

พฤติกรรม และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

จุฬารัตน์ ปราสาท

กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
พ.ศ.2557

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** พฤติกรรมและทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** พฤษภาคม – มิถุนายน 2557
3. **สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ** 100 %
4. **ผู้ร่วมจัดทำผลงาน** -
5. **บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2557 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบบังเอิญ ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความคิดเห็นต่อขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่เคยรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัย ดังนี้ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 82.5 เหตุผลที่มาตรวจคือตรวจพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปี และไม่เคยตรวจ ร้อยละ 17.5 เหตุผล คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 85.7 ตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก ระหว่างอายุ 35-39 ปี ความถี่ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะตรวจ 3 ครั้งใน 5 ปี สถานบริการที่ไปรับบริการ ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการของรัฐ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ 2) ทัศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำแนก 4 ด้าน ดังนี้ 2.1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 2.2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เห็นว่ามีมีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 2.3) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ในระดับสูง ร้อยละ 73.37 2.4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่รับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 3) ความคิดเห็นต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน ร้อยละ 62.6 ของกลุ่มตัวอย่าง ให้เหตุผลของการมารับบริการคือ มาตรวจสุขภาพประจำปีที่นี่ ความคิดเห็นต่อขั้นตอนของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สถานที่ให้บริการ การซักประวัติผู้รับบริการ การบอกผลการตรวจไปที่บ้าน ความถี่ของการนัดตามซ้ำทุก 1 ปี ส่วนใหญ่เห็นว่ามีเหมาะสม ร้อยละ 85.5 ยกเว้น การส่งผลตรวจไปที่บ้านกลุ่มอย่างต้องการให้เร็วกว่า 1 เดือน และเพิ่มช่องทางการสื่อสารเป็นทางโทรศัพท์เพิ่มขึ้น

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การที่จะทำให้กลุ่มสตรีเป้าหมาย อายุ 30-60 ปีที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เห็นความสำคัญและได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกคน และมีความสม่ำเสมอในการตรวจคัดกรองนั้น ประชาชนต้องมีความรู้ ทัศนคติที่ดีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญในการให้ความรู้ ส่งเสริมจะส่งผลถึงการมีทัศนคติที่ดี ทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หรืออื่นๆ จะทำให้ประชาชนทราบถึงโรคมะเร็งปากมดลูกได้ดียิ่งขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้

6. บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศที่คุกคามชีวิตสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนา พบเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านม จากสถิติการคาดประมาณในปี 2543 มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เป็นจำนวน 466,000 รายในโลก และอยู่ในประเทศพัฒนา 96,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และในประเทศที่กำลังพัฒนา 370,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่ง ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุหลักหลักของมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human Papilloma Virus, HPV) หรือไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะไวรัสเอชพีวี 16 ซึ่งสาเหตุการตายที่พบบ่อย คือ การตรวจคัดกรองที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยก่อนการเป็นมะเร็ง และให้การรักษาย่างทันท่วงทีเมื่อพบมะเร็งในระยะลุกลาม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2548) หรืออีกสาเหตุคือ ไม่มีโอกาสได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากสถิติของประเทศไทย โรคมะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม จากรายงานของ WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre), Human Papillomavirus and Related Cancers in Thailand, Summary Report 2010 ได้รายงานในปี พ.ศ.2551 ประเทศไทยมีประชากรสตรีที่เสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก 26.09 ล้านคน มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 9,999 ราย เสียชีวิต 5,216 ราย หรือประมาณร้อยละ 53 คิดเป็นวันแล้วจะมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 14 คน อุบัติการณ์โดยรวมของมะเร็งปากมดลูกในช่วง 15 ปี ที่ผ่านมามีการลดลงเพียงเล็กน้อยแต่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นเรื่อยๆ ถ้าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงในระดับนี้โดยไม่มีมาตรการหรือยุทธวิธีใหม่ที่มีประสิทธิภาพมาป้องกัน คาดว่าในปี พ.ศ.2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่สูงขึ้นเป็นปีละประมาณ 13,082 คน เสียชีวิต 7,871 ราย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (2557) จากรายงานทางระบาดวิทยาของมะเร็งในประเทศไทย ฉบับล่าสุดปี พ.ศ.2553 ซึ่งรวบรวมข้อมูลในระหว่างปี พ.ศ.2544-2546 พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกที่ปรับตามโครงสร้างมาตรฐานอายุ หรือ Age-Standardized incidence Rate (ASR) คิดเป็น 18.1 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย จัดเป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในสตรีไทย รองจากมะเร็งเต้านม (ASR 20.9 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย) โดยพบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทยสูงสุดที่จังหวัดระยอง โดยมี ASR 36.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย รองลงมา คือ จังหวัดชลบุรี 30.6 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย และต่ำสุดที่จังหวัดขอนแก่น 15.3 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ส่วนในจังหวัดอุบลราชธานี อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก 23.3 ราย ต่อประชากร 100,000 ราย ซึ่งมีอุบัติการณ์ (ASR) เป็นอันดับ 6 ของประเทศ โดยภาพรวมของประเทศชนิดของมะเร็งปากมดลูกที่พบได้บ่อยที่สุด คือ Squamous cell carcinoma คิดเป็นร้อยละ 69.8-81.8 รองลงมา คือ Adenocarcinoma คิดเป็นร้อยละ 9.8-22.8 อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงสุดในช่วงอายุ 50-55 ปี และจากการศึกษาทางด้านไวรัส พบว่า เชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human Papilloma Virus, HPV) หรือไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะไวรัสเอชพีวี 16 และ 18 เป็นสาเหตุหลักให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัส ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย วิธีที่ดีที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมะเร็งปากมดลูกและลดอุบัติการณ์การตายด้วยมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย ได้แก่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ ระหว่าง 35-45 ปี โดยวิธี Pap smear ซึ่งสามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (2531) อ้างอิงใน เจตนา ศรีใส (2540) และมีการพิสูจน์อย่างแน่ชัดว่าการทำPap smear สามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์มะเร็งที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่จะกลายเป็นเซลล์มะเร็ง จึงเป็นประโยชน์ที่สามารถวินิจฉัย ป้องกันและรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2548) จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2549 พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 28.93 กระทรวงสาธารณสุข (2551) ปัญหาใน

การไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง เนื่องจากการที่ไม่มีอาการผิดปกติ และอายุที่จะเปิดเผยอวัยวะ จูฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี สุดแสง (2551) พบว่า เหตุผลที่สตรีไปตรวจมะเร็งปากมดลูก คือจากการรณรงค์ให้ไปตรวจ และเหตุผลที่ไม่ไปตรวจ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และอายุเจ้าหน้าที่การศึกษาของ สุมาลี ครุฑหิน (2551) ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสุภาพสตรีที่มาและไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 นริสรา พิงโพธิ์สภ (2544) ได้ศึกษาการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทย ช่วงอายุ 35-60 ปี พบว่า ปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เขตที่อยู่อาศัย ภาคที่อยู่อาศัย และการมีหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พงณา เชาว์ปัญญานนท์ และศุภชัย นิลคำ (2544) ได้ศึกษาพฤติกรรม ปัญหา อุปสรรค และทัศนคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มอายุที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ 40-44 ปี ร้อยละ 23.9 และมารับการตรวจต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้งใน 5 ปี ร้อยละ 38 เหตุผลที่มาตรวจ คือ ใกล้บ้าน และสาเหตุที่ไม่มารับบริการไม่ต่อเนื่อง คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และเหตุผลที่มาตรวจในแต่ละครั้งมากที่สุดคือ มาตรวจสุขภาพประจำปี และกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก เบคเกอร์ และคณะ อ่างใน เรณู กาวีละ (2537) ได้เสนอแนวคิด กลวิธีในการส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ ในรูปแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) โดยคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของบุคคล ได้แก่ การรับรู้ของบุคคลต่อภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ ตลอดจนอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานที่กระตุ้นบุคคลให้ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรค จากรายงานสถานการณ์และแนวโน้มการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดอุบลราชธานี อยู่ในลำดับที่ 7 เมื่อเทียบกับผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งทั้งหมด จากข้อมูลอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ปี 2549-2552 มีอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้ 1.91, 2.24, 2.12, 2.28 อัตราต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปีมีแนวโน้มสูงขึ้น การตรวจรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear เป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการรณรงค์ให้สตรีที่มีอายุ 35-60 ปี และตรวจทุก 5 ปี จนถึงอายุ 60 ปี ได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อการป้องกันและค้นหาโรครายแรกซึ่งสามารถรักษาหายขาดได้ จังหวัดอุบลราชธานีได้ดำเนินการในทุกอำเภอ ซึ่งในรายที่มีผลคัดกรองผิดปกติจะได้รับการตรวจวินิจฉัย และรักษาผ่านระบบส่งต่ออย่างครบวงจร จากการตรวจคัดกรองระหว่างปี 2549 - 2553 ดำเนินการในกลุ่มหญิงอายุระหว่าง 35-60 ปี ที่มีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ผลการดำเนินงานมีการตรวจคัดกรองสตรีได้ร้อยละ 60-80 ในปี 2553 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ ดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายการดำเนินงานกลุ่มประชากรสตรี อายุ 30-60 ปี ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปี ข้อมูลสะสมผลการคัดกรอง ปี 2553-2554 มีสตรีได้รับการตรวจ 90,631 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.52 จากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปี 2553 พบความผิดปกติทั้งสิ้น 185 รายคิดเป็นร้อยละ 0.26 จากจำนวนผู้ได้รับการตรวจคัดกรองทั้งสิ้น 71,757 คน ทุกๆรายได้รับการตรวจยืนยันและพบผลการตรวจผิดปกติ 179 ราย ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา 179 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 (ที่มา รง.505 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี)

ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลส่งเสริมสุขภาพประชาชน และมีหน่วยบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่เปิดให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดใกล้เคียง ซึ่งได้ให้บริการทั้งการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มอายุ ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมให้สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีได้รับการดูแลเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลในปี พ.ศ.2554-2556 มีผู้มารับ

บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ร้อยละ 23.77, 20.51 และ 15.0 ตามลำดับ ซึ่งยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้มารับบริการในกลุ่มอายุ 30-60 ปี ดังนั้น เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรี และทราบเหตุผล ปัญหาอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมและทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกระตุ้นให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกต่อไป

7. วัตถุประสงค์

7.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

7.2 เพื่อศึกษาถึงทัศนคติของผู้มารับบริการต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรม และทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน พ.ศ.2557

8.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาโรคแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2557 จำนวน 1,281 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการตรวจรักษาโรค แผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 135 คน ที่ยินยอมให้ข้อมูลและสื่อสารได้ โดยเข้ารับบริการในระหว่างเดือน พฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2557 การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling)

8.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก 3) ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4) ความคิดเห็นต่อขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่เคยรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

8.3 วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม เป็นการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบสอบถามและตอบด้วยตนเอง

8.4 การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์โดยหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

จากการศึกษา พฤติกรรมและทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.2557 ผลการศึกษา ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 120 คน อายุเฉลี่ย 50.58 ปี กลุ่มอายุที่ตอบแบบสอบถามมากที่สุดคือ กลุ่มอายุ 55-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 50-54 ปี ร้อยละ 30.8 และน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 30-34 ปี ร้อยละ 5.0 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.5 หม้าย หย่า/แยก และโสด ร้อยละ 8.3, 11.7 และ 7.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 55.0 รองลงมาคือ จบสูงกว่าปริญญาตรี ประถมศึกษา อนุปริญญา/ปวส.และมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.3, 10.8, 5.8 และ 5.0 ตามลำดับ ประกอบอาชีพรับราชการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.5 รองลงมาคือ แม่บ้าน เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง/พนักงานบริษัท และพนักงานรัฐวิสาหกิจคิดเป็นร้อยละ 10.8, 5.8, 5.0, 4.2 และ 1.7 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-30,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมาคือ รายได้ 30,000- 50,000 บาท ร้อยละ 27.5 มากกว่า 50,000 ร้อยละ 25.0 รายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 6.7 และน้อยที่สุดคือ รายได้ 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 5.8 ส่วนใหญ่ไม่ได้คุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 50 ทำหมันหญิง ร้อยละ 37.5 รองลงมาคือ ใช้อาเมตคุมกำเนิด ร้อยละ 7.5 ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 2.5 ยาฝัง ห่วงอนามัยและถุงยางอนามัย ร้อยละ 2.4 ส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 85.8

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 82.5 และไม่เคยตรวจ ร้อยละ 17.5 ซึ่งเหตุผลที่ไม่เคยไปตรวจ มากที่สุด คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 85.7 รองลงมา คือ กลัวขั้นตอนการตรวจ ร้อยละ 33.3 อายุเจ้าหน้าที่ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ เสียค่าใช้จ่ายมาก ไม่มีเวลามาตรวจ คิดเป็นร้อยละ 28.6, 14.3, 14.3 และ 9.5 ตามลำดับ และที่ไม่มีผลต่อการตัดสินใจไม่ไปตรวจ คือ กลัวที่จะตรวจพบว่าเป็นมะเร็ง เดินทางไม่สะดวก และไม่รู้ว่ามี การตรวจ อายุของการตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก ร้อยละ 29.3 อยู่ในระหว่างอายุ 35-39 ปี รองลงมา คือ อายุ 40-44 ปี ร้อยละ 23.2 ความถี่ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะตรวจ 3 ครั้งใน 5 ปี ร้อยละ 24.2 รองลงมาคือ ตรวจ 5 ครั้งใน 5 ปี ร้อยละ 22.2 ตรวจ 4 ครั้งใน 5 ปี ร้อยละ 19.2 ตรวจ 1 ครั้งใน 5 ปี และตรวจ 2 ครั้งใน 5 ปี เท่ากันร้อยละ 16.2 และความถี่การตรวจ มากกว่า 6 ปี พบร้อยละ 1.0 สถานบริการที่ไปรับบริการเพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการของรัฐ มากที่สุด คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ร้อยละ 62.6 รองลงมาคือ ตรวจที่โรงพยาบาลทั่วไป(จังหวัด) ร้อยละ 21.2 ตรวจที่สถานอนามัย/รพ.สต. ร้อยละ 20.2 ตรวจที่โรงพยาบาลศูนย์ฯ สรรพสิทธิประสงค์ ร้อยละ 17.2 ตรวจที่รพ.เอกชน/คลินิกเอกชน ร้อยละ 13.1 น้อยที่สุดคือ ตรวจที่โรงพยาบาลมะเร็ง ร้อยละ 3.3 ซึ่งเหตุผลที่กลุ่มตัวอย่างรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 76.8 คือ ตรวจพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปี รองลงมา คือ กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก

ร้อยละ 50.5 ตั้งใจที่จะตรวจ การรณรงค์การตรวจ ตรวจหลังคลอด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแนะนำ และมีอาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 37.4, 24.2, 10.1, 9.1 และ 5.1 ตามลำดับ ด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยรับรู้ ร้อยละ 93.3 และไม่เคยรับรู้ ร้อยละ 6.7 ซึ่งช่องทางการรับรู้ มากที่สุด คือ รับรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.6 รองลงมาคือ รับรู้จากโปรสเตอร์/แผ่นพับ ร้อยละ 42.0 รับรู้จากอินเทอร์เน็ต โทรทัศน์ หนังสือนิตยสารต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติ/เพื่อน และจากหลักสูตรการเรียนการสอน ร้อยละ 34.8, 32.1, 29.5, 25.9, 17.9 และ 0.9 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลทัศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูลทัศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด จำแนก 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 รองลงมา รับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 21.7 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งหมด เท่ากับ 3.34 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 (รายละเอียดในตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าในข้อที่ 1.1 การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง มีค่าเฉลี่ย สูงที่สุดเท่ากับ 3.88 รองลงมาคือ ข้อ 1.11 การติดเชื้อเริ่มหรือหูดบริเวณอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ค่าเฉลี่ย 3.74 และข้อ 1.3 หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก ค่าเฉลี่ย 3.73 ซึ่งมีการรับรู้ในระดับสูง นอกนั้นมีการรับรู้ในระดับปานกลางทั้งหมด ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 1.7 พันธุกรรมไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก ขึ้นกับร่างกายของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.81 (รายละเอียดในตารางที่ 4) การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.0 และรุนแรงในระดับสูง ร้อยละ 10.0 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด 3.35 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.36 (รายละเอียดในตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ในข้อที่ 2.2 มะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นมากขึ้นจะสามารถกระจายไปสู่อวัยวะต่างๆของร่างกายได้ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.82 นอกนั้นมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ในระดับปานกลางทั้งหมด ซึ่งข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 2.6 การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้ชีวิตหมดความหวัง มีความทุกข์ คะแนนเฉลี่ย 2.74 (รายละเอียดในตารางที่ 4) การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ในระดับสูง ร้อยละ 73.3 และรับรู้ประโยชน์ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.7 โดยมีค่าเฉลี่ยทุกข้อเท่ากับ 4.18 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.63 (รายละเอียดในตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีการรับรู้ในระดับสูงทั้งหมด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.09–4.26 (รายละเอียดในตารางที่ 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่รับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 รองลงมาคือ รับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 37.5 และรับรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 15.0 ค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งหมดเท่ากับ 3.27 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.77 (รายละเอียดในตารางที่ 3) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ทุกข้อมีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ข้อ 4.7 ที่ท่านไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากไม่เชื่อมั่นในผลการตรวจมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.60 รองลงมาคือ ข้อ 4.3 การนัดตรวจทุก 1 ปีบ่อยเกินไปทำให้ไม่สามารถมาตรวจเป็นประจำได้ คะแนนเฉลี่ย 3.58 และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อ 4.4 การนัดฟังผลการตรวจ 1 เดือน ภายหลังจากตรวจคัดกรองค่อนข้างล่าช้า ค่าเฉลี่ย 2.55 (รายละเอียดในตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 แสดง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปล จำแนกตาม
ทัศนคติการรับรู้ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก รายด้าน

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน(n=120)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.65-5.00)	26	21.7
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	94	78.3
ระดับต่ำ (1.00-1.33)	0	0
ค่าเฉลี่ย	3.34	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.41	
การแปลผล	ระดับปานกลาง	

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน(n=120)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.65-5.00)	12	10.0
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	108	90.0
ระดับต่ำ (1.00-1.33)	0	0
ค่าเฉลี่ย	3.35	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.36	
การแปลผล	ระดับปานกลาง	

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์	จำนวน(n=120)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.65-5.00)	88	73.3
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	32	26.7
ระดับต่ำ (1.00-1.33)	0	0
ค่าเฉลี่ย	4.18	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.63	
การแปลผล	ระดับสูง	

ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรค	จำนวน(n=120)	ร้อยละ
ระดับสูง (3.65-5.00)	45	37.5
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	57	47.5
ระดับต่ำ (1.00-1.33)	18	15.0
ค่าเฉลี่ย	3.27	
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.77	
การแปลผล	ระดับปานกลาง	

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การแปลผล จำแนกตามทัศนคติการรับรู้ต่อการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูกรายข้อ

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
1.โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก			
1.1 การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง	3.88	0.92	สูง
1.2 ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	3.40	0.98	ปานกลาง
1.3 หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคนมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูก	3.73	0.91	สูง
1.4 หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นที่มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก	3.08	1.07	ปานกลาง
1.5 หญิงที่มีบุตรหลายคนเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่า หญิงที่มีบุตรน้อย	3.33	1.02	ปานกลาง
1.6 การสูบบุหรี่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงการเป็นมะเร็ง ปากมดลูกมากขึ้น	3.49	0.97	ปานกลาง
1.7 พันธุกรรมไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็ง ปากมดลูกขึ้นกับร่างกาย ของตนเอง	2.81	1.08	ปานกลาง
1.8 อาการที่เกี่ยวกับตกขาวผิดปกติ การอักเสบของมดลูก ไม่เกี่ยวข้องกับการ เป็นมะเร็งปากมดลูก	3.12	1.15	ปานกลาง
1.9 ถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็ไม่จำเป็นต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก	3.37	1.11	ปานกลาง
1.10 การกินยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปาก มดลูกมากกว่าวิธีอื่น	3.23	0.85	ปานกลาง
1.11 การติดเชื้อหรือหูดบริเวณอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง	3.74	0.80	สูง
รวมทุกข้อ	3.34	0.41	ปานกลาง
2. ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก			
2.1 ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกไม่ว่าจะพบในระยะใดก็ตามไม่สามารถรักษา หายขาดได้	3.20	0.95	ปานกลาง
2.2 มะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นมากขึ้นจะสามารถกระจายไปสู่อวัยวะต่างๆของ ร่างกายได้	3.82	0.81	สูง
2.3 มะเร็งในระยะลุกลามในระยะที่ 4 มีโอกาสมีชีวิตอยู่รอด 5 ปี เพียง 10 ใน 100 คนเท่านั้น	3.60	0.87	ปานกลาง
2.4 การรักษาที่ส่วนใหญ่จะได้รับคือ การการผ่าตัดเอามดลูกออกเท่านั้น	3.12	0.85	ปานกลาง
2.5 ถ้าป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงและใช้ ระยะเวลาในการรักษานานอาจจะปี หรือมากกว่านั้น	3.62	0.88	ปานกลาง
2.6 การป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้ชีวิตหมดความหวัง มีความทุกข์	2.74	1.17	ปานกลาง
รวมทุกข้อ	3.35	0.36	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การแปลผล จำแนกตามทัศนคติการรับรู้ต่อการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูกรายข้อ (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D	แปลผล
3.การรับรู้ประโยชน์จากการตรวจมะเร็งปากมดลูก			
3.1 มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองเป็นประจำ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	4.26	.728	สูง
3.2 การตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจดูความผิดปกติอย่างอื่น เช่น การ อักเสบของปากมดลูกความผิดปกติของช่องคลอด เนื้องอกได้	4.19	.737	สูง
3.3 การรักษามะเร็งปากมดลูกถ้าตรวจพบเร็วในระยะก่อนลุกลามสามารถ รักษาให้หายขาดได้	4.09	.810	สูง
รวมทุกข้อ	4.18	0.63	สูง
4. อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
4.1 ขั้นตอนของการตรวจค่อนข้างยุ่งยากและทำให้เกิดการเจ็บได้	3.05	1.02	ปานกลาง
4.2 ภายหลังการตรวจมะเร็งปากมดลูกอาจจะต้องพักงาน ไม่สามารถทำงาน หนักได้	3.44	1.00	ปานกลาง
4.3 การนัดตรวจทุก 1 ปี บ่อยเกินไปทำให้ไม่สามารถมาตรวจเป็นประจำได้	3.58	0.99	ปานกลาง
4.4 การนัดฟังผลการตรวจ 1 เดือนภายหลังจากตรวจคัดกรองค่อนข้างล่าช้า	2.55	1.12	ปานกลาง
4.5 ที่ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากกลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	3.21	1.27	ปานกลาง
4.6 ที่ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากอายุเจ้าหน้าที่	3.46	1.19	ปานกลาง
4.7 ที่ท่านไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจาก ไม่เชื่อมั่นในผลการตรวจ	3.60	1.08	ปานกลาง
รวมทุกข้อ	3.27	0.77	ปานกลาง

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

มีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 62.6 ที่เคยรับบริการมะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเหตุผลที่ตัดสินใจรับบริการที่มากที่สุด คือ มารับบริการพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปีที่มี
ร้อยละ 85.5 รองลงมาคือ ให้บริการดี ร้อยละ 43.5 ใกล้บ้าน เชื่อมั่นในแพทย์ เคยรับบริการกับการออกหน่วย
เคลื่อนที่/เปิดบริการในวันหยุด และตรวจกับคนที่ไม่รู้จัก ร้อยละ 17.7, 12.9, 4.8 และ 3.2 ตามลำดับ
ความคิดเห็นต่อขั้นตอนของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ในด้านสถานที่ให้บริการ ส่วนใหญ่เห็นว่า
เหมาะสม ร้อยละ 96.8 การซักประวัติผู้รับบริการ เห็นว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 98.4 มีข้อเสนอแนะเพิ่ม คือ
เจ้าหน้าที่ควรดูประวัติเก่าของคนที่ประกอบไปด้วยเพื่อความถูกต้องและครบถ้วน ในการบอกผลการตรวจมะเร็ง
ปากมดลูกโดยวิธีการส่งผลตรวจไปที่บ้าน ร้อยละ 96.8 เห็นว่ามีความเหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่าง 17 คน ร้อยละ
27.4 เคยมีปัญหาที่เคยพบจากการรับผลการตรวจ สูงที่สุดคือ ได้รับผลการตรวจนานมากกว่า 1 เดือน ร้อยละ
58.8 รองลงมาคือ ไม่ได้รับผลตรวจ ร้อยละ 29.4 ผลตรวจที่ได้ชื่อไม่ตรงกับตนเอง ร้อยละ 5.9 และรายการที่

ตรวจไม่ตรง ร้อยละ 5.9 ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่ม คือ เจ้าหน้าที่ควรตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งจดหมายไปให้ที่บ้านเพื่อความสะดวกสบายใจของผู้รับบริการว่าได้รับผลที่ถูกต้อง ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้เพิ่มขึ้น เช่น การโทรศัพท์บอกผล ระยะเวลาของการรอผลการตรวจซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.7 ต้องการทราบผลการตรวจที่เร็วกว่า 1 เดือน และร้อยละ 32.3 เห็นว่ามีความเหมาะสมแล้ว ความถี่ของการนัดมารับการตรวจโดยปกติจะนัด 1 ครั้งต่อปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 82.2 เห็นว่ามีความเหมาะสมแล้ว ร้อยละ 16.2 เห็นว่านัดน้อยเกินไป ในส่วนความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ ส่วนใหญ่เห็นว่ามี ความน่าเชื่อถือ แต่ก็มีบางส่วนกังวลงถึงผลการตรวจ ร้อยละ 54.8 รองลงมา คือ มีความน่าเชื่อถือมาก ร้อยละ 35.4 และเชื่อถือได้ครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 9.8 ข้อเสนอแนะเพิ่ม การให้บริการค่อนข้างดี แต่ในบางครั้งมารับบริการแล้วได้รับการบริการช้ามาก และเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการบ่อยๆ จะคลายความเครียดของผู้รับบริการได้

อภิปรายผล

ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 120 คน อายุเฉลี่ย 50.58 ปี ส่วนใหญ่ตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นครั้งแรกในช่วงอายุ 35-39 ปี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ พงณา เชาวปัญญานนท์ และศุภชัย นิลคำ (2544) ที่ศึกษาผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่รพ.พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มอายุที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ 40-44 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ประกอบอาชีพรับราชการมากที่สุด รายได้ต่อเดือนของครอบครัว 10,000-30,000 บาท และส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก

2) ด้านพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีของกลุ่มตัวอย่าง เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 82.5 เหตุผลที่ไม่ไปตรวจมากที่สุด คือ ตรวจพร้อมกับการตรวจสุขภาพประจำปี สอดคล้องกับการศึกษาของ พงณา เชาวปัญญานนท์ และศุภชัย นิลคำ (2544) ที่ศึกษาผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่รพ.พุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ที่พบว่าเหตุผลที่มาตรวจในแต่ละครั้ง มากที่สุดคือ มาตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 48 แตกต่างจากการศึกษาของ จิรนนท์ มงคลดี (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลสะลวง อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะกลัวเป็นมะเร็งและมีการรณรงค์ให้ไปตรวจ และไม่เคยตรวจ ร้อยละ 17.5 ซึ่งเหตุผลที่ไม่เคยไปตรวจ มากที่สุดคือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 85.7 กลัวขั้นตอนการตรวจ และอายุเจ้าหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ พงณา เชาวปัญญานนท์ และศุภชัย นิลคำ (2544) ที่พบว่า สาเหตุที่ไม่มารับบริการคือ ไม่มีอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี สุตแสง (2551) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี เหตุผลที่ไม่ไปตรวจ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และอายุเจ้าหน้าที่ และการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว อำเภอยะบوري จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ร้อยละ 33.3 ของกลุ่มทดลองไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สาเหตุที่พบมากที่สุดร้อยละ 83.3 คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ที่ไม่มีอาการผิดปกติจึงไม่มาตรวจ คิดเป็นร้อยละ 93.3 รองลงมาคือ ไม่คิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก และอายุที่จะเปิดเผยอวัยวะของตนเอง อายุของการตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งแรก ส่วนใหญ่อยู่ในระหว่างอายุ 35-39 ปี จากข้อมูลที่กล่าวมา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่มีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการให้ความรู้รณรงค์ กระตุ้นให้กลุ่มสตรีอายุ เป้าหมาย 30-60 ปี ได้เริ่มตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นครั้งแรกได้เร็วขึ้น และควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปี ก็จะสามารถทำให้อัตราการป่วยตายจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่มนี้ลดลงได้ ความถี่ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะตรวจ 3 ครั้งใน 5 ปี ร้อยละ 24.2 ซึ่งมากกว่า

เกณฑ์ที่กำหนดให้อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปี ควรตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นผลดีสำหรับสตรี ที่ได้เฝ้าระวังตนเองมากขึ้น สถานบริการที่ไปรับบริการเพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เป็นสถานบริการของรัฐ ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยรับรู้ร้อยละ 93.3 ซึ่งช่องทางการรับรู้ มากที่สุด คือ รับรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.6 สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี สุตแสง (2551) ที่พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสาร ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด แตกต่างจากการศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก อาสาสมัครสาธารณสุขมากที่สุด และการศึกษาของจิรนนท์ มงคลดี (2548) ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกจากอาสาสมัครสาธารณสุข

3) ทศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ทศนคติการรับรู้ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนก 4 ด้าน พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลาง ซึ่งการรับรู้ที่ถูกต้อง ในข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง สอดคล้องกับ การศึกษาของจตุพล ศรีสมบูรณ์ (2549) ที่กล่าวว่า สตรีที่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อยย่อมมีโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก รองลงมาคือ การติดเชื้อเริ่มหรือหูดบริเวณอวัยวะเพศมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง และหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูก และมีทัศนคติที่ค่อนข้างไปในทางที่ไม่ถูกต้องหรือไม่แน่ใจ คือ พันธุกรรมไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูกขึ้นกับร่างกายของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.81 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากประชาชนยังไม่มีความรู้ในเรื่องนี้ที่ชัดเจน ทำให้คิดว่า มะเร็งชนิดนี้จะเหมือนกับมะเร็งชนิดอื่นที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ ซึ่งสาเหตุสำคัญที่ตรวจพบได้ในปัจจุบันของมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อการติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิโลมาหรือเชื้อเอชพีวีบริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสเอชพีวีหรือเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย หรือการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย จตุพล ศรีสมบูรณ์ (2549) ในส่วนโอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้บริการการรณรงค์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ควรได้ให้ความสำคัญต่อการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อให้ประชาชนหรือผู้รับบริการได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโอกาสเสี่ยงจากพฤติกรรมต่างๆของสตรีที่อาจจะมีผลทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก วารุณี สุตแสง (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.024

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง จากผลการวิจัยจะเห็นว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงแนวโน้มของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกว่า อาจเกิดความเสี่ยงจากโรคขึ้นได้ถ้าเกิดเป็นโรคนี้ ซึ่งข้อที่มีการรับรู้สูงสุด คือ การที่เป็นแล้วมะเร็งจะสามารถกระจายไปสู่อวัยวะอื่นๆได้ จตุพล ศรีสมบูรณ์ (2549) กล่าวว่า อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติและตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา เมื่อเข้าระยะลุกลามจะกระจายไปสู่อวัยวะต่างๆได้ อาจจะทำให้เกิดอาการ ชาบวม ปวดหลังรุนแรง ปวดก้นกบและต้นขาปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือดได้ ซึ่งเมื่อเป็นแล้วจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง แต่มีทัศนคติไปในเชิงบวกที่ส่งผลดีคือมีทัศนคติที่ว่า เมื่อเป็นแล้วจะทำให้ชีวิตหมดหวังมีความทุกข์ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนค่อนข้างไม่เห็นด้วย ซึ่งการเป็นมะเร็งชนิดนี้ ถึงตรวจพบในระยะก่อนมะเร็งลุกลามสามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นในความคิดเห็นของผู้วิจัย เห็นว่า สิ่งสำคัญที่ควรดำเนินการในปัจจุบัน คือต้องให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์ ความรุนแรงของ

โรคมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้นจะสามารถทำให้ประชาชนโดยเฉพาะในกลุ่มสตรีเกิดความตระหนักรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการที่จะเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของตนเองและป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรคนี

การรับรู้ถึงประโยชน์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ในระดับสูง ร้อยละ 73.37 จากผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างค่าถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างสูง ไม่ว่าจะเป็นการตรวจเพื่อที่จะได้เป็นการป้องกัน หรือเมื่อตรวจพบว่าเป็นมะเร็งก็จะมีความชัดเจน และหาแนวทางในการรักษาได้อย่างทันที สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่า สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะกลัวเป็นมะเร็งและมีการณรงค์ให้ไปตรวจ การรับรู้ประโยชน์ของการไปตรวจ พบว่า มีประโยชน์ถ้าตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ จากการศึกษาของ วารุณี สุดแสง (2551) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่รับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.5 จากผลการวิจัยปัญหาอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมีสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ไม่เชื่อมั่นในผลการตรวจว่ามีผลถูกต้องเชื่อถือได้มาก รองลงมาคือ การนัดตรวจถี่ไม่สามารถมาตรวจบ่อยๆได้ และอายุในการที่จะตรวจ ซึ่งการแก้ไขความเข้าใจของประชาชนในประเด็นนี้จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะอย่างไร และสาเหตุหรือเหตุการณ์อะไรจึงทำให้ความน่าเชื่อถือในผลการตรวจลดลง หรือเกิดจากความเข้าใจผิดของผู้รับบริการ การให้ข้อมูลที่ถูกต้องน่าเชื่อถือตลอดจนวิธีการในการบอกผลการตรวจมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่สถานบริการ เจ้าหน้าที่จะต้องให้ความสำคัญและวางระบบการรายงานผลและการทำงานให้ชัดเจน ให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจกับผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเพื่อลดความไม่เชื่อมั่นของการให้บริการในขั้นตอนนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา ศรีใส (2540) มีความเห็นว่าอุปสรรคของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือการตรวจทำให้เกิดความเจ็บปวด และบางกลุ่มยังกลัวที่จะตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ วารุณี สุดแสง (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูกอำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า เหตุผลที่ไม่ไปตรวจ คือ ไม่มีอาการผิดปกติและอายุเจ้าหน้าที่

4) ความคิดเห็นต่อการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างที่เคยรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จำนวน 62 คน ร้อยละ 62.6 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เหตุผลที่ตัดสินใจรับบริการมากที่สุด คือ มารับบริการพร้อมกบตรวจสุขภาพประจำปีนี้ ร้อยละ 85.5 ความคิดเห็นต่อขั้นตอนของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านสถานที่ให้บริการ เห็นว่าเหมาะสม ร้อยละ 96.8 การซักประวัติผู้รับบริการ เห็นว่ามีความเหมาะสม ร้อยละ 98.4 มีข้อเสนอแนะเพิ่ม คือ เจ้าหน้าที่ควรดูประวัติเก่าของคนไข้ประกอบด้วยเพื่อความถูกต้องและครบถ้วน ในการบอกผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก การส่งผลตรวจไปที่บ้าน ร้อยละ 96.8 เห็นว่ามีความเหมาะสม แต่กลุ่มตัวอย่าง 17 คน ร้อยละ 27.4 เคยพบปัญหาจากการรับผลการตรวจ สูงที่สุดคือ ได้รับผลการตรวจนานมากกว่า 1 เดือน ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่ม คือ เจ้าหน้าที่ควรตรวจสอบความถูกต้องก่อนส่งจดหมายไปให้ที่บ้านเพื่อความสะดวกสบายใจของผู้รับบริการว่าได้รับผลที่ถูกต้อง ควรเพิ่มช่องทางการสื่อสารให้เพิ่มขึ้น เช่น การโทรศัพท์บอกผล ด้านระยะเวลาของการรอผลการตรวจ ปกติใช้เวลาประมาณ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 67.7 ต้องการทราบผลการตรวจที่เร็วกว่า 1 เดือน ความถี่ของการนัดมารับการตรวจทุก 1 ครั้งต่อปี เห็นว่ามีความเหมาะสมแล้ว ความน่าเชื่อถือของผลการตรวจ เห็นว่ามีความน่าเชื่อถือ แต่ก็มีบางส่วนกังวลถึงผลการตรวจข้อเสนอแนะสำหรับโรงพยาบาล คือ ระบบการให้บริการของเจ้าหน้าที่ค่อนข้างดี แต่ในบางครั้งมารับบริการแล้วได้รับบริการช้ามาก แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้ข้อมูลบ่อยๆจะคลายความเครียดของผู้รับบริการได้

10. การนำไปใช้ประโยชน์

การนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินการให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกไปปรับใช้ในการทำงานพยาบาลที่ให้บริการควรตระหนักในการให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการศึกษาพบว่า ผู้รับบริการแม้ว่าเป็นกลุ่มที่มีความรู้สูงเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในเรื่องมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้ให้บริการควรปรับทัศนคติในการทำงานให้มองผู้มารับบริการเป็นองค์รวมมากขึ้น จึงจะทำให้มีการให้บริการที่ได้คุณภาพ และเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ ควรวางระบบการทำงานและประเมินระบบการให้บริการเป็นระยะเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการบริการและปรับระบบการบริหารงานในจุดอ่อนที่ควรปรับปรุง เช่น การปรับปรุงระบบการรายงานผล ระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้รับบริการและโรงพยาบาล หรือ ระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน ตลอดจนการจัดบริการนอกเวลา หรือเพิ่มระยะเวลาการให้บริการ ซึ่งจะส่งผลถึงการเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในพื้นที่เฉพาะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ ดังนั้นการนำข้อมูลส่วนนี้ไปใช้อาจจะต้องพิจารณาในกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน จึงจะสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้และปรับปรุงระบบการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหา/อุปสรรค

กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเป็นกลุ่มผู้รับบริการในโรงพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่เคยมารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี และเป็นข้าราชการเป็นส่วนใหญ่ การกระจายของกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มอาชีพอื่นมีค่อนข้างน้อย และการเก็บข้อมูลมีระยะเวลาจำกัด และเป็นการตอบแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบอ่านแบบสอบถามและตอบเองซึ่งใช้เวลาพอควร ทำให้ผู้รับบริการส่วนหนึ่งไม่ยินยอมในการตอบแบบสอบถาม การเก็บข้อมูลจึงได้ไม่ครบตามเป้าหมาย

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ควรได้ศึกษาเชิงลึกในประเด็น จะมีกระบวนการอะไรที่สามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของสตรีไทยในการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการศึกษาถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในวิธีการที่ดำเนินการในปัจจุบันเป็นอย่างไร

13. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เกิดจากการติดตามการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนางาน สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก คุณละออ จันสุตะ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ คุณบัวเรียม ศรีวัฒนสมบัติ ที่ปรึกษา และคณะกรรมการกพร.ของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่ได้ให้คำปรึกษา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

14. เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มะเร็งปากมดลูก. สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2557. จาก

<http://bps.moph.go.th/cancer1/cancer/index.html>

กันยารัตน์ อยู่เย็น และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบล

คลองน้ำไหล อำเภอคลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. ปีที่ 6 (ฉบับที่2),

พฤษภาคม – สิงหาคม, 35-47.

จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2549). ฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัสและมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ: ทิมส์

- จิรนนท์ มงคลดี. (2548). ความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ส.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความเข้าใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว. วิทยานิพนธ์ พย.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เจตนา ศรีใส. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ ส.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณู กาวีละ. (2537). ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ ศ.ช.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารุณี สุดแสง. (2551). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. การค้นคว้าอิสระ วท.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2548). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear. กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2552). CANCER IN THAILAND VOL.IV. สืบค้นเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2557, จาก http://www.nci.go.th/cancer_record/cancer_record_1.html.
- สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (2557). อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2557, http://www.stri.cmu.ac.th/DB_Article/articleDetail.php?id=9
- สุมาลี คุรุฑิน. (2551). ความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก. วิทยานิพนธ์ พย.ม., บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- หัชชา ศรีปลั่ง, เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล. (2553). สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 11-14.
- สาวตรี พรสินศิริรักษ์. (2550). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2000. Lyon, France: IARC 2000
- Novabizz. **ทัศนคติ**. สืบค้นเมื่อ วันที่ 7 เมษายน 2557. จาก <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>.
- Planning Appropriate Cervical Cancer Prevention Programs. 2nd Edition path 2000,P.3-4.
- Pisani P, Parkin DM, Ferlay F, et al, Estimates of the worldwide mortality form 25 cancers in 1990, Int J Cancer 1999; 83: 18-29.

ขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอผลงาน

(นางจุฬารัตน์ ปรังสุรา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางบัวเรียน ศรีวัฒนสมบัติ)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(นางประภาภรณ์ เพชรมาก)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(นายชัยพร พรหมสิงห์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

(ข) ข้อเสนอแนะแนวคิด / วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** การพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี
2. **ระยะเวลาดำเนินการ** มกราคม – กันยายน พ.ศ. 2558
3. **สรุปเค้าโครงเรื่อง**

3.1 หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศที่คุกคามชีวิตสตรีทั่วโลก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศกำลังพัฒนาพบเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา สาเหตุหลักหลักของมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา (Human Papilloma Virus, HPV) หรือไวรัสเอชพีวี โดยเฉพาะไวรัสเอชพีวี 16 และเนื่องจากยังไม่มีโปรแกรมการตรวจ คัดกรอง ที่มีประสิทธิผลดีพอในการตรวจหาอวัยวะก่อนเป็นมะเร็ง และให้การรักษาก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งสาเหตุการตายที่พบบ่อย คือ การตรวจคัดกรองที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยก่อนการเป็นมะเร็ง และให้การรักษาย่างทันทั่วทั้งที่เมื่อพบมะเร็งในระยะลุกลาม ดังนั้น เพื่อการพัฒนาการดำเนินงานในการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีทราบเหตุผล ปัญหาอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำผลการศึกษาในครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกระตุ้นให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกต่อไป

3.2 แนวความคิดบทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

จากข้อมูลการศึกษา พบว่า สาเหตุหลักอันดับแรกของหญิงในกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งตรงกับการศึกษาวิจัยในหลายๆเรื่องที่ผ่านมายังคงเป็นปัญหาเดียวกัน ดังนั้น จากนโยบายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้สตรีอายุ 30-60 ปี ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 5 ปี บรรลุตามเป้าหมายร้อยละ 80 จากการดำเนินงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี มีร้อยละของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย ในปี 2554 – 2556 มีร้อยละของการตรวจ 23.77, 20.51 และ 15.0 ตามลำดับ และข้อมูลจากการศึกษาที่พบ ในแนวทางของการพัฒนาให้งานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น ควรเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนสื่อสารข้อมูลสถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกให้ประชาชนได้ทราบอย่างทั่วถึง จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อการตรวจคัดกรองป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ขึ้น

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีระบบการให้บริการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีประสิทธิภาพ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจมีการตรวจคัดกรองปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ระบบบริการที่ได้ปรับปรุงพัฒนาทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน และประชาชนที่รับบริการพึงพอใจต่อการรับบริการมากกว่าร้อยละ 80

3.5 แนวคิดพัฒนางานในอนาคต

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศที่คุกคามชีวิตสตรีทั่วโลก ประเทศไทย พบเป็นอันดับสอง รองจากมะเร็งเต้านม สาเหตุหลักหลักของมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสฮิวแมนแพปพิลโลมา ซึ่งสาเหตุการตายที่พบมาก คือ การตรวจคัดกรองที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการตรวจวินิจฉัยก่อนการเป็นมะเร็ง และให้การรักษาอย่างทันท่วงทีเมื่อพบมะเร็งในระยะลุกลาม อีกสาเหตุคือ ไม่มีโอกาสได้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หากทุกสถานบริการสามารถตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มารับบริการที่สถานบริการได้ครบทุกคน โดยมีเป้าหมายให้สตรีควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 5 ปี ก็จะทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีลดลงได้และสามารถลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยได้

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)ผู้เสนอแนวคิด

(นางจุฬารัตน์ ปรีสุรา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2557