# โปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในสตรี ต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจังหวัดนครศรีธรรมราช

**นางสาวปรียานุช มณีโชติ**
**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช**

## บทคัดย่อ

มะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพผู้ป่วย เช่น มีอาการปวดท้องและมีเลือดออกทางช่องคลอด แต่มีวิธีป้องกันและควบคุมได้คือการตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาความผิดปกติที่ปากมดลูกก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quansi-Experimental Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (The Pretest Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกล่มเปรียบเทียบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี จำนวน ๕๖ คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลเชิงอนุมาณ ใช้สถิติ t-test และ paired t-test ดำเนินการระหว่าง ธันวาคม ๒๕๖๖-พฤษภาคม ๒๕๖๗

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองจำนวน ๒๘ คน ส่วนใหญ่ อายุ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๒.๘๔ อายุเฉลี่ย ๔๔.๘๒ ปี อายุต่ำสุด ๓๑ ปี อายุสูงสุด ๕๙ ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี และอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๒๕.๐๐ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๐.๗๑ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางอินเตอร์เน็ต/ เว็บไซส์/ ไลน์ ร้อยละ ๕๗.๑๔ เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๐.๐๐ กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๒๘ คน ส่วนใหญ่อายุ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๙.๒๙ อายุเฉลี่ย ๔๒.๓๓ ปี อายุต่ำสุด ๓๒ ปี อายุสูงสุด ๕๙ ปี การศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๒๘.๕๗ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๕๗.๑๔ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางอินเตอร์เน็ต/ เว็บไซส์/ ไลน์ ร้อยละ ๖๐.๗๑ เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๐.๐๐ จากการศึกษาความรู้และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีความรู้ ระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = ๑๓.๔๐, S.D = ๖.๖๗) มีทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.92, SD = 0.76) หลังทดลอง พบว่ามีความรู้ระดับมาก ($\bar{x}$=๑๙.๓๐, S.D = ๔.๘๓) มีทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ =4.59, SD = 0.56) จากการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังทดลองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแต่พบไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอ: บุคลากรสาธารณสุขควรดำเนินการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องมะเร็งปากมดลูก เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น และจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ความสำคัญและทัศนคติที่ดีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำสำคัญ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก / ส่งเสริมความรู้ / การปรับเปลี่ยนทัศนคติ

# Cervical Cancer Screening Knowledge promotion program to change attitudes and behavior in women in Nakhon Si Thammarat Province

**Preeyanuch Maneechote**

Professional Nurse, Health Center 11, Nakhon Si Thammarat

## Abstract

Cervical cancer is a significant public health issue that affects patients' health, such as causing abdominal pain and vaginal bleeding. However, it can be prevented and controlled through screening to detect abnormalities in the cervix before they develop into cancer. This research is a quasi-experimental study using a pretest-posttest control group design to study the level of knowledge and attitudes toward cervical cancer screening services. It also compares the knowledge and attitudes toward cervical cancer screening among women before and after the intervention in the experimental group, as well as post-intervention between the experimental and control groups. The sample group used in this study consisted of 56 women aged 30–60 years. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, while inferential data were analyzed using t-tests and paired t-tests. The study was conducted between December 2023 and May 2024.

Research findings revealed that: Among the 28 participants in the experimental group, most were aged between 40–50 years (42.84%). The average age was 44.82 years, with a minimum age of 31 and a maximum of 59.Their education levels were mostly bachelor's degrees and diploma/vocational certificates (25.00%). Marital status showed that 60.71% were married. They received information about cervical cancer screening through the internet, websites, or LINE (57.14%). 50.00% had undergone cervical cancer screening. For the comparison group of 28 participants, most were also aged between 40–50 years (39.29%), with an average age of 42.33 years. The minimum age was 32, and the maximum age was 59. Most had diploma/vocational certificate education (28.57%). Marital status indicated that 57.14% were married. Information about cervical cancer screening was received via the internet, websites, or LINE (60.71%). 50.00% had previously undergone cervical cancer screening. This data was gathered as part of a study on knowledge and attitudes toward cervical cancer

screening. It was found that**:** Before the intervention, the experimental group had a moderate level of knowledge (mean = 13.40, S.D. = 6.67) and a high level of attitude toward cervical cancer screening (mean = 3.92, S.D. = 0.76). After the intervention, their knowledge increased to a high level (mean = 19.30, S.D. = 4.83), and their attitude toward cervical cancer screening rose to the highest level (mean = 4.59, S.D. = 0.56).

A comparison of cervical cancer knowledge showed that the experimental group had a significantly higher post-test mean score compared to the pre-test score ($p < 0.05$), and the post-test knowledge score of the experimental group was also significantly higher than that of the comparison group ($p < 0.05$). Regarding attitudes toward cervical cancer screening, the post-test mean attitude score in the experimental group was significantly higher than the pre-test score ($p < 0.05$). The comparison group also showed a significantly higher post-test attitude score compared to the pre-test ($p < 0.05$). However, although the experimental group's post-test attitude score was higher than the comparison group's, the difference was not statistically significant.

Recommendations: Public health personnel should work to enhance health literacy on cervical cancer, expand communication channels for cervical cancer screening to cover a wider area, and organize group activities to exchange opinions, share experiences, and promote the importance of and positive attitudes toward cervical cancer screening.

**Keywords:** Cervical Cancer Screening / Promoting Knowledge / Attitude Modification

**บทนำ**

มะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี Human Papilloma Virus (HPV) บริเวณอวัยวะเพศ โดยเฉพาะบริเวณปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่เกิดจากการการมีคู่นอนหลายคน มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย และตั้งครรภ์ขณะอายุยังน้อย อาการที่แสดงให้เห็น คือ การตกเลือดทางช่องคลอด เลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน เลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ตกขาวปนเลือด ซึ่งอาการดังกล่าวเป็นอาการระยะก่อนมะเร็ง ซึ่งเซลล์มะเร็งยังไม่ลุกลามไปยังชั้นเยื่อบุผิวปากมดลูก สามารถตรวจพบได้จากการตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่ เรียกว่า แพปสเมียร Pap Smear โดยโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นปัญหาที่สำคัญ และพบมากเป็นอันดับ ๔ ของสตรีทั่วโลกและพบมากเป็นอันดับ ๒ ในประเทศไทย (พญ.ธาวินี กฤตสรรค์วงศ์, ๒๕๖๐) หากผู้ป่วยอยู่ในระยะลุกลามทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง แต่ก็ยังมีวิธีป้องกันและควบคุมได้อยู่ ๓ ระดับ คือ ๑) การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ คือ การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงในด้านต่าง ๆ รวมถึงการฉีดวัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อไวรัส HPV๑ ๒) การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ คือ การตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูกซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง (Precancerous) หรือระยะก่อนมะเร็งลุกลาม ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือ Pap smear การตรวจหาเชื้อ HPV สายพันธุ์ก่อมะเร็งปากมดลูก หรือ HPV DNA test นอกจากนี้กมีวิธีการตรวจด้วยวิธีอื่น ๆ อาทิเช่น การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู (VIA) การตรวจด้วย Colposcope เป็นต้น ๓) การป้องกันตติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว คือการรักษามะเร็งปากมดลูกและการดูแลรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้หายจากโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (วารุณี วังชัย และคณะ, ๒๕๕๘) ซึ่งในปัจจุบันการดำเนินงานควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย คือ การตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาความผิดปกติหรือรอยโรคที่ปากมดลูกให้พบก่อนที่จะกลายเป็นมะเร็ง หรือในระดับที่ ๒ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับการไม่ได้ตรวจคัดกรองโรคเลย และต้นทุนในการตรวจคัดกรองโรคยังมีมูลค่าน้อยกว่าต้นทุนที่ต้องใช้ในการรักษามะเร็งปากมดลูกในกรณีที่ไม่มีการตรวจคัดกรองหากตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะที่หนึ่ง อัตราการรอดชีพ ๕ ปี จะสูงถึงร้อยละ ๙๐-๙๕ แต่หากตรวจพบผู้ป่วยในระยะที่สี่ซึ่งเป็นระยะสุดท้ายอัตราการรอดชีพ ๕ ปี จะลดลงเหลือเพียงน้อยกว่าร้อยละ ๕ (สุดาฟ้า วงศ์หาริมาตย์ และกรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, ๒๕๖๑)

ข้อมูลจากสำนักงานวิจัยโรคมะเร็งระหว่างประเทศ (IARC) ปี ๒๕๖๖ พบสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ของไทยปีละ ๙,๑๕๘ ราย และอัตราการเสียชีวิต ๔,๗๐๕ รายต่อปี โดยโรคมะเร็งในระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีหลายโรคกว่าจะตรวจพบหรือรอให้มีอาการนั้น บางรายอาจมีการกระจายของโรคไปแล้ว โอกาสการรักษาให้หายขาดจึงทำได้ยาก (ฐานเศรษฐกิจ, ๒๕๖๖) ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสตรีในวัยทำงานอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๓) ผลจากโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย พบอุบัติการณ์และความชุกสูงในสตรี และยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ต่อปี โดยสถิติที่มีการรายงานล่าสุด (ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๑) พบจำนวน ๕,๔๒๒ ราย ในขณะที่มารับการรักษาในสถาบันมะเร็งแห่งชาติย้อนหลัง ๕ ปี ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๔ พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน ๒๘๘ ราย, ๒๘๓ ราย, ๒๘๐ ราย, ๒๗๒ ราย และ ๑๘๒ ราย ตามลำดับ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๐๒๒)

สำหรับการแก้ปัญหาระดับนโยบายโดยแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Control Program) ได้แก้ไขปัญหานี้โดยมีโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศที่ครอบคลุมพื้นที่ ๗๕ จังหวัดทั่วประเทศ โดยทำการตรวจคัดกรองและตรวจค้นหามะเร็งระยะเริ่มต้นด้วยวิธีการตรวจแปปสเมียร์ (pap smear) ในสตรีที่มีอายุระหว่าง ๓๐-๖๐ ปี จะได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก ๆ ๕ ปี ซึ่งสามารถเข้ารับการบริการได้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ทั้งนี้เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตาย ซึ่งผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญและมีความต้องการในการแจ้งผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางโทรศัพท์มีเพียงร้อยละ ๔๘.๒ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, ๒๐๒๒) นอกจากนี้ยังพบว่าข้อมูลจากโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลโดยติดตามในรายที่พบความผิดปกติทุกราย เพื่อทราบสถานะการมาตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาพบว่าอัตราอุบัติการณ์การตรวจยืนยันผลพยาธิวิทยาค่อนข้างต่ำ ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักในความสำคัญการมาตรวจยืนยันต่ำ ดังนั้นควรสร้างความตระหนักและความสำคัญในการมาตรวจยืนยันผลทางพยาธิวิทยามากขึ้น เพื่อประสิทธิผลของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (กชกร ทิพย์สันเทียะ, วิศรุดา ตีเมืองซ้าย, สุพจน์ คำสะอาด, ๒๕๖๕) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช มียอดสะสมการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ผลการดำเนินงานร้อยละ ๕๗.๗๒ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, ๒๕๖๖) ซึ่งเป็นอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ยังต่ำกว่าเกณฑ์

ดังนั้น ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช จึงคิดพัฒนาระบบบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจัดทำแผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการตรวจมะเร็งปากมดลูกประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต๊อก (Rosenstock) ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อใช้เป็นแนวทางส่งเสริมให้สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี มารับบริการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์และการเสียชีวิตของสตรีจากมะเร็งปากมดลูกให้น้อยลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อนำไปสู่การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และตัดสินใจมารับการตรวจในที่สุด

**วัตถุประสงค์ของการวิจัย**

๑. เพื่อศึกษาระดับความรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๒. เพื่อศึกษาทัศนคติในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

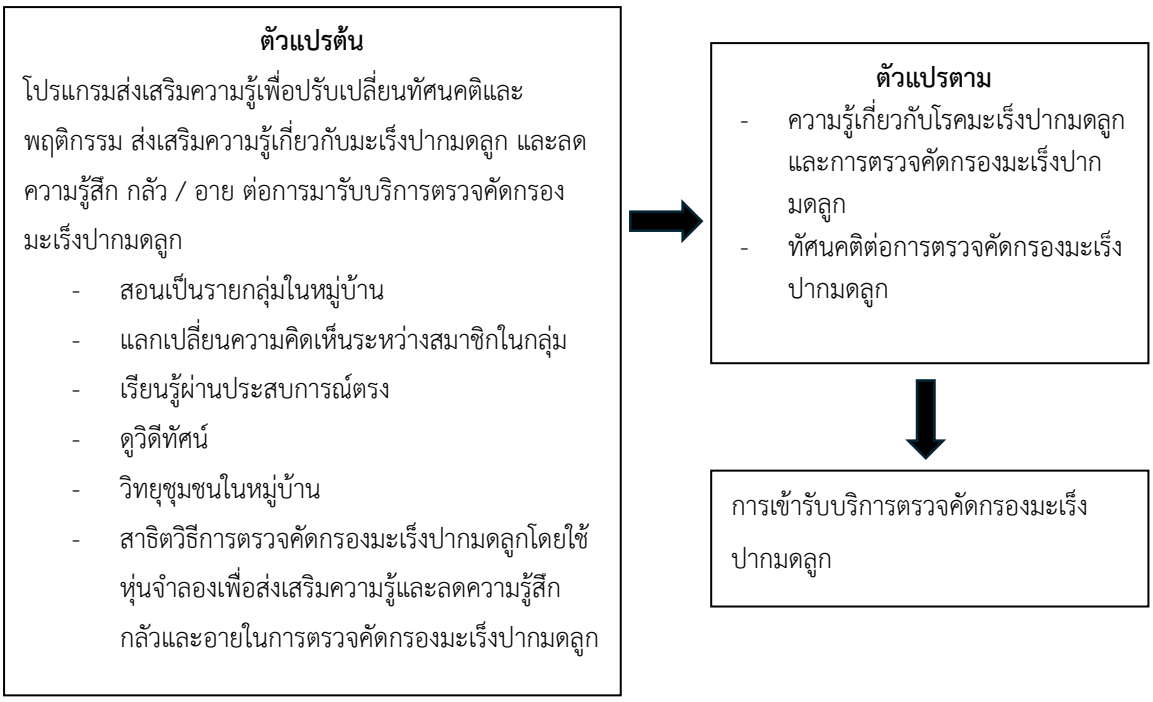
๓. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๔. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๕. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

๖. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

**กรอบแนวคิดในการวิจัย**




**ภาพที่ ๑** กรอบแนวคิดการวิจัย

**วิธีการศึกษา**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบ ๒ กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control groups Design) เพื่อศึกษาระดับความรู้และทัศนคติต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง และหลังทดลอง ของกลุ่มทดลองและกล่มเปรียบเทียบ โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

๑) สตรีไทย ที่มีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่มีรายชื่อตามทะเบียนผู้รับบริการและอาศัยอยู่ในหมู่บ้านพื้นที่ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช อย่างน้อย ๑ ปี

๒) ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง ๒ ปีที่ผ่านมา

๓) มีสติสัมปชัญญะที่สมบูรณ์หรือไม่มีอาการป่วยทางจิต

๔) สามารถอ่าน เขียนและ เข้าใจภาษาไทยได้

๕) ยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ

๑) มีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ เช่น เจ็บป่วยร้ายแรง

๒) ย้ายที่อยู่อาศัย

เกณฑ์การเลิกจากการศึกษา (Discontinuation Criteria)

๑) ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เต็มใจ และไม่ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยยินดีให้กลุ่มตัวอย่างยุติการทำกิจกรรมทันที

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน ๕๖ คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณกลุ่มตัวอย่างดังนี้

สูตรประมาณค่าเฉลี่ย

$$n = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

| | | |
|---|---|---|
| n | หมายถึง | ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้, |
| $Z_\alpha$ | หมายถึง | ระดับความเชื่อมั่นที่ ๙๕ % ($Z_{\alpha/2}$ = $Z_{\alpha 0.05/2/2}$= ๑.๙๖) |
| $Z_\beta$ | หมายถึง | ค่า Power of Test เท่ากับ ๙๐ มีค่าเท่ากับ ๑.๒๘ |
| $\sigma_d^2$ | หมายถึง | ค่าความแปรปรวนร่วม |
| $\mu_d$ | หมายถึง | ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม |

อ้างอิงจากการศึกษาของ บุษบา อภัยพิม และคณะ (๒๕๖๒) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อพฤติกรรมการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกด้านการรับรู้ความสามารถในการตรวจคัดกรองก่อนได้รับโปรแกรมเท่ากับ ๓.๙๖ (S.D. = ๐.๗๐) และ หลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ ๔.๒๖ (S.D. = ๐.๔๒)

คำนวณหาค่าความแปรปรวน โดยแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$\sigma_d^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_1 - 2}$$

$$\sigma_d^2 = \frac{(25-1)(0.70)^2 + (25-1)(0.42)^2}{(25+25)-2} = 0.34$$

แทนค่าในสูตร

$$N = \frac{(1.96+1.28)^2 0.34}{(4.26-3.96)^2} = \frac{3.51}{(0.3)^2} = 39.05$$

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีสูญเสียหรือมีการถอนตัว (Drop out) ร้อยละ ๓๐ ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ ๕๖ คน

การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling)

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

๑. โปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยมีขั้นตอนการจัดทำโปรแกรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ วิเคราะห์รูปแบบวิธีการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกรูปแบบเดิม และข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการนำมาพัฒนาโปรแกรม

ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยนำข้อมูลที่ได้และหลักวิชาการที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ผสมผสานกัน

ขั้นตอนที่ ๓ ดำเนินการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ ๑, ๒ ส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรม ลดความรู้สึกกลัว อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยใช้วิธีการบรรยาย การอภิปรายและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง ดูวีดีทัศน์ สาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลอง และแจกแผ่นพับเรื่องมะเร็งปากมดลูก ให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชนประจำตำบลครั้งละ ๑๕ นาที

สัปดาห์ที่ ๒-๙ ผู้วิจัยและ อสม. ติดตามเยี่ยมและกระตุ้นเตือน และให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชนประจำตำบล เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติ รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของโรค ตระหนักและเห็นประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกบัตรเชิญตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด สภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประวัติการตรวจมะเร็งปากมดลูก สถานที่เข้ารับบริการ

๒. แบบวัดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วัดโดยใช้แบบสอบถามเป็นปรนัย ๒ ตัวเลือก คือ ถูก และ ผิด

๓. แบบวัดทัศนคติ การส่งเสริมแรงจูงใจการป้องกันโรคของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้ตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก ๕ ระดับ

๔. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) เพื่อการรับรู้ต่ออุปสรรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** มีขั้นตอนดังนี้

**การหาความเที่ยงตรงของเนื้อหา** โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลทั้งหมด ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน ความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของการใช้ภาษา หลังจากที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมทางด้านภาษาและนำข้อมูลมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ ๐.๕๙

**การหาความเชื่อมั่น** โดยการนำแบบสอบถามข้อมูลที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษาในพื้นที่อำเภอพรหมคีรี เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือจำนวน ๓๐ คน แล้วนำข้อมูลมาหาสัมประสิทธิ์ความคงที่ภายใน (Coefficient Internal Consistency) ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Conbach Alpha Coefficient) ซึ่งค่าที่คำนวณได้ เท่ากับ ๐.๗๘

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

๑. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๗

๒. เตรียมความพร้อมทีมวิจัย ก่อนลงพื้นที่จริง

๓. ลงพื้นที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลโดยยึดหลักปฏิบัติของการวิจัย แนวทางการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพมากที่สุด

**การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้**

นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน ลงรหัส แล้วจึงบันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป ความรู้ และทัศนคติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒) ข้อมูลเชิงอนุมาณ เปรียบเทียบความรู้ และทัศนคติในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test และ pair t-test

๓) ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ หลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นที่เก็บข้อมูลจากนั้นทำการตีความของข้อมูลตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Content Analysis) เพื่อสรุปการศึกษา

**การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยได้ขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ (HPC๑๑-๗/๒๕๖๗ ลงวันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗) ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับทราบข้อมูลรายละเอียดในขั้นตอนต่างๆโดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล การได้รับสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เช่นสิทธิที่จะไม่ได้รับอันตราย สิทธิที่จะได้รับข้อมูลอย่างเปิดเผยทั้งทางบวกและลบ ของงานวิจัย สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเอง สิทธิที่ได้รับการปกปิดชื่อ ความเป็นส่วนตัว และรักษาสัญญาเป็นความลับส่วนบุคคล ชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่สูญเสียสิทธิการรักษาพยาบาลตามปกติแต่อย่างใด และคำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการทำ

แบบสอบถาม จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การอภิปรายผลจะแสดงถึงภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น ในกรณีกลุ่มตัวอย่างยินยอมที่จะร่วมมือในการวิจัย ให้เซ็นชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร พร้อมทั้งให้พยานลงนามกำกับ

**ผลการศึกษา**

**๑. ข้อมูลทั่วไป**

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองจำนวน ๒๘ คน ส่วนใหญ่ อายุ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๔๒.๘๔ อายุเฉลี่ย ๔๔.๘๒ ปี อายุต่ำสุด ๓๑ ปี อายุสูงสุด ๕๙ ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี และอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๒๕.๐๐ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๖๐.๗๑ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางอินเตอร์เน็ต/ เว็บไซส์/ ไลน์ ร้อยละ ๕๗.๑๔ เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๐.๐๐ กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน ๒๘ คน ส่วนใหญ่ อายุ ๔๐-๕๐ ปี ร้อยละ ๓๙.๒๙ อายุเฉลี่ย ๔๒.๓๓ ปี อายุต่ำสุด ๓๒ ปี อายุสูงสุด ๕๙ ปี การศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ ๒๘.๕๗ สถานภาพสมรส ร้อยละ ๕๗.๑๔ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางอินเตอร์เน็ต/ เว็บไซส์/ ไลน์ ร้อยละ ๖๐.๗๑ เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๕๐.๐๐ ดังแสดงในตารางที่ ๑

**ตารางที่ ๑** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n = 28) | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **อายุ (ปี)** | | | | |
| ๓๐-๔๐ ปี | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๙ | ๓๒.๑๔ |
| ๔๐-๕๐ ปี | ๑๒ | ๔๒.๘๖ | ๑๑ | ๓๙.๒๙ |
| มากกว่า ๕๐ ปี | ๙ | ๓๒.๑๔ | ๘ | ๒๘.๕๗ |
| Min ,Max, $\bar{x}$ ,SD | ๓๑, ๕๙, | ๔๔.๘๒,๒.๕๔ | ๓๒,๕๙, | ๔๒.๓๓,๓.๑๕ |
| **ระดับการศึกษา** | | | | |
| ประถมศึกษา | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๒ | ๗.๑๔ |
| มัธยมศึกษาตอนต้นปลาย | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๗ | ๒๕.๐๐ |
| อนุปริญญา/ ปวส. | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๘ | ๒๘.๕๘ |
| ปริญญาตรี | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๕ | ๑๗.๘๖ |
| สูงกว่าปริญญาตรี | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| **สถานภาพ** | | | | |
| โสด | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๗ | ๒๕.๐๐ |
| สมรส | ๑๗ | ๖๐.๑๗ | ๑๖ | ๕๗.๑๔ |
| หย่าร้าง/หม้าย | ๒ | ๗.๑๔ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| แยกกันอยู่ | ๒ | ๗.๑๔ | ๒ | ๗.๑๔ |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ(ต่อ)

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n = 28) | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **อาชีพ** | | | | |
| ราชการ/รัฐวิสาหกิจ | ๑๐ | ๓๕.๗๑ | ๗ | ๒๕.๐๐ |
| ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย | ๕ | ๑๗.๘๖ | ๖ | ๒๑.๔๓ |
| เกษตรกร | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| พนักงานบริษัท | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๑๐ | ๓๕.๗๑ |
| รับจ้างทั่วไป | ๑ | ๓.๕๗ | ๒ | ๗.๑๔ |
| แม่บ้าน | ๑ | ๓.๕๗ | ๐ | ๐.๐๐ |
| **รายได้ (บาท/เดือน)** | | | | |
| ≥ ๑๐,๐๐๐ บาท | ๒ | ๗.๑๔ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| ๑๐,๐๐๑ – ๒๐,๐๐๐ บาท | ๑๒ | ๔๒.๘๖ | ๑๒ | ๔๒.๘๖ |
| ๒๐,๐๐๑ – ๓๐,๐๐๐ บาท | ๖ | ๒๑.๔๓ | ๘ | ๒๘.๕๗ |
| มากกว่า ๓๐,๐๐๑ บาท | ๘ | ๒๘.๕๗ | ๕ | ๑๗.๘๖ |
| **การได้รับข้อมูล** | | | | |
| วิทยุ/โทรทัศน์/เสียงตามสาย | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| อินเตอร์เน็ต/เว็บไซส์/ไลน์ | ๑๖ | ๕๗.๑๔ | ๑๗ | ๖๐.๗๑ |
| เพื่อน/ญาติ | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๒ | ๗.๑๔ |
| อาสาสมัครสาธารณสุข | ๒ | ๗.๑๔ | ๒ | ๗.๑๔ |
| เจ้าหน้าที่สาธารณสุข | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๔ | ๑๔.๒๙ |
| **จำนวนครั้งในการตรวจมะเร็งปาก มดลูก** | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| ไม่เคยตรวจ | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๕ | ๑๗.๘๖ |
| ๑ ครั้ง | ๑๐ | ๓๕.๗๑ | ๑๒ | ๔๒.๘๖ |
| ๒ ครั้ง | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๕ | ๑๗.๘๖ |
| ๓ ครั้ง | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| มากกว่า ๓ ครั้ง | | | | |

**ตารางที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ( ต่อ)

| ตัวแปร | กลุ่มทดลอง (n = 28) | | กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 28) | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| **เคยไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายจากหน่วยงาน** | | | | |
| ไม่เคยตรวจ | ๔ | ๑๔.๒๙ | ๓ | ๑๐.๗๑ |
| โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | ๓ | ๑๐.๗๑ | 0 | 0.00 |
| คลินิกเอกชน | ๒ | ๗.๑๔ | ๑ | ๓.๕๗ |
| โรงพยาบาลของรัฐ | ๑๔ | ๕๐.๐๐ | ๑๐ | ๓๕.๗๑ |
| โรงพยาบาลเอกชน | ๙ | ๑๖.๐๗ | ๑๔ | ๕๐.๐๐ |

**๒. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

**๒.๑ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง**

จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน ๑๕ คน ร้อยละ ๕๓.๕๗ ($\bar{x}$ = ๑๓.๔๐, S.D. = ๖.๖๗) หลังทดลองมีความรู้ระดับมาก จำนวน ๑๘ คน ร้อยละ ๖๔.๒๙ ($\bar{x}$ = ๑๙.๓๐, S.D. = ๔.๘๓) ดังตารางที่ ๒

**ตารางที่ ๒** ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง

| ระดับความรู้ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับความรู้มาก | ๑๐ | ๓๕.๗๑ | ๑๘ | ๖๔.๒๙ |
| ระดับความรู้ปานกลาง | ๑๕ | ๕๓.๕๗ | ๑๐ | ๓๕.๗๑ |
| ระดับความรู้น้อย | ๓ | ๑๐.๗๑ | ๐ | ๐.๐๐ |
| | $\bar{x}$ = ๑๓.๔๐, SD = ๖.๖๗ | | $\bar{x}$= ๑๙.๓๐, SD = ๔.๘๓ | |
| | Max =๒๐ คะแนน, Min = ๘ คะแนน | | Max = ๒๕ คะแนน, Min = ๑๒ คะแนน | |

**๒.๒ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเปรียบเทียบ**

จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน ๑๒ คน ร้อยละ ๔๒.๘๖ ($\bar{x}$ = ๑๔.๖๐, S.D. = ๘.๗๒) หลังทดลองมีความรู้ระดับปานกลาง จำนวน ๑๒ คน ร้อยละ ๔๒.๘๖ ($\bar{x}$ = ๑๖.๒๕, S.D. = ๖.๒๕) ดังตารางที่ ๓

**ตารางที่ ๓** ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มเปรียบเทียบ

| ระดับความรู้ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| ระดับความรู้มาก | ๙ | ๓๒.๑๔ | ๑๐ | ๓๕.๗๒ |
| ระดับความรู้ปานกลาง | ๑๒ | ๔๒.๘๖ | ๑๒ | ๔๒.๘๖ |
| ระดับความรู้น้อย | ๗ | ๒๕.๐๐ | ๖ | ๒๑.๔๒ |
| | $\bar{x}$ = ๑๔.๖๐, S.D. = ๘.๗๒ | | $\bar{x}$ = ๑๖.๒๕, S.D. = ๖.๒๕ | |
| | Max = ๒๑ คะแนน, Min = ๕ คะแนน | | Max = ๒๑ คะแนน, Min = ๘ คะแนน | |

**๓. ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

**๓.๑ ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง**

จากการศึกษาทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๓ คน ร้อยละ ๔๖.๔๖ ($\bar{x}$ = ๓.๙๒, S.D. = ๐.๗๖) หลังทดลอง ทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก จำนวน ๑๖ คน ร้อยละ ๕๗.๑๔ ($\bar{x}$ = ๔.๕๙, S.D. = ๐.๕๖) ดังตารางที่ ๔

**ตารางที่ ๔** ทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง

| ระดับทัศนคติ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | **จำนวน** | **ร้อยละ** | **จำนวน** | **ร้อยละ** |
| ระดับทัศนคติมากที่สุด | ๒ | ๗.๑๔ | ๙ | ๓๒.๑๔ |
| ระดับทัศนคติมาก | ๘ | ๒๘.๕๗ | ๑๖ | ๕๗.๑๔ |
| ระดับทัศนคติปานกลาง | ๑๓ | ๔๖.๔๓ | ๒ | ๗.๑๔ |
| ระดับทัศนคติน้อย | ๕ | ๑๗.๘๖ | ๑ | ๓.๕๗ |
| ระดับทัศนคติน้อยมาก | ๐ | ๐.๐๐ | ๐ | ๐.๐๐ |
| | $\bar{x}$ = ๓.๙๒, S.D. = ๐.๗๖ | | $\bar{x}$ = ๔.๕๙, S.D. = ๐.๕๖ | |

**๓.๒ ทัศนคติต่อการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเปรียบเทียบ**

จากการศึกษาทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าส่วนใหญ่ก่อนทดลองมีทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางจำนวน ๑๑ คน ร้อยละ ๓๙.๒๙ ($\bar{x}$ = ๓.๘๔, S.D. = ๐.๘๒) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน ๑๐ คน ร้อยละ ๓๗.๕๐ ($\bar{x}$ = ๔.๑๙, S.D. = ๐.๖๒) ดังตารางที่ ๕

**ตารางที่ ๕** ทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มเปรียบเทียบ

| ระดับทัศนคติ | ก่อนทดลอง | | หลังทดลอง | |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| ระดับทัศนคติมากที่สุด | ๑ | ๓.๕๗ | ๓ | ๙.๓๗ |
| ระดับทัศนคติมาก | ๘ | ๒๘.๕๗ | ๘ | ๒๘.๑๒ |
| ระดับทัศนคติปานกลาง | ๑๑ | ๓๙.๒๙ | ๑๐ | ๓๗.๕๐ |
| ระดับทัศนคติน้อย | ๖ | ๒๑.๔๓ | ๗ | ๒๕.๐๐ |
| ระดับทัศนคติน้อยมาก | ๒ | ๗.๑๔ | ๐ | ๐.๐๐ |
| | $\bar{x}$ = ๓.๘๔, S.D. = ๐.๘๒ | | $\bar{x}$ = ๔.๑๙, S.D. = ๐.๖๒ | |

**๔. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยตวามรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๕$) โดยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๓.๔๐ คะแนนหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๙.๓๐ คะแนนและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่าก่อนทดลองแต่พบไม่แตกต่างกัน โดยก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๔.๖๐ คะแนนหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๖.๒๕ คะแนน ดังตารางที่ ๖

**ตารางที่ ๖** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ความรู้เกี่ยวกับโรค | $\bar{x}$ | SD | ๙๕% CI | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | | | | | |
| ก่อนทดลอง | ๑๓.๔๐ | ๖.๖๗ | ๓.๖๗-๘.๑๓ | ๕.๔๓ | ๐.๐๐๑* |
| หลังทดลอง | ๑๙.๓๐ | ๔.๘๓ | | | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | | | | | |
| ก่อนทดลอง | ๑๔.๖๐ | ๘.๗๒ | ๑.๐๖-๔.๓๖ | ๑.๒๕ | ๐.๐๖๕ |
| หลังทดลอง | ๑๖.๒๕ | ๖.๒๕ | | | |

*$p < ๐.๐๕$

**๕. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลอง พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < ๐.๐๕) โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย ๓.๙๒ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๔.๕๙ และกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P <๐.๐๕) โดยก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ย ๓.๘๔ หลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๔.๑๙ ดังตารางที่ ๗

**ตารางที่ ๗** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ทัศนคติ | $\bar{x}$ | SD | ๙๕% CI | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| กลุ่มทดลอง | | | | | |
| ก่อนทดลอง | ๓.๙๒ | ๐.๗๖ | ๐.๔๐-๐.๙๔ | ๕.๐๘ | ๐.๐๐๑* |
| หลังทดลอง | ๔.๕๙ | ๐.๕๖ | | | |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | | | | | |
| ก่อนทดลอง | ๓.๘๔ | ๐.๘๒ | ๐.๖๒-๐.๐๘ | ๒.๖๕ | ๐.๐๑* |
| หลังทดลอง | ๔.๑๙ | ๐.๖๒ | | | |

*p < ๐.๐๕

**๖. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ**

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าหลังทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < ๐.๐๕) โดยกลุ่มทดลองทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ๑๙.๓๐ คะแนนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย ๑๖.๒๕ คะแนนและการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่พบไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ๔.๕๙ คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติ ๔.๑๙ คะแนน ดังตารางที่ ๘

**ตารางที่ ๘** เปรียบเทียบความรู้และทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

| ตัวแปร | $\bar{x}$ | SD | ๙๕% CI | t | P-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ความรู้ | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | ๑๙.๓๐ | ๔.๘๓ | ๖.๐๔-๐.๐๖ | ๒.๐๔ | ๐.๐๑* |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ๑๖.๒๕ | ๖.๒๕ | | | |
| ทัศนคติ | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | ๔.๕๙ | ๐.๘๒ | ๒.๒๕-๑.๔๕ | ๐.๔๓ | ๐.๐๗๙ |
| กลุ่มเปรียบเทียบ | ๔.๑๙ | ๐.๖๒ | | | |

*p < ๐.๐๕

**การอภิปรายผล**

**๑. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก** จากการวิจัย พบว่าความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เพิ่มมากขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก และจากการเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค โดยตามแนวคิดทฤษฎีมุ่งเน้นไปที่การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจ เกิดการรับรู้การป้องกันโรคโดยขั้นตอนการส่งเสริมแรงจูงใจคือขั้นตอนที่ ๑ เป็นกระบวนการการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) โดยทฤษฎีเชื่อว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กล่าวคือเมื่อสตรีที่พบความผิดปกติจากการตรวจมะเร็งปากมดลูก เห็นถึงอันตรายหรือภาวะคุกคามที่ตนเองกำลังเผชิญ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกระตุ้นให้สตรีเกิดแรงจูงใจในการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งปากมดลูก ในขั้นตอนที่ ๒ เป็นกระบวนการการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) เป็นการส่งเสริมความสามารถและกระตุ้นให้เกิดรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะเข้าใจความรู้สึกของตนเองที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น เข้าใจตนเองและสิ่งแวดล้อมหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกเห็นคุณค่าในตัวเอง กล้าเผชิญปัญหาด้วยความเข้มแข็ง สามารถทำใจให้ยอมรับกับผลการตรวจที่มีความผิดปกติที่เกิดขึ้นและการรักษาที่จะได้รับ (วารินทร์ โชติปฏิเวชกุล, ๒๕๖๓) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สอนศรี วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล และชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข (๒๕๖๔) ที่ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายคือสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี จำนวน ๖๒ คน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีการรับรู้โรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ การศึกษาของ อรทัย วิเชียรปูน และวุฒิชัย จริยา (๒๕๖๓) ที่พบว่า พฤติกรรมการมา

รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี อำเภอสากเหล็ก จังหวัดพิจิตร อยู่ในระดับดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบว่าตนมีความผิดปกติหรือไม่ และกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก จึงตัดสินใจมารับบริการตรวจในที่สุด และการศึกษาของ สุขุมาล โพธิทอง (๒๕๖๑) พบว่า สตรีในพื้นที่อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร มีทัศนคติและพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความคิดว่า ควรไปตรวจตั้งแต่ไม่มีอาการ ดีกว่าไปตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ อีกทั้งเป็นโรงพยาบาลใกล้บ้านทำให้มีความสะดวกและง่ายต่อการไปใช้บริการ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางและค่ารักษา มีความคุ้นเคยกับบุคลากรทางสุขภาพ จึงตัดสินใจไปตรวจ

**๒. ทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** จากการศึกษาทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า หลังทดลอง ทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก และการเปรียบเทียบทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่พบไม่แตกต่างกัน อันเนื่องจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ ที่มีแนวคิดว่าแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เกิดจากการที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นจะมีความรุนแรงและมีภาวะคุกคามต่อชีวิตตนเอง และรับรู้ว่าการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเกิดโรคจะมีประโยชน์ในการช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค (Rosenstock, ๑๙๗๔) ในโปรแกรมดังกล่าวมีการให้ชมวีดีทัศน์เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การป้องกัน การรักษา ชมวีดีทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยง เสริมความสามารถของสตรีในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเป็นการกระตุ้นให้เกิดความกลัวจากวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่สามารถปฏิบัติตัวได้สำเร็จ จากนั้นมอบแผ่นพับการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้กลุ่มทดลองอ่านทบทวนเพิ่มเติม ทำให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงความร้ายแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และมีองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แต่หลังทดลองทัศนคติต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของทั้งสองกลุ่มพบไม่แตกต่างกัน ชี้ให้เห็นว่า แม้ว่ากิจกรรมหรือวิธีการที่ใช้ในการทดลองอาจมีแนวโน้มส่งผลเชิงบวกต่อทัศนคติ ซึ่งการปรับเปลี่ยนทัศนคติมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลใหม่ การเผชิญสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงประสบการณ์ส่วนตัว การโน้มน้าวจากผู้อื่น และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อาจส่งผลให้กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมในสตรีต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้รับปัจจัยดังกล่าว และมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง จากการศึกษาของเพ็ญนิภา ชำนาญบริรักษ์ และเพ็ชรศักดิ์ อุทัยนิล (๒๕๖๕) ทำการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขวา โดยพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรู้ระดับปานกลางร้อยละ ๕๒.๓๐ ทัศนคติของการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีระดับทัศคติที่ดี ($\bar{x}$ = ๔.๒๐, S.D. = ๐.๕๐) และพฤติกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีร้อยละ ๖๔.๗๐ ๕) ความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและทัศนคติของการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับบริการตรวจ

มะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ และสอดคล้องการศึกษาของ จิรศักดิ์ จิรากูลสวัสดิ์ (๒๕๖๕) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลทุ่งสุขลา และตำบลบึง อำเภอศรีราชา ที่พบว่ากลุ่มทดลองที่สอนด้วยโปรแกรมสุขศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้สิ่งชักนำในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕

จะเห็นได้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งจำเป็น ทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ก่อนเป็นมะเร็ง แพทย์จึงสามารถวางแผนติดตาม หรือรักษาได้ในระยะเริ่มแรก (ศิริรัตน์ เพียขันทา, ๒๕๖๕) ดังนั้นบุคลากรางด้านสาธารณสุขจึงควรมีการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ บูรณาการให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน ส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

**ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป**

๑. ศึกษาการพัฒนากลยุทธ์ในการดำเนินงานและส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรูปแบบอื่น ๆ เช่นการใช้รูปแบบการสื่อสารการพัฒนานวัตกรรมและกลยุทธ์จูงใจอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

๒. ศึกษาวิจัยและพัฒนาการป้องกันโรคเชิงรุกและการมีส่วนร่วมของครอบครัวชุมชนโดยให้ครอบครัวชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมวางแผนและจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของชุมชน