

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สุดาฟ้า วงศ์หริมาตย์ พย.ม.

กฤษณ์รัตน์ บุญช่วยอนาลิทธิ Ph.D.

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

บทคัดย่อ การวิจัยนี้เพื่อพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของ Nutbeam D และเพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อศึกษาอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ แบบวัดความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 422 คน จากทั่วประเทศ ภูมิภาคของประเทศไทย สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์ ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ multiple regression analysis ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) โดยการวิเคราะห์ structural equation model และวิเคราะห์อิทธิพล (path analysis) ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง 0.8-1.0 มีค่าความเชื่อมั่น 0.8-0.9 โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี โดยพิจารณาจากค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของโมเดลคือ $\chi^2=980.66$, $df=378$, $X^2/df=2.59$, $p<0.05$, $CFI=0.97$, $TLI=0.96$, $SRMR=0.05$, $RMSEA=0.06$ ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจ ใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รองลงมาคือการตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.5 และ 0.2 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงสุดคือ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เส้นทางอิทธิพลผ่านทาง การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รองลงมาคือทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เส้นทางอิทธิพลผ่านทาง การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและผ่านมายังการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.3 และ 0.2 ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้ทำให้ได้เครื่องมือที่มีคุณภาพสำหรับวัดความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ได้ตามบริบทของตน

คำสำคัญ: ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก, ดัชนีวัด, ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตร้อยละ 13.0 ของคนเสียชีวิตทั่วโลกในทุกปีมีผู้ป่วยโรคมะเร็งมากกว่า 18 ล้านคน และมีผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 9 ล้านคน ทุก ๆ 6 วินาที จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีคนเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งกว่า 11 ล้านคน และจะเกิดในประเทศกำลังพัฒนามากกว่า 7 ล้านคน⁽¹⁾ สำหรับโรคมะเร็งปากมดลูกจัดเป็นมะเร็งที่ร้ายแรงสำหรับสตรี จากสถิติโลกพบได้เป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม ในแต่ละปี ผู้หญิงมากกว่า 288,000 ราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูก และอย่างน้อยร้อยละ 80.0 ของการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา⁽²⁾ สำหรับประเทศไทยก็เช่นเดียวกันในแต่ละปีพบผู้ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกรายใหม่กว่า 6,000 ราย และมีสตรีเสียชีวิตจากโรคนี้นับถึง 2,600 ราย ต่อปี กล่าวได้ว่า ทุก ๆ วัน จะมีสตรีไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกถึง 7 คน⁽³⁾ ทั้งที่โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันและรักษาได้ทันหากสตรีทราบแนวทางการป้องกันและมีการปฏิบัติตัวในเรื่องดังกล่าวอย่างเหมาะสม

อัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถลดลงได้หากสตรีมารับการตรวจคัดกรองอย่างสม่ำเสมอ จากผลการศึกษาของ International Research on Cancer (IARC/WHO) พบว่าถ้าทำ Pap smear 1 ครั้งทุกปี 1 ครั้งทุก 2 ปี หรือ 1 ครั้งทุก 3 ปี จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 91.0-93.0 ทำ Pap smear 1 ครั้งทุก 5 ปี จะลดลงร้อยละ 84.0⁽²⁾ ผลการศึกษาการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าเมื่อเทียบกับไม่มีการคัดกรอง ทำทุก 5 ปี มีจำนวนปีสุขภาวะยาวขึ้น 0.01 ปี⁽⁴⁾ มาตรการปัจจุบันเมื่อดำเนินการภายใต้ อัตราคัดกรองร้อยละ 80.0 มีประสิทธิภาพสูง ช่วยลดอุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 40.0 ทางเลือกที่ดีที่สุดหากเพิ่มความถี่การคัดกรองจากทุก 5 ปี เป็นทุก 3 ปี โดยคงกลุ่มอายุเดิมจะช่วยลดอุบัติการณ์อีก

ปีละ 900 ราย และป้องกันการเสียชีวิตปีละ 450 ราย ลดต้นทุนการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้ปีละ 1,200 ล้านบาท คิดเป็นอัตราส่วนต้นทุนประสิทธิผลส่วนเพิ่ม 73,300 บาทต่อปีสุขภาวะ⁽⁴⁾ ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายให้มีการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง (อายุ 30-60 ปี) โดยได้บรรจุเป็นตัวชี้วัดระดับกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง กำหนดเกณฑ์ไว้อย่างน้อย ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป แต่พบว่า ผลการดำเนินงานการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั่วประเทศ ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80.0 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾

การที่สตรีกลุ่มเสี่ยงมาตรวจคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดมีหลายปัจจัย จากการทบทวนพบผลการวิจัยหลายชิ้นที่ให้ผลสอดคล้องกันว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะด้านความรู้ ความเข้าใจและทักษะทางด้านสังคม ซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลในทางส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี^(6,7) ผลการศึกษาของ Berkman ND และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีสถิติใช้บริการรักษาฉุกเฉิน และเจ็บป่วยจนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ที่มีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพปานกลางถึงสูง เนื่องจากความสามารถในการป้องกันและดูแลตนเองที่ด้อยกว่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพระดับประเทศ คือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น⁽⁹⁾ นอกจากนี้ Benjamin RO และ Mira LK ทำการศึกษาผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจาก 7 ฐานข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1990 ถึงปี ค.ศ. 2011 จากบทคัดย่องานวิจัย จำนวน 932 เรื่อง และงานวิจัยฉบับเต็มจำนวน 83 เรื่อง พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างความไม่เพียงพอด้านความรู้ทาง

ด้านสุขภาพ กับอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ⁽¹⁰⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น แม้ว่าผลการศึกษาในเรื่องดังกล่าวในประเทศไทยยังมีจำกัดและไม่แพร่หลาย ผลจากการศึกษาพบว่า ในต่างประเทศชี้ชัดว่าความรอบรู้ทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี⁽¹¹⁾ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะศึกษาโดยการศึกษาด้านจิตวิทยา ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อความตั้งใจไปพฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ซึ่งสามารถนำมาพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อเป็นการป้องกันให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความปลอดภัยจากโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของสตรีต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 76 จังหวัดทั่วทุกภูมิภาคของประเทศไทย ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขทั้ง 12 เขตสุขภาพ จำนวน 11,290,688 คน⁽¹²⁾ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1-12 คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยผู้วิจัยใช้วิธีพิจารณาการใช้ขนาดตัวอย่างโดยการใช้อัตราของ Krejcie RV และ Morgan DW⁽¹³⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 384 คน ทั้งนี้เพิ่มค่าการปฏิเสธการไม่ตอบคำถามร้อยละ 10.0 ซึ่งเป็นจำนวน 38 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 422 คน (กำหนดให้สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ ระดับ 0.05) ซึ่งมีจำนวนเพียงพอเมื่อเทียบกับขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อัตราส่วนระหว่างหน่วยตัวอย่างและจำนวนพารามิเตอร์ไม่ควรน้อยกว่า 10 ต่อ 1⁽¹⁴⁾

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ดำเนินการศึกษาในสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีภูมิลำเนาและ

อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดในทุกเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตสุขภาพทั่วประเทศไทย คัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยมีขั้นตอนคือทำการสุ่มจังหวัดจากเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตสุขภาพ ทั่วประเทศไทย จนเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนจากเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตสุขภาพ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้ตัวแทนภูมิภาคละ 1 เขตสุขภาพ รวม 4 เขตสุขภาพ จากจำนวน 4 ภูมิภาคทั่วประเทศ แล้วทำการสุ่มจังหวัดจากเขตสุขภาพที่สุ่มได้ ซึ่งเป็นตัวแทนเขตสุขภาพ เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด รวมได้ 4 จังหวัด โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ทำการสุ่มอำเภอจากจังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตสุขภาพ จังหวัดละ 1 อำเภอ รวมได้ 4 อำเภอ ทำการสุ่มตำบลจากอำเภอที่เป็นตัวแทนอำเภอละ 2 ตำบล โดยการสุ่มอย่างง่าย ทำการสุ่มหมู่บ้านจากตำบลที่เป็นตัวแทนตำบลละ 2 หมู่บ้าน โดยการสุ่มอย่างง่าย รวมได้กลุ่มตัวอย่าง 16 หมู่บ้าน จากหมู่บ้านที่เป็นตัวแทนของจังหวัดและเป็นตัวแทนของภาค ซึ่งรวมจำนวน 16 หมู่บ้านที่เป็นตัวแทนประเทศไทย ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่า ๆ กันในแต่ละหมู่บ้าน จาก 16 หมู่บ้านได้กลุ่มตัวอย่าง หมู่บ้านละ 26-27 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่าง รวม 422 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข ถึง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อขอความร่วมมือการศึกษา จากนั้นทำหนังสือจากคณบดีคณะศึกษาศาสตร์ถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่อยู่ในพื้นที่จังหวัดของเขตสุขภาพทั้ง 12 เขตทั่วประเทศไทย และทำหนังสือขอความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมแบบสอบถามหรือมาตรวัดที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาได้ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามที่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วย 3 ส่วนได้แก่ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ การวัดใช้แบบตรวจสอบรายการ

(check list) ในลักษณะความแม่นยำของข้อมูล ส่วนที่ 2 แบบวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพด้านการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 37 ข้อ ได้แก่ ตอนที่ 1 แบบวัดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การวัดใช้แบบตรวจสอบรายการในลักษณะความแม่นยำของข้อมูล ส่วนตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 6 แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การวัดใช้ความถี่ของการปฏิบัติเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ส่วนที่ 3 แบบวัดความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ การวัดใช้แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

โดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) และความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแบบวัดโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์และคัดเลือกข้อคำถามทุกข้อของแบบสอบถามทุกฉบับ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการนำไปทดลองใช้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความความเที่ยงของแบบวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตอนที่ 2 ถึงตอนที่ 6 เท่ากับ 0.9 ส่วนแบบวัดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20: KR 20⁽¹⁵⁾ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8

สถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ independent sample t-test วิเคราะห์โมเดลสมการเชิงโครงสร้าง (structural equation

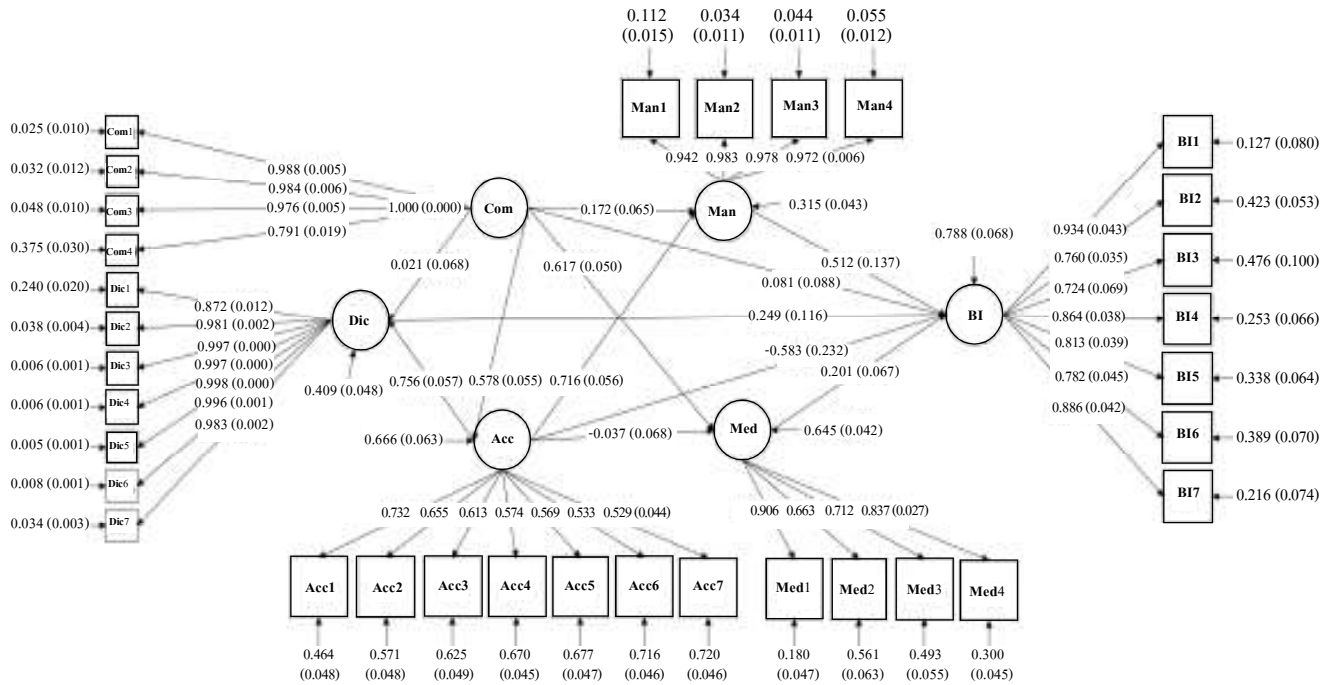
model) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirm factor analysis) ตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และวิเคราะห์อิทธิพล (path analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันและวิเคราะห์อิทธิพลทางตรงและทางอ้อมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 30-45 ปี (ร้อยละ 67.1) รองลงมาเป็นอายุ 46-60 ปี (ร้อยละ 32.9) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.8) รองลงมาเป็นสถานภาพโสด (ร้อยละ 25.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวส. (ร้อยละ 23.5) รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 22.7) ส่วนใหญ่ อาชีพหลักเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 30.6) รองลงมามีอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.6) ส่วนใหญ่รายได้ 10,001-15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 34.6) รองลงรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 26.3) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 86.3) รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 10.4) ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย (ร้อยละ 95.5) รองลงมาเป็นสัญชาติอื่นๆ ซึ่งได้แก่สัญชาติลาว (ร้อยละ 4.5) ส่วนใหญ่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 55.2)

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของโมเดลการวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าค่าสถิติที่ใช้ตรวจสอบความตรงของโมเดลคือ $\chi^2=980.66$, $df=378$, $X^2/df=2.59$, $p<0.05$, CFI=0.97, TLI=0.96, SRMR=0.05, RMSEA=0.06 ดังแสดงในภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนัก (λ) ของปัจจัยแฝงทั้ง 6 องค์ประกอบ พบว่า น้ำหนักของปัจจัยแฝงทุกองค์ประกอบ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading) ที่มีค่าสูงมากกว่า 0.3 โดยตัวบ่งชี้ที่มีน้ำหนักความสำคัญสูง

ภาพที่ 1 โมเดลเชิงสาเหตุ (path model) การวิเคราะห์หัตถ์แปรทำนายที่เป็นปัจจัยยืนยันที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



$\chi^2=980.66, df=378, p<0.05, CFI=0.97, TLI=0.96, SRMR=0.05, RMSEA=0.06$

- หมายเหตุ: Acc ย่อมาจาก access to cervical cancer screening หมายถึงการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ
- Com ย่อมาจาก communication to cervical cancer screening หมายถึงการสื่อสารด้านสุขภาพ
- Med ย่อมาจาก media literacy to cervical cancer screening หมายถึงการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ
- Dic ย่อมาจาก decision making to cervical cancer screening หมายถึงการตัดสินใจด้านสุขภาพ
- Man ย่อมาจาก self-management to cervical cancer screening หมายถึงการจัดการตนเองด้านสุขภาพ
- BI ย่อมาจาก behavioral intension to cervical cancer screening หมายถึงความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ที่สุดคือ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=1.0$) ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=0.7$) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=0.6$) การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=0.6$) ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=0.4$) และการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($\lambda=0.3$) เมื่อ

พิจารณาค่าสถิติความสอดคล้องของโมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่าโมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี ดังภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ยอมรับได้ของการวัดความรู้ทางด้านสุขภาพการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (λ) อยู่ระหว่าง 0.5

- 0.9 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่มีค่าสูงที่สุดคือ 0.9 มีอำนาจการพยากรณ์ (R^2) ของทุกองค์ประกอบและองค์ประกอบเชิงยืนยันของความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าอยู่ระหว่าง 0.3 - 0.9 และเมื่อพิจารณาค่าความเชื่อมั่นของโครงสร้าง (Pc: construct reliability) มีค่าความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้างสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือมีค่าอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 ซึ่งสูงกว่า 0.6 และมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาอิทธิพลทางตรง อิทธิพลทางอ้อม และอิทธิพลรวม แสดงผลการวิเคราะห์อิทธิพลที่ใช้ในการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรแฝง หรือการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling: SEM) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า

1. ปัจจัยแฝงที่มีอิทธิพลทางตรง ประกอบด้วยการจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจ และการรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ เพื่อการมาตรวจ มีอิทธิพล

ตารางที่ 1 ค่าสถิติผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยันที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	น้ำหนักองค์ประกอบ (λ)	S.E.	Z-test	R^2	Pc
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง	การสืบค้นข้อมูล ข้อ 12	0.7	0.0	22.4*	0.54	0.9
	การเลือกแหล่งข้อมูล ข้อ 13	0.6	0.0	17.7*	0.43	0.9
	การเลือกแหล่งข้อมูล ข้อ 14	0.6	0.0	15.4*	0.38	0.9
	การสืบค้นข้อมูล ข้อ 15	0.5	0.0	14.7*	0.33	0.8
	การสืบค้นข้อมูล ข้อ 16	0.5	0.0	13.8*	0.32	0.8
	การเลือกแหล่งข้อมูล ข้อ 17	0.5	0.0	12.3*	0.30	0.8
	การเลือกแหล่งข้อมูล ข้อ 18	0.5	0.0	12.1*	0.36	0.8
ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง	ความสามารถด้านการอ่าน ข้อ 19	0.9	0.0	200.9*	0.98	0.9
	ความสามารถด้านการอ่าน ข้อ 20	0.9	0.0	164.5*	0.97	0.9
	ความสามารถด้านการพูด ข้อ 21	0.9	0.0	186.5*	0.95	0.9
	ความสามารถด้านการฟัง ข้อ 22	0.7	0.0	42.2*	0.63	0.9
การจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง	การวางแผน ข้อ 23	0.9	0.0	211.6*	0.89	0.9
	การกำหนดเป้าหมาย ข้อ 24	0.9	0.0	120.8*	0.97	0.9
	การดำเนินการตามแผนฯ ข้อ 25	0.9	0.0	177.7*	0.96	0.9
	การประเมินผล ข้อ 26	0.9	0.0	170.8*	0.96	0.9
ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง	การตัดสินใจด้านการตรวจ ข้อ 27	0.8	0.0	75.2*	0.76	0.9
	การตัดสินใจด้านการตรวจ ข้อ 28	0.9	0.0	520.5*	0.96	0.9
	การตัดสินใจเลือกทางเลือก ข้อ 29	0.9	0.0	2703.19*	0.99	1.0
	การกำหนดทางเลือก ข้อ 30	0.9	0.0	2881.28*	0.99	1.0
	การตัดสินใจเลือกทางเลือก ข้อ 31	0.9	0.0	3183.24*	0.99	1.0
	การกำหนดทางเลือก ข้อ 32	0.9	0.0	1972.06*	0.99	0.9
การตัดสินใจด้านการตรวจ ข้อ 33	0.9	0.0	558.7*	0.97	0.9	

ตารางที่ 1 ค่าสถิติผลการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยันที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ต่อ)

ปัจจัยแฝง	ตัวแปรสังเกตได้	น้ำหนักองค์ประกอบ (λ)	S.E.	Z-test	R ²	Pc
การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรอง	การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ 34	0.9	0.0	35.0*	0.82	0.9
	การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อ 35	0.6	0.0	13.9*	0.44	0.9
	การตรวจสอบข้อมูล ข้อ 36	0.7	0.0	18.4*	0.51	0.9
ความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรอง	การตรวจสอบข้อมูล ข้อ 37	0.8	0.0	30.8*	0.70	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 1	0.9	0.0	21.8*	0.87	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 2	0.7	0.0	21.8*	0.58	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 3	0.7	0.0	10.5*	0.52	0.8
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 4	0.8	0.0	22.6*	0.75	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 5	0.8	0.0	20.7*	0.66	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 6	0.7	0.0	17.4*	0.6	0.9
	การตั้งใจและมั่นใจ ข้อ 7	0.8	0.0	21.1*	0.7	0.9

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทางตรงต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.5, 0.2 และ 0.2 ตามลำดับ

2. ปัจจัยแฝงที่มีอิทธิพลทางอ้อม ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านทางจัดการตนเองด้านสุขภาพ รองลงมาคือ ทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพโดยผ่านทาง การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและผ่านมายังการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ลำดับต่อมาคือการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยผ่านทางทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ลำดับต่อมาคือทักษะการสื่อสารด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยผ่านทาง การรู้เท่าทันสื่อด้านสุขภาพ และการสื่อสารด้านสุขภาพ โดยผ่านทาง การจัดการตนเองด้านสุขภาพ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อิทธิพลเท่ากับ 0.3, 0.2, 0.1, 0.1 และ 0.0 ตามลำดับ

ดัชนีวัดความรู้ทางด้านสุขภาพและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรและองค์ประกอบเชิง

ยืนยัน พบน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรที่สามารถสรุปได้ดังตารางที่ 1 และสามารถเขียนโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ทำให้ได้ดัชนีวัดความรู้ทางด้านสุขภาพ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 37 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ตอน

ส่วนที่ 3 แบบวัดความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ

วิจารณ์

1. จากการสร้างดัชนีวัดความรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความเที่ยง-

ตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงตรงตามโครงสร้างโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และได้ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.8 ถึง 1.0 ปรับปรุงเครื่องมือดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพฯ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำเครื่องมือดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพฯ หาค่าความเชื่อมั่นโดยวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพฯ ในสตรีกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน ได้ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงมีค่าที่ยอมรับได้ นอกจากนี้ การสร้างดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทำการหาค่าความสอดคล้องของดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพฯ กับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งพบว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ทำให้ได้เครื่องมือดัชนีวัดที่สมบูรณ์

2. ผลการศึกษาวิจัยการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บรรลุวัตถุประสงค์คือได้ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน พบว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ ได้ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งทำให้ได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่สมบูรณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการหาความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพในการศึกษาเรื่องอื่นๆ เช่น การศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกินของกองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ⁽¹⁶⁾ ผลการศึกษาเส้นทางอิทธิพลความ

รอบรู้ทางด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน มีเส้นทางที่ 1 คือ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพส่งตรงมายังพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.1 เส้นทางที่ 2 เริ่มจากความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ส่งต่อมายังการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.0, 0.9 และ 0.0 ตามลำดับ และเส้นทางที่ 3 เริ่มจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ส่งตรงมายังการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ด้วยน้ำหนักอิทธิพลเท่ากับ 0.6, 0.9, 0.9 และ 0.0 ตามลำดับ และสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน⁽¹⁶⁾

3. จากผลการศึกษาวิจัยการพัฒนาดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งสามารถนำไปวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี และสามารถแบ่งระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ การสร้างดัชนีวัดฯ จึงบรรลุวัตถุประสงค์คือได้ดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดลเชิงสาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในเกณฑ์ดี⁽¹⁷⁻²⁰⁾ ($\chi^2 = 980.66$, $df=378$, $X^2/df=2.59$, $p<0.05$, $CFI=0.97$, $TLI=0.96$, $SRMR=0.05$, $RMSEA=0.06$) โครงสร้างของความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความเชื่อมั่นเชิงโครงสร้าง (Pc: construct reliability) สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ 0.6 มีค่าอยู่ระหว่าง 0.8-1.0 และมีความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้างตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽¹⁷⁻²¹⁾ ได้ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม การตรวจคัดกรองมะเร็ง-

ปากมดลูก เหตุผลที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ อีกทั้งการนำหลักการจากแนวคิดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือในการศึกษาองค์ประกอบของความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบกับใช้กระบวนการตรวจสอบโดยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ซึ่งสามารถทำให้มั่นใจว่าได้ตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบที่น่าเชื่อถือ นอกจากนี้ยังได้มีการวิเคราะห์ค่าอิทธิพลต่อความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นการยืนยันตัวแปรต้นที่ส่งผลต่อตัวแปรตาม ทำให้การนำผลที่ได้ดังกล่าวมาสร้างเป็นดัชนีวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งน่าเชื่อถือต่อการสร้างข้อคำถาม ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ในการนำไปวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำไปวัดความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองฯ ในสตรีกลุ่มเสี่ยง

ข้อเสนอแนะ

ควรใช้ดัชนีหรือมาตรวัดซึ่งผู้วิจัยได้สร้างเป็นเครื่องมือวัดความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองฯ มาทดสอบกับกลุ่มสตรีก่อน เพื่อคัดกรองเอาผู้ที่มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีระดับต่ำมาพัฒนาและสร้างเสริมให้สตรีมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ และความตั้งใจใฝ่พฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น ซึ่งนำไปสู่การมาตรวจคัดกรองฯ และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และลดอัตราการตายด้วยโรคนี้อีกในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร. เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์ ศ.ดร. สุปรียา ต้นสกุล ผศ.ดร. สตรีรัตน์ ธาดากานต์ ผศ.ดร. อนันต์ มลารัตน์ และดร.จูนารัตน์ ท้าวหาญ

ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความสมบูรณ์ของรูปแบบขอขอบคุณ รศ.ดร. สุเทพ เมยไธสง และดร.เด่นชัย สมปอง ผู้ให้คำปรึกษาโมเดลสมการเชิงโครงสร้าง ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขและสตรีกลุ่มเสี่ยง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, กระทรวงสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563 พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2555.
2. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012. Cervical cancer incidence and mortality worldwide in 2012: summary [Internet]. [cited 2018 Jan 15]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
3. มงคล เบญจาทิบาล. มะเร็งปากมดลูก ภัยที่ป้องกันได้. กรุงเทพมหานคร: มปท.; 2551.
4. นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร. การประเมินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับจำลองในประเทศไทยด้วยแบบจำลองทางเศรษฐศาสตร์: วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556;7:389-99.
5. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
6. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. First International Conference on Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
7. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century: Health Promotion International 2000;15:259-67.
8. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Viera A. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review structured abstract. Evidence Report /Technology Assessment Number 199. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011.
9. อีระ วรรณรัตน์. รายงานการประชุมคณะกรรมการปฏิรูป

- นโยบายสาธารณะ. สภาปฏิรูปแห่งชาติและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2558.
10. Benjamin RO, Mira LK. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Educ Couns* 2014; 94:149-57.
11. Manganello JA. Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. *Health Education Research* 2008;23:840-7.
12. สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. การประชุมสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2559. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2559.
13. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-10.
14. Hair JF, Black B, Babin B, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education International; 2006.
15. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937;2:151-60.
16. กองสุขศึกษา, สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. การประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน. *คู่มือประเมินความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2557.
17. Wheaton B, Muthen B, Alwin, DF, Summer GF. Assessing reliability and stability in panel models. *Sociological Methodology* 1977;8:84-136.
18. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. 5th ed. Boston, MA: Allyn & Bacon/Pearson Education; 2007.
19. Hooper D, Coughlan J, Mullen M. Structural equation model: guideline for determining model fit. *School of Management* 2008;6:53-60.
20. อรรถไกร พันธุ์ภักดี. การเปรียบเทียบผลการใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดทุนทางสังคมระหว่างการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ. *วารสารบริหารธุรกิจ เศรษฐศาสตร์และการสื่อสาร* 2559;11:46-61.
21. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black W. *Multivariate data analysis*. 4th ed. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1995.

Abstract: Indicators to Measure Health Literacy for Cervical Cancer Screening and Behavioral Intention to Cervical Cancer Screening

Sudafa Wongharimat, M.N.S.; Karantharat Boonchuaythanasi, Ph.D.

Faculty of Education, Kasetsart university, Thailand

Journal of Health Science 2018;27:1058-68.

This research aimed to develop the indicators to measure health literacy and behavioral intention for cervical cancer screening by applying Don Nutbeam's health literacy concept. The study also aimed to conduct analysis on confirmatory factors that influence the behavioral intention to cervical cancer screening. Furthermore, the study also aimed to explore direct and indirect affect of causal factors that influence the behavioral intention to cervical cancer screening. The instruments in this study comprised of the general information inquiries questionnaire, the health literacy and the behavioral intention to cervical cancer screening measures. The research tools were tested for content validity by 5 experts. The samples were 422 women of 30-60 years old women from nationwide selected by multistage sampling. Data analysis included percentage, mean, standard deviation and multiple regression analysis. Structural equation model and Path analysis were used to test construct validity. The results reveal that the health literacy and behavioral intention for cervical cancer screening scales had excellent reliability (Cronbach alpha=0.9, KR-20=0.8). The index of item-objective congruence (IOC) was between 0.8 - 1.0. The confirmatory factor analysis showed the model was consistent with empirical data at good level. ($\chi^2=980.66$, $df=378$, $X^2/df=2.59$, $p<0.05$, CFI=0.98, TLI=0.97, SRMR=0.05, RMSEA=0.06). Variables that most directly influence behavioral intention for cervical cancer screening at the statistical significant level of 0.05 were the self-management and health decision for cervical cancer screening which their coefficients of influence were 0.5 and 0.2, respectively. Variables that most indirectly influence behavioral intention for cervical cancer screening were accessibility to health information for cervical cancer screening which influential path via the self-management for cervical cancer screening. Secondly, the health communication skill for cervical cancer screening which influential path via accessibility to health information for cervical cancer screening and pass through the self-management for cervical cancer screening, which their coefficients of influence were 0.3 and 0.2, respectively. The findings of this study suggested that the assessment tool is suitable for measuring health literacy and behavioral intention for cervical cancer screening. Moreover, other researchers are encouraged to use or adapt this tool to their specific context.

Key words: cervical cancer screening, indicator, health literacy