

Actual Slice Thickness (mm)	Control Limit	Month											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2.5	Upper Level (3.0)												
	Lower Level (2.0)	2.4	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	2.4	2.5	2.5	2.5	2.5
5.0	Upper Level (6.0)												
	Lower Level (4.0)	5.1	5.0	5.0	4.9	5.0	4.9	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0	5.0
10.0	Upper Level (11.0)												
	Lower Level (9.0)	10.2	10.1	10.1	10.2	10.2	10.3	10.1	10.4	10.2	10.2	10.3	10.3

### วิจารณ์ผลการทดลอง

จากการทดลองวัดความหนาของภาพซีทีโดยวิธีมาตรฐานและวิธีการปรับวินโดวให้สัมพันธ์กับค่าเลขซีทีของตัวกลาง เมื่อเลือกค่าความหนาชิ้นสไลด์เท่ากับ 1, 1.5, 2.5, 5.0 และ 10.0 มิลลิเมตร ตามลำดับ โดยที่ในแต่ละค่าของความหนาชิ้นสไลด์ทำการทดลองซ้ำจำนวน 60 ครั้ง พบว่าค่าความหนาของภาพซีทีที่วัดได้จากการวัดความหนาของภาพซีทีวิธีมาตรฐานมีค่าเท่ากับ  $1.2 \pm 0.04$ ,  $1.7 \pm 0.07$ ,  $2.8 \pm 0.06$ ,  $5.0 \pm 0.17$  และ  $10.2 \pm 0.11$  มิลลิเมตร ตามลำดับ และเมื่อวัดความหนาของภาพซีทีโดยวิธีการปรับวินโดวให้สัมพันธ์กับค่าเลขซีทีของตัวกลาง พบว่าค่าความหนาของภาพซีทีที่วัดได้มีค่าเท่ากับ  $0.9 \pm 0.05$ ,  $1.4 \pm 0.03$ ,  $2.5 \pm 0.04$ ,  $5.0 \pm 0.05$  และ  $10.2 \pm 0.09$  มิลลิเมตร ตามลำดับ เมื่อนำค่าความหนาของภาพซีทีที่ได้จากวิธีการวัดความหนาของภาพซีทีทั้ง 2 วิธีมาวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น เพื่อทดสอบว่าวิธีการทั้งสองมีความเกี่ยวพันหรือสัมพันธ์กันมากน้อยเพียงใด พบว่าสมการถดถอยเชิงเส้นให้ความสัมพันธ์  $Y = 0.9628X + 0.3288$ ,  $r = 0.9997$  ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) ที่ได้จะเป็นตัวตัดสินได้ว่าวิธีการวัดความหนาของภาพซีทีวิธีมาตรฐาน และวิธีการวัดความหนาของภาพซีทีโดยวิธีการปรับวินโดวให้สัมพันธ์กับค่าเลขซีทีของตัวกลางมีความสัมพันธ์กันสูง ( $r > 0.99$ ) แสดงว่าวิธีการทั้งสองให้ผลไม่แตกต่างกัน และสามารถ interchangeable ได้ด้วยความเชื่อมั่น 99% จึงนำวิธีการวัดความหนาของภาพซีทีโดยการปรับวินโดวให้สัมพันธ์กับค่าเลขซีทีของตัวกลางมาใช้วัดความหนาของภาพซีทีจากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ Hitachi CT-W 1000 ที่ใช้อยู่ในกลุ่มงานรังสี

วิทยา โรงพยาบาลกลาง โดยทดสอบค่าความหนาชั้นสไลด์ทั้งหมดที่เครื่องสามารถทำได้ (1, 1.5, 2.5, 5.0 และ 10.0 มิลลิเมตร ตามลำดับ) ทุกเดือนเป็นระยะ 12 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนกันยายน 2543 ถึงเดือนสิงหาคม 2544 พบว่าความหนาของภาพซีทีที่ได้จากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอรื Hitachi CT-W 1000 ภายในช่วงเวลา 12 เดือน มีค่าเท่ากับ  $0.9 \pm 0.05$ ,  $1.4 \pm 0.03$ ,  $2.5 \pm 0.05$ ,  $5.0 \pm 0.05$  และ  $10.2 \pm 0.09$  มิลลิเมตร ตามลำดับ ความหนาของภาพซีทีที่วัดได้ทั้งหมดเมื่อเทียบกับค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกสแกนมีค่าอยู่ในขอบเขตที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานที่ NCRP กำหนด คือ เมื่อเลือกค่าความหนาของชั้นสไลด์เท่ากับ 1.0, 1.5 และ 2.5 มิลลิเมตร ความหนาของภาพซีทีที่วัดได้จะต้องมีความแตกต่างกับค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกไม่เกิน 0.5 มิลลิเมตร และเมื่อเลือกค่าความหนาของชั้นสไลด์เท่ากับ 5.0 และ 10.0 มิลลิเมตร ความหนาของภาพซีทีที่วัดได้จะต้องมีความแตกต่างกับค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกไม่เกิน 1.0 มิลลิเมตร แสดงว่าเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอรืที่ใช้ยังสามารถให้ค่าความหนาของภาพซีทีที่ถูกต้อง ตัวบ่งคับลำรังสีเอกซ์ยังคงมีประสิทธิภาพในการบ่งคับลำรังสีเอกซ์ได้ขนาดตามความต้องการของผู้ใช้

ในการทดสอบว่าวิธีการทดลองมีความแม่นยำหรือไม่ ทำได้โดยทำการวัดซ้ำ ๆ กันหลาย ๆ ครั้งในลักษณะเดียวกัน โดยไม่เปลี่ยนสภาวะในขณะนั้น กล่าวคือ ในการวัดค่าความหนาของภาพซีทีที่แต่ละค่าความหนาชั้นสไลด์ จะไม่มีการเคลื่อนที่หรือเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งของเครื่องมือ นอกจากนี้ยังรวมถึงการวัดในช่วงเวลาอื่น ๆ แต่ยังคงเงื่อนไขที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระบบและสภาวะ และทำการวัดหลาย ๆ ครั้งในเวลาเดียวกันติดต่อกัน การสรุปค่าที่เกิดจากการวัดแบบนี้จะเรียกว่าเป็นการทดสอบความแม่นยำ จากการทดลองจึงได้ทำการทดสอบความแม่นยำของความหนาของภาพซีทีที่วัดได้โดยการเลือกความหนาชั้นสไลด์ทั้งหมด (1, 1.5, 2.5, 5.0 และ 10.0 มิลลิเมตร ตามลำดับ) มาทำการทดสอบ โดยที่ค่าความหนาชั้นสไลด์ค่าหนึ่ง ๆ ทำการวัดซ้ำ ๆ กันในลักษณะเดียวกันจำนวน 10 ครั้ง และทำการทดสอบในลักษณะนี้ทุกสัปดาห์เป็นเวลา 6 สัปดาห์ จึงได้จำนวนข้อมูลของแต่ละค่าความหนาชั้นสไลด์เท่ากับ 60 ค่า การสรุปผลพิจารณาได้จากค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน (CV) จากการทดลองพบว่าความแปรปรวนมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 6 ถือว่าวิธีการทดลองมีความแม่นยำสูง

อย่างไรก็ตามการจัดตั้งเครื่องมือเมื่อทำการทดลองทุกครั้ง จะต้องกระทำด้วยความระมัดระวัง ไม่มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะการวัด เพื่อขจัดความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นจากการจัดตั้งเครื่องมือไม่คงที่ได้ โดยการจัดให้ระนาบของการสแกนตั้งฉากกับพื้นเตียง และขนานกับแกนทรีจริง ๆ เพื่อให้มุมการเอียงของแผ่นอลูมิเนียม ( $\tan \theta$ ) คงเดิมและถูกต้องเสมอ

## สรุปผลการทดลอง

ความหนาของภาพซีที เป็นปริมาณที่สะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิภาพในการทำงานของตัวบังคับลำรังสีเอกซ์ของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เนื่องจากภาพซีทีที่มีคุณภาพจะต้องสามารถแสดงรายละเอียดของอวัยวะร่างกายในแนวภาคตัดขวางของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์ ความครบถ้วนของรายละเอียดที่ต้องการจึงขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการทำงานของเครื่องและความต้องการของผู้ใช้ โดยที่ผู้ใช้สามารถเลือกความละเอียดของการสแกนได้จากการเลือกค่าความหนาชั้นสไลด์จากเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ได้โดยตรง ถ้าค่าความหนาของภาพซีทีที่แสดงมีค่าน้อยกว่าค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกสแกน จะทำให้เกิดการสูญเสียรายละเอียดบางส่วน โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นรอยโรคเล็ก ๆ และถ้าค่าความหนาของภาพซีทีที่แสดงมีค่ามากกว่าค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกสแกน จะทำให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณรังสีมากเกินไปจนเกินไป โดยเฉพาะในเทคนิคการสแกนแบบเหลื่อมสไลด์ (overlapping scan) นอกจากนี้การที่ความหนาของภาพซีทีที่แสดงมีค่ามากกว่าค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกสแกนก็จะทำให้สูญเสียรายละเอียดบางส่วน โดยเฉพาะบริเวณที่เป็นรอยโรคเล็ก ๆ ได้เช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากความหนาของภาพซีทีที่มากเกินไปจะเป็นการส่งเสริมให้ปรากฏการณ์ปริมาตรบางส่วน แสดงผลได้เด่นชัดขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น หน่วยงานที่มีเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่วยวินิจฉัยโรค จึงควรมีการตรวจสอบความถูกต้องและความแม่นยำของความหนาของภาพซีทีที่แสดง ว่ามีความเบี่ยงเบนไปจากค่าความหนาชั้นสไลด์ที่เลือกสแกนหรือไม่ หากความหนาของภาพซีทีที่มีความเบี่ยงเบนเกินขอบเขตที่ยอมรับได้ตามมาตรฐานที่ NCRP กำหนด ย่อมเป็นสัญญาณเตือนถึงปัญหาและประสิทธิภาพในการทำงานของตัวบังคับลำรังสีเอกซ์ จะต้องดำเนินการแก้ไขและสอบเทียบมาตรฐานใหม่ทันทีโดยวิศวกรของบริษัทตัวแทนจำหน่ายโดยตรง

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอการวัดความหนาของภาพซีทีเป็นวิธีเลือกในทางปฏิบัติอีกหนึ่งวิธี คือ วิธีการปรับวินโดวให้สัมพันธ์กับค่าเลขซีทีของตัวกลาง ซึ่งพบว่าวิธีการดังกล่าวสามารถให้ผลที่ถูกต้อง มีความแม่นยำ มีความสะดวก และเหมาะสมที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการวัดความหนาของภาพซีทีและใช้ในการควบคุมคุณภาพของเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ภายในกลุ่มงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**เอกสารอ้างอิง**

1. มานัส มงคลสุข. พื้นฐานทางฟิสิกส์ของ CT และ MRI. กรุงเทพฯ : ไทศาลศิลป์การพิมพ์, 2532 : 35-59.
2. AAPM. Specification and acceptance testing of computed tomography scanners, American Association of Physicists in Medicine report no. 39. New York ; 1993 : 19-22.
3. Haward SL, Krishna CV, Robert AZ. Cranial MRI and CT. McGraw-Hill, 1992 : 1-33.
4. Waggner RC, Kereiakers JC, Shalek RJ. Handbook of medical physics volume II. Florida ; CRC Press, 1984 : 311-333.
5. Bushong SC. Radiologic science for technologists. London : C.V. Mosby Company, 1988 : 385-408.
6. NCRP. Quality assurance for diagnostic for diagnostic imaging equipment. National Council on Radiation Protection and Measurement report no. 99. Maryland ; 1988 : 120-124.
7. Scheiders NJ, Bushong SC. CT quality assurance : computer assisted slice thickness. Med Phys 1981 ; 8 : 516-519.
8. Hendee WR, Chaney EL, Rossi RP. Radiologic physics equipment and quality control. London : Yearbook medical publishers, 1977 ; 1-34.
9. Brook RA, Dichiro GD. Slice geometry in computer assisted tomography. Comput Assist Tomography 1997 ; 1 : 191-199.
10. Shiraishi J, Tsuda K, Inove Y and Onoyama Y. Measurement of CT section thickness by using the partial volume effect. Radiology 1992 ; 184 : 870-872.

\*\*\*\*

## การประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการฟันสะอาด ในศูนย์สุขภาพชุมชนของฝ่ายทันตกรรมพิเศษ 6 กองทันตสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

สุนีย์ รัตนพฤษ์ ท.บ.

คลินิกทันตกรรม 639 ฝ่ายทันตกรรมพิเศษ 6  
กองทันตสาธารณสุข สำนักอนามัย กทม.

### Abstract

*Assessment of dental prophylaxis in the Mini-Health Centre of 6th Dental Health Division, Department of Health, BMA.*

*Ratanapruk S.*

639 Dental Clinic, 6th Dental Health Division, Department of Health, BMA.

J. Central Hospital 2000 : 27 - 36

A cross-sectional study was conducted to evaluate the dental prophylaxis programme in the Mini-Health Centre of 6th Dental Health Division, Department of Health, BMA. There were eighty-six subjects, composed of ten, selected randomly from each of ten communities. A structured questionnaire and an assessment of periodontal status were employed. Measurement of periodontal status was composed of two indices, debris index and calculus index.

This study showed that 77.9%, 9.3% and 12.8% of the subjects had toothbrushing 2 times/day, 3 times/day and 1 time/day respectively. 95% were familiar with health volunteers and some of them used to come to the Mini-Health Centre. The averages of debris index and calculus index were 0.65, 0.73 respectively. The average of sextant with normal gingiva, without calculus was 2.08 sextant/subject. The average of sextant with calculus was 3.03 sextant/subject. The average of calculus index was significantly correlated with ageing ( $p < 0.05$ )

### บทคัดย่อ

การประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการฟันสะอาดในศูนย์สุขภาพชุมชนของฝ่ายทันตกรรมพิเศษ 6 สำนักอนามัย กทม. มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีอนามัยช่องปากที่ดี โดยทำการสุ่มตัวอย่างจากประชาชนที่ได้เคยรับการขูดหินน้ำลายจากหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 10 ชุมชน ทั้งหมด 86 คน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 77.9 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ร้อยละ 9.3 แปรงฟันวันละ 3 ครั้ง และร้อยละ 12.8 แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 95 รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุขและเคยไปใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบอ่อนและแผ่นคราบหินน้ำลายในช่องปาก (DI และ CI) มีค่าเท่ากับ 0.65 และ 0.73 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปากที่มีสภาวะเหงือกปกติไม่มีหินน้ำลายเท่ากับ 2.08 sextant/คน ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปากที่มีหินน้ำลายเท่ากับ 3.9 sextant/คน พบว่าค่าเฉลี่ยคราบหินน้ำลายในช่องปากในกลุ่มอายุที่ต่างกันจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ )

### บทนำ

โรคปริทันต์ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟันในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุนั้น จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พ.ศ. 2537<sup>(1)</sup> พบว่าประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ประสบปัญหาโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์จำนวนมาก โดยกลุ่มอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 46.2 มีหินน้ำลาย ร้อยละ 50 มีหินน้ำลายร่วมกับการมีการทำลายของเนื้อเยื่อปริทันต์และมีเหงือกปกติร้อยละ 3.8 เท่านั้น และในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 70.7 เป็นโรคปริทันต์

จากการวิจัยเรื่องความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข กับการบริการกิจกรรมทันตสาธารณสุข ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนของกรุงเทพมหานคร<sup>(2)</sup> พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพร้อมในเรื่องการสอนแปรงฟันถูกวิธี การส่งต่อผู้ป่วยมารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขอยู่ในระดับมาก ส่วนการตรวจสุขภาพช่องปากมีความพร้อมในระดับปานกลาง การมาใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีเพียงร้อยละ 56 ของประชาชนที่สอบถาม และจะมาขอรับบริการเมื่อมีอาการปวดฟันแล้วเป็นส่วนใหญ่ ฉะนั้นการจะส่งเสริมทันตสุขภาพเชิงรุกให้ประชาชนรู้จักดูแลตนเองมากขึ้น ทันตแพทย์ประจำศูนย์สาธารณสุขควรจัดกิจกรรมด้านส่งเสริมป้องกันลงสู่ชุมชน โดยให้อาสาสมัครมีส่วนร่วมมากขึ้น ซึ่งในปี 2543 กองทันตสาธารณสุขได้จัดให้มีโครงการ

ฟันสะอาดในศูนย์สุขภาพชุมชน ถวายเป็นพระราชกุศลวโรกาสครบรอบ 100 ปีสมเด็จพระเจ้า โดยจัดให้มีหน่วยเคลื่อนที่ออกให้บริการชุดหินน้ำลาย ทำความสะอาดฟัน และให้คำแนะนำ วิธีแปรงฟันที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเหงือกอักเสบ

ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรทำการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว เฉพาะ ในความรับผิดชอบของฝ่ายทันตกรรมพิเศษ 6 เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางการ ดำเนินงานทันตสาธารณสุขลงสู่ชุมชนโดยประชาชนมีส่วนร่วมที่เหมาะสมต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของโครงการฟันสะอาด ในศูนย์สุขภาพชุมชนในด้านพฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะอนามัยช่องปากของประชาชนที่ได้รับบริการไปแล้วเป็นเวลา 1 ปี
2. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีสภาวะอนามัยในช่องปากของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง

### วัสดุและวิธีการ

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ได้รับบริการจากหน่วยเคลื่อนที่ของฝ่ายทันตกรรมพิเศษ 6 จำนวน 10 ชุมชน โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีบังเอิญ ไม่จำแนกเพศ อายุ (Accidental Random Sampling) ทั้งหมด 86 คน
  2. เครื่องมือตรวจในช่องปาก ได้แก่ Explorer No.5., Mouth Mirror และ Cotton plier
  3. ทำการตรวจหาค่าแผ่นคราบอ่อน Debris index (DI) และแผ่นคราบหินน้ำลาย Calculus index (CI) ตามหลักของ Greene & Vermillion<sup>(3)</sup>
  4. สอบถามพฤติกรรมทันตสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบสอบถาม
  5. การวิเคราะห์ข้อมูล
    - 5.1 ประเมินค่าพฤติกรรมทันตสุขภาพ และการมาใช้บริการด้านทันตกรรมโดยใช้ ค่าร้อยละ
    - 5.2 ประเมินค่าแผ่นคราบอ่อน (DI) และแผ่นคราบหินน้ำลาย (CI) โดยใช้ค่า ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
    - 5.3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน DI และ CI แจกแจงตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ การแปรงฟัน และการตรวจฟันด้วยตนเอง โดยวิธี One way Anova และ T-Test

## ผล

ประชาชนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่ได้รับบริการขูดหินน้ำลายจากหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ออกไปปฏิบัติงาน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-44 ปี เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง รองมาคือแม่บ้าน ดังแสดงในตารางที่ 1

จากแบบสอบถามพบว่า ประชาชนร้อยละ 77.9 แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เข้าและก่อนนอน ร้อยละ 9.3 แปรงฟันวันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ร้อยละ 12.8 แปรงฟันวันละ 1 ครั้ง (ตารางที่ 2) ประชาชนร้อยละ 74.4 ตอบว่าเคยตรวจฟันด้วยตนเอง (ตารางที่ 3) ร้อยละ 62.8 ตอบว่าเคยมีปัญหาในช่องปาก และร้อยละ 73.5 จะไปพบทันตแพทย์เมื่อมีปัญหา มีประชาชนร้อยละ 6 ที่ปล่อยให้หายเอง ร้อยละ 9.6 ซึ้อยากินเอง และร้อยละ 10.8 จะไปหาอาสาสมัครสาธารณสุขมากกว่า ร้อยละ 95 รู้จักศูนย์สุขภาพชุมชน รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุข และเคยไปใช้บริการ ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้แก่ ขอยาแก้ปวดลดไข้, ขูดหินน้ำลาย, วัสดุความดันโลหิต, ทำแผล เป็นต้น

จากการตรวจสภาวะอนามัยช่องปากของประชาชนที่เคยได้รับการขูดหินน้ำลาย และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลอนามัยช่องปาก จากโครงการฟันสะอาดในศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อ 1 ปีที่แล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยคราบอ่อน (DI) มีค่าเท่ากับ 0.65 ค่าเฉลี่ยหินน้ำลาย (CI) เท่ากับ 0.73 (ตารางที่ 4)

เมื่อดูรายละเอียดปริมาณหินน้ำลายในช่องปาก พบว่า ค่าเฉลี่ยจำนวนของช่องปาก (sextant) ที่ไม่มีหินน้ำลาย มีจำนวน 2.08 sextant/คน ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปาก ที่มีหินน้ำลายเล็กน้อย มีจำนวน 3.32 sextant/คน และค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปาก ที่มีหินน้ำลายมาก มีจำนวน 0.58 sextant/คน (ตารางที่ 5)

ประชาชนที่มีหินน้ำลายจำแนกตามส่วนในช่องปาก พบว่า ฟันล่างด้านหน้ามีหินน้ำลายมากที่สุด (ระดับ 2) ร้อยละ 27.9 รองลงมาได้แก่ฟันกรามล่างซ้าย คิดเป็นร้อยละ 10.5 ส่วนที่มีหินน้ำลายเล็กน้อย (ระดับ 1) ได้แก่ฟันกรามล่างซ้าย ร้อยละ 67.4 และฟันกรามล่างขวา ร้อยละ 66.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยหินน้ำลายและค่าเฉลี่ยคราบอ่อน แยกตามกลุ่มอายุ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) (ตารางที่ 7) แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคราบอ่อนระหว่างกลุ่มที่มีอายุต่างกัน และไม่พบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยหินน้ำลายและค่าเฉลี่ยคราบอ่อน ระหว่างเพศ อาชีพ การศึกษา และพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพได้แก่ การแปรงฟัน และการตรวจฟันด้วยตนเอง (ตารางที่ 8)



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ เพศ การศึกษา อาชีพ  
(n = 86)

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
อายุ	< 25 ปี	16	18.6
	26-44 ปี	41	47.7
	> 45 ปี	29	33.7
เพศ	หญิง	57	66.3
	ชาย	29	33.7
การศึกษา	ประถมศึกษา	52	60.5
	มัธยมศึกษา	14	16.3
	ปริญญาตรี หรือ เทียบเท่า	15	17.4
	ไม่ตอบ	5	5.8
อาชีพ	ค้าขาย	13	15.1
	แม่บ้าน	21	24.4
	รับจ้าง	29	33.7
	ข้าราชการ	4	4.7
	นักเรียน/นักศึกษา	12	14.0
	ไม่ตอบ	7	8.1

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของการแปรงฟันของกลุ่มตัวอย่าง (n = 86)

การแปรงฟัน	จำนวน	ร้อยละ
วันละ 1 ครั้ง	11	12.8
วันละ 2 ครั้ง	67	77.9
วันละ 3 ครั้ง	8	9.3

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของการตรวจช่องปากด้วยตนเอง (n = 86)

การตรวจช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
เคย	64	74.4
ไม่เคย	20	23.3
ไม่ตอบ	2	2.3

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยสภาวะอนามัยช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง (n = 86)

สภาวะอนามัยช่องปาก	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย	SD
ดัชนีคราบอ่อน	0	1.8	0.65	0.39
ดัชนีหินน้ำลาย	0	1.8	0.73	0.38
ดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI)	0.1	3.6	1.38	0.70

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปากของผู้ที่ไม่มีหินน้ำลาย มีหินน้ำลายเล็กน้อย และมีหินน้ำลายมาก (n = 86)

สภาวะในช่องปาก	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ )	SD
ไม่มีหินน้ำลาย	0	6	2.08	1.68
มีหินน้ำลายเล็กน้อย (ระดับ 1)	0	6	3.32	1.49
มีหินน้ำลายมาก (ระดับ 2)	0	4	0.58	0.90

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้มีหินน้ำลายจำแนกตามส่วนในช่องปาก

ส่วนในช่องปาก	ไม่มีหินน้ำลาย		มีหินน้ำลายเล็กน้อย ระดับ 1		มีหินน้ำลายมาก ระดับ 2	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ฟันกรามบนขวา	33	38.4	49	57.0	4	4.7
ฟันบนด้านหน้า	52	60.5	32	37.2	2	2.3
ฟันกรามบนซ้าย	34	39.5	48	55.8	4	4.7
ฟันกรามล่างซ้าย	19	22.1	58	67.4	9	10.5
ฟันล่างด้านหน้า	19	22.1	42	48.8	24	27.9
ฟันกรามล่างขวา	22	25.6	57	66.3	7	8.1

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบหินน้ำลาย (CI) และแผ่นคราบอ่อน (DI) ระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน

	กลุ่มอายุ			T-Test
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25 ปี	26-44 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับ 45 ปี	
CI	0.5	0.74	0.83	4.08*
DI	0.6	0.59	0.75	1.569

\* = Sig diff (P < 0.05)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยแผ่นคราบหินน้ำลาย (CI) และแผ่นคราบอ่อน (DI) ระหว่างเพศ, การศึกษา, อาชีพ, การแปรงฟัน และการตรวจฟันด้วยตนเอง

กลุ่มเปรียบเทียบ	CI		DI	
	ค่าเฉลี่ยที่แตกต่าง	T-Value	ค่าเฉลี่ยที่แตกต่าง	T-Value
1. เพศ	-0.15	-1.74 (NS)	-0.22	-2.53 (NS)
2. การศึกษา	0.57	0.57 (NS)	0.002	0.18 (NS)
3. อาชีพ	0.12	1.43 (NS)	0.08	0.98 (NS)
4. การแปรงฟัน	0.04	0.34 (NS)	0.07	0.53 (NS)
5. การตรวจฟันด้วยตนเอง	0.03	0.38 (NS)	-1.45	-1.43 (NS)

NS = No Sig diff (P > 0.05)

### วิจารณ์ผล

จากผลการตรวจสภาวะอนามัยช่องปากประชาชนที่ได้รับการขูดหินน้ำลายจากโครงการฟันสะอาดในศูนย์สุขภาพชุมชนมาเป็นเวลา 1 ปี พบว่าค่าเฉลี่ยดัชนีคราบอ่อน = 0.65 ค่าเฉลี่ยดัชนีหินน้ำลาย = 0.73 ค่าเฉลี่ยดัชนีอนามัยช่องปาก (OHI) = 1.38 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยที่สุคนธ์ บรมธนรัตน์<sup>(1)</sup> เคยสำรวจไว้ แสดงว่าการขูดหินน้ำลายในศูนย์สุขภาพชุมชนช่วยให้ประชาชนในชุมชนมีอนามัยช่องปากดีขึ้นในระดับหนึ่ง จากการหาค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนในช่องปาก (sextant)/คน ของผู้ที่มีสภาวะปริทันต์ปกติของประชากรกลุ่มตัวอย่าง = 2.08 sextant/คน ผู้ที่มีหินน้ำลายระดับ 1 = 3.32 sextant/คน และผู้ที่มีหินน้ำลายระดับ 2 = 0.58 sextant/คน โดยร้อยละของผู้ไม่มีหินน้ำลายในช่องปาก = 3.5 ซึ่งทั้งหมดมีอายุต่ำกว่า 18 ปี และจากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีคราบหินน้ำลายระหว่างกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี, 26-44 ปี และมากกว่า 45 ปี พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) เนื่องจากกลุ่มอายุ < 25 ปี ในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมาได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากโรงเรียนรวมทั้งจากสื่อต่าง ๆ ทั้งวิทยุโทรทัศน์มาพอสมควร ทำให้มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคในช่องปากได้ดีกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่า สำหรับกลุ่มที่มีอายุ > 25 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยจำนวนส่วนที่มีหินน้ำลายมากกว่าครึ่งหนึ่งของช่องปากใกล้เคียงกับการสำรวจสภาวะอนามัยช่องปากที่ผ่านมา<sup>(1)</sup> แสดงว่าประชาชนที่ได้รับการขูดหินน้ำลายไปแล้วยังไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้อย่าง

มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในชากรไกรกลางทั้งฟันหน้าและฟันกราม ซึ่งการออกหน่วยครั้งนี้ได้รับมอบหมายให้ผู้ช่วยทันตแพทย์เป็นผู้สาธิตการแปรงฟันให้ถูกวิธี และสาธิตการใช้ไหมด้ายย้อมฟันเพื่อดูคราบจุลินทรีย์ แสดงให้เห็นว่าการให้ทันตสุขศึกษารายกลุ่มเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการทำความสะอาดช่องปากอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันโรคปริทันต์ เนื่องจากการป้องกันโรคเหงือกอักเสบและโรคปริทันต์จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการมีสุขภาพอนามัยช่องปากที่ดี ซึ่งนอกจากการสาธิตการแปรงฟันอย่างถูกวิธีแล้ว ยังต้องมีการติดตามผลว่าผู้ป่วยปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสามารถกำจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากได้หมดหรือไม่ ต้องมีการสอนซ้ำหลายครั้งจนกว่าจะทำได้ดี รวมทั้งต้องให้ใช้ไหมขัดฟันช่วยทำความสะอาดซอกฟันและใต้เหงือกด้วย<sup>(5, 6)</sup> ซึ่งการให้ทันตสุขศึกษาแก่ผู้ที่ได้รับการขูดหินน้ำลายในโครงการไม่มีการแนะนำให้ใช้ไหมขัดฟันร่วมด้วยตรงกับกรวิจัยที่ผ่านมาว่าทันตบุคลากรจำนวนน้อยที่มีการให้ทันตสุขศึกษาเรื่องการใช้ไหมขัดฟัน<sup>(7)</sup>

จากแบบสอบถามพบว่าประชาชนมากกว่าร้อยละ 90 รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุข และเคยไปใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเฉพาะเคยไปขูดหินน้ำลายสูงกว่าที่เคยสำรวจไว้<sup>(4)</sup> จึงกล่าวได้ว่าการออกหน่วยเคลื่อนที่ไปขูดหินน้ำลายในศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นวิธีการหนึ่งซึ่งช่วยส่งเสริมบทบาทของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการบริการสาธารณสุขช่องปาก แต่การจัดหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่แต่ละครั้งต้องใช้ค่าใช้จ่ายจำนวนหนึ่ง โดยเฉพาะค่าน้ำมันค่าเสื่อมราคา รถยนต์และครุภัณฑ์ที่ใช้<sup>(8,9)</sup> ฉะนั้นหากจะดำเนินโครงการขูดหินน้ำลายในศูนย์สุขภาพชุมชน ควรพิจารณาให้มีความสำคัญกับคุณภาพงานรวมทั้งต้นทุนที่ใช้ในการออกหน่วยเคลื่อนที่ด้วย

## บทสรุป

จากการประเมินผลพบว่าอนามัยช่องปากของกลุ่มตัวอย่างมีเหงือกปกติเฉลี่ย 2 sextant /คน มีหินน้ำลายในช่องปากเฉลี่ยมากกว่าครึ่งหนึ่งของช่องปากและจำนวนหินน้ำลายในช่องปากจะแตกต่างกันตามอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นวิธีการส่งเสริมอนามัยช่องปากของคนในชุมชนควรให้ความสำคัญกับการให้ทันตสุขศึกษารายบุคคล เพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจังและต่อเนื่องเพิ่มขึ้นจากการให้บริการขูดหินน้ำลายและให้ทันตสุขศึกษารายกลุ่มเพียงครั้งเดียว

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงสุคนธ์ บรมชนรัตน์ ผู้อำนวยการกองทันตสาธารณสุข ที่อนุญาตให้ทำผลงานทางวิชาการ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงชีนตา วิชชาวุธ ทันตแพทย์หญิงลาวัลย์ บุณยมานนท์ ที่ให้คำปรึกษาทางวิชาการ

ขอขอบคุณ ทันตแพทย์หญิงวัชรา เปรุนาวิน ที่ให้คำปรึกษาแนวทางการเขียนบทความ

## เอกสารอ้างอิง

1. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : รายงานผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 หน้า 22-23.
2. วารุณี อารีราษฎร์ : ความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุข และความต้องการของประชาชนกับการบริการกิจกรรมทันตสาธารณสุข ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ของกรุงเทพมหานคร J Central Hospital 1997 ; Vol. 34 No.1 : 1-21.
3. Greene, J.C., and Vermillion, J.R. : "The Simplified Oral Hygiene Index" J Am Dent Assoc 1964 ; 68 : 7-13.
4. สุคนธ์ บรมชนรัตน์ : พฤติกรรมทันตสุขภาพและสภาวะอนามัยช่องปากของประชาชนในกรุงเทพมหานคร J Central Hospital 1999 ; Vol. 36 No. 4 : 177-199.
5. W.G. Cross : Gingivitis, Dental Practitioner Handbook No. 2 ; Bristol John Wright & Sons Limited, Great Britain. 1977 : 38-41.
6. F.A. Carranza Jr./E.B. Kenney : Prevention of Periodontal Disease, Quintessence Publishing Co, Chicago Illinois : 1981 : 37-42.
7. ชีนตา วิชชาวุธ : ทักษะคิดและการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันของทันตแพทย์ที่ในศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลชุมชน ในกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล, วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2544 หน้า 27-34.
8. สุวิน วิสุทธิสิน และจันทนา อึ้งชูศักดิ์ : สภาวะปริทันต์และความสัมพันธ์ระหว่างการมีหินน้ำลายกับเหงือกอักเสบ วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-กรกฎาคม 2540 หน้า 47-55.
9. เพ็ญแข ลากยี่ง : ต้นทุนการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอบางปลาม้า สุพรรณบุรี ; วิทยาสารทันตสาธารณสุข ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม-กรกฎาคม 2540 หน้า 20-27.



**ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก  
ของสตรีวัยเจริญพันธุ์  
ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี กรุงเทพมหานคร**

**แพทย์หญิง มาลินี ไชติสกุลรัตน์ พ.บ., ส.ม.**

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี สำนักงานมัย

**Abstract**

*Factors related to the acceptance of pap smear test among woman in Public Health Center 16 Lumpinee, Bangkok.*

*Chotisakulrat M.,*

Director of Public Health Center 16 Lumpinee, Bangkok.

J. Central Hospital 2000 : 37 - 47

Pap smear test is a cytological test for screening preinvasive lesion of cervix. The objective of this study were to determinate the percentage of acceptance of pap smear test and to identify the factors related to the accepted of pap smear test among women in Public Health Center 16 Lumpinee, Bangkok. During the period of March to August, 2001.

A total of 237 women aged between 25 to 60 years old in Public Health Center were selected by random sampling and collected data by questionnaires to obtain information on characteristics, perception of cervical cancer and pap smear test. Data were analyzed by descriptive statistics inferential statistics by chi-square test.

The result found that among 237 respondents, the percentage of acceptance of pap smear test was 56% and non-acceptance of pap smear test was 44%. The factors, which statistically significant related to the screening were family income ( $p=0.000$ ), motivation ( $p=0.001$ ). There was no significant association of the pap smear test with age, marital status, occupation and perception on severity of cervical cancer.

So in health service it was recommend that screening program, promote rate of screening, home visit, social network, tailored accordingly with the above relationship had significant role to increase of Pap smear test by taking proper necessary steps and policy.

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง สิงหาคม 2544 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ได้แก่ ร้อยละ และค่าไคว์สแควร์

ผลการศึกษาพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มาบริการวางแผนครอบครัวในช่วง 5 เดือน มีจำนวนทั้งสิ้น 237 คน เป็นสตรีที่มาบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 133 คนคิดเป็นร้อยละ 56 ไม่ได้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 104 คนคิดเป็นร้อยละ 44 ส่วนใหญ่สตรีที่มาบริการมีอายุระหว่าง 25-38 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นสตรีที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างและอาชีพอื่นไม่แตกต่างกันมากนัก รายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 80 มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง รองลงมาที่มีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ รายได้และแรงจูงใจด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### บทนำ

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ดังจะเห็นได้จากการสอบสวนสาเหตุการตายรายงานจากใบมรณบัตรที่ระบุในสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543 พบว่า มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับแรก (63.9) ตามมาด้วยการตายจากโรคหัวใจ (52.5) อุบัติเหตุและการเป็นพิษ (31.9) และความดันโลหิตสูง (18.9) โดยมีอัตราการตาย ต่อประชากรแสนคน แนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาจาก พ.ศ. 2539-2543 มีอัตราการตายเท่ากับ 50.5 43.4 48.8 58.6 และ 63.9 ตามลำดับ โดยมะเร็งปากมดลูกถือว่าเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นลำดับสองของสตรีไทย ซึ่งจากเดิมอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 1.3 ในปีพ.ศ. 2539 และเพิ่มขึ้นเป็น 2.8 ในปีพ.ศ. 2543<sup>(1)</sup> รวมทั้งยังเป็นสาเหตุการตายของสตรีวัย 25-50 ปี<sup>(2-3)</sup> ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีความสำคัญในการดูแลบุตรและครอบครัว

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกแพ็พสเมียร์ (Pap Smear) เพื่อหาเซลล์ผิดปกติเป็นประจำถือว่าเป็นการเฝ้าระวังทางหนึ่งเพื่อลดอัตราป่วยและตาย<sup>(4)</sup> ถึงแม้ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะมีให้บริการครอบคลุมในทุกศูนย์บริการสาธารณสุขแล้วก็ตาม แต่สตรีที่แต่งงานแล้วยังคงมีความอายและไม่ให้ความสนใจที่จะรับการตรวจเท่าที่ควร เมื่อเกิดความผิดปกติของโรคมากจึงจะไปพบแพทย์ ทำให้การรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน ใช้ระยะเวลานานในการรักษา<sup>(5)</sup> ทำให้ต้องหยุดงานขาดรายได้ จึงเป็นภาระของรัฐที่



ต้องเสียค่าใช้จ่ายระหว่างรับการรักษานั้นเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก

เนื่องจากพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุ่มพินี้ ให้บริการครอบคลุมประชากรที่มีความหลากหลายทั้งประชากรย้ายถิ่น มีระดับการศึกษาต่ำจนถึงสูง มีความแตกต่างทางเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ มีการสมรสตั้งแต่อายุน้อย บางรายมีจำนวนบุตรมาก ฯลฯ ความเสี่ยงเหล่านี้เป็นสาเหตุ ส่งเสริมของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์<sup>(6)</sup> ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย รวมทั้งข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก รวมทั้งแรงจูงใจด้านสุขภาพว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการให้บริการที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. ศึกษาอัตราการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. ศึกษาปัจจัยที่มีผลกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ปัจจัยในที่นี้ได้แก่ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย รวมทั้งแรงจูงใจด้านสุขภาพ

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อการมารับบริการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันมีผลต่อการมารับบริการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน
3. การรับรู้ต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกันมีผลต่อการมารับบริการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพที่แตกต่างกันมีผลต่อการมารับบริการของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แตกต่างกัน

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างสตรีวัยเจริญพันธุ์ในแขวงลุมพินี แขวงปทุมวัน เขตปทุมวันที่มีมารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในช่วงเดือน มีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2544 เท่านั้น

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สตรีวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง สตรีที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยง ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกหมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคและการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรคโดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น แรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมอื่น ๆ เช่น ประชากร โครงสร้างฯ อันจะชักนำไปสู่การปฏิบัติด้านสุขภาพของบุคคล

ในที่นี้จึงวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของหญิงวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อของสตรีวัยเจริญพันธุ์ว่า มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน รักษาให้หายขาดได้ยากเป็นอันตรายต่อชีวิต

2.3 ด้านการรับรู้ต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย หมายถึง การรับรู้ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำแล้ว จะช่วยให้ค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกและสามารถรักษาให้หายขาดได้ เปรียบเทียบกับอุปสรรคของความอาย ความกลัวเจ็บ และอาจทำให้เสียเวลาในการประกอบอาชีพการงาน ยังทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและเป็นภาระการดูแลของครอบครัว

3. แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจและความห่วงใยเกี่ยวกับสุขภาพที่เกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าเช่น ข่าวสาร สื่อโทรทัศน์ วิทยุ คำแนะนำของแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ญาติ เพื่อนบ้าน<sup>7)</sup> ซึ่งสามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลให้เกิดความ

เชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ

4. การตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก หมายถึง การตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกด้วยวิธีการเก็บเซลล์โดยตรงจากช่องคลอดส่วนด้านหลัง ปากมดลูกด้านนอกและปากมดลูกด้านในนำมาป้ายบนแผ่นสไลด์ ที่แช่ด้วยน้ำยารักษาเซลล์ จากนั้นนำมาย้อมสีแล้วตรวจดูทางเซลล์วิทยาด้วยกล้องจุลทัศน์<sup>(8)</sup>

### ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเร้งปากมดลูกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งเร้งปากมดลูก ด้านการรับรู้ต่อประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย รวมทั้งแรงจูงใจด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ การมาหรือไม่มารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ในแขวงลุมพินี แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน ที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2544 รวมทั้งสิ้น 5 เดือน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่ม (Random Sampling) โดยใช้สูตรหาขนาดตัวอย่างจากสัดส่วน<sup>(9)</sup> ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 237 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งเร้งปากมดลูก ทั้งนี้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค<sup>(10)</sup> ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม-มิถุนายน 2544 จากสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกโดยใช้แบบสอบถามทั้งสิ้น 237 ฉบับ โดยได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์นำไปใช้ในการวิจัยคิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/PC+ หาร์้อยละ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยไควสแควร์

## ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป สตรีที่มารับบริการในงานวางแผนครอบครัว ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข ในช่วง 5 เดือนมีทั้งสิ้น 237 คน เป็นสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีร้อยละ 56.0 และไม่ได้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีถึงร้อยละ 44.0 เมื่อแจกแจงตามสถานภาพสมรส กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 170 คนคิดเป็นร้อยละ 72 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 25-38 ปีจำนวน 113 คนคิดเป็นร้อยละ 48 ระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 69 คนคิดเป็นร้อยละ 29 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 26-38 ปี จำนวน 110 คนคิดเป็นร้อยละ 46 แรงจูงใจที่ทำให้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล มากที่สุดจำนวน 112 คนคิดเป็นร้อยละ 47 และสาเหตุที่ไม่ได้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการไม่พบอาการผิดปกติจำนวน 39 คนคิดเป็นร้อยละ 37.5

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คนคิดเป็นร้อยละ 80 มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง รองลงมาจำนวน 42 คนคิดเป็นร้อยละ 18 มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับน้อยและมีเพียง 5 คนคิดเป็นร้อยละ 2 มีการรับรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้มารับบริการ จำแนกตามการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
น้อย	42	18.0
ปานกลาง	190	80.0
มาก	5	2.0
รวม	237	100.0

2. ผลการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์

2.1 สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ อายุที่แต่งงานครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีเพียงรายได้และแรงจูงใจด้านสุขภาพเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์	
	มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก (n=133)	ไม่ได้มารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=104)
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	9 (7.0)	11 (11.0)
คู่	97 (73.0)	73 (70.0)
หม้าย/หย่า/แยก	27 (20.0)	20 (19.0)
$\chi^2=1.024$ df=2 p-value=0.599		
<b>อายุ</b>		
25-38 ปี	58 (43.0)	55 (53.0)
39-51 ปี	50 (38.0)	35 (34.0)
52-65 ปี	25 (19.0)	13 (13.0)
$\chi^2=2.938$ df=2 p-value=0.230		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	8 (6.0)	10 (9.6)
ได้เรียน	125 (94.0)	94 (90.4)
$\chi^2=1.043$ df=1 p-value=0.307		
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		
ต่ำกว่า 5,000	25 (19.0)	41 (39.4)
มากกว่า 5,000	108 (81.0)	63 (60.6)
$\chi^2=12.115$ df=1 p-value=0.000**		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์	
	มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก (n=133)	ไม่ได้มารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=104)
<b>อาชีพ</b>		
แม่บ้าน	39 (29.0)	25 (24.0)
รับจ้าง/บริษัท	49 (37.0)	38 (36.5)
ค้าขาย	20 (15.0)	28 (27.0)
รับราชการ	25 (19.0)	13 (12.5)
$\chi^2=5.566$ df=3	p-value=0.134	
<b>อายุที่แต่งงานครั้งแรก</b>		
ต่ำกว่า 32 ปี	81 (61.0)	90 (86.0)
มากกว่า 32 ปี	52 (39.0)	14 (13.0)
$\chi^2=11.628$ df=1	p-value=0.995	
<b>แรงจูงใจด้านสุขภาพ</b>		
จากบุคคล	126 (95.0)	84 (81.0)
จากสื่อ เอกสาร	7 (5.0)	20 (19.0)
$\chi^2=9.373$ df=1	p-value=0.01*	

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.0001

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

2.2 การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยร้อยละ 45 มีระดับการรับรู้สูงกว่า 48.6 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ข้อมูลทั่วไป	จำนวนสตรีวัยเจริญพันธุ์	
	มาตรวจ มะเร็งปากมดลูก (n=133)	ไม่ได้มา ตรวจมะเร็งปากมดลูก (n=104)
การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ		
ระดับคะแนนต่ำกว่า 48.6	54 (41.0)	47 (45.0)
ระดับคะแนนต่ำกว่า 48.6	79 (59.0)	57 (55.0)
$\chi^2=0.4359$ df=1	p-value=0.5091	

### วิจารณ์

สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการวางแผนครอบครัวมีจำนวนทั้งสิ้น 237 คน เป็นสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวน 133 คนคิดเป็นร้อยละ 56 ไม่ได้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีจำนวนถึง 104 คนคิดเป็นร้อยละ 44 แสดงให้เห็นว่า สตรีจำนวนมากยังไม่ให้ความสำคัญสุขภาพตนเองเท่าที่ควร ส่วนใหญ่สตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 25-38 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท/เดือน จะเห็นได้ว่ากลุ่มสตรีที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขนั้นเป็นสตรีที่มีอายุน้อย มีเพศสัมพันธ์เร็ว ระดับการศึกษาน้อย รายได้ค่อนข้างต่ำ ทำให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์บริการสาธารณสุขต้องตระหนักถึงภาษาที่จะใช้ในการสื่อสาร สอน หรือให้คำแนะนำเรื่องต่าง ๆ ด้านสุขภาพต้องเข้าใจง่าย ชัดเจน และจากการสำรวจพบว่า สาเหตุที่ไม่เข้ามาใช้บริการคือ ไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนและอายุในการที่จะมาตรวจ ผู้ที่สนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจที่ทำให้เข้ามาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ แพทย์ พยาบาล สืบเนื่องจากวัฒนธรรมไทยนั้นสตรีต้องปกปิดอวัยวะตนและต้องเคารพผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกคือรายได้และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลที่สตรีมีรายได้น้อยมารับบริการน้อยกว่าสตรีที่มีรายได้มากนั้นเกิดจากกลัวว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายมากในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่ทราบค่าใช้จ่ายในการตรวจแต่ละครั้งจึงไม่มารับบริการ และไม่พบอาการผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเองจึงคิดว่าการตรวจสามารถรอได้ เมื่อมีอาการผิดปกติจะได้ตรวจและเสียค่าใช้จ่ายเพียงครั้งเดียว ระยะเวลาที่ตรวจต้องอยู่ในช่วงเวลาราชการเท่านั้นจึงไม่เกิดความสะดวกในการมารับการตรวจ แต่ที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกนั้นเนื่องจากพยาบาลเยี่ยมบ้าน แพทย์ซักจึงให้เห็นถึงผลดีของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้แรงจูงใจด้านสุขภาพจากแรงสนับสนุนทางสังคมมีสูงกว่าแรงจูงใจที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ เช่น เอกสาร แผ่นพับและโทรทัศน์ อาจเนื่องจากพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาน้อยและสื่อทางโทรทัศน์เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูกมีน้อยก็เป็นได้

### ข้อเสนอแนะ

ควรมีนโยบายประชาสัมพันธ์ให้สตรีรับทราบอัตราค่าบริการ ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยประชาสัมพันธ์ควบคู่ไปกับบริการเยี่ยมบ้าน ออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ กระตุ้นเตือนด้วยเครือข่ายและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยจัดช่วงเวลาการประชาสัมพันธ์และการให้บริการให้เหมาะกับการรับรู้ของสตรี เช่น วันธรรมดาช่วงเวลาหลัง 16.00 น. วันเสาร์-อาทิตย์ วันหยุดราชการ และคัดเลือกบุคคลในครอบครัว เช่น ญาติ สามี เพื่อนบ้าน มาเป็นผู้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ วินิจ พัวประดิษฐ์ ที่ปรึกษาและผู้ตรวจสอบเครื่องมือ นายแพทย์ ชัยรัตน์ ปัทมสุรอำพร และอาจารย์ สกาวเดือน ไพบูลย์ ที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบคุณผู้รับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ที่ให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลสำหรับการทดลองใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 ลุมพินี ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนการทำงานวิจัยครั้งนี้



## เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2543. เอกสารอัดสำเนา, 2544.
2. พรพันธุ์ บุญยรัตพันธุ์. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก" ในเอกสารสัมมนาเรื่องการพัฒนาการเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกในการให้บริการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : กองอนามัยครอบครัว, 2532.
3. Nasreen, B. Factors Related to the acceptance of Pap Smear test among women in Kamlapur, Dhaka, Bangladesh. M.S. thesis in Public Health. Faculty of Graduate Studies, Mahidol University, 1994.
4. World Health Organization. The Work of WHO 1984-1985 Biennial Report of director General to The World Health Assembly and to The United Nations. Geneva, 1986 : 312.
5. วานิดา ทางาม. การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอท่าลี่ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
6. Becker, M. Maiman, L. : "The Health Belief Model and Sick Role Behavior". J. Health Education Monograph. 1974 ; 2 : 406-412.
7. พรทิพย์ โตท่าโรง. การส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจ ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
8. สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. มะเร็งวิทยานรีเวช. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์, 2533.
9. วิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. "ข้อพิจารณาในการหาขนาดตัวอย่างสำหรับงานสำรวจจากตัวอย่าง" : วารสารวิจัย วิทยาศาสตร์การแพทย์. 2535 : 6, 130-133.
10. ธวัชชัย วรพงศกร. สัมมนาวิธีการทางสถิติ กรุงเทพฯ : ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.



---

พิมพ์ที่ คักดีโสภการพิมพ์ โทร. 881-4132-4 นางโสภา เศรษฐรินสิน ผู้พิมพ์ ผู้โฆษณา