมดลูก อายุที่ตรวจคัดกรอง ครั้ง แรก และเหตุผลของพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง ก่อนมารับบริการ จำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจ สม่ำเสมอ (3 ปีก่อนเข้าโครงการฯ ตรวจด้วยวิธี Pap smear ทุกปี หรือ Liquid base cytology 1 ครั้งในช่วง 3 ปี)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเหตุผลในการมารับ บริการในโครงการฯ ครั้งนี้ซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัย ปรับปรุงจาก อูสมาน แวะหะยี³⁰ ตามกรอบแนวคิด แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker มี จำนวน 37 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) การรับรู้ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4) การรับรู้อุปสรรค ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูก และ 5) แรงจูงใจในการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูก เป็นแบบวัดมาตราส่วนประเมิน ค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลผลแบ่ง 3 ระดับ คือ สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน) ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน) และต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามเหตุผลในการมารับบริการ และแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกผ่านการตรวจสอบความชัดเจนถูกต้องและครอบคลุมตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เป็นแพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสูตินรีเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านสูตินรีเวช 1 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จำนวน 1 ท่าน ภายหลังการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพไปทดลองใช้กับสตรีที่มารับการบริการในโครงการฯ ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์เชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's Coefficiency) โดยรวมเท่ากับ 0.896

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่โครงการป้องกันและเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเข้าในโครงการฯ แล้วเสร็จ ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างในห้องตรวจที่มีมิติซิดเพื่อป้องกันการเปิดเผยที่ทำให้สตรีรู้สึกเขินอายในการให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่ม

ตัวอย่างเป็นรายบุคคลเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่แจ่มแจ้งวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 15-20 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัย จุฬารัตน์ ตามเอกสารเลขที่ 11/2554 โดยผู้วิจัยชี้แจงต่อกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษา ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ ผลวิจัยถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ทั้งยังเปิดโอกาสในการซักถามตลอดการเก็บข้อมูล พร้อมการยืนยันเข้าร่วมงานวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคล เหตุผลการมารับบริการ และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยการวิเคราะห์ค่าความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และ Post Hoc Tests Multiple Comparisons ด้วยวิธีของ Scheffe's method โดยทดสอบที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. สตรีที่มาใช้บริการบริการในโครงการฯ จำนวน 360 ราย พบว่า มากกว่าครึ่งเป็นสตรีที่ตรวจคัดกรอง ไม่สม่ำเสมอ (จำนวน 203 คน, ร้อยละ 56.39) จำนวน 1 ใน 3 เป็นสตรีที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง (จำนวน 119 คน, ร้อยละ 33.06) และสตรีตรวจคัดกรองฯ สม่ำเสมอ จำนวน 38 คน (ร้อยละ 10.55) อายุระหว่าง 21-69 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี (ร้อยละ 34.72) อายุเฉลี่ย 43.73 ปี (SD. = 11.37) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 55.28) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 51.94) รายได้ 10,001-20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 44.72) เฉลี่ย 24,108.46 บาท/เดือน (SD.= 20,005.75) เป็นพนักงานบริษัท (ร้อยละ 32.50) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.33) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 62.22) เป็นผู้ที่มิเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 92.22) โดยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 20-29 ปี (ร้อยละ 70.18) ไม่มีคู่สัมพันธ์ทางเพศมากกว่า 1 คน (ร้อยละ 73.19) เคยคุมกำเนิด (ร้อยละ 92.17) เคยตั้งครรภ์/คลอดบุตร (ร้อยละ 72.29) มีประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวช (ร้อยละ 71.39) ไม่มีประวัติบุคคลในครอบครัว/ญาติเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 85.00) อายุที่ตรวจคัดกรองครั้งแรก 30-39 ปี (ร้อยละ 37.22) (ตารางที่ 1)

เหตุผลในการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการของกลุ่มไม่เคยตรวจและกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 64.71 และ 62.56 ตามลำดับ) สำหรับกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ คือการ

ฝ้าระวังและ/หรือป้องกันโรค (ร้อยละ 47.37) (ตารางที่ 2)

2. เหตุผลการมารับบริการในโครงการฯ พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่โดยรวม คือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ร้อยละ 65.83) กลุ่มไม่เคยตรวจ กลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ มีลักษณะเดียวกัน คือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ร้อยละ 65.83, 74.79, และ 63.55 ตามลำดับ) รองลงมา คือ เพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ และความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล สำหรับกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ มีเหตุผลส่วนใหญ่ คือความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล (ร้อยละ 65.79) รองลงมา คือตรวจสุขภาพประจำปี และไม่เสีย ค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ตารางที่ 3)

3. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีรวม 3 กลุ่มทั้งโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการรับรู้ด้านอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในปานกลาง (ตารางที่ 4) นอกจากนี้ เมื่อจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มสตรี 3 กลุ่ม พบว่าโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มสตรีที่ไม่เคยตรวจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มตรวจสม่ำเสมออยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 360)

ข้อมูลส่วนบุคคล		ไม่เคย (n=119)		ไม่สม่ำเสมอ (n=203)		สม่ำเสมอ (n=38)		รวม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี):	20 - 29	38	31.93	10	4.92	4	10.53	52	14.44
	30 - 39	44	36.97	34	16.75	5	13.16	83	23.06
	40 - 49	29	24.37	64	31.53	7	18.42	100	27.78
	50 - 60	8	6.73	95	46.80	22	57.89	125	34.72
อายุเฉลี่ย (ปี) : \bar{X} (S.D.)		35.82 (9.15)		47.40 (10.00)		32.58 (7.67)		43.73 (11.37)	
สถานภาพสมรส :	โสด	65	54.62	37	18.23	8	21.05	110	30.56
	คู่	44	36.97	129	63.54	26	68.42	199	55.28
	หย่า/หม้าย/แยก	10	8.41	37	18.23	4	10.53	51	14.16
ระดับการศึกษา :	ประถมศึกษา	6	5.04	22	10.84	3	7.89	31	8.61
	มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	24	20.17	64	31.53	12	31.58	100	27.78
	ปริญญาตรี	73	61.34	95	46.80	19	50.00	187	51.94
	สูงกว่าปริญญาตรี	16	13.45	22	10.83	4	10.53	42	11.67
รายได้ (บาท/เดือน):	≤ 10,000	19	15.97	42	20.69	7	18.42	68	18.89
	10,001 - 20,000	65	54.62	78	38.42	18	47.37	161	44.72
	20,001 - 30,000	17	14.28	35	17.24	3	7.89	55	15.28
	> 30,000	18	15.13	48	23.65	10	26.32	76	21.11
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน) : \bar{X} (S.D.)		20,205.88 (14,564.29)		24,984.53 (23,266.13)		21,921.58 (14,404.12)		24,108.46 (20,005.75)	
อาชีพ :	พนักงานบริษัท	61	51.26	50	24.63	6	15.79	117	32.50
	แม่บ้าน	9	7.56	66	32.52	14	36.85	89	24.72
	ธุรกิจส่วนตัว	19	15.97	41	20.20	9	23.68	69	19.17
	รับราชการ	12	10.08	17	8.37	4	10.53	33	9.17
	รัฐวิสาหกิจ	9	7.56	9	4.43	3	7.89	21	5.83
	รับจ้าง	4	3.36	13	6.41	2	5.26	19	5.28
	อื่นๆ	5	4.21	7	3.44	-	-	12	3.33
พฤติกรรมสูบบุหรี่ :	ไม่สูบ	118	99.16	198	97.54	38	100	354	98.33
	สูบ	1	0.84	5	2.46	-	-	6	1.67
พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์:	ไม่เคยดื่ม	57	47.90	139	68.47	28	73.68	224	62.22
	เคยดื่ม / นานๆ ครั้ง	59	49.58	53	26.11	10	26.32	122	33.89
	ดื่มประจำ	3	2.52	11	5.42	-	-	14	3.89
การมีเพศสัมพันธ์ :	ไม่เคย	13	10.92	11	5.42	4	10.53	28	7.78
	เคย	106	89.08	192	94.58	34	89.47	332	92.22

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ไม่เคย (n=119)		ไม่สม่ำเสมอ (n=203)		สม่ำเสมอ (n=38)		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ < 20	23	21.70	29	15.11	4	11.76	56	16.87
ครั้งแรก(ปี) (n=332) : 20 - 29	73	68.87	136	70.83	24	70.59	233	70.18
> 30 ขึ้นไป	10	9.43	27	14.06	6	17.65	43	12.95
มีคู่สัมพันธ์ทางเพศ >1 คน (n=332) :								
ไม่มี	71	66.98	143	74.48	29	85.29	243	73.19
มี	35	33.02	49	25.52	5	14.71	89	26.81
การคุมกำเนิด (n=332) :								
ไม่เคย	10	9.43	12	6.25	4	11.76	26	7.83
เคย	96	90.57	180	93.75	30	88.24	306	92.17
การตั้งครรภ์/คลอดบุตร (n=332) :								
ไม่เคย	57	53.77	29	15.10	6	17.65	92	27.71
เคย	49	46.23	163	84.90	28	82.35	240	72.29
ประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวช :								
ไม่มี	39	32.77	55	27.09	9	23.68	103	28.61
มี	80	67.23	148	72.91	29	76.32	257	71.39
บุคคลในครอบครัว/ญาติเป็น								
ไม่มี	104	87.39	168	82.76	34	89.48	306	85.00
มะเร็งปากมดลูก :								
มี	7	5.88	26	12.81	1	2.63	34	9.44
ไม่ทราบ	8	6.73	9	4.43	3	7.89	20	5.56
อายุที่ตรวจคัดกรองมะเร็ง								
< 20	-	-	2	0.99	2	5.26	4	1.11
ปากมดลูกครั้งแรก (ปี) :								
20 - 29	38*	31.93	63	31.03	11	28.95	112	31.11
30 - 39	44*	36.97	75	36.95	15	39.48	134	37.22
≥ 40	37*	31.08	38	18.72	8	21.05	83	23.06
จำไม่ได้	-	-	25	12.31	2	5.26	27	7.50

* การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเหตุผลการมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 3 ลำดับแรก
 จำแนกตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการ (n = 360)

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกก่อนมารับบริการ	เหตุผลของพฤติกรรมการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการ*	จำนวน	ร้อยละ ของกลุ่ม	ร้อยละ ของทั้งหมด
ไม่เคย (n=119, 33.06%)	ไม่มีอาการผิดปกติ	77	64.71	21.39
	ไม่มีเวลาไปตรวจ	61	51.26	16.94
	กลัวเจ็บ / กลัวการตรวจ	44	36.97	12.22
ไม่สม่ำเสมอ (n=203, 56.39%)	ไม่ตรวจเพราะไม่มีอาการผิดปกติ	127	62.56	35.28
	ไม่ตรวจเพราะไม่มีเวลาไปตรวจ	77	37.93	21.39
	ไม่ตรวจเพราะอาย	52	25.62	14.44
	ตรวจเพราะตรวจสุขภาพประจำปี	143	70.44	39.72
	ตรวจเพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก	47	23.15	13.06
	ตรวจเพราะมีอาการผิดปกติ	32	15.76	8.89
สม่ำเสมอ (n=38, 10.55%)	เฝ้าระวัง และ/หรือ ป้องกันโรค	18	47.37	5.00
	ตรวจสุขภาพประจำปี	13	34.21	3.61
	กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก	9	23.68	2.50

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของเหตุการณ์การมารับบริการในโครงการฯ 3 ลำดับแรก จำแนกตาม พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการ (n = 360)

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนมารับบริการ	เหตุการณ์การมารับบริการในโครงการฯ *	จำนวน	ร้อยละของกลุ่ม	ร้อยละของทั้งหมด
ไม่เคย (n=119, 33.06%)	ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ฟรี)	89	74.79	24.72
	เพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ	67	56.30	18.61
	ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล	63	52.94	17.50
ไม่สม่ำเสมอ (n=203, 55.39%)	ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ฟรี)	129	63.55	35.83
	ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล	128	63.05	35.56
	เพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ	105	51.72	29.17
สม่ำเสมอ (n=38, 10.55%)	ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล	25	65.79	6.94
	ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	24	63.16	6.67
	ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ฟรี)	19	50.00	5.28
โดยรวม (n=360)	ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ (ฟรี)	237	65.83	65.83
	ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล	216	60.00	60.00
	เพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ	172	47.78	47.78

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม (n = 360)

ความเชื่อด้านสุขภาพ	ระดับความเชื่อ						\bar{X}	S.D.	โดยรวม
	ต่ำ		ปานกลาง		สูง				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	0	0.00	166	46.1	194	53.89	3.75	0.50	สูง
การรับรู้ความรุนแรง	4	1.11	92	25.56	264	73.33	3.79	0.61	สูง
การรับรู้ประโยชน์	9	2.50	14	3.89	337	93.61	4.41	0.46	สูง
การรับรู้อุปสรรค	196	54.44	62	17.22	102	28.33	2.38	0.77	ปานกลาง
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	6	1.67	5	1.39	349	96.94	4.03	0.67	สูง
รวม	0	0.00	165	45.83	195	54.17	3.70	0.37	สูง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n = 360)

ความเชื่อ ด้านสุขภาพ	ไม่เคยตรวจ (n=119)			ตรวจไม่สม่ำเสมอ (n=203)			ตรวจสม่ำเสมอ (n=38)			F	P-value
	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.70	0.49	สูง	3.77	0.51	สูง	3.85	0.44	สูง	4.178	0.016*
การรับรู้ความรุนแรง	3.74	0.63	สูง	3.77	0.59	สูง	3.96	0.58	สูง	1.227	0.294
การรับรู้ประโยชน์	4.35	0.51	สูง	4.44	0.45	สูง	4.43	0.37	สูง	2.834	0.060
การรับรู้อุปสรรค	2.58	0.76	ปานกลาง	2.32	0.76	ต่ำ	2.06	0.69	ต่ำ	5.468	0.005**
แรงจูงใจด้านสุขภาพ	3.99	0.70	สูง	4.02	0.68	สูง	4.11	0.58	สูง	0.033	0.968
รวม	3.70	0.36	สูง	3.70	0.37	สูง	3.73	0.33	สูง	0.164	0.849

หมายเหตุ : * P < .05

** P < .01

4. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมของกลุ่มไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองฯ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงกว่ากลุ่มไม่เคยตรวจ นอกจากนี้ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มไม่เคยตรวจรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งที่สูงสุด รองลงมา คือ กลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ และกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

อภิปรายผล

1. เหตุผลการมารับบริการในโครงการของสตรีโดยรวม รวมทั้งกลุ่มไม่เคยตรวจ และกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ 3 ลำดับแรก มีเหตุผลลักษณะเดียวกันคือ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล และเพื่อน/คนรู้จักชวนให้มาตรวจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี ครุฑทิน¹⁴ พบว่าเหตุผลจูงใจของสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ แพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการรณรงค์ให้ไปตรวจ เพื่อนบ้านชักชวน และสอดคล้องกับ รัชนิพร เจริญสืบสันต์¹⁷ ที่พบว่าความศรัทธาในโรงพยาบาลและแพทย์ผู้รักษาเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้เกิดการมารับบริการตรวจคัดกรองอธิบายได้ว่าเมื่อมีการรณรงค์การตรวจคัดกรอง ด้วยไม่เสียค่าใช้จ่าย อีกทั้งการจัดบริการเกิดขึ้นโดยโรงพยาบาลจุฬารัตน์ซึ่งสตรีให้

ความเชื่อถือในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งมีบุคคลใกล้ชิด เป็นแรงเสริมและสนับสนุนในการเข้ารับบริการ ซึ่งบุคคลใกล้ชิดถือเป็นการกระตุ้นจากภายนอกต่อการกระตุ้นเตือนให้เกิดการรับรู้ในการป้องกันโรคที่ดี ซึ่งแม้ว่าสตรีที่ไม่เคยตรวจและตรวจไม่สม่ำเสมอ มีเหตุผลของพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองก่อนมารับบริการในสตรี คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่มีเวลาไปตรวจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ^{17,19-25} แต่เมื่อเกิดบริบทของบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในลักษณะเช่นนี้ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่เป็นแรงจูงใจและกระตุ้นต่อการมารับบริการ และเป็นที่น่าสังเกตว่า “ความน่าเชื่อถือของโรงพยาบาล” เป็นเหตุผลส่วนใหญ่ในการมารับบริการของกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ รองลงมา คือ การตรวจสุขภาพประจำปี และไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามลำดับ อธิบายได้ว่ากลุ่มตรวจสม่ำเสมอซึ่งมีการรับรู้ในการเฝ้าระวังและ/หรือป้องกันโรครวมทั้งกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นพื้นฐาน และมีพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว ซึ่งเป็นเหตุผลของพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองก่อนมารับบริการ ดังนั้นเมื่อมีการจัดบริการที่เกิดขึ้นจากหน่วยงานที่กลุ่มสตรีให้ความเชื่อถือในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งสอดคล้องกับความต้องการในการตรวจสุขภาพประจำปีของตนโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งสามารถลดค่าใช้จ่ายในสิ่งที่ต้องปฏิบัติโดยปกติ จึงเป็นแรงผลักดันต่อการมารับบริการครั้งนี้

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษา รุจิรา ดวงสงค์¹³ สุมาลี คุรุฑิน¹⁴ และอรศรี สุวิมล³³ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมในระดับมาก เป็น

ไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มีรายได้ที่คล้ายคลึงกันอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาทต่อเดือน จึงมีโอกาสเข้าถึงความรู้เรื่องโรคและอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและ/หรือจากสื่อต่างๆ ที่รณรงค์ได้บ่อยครั้ง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามไม่สอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์¹³ และสุภาพร รังสีสุวรรณ³⁴ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมีการรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับปานกลาง

3. เปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้ง 3 กลุ่ม โดยรวมไม่แตกต่างกัน ($F = 0.164, P > .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ พุฒิตา พรหมวิวัฒน์, โยทยา ภาคพงศ์ และ มยุรี นีรัตราดร³⁵ พบว่ากลุ่มที่เคยตรวจและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมไม่มีความแตกต่างกัน อธิบายได้จากความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker²⁶ ที่ว่าปัจจัยพื้นฐานจะกระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคได้ เพราะความเชื่อทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจและยอมรับที่จะปฏิบัติ เป็นส่วนที่มีอิทธิพลในการกระทำของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ จึงอธิบายได้ว่าสตรีกลุ่มที่ไม่เคยตรวจ ตรวจไม่สม่ำเสมอ และตรวจสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจมีการรับรู้พื้นฐานเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกคล้ายคลึงกันในแง่ของวิถีชีวิตประจำวัน

ด้วยสภาพเขตเมือง ดังกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี
ภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ อาจส่งผลให้การแสดง
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านการรับรู้
โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สตรี
มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงแตกต่างกัน ($F = 4.178, P < .05$) โดยสตรีกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอและกลุ่ม
ตรวจสม่ำเสมอ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง
สูงกว่ากลุ่มไม่เคยตรวจ สอดคล้องกับ รุจิรา ดวงสงค์¹³
และสุมาลี คุรุทิน¹⁴ พบว่าสตรีที่ตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด
โรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก อธิบายได้ว่าอายุ สถานภาพ
สมรส อาชีพที่ความแตกต่างกัน ซึ่งกลุ่มตรวจไม่
สม่ำเสมอและกลุ่มตรวจสม่ำเสมอ ส่วนใหญ่มีอายุ
ระหว่าง 50-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพเป็น
แม่บ้าน ส่วนกลุ่มไม่เคยตรวจ ส่วนใหญ่มีอายุ
ระหว่าง 30-39 ปี สถานภาพสมรสโสด อาชีพเป็น
พนักงานบริษัท ส่งผลให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ
การเกิดมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปาก
มดลูก พบว่าสตรีทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้ความรุนแรง
ของโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ($F = 1.227, P > .05$) แสดงให้เห็นว่าความเชื่อในการ
รับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกที่มีผลกระทบต่อร่างกาย การดำรงชีวิตไม่แตกต่างกัน เนื่องจาก
กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก
แม้ว่าเป็นสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้นหรือยังไม่มีอาการของ
มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก เนื่องมาจาก
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี
และมีประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวชจึงมีโอกาส

เข้าถึงความรู้เรื่องโรคและอันตรายของโรคมะเร็ง
ปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพและ/หรือจากสื่อ
ต่างๆ ที่ได้รับแรงค้ำออกไป เช่น สื่ออิเล็กทรอนิกส์
โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ต่างๆ เป็นต้น สอดคล้อง
กับ รุจิรา ดวงสงค์¹³ และสุมาลี คุรุทิน¹⁴ ที่พบ
ว่าสตรีมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปาก
มดลูกในระดับดีถึงดีมาก

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนใน
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าของสตรี
ทั้ง 3 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F = 2.834, P > .05$)
อาจเนื่องด้วยสตรีทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษา
ระดับปริญญาตรี มีรายได้ที่คล้ายคลึงกันอยู่ในช่วง
10,001-20,000 บาท ต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างอาจมี
ความเชื่อในการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกันได้
ทั้งนี้อาจเนื่องจากมีความคิดเห็นที่ดีต่อการรับรู้
ประโยชน์การป้องกันมะเร็งปากมดลูก ส่งผลต่อ
พฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สอดคล้อง
กับ พุฒิตา พรหมวิอินทร์, โยทะกา ภคพงศ์ และ
มยุรี นริศธรราด³⁵ และรุจิรา ดวงสงค์¹³ พบว่าการ
รับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ระหว่างสตรีที่มาและไม่มารับการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีทั้ง 3 กลุ่ม
มีการรับรู้ประโยชน์แตกต่างกัน ($F = 5.468, P < .05$) พบว่าสตรีกลุ่มไม่เคยตรวจรับรู้อุปสรรคสูง
ที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ และ
กลุ่มตรวจสม่ำเสมอ อธิบายได้ว่าสตรีทั้ง 3 กลุ่ม
รับรู้ถึงผลดีของการป้องกันมะเร็งปากมดลูก แต่

สตรีกลุ่มไม่เคยตรวจ มีการปฏิบัติไม่สะดวกมากกว่า เนื่องด้วยเหตุผลที่ตนไม่มีเวลาไปตรวจ และกลัวเจ็บ/กลัวการตรวจ (ตารางที่ 2) อาจทำให้เกิดความขัดแย้งหรือหลีกเลี่ยงที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคทุกครั้ง ส่งผลให้สตรีกลุ่มไม่เคยตรวจมีความเชื่อในการรับรู้อุปสรรคของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร รังสีสุวรรณ³⁴ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง สำหรับสตรีกลุ่มตรวจไม่สม่ำเสมอ ซึ่งมีการปฏิบัติเป็นบางครั้ง อาจเนื่องด้วยมีความอาย (ตารางที่ 2) จึงกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคได้บางครั้ง แต่สำหรับสตรีกลุ่มตรวจสม่ำเสมอสามารถปฏิบัติได้สะดวกมากกว่าเพื่อให้บรรลุถึงเหตุผลในการเฝ้าระวัง / ป้องกันโรค จึงรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ สอดคล้องกับ วิภาวดี ศรีทอง³⁶ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกระดับน้อย ส่งผลให้สตรีทั้ง 3 กลุ่มมีความเชื่อในการรับรู้อุปสรรคของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

และด้านแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีทั้ง 3 กลุ่มมีการรับรู้แรงจูงใจไม่แตกต่างกัน ($F = 0.033, P > .05$) อาจเนื่องด้วยสตรีทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (โดยรวมร้อยละ 51.94) มีรายได้ที่คล้ายคลึงกันอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ต่อเดือน (โดยรวมร้อยละ 44.72) อีกทั้งเคยมีประวัติการเจ็บป่วยทางนรีเวช (โดยรวมร้อยละ

71.39) ประกอบกับเมื่อมีการรณรงค์ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกนี้เป็นการบริการจากหน่วยงานที่สตรีมากกว่าร้อยละ 50 รับรู้ถึงความน่าเชื่อถือ จึงส่งผลให้มีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลไปวางแผนรณรงค์จูงใจแก่สตรีโดยเฉพาะการสร้าง ความน่าเชื่อถือของการบริการ และสามารถลดปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกให้มากขึ้น โดยเฉพาะสตรีกลุ่มไม่เคยตรวจและไม่สม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองฯ
2. จัดทำโปรแกรมสร้างเสริมความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและมีพฤติกรรม การตรวจ คัดกรองฯ ที่เหมาะสมในกลุ่มไม่เคยตรวจและตรวจไม่สม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์ กิตติคุณ นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา รองประธาน บริหารโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ศาสตราจารย์นายแพทย์ พิทยภูมิ ภัทรนุชพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จุฬารัตน์ รองศาสตราจารย์ดร.แพทย์หญิงจิรายุ เอื้อวรากุล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ ฝ่ายวิจัยและวิชาการ คุณมาริษา สมบัติบุรณ์ หัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่ในโครงการฯ ทุก ท่านที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกต่อการ ทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดีตลอดจนผู้เกี่ยวข้องทุก ท่านที่มีได้เอ่ยนามที่ได้อำนวยความสะดวกต่างๆ ครั้งนี้ให้สำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Arbyn M, Castellsagué X, de Sanjosé S, Bruni L, Saraiya M, Bray F, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol* 2011;22(12):2675-86.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
3. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2552.
4. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2553.
5. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554.
6. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D, Moscicki AB, Smith RA, Eyre HJ, et al. American cancer society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *J Low Genit Tract Dis* 2003;7(2):67-86.
7. Attasara P, Buason R, editors. Hospital-based cancer registry 2007. Bangkok: Nation Cancer Institute; 2008.
8. Attasara P, Buason R, editors. Hospital-based cancer registry 2008. Bangkok: Nation Cancer Institute; 2009.
9. Attasara P, Buason R, editors. Hospital-based cancer registry 2009. Bangkok: Nation Cancer Institute; 2010.
10. Green J, Berrington de Gonzalez A, Sweetland S, Beral V, Chilvers C, Crossley B, et al. Risk factors for adenocarcinoma and squamous cell carcinoma of the cervix in women aged 20–44 years: the UK National Case–Control Study of Cervical Cancer. *Br J Cancer* 2003;89(11):2078-86.
11. กรมอนามัย. โครงการประเมินผลมาตรฐานอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับประชาชน. กรุงเทพฯ: กองอนามัยการเจริญพันธุ์; 2549.
12. จุฬารัตน์ สุวัชรชัยติวงศ์. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่; 2546.

13. รุจิรา ดวงสงค์. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต่อหญิง เทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
14. สุมาลี ครุฑทิน. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2551.
15. บุญธิญา สุทธิโคตร, สมเดช พิณจสุนทร. ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต่อการเข้ารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557;2(1):45-52.
16. เรณู กาวิละ. ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2537.
17. รัชนิพร เจ็งสีบสันต์. รายงานการวิจัยเรื่อง ความรู้ และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
18. สรिता วีระวัฒน์สกุล, วราภรณ์ ศิริสว่าง, สมศรี ปัทมพันธ์. รายงานการวิจัยเรื่อง การตัดสินใจการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. เชียงใหม่: ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2538.
19. เจตนา ศรีใส. ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน [การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540.
20. จิรนนท์ มงคลดี. ความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ [การค้นคว้าแบบอิสระสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
21. นุชนารถ ชูเกียรติ. การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทอำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาธาณสุขศาสตร์ สาขาสุขภาพศึกษา]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539.
22. ปาจริย์ จันท์เพ็ง. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.

23. วนิตา เสนะวงษ์. ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษารวมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัดนนทบุรี [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
24. อำไพ สุภากร. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
25. วารุณี สูดแสง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2551.
26. Becker MH, editor. The health belief model and personal health behaviour. Thorofare: Charles B. Slack;1974.
27. เจษฎา ศรีงาม. พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาชุมชน]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2547.
28. ไกรสิทธิ์ ดันติศิรินทร์, เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, ลินดา วงศานุพัทธ์. รายงานผลการวิจัยโครงการแม่บทและโครงการย่อยภายใต้ โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.
29. ยุภาพร ศรีจันทร์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2548.
30. อุษมาน แวะหะยี. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี [การค้นคว้าอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
31. Mayrand MH, Duarte-Franco E, Rodrigues I, Walter SD, Hanley J, Ferenczy A, et al. Human papillomavirus DNA versus Papanicolaou screening tests for cervical cancer. N Engl J Med 2007;357(16):1579-88.
32. Mendenhall W, Beaver RJ, Beaver BM. Introduction to probability and statistics. 14th ed. Australia: Brooks/Cole Cengage Learning; 2012.

33. อรศรี สุวิมล. การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอลำปลายมาศจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
34. สุภาพร รังสีสุวรรณ. ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นการกระทำและปัจจัยทางวัฒนธรรมกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบท ตำบลนาโสี อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2539.
35. พุฒิดา พรหมวิอินทร์, โยทะกา ภคพงศ์, มยุรี นีรัตตราดร. การเปรียบเทียบความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในจังหวัดสมุทรปราการ. พยาบาลสาร. 2558;42(3):84-94.
36. วิภาวดี ศรีทอง. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ [งานนิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.