

613.0424

ปี 876 ๒

8.3

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี

19 S.ศ. 2539

ปริญญานิพนธ์
ของ
สุวารีวรรณ กิจสมัคร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก สุขศึกษา

เมษายน 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

๒. 59480

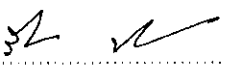
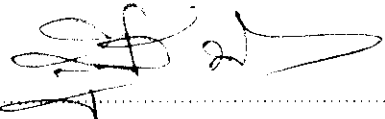
HEALTH BELIEF MODEL HEALTH LOCUS OF CONTROL AND
HEALTH BEHAVIORS RELATED TO CARCINOMA OF
CERVIX PREVENTION IN POSTPARTUM WOMEN
AT RAJAVITHI HOSPITAL

AN ABSTRACT
BY
SUVAREEWAN KITSAMAK

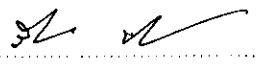
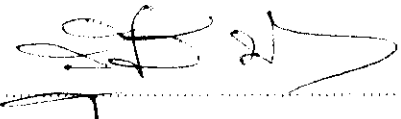
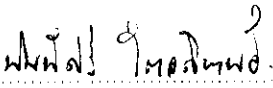
Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 1996

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

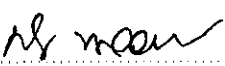
คณะกรรมการควบคุม


.....ประธาน
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการ
(รศ. สุจินต์ ปรีชาमारถ)

คณะกรรมการสอบ


.....ประธาน
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

.....กรรมการ
(รศ. สุจินต์ ปรีชาमारถ)

.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(อ. พิมพ์ศรี ไตอติเทพย์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)
วันที่ 24 เดือน เมษายน พ.ศ. 2539

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถอย่างสูงและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ รองศาสตราจารย์ สุจินต์ ปรีชาสามารถ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และอาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ และเสนอข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการทำปริญญานิพนธ์นี้ได้สำเร็จ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์พิศิษฐ์ ศิริสุข รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทรมโนลี ผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์พิมพ์ศรี โตคติเทพย์ อาจารย์พิชณ ประเสริฐสินธ์ อาจารย์จิตรา จาวยนต์ อาจารย์เสาวนิตย์ สมรรคนบุตร ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำในการสร้างเครื่องมือสำหรับการวิจัยแก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี นอกจากนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ทองสรรค์ สุธารธรรม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในการวิจัย ตลอดจนพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงด้วยดี

ท้ายสุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ครูอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน ปลูกฝังความใฝ่รู้ในการศึกษา ให้ความรักและกำลังใจตลอดมา ขอขอบคุณ คุณสุวัฒน์ จิระเสวกติลก พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ทุกคนที่มีส่วนช่วยเหลือและเป็นกำลังใจแก่ผู้วิจัยจนประสบความสำเร็จในครั้งนี้

สุวารีวรรณ กิจสมัค

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	9
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	10
ข้อตกลงเบื้องต้น	10
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	10
นิยามศัพท์เฉพาะ	12
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	17
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	17
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา	49
การวิจัยในต่างประเทศ	49
การวิจัยในประเทศไทย	56
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	70
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	73
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	73
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	75
เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ	77
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ	80
การหาคุณภาพของเครื่องมือ	80
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	82
วิธีจัดกระทำกับข้อมูล	82
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	85

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	92
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล	92
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	94
ผลการศึกษาค้นคว้า	95
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	138
บทย่อ	138
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	138
วิธีดำเนินการวิจัย	139
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	139
การวิเคราะห์ข้อมูล	140
สรุปผลการค้นคว้า	141
อภิปรายผล	146
ข้อเสนอแนะ	160
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	161
บรรณานุกรม	163
ภาคผนวก	181
ภาคผนวก ก	182
ภาคผนวก ข	202
ประวัติย่อของผู้วิจัย	205

บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 เปรียบเทียบการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2531 - 2535	2
2 จำนวนประชากรสตรีหลังคลอดจำแนกตามตึกสามัญสูติกรรม หลังคลอด 4 ตึก	73
3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด..	75
4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร	95
5 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หลังคลอด	100
6 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลัง คลอด	101
7 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	102
8 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	103
9 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด....	104
10 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด.....	105
11 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด	106
12 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ สตรีหลังคลอด	107
13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามการมีประสบการณ์ ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	108
14 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมด ลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	109

15	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตาม กลุ่มอายุ	110
16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูก จำแนกตามกลุ่มอายุ	111
17	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามกลุ่ม อายุ	112
18	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามระดับการศึกษา	114
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามระดับ การศึกษา	115
20	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนก ตามระดับการศึกษา	116
21	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน	117
22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามรายได้ของ ครอบครัวต่อเดือน	118
23	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตาม รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	119
24	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอาชีพ	120
25	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอาชีพ	121

26	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตาม อาชีพ	122
27	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนก ตามอายุ เมื่อมีการเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	123
28	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก	124
29	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุ เมื่อมีเพศ สัมพันธ์ครั้งแรก	125
30	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนก ตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก	126
31	การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก	127
32	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ ครั้งแรก	128
33	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนก ตามจำนวนครั้งของการคลอด	129
34	การวิเคราะห์ความแปรปรวน คะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอด	130
35	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	131
36	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	132

ตาราง

หน้า

37	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	133
38	ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด	134
39	ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยสรุป	136

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

- 1 ความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค
ของเบคเกอร์และไมแมน 41
- 2 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อ
ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรม
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด 69

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

ในสภาวะปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม ตลอดจนเทคโนโลยีต่างๆ อันเป็นผลสืบเนื่องมาจากการพัฒนาสังคมนั้น ส่งผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อม แม้แต่ในเรื่องของความเจ็บป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบความเจ็บป่วยหรือโรคไปจากเดิมมาก กล่าวคือ ปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในอดีตการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญ มักจะเป็นโรคติดต่อต่างๆ เช่น โรควัณโรค โรคท้องร่วง เป็นต้น ซึ่งโรคเหล่านี้เป็นสาเหตุการตายของประชาชนในอัตราที่สูง ดังรายงานสถิติของกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2510 ได้รายงานว่าการเจ็บป่วยและการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญของประชาชนไทย ได้แก่ การเจ็บป่วยและตายด้วยโรควัณโรคถึง 28.3 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา ได้แก่ โรคท้องร่วง ประมาณ 27.6 ต่อประชากรแสนคน ส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะโรคมะเร็ง พบว่า เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและตายในลำดับที่ไม่สำคัญมากนัก แต่ในปัจจุบันพบว่า โรคติดต่อต่างๆ ได้ลดการเจ็บป่วยและอัตราตายลงอย่างมาก ขณะเดียวกันโรคไร้เชื้อที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคมะเร็งกลับมีความสำคัญ และมีแนวโน้มของอัตราการเจ็บป่วยและมีอัตราตายสูงขึ้นมากอย่างรวดเร็ว จนเป็นเหตุการตายในอันดับ 3 ของประเทศ รองจากอุบัติเหตุและโรคหัวใจ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรเกือบทุกประเทศ เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูงก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและตายมาก มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจและศักยภาพของชีวิตสูง (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา, 2533: 34) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับสาเหตุการตายที่สำคัญของประชากรทั้งประเทศ 10 อันดับแรก ก่อนปีพ.ศ. 2510 โรคมะเร็งไม่จัดอยู่ในโรค 10 อันดับแรก แต่หลังจากนั้นอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งได้เพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยในปี พ.ศ. 2511 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายในอันดับที่ 7 คือ มีอัตราตาย 11.1 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2521 อัตราตายจากโรคมะเร็งสูงขึ้นมาเป็นอันดับที่ 2 โดยมีอัตราตายเท่ากับ 18.4 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2522 อัตราตายจากโรคมะเร็งลดลงไปเป็นอันดับที่ 3 แต่มี

อัตราเพิ่มขึ้นเป็น 21.0 ต่อประชากรแสนคนต่อปี (สมชาย สมบูรณ์เจริญ. 2524: 2) ในปี พ.ศ. 2531 ถึง พ.ศ. 2532 อัตราตายด้วยโรคมะเร็งเลื่อนขึ้นมาเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจ โดยมีอัตราตายเท่ากับ 33.5 และ 36.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2535 อัตราตายจากโรคมะเร็งอยู่ในอันดับที่ 3 และมีอัตราการตายสูงขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการตายเท่ากับ 39.3, 41.2 และ 43.5 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบการตายด้วยสาเหตุที่สำคัญ ต่อประชากร 100,000 คน พ.ศ. 2531 - 2535

สาเหตุการตาย	2531		2532		2533		2534		2535	
	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา	อันดับ	อัตรา
1. โรคหัวใจ	1	44.5	1	49.5	1	51.3	1	54.7	1	56.0
2. มะเร็งทุกชนิด	2	33.5	2	36.85	3	39.3	3	41.2	3	43.5
3. อุบัติเหตุและการเป็นพิษ	3	30.2	3	35.1	2	41.9	2	45.6	2	48.5
4. การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าและอื่นๆ	4	16.5	4	16.3	4	15.3	5	14.8	5	15.2
5. ความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง	5	13.3	5	14.4	5	15.0	4	15.9	4	16.9
6. โรคเกี่ยวกับตับและตับอ่อน	6	9.4	6	14.0	6	13.3	6	13.4	6	13.3
7. ปอดอักเสบและโรคอื่นๆ ของปอด	7	10.1	7	11.1	7	10.7	7	11.3	7	11.4
8. วัณโรคทุกชนิด	8	8.2	8	7.6	9	7.0	9	6.5	9	6.3
9. ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไต และไตพิการ	9	6.5	9	7.1	8	7.6	8	8.0	8	9.7
10. อัมพาตทุกชนิด	10	6.2	10	6.0	10	5.9	10	6.1	10	6.2

ที่มา : สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2531 - 2535. กรุงเทพฯ :

กองสถิติสาธารณสุข, 2531 - 2535

โรคมะเร็งมีแนวโน้ม อุบัติการณ์ของโรคเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากความสามารถทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในการควบคุมโรคติดเชื้อโดยมีการใช้วัคซีน และยาปฏิชีวนะต่างๆ ทำให้สามารถลดอัตราการตายของประชาชนลง ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงและมีอายุยืนยาวมากขึ้นจนทำให้มีโอกาเป็นโรคของวัยเสื่อม (Degenerative Disease) ได้มากขึ้น ประกอบกับวิทยาการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้พัฒนาค้นคิดวิธีตรวจ และวินิจฉัยโรคมะเร็งได้ก้าวหน้ามากขึ้นจึงมีโอกาตรวจพบมะเร็งได้มากขึ้น ประการต่อมา ผลของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทำให้วิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะผลของการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมก่อให้เกิดการอพยพของประชากรต่างจังหวัด เข้ามาทำงานในเมืองเป็นจำนวนมาก ผลที่ตามมาคือ ที่อยู่อาศัยแออัดในเมือง ภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ มีสารพิษต่างๆ หลายชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) เกิดขึ้นทำให้ประชาชนมีโอกาสัมผัสสารที่เป็นสารก่อมะเร็ง และทำให้เกิดโรคมะเร็งได้มากขึ้น องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่ามีสารต่างๆ ถึง 450 ชนิดที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งได้ และสารต่างๆ เหล่านี้ก็อยู่รอบๆ ตัวเรานั้นเอง (ไพรัช เทพมงคล. 2524: 526) และสาเหตุที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การขาดการรณรงค์ต่อต้านโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพเพียงพอ รวมทั้งการป้องกันไม่ให้อายุเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลามหรือรุนแรง ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ที่ถูกต้อง ขาดความสนใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง และเมื่อเป็นโรคมะเร็งก็ได้รับการรักษาที่ผิดวิธี มีความเชื่อที่ผิด ไม่รู้จักโรคมะเร็งเพียงพอ แม้กระทั่งการถูกชักนำไปรักษาในทางที่ผิด ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมาขอรับบริการจากโรงพยาบาล หรือสถาบันที่รักษาโรคมะเร็งโดยเฉพาะ ก็มักจะเป็นโรคในระยะลุกลามเกินกว่าจะรักษาให้หายได้ (ไพรัช เทพมงคล. 2524 : 526 - 527) โรคมะเร็งที่พบในประชากรไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้มากที่สุด ในประชากรสตรี พบว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2533 เท่ากับ 23.4 ต่อประชากรแสนคน (Vatanasapt and others. 1993: 39) มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบมากในประเทศไทยด้อยพัฒนาและประเทศกำลังพัฒนา สถิติโรคมะเร็งของหน่วยมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์ รามาธิบดี ระหว่างปี พ.ศ. 2531 - 2535 มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งที่เกิดในสตรี คิดเป็นร้อยละ 25.1, 24.64, 24.35, 21.99 และ 22.62 ตามลำดับ

(Ramathibodi Cancer Registry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. 1992: 11) สถิติโรคมะเร็ง ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2535 มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 16.51 และคิดเป็นร้อยละ 28.99 ของโรคมะเร็งที่เกิดในสตรี (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. 2535 : 6) และสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ใน พ.ศ. 2536 ยังคงพบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมาก

เป็นอันดับ 1 ในสตรีที่มารับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ 31.8 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2536 : 21) ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูกมักพบในระยะที่ 2 และ 3 มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับการรักษาจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระหว่างปี พ.ศ. 2527 - พ.ศ. 2531 พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาจะอยู่ในระยะที่ 2 และ 3 ของโรคมามากที่สุด คือ พบร้อยละ 64.93 ส่วนระยะเริ่มต้นและระยะที่ 1 พบได้เพียงร้อยละ 17.17 และร้อยละ 8.29 ตามลำดับ (ศิवालย์ ธนภัทร. 2534 : 222) และจากการศึกษาของ สรรพศรี เปียภูมิ (2532 : 135) เกี่ยวกับมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในผู้ป่วย 877 รายซึ่งมารับการตรวจมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์ ที่คลินิกมะเร็ง หน่วยนรีเวช ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล ในปี พ.ศ. 2531 พบว่า สตรีเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 87.5 และเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะที่ 2 และ 3 มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 49.5 และ 29.2 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรง และการสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะเห็นว่า ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สิน ทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว ในส่วนตัวผู้ป่วยเองนั้น จะทำให้อัตราตายสูงขึ้น โดยเฉพาะในรายที่พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะท้ายๆ ของโรค นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยที่พบว่า เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามนั้น มีความยุ่งยากมาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสง หรือการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ต้องใช้เวลานานในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง สูญเสียด้านเศรษฐกิจของครอบครัว และเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งยังมีผลแทรกซ้อนจากการรักษาในระยะยาวอีกด้วย นอกจากความสูญเสียดังกล่าว ยังมีการสูญเสียที่มองไม่เห็น คือ ความสูญเสียทางด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความวิตกกังวลห่วงใยในภาวะที่มีการจากไปของผู้ป่วย สูญเสียเวลาของญาติพี่น้อง สูญเสียรายได้ที่เกิดจากการก้าลังงานและผลผลิตของผู้ป่วยและญาติเป็นต้น

มะเร็งปากมดลูกแม้ว่าจะก่อให้เกิดความสูญเสียและความรุนแรงต่อชีวิต และสุขภาพของสตรีดังที่กล่าวมาแล้ว แต่มะเร็งปากมดลูกก็เป็นมะเร็งที่มีลักษณะแตกต่างจากมะเร็งอื่นๆ คือ ประการแรก สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ เมื่อพบโรคในระยะเริ่มแรก จากการศึกษา ลักษณะของโรค พบว่า มะเร็งจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิดปกติชนิด ไม่ร้ายแรง กลายเป็นเซลล์ผิดปกติในระยะร้ายแรงจนเป็นมะเร็ง ใช้ระยะเวลานานหลายปีแตกต่างกันไปตั้งแต่ 1 - 12 ปี (สมหมาย อุดสุวรรณ และคนอื่นๆ. 2533: 314) หรือ 3 - 20 ปี (เทวินทร์ โกลิยะตระกูล และอิตถี ขนไมตรี. 2532: 57) ดังนั้นถ้าสามารถตรวจเซลล์มะเร็งปาก

มดลูกเป็นประจำ จะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อันเป็นการเฝ้าระวังโรคทางหนึ่ง และถ้าตรวจพบเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรกก็จะสามารถรักษาให้หายได้ทันทั้งที่ อัตราตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก ก็จะลดน้อยลง ประการที่สอง เซลล์มะเร็งสามารถตรวจพบได้ง่าย เพราะลักษณะธรรมชาติทางกายวิภาคสามารถเห็นปากมดลูกได้ ด้วยการใช้เครื่องมือตรวจภายใน และสามารถดูดเซลล์จากปากมดลูกมาตรวจทางเซลล์วิทยา ประการที่สาม มดลูกเป็นอวัยวะภายในที่มีช่องทางติดต่อมายังภายนอก สามารถทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับอวัยวะนี้ ได้จากการมีอาการตกขาวผิดปกติ หรือมีเลือดออกผิดปกติ ซึ่งเป็นสิ่งบอกให้ทราบถึงความผิดปกติของมดลูกที่ทำให้สตรีต้องมาพบแพทย์ คุณลักษณะดังกล่าวข้างต้น จึงเป็นข้อดีที่นำมาเป็นช่องทางในการป้องกันและควบคุมโรคโดย การค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก (Early Detection) ด้วยการทำการค้นหาโรคในสตรี เพื่อลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก

องค์การอนามัยโลก มีแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแบ่งได้เป็น 3 ชั้น ดังนี้ (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิณีนารุ สนธิวงษ์. 2533: 38; อ้างอิงมาจาก WHO. 1981)

1. การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันโรคมะเร็งในประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น ควบคุมการดำเนินชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดโรค หรือลดปริมาณลง มาตรการในการดำเนินการป้องกัน คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัย เพื่อหาสาเหตุของการเกิดมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นทางส่งเสริมสุขภาพ การให้สุศึกษา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อม

2. การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินการตรวจค้นหาหามะเร็ง ในระยะแรก (Early Detection) หรือการออกไปทำการค้นหาโรคมะเร็งในประชากรปกติ (Screening)

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) หมายถึง การให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป แนวทางในการป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในประชากรปกติ ด้วยวิธีการตรวจหาเซลล์มะเร็งระยะเริ่มแรก โดยการทําแปปสเมียร์ (Pap Smear) เรียกเต็มว่า ปาปานิคูลา สเมียร์ (Papanicolaou Smear) ซึ่งสามารถบอกระยะของการผิดปกติของเซลล์ จนถึงมะเร็งในระยะเริ่มแรก และระยะลุกลามได้ การค้นหาหามะเร็งในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถตัดขั้นตอนการ เปลี่ยนแปลงของเซลล์ได้ด้วยวิธีต่างๆ อันส่งผลให้อัตราการเกิดและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา ใน ค.ศ. 1930 มะเร็งปาก

มดลูกมีอัตราการตาย สูงถึง 31 ต่อประชากรแสนคน หลังจากทอร์จ เอ็น ปาปานิคูลา (George N. Papanicolaou) สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกได้จากการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ในปี ค.ศ. 1943 จากนั้นก็มีการรณรงค์การตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 - 1960 จนทำให้อัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงเป็นลำดับ จนเหลือเพียง 5 ต่อประชากรสตรีแสนคน ในปี ค.ศ. 1984 (เทวินทร์ โกลิยะตระกูล และอิตถี ชนไมตรี. 2532: 57 - 58) ทั้งนี้เนื่องจากผลการดำเนินการโครงการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ทั้งประเทศ ทำให้สามารถวินิจฉัยโรคนี้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Pre-invasive) ซึ่งเป็นระยะที่รักษาให้หายขาดได้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531: 38, 88)

กระทรวงสาธารณสุขของไทย ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งตามแนวทางดังกล่าวในโครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ. 2537 มีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงานค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีไทยอายุ 20 - 60 ปีทั่วประเทศ (กรมการแพทย์. 2535 - 2537) ซึ่งเป็นแนวทางป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดี เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการรักษาในระยะเริ่มแรก ดังนั้นการค้นหาพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเร็วที่สุดเท่าใด โอกาสที่จะหายขาดก็มีมากเพียงนั้น (Tomkinson. 1978: 1605) รวมทั้งถ้าประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ก็จะเป็นการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกให้มีอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกลดลง

จากสถิติโรคมะเร็งที่รายงานโดยความร่วมมือระหว่าง องค์การอนามัยโลก (WHO) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (กระทรวงสาธารณสุข) ทบวงมหาวิทยาลัย สมาคมโรคมะเร็งแห่งประเทศไทยและมูลนิธิวิจัยโรคมะเร็ง เพื่อสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ได้รายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2533 พบว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในสตรี มีอัตราป่วยเท่ากับ 23.4 ต่อประชากรแสนคน และพบว่า ในกรุงเทพมหานคร มีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นอัตราป่วย 20.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งถือเป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมดที่เกิดขึ้นในสตรีเช่นกัน (Vatanasapt and others. 1993: 23, 39) โรงพยาบาลราชวิถีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ที่สุดของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและโรคเฉพาะทางแก่ประชาชนทั่วไป ทั้งในกรุงเทพและต่างจังหวัด จากสถิติผู้มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2537 จากการจัดอันดับ 10 กลุ่มโรค พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน มากเป็นอันดับ 5 ของผู้ป่วยที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก

แต่เป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมดที่มารับบริการตรวจรักษา มีจำนวนทั้งสิ้น 6,173 ราย และสถิติผู้ป่วยในของปี พ.ศ. 2537 จากการจัดอันดับ 10 กลุ่มโรค พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีอัตราผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยในมากเป็นอันดับ 3 แต่เป็นอันดับ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมด มีจำนวน 695 ราย นอกจากนี้ โรงพยาบาลราชวิถียังมีสตรีที่มารับบริการในแผนกสูติกรรมเป็นจำนวนมาก สถิติสตรีที่มารับการคลอดและพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2537 มีจำนวนทั้งสิ้น 12,110 ราย มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 45 ปี (เวชสถิติโรงพยาบาลราชวิถี พ.ศ. 2537) ซึ่งถือเป็นวัยเจริญพันธุ์ ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูง และเป็นประชากร กลุ่มเป้าหมายสำหรับการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพอนามัย เพื่อให้พ้นจากภาวะเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะสตรีในวัยดังกล่าวเป็นที่มาของปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ที่เกิดจากสตรีเองและส่งผลต่อเนื่องถึงทารกและบุตรของตน ดังนั้นรัฐบาลจึงให้ความสนใจต่อสตรี กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยจะส่งเสริมและให้การดูแลเอาใจใส่สตรี เพื่อผลโดยตรงต่อการดำเนินงานตามแผนของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบรรลุเป้าหมาย การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 เพราะสตรีเป็นกลไกที่สำคัญของครอบครัว และถ้าทุกครอบครัวมีแม่บ้านที่มีสุขภาพดี ไม่เจ็บป่วย หรือเสียชีวิต จะช่วยให้สภาพภายในบ้านสมบูรณ์ เป็นกำลังของประเทศชาติต่อไป (สมศรี เวชชะ. 2533 : 2 - 3)

จากสถิติโรคมะเร็งของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า อายุที่พบโรคมะเร็งปากมดลูกจะพบ ตั้งแต่ 20 - 65 ปี และจะพบน้อยลงเมื่ออายุมากกว่า 65 ขึ้นไป อายุที่จะพบมากจะเริ่มตั้งแต่ 30 - 65 ปี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2536: 7) เนื่องจากมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก ระยะเวลาที่เซลล์ปกติจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็ง จะใช้เวลาตั้งแต่ 5 - 15 ปี (วิลโล เบญจกาญจน์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2524: 27 - 28) ดังนั้น การส่งเสริมให้สตรีโดยเฉพาะสตรีหลังคลอด ซึ่งมีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี มีการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการเฝ้าระวังด้วยการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกเป็นประจำทุกปี ร่วมกับการมีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ถูกต้อง จะทำให้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกลดลงได้

จากสภาพปัญหาและข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวและจากนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชากร ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 ได้ให้ความสำคัญของการดูแลตนเอง (Self-Care) และการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง เพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขและเป็นแกนในการพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคม อันจะเป็นหนทางหนึ่งที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีด้วยหน้า ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งหนทางที่จะแก้ปัญหาและแนวนโยบายดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้นั้น ขึ้นอยู่กับการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของสตรี แต่เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลเป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน การที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องอาศัย แนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง ซึ่งรูปแบบหนึ่งที่เป็นที่ยอมรับ และมีผู้สนใจนำมาเป็นแนวคิดศึกษาเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันตนเองของบุคคลอย่างแพร่หลาย คือ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพนเดอร์ (Pender, 1987: 53) กล่าวว่า กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกสร้างขึ้นมาเพื่อใช้ในการศึกษาอธิบายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมป้องกันโรค ซึ่งจะมีปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยบุคคลจะต้องมีความเชื่อ หรือมีการรับรู้ในเรื่องของสุขภาพด้านต่างๆ ที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ปัจจัยร่วมต่างๆ ที่จะมีผลต่อการรับรู้และส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร เช่น เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ปัจจัยด้านจิตสังคม เช่น ความรู้ หรือประสบการณ์เดิมของบุคคล และยังมีปัจจัยชักนำที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้น ภายใน เช่น การรับรู้สภาพร่างกายของตนเองและสิ่งกระตุ้นภายนอก เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อมวลชนต่างๆ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อร่วมงานเจ็บป่วย (Becker and others, 1977: 45) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาศึกษา และพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เช่น รันดอลล์ (Rundall, 1979: 200) ศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคมะเร็งปอดของกลุ่มตัวอย่างวัยผู้ใหญ่ในเมืองมิชิแกน นอกจากนี้การศึกษาพฤติกรรมบุคคลต้องคำนึงถึงความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control) ซึ่งเป็นความเชื่อที่ว่า ภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่อยู่ภายใต้การควบคุมของสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ได้แก่ การควบคุมจากภายในตนเอง การควบคุมจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ หรือเป็นความบังเอิญ ขึ้นอยู่กับโอกาสหรือโชคชะตา (Kennedy and other, 1991: 321) ซึ่งมีงานวิจัยจำนวนมากศึกษาถึงความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเองจะทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมกับโปรแกรมทางสุขภาพ และแสวงหาข่าวสารทางสุขภาพมากกว่าพวกที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน หรือความเชื่อความบังเอิญ ซึ่งเฮซัส (Eachus, 1991: 67) ให้ข้อเสนอแนะว่า เพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมของบุคคลได้ ควรใช้ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมาศึกษาร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีหลังคลอด โดยใช้กรอบทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมาเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อจะได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีหลังคลอด

ความมุ่งหมายของการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ (ของครอบครัว) อาชีพ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอด ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน บ่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ 4 ด้าน ปัจจัยร่วม ปัจจัยภายนอก และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
6. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับนักศึกษศึกษา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และพัฒนาการจัดดำเนินงานการศึกษา และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีหลังคลอด และประชาชนทั่วไป
2. เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในประเด็นอื่นๆ ต่อไป
3. เพื่อส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีหลังคลอดมีความตื่นตัวในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ข้อตกลงเบื้องต้น

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดบุตรและอยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ของโรงพยาบาลราชวิถี ยกเว้นสตรีหลังคลอดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ สตรีหลังคลอดที่อยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ได้แก่ ตึกสามัญสูติกรรม 5 ก ตึกสามัญสูติกรรม 5 ข ตึกสามัญสูติกรรม 6 ก ตึกสามัญสูติกรรม 6 ข ของแผนกสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี สถิติใน พ.ศ. 2537 มีจำนวนประชากรที่มาใช้บริการ 12,110 คน ต่อปี เฉลี่ย 1,011 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีหลังคลอดที่อยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดทั้ง 4 ตึก (Ward) ของโรงพยาบาลราชวิถี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของยามาเน (Yamane) ซึ่งในแต่ละตึกจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละตึก (Ward) โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

1.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1.1 การรับรู้ของสตรีหลังคลอดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น

1.1.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

1.1.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค

1.1.1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

1.1.1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

1.1.2 ปัจจัยร่วม จำแนกเป็น

1.1.2.1 อายุ

1.1.2.2 ระดับการศึกษา

1.1.2.3 รายได้ (ของครอบครัว)

1.1.2.4 อาชีพ

1.1.2.5 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

1.1.2.6 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก

1.1.2.7 จำนวนครั้งแรกของการคลอด

- 1.1.3 ปัจจัยภายนอก จำแนกเป็น
 - 1.1.3.1 ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.1.3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
- 1.2 ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ จำแนกเป็น
 - 1.2.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน
 - 1.2.2 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นๆ
 - 1.2.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หลังคลอด

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจของสตรีหลังคลอดที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก โดยแบ่งออกเป็นการรับรู้ 4 ด้าน (Becker and Maiman, 1974: 330)

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และความเชื่อของสตรีหลังคลอดถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความคิดเห็น และความเชื่อของสตรีหลังคลอด ต่อความรุนแรงและอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก ที่มีผลต่อร่างกายจนทำให้เสียชีวิต หรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานครอบครัว

1.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นของสตรีหลังคลอด เกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่นค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการเดินทาง เวลา และบริการที่ได้รับ

1.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความคิดเห็นของสตรีหลังคลอด เกี่ยวกับอุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางต่อการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกในการเดินทาง เวลา และบริการที่ได้รับ

2. ปัจจัยร่วม หมายถึง ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร จำแนกเป็น

2.1 อายุ หมายถึง อายุของสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดบุตรแล้ว และกำลังอยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ของโรงพยาบาลราชวิถี โดยแบ่งตามอายุดังนี้ (สถิติสาธารณสุข. 2535: 42)

2.1.1 15 - 19 ปี

2.1.2 20 - 24 ปี

2.1.3 25 - 29 ปี

2.1.4 30 - 34 ปี

2.1.5 35 - 39 ปี

2.1.6 40 ปีขึ้นไป

2.2 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดของสตรีหลังคลอด ที่ผ่านการคลอดบุตรแล้ว และกำลังอยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ของโรงพยาบาลราชวิถี แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529: 25 - 26)

2.2.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

2.2.2 ประถมศึกษา

2.2.3 มัธยมศึกษา

2.2.4 อุดมศึกษา

2.3 รายได้ (ของครอบครัว) หมายถึง รายได้เฉลี่ยของสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดต่อเดือน แบ่งตามกลุ่มได้ดังนี้ (สำนักงานงานสถิติแห่งชาติ. 2536: 48)

2.3.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน

2.3.2 ตั้งแต่ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน

2.3.3 ตั้งแต่ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน

2.3.4 สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

2.4 อาชีพ หมายถึง งานหลักในปัจจุบันของสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดแล้ว และกำลังพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ของโรงพยาบาลราชวิถี แบ่งตามอาชีพได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534: 6)

2.4.1 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

2.4.2 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน รับจ้างส่วนตัว หรือมีรายได้ไม่แน่นอน

2.4.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ที่ทำการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่ และแผงลอย

2.4.4 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ประกอบอาชีพทำนา ทำสวน ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ เพื่อนำผลผลิตมาจำหน่าย

2.4.5 ข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานของราชการและหน่วยงานของรัฐวิสาหกิจ

2.5 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หมายถึง อายุของสตรีหลังคลอด เมื่อมีเพศสัมพันธ์เป็นครั้งแรก โดยแบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531: 92)

2.5.1 ต่ำกว่า 20 ปี

2.5.2 ตั้งแต่ 20 - 30 ปี

2.5.3 สูงกว่า 30 ปีขึ้นไป

2.6 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก หมายถึง อายุของสตรีหลังคลอด เมื่อตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก แบ่งตามกลุ่มอายุดังนี้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 52)

2.6.1 ต่ำกว่า 20 ปี

2.6.2 ตั้งแต่ 20 - 30 ปี

2.6.3 สูงกว่า 30 ปีขึ้นไป

2.7 จำนวนครั้งของการคลอด หมายถึง จำนวนครั้งที่สตรีผ่านการคลอดบุตรที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์ขึ้นไป แบ่งเป็น (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 52)

2.7.1 คลอดมาแล้ว 1 ครั้ง

2.7.2 คลอดมาแล้ว 2 ครั้ง

2.7.3 คลอดมาแล้ว 3 ครั้งขึ้นไป

3. ปัจจัยภายนอก หมายถึง สิ่งชักนำให้บุคคลมีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้อง จำแนกเป็น

3.1 ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่สตรีหลังคลอดที่อยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด เคยมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ได้แก่ มารดา พี่สาว น้องสาว ญาติ หรือเพื่อนร่วมงาน เพื่อนบ้าน ป่วยและตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก

3.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การที่สตรีหลังคลอดอยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรม เคยได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีป้องกันโรค จากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แผ่นพับ หรือจากคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

4. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ต่อความสามารถของตนเอง ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของตน ซึ่งวัดได้โดยใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (The Multidimensional Health Locus of Control Scale) ของวอลสตันและคนอื่นๆ (Wallston and others. 1978 : 163) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย โดยกรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 116) โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

4.1 ความเชื่ออำนาจภายในตน หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ ว่า สุขภาพอนามัยของตนเป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตน ไม่ว่าจะเป็นผลดีหรือผลร้ายก็ตาม ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าด้านอื่น

4.2 ความเชื่ออำนาจผู้อื่น หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ ว่า สุขภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นอยู่กับผู้อื่น ได้แก่ บุคคลในครอบครัว ญาติ พี่น้อง เพื่อน แพทย์ และพยาบาล ประเมินได้จากคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นสูงกว่าด้านอื่น

4.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่รับรู้ ว่า สุขภาพอนามัยของตนไม่ได้เป็นผลมาจากการกระทำ หรือความสามารถของตนเอง แต่ขึ้นกับสาเหตุต่างๆ จากภายนอก ได้แก่ ความบังเอิญ โชคชะตา อำนาจเหนือธรรมชาติ ประเมินได้จาก คะแนนความเชื่ออำนาจความบังเอิญสูงกว่าด้านอื่น

5. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่บุคคลกระทำ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกเป็น

5.1 สุวีทยาส่วนบุคคล ได้แก่ การรักษาความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ การได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้อง เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นแก่ร่างกาย

5.2 การเฝ้าระวังสุขภาพ ได้แก่ การไปรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

6. โรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติอย่างไม่หยุดยั้งของเซลล์บริเวณปากมดลูก

7. สตรีหลังคลอด หมายถึง สตรีที่ผ่านการคลอดบุตร และกำลังอยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ของโรงพยาบาลราชวิถี

8. โรงพยาบาลราชวิถี หมายถึง สถานพยาบาลซึ่งให้บริการทางสุขภาพและการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไป สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ตั้งอยู่ในเขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับ ความรู้ความเข้าใจ อันตราย การป้องกันเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แนวคิด ทฤษฎี ที่เป็นพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความหมายและความสำคัญของการรับรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในต่างประเทศและการวิจัยในประเทศไทย ดังมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาการค้นคว้า

โรคมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of Cervix)

เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดของมะเร็งระบบสืบพันธุ์ในสตรีไทย ผู้ป่วยที่มาับการรักษา ส่วนใหญ่มักอยู่ในระยะที่โรคลุกลามแล้ว นอกจากรายที่มาตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำทุกปีเท่านั้น จึงพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะแรก ๆ ที่สามารถผ่าตัดออกได้ และอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกนี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี มะเร็งปากมดลูกมักพบในอายุค่อนข้างน้อยกว่ามะเร็งชนิดอื่นซึ่งในสตรีไทยพบในช่วงอายุ 30 - 49 ปี ร้อยละ 55.5 หลังอายุ 60 ปี พบได้น้อย อายุน้อยที่สุดเท่าที่เคยพบในผู้ป่วยชาวไทยคือ 18 ปี (อาคม เขียวศิลป์. 2529 : 31)

ในประเทศกำลังพัฒนาจะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามมากกว่าระยะเริ่มแรกซึ่งต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้วที่มีการรณรงค์ลดอัตราการเกิดโรคและมีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยการสำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจหาเซลล์มะเร็งที่บริเวณปากมดลูกที่เรียกว่า แปปสเมียร์ (Pap Smear) เรียกเต็มว่า ปาปานิคูลา สเมียร์ (Papanicolaou Smear) ในสตรีทำให้พบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมากกว่าระยะลุกลามซึ่งมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายขาดได้ (วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย. 2531: 1)

มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตอย่างไม่หยุดยั้งของเซลล์บริเวณปากมดลูก ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด ระยะเวลาก่อนการเปลี่ยนแปลงจากปากมดลูกปกติ (Normal Cervix) จนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลาม

(Invasive Carcinoma) ใช้เวลาประมาณ 5 - 10 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 48) มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามพบได้มากในผู้ป่วยอายุระหว่าง 40 - 50 ปี อายุเฉลี่ยประมาณ 45 ปี ซึ่งจะมากกว่ามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก (Cervical Intraepithelial Neoplasia - CIN) ประมาณ 10 ปี (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 91) ในปัจจุบันพบจำนวนผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่ามากขึ้น อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและศีลธรรม เด็กวัยรุ่นผู้หญิงมีอิสรภาพทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย มีการใช้ยาคุมกำเนิดอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีส่วนสัมพันธ์กับการร่วมเพศอย่างมาก ดังนั้นในปัจจุบันแพทย์จึงแนะนำให้สตรีตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 49)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและสาเหตุส่งเสริม

สาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ยังไม่มีการยืนยันชัดเจนว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่ในการศึกษามะเร็งปากมดลูกในแง่ของระบาดวิทยา ได้ให้ความสนใจกับสิ่งที่น่าจะมี ความเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูกไว้หลายประการ พอสรุปได้ดังนี้ คือ

ปัจจัยภายใน (Intrinsic Factors) ที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เยื่อ ุปากมดลูกให้กลายเป็นเนื้อมะเร็ง เช่น พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าสตรีฝาแฝดมักจะป่วยเป็น โรคเดียวกัน หรือพี่น้องกันมักจะป่วยด้วยโรคหรือเสียชีวิตด้วยโรคคล้าย ๆ กัน (สุวัฒน์ จันทจำนง. 2530 : 6) ส่วนอายุเป็นตัวบอกระยะเวลาและอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งมักจะ พบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุระหว่าง 35 - 45 ปี หรือในสตรีที่ร่วมเพศครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อย เป็นต้น

ปัจจัยภายนอก (Extrinsic Factors) ที่สำคัญที่เชื่อว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็ง ปากมดลูก คือ พฤติกรรมของคน (สุวัฒน์ จันทจำนง. 2530 : 6) โดยเฉพาะการไม่รักษาความ สะอาดของอวัยวะเพศภายหลังจากการร่วมเพศ การปล่อยให้มีการแช่ค้างอสุจิของสามี หรือปล่อยให้ มีการอักเสบเรื้อรังบริเวณ อวัยวะสืบพันธุ์ โดยไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง และสิ่งที่กำลังสนใจมาก อีกประการหนึ่ง คือ ระดับเศรษฐกิจและสังคมของสามี ภรรยา เนื่องจากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมักจะพบในกลุ่มสตรีที่มีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นสังคมในปัจจุบันมี การเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก โดยความเป็นอิสระเสรี ในสังคมของสตรีในหลาย ๆ เรื่อง และ สังคมเปิดโอกาสให้สตรีมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะความอิสระในการมีเพศสัมพันธ์ ปัญหาของ สตรีจึงเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรค การคุมกำเนิด การคลอด และการทำแท้งเพิ่มมากขึ้น

สตรีจึงมีความเสี่ยงต่อปัจจัยการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้หลายประการ(สมศรี เวชชะ. 2533: 21; อ้างอิงมาจาก Albino. 1984)

นอกจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกดังกล่าวแล้ว สาเหตุแท้จริงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่นอน แม้ว่าในปัจจุบันจะได้มีการศึกษาค้นคว้าอย่างมากทั่วโลก ก็พบเพียงข้อสันนิษฐานว่าคงเนื่องจากโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Susceptibility) และภาวะภูมิคุ้มกัน (Immunity) ของสตรีนั้นที่มีต่อสารก่อมะเร็ง (Carcinogens) ที่ได้รับซึ่งพอจะสรุปสาเหตุส่งเสริมในการเกิดมะเร็งปากมดลูก ได้ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับเพศ (Sexual Factors) พบว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด ได้แก่

1.1 เพศสัมพันธ์ (Sexual Intercourse) สตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ เช่น แมซีในคริสต์ศาสนา จากการศึกษาของแกกนอน (Gagnon) ศึกษาในแมซีชาวแคนาดาจำนวน 13,000 ราย ไม่ปรากฏพบมะเร็งปากมดลูกเลยสักรายเดียว (Gagnon. 1950 : 516 - 522)

1.2 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก (Age of First Intercourse) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานเมื่ออายุน้อย โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 17 ปี จะพบมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสูง รวมทั้งสตรีที่มีเพศสัมพันธ์บ่อย เนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์เยื่อปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ซึ่ง เทอริส และคนอื่น ๆ (Teris and others. 1967 : 840 - 847) ได้ทำการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่แต่งงานก่อนอายุ 17 ปี มี 28 เปอร์เซ็นต์ เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่แต่งงานหลังอายุ 17 ปี พบเพียง 16 เปอร์เซ็นต์ รอทกิน (Rotkin. 1973 : 1355) ได้ทำการศึกษารวบรวมลักษณะของสตรีที่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาสรุปว่า การเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะพบในสตรีที่แต่งงานตั้งแต่อายุน้อย และผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัย 15 - 20 ปี จะมีแนวโน้มการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในวัยที่มากขึ้น ดิวส์เฮอรัลท์ (Dewhurst. 1984 : 704) พบว่าพฤติกรรมทางเพศมีบทบาทต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่าอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะสูงในกลุ่มสตรีที่มีการร่วมเพศเมื่ออายุน้อยก่อนอายุ 17 ปี กลุ่มสตรีที่มีความถี่ของการร่วมเพศบ่อยและสตรีที่มีการสำส่อนทางเพศ

1.3 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกและการมีบุตรมาก (Age of First Pregnancy and multiparity) คริสโตเฟอร์สัน และพาร์คเกอร์, บาร์รอน และริชาร์ท (Chirstopherson and Parker. 1965 : 235 - 239 ; Barron and Richart. 1971 : 978 - 986) ต่างรายงานผลสอดคล้องกันว่าในสตรีที่มีบุตรตั้งแต่อายุน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และพบว่าในสตรีที่มีบุตรจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ไม่มีบุตร จากการศึกษาในประเทศ

อินเดีย พบว่าสตรีที่แต่งงานและมีการคลอดบุตรมาก ๆ ก่อนอายุ 20 ปี จะพบอัตราการเป็น มะเร็งปากมดลูกเร็วกว่าสตรีทั่วไป 10 ปี (คมสัน ชินะผา. 2527 : 31)

สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (2531 : 92) รายงานว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลรามารักษา ระหว่าง พ.ศ. 2521 - 2529 พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52.33) ของผู้ป่วยมีบุตรมากกว่า 4 คน ขึ้นไป

1.4 การมีเพศสัมพันธ์หลายคน (Multiple Sexual Partners) สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพบริการทางเพศจะมีอัตรา การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่ว ๆ ไปจากการศึกษาของโรเจล (Rojel. 1953 : 97) พบว่าอุบัติ การณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกพบสูงในหญิงอาชีพบริการทางเพศ สมหมาย ฤงสุวรรณ (2523 : 312) พบว่าในหญิงต้องโทษเป็นมะเร็งปากมดลูกมากเป็น 4 เท่าของสตรีกลุ่มอื่น ๆ และ 1 ใน 3 ของนักโทษสตรีนั้นเป็นหญิงอาชีพบริการทางเพศ สมชัย นิรุติศาสตร์ (2530 : 1) พบว่าพฤติ กรรมทางเพศในลักษณะสำส่อนของสามีอาจจะมีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกใน ภรรยา

1.5 ผู้ที่ไม่รักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าใน ประเทศหรือชุมชนที่มีสภาพเศรษฐกิจและสังคมไม่ดีมักจะพบมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าประเทศ หรือชุมชนที่พัฒนาแล้ว อาจเนื่องจากสุขวิทยาส่วนบุคคล (P ersonal Hygiene) ของสตรีเป็นส่วน สำคัญ

1.6 การได้รับบาดเจ็บ หรือมีการระคายเคืองเรื้อรังจากสาเหตุใดก็ตาม การอักเสบของปากมดลูกเรื้อรัง หรือในสตรีที่มีภาวะบังลมหย่อน (Prolapse Uterus) ทำให้มีการ ระคายเคืองของปากมดลูก และมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก

2. อายุ (Age) สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (CIN) มักพบในสตรีอายุน้อย โดยพบมากในอายุประมาณ 35 ปี และในปัจจุบันนี้พบว่า มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (CIN) มี แนวโน้มการเกิดในอายุน้อยลง คือ พบได้บ่อยขึ้นในสตรีที่อายุต่ำกว่า 30 ปี

3. เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม (Race, Religion, and Culture) มะเร็งปากมดลูก จะพบมากในสตรีบางกลุ่ม ได้แก่ คนไทย อเมริกันนิโกร แต่ไม่พบในสตรีผิวขาวและสตรีชนชาติยิว รอทกิน (Rotkin. 1973 : 1355) ได้ทำการสำรวจผู้ป่วยโรคมะเร็งในสหรัฐอเมริกาพบว่า สตรีผิวดำ มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีผิวขาว เคนนาเวย์ และฮอร์สบี (Kennaway. 1978 : 177 - 193 ; Sorsby. 1931 : 178) รายงานผลการศึกษาคัดค้านกันว่าในสตรีชาวยิว

พบอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกต่ำ เนื่องจากชาวอียิปต์มีประเพณีงดเว้นการร่วมเพศในระยะ
ครั้งแรกของรอบการตกไข่ (Ovulatory Cycle) ดิวส์เฮอรัลท์ (Dewhurst. 1984 : 705) ได้ศึกษา
และรายงานไว้ว่า สตรีชาวอียิปต์เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกน้อย พบว่าผู้ชายชาวอียิปต์จะขลิบหนังหุ้มปลาย
องคชาติ (Circumcision) และมีประเพณีงดเว้นการร่วมเพศในระยะแรกของรอบการตกไข่
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเคนนาเวย์ และซอร์สปี ปาร์คิน (Parkin. 1984 : 7 - 21)
ได้รายงานการศึกษาพบว่า อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกจะพบต่ำผิดปกติในสตรีชาวอียิปต์
ในศาสนาอิสลาม สตรีที่นับถืออิสลาม และแมซีไนในกายโรมันคาทอลิก

4. เศรษฐฐานะทางสังคม (Socioeconomic Status) จากการศึกษาพบว่าสตรีที่มีฐานะ
ยากจน มีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีที่มีฐานะดี เวคฟิลด์ (Wakefield. 1973 :
114) รายงานว่า ภรรยาของชายที่มีฐานะทางสังคมต่ำสุดพบอัตราตายจากมะเร็งปากมดลูก
เป็น 5 เท่า ของภรรยาของชายที่มีรายได้สูงสุด ปาร์คิน (Parkin. 1984 : 21) พบว่าสตรีที่มี
อาชีพเป็นกลาสีเดินเรือ และชาวประมงมีสถิติการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่า สตรีที่มี
อาชีพอื่น ๆ และมักพบมะเร็งปากมดลูกสูงในสตรีที่ยากจนมากกว่าสตรีที่มีฐานะปานกลาง
หรือดี ทั้งนี้เพราะสตรีที่มีฐานะยากจน มักจะมีสุขวิทยา (Hygiene) ไม่ดี ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุหนึ่ง
ที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

5. ปัจจัยด้านสาเหตุจากเพศชาย (Male Factor) แฮนเลย์ (Handlay. 1936 : 978 - 991)
ได้ทำการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีชาวฟิลิปปินส์ จำนวน 30,000 ราย และชาว
อินเดียจำนวน 70,000 ราย พบว่าชาวอินเดียเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าชาวฟิลิปปินส์ เพราะชาวฟิลิปปินส์
มีประเพณีการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศในผู้ชาย ส่วนชาวอินเดียไม่มีประเพณีนี้ ไบลท์
(Bleich. 1950 : 1054 - 1057) พบว่าสเม็กมา (Smegma) ที่อยู่รอบปลายองคชาติในเพศชายที่ไม่ขลิบ
หนังหุ้มปลาย เป็นส่วนทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งของอวัยวะเพศชาย แพทท - โทมัส
และคนอื่น ๆ (Pratt-Thomas and others. 1956 : 681 - 680) ได้ทำการทดลองและพบว่า
สเม็กมา (Smegma) ของคนมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งได้ โดยเชื่อว่าแบคทีเรียชนิดหนึ่งที่ชื่อว่า ไมโคร
แบคทีเรีย สเม็กมาทิส (Mycobacterium Smegmatis) มีบทบาทในการเปลี่ยนโคเลสเตอรอล
(Cholesterol) ของเซลล์ตายที่อยู่ในสเม็กมา (Smegma) ให้กลายเป็นสารก่อมะเร็ง (Carcinogen)
สไตน์ (Stein. 1977 : 251) พบว่า สามีที่ทำหมัน (Vasectomy) แล้วมีอุบัติการณ์ของการเกิด
มะเร็งปากมดลูกในภรรยาได้ต่ำ เรด (Reid. 1958 : 60) ได้ทำการศึกษาเรื่องอสุจิกับการเกิด
มะเร็งปากมดลูกเชื่อว่าส่วนของหัวของตัวอสุจิมีส่วนทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมาจากการสังเกต

พบว่าในสตรีวัยรุ่นที่มีประวัติสำส่อนทางเพศ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงเซลล์ใหม่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจนนที่เยื่อเมดลูก และเมื่อนำเอาเยื่อเมดลูกบริเวณที่มีการเปลี่ยนแปลงไปทดลองเพาะกับโปรตีนของหัวอสุจิจะพบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนมากขึ้น เขาสรุปว่าอสุจิของชายน่าจะเป็นตัวกระทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก เรด (Reid) ยังพบว่าโปรตามีน (Protamine) และฮิสโตน (Histone) ภายในหัวอสุจิของชายแต่ละคนจะแตกต่างกันไปตามสถานะทางสังคม (Social Class) เช่นใน Social Class III, IV จะมีสารทั้งสองชนิดสูงกว่าในผู้ชายของ Social Class I

6. สารก่อมะเร็ง (Carcinogens)

6.1 การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections) ในปัจจุบันพบว่าสารก่อมะเร็งที่สำคัญที่สุด คือ การติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีเพศสัมพันธ์ จนกล่าวกันว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งจากการมีเพศสัมพันธ์ (Sexual Transmitted Cancer) เชื้อโรคที่สำคัญคือ

6.1.1 เฮอร์ปีส ซิมเพลกซ์ ไวรัสชนิด 2. (Herpes Simplex Virus Type 2 - HSV2) เป็นไวรัสชนิดแรกที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก

6.1.2 ฮิวแมน แปปิลโลมา ไวรัส (Human Papilloma Virus - HPV) เป็นไวรัสอีกชนิดหนึ่งที่พบว่า มีส่วนสำคัญทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะอย่างยิ่ง HPV ชนิด 6,16,18,31,35 และ 39

ฟอร์ท (Frost. 1962 : 792 - 795) พบการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกในสตรีที่ได้รับการติดเชื้อทริโคโมเนส วะจิแนลลิส (Trichomonas Vaginalis)

ซู เฮาเซน (Zur ausen. 1982 : 1370 -1372) นักไวรัสวิทยาชาวเยอรมันได้ทำการศึกษารวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้และตั้งเป็นสมมติฐานไว้ว่า ฮิวแมน แปปิลโลมา ไวรัส (Human Papilloma Virus) เมื่อติดเชื้อ (Infect) ที่เซลล์บริเวณปากมดลูกจะทำให้เซลล์บริเวณนั้นแบ่งตัวผิดปกติ กลายเป็นเนื้องอกของเยื่อเมดลูก (Papilloma) การลุกลามของโรคจากเนื้องอกของเยื่อเมดลูก (Papilloma) จนกลายเป็นมะเร็ง (Invasive Carcinoma) นั้น เนื่องจากได้รับสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงลักษณะของยีน (Mutagenesis) ร่วมด้วย ได้แก่ เฮอร์ปีส ซิมเพลกซ์ ไวรัส (Herpes Simples Virus) และสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) อื่น ๆ

6.2 ปัจจัยด้านเคมี (Chemaical Factors)

6.2.1 ฮอริโมนเอสโตรเจน (Estrogen Hormone) พบว่าถ้ามีระดับฮอริโมนไม่สมดุลจะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (สุนันทา จริยาเลิศศักดิ์. 2529 : 165) สำหรับวิธีการคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ นั้น มีรายงานว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 60 เดือน จะทำให้

เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น (จันทรสุตา วงศ์ศรีธนาลัยและคนอื่น ๆ. 2527 : 519) แต่การศึกษาในผู้ใช้ห่วงอนามัยไม่พบว่าการใส่ห่วงอนามัยเป็นระยะเวลาสั้น ๆ เป็นปี (13 - 120 เดือน และมากกว่า) จะทำให้อัตราการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นกว่าสตรีโดยทั่วไป (ประยงค์ เอกก้านตรง. 2524 : 411 ; ลัดดาวัลย์ บรรหารศุภวาท และคนอื่น ๆ. 2523 : 64)

6.2.2 การสูบบุหรี่ (Smoking) วินเคิลสไตน์ (Winkelstein. 1977 : 257 - 259)

รายงานไว้ว่า การเกิดมะเร็งมีความเกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่มักจะเป็นมะเร็งที่เกิดขึ้นกับส่วนที่เป็นสแควมัสเซลล์ (Squamous Cell) โดยเฉพาะในมะเร็งปอดและมะเร็งปากมดลูกเขาได้ทำการศึกษาโดยรวบรวมหลักฐานจากรายงานอื่น ๆ แล้วตั้งเป็นสมมติฐานไว้ว่า การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่สูบบุหรี่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่าของสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ และ ยิ่งสูบกี่ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะไม่มีอาการใด ๆ เลย แต่สามารถตรวจพบได้โดยการตรวจหาลักษณะความผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก โดยการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) เป็นระยะ ๆ และวิธีการตรวจนี้เป็นหลักสำหรับป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก

อาการผิดปกติเริ่มแรกของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญได้แก่ อาการตกขาวและมีเลือดออกทางช่องคลอดโดยเฉพาะมีเลือดออกทางช่องคลอดหลังการร่วมเพศ ซึ่งผู้ป่วยจะมาพบแพทย์เนื่องจากมีอาการผิดปกติของประจำเดือน และประจำเดือนมาเดือนละหลาย ๆ ครั้ง โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะตรวจไม่พบลักษณะผิดปกติของปากมดลูก แต่อาจเป็นแผลเล็ก ๆ ตื้น ๆ มีลักษณะเป็นแผลเรื้อรังบริเวณปากมดลูก

ผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม อาจมาพบแพทย์ด้วยอาการตกขาวเป็นสีเหลือง หรือมีเลือดปน ในรายที่มีเนื้อเซลล์ตายจะมีกลิ่นเหม็นและถ้ามีการเสียเลือดเป็นเวลานาน ๆ จะมีอาการอ่อนเพลียไม่มีแรง เนื่องจากมีอาการของโลหิตจางร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บบริเวณท้องน้อย ซึ่งเกิดจากการตายของก้อนมะเร็ง หรือมีการอักเสบเรื้อรังของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานร่วมด้วย บางรายมีอาการปวดหลังเนื่องจากมะเร็งกระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองบริเวณเส้นเลือดแดงใหญ่ ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตและไปกดทับรากประสาทบริเวณกระดูกกระเบนเหน็บ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยมีอาการเจ็บที่บริเวณยอดอก

ซึ่งเกิดจากการมีมะเร็งกระจายไปสู่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณเส้นเลือดใหญ่ระดับสูง แต่ไม่ค่อยพบบ่อยนัก ในรายที่มีระยะลุกลามมาก ๆ มะเร็งจะกระจายไปสู่กระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยจะมาด้วยอาการถ่ายปัสสาวะและอุจจาระเป็นเลือดหรือมาด้วยอาการไตวาย ถ่ายปัสสาวะไม่ออก หอบและมีอาการบวมทั้งตัว (วรรณเพ็ญ เบญจชัย. 2531 : 9 - 10)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่บริเวณปากมดลูก

สตรีที่ยังไม่เคยมีบุตรรูเปิดของปากมดลูก (Cervical Canal) ที่เรียกว่ารูเปิดด้านนอก (External Os) จะมีขนาดเล็กคล้ายรูเข็ม แต่ถ้าเคยผ่านการคลอดบุตรแล้ว จะเห็นมีรอยฉีกขาดไปทางด้านข้างได้ ถ้าแยกด้านหน้าและด้านหลังของปากมดลูกด้วยเครื่องมือต่างปากมดลูก จะเห็นปากมดลูกชั้นในมีสีแดง เรียกว่าอีเวอร์ชัน ออฟ เซอร์วิกซ์ (Eversion of Cervix) ถ้ามองเห็นคล้ายเป็นแผลหรือรอยถลอกสีแดง ๆ ที่ปากมดลูกโดยไม่ต้องแยกด้านหน้าและด้านหลังของปากมดลูกออก เรียกว่า เซอร์วิคอลอีโรชัน (Cervical Erosion) ซึ่งอาจเป็นได้จากการอักเสบเรื้อรัง หรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดเซลล์ใหม่ขึ้นได้

เยื่อบุสแควมัส เซลล์ (Squamous Cell) ของปากมดลูกแบ่งเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่บุปากมดลูกส่วนนอก กับเยื่อบุปากมดลูกส่วนใน เมื่อเยื่อทั้งสองได้รับการกระตุ้นจากสารก่อมะเร็ง (Carcinogen) ในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม เซลล์จะเปลี่ยนแปลงโดยมีความหนาขึ้น (Dysplasia) และมีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ ๆ ก่อนที่จะกลายเป็นเซลล์ใหม่ ซึ่งจะเป็มะเร็งปากมดลูกต่อไป

การแพร่กระจายของมะเร็งปากมดลูก

1. การลุกลามหรือการแพร่กระจายโดยตรง (Local Infiltration) การลุกลามโดยตรงนี้สามารถลุกลามออกจากบริเวณที่เกิดมะเร็งโดยพบว่า ลุกลามไปที่ช่องคลอดมากที่สุด 65 เปอร์เซ็นต์ลุกลามขึ้นสู่โพรงมดลูกไปตามเอ็นยึดมดลูก (Broad Ligament) ลุกลามผ่านไปสู่กระเพาะปัสสาวะในระยะที่สาม และระยะที่สี่ทำให้เกิดรูทะลุระหว่างช่องคลอดกับกระเพาะปัสสาวะ ลุกลามไปด้านหลังเข้าสู่เยื่อบุทวารหนักทำให้เกิดรูทะลุระหว่างช่องคลอดกับเยื่อบุทวารหนัก

2. การลุกลาม หรือ การแพร่กระจายทางท่อน้ำเหลือง (Lymphatic preading) การแพร่กระจายจะเพิ่มสูงมากขึ้นตามระยะของโรคขึ้นกับชนิดของเซลล์ด้วย พบว่าเซลล์มะเร็งชนิด

เคอราทีไนซิง (Keratinizing) มีการแพร่กระจายเร็วที่สุดมากกว่าชนิดนอน - เคอราทีไนซิง (Non - Keratinizing)

3. การแพร่กระจายไปทางหลอดเลือด (Hematogenous Spreading) พบว่าการแพร่กระจายไปทางหลอดเลือดมีน้อยมักจะพบในระยะท้าย ๆ ของโรค อย่างไรก็ตามก็พบว่าการแพร่กระจายไปที่ลำไส้และอวัยวะภายในช่องท้องร้อยละ 25 นอกจากนั้นยังกระจายไปที่ตับ ปอด ไต กระดูก เยื่อหุ้มช่องท้อง ม้าม รังไข่ และหลอดมดลูก ซึ่งพบได้จำนวนไม่มากนัก

4. การลุกลามโดยเซลล์มะเร็งหลุดจากตำแหน่งเดิมไปงอกที่ส่วนอื่นของร่างกาย (Local Implantation) พบว่าเกิดขึ้นตามหลังการผ่าตัด อาจเกิดจากการแพร่กระจายจากการล้างภายในช่องท้องภายหลังจากได้รับการผ่าตัด

ระยะของมะเร็งปากมดลูก

สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (2531 : 42 ; 98 - 99) ได้รายงานการแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 ระยะใหญ่ ๆ ดังนี้

1. มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (Cervical Intraepithelial Neoplasia) หรือ CIN ริชาร์ด (Richard) เป็นผู้บัญญัติขึ้นและกล่าวว่าเป็นสเปกตรัม ออฟ ดิสีส (Spectrum of Disease) ก่อนการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม และแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

CIN I - ไมลด์ ดิสเพลเซีย (Mild Dysplasia) มีความผิดปกติเฉพาะใน Lower 1/3 ของเซลล์เยื่อปากมดลูก (Squamous Epithelium)

CIN II - มอดิเรท ดิสเพลเซีย (Moderate Dysplasia) มีความผิดปกติเฉพาะใน Lower 2/3 ของเซลล์เยื่อปากมดลูก

CIN III - ซีเวีย ดิสเพลเซีย (Severe Dysplasia) มีความผิดปกติเกือบทั้งหมดของเซลล์เยื่อปากมดลูก แต่เซลล์ชั้นบนยังปกติ

CIS - คาร์ซิโนมา อินไซตู (Carcinoma In Situ) มีความผิดปกติตลอดทุกชั้นของเซลล์เยื่อปากมดลูก แต่ไม่ทะลุลงมามากกว่าเยื่อฐาน (Basement Membrane)

ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงเป็นคาร์ซิโนมา อินไซตู (Carcinoma in Situ) จากไมลด์ ดิสเพลเซีย (Mild Dysplasia) ประมาณ 3 ปี จากมอดิเรท ดิสเพลเซีย (Moderate Dysplasia) ประมาณ 2 ปี และจากซีเวีย ดิสเพลเซีย (Severe Dysplasia) ประมาณ 1 ปี

2. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma of Cervix) มีการแบ่งระยะทางคลินิก (Clinical Staging) ตามหลักของสหพันธ์สูติ-นรีเวชระหว่างประเทศ (International Federation of Gynaecology and Obstetric or FIGO) ไว้ดังนี้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 98 - 99)

ระยะที่ I เป็นมะเร็งชนิดที่เกิดเฉพาะบริเวณปากมดลูกเท่านั้น แบ่งเป็น

ระยะที่ IA มะเร็งลุกลามเล็กน้อย มองเห็นโดยการตรวจชิ้นเนื้อด้วยกล้อง

จุลทรรศน์เท่านั้น ระยะนี้แบ่งย่อยออกเป็น

ระยะที่ IA1 การลุกลามกินลึกเข้าไปในเนื้อเยื่อเล็กน้อย

ระยะที่ IA2 การลุกลามมากขึ้น แต่กินลึกไม่เกิน 5 มิลลิเมตร จาก

เยื่อฐานและกว้างไม่เกิน 7 มิลลิเมตร

ระยะที่ IB มีขนาดใหญ่กว่าระยะที่ IA2

ระยะที่ II มะเร็งลุกลามออกนอกบริเวณปากมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกรานและมีการกระจายทางช่องคลอด ไม่เกิน 2 ใน 3 ของช่องคลอดส่วนบนแบ่งเป็น

ระยะที่ IIA ไม่มีการกระจายไปด้านข้าง

ระยะที่ IIB มีการกระจายไปยังด้านข้าง

ระยะที่ III มะเร็งกระจายไปยังผนังเชิงกราน โดยตรวจพบได้ทางทวารหนัก และมีการกระจายไปยัง 1 ใน 3 ของช่องคลอดตอนล่าง แบ่งเป็น

ระยะที่ IIIA การลุกลามยังไม่ถึงผนังเชิงกราน

ระยะที่ IIIB การลุกลามถึงผนังเชิงกราน หรือมีภาวะไตบวม น้ำ ไตวาย

ระยะที่ IV มะเร็งกระจายผ่านผนังเชิงกรานไปยังเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก แบ่งเป็น

ระยะที่ IVA การลุกลามไปยังกระเพาะปัสสาวะหรือทวารหนัก

ระยะที่ IVB การลุกลามไปถึงอวัยวะอื่น ๆ ที่อยู่ไกลออกไป

พยาธิสภาพและการวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกกระทำได้โดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) ซึ่งจะบอกความผิดปกติของการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ในระยะต่อมาจะเกิดการลุกลามไปสู่เยื่อบุต่าง ๆ และเส้นเลือดหรือท่อน้ำเหลือง ระยะนี้จะทำให้เกิดอาการโดยมีตกขาว มีกลิ่นเหม็น หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดร่วมกับการมีกลิ่นเหม็น หรือมีอาการแสดงผิดปกติอื่น ๆ

เช่น ตกเลือด เลือดออกหลังมีการร่วมเพศ ฯลฯ การวินิจฉัยในระยะนี้อาจจะกระทำได้จาก ประวัติการตรวจร่างกายร่วมกับการตรวจทางพยาธิวิทยา โดยการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจกับการตรวจพิเศษ ๆ เช่น คอลโปสโคปี (Colposcopy) หมายถึง การใช้เครื่องมือตรวจพิเศษซึ่งมีกำลังขยายถึง 10 - 20 เท่า จะทำให้มองเห็นบริเวณที่เป็นโรคได้ชัดเจนขึ้น หรือคอนไนซ์เซชัน (Conization) หมายถึง การคว้านปากมดลูกออกมา แล้วเอาไปตัดเป็นชิ้นย่อย ๆ ประมาณ 15 - 20 ชิ้น แล้วใช้กล้องจุลทรรศน์ตรวจดูเซลล์มะเร็ง

การตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกโดยการทำแปปสเมียร์ (Pap Smear) เรียกเต็มว่า ปาปานิคูลา สเมียร์ (Papanicolaou Smear) คือการตรวจเซลล์ของเยื่อปากมดลูก ด้วยวิธีการเก็บเอาเซลล์โดยตรงจากด้านนอกปากมดลูก และด้านในปากมดลูกนำมาป้ายลงบนแผ่นสไลด์ นำสไลด์ไปแช่น้ำยาฟิกซ์เซชัน (Fixation) แล้วนำมาย้อมสี และตรวจดูทางเซลล์วิทยา บุคคลที่ได้รับสมญานามว่าเป็นบิดาแห่งเซลล์วิทยา คือ นายแพทย์ จอร์จ ปาปานิคูลา (Dr. George N. Papanicolaou) เป็นผู้รายงานวิธีการตรวจทางเซลล์วิทยาของมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma of Cervix) ซึ่งต่อมาเรียกแปปสเมียร์ (Pap Smear) สามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98 การวินิจฉัยด้วยวิธีนี้ เป็นที่สนใจกันมากโดยเฉพาะ สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ซึ่งได้ใช้ความรู้นี้เป็นพื้นฐานและจุดเริ่มต้นของการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

ความถี่ในการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) สมาคมโรคมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society) ได้แบ่งสตรีออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (เทวินท์ โกลิเยตตะและคณะ, 2532 : 58)

1. กลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงน้อย เป็นสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เลย หรือถูกตัดมดลูกแล้ว ควรตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) 2 - 3 ปีต่อครั้ง
2. กลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงธรรมดา (ปานกลาง) คือกลุ่มสตรีที่มีอายุระหว่าง 20 - 65 ปี มีเพศสัมพันธ์ธรรมดา มีบุตรหลายคนหรือเคยทำแท้งหลายครั้ง ในกลุ่มนี้เมื่อตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ปีละครั้งแล้วพบว่าได้ผลลบ 2 ครั้งติดต่อกันให้เว้นการตรวจออกไป 3 ปี จึงจะเริ่มตรวจใหม่
3. กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย ๆ มีการร่วมเพศกับชายหลายคน มีเชษฐภกิจต่ำ ควรตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ทุกปีจนถึงอายุ 65 ปี

การเตรียมตัวของสตรีก่อนทำแปปสเมียร์ (Pap Smear)

1. ไม่ควรสอดยาในช่องคลอดและไม่กินยาก่อนตรวจอย่างน้อย 1 วัน
2. ไม่ควรล้างช่องคลอดมาก่อนตรวจ 1 วัน
3. ไม่ควรร่วมเพศก่อนมาตรวจอย่างน้อย 1 วัน
4. ไม่ควรตรวจภายในก่อนทำแปปสเมียร์ (Pap Smear)

การรักษามะเร็งปากมดลูก

การรักษามะเร็งปากมดลูกขึ้นกับระยะของโรคเป็นสำคัญ ซึ่งอาจแบ่งวิธีการรักษาได้เป็น 4 วิธี ดังนี้ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531 : 106)

1. รักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Treatment)
2. รักษาโดยรังสีรักษา (Radiation Therapy)
3. รักษาโดยสารเคมี (Chemical Therapy)
4. รักษาโดยการให้หลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา

การผ่าตัดร่วมกับเคมีบำบัด หรือรังสีรักษากับเคมีบำบัด

การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก กระทำโดยการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization) แล้วนำชิ้นเนื้อมาตรวจอย่างละเอียดทางพยาธิวิทยาเพื่อดูว่าไม่ใช่ระยะ IA หรือ IB (Microinvasive or Invasive) แล้วมีการติดตามผล (Follow up) อย่างใกล้ชิดในรายที่ต้องการมีบุตร ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ต้องการมีบุตรจะรักษาโดยการผ่าตัดมดลูกและปากมดลูก (Total Hysterectomy)

สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม มีรายละเอียดการรักษาตามระยะต่าง ๆ ของโรคดังนี้ (แฉล้ม วรรณานุสาร และสมหมาย ณัฐวรรณ. 2523 : 321 - 324)

ระยะที่ I การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะที่หนึ่ง โดยการตัดมดลูกออกหมดรวมไปถึงปีกมดลูกทั้งสองข้าง ช่องคลอดส่วนบนไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร เนื้อเยื่อใกล้เคียงมดลูกและต่อมน้ำเหลืองของอุ้งเชิงกรานออก (Werthiem's Operation) หรืออาจรักษาโดยใส่แร่เฉลี่ย 2,500 - 3,500 แรด (rads)

ระยะที่ II ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะที่สอง จะได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีโคบอลต์ 60 ปริมาณ 5,000 แรด (rads) (หน่วยสำหรับใช้วัดรังสี) ในเวลา 5 สัปดาห์

ระยะที่ III ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่สาม จะได้รับการรักษาโดยการฉายรังสีโคบอลต์ 60 ปริมาณ 5,000 แรด (rads) ในเวลา 5 สัปดาห์ แล้วตามด้วยใส่แร่เฉลี่ย 3,000 แรด (rads)

ระยะที่ IV การรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะนี้จะเป็นการรักษาเพื่อรื้อทออาการเท่านั้น โดยฉายรังสีโคบอลต์ 60 ปริมาณ 5,000 แรต (rads) ในเวลา 5 สัปดาห์ เพียงอย่างเดียว

การหายของโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ระยะเวลาที่ค้นพบโรคและการรักษาติดตามผลที่ครบถ้วน กล่าวคือ ถ้าค้นพบโรคได้เร็วเท่าใด การรักษาจะได้ผลดีเพียงนั้นและอัตราการหายจากโรคนั้นจะใช้เวลา 5 ปีภายหลังการรักษา เป็นดัชนีบ่งชี้

การพยากรณ์โรค

จากการศึกษารายงานต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศของ วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ พบว่า อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี (5 Years Survival Rate) ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะต่าง ๆ มีดังนี้ (วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. 2533 : 63 - 33)

ระยะ 0 ร้อยละ 93 - 98

ระยะ I ร้อยละ 75.7

ระยะ II ร้อยละ 51.5 - 64.1

ระยะ III ร้อยละ 28.8

ระยะ IV ร้อยละ 5.8

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่อาจจะสังเกตเห็นได้ และอาจไม่สามารถสังเกตเห็นได้ พฤติกรรมทุกอย่างที่มนุษย์กระทำย่อมมีเหตุ มีจุดมุ่งหมาย และในขณะเดียวกันก็มีแรงจูงใจหรือสิ่งกระตุ้นให้กระทำ ด้วยเหตุที่ว่าเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นต้องมีสาเหตุ อาจมีสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ และสาเหตุอย่างเดียวกันไม่จำเป็นต้องนำไปสู่พฤติกรรมเดียวกัน อีกทั้งพฤติกรรมที่ต่างกันอาจเนื่องมาจากสาเหตุเดียวกันได้

สำหรับพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย ก็มีความหมายเดียวกับพฤติกรรมทั่วไป แต่มุ่งเฉพาะในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หากพิจารณาแนวคิดของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแล้ว จะเห็นว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นก็มีสาเหตุเช่นกันซึ่งอาจเกิดจากลักษณะของตัวบุคคลนั้น เกิดจากสิ่งแวดล้อมเอื้ออำนวย หรือเกิดจากเชื้อที่ทำให้เกิดโรค การที่บุคคลจะเกิดโรคใด ๆ

สืบเนื่องมาจากการปฏิบัติของบุคคลนั้น ๆ เป็นสำคัญ เมื่อบุคคลเกิดโรคแล้วและต้องการที่จะให้หายจากโรคบุคคลนั้นก็ต้องปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากโรคนั้น ๆ

พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ เพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้ภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนการไปรับบริการตรวจร่างกาย มีนักวิชาการได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายท่านดังต่อไปนี้

กู๊ด (Good. 1959 : 55 - 65) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพว่า หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ที่มุ่งหวังจะให้ผู้ป่วยมี หรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถจะวัดได้ว่าเกิดขึ้น

สตีล และแมคบรูม (Steele and Mc.Broom. 1972 - 382) อธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นกิจกรรมเกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพด้วยจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงความเจ็บป่วย

แฮริส และกูเติน (Harris and Guten. 1979 : 28) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพในเชิงป้องกันโรค ซึ่งเรียกว่าพฤติกรรมป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health Protective Behavior) โดยหมายถึงการกระทำใด ๆ ของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอ เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ให้มีสุขภาพดี ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการที่จะป้องกันโรค

คาสล และคอปป์ (Kasl and Cobb. 1966 - 246) ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึงการกระทำใด ๆ ก็ตามในขณะที่ยังมีสุขภาพดีไม่มีอาการของโรค ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้สุขภาพดี และมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันมิให้เกิดโรค

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524 : 33) ให้ความหมายไว้ว่าพฤติกรรม หมายถึงความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ ทักษะ การปฏิบัติและทักษะ โดยเน้นพฤติกรรมที่สังเกตและวัดได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 28) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ปฏิบัติหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำ แม้ว่าจะสังเกตได้หรือไม่ได้ก็ตามที่มุ่งเน้นเฉพาะในเรื่องของสุขภาพอนามัย เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

ธนวรรณ์ อิมสมบุญ (2532 : 38) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การแสดงออกของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง หรือบุคคลอื่นรวมถึงการกระทำ หรืองดกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพในรูปของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการกระทำ หรือการปฏิบัติที่มีผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ดังนั้นสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติทั้งที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่สามารถจะวัดได้ว่า เกิดขึ้นรวมถึงการกระทำหรืองดกระทำในสิ่งที่เป็นผลดี หรือผลเสียต่อสุขภาพ

ธรรมชาติของพฤติกรรมสุขภาพ

ธนวรรณ์ อิมสมบุญ (2532 : 39) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ตามสภาพของพฤติกรรม คือ

ระดับหนึ่ง เป็นการประพฤติปฏิบัติตามกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับต่าง ๆ หรือการงดกระทำในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพตามกฎเกณฑ์ หรือข้อบังคับต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ พฤติกรรมระดับนี้เป็นพฤติกรรมระดับต่ำสุดของบุคคลที่ต้องการให้มีขึ้น

ระดับที่สอง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่อยู่ในสภาพของการกระทำ การประพฤติปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามการเชิญชวนต่าง ๆ โดยอาศัยกลไกการตัดสินใจของแต่ละบุคคลเองเป็นสำคัญ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพในระดับนี้มีทั้งการกระทำ การประพฤติปฏิบัติที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่กระทำไม่ประพฤติในสิ่งที่ไม่เป็นประโยชน์ หรือเป็นโทษต่อสุขภาพ

ระดับที่สาม เป็นการปฏิบัติที่เกิดขึ้นตามจิตสำนึก หรือความรู้ที่นึกคิดภายในตนเองโดยอาศัยกลไกของค่านิยม ซึ่งเป็นพฤติกรรมสูงสุดที่ต้องการให้เกิดและมีอยู่ในแต่ละบุคคลอย่างแท้จริง

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ

เพื่อให้ครอบคลุมแนวความคิดของพฤติกรรมของสุขภาพ จึงแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 75) คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ซึ่งการดำรงชีวิตของบุคคลทั่วไปได้แสดงพฤติกรรมป้องกันโรคไว้ในกรอบกิจวัตรประจำวันอยู่แล้ว เช่น ตื่นนอน ล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ

รับประทานอาหาร จัดบ้านเรือนให้สะอาดเพื่อป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ การแสดงออกถึงพฤติกรรม การป้องกันโรค ยังรวมไปถึงพฤติกรรมกรรมการได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์และการควบคุมการแพร่กระจายของโรค การตรวจร่างกายประจำปี การแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคนั้น ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุน การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค เพราะเรามีความเชื่อเป็นสำคัญ อาจกล่าวโดยสรุปว่าการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของบุคคล เนื่องจากเหตุผลต่อไปนี้

1.1 การรับรู้ว่าคุณโรคคุกคาม การที่บุคคลที่รับรู้ว่าคุณโรคคุกคามนั้น เนื่องจากสิ่งกระตุ้นสองประการคือ โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และความรุนแรงของโรคสูง ถ้าไม่ดำเนินการก็จะเกิดผลเสียต่อตนเองและผู้เกี่ยวข้อง

1.2 การรับรู้ผลดีและผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสียจะเป็นผลเนื่องจากบุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมจะต้องมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับแล้ว ได้ผลคุ้มค่าโดยเฉพาะในระยะยาว

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีความผิดปกติ บุคคลแต่ละคนจะมีแนวทางปฏิบัติแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มชน ตั้งแต่การรักษาตนเอง การรักษาตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน การแสวงหาการรักษาพยาบาลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การหลบหนีสังคม เป็นต้น

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น และเพื่อให้มีอาการดีขึ้นบุคคลจะให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย นอกจากนี้อาจพบว่าการไปรับบริการการรักษาแผนโบราณด้วย ทั้งนี้เนื่องจากวัฒนธรรมดั้งเดิมของแต่ละท้องถิ่น ทั้งอาจมีการรักษาทางไสยศาสตร์ ซึ่งมักรักษาควบคู่ไปกับการรักษาแผนโบราณ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแบบแผนการพัฒนาของสังคมนั้น ๆ

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นกระบวนการที่มีความซับซ้อนมาก มีองค์ประกอบหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประภาเทพ สุวรรณ (2526 : 173 - 185) ได้แบ่งองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 5 องค์ประกอบ คือ

1. องค์ประกอบด้านจิตวิทยา เป็นองค์ประกอบที่มีอยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วย จุลินภาวะ การรับรู้ ความต้องการ ความสนใจ การรับรู้ ความสามารถ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้มีผลต่อ ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพของบุคคล องค์ประกอบด้านจิตวิทยามีอยู่ในบุคคลทุกคนแต่ละจะแตกต่างกันในลักษณะความมากน้อย บางคนอาจจะมีลักษณะและจำนวนที่เสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีหรือพึงปรารถนา บางคนอาจมีลักษณะที่ขัดขวางการเกิดพฤติกรรมที่ดีหรือที่พึงปรารถนา

2. องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มคนในสังคม สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรม

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติ มีอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก เช่น บางครอบครัวปลูกฝังการไม่รับประทานผัก เนื้อสัตว์ หรือบางครอบครัวปลูกฝังให้ออกกำลังกาย รักษาความสะอาดของร่างกาย การรักษาความสะอาดของบ้านเรือน กล่าวได้ว่าถ้าพ่อ - แม่ หรือคนเลี้ยงดูส่งเสริมให้เด็กเกิดความเชื่อถือมีค่านิยมที่ดีต่อสุขภาพ เด็กจะสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องในด้านการส่งเสริมให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี

กลุ่มคนในสังคม จะมีอิทธิพลในการชักจูงให้คนมีพฤติกรรมที่คล้ายตามกันได้เพราะคนเราต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม

สถานภาพทางสังคม สถานภาพที่แตกต่างกันจะทำให้คนแสดงออกได้ต่างกันเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ย่อมจะมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ส้วมดีกว่าประชาชนทั่วไป เป็นต้น

วัฒนธรรม เป็นตัวถ่ายทอดวิธีการครองชีวิต วิธีความคิด ความเชื่อ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพอย่างมาก

3. องค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เศรษฐกิจของประชาชนมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มากเช่นกัน กลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ และประชาชนส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และก่อให้เกิดปัญหามากมายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

4. องค์ประกอบด้านการศึกษา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษามีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาค่ำ เพราะผู้ที่มีการศึกษาดีจะมีอาชีพที่มีรายได้ค่อนข้างดี อันจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วยปัญหาทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุขส่วนใหญ่จะพบในประชาชนที่มีการศึกษาค่ำ

5. องค์ประกอบด้านการเมือง มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทั้งทางด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการบริการรักษาพยาบาล กิจกรรมสุขภาพที่จะให้กับประชาชน กฎหมายหรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

ความหมายและความสำคัญของการรับรู้

การรับรู้ (Perception) มีรากศัพท์มาจากภาษาละติน (Latin) คือ "Percipere" ซึ่ง Per หมายถึง "ผ่าน" (Through) และ cipere หมายถึง "การนำ" (To take) (Blunting. 1988 : 168) พจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (New Webster's Dictionary. 1975 : 1100) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็น การแสดงออกถึงความรู้ความเข้าใจตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

นักจิตวิทยาและนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ดังต่อไปนี้

จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่น ๆ (2528 : 1) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าการรับรู้ คือ การสัมผัสที่มีความหมาย (Sensation) ซึ่งเป็นการแปลหรือตีความจากการสัมผัสที่ได้รับออกเป็นสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มีความหมายหรือเป็นที่รู้จักเข้าใจ ซึ่งในการแปลหรือตีความนี้จำเป็นที่จะต้องใช้ประสบการณ์เดิมหรือความรู้เดิมที่เคยมีมาแต่หนหลัง ถ้าไม่มีความรู้เดิมหรือสิ่งเร้านั้นเสียแล้ว ก็จะไม่มีการรับรู้ต่อสิ่งเร้า จะมีแต่เพียงการสัมผัสกับสิ่งเร้าเท่านั้น

กันยา สุวรรณแสง (2532 : 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึกหรือรู้ความหมายว่าเป็นอะไร

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2532 : 81) ให้ความหมายของการรับรู้ว่าเป็นกระบวนการแปลความหมายจากการสัมผัสต่อสิ่งเร้า ซึ่งต้องอาศัยประสบการณ์เดิมด้วย

สุชา จันทร์โฮม (2533 : 119) กล่าวว่า การรับรู้คือการตีความหมายจากการรับสัมผัส (Sensation) และในแง่ของพฤติกรรม การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดแทรกอยู่ระหว่างสิ่งเร้าและการตอบสนองต่อสิ่งเร้า

นิพนธ์ แฉ่งเอี่ยม (2524 : 60) กล่าวว่า การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้

การรับรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้ามากระตุ้น ต่อระบบประสาทสัมผัสแล้วนำไปแปลความหมายที่สมอง ร่วมกับประสบการณ์การเรียนรู้ ตลอดจนความคิดภายในจิตใจทำให้บุคคลมีการรับรู้และตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า นั้น ๆ ดังนั้นในขณะที่โรคมะเร็งโดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูกกำลังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของกลุ่มสตรี การที่สตรีได้รับฟังข่าวสารและเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลหรือเท็จจริงทางสื่อประชาสัมพันธ์ชนิดต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หรือหนังสือพิมพ์ เป็นต้น สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้นับได้ว่าเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้สตรีซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนวิธีการป้องกันโรคโดยผ่านกระบวนการทางด้านความคิด และจิตใจซึ่งสมองตีความหรือแปลความจากข้อมูล ข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนอาศัยประสบการณ์เดิม ค่านิยม เจตคติ ความคาดหวัง แรงจูงใจ และความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคได้ 2 ลักษณะ คือการรับรู้เกี่ยวกับโรคในทางที่ถูกต้อง และการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องซึ่งจะมีผลทำให้สตรีมีพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกตามการรับรู้ นั้น ๆ กล่าวคือการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องจะช่วยให้สตรีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในทางที่ถูกต้องเหมาะสม ในทางตรงกันข้ามสตรีที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องเหมาะสมตรงตามความเป็นจริง ก็จะมีพฤติกรรมที่ผิดและขัดแย้งกับความเป็นจริง ดังที่นิพนธ์ แฉ่งเอี่ยม (2524 : 60) ได้กล่าวว่าการรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เพราะถ้าการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริงบุคคลจะแสดงพฤติกรรมแบบผิด ๆ ซึ่งจะทำให้เกิดผลเสียหายต่อภาวะสุขภาพของตนเองได้

จากการศึกษาของ ภรณ์ สุรินทร์ (2535 : 5) ศึกษาการประยุกต์วิธีการทางการตลาดทางสังคม ในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท จัง หวัดสุรินทร์ ซึ่งการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกถือว่าเป็นวิธีการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุดนั้น พบว่าการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มเป้าหมายยังอยู่ในระดับต่ำมาก จากโครงการศึกษานำร่องของสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ. 2532 เพื่อค้นหาวิจัยและรักษามะเร็งปาก

มดลูกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่า ประชาชนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่ง พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และคนอื่น ๆ (2533 : 40) ได้กล่าวถึงปัญหาสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก หรือไม่สามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้นั้น เนื่องจากจากความอาย ความไม่รู้ หรือเศรษฐกิจของผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยในชนบทส่วนใหญ่มักมาพบแพทย์เมื่อมีอาการมากแล้ว จากการศึกษาสำรวจของ ภรณ์ สุรินทร์ (2535 : 5) เกี่ยวกับการรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม พบว่ากลุ่มสตรีที่ไม่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลว่าตนสบายดีไม่มีอาการผิดปกติประการใด ไม่คิดว่าตนเองมีโอกาสที่จะเป็นโรคได้ อายต่อการตรวจ ไม่มีเวลา ไม่มีเพื่อนไปตรวจเหตุผลเหล่านี้ทำให้การไปรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายมีอัตราต่ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสตรีบางส่วนยังมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูกและการป้องกันไม่ถูกต้อง ซึ่งจะเป็นผลให้มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคไม่ถูกต้อง ดังนั้น จึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของนักสุขภาพหรือเจ้าหน้าที่ทางการสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลหรือข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องแก่สตรี ข้อมูลที่ถูกต้องก็就会被เข้าไปสู่กระบวนการรับรู้ และแปลผลออกมาเป็นการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง อันจะทำให้สตรีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

เนื่องจากการรับรู้ เป็นปัจจัยหรือตัวแปรหนึ่งทางจิตวิทยาสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการที่บุคคลเข้าใจสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจมีเหตุผล หรือไม่มีเหตุผลก็ได้ ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141 ; ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527 : 173 ; สถิต วงศ์สุวรรณ. 2529 : 207) ส่วนในด้านพฤติกรรมสุขภาพนั้นการรับรู้ได้ถูกนำมาใช้ในรูปแบบแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (Rosenstock. 1974 : 329 - 355) ซึ่งเป็นแบบจำลองที่มีรากฐานมาจากทฤษฎี เลวินเนียน (Lewinian) ของเคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่งกล่าวถึงวิธีการดำเนินชีวิตของมนุษย์ว่ามีทั้งดีและเลว และมนุษย์ก็พยายามจะแสวงหาสิ่งที่ดีเพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับปัญหาในเรื่องสุขภาพ ส่วนที่ดีที่มนุษย์แสวงหาก็คือสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์และส่วนที่เลวหรือเป็นไปในทางลบก็คือโรคภัยความเจ็บป่วยต่าง ๆ

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาเป็นตัวแปรหนึ่งในการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึก นึกคิด หรือความเข้าใจ และการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อโรค ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และจะมีแนวโน้มให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต. 2527 : 141) ความเชื่อจึงมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัย แม้ว่าบุคคลจะประสบเหตุการณ์ในชีวิตเหมือนกัน เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด หรือการเจ็บป่วย แต่การยอมรับเหตุการณ์หรือการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพจะแตกต่างกันออกไปตามความคิด ประสบการณ์และความเชื่อของบุคคล เช่น ผู้ที่เชื่อว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นผลมากจากการกระทำของตนและตนเองสามารถเป็นผู้ควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์ได้ จะมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยไปในลักษณะหนึ่ง ในขณะที่ผู้เชื่อในโชคชะตาเคราะห์กรรม หรืออำนาจของผู้อื่นจะคิดว่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นผลมากจากอำนาจภายนอก และตนเองไม่สามารถควบคุมหรือแก้ไขสถานการณ์นั้นได้ จะมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยเป็นอีกลักษณะหนึ่ง ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล (กรรณิการ์ กันธะรักษา. 2527 : 17) ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการรักษา (Phipps, Long and Woods. 1983 : 127) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นทุกคนจะปฏิบัติแตกต่างกันไปขึ้นกับองค์ประกอบหลายประการ เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคความเชื่อเดิมความสนใจและค่านิยม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 30) และจากการศึกษาของจรรยา เศรษฐบุตร (2529 : 8 - 26) ได้สรุปแนวความคิดของผู้สันักดกรณีนหลายท่านเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยไว้ว่าสังคมมนุษย์ทุกสังคมได้พัฒนาระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุและผลของการเกิดโรคทั้งนี้ระบบความเชื่อ ความรู้และความเข้าใจเหล่านี้ย่อมเป็นไปตามพื้นฐานชนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมนั้น ๆ ในแนวความคิดเหล่านี้ต่างก็มีความเข้าใจร่วมกันอยู่ 3 ประการ คือ

1. การเกิดโรคเป็นเรื่องธรรมชาติสามัญ ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับมนุษย์ทุกรูปทุกนาม
2. เมื่อเกิดโรคขึ้นมาแล้ว มนุษย์ต้องหาทางรักษา สังคมมนุษย์ทุกสังคมจึงมีการพัฒนาทางด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งกำหนดด้วยว่าผู้ใดที่จะทำการรักษาได้และมีบทบาทประการใดบ้างในการที่จะกำจัดและรักษาโรค

3. นอกจากจะมีการพัฒนาทางด้านการรักษาแล้ว สังคมทุกสังคมย่อมต้องคิดค้นหาสาเหตุและความเข้าใจในกระบวนการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันรักษาตน รวมทั้งเป็น

แนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยอีกประการหนึ่ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้พัฒนาต่อมาเป็นความเชื่อ หรือ การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยในสังคมนั้น ๆ

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมบุคคล จึงต้องพิจารณาถึงการรับรู้อันเป็นกระบวนการในการแปลความหมายข้อมูลของบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพซึ่งจะเป็นแนวโน้มให้บุคคลมีการ ปฏิบัติตามความเข้าใจ หรือการรับรู้นั้น และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะ พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวกับ การป้องกันตนเอง รวมทั้งพฤติกรรมเมื่อมีภาวะการเจ็บป่วย

(Rosenstock. 1974 : 335)

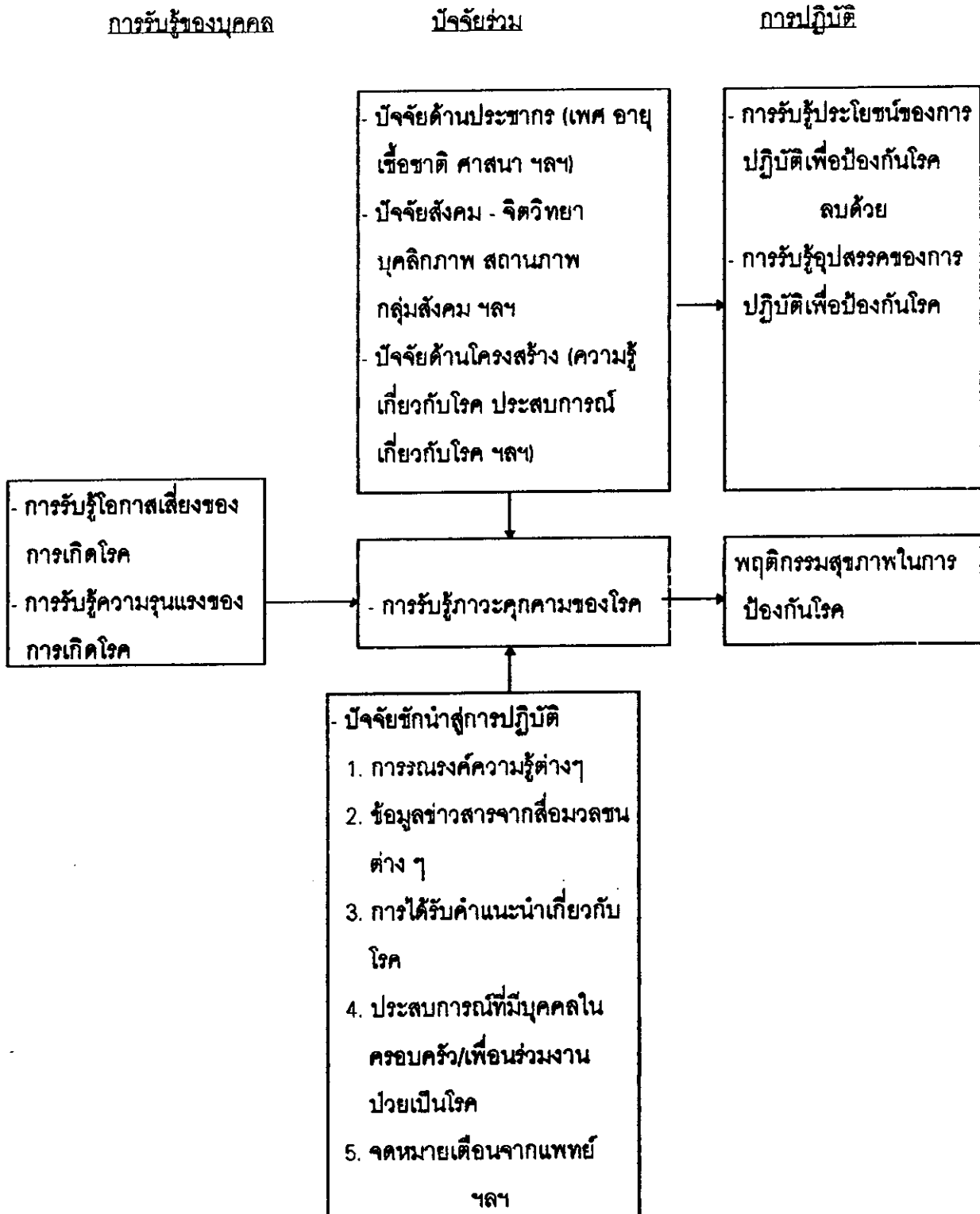
แนวคิดพื้นฐานและพัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1950 พบว่าการป้องกันโรคซึ่งเป็นส่วนสำคัญหนึ่งของการให้บริการ ทางสาธารณสุขไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควรในการที่จะทำให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค หรือการตรวจสุขภาพเมื่อยังไม่แสดงอาการของโรค จากปัญหาดังกล่าว ฮอชบัม และคนอื่นๆ (Hochbaum and other. 1950) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องทาง จิตวิทยาสังคม โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีของ เลวิน (Levin) ซึ่งในมโนทัศน์ของ เลวิน จะอธิบายถึงความเป็นอยู่ของแต่ละบุคคลว่าเกี่ยวข้องกับห้วงอวกาศของชีวิต (Life - Space) โดยประกอบด้วยค่านิยมเชิงบวก (Positive Value) ค่านิยมเชิงลบ (Negative Value) ซึ่งกิจกรรม และการแสดงของบุคคลนั้น จะเป็นกระบวนการแรงดึงของค่านิยมในเชิงบวกและเป็นแรงผลักดัน ของค่านิยมในเชิงลบ ซึ่งถ้าแรงผลักดันจากเชิงลบมากก็จะทำให้เกิดโรคขึ้น ดังนั้นบุคคลจะแสดง พฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อในค่านิยมเชิงบวกมากกว่าค่านิยมในเชิงลบ เช่น ความยากลำบากต่างๆในการปฏิบัติ (Rosenstock. 1974 : 330) และความเชื่อที่เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการแสดงออกทางสุขภาพนั้น จะประกอบด้วย ความเชื่อที่ว่า

1. การมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคคล
2. การเกิดโรคอาจจะมี ความรุนแรงต่อชีวิตของบุคคลน้อย ปานกลาง หรือมากก็ได้
3. การปฏิบัติตัวที่ดีจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ หรือจะช่วยลด

ความรุนแรงของโรคก็ได้ แต่ขณะเดียวกันก็มีอุปสรรค เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย หรือ ความเจ็บปวดต่างๆได้

เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 10 - 24 ; 1977 : 125 - 135) ได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมซึ่งเป็นปัจจัยอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมได้ดีขึ้นและยังช่วยให้เกิดความเข้าใจว่า ความเชื่อและการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นจะไม่เพียงพอที่จะอธิบายหรือทำนาย พฤติกรรมสุขภาพและการปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้องแม่นยำสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ดังแสดงในภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพในการทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรค ของ

เบคเกอร์ และไมแมน (Backer M.H. and Maiman L.A. 1974 : 348)

องค์ประกอบสำคัญตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เบคเกอร์ และไมแมน (Weissfeld, Kirscht and Brock. 1990 : 142 ; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1975) ได้สรุปองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เป็นความเชื่อของบุคคลว่า ตนมีโอกาสเกิดโรค แต่ละบุคคลจะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกันออกไป บางคนเชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค บางคนไม่เชื่อว่าตนจะเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงภาวะที่เกิดโรสดังกล่าว จำเป็นต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้น ๆ ได้ ซึ่งพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้อาจแตกต่างกันออกไปตามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรสดังกล่าว เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 14) กล่าวว่า เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและทราบการวินิจฉัยของตนเองแล้วความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น ผู้ป่วยอาจไม่เชื่อการวินิจฉัยของแพทย์ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนผิดไป สำหรับบุคคลที่เคยเจ็บป่วย จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคซ้ำได้อีกและสำหรับบุคคลที่กำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงขึ้น ทำให้มีความรู้สึกว่าคุณมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น แสดงว่าบุคคลใดที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคดี จะปฏิบัติตนในการป้องกันโรคดีกว่าบุคคลที่รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคต่าง ๆ มีความสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้ตัดสินใจว่าควรมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหรือไม่ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกล่าวว่า แม้บุคคลจะรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคก็อาจจะยังไม่มีความรู้หรือพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคนั้น ๆ แต่ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จินใจ และสัมพันธภาพในครอบครัวความสารถในการทำงาน และบทบาททางสังคมของเขาด้วย จึงจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น เพนเดอร์ (Pender. 1975 : 386) กล่าวว่า ระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อสุขภาพของตนมากกว่าจะหมายถึงความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง โดยประเมินจากอาการแสดงหรือการคุกคามของโรคและผลกระทบที่มีต่อ ครอบครัว อาชีพ และสังคม ซึ่งระดับการคุกคามของโรคจะเริ่มตั้งแต่ความไม่สบายเพียงเล็กน้อยไปจนถึงความรุนแรงขั้นพิกการ หรือ ความตาย เช่น การรับรู้ว่าคุณเป็นโรคร้ายมีระดับการคุกคามต่อสุขภาพมาก บุคคลจึงมีแนวโน้มที่จะพยายามป้องกันสุขภาพเพื่อมิให้เกิดโรคนอกจากนั้นบุคคลอาจรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยการ

ประเมินจากอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ปรากฏให้เห็นเด่นชัด จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรคโดยการตัดสินใจจากผลกระทบที่มีต่อบทบาทการประกอบอาชีพ และต่อครอบครัวว่ามีมากน้อยเพียงใดแสดงว่าถ้าบุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วยใดทำให้เกิดความรุนแรงต่ออวัยวะและมีผลเสียต่อสังคมของตนแล้ว บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคนั้น

3. การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefit) เป็นการรับรู้ที่มีผลมาจากความเชื่อว่า วิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดี มีประสิทธิภาพและให้ประโยชน์กับเขามากที่สุด และเป็นสิ่งสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันและตรวจรักษา ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำต่าง ๆ อย่างเคร่งครัด จะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถลดภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อสุขภาพได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barrier) การรับรู้อุปสรรค เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อนามัยของบุคคลในทางลบ ได้แก่ การรับรู้ความไม่สะดวกค่าใช้จ่ายราคาแพง ความอาย ฯลฯ ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติในสิ่งที่แพทย์แนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับภาระซึ่งน้ำหนัก ข้อดี หรือเสีย ของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 331) กล่าวถึงอุปสรรคต่อการปฏิบัติว่าจะเป็นที่ทำให้เกิด "ข้อขัดแย้งทางจิตใจ" ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่อุปสรรคต่อการปฏิบัติสูง จะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ยากแก่การแก้ไขจะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ

5. สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งทีเสริมให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 11) กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ ควรศึกษาสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติด้วย ซึ่งจะมี 2 ชนิด คือ สิ่งชักนำภายในเป็นการรับรู้สภาวะร่างกายของตนเอง เช่น เมื่อมีอาการเจ็บป่วย และสิ่งชักนำภายนอก เป็นปฏิสัมพันธ์ของบุคคล เช่น การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่น หรือผลของสื่อต่าง ๆ เช่น การรณรงค์ทางสุขภาพ หรือการได้รับคำกระตุ้นเตือนจากแพทย์ ตลอดจนประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัว หรือเพื่อนร่วมงานเจ็บป่วย สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งเกี่ยวกับสุขภาพ ในการวัดหรือศึกษาสิ่งชักนำเป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในการศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective) เนื่องจากเป็นสิ่งที่สืบได้โดยง่าย และผู้ที่เคยได้รับสิ่งชักนำแล้วมีการปฏิบัติ กับผู้ที่เคยได้รับแล้วไม่ได้ปฏิบัติก็จะมี ความจำใน เรื่องนั้น ๆ ต่างกัน (Rosenstock. 1974 : 332- 333)

6. ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ (Modifying Factors) เบคเกอร์ (Becker. 1974 : 414 - 415) พบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่มีผลต่อพฤติกรรม ได้แก่ ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน ปัจจัยด้านประชากร เป็นต้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพทั้งสิ้นทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะสุขภาพเจ็บป่วย

6.1 ปัจจัยด้านจิตสังคม (Socio - Psychological Variables) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนใกล้ชิด ซึ่งเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 19) อ้างถึงการศึกษาของ แลมเบิร์ต (Lambert) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนเป็นผู้กระตุ้นให้บุคคลไปตรวจสุขภาพเป็นประจำปี ตลอดจนการไปรับภูมิคุ้มกันโรค กรีน (Nemeck . 1990 : 135 ; citing Green. 1970) อธิบายถึง ปัจจัยด้านจิตสังคมว่าเป็นการรวมระหว่างลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ และจะแสดงถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับบุคคลอื่นในชุมชนซึ่งจะมีความเกี่ยวข้องกับ บรรทัดฐานทางสังคม (norm) ค่านิยมทางวัฒนธรรม และจะเป็นพื้นฐานทำให้มีการปฏิบัติด้านการป้องกันสุขภาพที่แตกต่างกัน

6.2 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน (Structural Variables) ได้แก่ ความรู้ ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับโรค มอร์ (อรัญญิ รวยหาจิณ. 2531 : 30 ; อ้างอิงมาจาก Mocre. 1969) กล่าวถึงการแสดงพฤติกรรมของบุคคลว่า จะมีความเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคล ธรรมชาติของสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย และปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับแรงผลักดันทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะรวมทั้งปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร โครงสร้างทางสังคม ความเชื่อทางสุขภาพ และทัศนคติ ปัจจัยโครงสร้างทางสังคมจะสะท้อนถึง สถานภาพส่วนบุคคลในสังคมที่บุคคลอาศัยอยู่ ซึ่งวัดได้จากคุณลักษณะทางด้านการศึกษา อาชีพ ขนาดครอบครัว เป็นต้น ด้วยสิ่งเหล่านี้จะเป็นตัวสะท้อนแบบแผนการดำเนินชีวิต (Life Style) และแบบแผนพฤติกรรม (Behavioral Patterns) และจะมีผลกระทบต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ

6.3 ปัจจัยด้านประชากร (Demographic Variables) เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในเรื่องต่าง ๆ เพราะอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการป้องกันโรคได้มากขึ้น

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control)

ความเชื่ออำนาจควบคุม (The Locus of Control) เป็นมโนทัศน์เชิงจิตวิทยา และตรรกศาสตร์ของบุคคล ที่แสดงถึงขอบเขต ความเชื่อของบุคคลที่ว่า การแสดงพฤติกรรมของตัวเขาจะเป็นผลมาจากอิทธิพลของเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะเชื่อว่าสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต เนื่องจากอิทธิพลของสิ่งภายนอก เช่น โชคชะตา ความบังเอิญ ความมีโชค หรือจากบุคคลอื่นที่มีอำนาจ ส่วนบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีการรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เป็นผลจากการปฏิบัติหรือพฤติกรรมของตนเอง (Engstrom. 1991 : 6 ; อ้างอิงมาจาก Hamberg and Inoff. 1982) และความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเป็นมโนทัศน์หนึ่ง ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของบุคคลในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพความรู้ และพฤติกรรมป้องกันโรค บุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน มักมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง เพราะฉะนั้นจึงมีพฤติกรรมอนามัยเป็นไปในทิศทางบวก กล่าวคือ จะเป็นบุคคลที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเป็นอย่างดี ชวนชวนดูแลสุขภาพความรู้เพื่อสุขภาพอยู่เสมอ รู้จักบริการทางด้านสุขภาพ ปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างมีเหตุผล และจะตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน ซึ่งมักเชื่อว่าการจะมีสุขภาพดีหรือไม่มันจะขึ้นอยู่กับโชค เคราะห์ และชะตากรรม เพราะฉะนั้นจึงเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้น และไม่สนใจใฝ่หาความรู้ จะแสดงพฤติกรรมอนามัยในการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม (สมจิต ปทุมานนท์. 2532 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Strickland. 1978)

แนวคิดพื้นฐานของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

แนวคิดของความเชื่ออำนาจควบคุมมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของรอตเตอร์ (Rotter. 1966 : 28) โดยมีแนวคิดอธิบายถึงมโนทัศน์ที่มีลักษณะตรงกันข้ามใน 2 ด้านต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล คือ ความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตน กับความเชื่ออำนาจควบคุมภายนอกตน ความเชื่อในอำนาจควบคุม (Locus of Control) เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาอย่างหนึ่ง ซึ่งได้มีการศึกษาวิจัยทั้งในลักษณะทั่วไปและลักษณะที่สัมพันธ์กับสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับเรื่องนี้มีความสำคัญมาก เพราะว่าการที่จะเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งเกี่ยวกับความสำคัญของความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ จำเป็นจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวังโดยส่วนรวมทั่วไป (Generalized Expectancy) เสียก่อน

ความคาดหวังนี้จะประกอบด้วยความคาดหวังที่ว่า การเสริมแรงอยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล เรียกว่า ความเชื่อ อำนาจภายในตน (Internal Locus of Control) หรือในทางตรงกันข้าม ความคาดหวังที่ว่า การเสริมแรงอยู่ภายใต้อำนาจภายนอก เรียกว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตน (External Locus of Control) ซึ่งได้แก่ บุญกรรม โอกาส บุคคลอื่น ถ้าความเชื่อบรรทัดฐานของสังคม จะเป็นองค์ประกอบที่ช่วยทำนายความพร้อมที่จะทำพฤติกรรม (Behavioral Intention) ได้อย่างถูกต้อง

มีการศึกษาจำนวนมากสนับสนุนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ส่วนในมิติของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องทางสุขภาพ คาสล และคอบบี้ (Kasl and Cobb, 1966) ได้แบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ด้าน คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันตน จะเรียกว่า พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) พฤติกรรมเมื่อปรากฏอาการแสดงของการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และพฤติกรรมที่แสดงออกภายหลังได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แล้ว (Sick - Role Behavior) และมีงานวิจัยเป็นจำนวนมากที่ศึกษาความเชื่ออำนาจกับพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านนี้ โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมบทบาทตามภาวะการเจ็บป่วย (Wallston and Wallston, 1978 : 107)

การศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพนี้ สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมบทบาทตามภาวะการเจ็บป่วยได้ พฤติกรรมสุขภาพที่ศึกษา พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับ ความเชื่ออำนาจควบคุม ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ (Platt, 1969) การลดน้ำหนักโดยการควบคุมอาหาร (Blach and Ross, 1975) การคุมกำเนิด (Mac Donald, 1970) การใช้เข็มฉีดยา (William, 1972) และการรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Dabbs and Kirscht, 1971) โดยผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสดงพฤติกรรมในทางบวก (Wallston and Wallston, 1978 : 110 - 112)

ตามแนวคิดพื้นฐานระยะแรก แบ่งความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพเป็นแบบมิติเดียว (Unidimension) คือ ความเชื่อที่ว่าสุขภาพจะเป็นสิ่งที่ถูกกำหนด หรือไม่ถูกกำหนดโดยพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งจะเชื่อว่า ถ้าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ คือ โชคชะตาเคราะห์กรรม ความบังเอิญหรืออำนาจจากบุคคลอื่น จะเป็นปัจจัยซึ่งอยู่นอกเหนือจากการควบคุมของตนเอง คือ เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และถ้ามีความเชื่ออำนาจสุขภาพเป็นสิ่งที่มืออยู่ในตนเอง โดยการมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วยจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของตนเองจะเป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนเอง ในระยะต่อมา ลีเวนสัน (Levenson, 1974) ได้เสนอให้มีการแยกความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นจากความเชื่ออำนาจภายนอกตน จากข้อคำถามที่ว่า “ฉันจะทำตามเฉพาะในสิ่งที่แพทย์

บอกให้ฉันทำเท่านั้น” จึงเป็นมิติที่มีการแบ่งความเชื่ออำนาจเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนเอง (Internal - I) ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น (Powerful Others - P) และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Chance - C) และให้มีการวัดแยกกันทั้ง 3 ด้าน แต่ในรูปแบบการวัดของ ลีเวนสัน (Levenson) นี้ไม่ได้เน้นเฉพาะทางสุขภาพ ซึ่งในการนำมาใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพจะต้องทำให้มีความกระจ่างชัดเจน (Wallston and Others. 1978 : 161)

องค์ประกอบสำคัญของความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

วอลสตัน และดีเวลลิส (Wallston and Devellis. 1978 : 169 - 170) ได้เสนอแนวคิดและปรับปรุงแบบวัด ความเชื่ออำนาจควบคุมที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพเป็นแนวคิดแบบวัด ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพแบบ 3 มิติ ดังนี้

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมสุขภาพด้านต่าง ๆ ได้โดยพฤติกรรมของตนเอง
2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นด้านสุขภาพ (Powerful Others Health Locus of Control) เป็นความเชื่อที่ว่า บุคลากรทางการแพทย์หรือการสาธารณสุขจะเป็นผู้ควบคุมภาวะสุขภาพทำให้บุคคลมีสุขภาพดี
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance Health Locus of Control) เป็นความเชื่อว่าการมีสุขภาพดี หรือการเจ็บป่วยจะเกิดขึ้นเนื่องจากโชคร้าย หรือตามโอกาส โดยที่บุคคลไม่สามารถควบคุม หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

ตามแนวคิดของ สติ๊กแลนด์ (Strickland. 1978 : 1192 - 1205) เชื่อว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนมีความเชื่อว่า การมีสุขภาพดีนั้นเป็นผลมาจากการกระทำของตนเอง ดังนั้นการแสดงออกของพฤติกรรมทางสุขภาพจะเป็นไปในทิศทางบวกคือ จะเป็นผู้ที่สนใจเอาใจใส่ต่อสุขภาพแสวงหาความรู้เพื่ออนามัยที่ดีของตนเองอยู่เสมอ ส่วนผู้ที่มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นนั้น จะมีความเชื่อว่าสุขภาพของตนจะดีหรือไม่ดี ขึ้นอยู่กับการดูแลของแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ จึงมักมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง ตรงกันข้ามกับผู้ที่มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความเชื่อว่าการมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น จะขึ้นอยู่ดวง โชคร้ายและมักจะเป็นบุคคลที่เฉื่อยชาไม่กระตือรือร้นหรือสนใจในการแสวงหาความรู้ในการป้องกันการเกิดโรค และการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพ

นอกจากนั้นจะพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตน กับความเชื่ออำนาจผู้อื่นจะเป็นอิสระกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความเชื่ออำนาจ

ความบังเอิญ และความเชื่ออำนาจในตนเองจะมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (Rosenblum, stone and Skipper. 1981 : 338)

แนวคิดหลักความเชื่ออำนาจควบคุม เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรม สุขภาพเป็นอย่างมาก มีงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าความเชื่ออำนาจภายในตนจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2532 : 100) ฮาทแมนและคนอื่น ๆ (Kennedy and others. 1991: 321 ; อ้างอิงมาจาก Hartman and others. 1986) ได้กล่าวว่ามีงานวิจัยจำนวนมากเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพที่แสดงถึงความเชื่ออำนาจภายในตน จะทำให้บุคคลเข้ามามีส่วนร่วมกับโปรแกรมสุขภาพ การแสวงหาข่าวสารทางสุขภาพ มากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน และจากการศึกษาลร่วมระหว่าง ค่านิยมทางสุขภาพ กับความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพทำให้ ฮาทแมนและคนอื่น ๆ สรุปว่า ผู้ที่มีค่านิยมทางสุขภาพสูง และมีความเชื่ออำนาจภายในตน จะแสวงหาข่าวสารเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพได้ เช่น การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสูบบุหรี่ นิสัยการรับประทานอาหาร ดังนั้นจะส่งผลความเชื่ออำนาจภายในตนและค่านิยมทางสุขภาพ เป็นตัวทำนายการปฏิบัติเพื่อป้องกันสุขภาพของบุคคลได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมวิจัยของเนเมค (Nemeck. 1990 : 130) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจะพบว่ามีงานวิจัยจำนวนถึง 7 ใน 8 เรื่องที่แสดงถึง ความเชื่ออำนาจภายในตนทางสุขภาพ และค่านิยมทางสุขภาพจะเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ ส่วนความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ

ในการใช้แบบวัดความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพนี้ ต้องระลึกลักษณะว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นสิ่งที่มีความสลับซับซ้อน อาจมีปัจจัยอื่นที่มีความเกี่ยวข้องนอกเหนือจากความเชื่ออำนาจควบคุม เช่น การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง แรงจูงใจทางสุขภาพ การประคับประคองทางสังคม ทัศนคติต่อบุคคลากรทางการแพทย์ การรับรู้อุปสรรคค่าใช้จ่าย และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ รวมทั้งปัจจัยด้านประชากร เช่น เชื้อชาติ ชนชั้นทางสังคม เป็นต้น (Wallston and Wallston. 1978 : 168)

เอชัส (Eachus. 1991: 71) ได้แนะนำว่าเพื่อให้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้ ควรศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ร่วมกับความเชื่ออื่น ๆ เช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นต้น

ดังนั้นในการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพมาศึกษา ร่วมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยจะนำแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของวอลสตันและคนอื่น ๆ (1978) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา

การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยเกี่ยวกับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้ วิท, แมนเดลเบลท และคุนิทซ์ (Wheat, Mandelblat and Kunitz. 1988: 827 - 830) ได้ศึกษาการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปในโรงพยาบาลในเมืองซานฟรานซิสโก (San Francisco) พบว่า สตรีที่มีอายุมากปฏิเสธการรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก มากกว่ากลุ่มสตรีที่มีอายุน้อย

ฟรุเชอร์, บอยซ์ และฮัท (Frucher, Boyce and Hunt. 1980 : 418 - 419) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการไม่ป้องกันโรคในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามในเมืองบรูคลิน (Brooklyn) ระหว่างเดือนกรกฎาคม 1976 ถึงเดือนธันวาคม 1978 โดยทำการสัมภาษณ์สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลุกลามระยะแรกจำนวน 91 คน พบว่า ไม่เคยตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) เลย ร้อยละ 52 และไม่เคยตรวจแปปสเมียร์ภายใน 5 ปี ร้อยละ 62 และเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุที่ไม่เคยตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มสตรีที่อายุ 50 ปี ขึ้นไปไม่เคยตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) ร้อยละ 77 (32 ใน 45 คน) และกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ไม่เคยตรวจ แปปสเมียร์ร้อยละ 33

โยฮานเนสสัน และคนอื่น ๆ (Johnnsson and others. 1978 : 418 - 425) ได้รายงานผลการตรวจกรองโรคด้วย แปปสเมียร์ (Pap Smear) ในหญิงอายุ 25 - 59 ปี ในประเทศไอร์แลนด์ การตรวจนี้เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 1964 โดยคณะผู้ศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ได้รับการตรวจกรองโรคกับผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจ อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะที่สองในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คีเกลส์และคนอื่น (Kegeles and others. 1965 : 123) ได้ทำการศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก จากการสัมภาษณ์สตรี จำนวน 836 คน พบว่ากลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35 - 44 ปี แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าสตรีในกลุ่มอายุ 21 - 34 ปี อายุ 45 - 54 ปี และ 55 - 64 ปี ที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และยังพบว่ากลุ่มสตรีที่มีรายได้สูง และแต่งงานแล้วมีการศึกษาดี จะมีความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยได้ดังนี้

วิสเฟลด์ , เคิร์ชและบล็อค (Weissfeld, Kirscht and Brook. 1990 : 141) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านคุณลักษณะประชากร-สังคม กับความเชื่อด้านสุขภาพและความห่วงใยต่อสุขภาพโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ชาย - หญิงในเมืองมิชิแกน ที่เคยได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตจากผู้วิจัยในปี ค.ศ. 1983 จำนวน 2,360 ราย ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม พบว่า เพศหญิงชาวผิวดำผู้ที่มีอายุมาก และผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและจะมีความห่วงใยต่อสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คาธาน (Nemeck. 1990 : 129 , citing Calan. 1986) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความบอຍและความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นตัวทำนายการปฏิบัติตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของฮาลาล (Hallal. 1982 : 140) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของเคลลี (Janz and Becker. 1984 : 18 ; citing Kelley. 1979) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มที่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความตระหนักว่า ตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของเลวิตต์ (Leavitt. 1979 : 105 - 111) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่อด้านสุขภาพกับการใช้บริการสาธารณสุขเคลื่อนที่ พบว่าตัวแปรที่ทำนายการมาใช้บริการมากที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะมาใช้บริการเพื่อป้องกันโรคสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รันดอลล์ และวิลเลอร์ (Janz and Becker. 1984 : 21 ; อ้างอิงมาจาก Rundall and Wheeler. 1979) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม

การใช้บริการการป้องกันโรค โดยกำหนดการวัดเป็นจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ในการดูแลป้องกันสุขภาพพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค ได้มีผู้วิจัยทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เวนเบอร์เกอร์ (Weinberger. 1981 : 1253) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่ พบว่า คนที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้ง เพราะเห็นว่าผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่มีความรุนแรงต่อการเกิดโรค และเขาพยายามจะสูบบุหรี่ให้น้อยลง มิคเฮล (Mikhail. 1981 : 69) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับการมารับภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการมารับภูมิคุ้มกันโรคไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์คินีย์และฮาร์ท (Cerkoney and Hart. 1980 : 594 - 598) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาร์สัน (Janz and Becker. 1984 : 3 ; citing Larson and others. 1979) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดบวมและหลอดเลือด และโรคไต พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เนลสัน และคนอื่น ๆ (Nelson and others. 1978 : 903) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่รับรู้ถึงความดันโลหิตสูงเป็นภาวะที่มีอัตรารุนแรงจะมาพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 3 - 14) ได้ทำการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้าร่วมในโปรแกรมการตรวจคัดกรองบุคคลที่เป็นโรค เทย์-แซค ที่เป็นชาวฮิวในเหมืองมัลดีมอร์ และวอชิงตัน ผลการศึกษาพบว่า คู่สมรสที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจะเป็นกลุ่มที่ใส่ใจการมาตรวจคัดกรองโรคเป็นอย่างดี และให้ความร่วมมือในการมาตรวจโรค

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

คาลาน (Nemeck. 1990 : 129; citing Calan. 1986) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพกับความบ่อยและความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด ในความบ่อยและความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

สอดคล้องกับการศึกษาของแชมเปียน (Nemeck. 1990 : 133 ; citing Champion. 1984 - 1985) ได้ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความบ่อยของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มนักธุรกิจหญิงแถบตะวันออกกลาง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal. 1982 : 131) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในกลุ่มที่ตรวจและไม่ได้ตรวจหามะเร็งเต้านมด้วยตนเอง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อะโฮ (Aho. 1979 : 201) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโปรแกรมการฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการฉีดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการไปรับวัคซีนป้องกันไข้หวัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไดและคาแทนซาโร (Dai and Catanzaro. 1987 : 13) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลผิวหนัง มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการดูแลผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในกลุ่มผู้ป่วยอัมพาตครึ่งล่าง สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell and Hart. 1980 : 492) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกายตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เคลลี (Janz and Becker. 1984 : 18 ; citing Kelley. 1979) ได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ปฏิบัติ และ ไม่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีเหตุผลว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่น่ากลัวเป็นการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell and Hart. 1980 : 490) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ เคิร์ทและโรเซนสต็อก (Janz and Becker. 1984 : 24 - 25 ; citing Kirscht and Rocenstock. 1977) ได้ทำการศึกษาผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนในการควบคุมอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลด์เวลล์และคนอื่นๆ (Caldwell and others. 1970 : 579 - 592) พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีรายได้ต่ำจะให้ความร่วมมือในการรักษาน้อย เช่น ไม่มาตรวจตามนัด ไม่มารับการรักษา โดยให้เหตุผลว่าเสียเวลาในการรอคอยแพทย์นานเกินไป ทำให้เสียเวลาในการทำงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky. 1970 : 367) ได้ศึกษาพบว่าความกลัวเจ็บ ความไม่สุขสบาย ปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับการไม่ใช้บริการป้องกันรักษา

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

มูเลนแคมป์และโบรแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 846) ศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยทางอ้อมต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย แฮริส และกูเด็น (Brown and McGreedy. 1986 : 317 ; citing Harris and Guten) และเลงกลี (Langlie. 1977 : 254) ต่างให้ผลสอดคล้องกันว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งเลงกลี (Langlie) กล่าวว่าอาจจะเป็นเพราะเนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้น บุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้น และมีเวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 20) ที่พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

มูเลนแคมป์ และโบรแมน (Muhlenkamp and Broerman. 1988 : 643) พบว่า ระดับการศึกษามีผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคานิค และเคลียร์ (Yarcheski and Mahoon. 1989 : 89 ; citing Mechanic and Cleary. 1980) มูเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles. 1988 : 336) ต่างก็พบสอดคล้องกันว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

อาชีพ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ทิฟฟานี (Tiffany. 1981 : 53) พบว่า คนที่อยู่ในอาชีพฐานะทางสังคมที่ดีกว่าจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์ (White. 1979 : 249) พบว่า กลุ่มคนที่อยู่ในระดับสังคมและอาชีพที่ดีจะมีผลต่อการรับรู้ ความรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าบุคคลในระดับสังคมและอาชีพที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) ได้สำรวจคนงานขายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคโลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

กลุ่มคนที่อยู่ในระดับสังคมและอาชีพที่ต่ำกว่าจะมีผลต่อการรับรู้ ความรู้ทางสุขภาพ ต่ำกว่าบุคคลในระดับสังคมและอาชีพที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของโคเบอร์น และโปป (Coburn Pope. 1974 : 67 - 77) ได้สำรวจคนงานขายในเมืองวิกตอเรียของรัฐโคโลัมเบีย เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในด้านการป้องกันการเจ็บป่วย พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพ และการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก

รายได้ของครอบครัว ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

โคเบอร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1974 : 205 - 215) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยไม่ถูกต้อง

ความเชื่ออำนาจในภายในตน ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เคนเนดี, โปรบาร์ท และดอร์แมน (Kennedy, Probart and Dorman. 1991 : 319 - 329) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องกัมมันตภาพรังสีความห่วงใยต่อสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับพฤติกรรมการป้องกันสุขภาพ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตน จะมีความห่วงใยต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน สอดคล้องกับการศึกษาของ ลากิน (Lakin. 1988 : 42 - 44) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกายของหญิงที่ทำงานในตำแหน่งระดับอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮย์และรอสส์ (Hay and Ross. 1987 : 120 - 130) ได้ทำการศึกษาถึงความห่วงใยต่อสุขภาพความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับนิสัยการบริโภคอาหารของกลุ่มชายหญิงในเมืองมิชิแกน พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนจะมีความสัมพันธ์กับนิสัยการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มาร์ช และนุทรา (Marsh and Nutra. 1985 : 3 - 4) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในผู้ใหญ่ พบว่าคนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนจะมีการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ความดันโลหิต และค่าระดับไขมันในเลือดในทางที่ดี แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และการศึกษาของ ลามอนเตจ (Lamontage. 1984 : 76) ได้ศึกษาเพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับพฤติกรรมการปรับรูปแบบเผชิญ

หน้าของเด็กในช่วงก่อนผ่าตัด พบว่าเด็กที่มีพฤติกรรมการปรับตัวแบบเผชิญหน้าจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงกว่าเด็กที่มีการปรับตัวแบบหลีกเลี่ยงและการศึกษาของ แคปแลน (Nemeck. 1990 : 131 ; citing Kaplan. 1978) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจในตนสูง จะประสบความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่

ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เฮย์และรอสส์ (Hay and Ross. 1987 : 120 - 130) ได้ทำการศึกษาถึงความห่วงใยต่อสุขภาพความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน กับนิสัยการบริโภคอาหารของกลุ่มชายหญิงจากเมืองชิคาโก พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน จะมีความห่วงใยต่อสุขภาพน้อยและมีความสัมพันธ์กับนิสัยการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง และการศึกษาของมูเลนแคมป์และคนอื่น ๆ (Muhlenkamp and others. 1985 : 327 - 332) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน คำนิยมด้านสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มาสถานพยาบาล พบว่า ความเชื่ออำนาจภายนอกตนมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรค และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับกลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะที่วิกฤตและการศึกษาของ ฮาลลาล (Hallal. 1982 : 137 - 142) ได้ทำการศึกษาการรับรู้ประโยชน์ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มนันทนาการ พบว่า ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนจะมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ (โชคชะตา) ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ลาकिन (Lakin. 1988 : 42 - 44) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับการดูแลตนเองในการออกกำลังกายของหญิงที่ทำงานในตำแหน่งอาจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พบว่า ความเชื่ออำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกายและการศึกษาของ เวอร์เนทและไวส์ (Wernet and Weiss. 1987 : 160 - 165) ได้ศึกษากลุ่มพนักงานที่ทำงานในสถาบันสุขภาพ พบว่าบุคคลที่มีประวัติเข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และสนใจหาข่าวสารความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค จะมีความเชื่ออำนาจทางโชคชะตาน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ มูเลนแคมป์และคนอื่น ๆ (Muhlenkamp and others. 1985 : 327 - 332) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตน

ค่านิยมทางสุขภาพกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่มาสถานพยาบาล พบว่าความเชื่อ
อำนาจทางโชคชะตามีความสัมพันธ์เชิงลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ

การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวกับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก มีผู้ทำการวิจัยไว้ดังนี้

นิมิต มาร์ติน และคนอื่น ๆ (2534 : 3) ศึกษาอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งใน
ประชากร จังหวัดเชียงใหม่ ในระยะ 5 ปี (2526 - 2530) พบว่ามะเร็งที่พบมากในเพศหญิง คือ
มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม ตามลำดับ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะท้ายของโรค
ร้อยละ 85 - 87 ยกเว้นมะเร็งปากมดลูกเท่านั้นที่มาพบแพทย์ในระยะเริ่มต้นร้อยละ 45.6 ของ
มะเร็งปากมดลูกทั้งหมด จึงทำให้ผลการรักษารองมะเร็งปากมดลูกดีที่สุด เมื่อเทียบกับมะเร็ง
ชนิดอื่น ๆ และพบว่ามะเร็งปากมดลูกและมะเร็งปอดเป็นสาเหตุการตาย มากที่สุดในผู้หญิง

พิสิษฐ์ พันธุจินดา และคนอื่น ๆ (2533 : 39) ได้ศึกษาสภาวะปากมดลูกในหญิงไทย
ในโครงการนำร่อง 3 จังหวัด คือ ลพบุรี ชลบุรี และระยอง ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 ถึง
เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2533 เพื่อศึกษาทวิวิธีที่จะจัดบริการตรวจปากมดลูกในหญิงไทยให้ครอบคลุม
ทุกพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบท จำนวนประชากรสตรีอายุ 25 - 60 ปี ที่มารับการตรวจทั้งสิ้น
35,781 ราย ซึ่งสามารถตรวจปากมดลูกสตรีในเขตทดลองได้ร้อยละ 55 - 60 ของประชากร
เป้าหมาย และพบมะเร็งปากมดลูก 197 ราย คิดเป็น 4.5 - 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน

อุทุมพร ปุรินทราภิบาล (2533 : 95 - 96) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา
ต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน
110 คน โดยใช้แนวคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติสูง
กว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่า
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่
ระดับ .05 สัดส่วนของสตรีที่มารับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่ม
เปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจัยด้านอายุ อาชีพ การศึกษา จำนวน
บุตร และประสบการณ์ในครอบครัวเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อ
โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
ของเจ้าหน้าที่

สมพร วัฒนกุลเกียรติ (2531 : ก - ข, 79 - 80) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมาตรวจหลังคลอดที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กชนบทที่ 41 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่นในสตรีที่มาคลอด 314 คน ตั้งแต่วันที่ 5 กรกฎาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2530 พบว่าอัตราการตรวจหลังคลอดเท่ากับร้อยละ 34.8 เหตุผลของสตรีที่ไม่มาตรวจหลังคลอด ได้แก่ ไม่มีเวลายามาตรวจมากที่สุด (ร้อยละ 27.9) รองลงมาคือ ไม่ทราบว่ามีอาการตรวจ ไม่เห็นความจำเป็นเพราะร่างกายแข็งแรงดี เดินทางลำบากและลืมวันนัดตามลำดับ และพบว่า สตรีที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหลังคลอดจะมาตรวจมากกว่าสตรีที่มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจและสามีที่มีทัศนคติที่ดี ภรรยาจะมาตรวจหลังคลอดมากกว่าสามีที่มีทัศนคติไม่ดี

ศยาม เวชกิจกุล และคนอื่นๆ (2531 : 406 - 412) รายงานผลการรณรงค์ของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ร่วมกับโรงพยาบาลรัตภูมิ ในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในประชากรสตรีเขตอำเภอรัตภูมิ เนื่องในวโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคม พบว่ามีผู้มารับบริการตรวจ 958 คน ร้อยละ 88 ของผู้มารับบริการไม่เคยรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมาก่อน ร้อยละ 9.6 เคยมารับการตรวจนาน ๆ ครั้ง มีเพียงร้อยละ 1.8 ที่ได้รับการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) อย่างสม่ำเสมอปีละครั้ง และพบว่าร้อยละ 48 มีบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป สำหรับผลการตรวจแปปสเมียร์ (Pap Smear) พบผิดปกติ 3 ราย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่พบเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (CIS) และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งคณะผู้รายงานได้พิจารณาว่าผลประโยชน์ทางอ้อมที่จะได้รับและไม่สามารถคำนวณเป็นตัวเงินได้ชัดเจนนั้นมีค่ามากมายมหาศาล และถ้าให้ความสนใจกับสตรีกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มประชากรสูงอายุ ก็จะทำให้เห็นสภาพความคุ้มค่าของการลงทุนชัดเจนยิ่งขึ้น

เพ็ญแข พัทธกิจไพรวัน พิธิษฐ์ พันธุจินดา และวรัญ วรรณตรี (2531 : 170) ศึกษาโครงการนำร่องในการสำรวจหามะเร็งในชนบทไทย ซึ่งมีสถานที่ปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลอำเภอ 6 แห่ง ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึง พฤศจิกายน พ.ศ. 2526 สำหรับโครงการสำรวจมะเร็งในสตรี มีสตรีที่ยินยอมรับการตรวจภายในและทำ แปปสเมียร์ (Pap Smear) จำนวน 3,179 ราย พบรายงานผลแปปสเมียร์ (Pap Smear) ผิดปกติ 129 ราย (ประมาณร้อยละ 4.0) ซึ่งมีอยู่ 30 รายที่พบเซลล์มะเร็ง 81 ราย มีความผิดปกติของเซลล์ (Dysplasia) ระยะต่าง ๆ และอีก 15 ราย มีความผิดปกติหลายอย่างรวมกัน

ฐิติพร อิงคदारวงศ์ (2528 : ข - ค) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาขอรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามารัตน์ดี จำนวน

600 ราย พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน กลุ่มที่มีประสบการณ์และกลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 35 ปี และกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

รุ่งศรี ศศิธร (2536 : ๗) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ของคนงานก่อสร้างกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้าง พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณิ ปริชาวรรณ (2535 : 94) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายปัจจัย การรับรู้เกี่ยวกับโรคประสาทรูเลียม จากการทํางานในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง และสิ่งชักนำให้มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันหู กับพฤติกรรมใช้อุปกรณ์ป้องกันหู ในกลุ่มตัวอย่างคนงานโรงงานทอผ้า พบว่า การใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดประสาทรูเลียมจากการทํางานในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 66) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากรกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคที่อยู่ในเขตอำเภอคำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษานในคลินิกวัณโรคแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลคำเนินสะดวก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรควัณโรคปอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 52) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง จะมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคดีและการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) ได้ทำการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือด

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความร่วมมือในการรักษาโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของ หญิงบริการที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : การศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528 : 97) ได้ศึกษาการใช้บริการฝากครรภ์ของหญิงมีครรภ์ในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่เคยใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่เคยใช้บริการฝากครรภ์

การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือคนงานก่อสร้างในบริษัทรับเหมาก่อสร้างเขตอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 92) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์ที่แผนกฝากครรภ์โรงพยาบาลของรัฐบาลในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดา ภูทอง (2529 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงบริการที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ : การศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่าการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ การใช้บริการฝากครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของสมทรง ศุภศิลป์ (2526 : 88) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียง

เจียงเหนือ พบว่าปัจจัยที่อิทธิพลในการกำหนดพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทิศทางเดียวกัน คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง นอกจากนี้การศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการปฏิบัติ เช่น ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 66) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรีและเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อุสมพร ปุรินทราภิบาล (2529 : 80 - 81) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ได้มีผู้ศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ของคนงานก่อสร้าง พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นกัศวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิสของคณงานโรงงานหินจังหวัดสระบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจพงษ์ (2534 : 66) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และลักษณะประชากร กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค ที่อยู่ในเขตอำเภอดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี และเข้ารับการรักษาในคลินิกวัณโรค แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลดำเนินสะดวก พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 93) ได้ศึกษา

ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดา หลังคลอด ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิมพ์พวรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ (2531 : 55) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในผู้เสพยาเสพติด สุรีย โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60 - 61) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้ ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) ที่ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ เชื่อด้านสุขภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์ การศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่คลอดใน ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับ การรับบริการการฝากครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2529 : 102 - 103) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์ เห็นประโยชน์ของการฝากครรภ์มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์ และการศึกษาของ นิตยา อังการุณณะ (2527 : 83) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการปฏิบัติตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจวาย พบว่า มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการปฏิบัติตน นอกจากนี้มีการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ เช่น การศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : 108) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงพยอม การภิญโญ (2526 : 116) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวาน

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้คือ

นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคซิฟิลิโคซิส ของคนงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ซิติโคชีส เนื่องจากการมีอุปสรรค หรือ ความยุ่งยากที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันในระดับต่ำ ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจ ที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เนื่องจากถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 57) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โสภา (2532 : 93) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรคความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือมารดาที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคดี ซึ่งตรงกันข้ามกับมารดาที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติสูง จะปฏิบัติตนในการป้องกันการติดต่อของโรคไม่ดี

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2351 : 60) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงบริการที่มีการฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ : การศึกษาเฉพาะหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการรับบริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง กับการมีส่วนร่วมในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด พบว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2528 : 102 - 103) พบว่าหญิงมีครรภ์ที่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงอุปสรรคน้อย ส่วนหญิงมีครรภ์ที่ไม่ใช้บริการฝากครรภ์มีการรับรู้ถึงอุปสรรคมากกว่าผู้ที่ใช้บริการฝากครรภ์

อายุ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

เสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535 : 84) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนาภรณ์ ภูจินาพันธ์ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัย เจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วในจังหวัดพะเยา คือ อายุของหญิงวัยเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษา ของสุวิมล ฤทธิ์มนตรี (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ กับระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย และพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับ ความสามารถในการ ดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ พบว่าหญิงบริการที่มีอายุมากขึ้น สามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 138) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 62) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิง บวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ลักขณานุรักษ์ (2527 : 88) พบว่าอายุจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันกามโรค

ระดับการศึกษา ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัย ไว้ดังนี้

จินตนา เหลืองสุวาลัย (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และ เจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งใน กรุงเทพมหานคร พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 69) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 46) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการ รับรู้ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าระดับการศึกษาจะมีความ สัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยง ภู่วรรณ (2530 : 205) พบว่าหญิงตั้งครรภ์มีการป้องกันโรคตับอักเสบไวรัส บี เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษา ที่สูงขึ้น และการศึกษาของสุภาพ ไบแก้ว (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่

มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแรงจูงใจด้านพฤติกรรมการรักษาแตกต่างกัน และระดับการศึกษาเป็นเครื่องบ่งชี้พฤติกรรมที่แตกต่างกันในด้านการดูแลสุขภาพของบุคคล กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 123) กล่าวว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย สอดคล้องกับจรรยา สุวรรณทัต (2527 : 17) กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาของ วไลยา ผิวนทน (2527 : 9) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำ

อาชีพร ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

นันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 126) พบว่ามารดาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 86) ที่พบว่าผู้มารับบริการรักษาที่มีอาชีพแตกต่างกันมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของศรีเมือง ศรีนวลนัต (2532 : 59) พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด และการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โสภา (2532 : 89) พบว่ากลุ่มอาชีพที่ต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของ วฒนา วุฒิวรรณ (2532 : ก) ได้ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันกามโรค และโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรค เขต 3 จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ใช้ถุงยางอนามัยและไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีอาชีพแตกต่างกัน และการศึกษาของ จารุวรรณ ชิตสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค ณ สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ พบว่าลักษณะอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

รายได้ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

กาญจนา บุญทับ (2534 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับ เยาวดี สุวรรณาคะ (2532 : 70) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัส บี ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อย

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 90) ได้ทำการศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี พบว่ามารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูง มีความเชื่อด้านสุขภาพสูง มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงกว่าผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ และการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 63) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531: 72) พบว่าฐานะเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง และการศึกษาของ จุไรรัตน์ จรรย์แสง (2526 : บทคัดย่อ) ศึกษาเรื่องการเป็นกามโรคและผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจในผู้ป่วยชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ที่มีรายได้สูงเป็นกามโรคน้อยกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า เพ็ญศรี กรวิวงศ์ประเสริฐ (สุภาพร ธาตุเพชร . 2531 : 59 ; อ้างอิงมาจากเพ็ญศรี กรวิวงศ์ประเสริฐ. 2523 : 11 - 13) กล่าวว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไปพบแพทย์เมื่อป่วยระยะต้นแล้ว ยังนิยมในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีรายได้เศรษฐกิจต่ำมักไม่ค่อยสนใจในการป้องกัน หรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์ก็เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ไหว

ความเชื่ออำนาจภายในตน ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 102) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรรณี ปานเทวน์ (2533 : 56) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ พบว่าความเชื่ออำนาจควบคุมภายในตนมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมมานนท์ (2532 : 138) ได้ทำการศึกษาความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะประชากร กับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเอง ด้านอนามัยแม่และเด็ก ในกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลราชวิถีและโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความสัมพันธ์กับการดูแล

ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาของอรัญญิ รวยอาจิณ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมและตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมการควบคุมมาเลเรียในเขตชนบทของประเทศไทย พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามโปรแกรมการควบคุมโรคมาเลเรียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาของ วังภา ผิวน (2527 : ก - ค) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 136 - 137) ได้ศึกษาหาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ อย่างมีนัยสำคัญเชิงสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ วรณี บันเทิง (2527 : บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดก่อนผ่าตัด ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 8 - 12 ปี พบว่าเด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด แบบยอมรับความจริงมากกว่า เด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน

ความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

พรณี ปานเทวน์ (2533 : ก) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจทางโชคชะตา เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการดำเนินชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของวังภา ผิวน (2527 : ก - ค) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค พบว่าความเชื่ออำนาจภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 วรณี บันเทิง (2527 : บทคัดย่อ) ทำการศึกษาความ

สัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดก่อน ผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนซึ่งมีอายุระหว่าง 8 -12 ปี พบว่าความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่เด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตนสูง จะมีพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดแบบยอมรับความจริงน้อยกว่า เด็กที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ดรุณี ขุนหวัด และเพ็ญจันทร์ ส. โมไนยพงศ์ (2534 : 13 - 21) ได้ทำการศึกษา เจตคติต่อการดูแลตนเองของประชาชน และความเชื่อภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลรามาธิบดี พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญจะมีความสัมพันธ์กับเจตคติ ต่อการดูแลตนเองของประชาชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การศึกษาของจอนณะจิง เฟิงจาด (2533 : 45) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตนด้าน สุขภาพ ปัจจัยบางประการทางลักษณะประชากร กับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแล ตนเองด้านอนามัยแม่และเด็ก ในกลุ่มมารดาครรภ์แรกที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์ใน เชิงลบกับการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็กในมารดาครรภ์แรก

การมีประสบการณ์ที่เคยมีบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานป่วยเป็นโรค ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สุวรรณี ปรีชาวณิช (2535 : 106) พบว่าประสบการณ์ที่พบเพื่อนร่วมงานมีอาการ หูตึง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงานโรงงานทอผ้า และการศึกษา ของสมทรง ศุภศิลป์ (2526 : 88) พบว่าประสบการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเป็นโรคอุจจาระร่วง มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตร

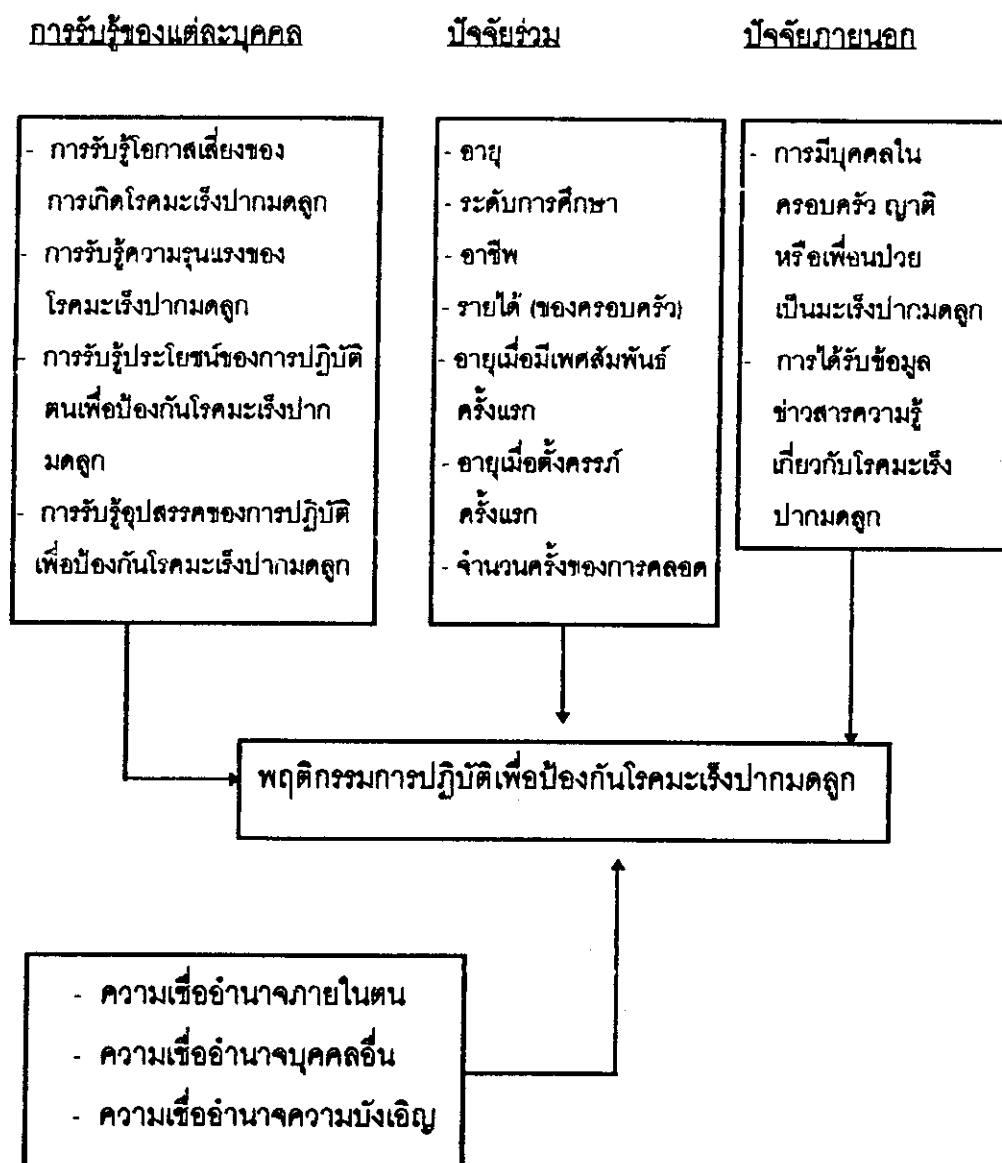
การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ได้มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

สุวรรณี ปรีชาวณิช (2535 : 106) พบว่าการได้รับแจกเอกสารแผ่นพับ การเห็น โปสเตอร์เกี่ยวกับอันตรายของเสียงและการป้องกัน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงาน และการศึกษาของ พนมศรี เสาร์สาร (2532 : 57 - 60) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการติดเชื้อโรคเอดส์ของหญิงบริการ ในเขตกรุงเทพมหานคร

มหานคร พบว่าระดับข่าวสารและโอกาสที่ได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าการได้รับคำแนะนำ ข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากการศึกษาสภาพปัญหา เอกสาร และงานวิจัย ดังกล่าวมาแล้ว พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค กับรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ปัจจัยร่วม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (ของครอบครัว) อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอด ปัจจัยภายนอก ได้แก่ ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนร่วมงานป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจากแหล่งต่าง ๆ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ จะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และน่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ซึ่งสามารถนำมาสรุปเป็นแนวคิดในการวิจัย และในการตั้งสมมติฐาน ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)



ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ (Health Locus of Control)

ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดแสดงความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

สมมติฐานการศึกษาค้นคว้า

1. สตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
2. สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
3. สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
4. สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
5. สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
6. สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
7. สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
8. สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรค มะเร็งปากมดลูกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
9. สตรีหลังคลอดที่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน จะ มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
10. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้
 - 10.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมี ความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 10.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความ สัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 10.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

10.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11. ปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

11.1 อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11.2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11.3 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11.4 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11.5 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

11.6 จำนวนครั้งของการคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

12. ปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

12.1 ประสิทธิภาพที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

12.2 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

13. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

13.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

13.2 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

13.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

14. ปัจจัยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพจะสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีหลังคลอดบุตรที่พักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรม
หลังคลอดของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 12,110 คน มีรายละเอียดดังนี้

ตาราง 2 จำนวนประชากรสตรีหลังคลอด จำแนกตามตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด 4 ตึก

รายชื่อตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด	จำนวนสตรีหลังคลอดที่มารับบริการ	
	คน/ปี	คน/เดือน
สามัญสูติกรรม 5 ก	2,999	250
สามัญสูติกรรม 5 ข	1,860	155
สามัญสูติกรรม 6 ก	3,685	307
สามัญสูติกรรม 6 ข	3,566	298
รวม	12,110	1,010

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีหลังคลอดบุตรที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดมีอายุระหว่าง 15 - 45 ปีขึ้นไป ของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1967 : 581)

ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad \text{เมื่อระดับความมีนัยสำคัญที่ .05}$$

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ขนาดของประชากร
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 310 คน

2. วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์และสอบถามสตรีหลังคลอดที่มาใช้บริการที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด ทั้ง 4 ตึกของโรงพยาบาลราชวิถี คำนวณหาขนาดตัวอย่างของแต่ละตึก โดยเทียบเป็นร้อยละของจำนวนประชากรที่มาใช้บริการในแต่ละตึก แบ่งตามสัดส่วนจนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 310 คน โดยเป็นสตรีหลังคลอดที่มีอายุ 15 - 45 ปี ยกเว้นสตรีหลังคลอดที่คลอดโดยการผ่าตัดทางหน้าท้อง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด ไม่มีปัญหาการได้ยิน การพูด สามารถเข้าใจภาษาไทย อ่านและเขียนได้ดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถาม ดังตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตึกสามัญสุติกรรมหลังคลอด

รายชื่อตึกสามัญสุติกรรมหลังคลอด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
สามัญสุติกรรม 5 ก	250	77
สามัญสุติกรรม 5 ข	155	48
สามัญสุติกรรม 6 ก	307	94
สามัญสุติกรรม 6 ข	298	91
รวม	1,010	310

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอด การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรค มะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 43 ข้อ ซึ่งข้อคำถามที่สร้างขึ้น มีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก(นิมาน) และทางลบ(นิเสธ) โดยการเลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง
ไม่เห็นด้วย	คือ	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ
ไม่แน่ใจ	คือ	ข้อความนั้นผู้ตอบไม่แน่ใจว่าตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ
เห็นด้วย	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ใช้แบบวัดตามแนวทางของวอลสตัน และคนอื่นๆ (Wallston and others. 1978 : 169 - 170) และแปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 158 - 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ดังนั้นแบบสอบถามชุดนี้จึงประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ

ความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มี 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 6, 8, 12, 13 และ 17

ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มี 6 ข้อ คือ ข้อ 3, 5, 7, 10, 14 และ 18

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย มี 6 ข้อ คือ ข้อ 2, 4, 9, 11, 15 และ 16

โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ คือ		
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงเล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบเพียงปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อผู้ตอบเห็นว่าข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของผู้ตอบมากที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริงของสตรีหลังคลอด ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ มีทั้งข้อทางบวก(นิมาน) และทางลบ(นิเสธ) ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ คือ

ปฏิบัติประจำ	คือ	ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำทุกครั้งที่มี กิจกรรมนั้น
ปฏิบัติบางครั้ง	คือ	ข้อความนั้นผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำเป็น ส่วน น้อย
ไม่เคยปฏิบัติ	คือ	ข้อความนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

เกณฑ์การให้คะแนนเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ให้เกณฑ์ประเมินจากเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป และปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรค มะเร็งปากมดลูก ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า มี ให้ 1 คะแนน ไม่มี ให้ 0 คะแนน และคำถาม

เกี่ยวกับการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบว่า เคยได้รับ ให้ 1 คะแนน ไม่เคยได้รับ ให้ 0 คะแนน

2. แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค มะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

<u>ข้อความด้านบวก (นิมาน)</u>	<u>ข้อความด้านลบ (นิเสธ)</u>	<u>คะแนน</u>
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5
เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	4
ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1

การประเมินระดับการรับรู้แต่ละด้านของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรค มะเร็งปากมดลูก พิจารณาจากการหาค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1963 : 257) จัด ลำดับความสำคัญดังนี้

4.50 - 5.00	หมายถึง	การรับรู้ระดับสูงมาก
3.50 - 4.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับสูง
2.50 - 3.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับต่ำ
1.00 - 1.49	หมายถึง	การรับรู้ระดับต่ำมาก

3. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ใช้แบบวัดตามแนวทางของ วอลสตันและคนอื่นๆ (Wallston and others. 1978 : 169 - 170) แปลเป็นภาษาไทยโดย กรรณิการ์ กันธะรักษา ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจ บุคคลอื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญด้านสุขภาพ ด้านละ 6 ข้อ ลักษณะ

คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนเป็นรายข้อดังนี้

ไม่เห็นด้วย	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	3 คะแนน
เห็นด้วยเล็กน้อย	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	6 คะแนน

ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุภาพแต่ละด้าน มีข้อคำถามด้านละ 6 ข้อ คะแนนเต็มด้านละ 36 คะแนน ซึ่งจะมีค่าต่ำสุดในแต่ละด้านเป็น 6 คะแนน และมีค่าสูงสุดในแต่ละด้านเท่ากับ 36 คะแนน ถ้าได้คะแนนในด้านใดมาก ก็ถือว่ามีความเชื่อในด้านนั้นมาก

การกำหนดระดับความเชื่อในแต่ละด้าน โดยแบ่งช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

อัตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงคะแนน}}$ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2534 : 29)

3

คะแนน	6 - 15	หมายถึง	มีความเชื่อระดับต่ำ
คะแนน	16 - 25	หมายถึง	มีความเชื่อระดับปานกลาง
คะแนน	26 - 36	หมายถึง	มีความเชื่อระดับสูง

4. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีทั้งข้อความที่มีความหมายด้านบวก(นิมาน) และด้านลบ(นิเสธ) ในแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<u>ข้อความด้านบวก (นิมาน)</u>	<u>ข้อความด้านลบ (นิเสธ)</u>	<u>คะแนน</u>
ปฏิบัติประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติประจำ	0

จัดอันดับคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159)
จัดลำดับความสำคัญดังนี้

1.34 - 2.00	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับดี
0.67 - 1.33	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับพอใช้
0.00 - 0.66	หมายถึง	พฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎี เนื้อหา แนวความคิด เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
3. สร้างแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม มีทั้งหมด 4 ส่วน คือ
 - 3.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์
 - 3.2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ซึ่งใช้แบบวัดตามแนวทางของวอลสตันและคนอื่นๆ (Wallston and others. 1978 : 169 - 170)
 - 3.4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แล้วนำแบบสัมภาษณ์ และแบบสอบถามที่สร้างเสร็จไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทตรวจสอบเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. หาความเที่ยงตรง (Validity) โดยนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงพินิจ (Face Validity)

และพิจารณาข้อความให้ชัดเจนเหมาะสม นำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษา และความถูกต้องในเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งหนึ่ง

2. ทำการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปทดสอบกับสตรีหลังคลอด ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาตรวจให้คะแนน และทำการวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ นำคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม สูง - ต่ำ โดยใช้เทคนิคร้อยละ 25 และทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไป ถือว่าใช้ได้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

2.2 หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach. 1970 : 161) ค่าที่คำนวณได้จากสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช จะอยู่ระหว่าง 0 - 1 ค่าที่เข้าใกล้ 1 จะมีความเชื่อมั่นสูง แสดงว่า แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามสามารถวัดในเนื้อหาเดียวกัน และวัดได้สอดคล้องกันทุกข้อ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530: 119) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ดังนี้

แบบสอบถามการรับรู้รวมทั้ง 4 ด้าน	ค่าความเชื่อมั่น = 0.80
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	ค่าความเชื่อมั่น = 0.74
2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	ค่าความเชื่อมั่น = 0.75
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.70
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.65
แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.72
แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติ	ค่าความเชื่อมั่น = 0.78

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยของหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสตรีหลังคลอด ที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด จำนวน 310 คน ด้วยตนเอง แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้จำนวน 310 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่าง
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นเวลา 1 เดือน คือ ตั้งแต่ วันที่ 1 - 31 ธันวาคม 2538

วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้ง 4 ส่วน มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS^X (Statistical Package for the Social Science Version 10) กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

- 1: ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม และตรวจให้คะแนนแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
2. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังคลอด นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละแยกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอด การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
3. แบบสอบถามส่วนที่ 2 วัดการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

4. แบบสอบถามส่วนที่ 3 แบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

5. แบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก นำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอข้อมูลในรูปตารางประกอบความเรียง

6. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกตามตัวแปร การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน บ่อยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8, 9

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก และจำนวนครั้งของการคลอด โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ทดสอบค่าเอฟ (F - test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249 - 250) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, และ 7

8. ทดสอบว่าค่าเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม คูใดบ้างที่ต่างกัน โดยการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) โดยใช้สูตรของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls)

9. หาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กับตัวแปรที่ศึกษา โดยแยกวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละปัจจัย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 10.1 - 10.4, 11.1 - 11.6, 12.1 - 12.2 และ 13.1 - 13.3

10. วิเคราะห์การทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อเลือกตัวทำนายที่ร่วมทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ในการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดอดยพหุคูณแบบขั้นตอน ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณจะต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval Scale) ขึ้นไป (วิเชียร เกตุสิงห์. 2526 : 326) แต่ถ้าเป็นตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติ (Nominal Scale) หรือระดับเรียงอันดับ (Ordinal Scale) ต้องทำการแปลงตัวแปรดังกล่าวให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) เสียก่อน แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ ข้อมูลตัวแปรที่จะนำมาทำตัวแปรหุ่น ได้แก่ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีรายละเอียดดังนี้ (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2537 : 70 - 72)

ตัวแปรหุ่น	ค่าของตัวแปร
ระดับการศึกษา	
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1
ประถมศึกษา	2
มัธยมศึกษา	3
อุดมศึกษา	4
ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	
มีประสบการณ์	1
ไม่มีประสบการณ์	0
การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	
เคยได้รับ	1
ไม่เคยได้รับ	0

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน

1.1 ค่าร้อยละ โดยใช้สูตร

$$p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ	p	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 42)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534

: 74)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X^2)$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 ค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญใช้สูตร IC (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 :

4)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้อง
	$\sum R$	แทน	คะแนนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกรายชื่อ (Discrimination) ของแบบสอบถาม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกาปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้เทคนิคร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1954 : 152 - 154) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 135)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{n_H} + \frac{S_L^2}{n_L}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที
	$\bar{X}_H$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มสูง
	$\bar{X}_L$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มต่ำ
	S_H^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มสูง
	S_L^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของกลุ่มต่ำ
	S_H	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
	n_L	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาช (Cronbach) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2533 : 132)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left\{ 1 - \frac{\sum s_i^2}{S^2} \right\}$$

เมื่อ	α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม
	n	แทน	จำนวนข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม
	$\sum s_i^2$	แทน	ค่าผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	S^2	แทน	ค่าคะแนนความแปรปรวนของแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามทั้งฉบับ

3. สถิติเพื่อใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างกันระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดของตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8, 9 โดยใช้สถิติค่าที (t-test) (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left\{ \frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right\}^2}{\frac{\left[\frac{S_1^2}{n_1} \right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{S_2^2}{n_2} \right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที่
	$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	S_1^2, S_2^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	n_1, n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างที่ 2
	df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F - test) (บุศรีวงศ์รัตน์. 2534 : 249) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6 และ 7

$$F = \frac{MS_B}{MS_w}$$

เมื่อ	F	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
	MS_B	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ระหว่างกลุ่ม
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม

ถ้าหากตรวจพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมนคูลส์ (Newman-Keuls Method) (บุศรี วงศ์รัตน์: 2534 : 270)

$$q = \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ	q	แทน	q-Statistic ที่ได้จากตาราง
	MS_W	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square) ภายในกลุ่ม
	$\tilde{n}$	แทน	จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.3 หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด กับตัวแปรที่ศึกษา โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) (บุศรี วงศ์รัตน์: 2534 : 323 - 325) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 10.1 - 10.4, 11.1 - 11.6, 12.1 - 12.2, 13.1 - 13.3

$$r_{xy} = \frac{N \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

ให้	X	เป็นคะแนนในชุดแรก	Y	เป็นคะแนนในชุดหลัง
เมื่อ	r หรือ r_{xy}	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบในชุดแรก	
	$\sum Y$	แทน	ผลรวมของคะแนนดิบในชุดหลัง	
	$\sum XY$	แทน	ผลรวมของผลคูณของคะแนนทั้ง 2 ชุด	
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนนดิบในชุดแรก	
	$\sum Y^2$	แทน	ผลรวมของกำลังสองของคะแนนดิบในชุดหลัง	

ทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ โดยใช้วิธีทดสอบค่าที (t-test) จากสูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ,

2534 : 325)

$$t = \frac{r \sqrt{N - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

เมื่อ	r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้
	N	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) มีขั้นตอนดังนี้ (สำเร็จ บุญเรืองรัตน์. 2526 : 33 - 41)

3.4.1 หาค่าสหสัมพันธ์ภายใน (Intercorrelation - r) ระหว่างตัวแปรทั้งหมด คือตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์

3.4.2 หาค่าสหสัมพันธ์พหุคูณระหว่าง กลุ่มตัวแปรพยากรณ์กับตัวแปรเกณฑ์ (Multiple Correlation - r)

3.4.3 คำนวณน้ำหนักเบต้า (Beta Weight - B) และสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ที่มีนัยสำคัญ โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ . แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สมการถดถอยพหุคูณมีดังนี้

$$Z_y = \beta_0 + \beta_{Z_1} Z_{X_1} + \beta_{Z_2} Z_{X_2} + \dots + \beta_{Z_p} Z_{X_p}$$

เมื่อ Z_y คือ คะแนนที่เป็นตัวแปรเกณฑ์ (ในรูปคะแนนมาตรฐาน)
ที่ต้องการทำนาย

$\beta_{Z_1} - Z_p$ คือ น้ำหนักความสัมพันธ์ของตัวแปรแต่ละตัว

$Z_{X_1} - X_p$ คือ คะแนนตัวแปรต้น p ตัวในรูปคะแนนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอน ซึ่งในแต่ละตอนมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ภาพทั่วไปของสตรีหลังคลอด นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่เป็นคำร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับการรับรู้ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ ดังนี้คือ

ค่าเฉลี่ย	ระดับการรับรู้
4.50 - 5.00	การรับรู้ระดับสูงมาก
3.50 - 4.49	การรับรู้ระดับสูง
2.50 - 3.49	การรับรู้ระดับปานกลาง
1.50 - 2.49	การรับรู้ระดับต่ำ
1.00 - 1.49	การรับรู้ระดับต่ำมาก

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินค่าระดับความเชื่อด้านต่างๆ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	ระดับความเชื่อ
6 - 15	มีความเชื่อระดับต่ำ
16 - 25	มีความเชื่อระดับปานกลาง
26 - 36	มีความเชื่อระดับสูง

อันดับภาคขึ้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{ช่วงคะแนน}}$ (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 29)

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี หลังคลอดโดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และตัดสินใจระดับการปฏิบัติ โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินค่าเฉลี่ยของเบสท์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ระดับการปฏิบัติ
1.34 - 2.00	ระดับดี
0.67 - 1.33	ระดับพอใช้
0.00 - 0.66	ระดับต้องปรับปรุง

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

5.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติค่าที (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ข้อ 8 และ 9

5.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 7 ถ้าพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ตามวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls)

5.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 10.1 - 10.4, 11.1 - 11.6, 12.1 - 12.2, 13.1 - 13.3

5.4 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการแปลความหมาย ผู้วิจัยใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ดังนี้

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of Square)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Square)
q	แทน	q - Statistic
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
B	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปของคะแนนดิบ
SE B	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของค่า B
Beta	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (Regression Coefficient) ในรูปของคะแนนมาตรฐาน
R^2	แทน	ค่าที่บอกว่าสัดส่วนของตัวแปรตามที่อธิบายได้โดยตัวแปรอิสระ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของสตรีหลังคลอด

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีหลังคลอดบุตรและพักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอด
ของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน จำแนกตามตัวแปรต่างๆ ได้ดังนี้คือ

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
15 - 19 ปี	67	21.61
20 - 24 ปี	112	36.13
25 - 29 ปี	85	27.42
30 - 34 ปี	31	10.00
35 - 39 ปี	11	3.54
40 ปีขึ้นไป	4	1.30
รวม	310	100.00
2. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	3.23
ประถมศึกษา	182	58.71
มัธยมศึกษา	107	34.52
อุดมศึกษา	11	3.54
รวม	310	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
3. อาชีพ		
แม่บ้าน	111	35.81
รับจ้าง	161	51.94
ค้าขาย	26	8.38
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	12	3.87
รวม	310	100.00
4. รายได้ (ของครอบครัว)		
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	11	3.55
3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน	189	60.96
8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน	69	22.26
มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน	41	13.23
รวม	310	100.00
5. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ต่ำกว่า 20 ปี	173	55.81
20 - 30 ปี	134	43.23
มากกว่า 30 ปี	3	0.96
รวม	310	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
6. อายุเมื่อตั้งครั้งแรก		
ต่ำกว่า 20 ปี	122	39.36
20 - 30 ปี	184	59.35
มากกว่า 30 ปี	4	1.29
รวม	310	100.00
7. จำนวนครั้งของการคลอด		
คลอดมาแล้ว 1 ครั้ง	192	61.94
คลอดมาแล้ว 2 ครั้ง	80	25.81
คลอดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	38	12.25
รวม	310	100.00
8. ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก		
ไม่มี	279	90.00
มารดาของสตรีหลังคลอด	2	0.65
มารดาของสามี	2	0.65
ญาติของสตรีหลังคลอด	10	3.22
ญาติของสามี	2	0.65
เพื่อนหรือคนที่สตรีหลังคลอดรู้จัก	15	4.83
รวม	310	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
9. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก		
ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร	77	24.84
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 1-2 แหล่ง	148	47.74
ได้รับข้อมูลข่าวสารจาก 3-4 แหล่ง	85	27.42
รวม	310	100.00

จากตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีหลังคลอด จำแนกตามตัวแปรดังนี้

จำแนกตามอายุ แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุ 15-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 21.61 อายุ 20-24 ปี มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.13 อายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.42 อายุ 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.00 อายุ 35-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.54 และอายุ 40 ขึ้นไปมีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 1.30

จำแนกตามระดับการศึกษา แสดงว่าสตรีหลังคลอดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาค่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.23 ระดับประถมศึกษา มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.71 ระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 34.52 และระดับอุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 3.54

จำแนกตามอาชีพ แสดงว่าสตรีหลังคลอดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 35.81 อาชีพรับจ้างมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.94 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 8.38 และอาชีพข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 3.87

จำแนกตามรายได้ (ของครอบครัว) แสดงว่าสตรีหลังคลอดซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 3.55 มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 60.96 มีรายได้ 8,001 - 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 22.26 และมีรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 13.23

จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.81 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.23 และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.96

จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.36 ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 20 - 30 ปี มีจำนวนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.35 และมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 1.29

จำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอด แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว 1 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.94 ผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.81 และผ่านการคลอดบุตรตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.25

จำแนกตามประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 90.0 ส่วนสตรีหลังคลอดที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีเพียงร้อยละ 10.0 จำแนกได้เป็น มาดาของสตรีหลังคลอดเอง คิดเป็นร้อยละ 0.65 มารดาของสามี คิดเป็นร้อยละ 0.65 ญาติของสตรีหลังคลอด คิดเป็นร้อยละ 3.22 ญาติทางสามี คิดเป็นร้อยละ 0.65 และเพื่อนหรือคนที่สตรีหลังคลอดรู้จัก คิดเป็นร้อยละ 4.83

จำแนกตามการได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 24.84 ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้จาก 1 - 2 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 47.74 ได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้จาก 3 - 4 แหล่ง คิดเป็นร้อยละ 27.42

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การรับรู้ทั้ง 4 ด้าน โดยแสดงค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏในตาราง 5 - 8

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของ				
การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ระดับสูง	109	35.16	3.78	0.24
การรับรู้ระดับปานกลาง	197	63.54	3.13	0.22
การรับรู้ระดับต่ำ	4	1.30	2.34	0.11
รวม	310	100.00	3.35	0.40

จากตาราง 5 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 3.35 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1959 : 159) พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 63.54 รองลงมา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 35.16 และมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 1.30

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก				
	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ระดับสูงมาก	10	3.23	4.66	0.11
การรับรู้ระดับสูง	191	61.61	3.91	0.26
การรับรู้ระดับปานกลาง	109	35.16	3.22	0.21
รวม	310	100.00	3.69	0.44

จากตาราง 6 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 3.69 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 61.61 รองลงมาเป็นการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.16 และมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 3.23

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
หลังคลอด

การรับรู้ประโยชน์ของ การปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ระดับสูงมาก	29	9.35	4.62	0.09
การรับรู้ระดับสูง	218	70.32	3.96	0.25
การรับรู้ระดับปานกลาง	63	20.33	3.19	0.23
รวม	310	100.00	3.86	0.45

จากตาราง 7 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 3.86 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.45 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 70.32 รองลงมาจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 20.33 และมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 9.35

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยระดับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
หลังคลอด

การรับรู้ถึงอุปสรรคใน การปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
การรับรู้ระดับสูง	5	1.62	3.93	0.37
การรับรู้ระดับปานกลาง	70	22.58	2.81	0.25
การรับรู้ระดับต่ำ	215	69.35	2.00	0.27
การรับรู้ระดับต่ำมาก	20	6.45	1.33	0.12
รวม	310	100.00	2.17	0.52

จากตาราง 8 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ เท่ากับ 2.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.52 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 155) พบว่าสตรีหลังส่วนใหญ่จะมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 69.35 รองลงมา มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 22.58 มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 6.45 และมีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในระดับสูง เพียงร้อยละ 1.62

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ 3 ด้าน โดยแสดงค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังปรากฏในตาราง 9 - 11

ตาราง 9 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด

ความเชื่ออำนาจภายในตน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	150	48.38	30.59	2.67
ความเชื่อระดับปานกลาง	131	42.26	22.76	2.39
ความเชื่อระดับต่ำ	29	9.36	14.72	2.14
รวม	310	100.00	25.80	5.73

จากตาราง 9 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ 25.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.73 และเมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน อันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$ (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 29) พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะมีความเชื่ออำนาจภายในตนส่วนใหญ่ อยู่ระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 48.38 รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.26 และมีความเชื่ออำนาจภายในตนอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 9.36

ตาราง 10 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด

ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	180	58.06	30.35	2.44
ความเชื่อระดับปานกลาง	119	38.39	23.21	2.22
ความเชื่อระดับต่ำ	11	3.55	12.91	3.02
รวม	310	100.00	26.99	4.98

จากตาราง 10 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น เท่ากับ 26.99 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.98 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน อันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$ (บุศรี วงศ์รัตนะ, 2534 : 29) พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จะมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 58.06 รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 38.39 และมีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 3.55

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ยระดับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด

ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ความเชื่อระดับสูง	47	15.16	28.68	2.81
ความเชื่อระดับปานกลาง	153	49.35	20.07	2.74
ความเชื่อระดับต่ำ	110	35.49	11.36	2.77
รวม	310	100.00	18.28	6.53

จากตาราง 11 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เท่ากับ 18.28 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.53 และเมื่อเปรียบเทียบตามเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนน อันตรภาคชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{3}$ (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2534 : 29) พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 49.35 รองลงมาจะมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 35.49 และมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 15.16

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์พฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
หลังคลอด

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ระดับของพฤติกรรมกาปฏิบัติ	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S
ระดับดี	128	41.29	1.47	0.13
ระดับพอใช้	182	58.71	1.20	0.09
รวม	310	100.00	1.31	0.17

จากตาราง 12 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 1.31 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.17 และเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของเบสท์ (Best. 1959 : 159) พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับดี และระดับพอใช้ โดยที่สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 58.71 และรองลงมาจะมีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 41.29

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

5.1 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สถิติ (t - test) ดังปรากฏในตาราง 13 - 14

ตาราง 13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย จากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามการมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน บ่อยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ่อยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก	N	$\bar{X}$	S	t
มี	31	1.33	0.20	- 0.75
ไม่มี	279	1.31	0.17	

จากตาราง 13 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อน บ่อยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และสตรีหลังคลอดที่ไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ่อยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 8 ที่ว่าสตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนบ่อยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ตาราง 14 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	N	$\bar{X}$	S	t
เคย	233	1.32	0.17	- 2.50*
ไม่เคย	77	1.27	0.19	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

จากตาราง 14 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่างจากสตรีหลังคลอดที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 9

5.2 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปร
ปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) ดังปรากฏในตาราง 15 - 34

ตาราง 15 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	การปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
15 - 19	67	1.2324	0.1270
20 - 24	112	1.2908	0.1444
25 - 29	85	1.3182	0.1544
30 - 34	31	1.3588	0.1880
35 - 39	11	1.3756	0.2318
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	4	1.5536	0.1584
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 15 แสดงว่า ค่าคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดย
จำแนกตามอายุ 6 กลุ่ม คือ อายุ 15 - 19 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.2324 (S= 0.1270) อายุ 20 - 24 ปี
มีคะแนนเฉลี่ย 1.2908 (S =0.1444) อายุ 25 - 29 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.3182 (S = 0.1544) อายุ
30 - 34 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.3588 (S = 0.1880) อายุ 35 - 39 ปี มีคะแนนเฉลี่ย 1.3756 (S = 0.2318)
และอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย 1.5536 (S = 0.1584) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปร
ปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังปรากฏในตาราง 16

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
จำแนกตามกลุ่มอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	5	1.0185	0.2037	7.4854 ***
ภายในกลุ่ม	304	8.2729	0.0272	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 16 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกันจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 แสดงว่ามารดาที่มีอายุต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 6 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏในตาราง 17

ตาราง 17 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามกลุ่มอายุ

อายุ	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป
$\bar{X}$	1.2324	1.2908	1.3182	1.3588	1.3756	1.5536
15 - 19	1.2324	-	0.0584*	0.0858	0.1264*	0.1432*
20 - 24	1.2908	-	-	0.0274	0.0680*	0.0848
25 - 29	1.3182		-	0.0406	0.0574	0.2354
30 - 34	1.3588			-	0.0168	0.1948
35 - 39	1.3756				-	0.1780*
ตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป	1.5536					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

จากตาราง 17 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อายุระหว่าง 20 - 24 ปี และอายุระหว่าง 35 - 39 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อายุระหว่าง 20 - 24 ปี และอายุระหว่าง 35 - 39 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 35 - 39 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 35 - 39 ปี จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และอายุระหว่าง 20 - 24 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และอายุระหว่าง 20 - 24 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุ 15 - 19 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี

ตาราง 18 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	10	1.2071	0.2765
ประถมศึกษา	182	1.2626	0.1326
มัธยมศึกษา	107	1.3605	0.1637
อุดมศึกษา	11	1.6883	0.1473
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 18 แสดงว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามระดับการศึกษา 4 กลุ่ม คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.2071 ($S = 0.2765$) ประถมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.2626 ($S = 0.1326$) มัธยมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.3605 ($S = 0.1637$) และอุดมศึกษา คะแนนเฉลี่ย 1.6883 ($S = 0.1473$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 19

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีหลังคลอด จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.1405	0.7135	30.5313***
ภายในกลุ่ม	306	7.1509	0.0234	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 19 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 4 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman-Keuls) ดังปรากฏในตาราง 20

ตาราง 20 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าประถมศึกษา	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อุดมศึกษา
$\bar{X}$	1.2071	1.2626	1.3605	1.6883
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.2071	-	0.0555	0.1534*
ประถมศึกษา	1.2626	-	0.0979*	0.4257*
มัธยมศึกษา	1.3605	-	-	0.3278*
อุดมศึกษา	1.6883	-	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.5$)

จากตาราง 20 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาระดับอุดมศึกษามีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่าประถมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษา

สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

ตาราง 21 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามรายได้
ของครอบครัวต่อเดือน

รายได้ (ต่อเดือน)	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 3,000 บาท	11	1.2143	0.1152
3,000 - 8,000 บาท	189	1.2789	0.1427
8,001 - 13,000 บาท	69	1.3137	0.1834
สูงกว่า 13,000 บาท	41	1.4704	0.2064
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 21 แสดงค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามรายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน) 4 กลุ่ม คือ ต่ำกว่า 3,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.2143 ($S = 0.1152$) 3,000 - 8,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.2789 ($S = 0.1427$) 8,001 - 13,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.3137 ($S = 0.1834$) และสูงกว่า 13,000 บาท คะแนนเฉลี่ย 1.4704 ($S = 0.2064$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 22

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	1.3390	0.4463	17.1740***
ภายในกลุ่ม	306	7.9524	0.0260	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 22 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่างกัน จะมี การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัว ต่างกันคู่ใดคู่ หนึ่ง ใน 4 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏในตาราง 23

ตาราง 23 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามรายได้ของครอบครัวต่อเดือน

		ต่ำกว่า 3,000 บาท	3,000-8,000 บาท	8,001-13,000 บาท	สูงกว่า 13,000 บาท
รายได้ของครอบครัว(ต่อเดือน)	$\bar{X}$	1.2143	1.2789	1.3137	1.4704
ต่ำกว่า 3,000 บาท	1.2143	-	0.0646	0.0994	0.2561*
3,000-8,000 บาท	1.2789		-	0.0348	0.1915*
8,001-13,000 บาท	1.3137			-	0.1567*
สูงกว่า 13,000 บาท	1.4704				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.5$)

จากตาราง 23 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สูงกว่า 13,000 บาท มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,001 - 13,000 บาท, 3,000 - 8,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สูงกว่า 13,000 บาท จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,001 - 13,000 บาท, 3,000 - 8,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

ตาราง 24 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอาชีพ

อาชีพของสตรีหลังคลอด	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
แม่บ้าน	111	1.2703	0.1493
รับจ้าง	161	1.3057	0.1516
ค้าขาย	26	1.3159	0.1886
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	12	1.7143	0.1098
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 24 แสดงว่าค่าคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามอาชีพ 4 กลุ่ม คือ สตรีหลังคลอดอาชีพแม่บ้าน คะแนนเฉลี่ย 1.2703 ($S = 0.1493$) อาชีพรับจ้าง คะแนนเฉลี่ย 1.3507 ($S = 0.1516$) อาชีพค้าขาย คะแนนเฉลี่ย 1.3159 ($S = 0.1886$) และอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ คะแนนเฉลี่ย 1.7143 ($S = 0.1098$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 25

ตาราง 25 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	2.1405	0.7135	30.5313***
ภายในกลุ่ม	306	7.1509	0.0234	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 25 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 4 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏในตาราง 26

ตาราง 26 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ		แม่บ้าน	รับจ้าง	ค้าขาย	ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
	$\bar{X}$	1.2703	1.3057	1.3159	1.7143
แม่บ้าน	1.2703	-	0.0354	0.0456	0.4440*
รับจ้าง	1.3057		-	0.0102	0.4086*
ค้าขาย	1.3159			-	0.3984*
ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1.7143				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

จากตาราง 26 แสดงว่า สตรีหลังคลอดอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างจาก สตรีหลังคลอดอาชีพแม่บ้าน รับจ้าง และค้าขาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือสตรีหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพแม่บ้าน รับจ้างและค้าขาย

ตาราง 27 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 20 ปี	173	1.2770	0.1470
20 - 30 ปี	134	1.3454	0.1873
มากกว่า 30 ปี	3	1.5952	0.3934
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 27 แสดงว่า ค่าคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 3 กลุ่ม คือ สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.2770 ($S = 0.1470$) อายุ 20 - 30 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.3454 ($S = 0.1873$) และอายุมากกว่า 30 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.5952 ($S = 0.3934$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 28

ตาราง 28 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.6000	0.3000	10.5971***
ภายในกลุ่ม	307	8.6914	0.0283	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 28 แสดงว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกันคู่ใดคู่หนึ่งใน 3 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏในตาราง 29

ตาราง 29 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		ต่ำกว่า 20 ปี	20 - 30 ปี	มากกว่า 30 ปี
	$\bar{X}$	1.2770	1.3454	1.5952
ต่ำกว่า 20 ปี	1.2770	-	0.0684*	0.3182*
20 - 30 ปี	1.3454		-	0.2498*
มากกว่า 30 ปี	1.5952			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

จากตาราง 29 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่าง จากสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุ 20 - 30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี และอายุ 20 - 30 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 กล่าวคือสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี

ตาราง 30 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก

อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 20 ปี	122	1.2617	0.1413
20 - 30 ปี	184	1.3373	0.1794
สูงกว่า 30 ปี	4	1.5000	0.3734
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 30 แสดงว่า ค่าคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก 3 กลุ่ม คือ สตรีหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.2617 ($S = 0.1413$) อายุ 20 - 30 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.3373 ($S = 0.1794$) และอายุสูงกว่า 30 ปี คะแนนเฉลี่ย 1.500 ($S = 0.3734$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 31

ตาราง 31 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.5665	0.2832	9.9657***
ภายในกลุ่ม	307	8.7249	0.0284	
รวม	309	9.2914		

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 31 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุต่างกันคู่ใดคู่หนึ่ง 3 กลุ่ม มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในรายคู่ต่อไป โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls) ดังปรากฏในตาราง 32

ตาราง 32 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยจากคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	ต่ำกว่า 20 ปี	20 - 30 ปี	มากกว่า 30 ปี
$\bar{X}$	1.2617	1.3373	1.5000
ต่ำกว่า 20 ปี	1.2617	-	0.0756*
20 - 30 ปี	1.3373	-	0.1627*
มากกว่า 30 ปี	1.5000	-	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < .05$)

จากตาราง 32 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุสูงกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกสูงกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี

ตาราง 33 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามจำนวน
ครั้งของการคลอด

จำนวนครั้งของการคลอด	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก		
	N	$\bar{X}$	S
1 ครั้ง	192	1.2958	0.1732
2 ครั้ง	80	1.3250	0.1591
ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	38	1.3477	0.1980
รวม	310	1.3097	0.1734

จากตาราง 33 แสดงว่า ค่าคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยจำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอด 3 กลุ่ม คือสตรีหลังคลอดที่คลอดมาแล้ว 1 ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 1.2958 ($S = 0.1732$) คลอดมาแล้ว 2 ครั้ง คะแนนเฉลี่ย 1.3250 ($S = 0.1591$) คลอดมาแล้ว 3 ครั้งขึ้นไป คะแนนเฉลี่ย 1.3477 ($S = 0.1980$) แล้วนำไปวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ดังปรากฏในตาราง 34

ตาราง 34 การวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด จำแนกตามจำนวนครั้งของการคลอด

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.1110	0.0555	1.8567
ภายในกลุ่ม	307	9.1803	0.0299	
รวม	310	9.2913		

จากตาราง 34 แสดงว่า สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอด ต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่า สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

5.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏในตาราง 35 - 38

ตาราง 35 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อ		
ด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	310	.4248***
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	310	.3471***
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	310	.2907***
4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	310	- .2317***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P < .001)

จากตาราง 35 แสดงว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.1, 10.2, 10.3 และ 10.4 ตามลำดับ

ตาราง 36 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยร่วมกับ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. อายุ	310	.3191***
2. ระดับการศึกษา	310	.4519***
3. รายได้ของครอบครัว	310	.3539***
4. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก	310	.3052***
5. อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก	310	.3164***
6. จำนวนครั้งของการคลอด	310	.1123*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P < .05)

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (P < .001)

จากตาราง 36 แสดงว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกับจำนวนครั้งของการคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 11.1, 11.2, 11.3, 11.4, 11.5 และ 11.6 ตามลำดับ

ตาราง 37 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายนอก		
กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูก	310	.0426
2. การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	310	.1412**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$)

จากตาราง 37 แสดงว่า ประสบการณ์ที่มีบุคคลใดครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 12.1 ที่ว่าประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แต่การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12.2

ตาราง 38 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	N	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
1. ความเชื่ออำนาจภายในตน	310	.2512***
2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น	310	.0188
3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ	310	-.2767***

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

จากตาราง 38 แสดงว่า การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ ความเชื่ออำนาจภายในตน แต่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเชื่ออำนาจความบังเอิญ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.1 และ 13.3

ส่วนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ไม่มีความสัมพันธ์กับความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.2 ที่กล่าวว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูก

5.4 การวิเคราะห์หัตถ์แปรที่มีอิทธิพลร่วมในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ในการหาสมการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลได้ผลดังปรากฏในตาราง 39 สามารถแปลผลได้ดังนี้

ขั้นที่ 1 ปัจจัยที่เข้าสมการเป็นปัจจัยแรก ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่สามารถอธิบาย การผันแปรของพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งปัจจัยนี้เพียงปัจจัยเดียวสามารถอธิบายการผันแปรของพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้ร้อยละ 18.05 ($R^2 = 0.1805$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.1302

ขั้นที่ 2 ปัจจัยที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สอง ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อนำเข้ามาในสมการแล้ว ทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคที่เข้าสมการก่อนหน้านี้ ร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.49 ($R^2 = 0.2049$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ 0.0807 โดยที่การรับรู้ความรุนแรงของโรคเพียงปัจจัยเดียวสามารถอธิบาย ความผันแปรของพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้ร้อยละ 2.44 ($R^2 = .0244$)

ขั้นที่ 3 ปัจจัยที่เข้าสมการเป็นลำดับที่สาม ได้แก่ ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ซึ่งทั้งสามปัจจัยที่เข้าสมการ สามารถร่วมกันอธิบายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22.36 ($R^2 = 0.2236$) และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยเท่ากับ - 0.0538 โดยที่ความเชื่ออำนาจความบังเอิญเพียงปัจจัยเดียวสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้ร้อยละ 1.87 ($R^2 = .0187$)

จากทั้ง 3 ขั้นตอน สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยได้ดังนี้

$$\text{PRACTICE} = 9.9434 + 0.1302X_1 + 0.0807X_2 - 0.0538X_3$$

โดยที่ PRACTICE = พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีหลังคลอด

X_1 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

X_2 = การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

X_3 = ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ

จากสมการถดถอยที่ได้ พบว่าสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมของปฏิบัติ
เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้ร้อยละ 22.36 (R^2 0.2236)

ตาราง 39 ค่าสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนโดยสรุป

ตัวแปร	B	SE B	Beta	R^2	R^2 change	t
X_1	0.1302	0.0258	0.3301	0.1805	0.1805	5.043***
X_2	0.0807	0.0292	0.1614	0.2049	0.0244	2.758**
X_3	- 0.0538	0.1980	- 0.1447	0.2236	0.0187	- 2.717**
ค่าคงที่	9.9434	1.4121				7.042***
$R^2 = 0.2236$ R^2 adjusted = 0.2160 $F = 29.3720$ ***						

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($P < .01$)

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$)

X_1 = การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

X_2 = การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

X_3 = ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ

จากตาราง 39 แสดงว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความเชื่ออำนาจความบังเอิญ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.36

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายและข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
2. เพื่อศึกษาระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
4. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างทางพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ตามตัวแปร ดังนี้
 - 4.1 อายุ
 - 4.2 ระดับการศึกษา
 - 4.3 รายได้(ของครอบครัว)
 - 4.4 อาชีพ
 - 4.5 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก
 - 4.6 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก
 - 4.7 จำนวนครั้งของการคลอด
 - 4.8 ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 4.9 การได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ 4 ด้าน ปัจจัยร่วม ปัจจัยภายนอก และความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด
6. เพื่อศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ คือ สตรีหลังคลอดที่อยู่ในระยะพักฟื้นที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 4 ตึก (Ward) กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane) ซึ่งในแต่ละตึกจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละตึก (Ward) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 310 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษาค้างนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของสตรีหลังคลอด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (ครอบครัว) อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการคลอด การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย การรับรู้ 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ของลิเคอร์ท (Likert) แบ่งเป็น 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามที่สร้างขึ้นมีทั้งข้อความที่แสดงลักษณะทางบวก(นิมาน) และทางลบ(นิเสธ)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ ใช้แบบวัดตามแนวทางของวอลสตันและคนอื่นๆ (Wallston and others. 1978 : 169 - 170) และแปลเป็นภาษาไทยโดยกรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 158 - 161) ประกอบด้วย ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ข้อคำถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ความเชื่อในแต่ละด้านมีให้เลือกตอบ 6 ระดับ คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย ไม่เห็นด้วยปานกลาง และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบตามสภาพที่เป็นจริงของสตรีหลังคลอด แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ มีทั้งข้อคำถามที่แสดงลักษณะทางบวก (นิมาน) และทางลบ (นิเสธ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานภาพทั่วไปของสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และนำเสนอในรูปตาราง
2. วิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยหาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S) และนำเสนอในรูปตาราง
3. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 8 และ 9
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์การแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F -test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 7 หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F -test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls)
5. วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยร่วม ปัจจัยภายนอก และคะแนนความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 10.1 - 10.4, 11.1 - 11.6, 12.1 - 12.2, 13.1 - 13.3
6. วิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วมกันในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

สรุปผลการค้นคว้า

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานภาพทั่วไปของสตรีหลังคลอด พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 36.13 มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 58.71 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 51.94 และมีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด เพียงร้อยละ 3.9 มีรายได้ 3,000 - 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.79 สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 55.81 สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกระหว่างอายุ 20 - 30 ปี ร้อยละ 59.45 ส่วนใหญ่จะผ่านการคลอดมาเพียง 1 ครั้ง ร้อยละ 61.94 ส่วนที่ผ่านการคลอดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 12.25 สตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือ เพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 90.00 ส่วนที่มีประสบการณ์ มีเพียงร้อยละ 10.00 ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 75.26 สำหรับพฤติกรรมกำรปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 58.71

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 3.35 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสูง

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 3.69 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสูง และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เท่ากับ 3.86 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับสูง และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ

ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเท่ากับ 2.17 ซึ่งเป็นการรับรู้ในระดับต่ำ และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 3 การวิเคราะห์ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด

1. ความเชื่ออำนาจภายในตนของสตรีหลังคลอด พบว่าสตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจภายในตน เท่ากับ 25.80 ซึ่งเป็นความเชื่อในระดับสูง และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนระดับสูง

2. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น เท่ากับ 26.99 ซึ่งเป็นความเชื่อในระดับสูง และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นในระดับสูง

3. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เท่ากับ 18.28 ซึ่งเป็นความเชื่อระดับปานกลาง และสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ มีความเชื่ออำนาจความบังเอิญระดับปานกลาง

ตอนที่ 4 การวิเคราะห์พฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่า สตรีหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี และระดับพอใช้ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 โดยสตรีหลังคลอดส่วนใหญ่ จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับพอใช้

ตอนที่ 5 การทดสอบสมมติฐาน

1. สตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อายุ 20 - 24 ปี และอายุ 35 - 39 ปี

สตรีหลังคลอดอายุระหว่าง 35 - 39 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และอายุระหว่าง 20 - 24 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี

2. สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ข้อ 2 โดยสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา

สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และต่ำกว่าประถมศึกษา

3. สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน

ข้อ 3 โดยสตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนสูงกว่า 13,000 บาท มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,001 - 13,000 บาท, 3,000 - 8,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

4. สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพแม่บ้าน รับจ้าง และอาชีพค้าขาย

5. สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 โดยสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี และอายุระหว่าง 20 - 30 ปี

6. สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกสูงกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี

สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี

7. สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7

8. สตรีหลังคลอดที่มีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วย เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่ง ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8

9. สตรีหลังคลอดที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่าง กัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 โดยสตรีหลังคลอดที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่ไม่เคยได้ รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

10. การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

10.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4248, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.1

10.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มี ความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ.001 ($r = .3471, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.2

10.3 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ สตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2907, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.3

10.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ สตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2317, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.4

11. ปัจจัยร่วมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

11.1 อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปาก มดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3191, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.1

11.2 ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4519$, $P < .001$)

11.3 รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3539$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.3

11.4 อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3052$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.4

11.5 อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้อง กันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3164$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.5

11.6 จำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้อง กันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1123$, $P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.6

12. ปัจจัยภายนอกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

12.1 ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งของสตรีหลังคลอด อย่างไม่มีนัย สำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12.1

12.2 การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01 ($r = .1412$, $P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12.2

13. ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

13.1 ความเชื่ออำนาจภายในตนของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2512$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.1

13.2 ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์ เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.2

13.3 ความเชื่ออำนาจความบังเอิญของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2767, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.3

14. ผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่มีอิทธิพลร่วม ในการทำนายพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) พบว่าตัวแปร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้ร้อยละ 22.36

อภิปรายผล

การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี ผู้วิจัยได้แยกอภิปรายตามตัวแปรที่ศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. อายุ จากการศึกษพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไปมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี อายุ 20 - 24 ปี และอายุ 35 - 39 ปี สตรีหลังคลอดอายุระหว่าง 35 - 39 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 30 - 34 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และอายุระหว่าง 20 - 24 ปี และสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 20 - 24 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุระหว่าง 15 - 19 ปี และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3191, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.1 หมายถึงว่า สตรีหลัง

คลดที่มีอายุมาก จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ดีด้วย ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า
 อายุมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการและประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิต ซึ่งจะส่งผลถึงความแตก
 ต่างในการแสดงออกเกี่ยวกับความอดทน การมองปัญหา ความเข้าใจ การใช้เหตุผล และการตัดสินใจ
 ที่จะแสดงพฤติกรรมของแต่ละบุคคล กล่าวคือเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจ
 ใจหาทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัย
 (Orem.1980 : 154) สอดคล้องกับการศึกษาของมูแลนแคมป์และโบรแมน (Muhlenkamp and
 Broerman. 1988 : 843) พบว่าอายุเป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยทางอ้อมต่อแบบแผนการดำเนิน
 ชีวิตในเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอนามัย แอริสและกูเด็น (Brown and McGreedy. 1986 :
 317; citing Harris and Guten) และแลงกี (Langie. 1977 : 254) ต่างให้ผลสอดคล้องกันว่า
 พฤติกรรมการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นในผู้ที่มีอายุมากขึ้น ซึ่งแลงกี (Langie) กล่าวว่าอาจเป็น
 เพราะเนื่องจาก เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะมีความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองมากขึ้นและมี
 เวลามากพอที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และไมแมน
 (Becker and Maiman. 1975 : 20) ที่พบว่าอายุเป็นปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติ
 ด้านสุขภาพของบุคคล โดยบุคคลในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะสูงย่อมสนใจดูแลสุขภาพของตนเอง
 มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย และการศึกษาของ เสมอจันทร์ อะนะเทพ (2535 : 84) พบว่าอายุมี
 ความสัมพันธ์กันทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสอดคล้อง
 กับการศึกษาของ ทศนาภรณ์ ภูจินาพันธ์ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่าปัจจัยที่มีผลทำให้เกิดพฤติ
 กรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วในจังหวัดพะเยา คือ อายุของ
 หญิงวัยเจริญพันธุ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล ฤทธิ์มนตรี (2534 : บทคัดย่อ)
 ได้ศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคในคู่สมรส
 ของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาที่รับรู้การเป็นโรคของผู้ป่วย
 และพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ มัลลิกา ตั้งเจริญ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่า
 หญิงบริการที่มีอายุมากขึ้นสามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้สูงขึ้น สอดคล้อง
 กับการศึกษาของ สมจิต ปทุมมานนท์ (2532 : 138) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดู
 แลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุริย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 62)
 พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และสอดคล้อง
 กับการศึกษาของ สมชาย ลักษณะานุรักษ์ (2527 : 88) พบว่าอายุจะมีความสัมพันธ์
 กับพฤติกรรมการป้องกันกามโรค

2. ระดับการศึกษา จากการศึกษพบว่าสตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 โดยสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา และสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และระดับต่ำกว่าประถมศึกษา เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4519, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.2 สามารถอธิบายได้ว่าการศึกษาคะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีความคิดกว้างไกลสามารถเพิ่มพูนความสามารถให้กับตนเอง สามารถมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องยิ่งขึ้นได้ สตรีหลังคลอดที่มีระดับการศึกษาสูงมีโอกาสและสามารถที่จะแสวงหาความรู้และข้อมูล ข่าวสาร ที่เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพได้มากกว่าสตรีหลังคลอดที่มีการศึกษาระดับต่ำ ทำให้สามารถนำความรู้ประสบการณ์ที่ได้รับมาพิจารณาเลือกพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มูเลนแคมป์และโบรแมน (Muhlenkamp and Broerman, 1978 : 643) พบว่าระดับการศึกษามีผลกระทบโดยตรงต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ แมคคานิค และเคลียร์ (Yarcheski and Mahoon, 1989 : 89; citing Mechanic and Cleary, 1980) มูเลนแคมป์ และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles, 1988 : 336) ต่างก็พบสอดคล้องกันว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการศึกษาของ เบคเกอร์และคนอื่นๆ (Becker and others, 1978 : 274 - 275) พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ สนใจต่อสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการให้ยาป้องกันอาการหอบหืดแก่บุตรมากกว่า กลุ่มมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับแนวคิดของ คาสล์และคอบบ์ (Kasl and Cobb, 1966 : 250) ที่กล่าวว่าระดับการศึกษามีความใกล้ชิดกับพฤติกรรมความร่วมมือตามการรักษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมความร่วมมือเกี่ยวกับสุขภาพสูงด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา หลีองสุวาลัย (2534 : บทคัดย่อ) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ ลัจจพงษ์ (2534 : 69)

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด โดยผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาค่ำ และ การศึกษาของ สุวิมล ฤทธิมนตรี (2534 : 89) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติ กรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบ บี สอดคล้องกับการศึกษา ของ ยง ภู่วรรณ (2530 : 205) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีการป้องกันโรคตับอักเสบ บี เพิ่มขึ้น ตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้น และการศึกษาของ สุภาพ ไบแก้ว (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีแรงจูงใจในด้านพฤติกรรมการรักษา แตกต่างกัน และระดับการศึกษาเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงพฤติกรรมที่แตกต่างกันในด้านการดูแล สุขภาพ ของบุคคล กรรณิการ์ กันธรักษา (2527 : 123) กล่าวว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลมี ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพอนามัยดีขึ้น สามารถป้องกันตนเองไม่ให้เจ็บป่วยได้ดีกว่า ผู้ที่มีการ ศึกษาต่ำ สอดคล้องกับ จรรยา สุวรรณทัต (2527 : 17) กล่าวว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะช่วยเพิ่มพูนความรู้ และความสามารถให้กับตนเองทำให้เกิดเจตคติที่กว้างขวางมากขึ้น

3. รายได้ของครอบครัว จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัว ต่างกัน จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 โดยสตรีหลังคลอดที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน สูงกว่า 13,000 บาท มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีรายได้ ของครอบครัวต่อเดือน 8,001 - 13,000 บาท , 3,000 - 8,000 บาท และต่ำกว่า 3,000 บาทต่อ เดือน เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3539$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.3 สามารถอธิบายได้ว่า รายได้เป็น ปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการครองชีพ เพราะเป็นปัจจัยที่จะทำให้ได้มาซึ่งปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำรง ชีวิต ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสได้รับการตอบสนองในความจำเป็นพื้นฐาน และการเอาใจใส่ตน เองได้ดีกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีรายได้น้อย จะใช้เวลาในการหาเลี้ยงชีพของตนเองและครอบครัว จึงไม่ ค่อยมีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคแตกต่าง กัน ซึ่งตรงกับที่ เพนเดอร์ (Pender, 1982 : 16) กล่าวว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง และรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้ บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ใน

การแสวงหาสิ่งเอื้ออำนวย และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมทั้งการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเบิร์นและโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค และสอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ และคนอื่นๆ (Becker and others. 1974 : 205 - 215) ที่พบว่ามารดาที่มีรายได้ต่ำ เป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยไม่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534 : บทคัดย่อ) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ดี จะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของเยาวดี สุวรรณาคะ (2532 : 70) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัส บี ที่มีรายได้สูงมีพฤติกรรมสุขภาพอนามัยดีกว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 90) พบว่ามารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบ บี ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี หรือมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนสูง มีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบ บี สูงกว่า ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 63) พบว่ารายได้ของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ (2531 : 72) พบว่าฐานะเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง และเพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ (สุภาพร ธาตุเพ็ชร. 2531 : 59 อ้างอิงมาจาก เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. 2523 : 11 - 13) กล่าวว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี นอกจากจะนิยมไม่พบแพทย์เมื่อป่วยระยะต้นๆ แล้ว ยังนิยมในการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพด้วย ส่วนผู้ที่มีรายได้เศรษฐกิจต่ำ มักไม่ค่อยสนใจในการป้องกัน หรือส่งเสริมสุขภาพ จะไปพบแพทย์ก็เมื่อป่วยหนักจนทำงานไม่ไหว

4. อาชีพ จากการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 4 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอาชีพ แม่บ้าน รับจ้าง และค้าขาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า บุคคลที่มีอาชีพต่างกันจะมีความเชื่อด้านสุขภาพต่างกัน เพราะบุคคลในแต่ละอาชีพจะได้รับประสบการณ์จากการทำงาน และมีสิ่งแวดล้อมขณะปฏิบัติงานไม่เหมือนกันซึ่งสิ่งเหล่านี้เปรียบเสมือนสิ่งที่กระตุ้นให้บุคคลนั้นคิดหรือเข้าใจเรื่องราวเกี่ยวกับโรค และภาวะสุขภาพอนามัยต่างกัน และการประกอบอาชีพของบุคคลจะสัมพันธ์กับระดับการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีการศึกษาดี ย่อมมีโอกาสที่จะเลือกอาชีพที่ดีกว่า และทำให้มีรายได้ดีขึ้น อันจะนำมาซึ่งฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นเสมือนวัฏจักรทางสุขภาพ ดังนั้นสตรีหลังคลอดที่

มีอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ ย่อมมีโอกาสที่จะได้รับข้อมูล ข่าวสาร ตลอดจนการแลกเปลี่ยนความรู้ และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพทุกด้านได้ดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอาชีพแม่บ้าน อาชีพรับจ้าง และอาชีพค้าขาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิฟฟานี (Tiffany. 1981 : 53) พบว่า คนที่อยู่ในอาชีพฐานะทางสังคมที่ดีกว่า จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพอนามัยที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวท์ (White. 1979 : 249) พบว่ากลุ่มคนที่อยู่ในระดับสังคมและอาชีพที่ต่ำ จะมีผลต่อการรับรู้ความรู้ทางสุขภาพต่ำกว่าบุคคลในระดับสังคมและอาชีพที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ โคเบอร์น และโปป (Coburn and Pope. 1974 : 67 - 77) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการตรวจสุขภาพและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของบุคคลในครอบครัวและเด็ก และการศึกษาของ นันทิกา มิตรสัมพันธ์ (2534 : 126) พบว่ามารดาที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ มีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงดีกว่า มารดาที่มีอาชีพรับจ้าง ค้าขาย และแม่บ้าน และการศึกษาของ เบญจพร แก้วมีศรี (2534 : 86) พบว่าผู้มารับบริการรักษาที่มีอาชีพรับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ จะมีพฤติกรรมการเจ็บป่วยดีกว่าผู้มารับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย และลูกจ้างเอกชน การศึกษาของ ศรีเมือง ศรีนวนันต์ (2532 : 59) พบว่าอาชีพของผู้ปกครองมีผลต่อการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรคหัด และการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 89) พบว่ากลุ่มอาชีพที่ต่างกันมีความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกัน การศึกษาของ วัฒนา จุลนิวรรณ (2532 : ก) พบว่าผู้ที่มีอาชีพแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยแตกต่างกัน และการศึกษาของ จารุวรรณ ชิตสุวรรณ (2528 : บทคัดย่อ) พบว่า ลักษณะอาชีพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

5. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 โดยสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุระหว่าง 20 - 30 ปี และต่ำกว่า 20 ปี และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์เชิงบวก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3052$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.4 หมายถึงว่าสตรีหลังคลอดที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมาก จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นด้วย ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุมากกว่า 30 ปี เห็นความสำคัญของการมี

พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพทั้งพฤติกรรมโดยส่วนรวม และพฤติกรรมด้านการป้องกันสุขภาพของตนเอง เนื่องจากมีวุฒิภาวะมากกว่า วุฒิภาวะจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว โดยอาศัยการเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตทำให้เห็นความสำคัญของการมีพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพที่ดี

6. อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก จากการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 โดยสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกสูงกว่า 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี และสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกระหว่าง 20 - 30 ปี มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกต่ำกว่า 20 ปี และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่าอายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3164, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.5 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะมากกว่า ซึ่งจะทำให้บุคคลรู้จักพิจารณา ไตร่ตรองโดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีต และนำไปสู่ความตั้งใจที่จะกระทำการดูแลตนเองตามเหตุผล และความสำคัญของสิ่งที่ได้ไตร่ตรอง (จินตนา บ้านแก่ง. 2527 : 43) โอเรม เชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเองในด้านต่างๆ จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Oran. 1985 : 120) สตรีหลังคลอดที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุมาก จึงมีความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจต่างๆ มีแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมดูแลตนเอง และการป้องกันโรคดีกว่าสตรีหลังคลอดที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย หรืออยู่ในช่วงวัยรุ่น

7. จำนวนครั้งของการคลอด จากการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการคลอดกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่าจำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .1123, P < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 11.6 แต่ถือว่ามีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผลจากการศึกษาที่ไม่พบความแตกต่างของการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ที่มีจำนวนครั้งของการคลอดแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดมาเพียง 1 ครั้ง และสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดมา 2 - 3 ครั้ง ต่างก็ได้รับคำแนะนำเป็นรายบุคคลจากแพทย์และพยาบาล ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หรือการแนะนำให้มารับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกหลังคลอดเหมือนกัน นอกจากนี้สตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดเป็นครั้งแรกยังได้รับการสอนเป็นกลุ่มจากนักศึกษาแพทย์ และนักศึกษาพยาบาลอีกด้วย ทำให้สตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดครั้งแรกมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนได้ไม่แตกต่างจากสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดมา 2 - 3 ครั้งขึ้นไป นอกจากนี้อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างของจำนวนครั้งของการคลอด คือ สตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดเพียง 1 ครั้ง มีมากถึงร้อยละ 61.9 ส่วนสตรีหลังคลอดที่ผ่านการคลอดมาแล้ว 2 ครั้ง มีร้อยละ 25.8 และที่ผ่านการคลอดตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไปมีเพียงร้อยละ 12.3 จึงอาจเป็นเหตุทำให้ไม่พบความแตกต่างของพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอดต่างกัน

8. ประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่มีประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด พบว่าประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12.1 แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ ขฎาภรณ์ สุรินทร์ (2534 : 215) พบว่าประสพการณ์เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนขณะเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของมารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการปฏิบัติตนขณะป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ปริซาวเวช (2535 : 106) ที่พบว่าประสพการณ์ที่พบเพื่อนร่วมงานมีอาการหูตึงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงานโรงงานทอผ้า และการศึกษาของ สมทรง ศุภศิลป์ (2526 : 88) พบว่าประสพการณ์เกี่ยวกับการเคยเห็นและเป็นโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์เชิงลบกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตร จากการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่พบความแตกต่างของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสพการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อน ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก กับการ

ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อาจเนื่องมาจาก ก. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยพบผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมาก่อนมีถึงร้อยละ 90.0 ส่วนผู้ที่เคยมีประสบการณ์มีเพียงร้อยละ 10.0 เท่านั้น จึงอาจเป็นผลให้การมีประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

9. การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาพบว่าสตรีหลังคลอดที่ได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 โดยสตรีหลังคลอดที่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่า สตรีหลังคลอดที่ไม่เคยได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้ รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .1412, P < .01$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 12.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ปริชาวเวช (2535 : 106) พบว่าการได้รับแจกเอกสารแผ่นพับ การเห็นโปสเตอร์เกี่ยวกับอันตรายของเสียงและการป้องกัน การได้รับคำแนะนำจากบุคคลอื่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงาน และการศึกษาของ พนมศรี เสาร์สาร (2532 : 57 - 60) พบว่าระดับข่าวสารและโอกาสที่ได้รับข้อมูลเรื่องโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของสุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : ก - ข) พบว่าการได้รับคำแนะนำข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

10. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .4248, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.1 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูง จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคดี ทั้งนี้เพราะการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ เพื่อต้องการลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : ข) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี ปรีชาวรรณ (2535 : 94) พบว่าการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงานมีความสัมพันธ์กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดประสาหูเสื่อม จากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีเสียงดัง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 66) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรควัณโรคปอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค การศึกษาของ ศิริพร พงษ์โศกา (2532 : 52) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันการติดต่อของโรคไวรัสตับอักเสบบี และการศึกษาของ นิธยา ภาสุนันท์ (2529 : 81) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจขาดเลือดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความร่วมมือในการรักษาโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ก - ข) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมารับบริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ คาลาน (Nemeck. 1990 : 129; citing Calan. 1986) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นตัวแทนของการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลาล (Hallal. 1982 : 140) พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์กับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เจลลี (Janz and Becker. 1984 : 18; citing Kelly. 1979) พบว่ากลุ่มที่ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความตระหนักว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รันคอลลล์และวิลเลอร์ (Janz and Becker. 1984 : 21; citing Rundall and Wheeler. 1979) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการตรวจเช็คร่างกายเพื่อป้องกันโรค

11. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .3471$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.2 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคดีทั้งนี้ เพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลทราบ ว่า ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจะได้ผลกระทบกระเทือนจากโรคนาน้อยเพียงใด การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการเจ็บป่วย ถ้าบุคคลได้รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ในสังคม

บุคคลย่อมเกิดความกลัวและจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น (Rosenstock, 1974 : 330) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์นิโคคา (2532 : 92) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสตับอักเสบ บี มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60) พบว่าการรับรู้ ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธา ภูทอง (2529 : ก - ข) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรคแทรกของการตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้บริการการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เวินเบอร์เกอร์ (Weinberger, 1981 : 1253) พบว่าคนที่สูบบุหรี่เป็นบางครั้งเป็นเพราะเห็นว่า ผลลัพธ์ของการสูบบุหรี่มีความรุนแรงต่อการเกิดโรค และเขาพยายามจะสูบบุหรี่ให้น้อยลง การศึกษาของ มิคเฮล (Mikhail, 1981 : 69) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการมารับภูมิคุ้มกันโรคใช้หวัดใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เซอร์โคเนียและฮาร์ท (Cerkoney and Hart, 1980 : 594 - 598) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยเบาหวาน สอดคล้องกับการศึกษาของ จาร์สัน (Janz and Becker, 1984 : 3 ; citing Larson and others, 1979) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคใช้หวัดใหญ่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคใช้หวัดใหญ่

12. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2907$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.3 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคสูง จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพนั้นมีความเชื่อว่า สิ่งที่เขาปฏิบัติมีผลดีในการป้องกันโรค สามารถสืบค้นหาโรคได้ในระยะเริ่มแรก ตลอดจนสามารถบรรเทาอาการหรือรักษาอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ นักสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 66) พบว่าการรับรู้

ประโยชน์ของการรักษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 93) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ (2531 : 55) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในผู้เสพยาเสพติด การศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดที่รับรู้ว่าการรักษาเป็นสิ่งมีประโยชน์จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดา ภูทอง (2529 : ก - ข) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการรับบริการการฝากครรภ์ และการศึกษาของ คาลาน (Nemeck. 1990 : 129 ; citing Calan. 1986) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติจะเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในความปอย และความถูกต้องของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ แชมเปียน (Nemeck. 1990 : 133 ; citing Champion. 1984 - 1985) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ อะโฮ (Aho. 1979 : 201) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการฉีดวัคซีน มีความสัมพันธ์กับการไปรับวัคซีนป้องกันไข้หวัด และการศึกษาของ เทอร์เรลและฮาร์ท (Tirrell and Hart. 1980 : 492) พบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ของการออกกำลังกายตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา

13. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2317$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10.4 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคหรือความยุ่งยากที่จะมีพฤติกรรมการปฏิบัติในระดับต่ำ ก็จะทำให้เกิดความพึงพอใจที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่ถูกต้องมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นภัสวรรณ อินประสิทธิ์ (2536 : 61) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคซิฟิลิส สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 98) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เนื่องจากถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่ามีอุปสรรคต่อการปฏิบัติสูงจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจมาก ทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประยงค์ สัจจพงษ์ (2534 : 57) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการรักษา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร พงษ์โกศา (2532 : 93) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมีความ

สัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดต่อของโรค กล่าวคือ มารดาที่มีการรับรู้
อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะเป็นกลุ่มที่ปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดต่อของโรคดี ซึ่งตรงกันข้าม
กับมารดาที่รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติสูง จะปฏิบัติตนในการป้องกันการติดต่อของโรคไม่ดี
สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์ (2531 : 60) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการ
ปฏิบัติมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และการศึกษาของ สุดา ภูทอง
(2529 : ก - ข) พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการฝากครรภ์ มีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับการมา
รับบริการฝากครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ภาสุนันท์ (2529 : 82) พบว่าผู้ที่มีการ
รับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนน้อย จะให้ความร่วมมือในการรักษาดี และการศึกษาของ เคลลี
(Janz and Becker. 1984 : 18 ; citing Kelly. 1979) พบว่ากลุ่มที่ไม่ปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองมีเหตุผลว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสิ่งที่น่ากลัว สอดคล้องกับการศึกษาของ
เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrell and Hart. 1980 : 490) พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมี
ความสัมพันธ์เชิงลบ กับการร่วมมือในการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด
สอดคล้องกับการศึกษาของ เคิร์ทและโรเซนสต็อค (Janz and Becker. 1984 : 24 - 25 ; citing
Kirscht and Rocenstock. 1977) พบว่าการรับรู้ต่ออุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับการปฏิบัติ
ตนในการควบคุมอาหารและ สอดคล้องกับการศึกษาของ แอนโทนอฟสกี (Antonovsky. 1970 :
367) พบว่าความกลัวเจ็บ ความไม่สุขสบาย ปัญหาการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางกลับกันกับ
การไปใช้บริการป้องกันรักษา

14. ความเชื่ออำนาจภายในตน จากการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนของ
สตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2512, P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.1 แสดงว่า
กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูง จะมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคดีด้วย ซึ่งสอดคล้อง
กับการศึกษาของ รุ่งศรี ศศิธร (2536 : 102) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความ
สัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน สอดคล้องกับการ
ศึกษาของ พรรณี ปานเทววัน (2533 : 56) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์กับ
แบบแผนการดำเนินชีวิตของคนงานโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ สอดคล้องกับการศึกษาของ
สมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 138) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความสัมพันธ์กับการดูแล
ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ การศึกษาของ อรทัย รวยหาจิณ (2531 : บทคัดย่อ) พบว่า ความ
เชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตามโปรแกรมการควบคุมโรคมาเลเรีย

การศึกษาของ วัลลา มิวทอน (2527 : ก - ค) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือของมารดา ในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527 : 136 - 137) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนในหญิงตั้งครรภ์ และการศึกษาของ เคนเนดี้ , โปรบาท และดอร์แมน (Kennedy, Probart and Dorman. 1991 : 319 - 329) พบว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน จะมีความห่วงใยต่อสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายนอกตน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทเซล (Weitzel 1989 : 99 - 102) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนของคนงานสามารถนำมาใช้เป็นตัวทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาคิน (Lakin. 1988 : 42 - 44) พบว่าความเชื่ออำนาจภายในตนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย

15. ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น จากผลการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > .05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.2 แต่ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 56) พบว่าความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด เพื่อป้องกันโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ จอนมะจง เพ็งจาด (2533 : 34) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ ซึ่งการไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวในกลุ่มสตรีหลังคลอดนี้ อาจเนื่องจากความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นของสตรีหลังคลอดกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลางมีจำนวนมาก มีเพียงร้อยละ 3.5 เท่านั้น ที่มีความเชื่อในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มสตรีหลังคลอดมักจะเชื่อแพทย์และพยาบาลในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ดังนั้นไม่ว่าสตรีหลังคลอดจะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับถูกต้องมากน้อยเพียงใดก็ตาม ต่างก็มีความเชื่ออำนาจบุคคลอื่นในระดับสูง จึงทำให้ผลการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

16. ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ จากการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญของสตรีหลังคลอด มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.2767$, $P < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13.3 การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาคิน (Lakin. 1988 : 42 - 44) พบว่าความเชื่ออำนาจทางโชครชะตา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเองในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เวอร์เนท และไวส์ (Wernet and Weiss. 1987 : 160 - 165) พบว่าบุคคลที่มีประวัติ

เข้าร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค และสนใจหาข่าวสาร ความรู้ในด้านปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค จะมีความเชื่ออำนาจทางโรคชะตาน้อยกว่า กลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ มูเลนแคมป์ และคนอื่นๆ (Muhlenkamp and others. 1985 : 327 - 332) พบว่าความเชื่ออำนาจทางโรคชะตา มีความสัมพันธ์เชิงลบกับแบบแผนการดำเนินชีวิตในการส่งเสริมสุขภาพ และการศึกษาของ จอนผะจง เฟ็งจาด (2533 : 45) พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงอาชีพพิเศษ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต ปทุมานนท์ (2532 : 138) พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลตนเองด้านอนามัยแม่และเด็กในมารดาครรภ์แรก และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัศมีแข วิโรจน์รัตน์ (2534 : 57) พบว่าความเชื่ออำนาจความบังเอิญมีความสัมพันธ์เชิงลบ กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะ

เพื่อเป็นการส่งเสริมให้สตรีหลังคลอดมีพฤติกรรมปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดได้ดีที่สุด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ และพบว่าพฤติกรรม การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในการศึกษาครั้งนี้อยู่ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 1.31$, $S = 0.17$) ดังนั้นผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมสุขภาพหรือผู้มีหน้าที่ให้สุขภาพและประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล ควรพิจารณาจัดกิจกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แนวคิด “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ” (Health Belief Model) เป็นแนวทางการจัดเนื้อหา เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคและเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคต่ำ จึงจะทำให้สตรีหลังคลอดและสตรีทั่วไปมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูก ทั้งทางด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตน

2. ส่งเสริมให้สตรีหลังคลอด มีความเชื่ออำนาจภายในตนสูงขึ้น และมีความเชื่ออำนาจความบังเอิญให้น้อยลง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่สำคัญตัวหนึ่ง ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้นผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องในการจัดกิจกรรมสุขภาพ จึงควรหากิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงความเชื่ออำนาจความบังเอิญให้เป็นความเชื่ออำนาจภายในตนให้มากขึ้น

3. ควรมีการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันโรค ซึ่งจากการศึกษาพบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคแตกต่างกันด้วย ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรเอกชนต่างๆ ที่ต้องการเผยแพร่ข้อมูล ข่าวสารด้านสุขภาพ โดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ผ่านสื่อต่างๆ ตั้งแต่ สื่อบุคคล สื่อวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ นอกจากจะพิจารณาความครอบคลุมในสื่อต่างๆ แล้ว จะต้องพิจารณาถึงความถี่และความต่อเนื่อง ตลอดจนเทคนิควิธีการของการเผยแพร่ด้วย นอกจากนี้เนื้อหาสำหรับการเผยแพร่ต้องเหมาะสมกับปัจจัยทางด้านประชากร สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจ จึงจะทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือ สตรีหลังคลอด และสตรีทั่วไป มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ต่อไป เช่น กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องับพฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การเห็นคุณค่าในตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งก็เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในกลุ่มสตรีหลังคลอด

3. ควรมีการศึกษาถึงแนวทางและกลวิธีดำเนินงานสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสตรี ให้มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง

4. ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิภาพของสื่อต่างๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
5. ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ต่อไป
6. ควรมีการศึกษาเพื่อปรับปรุงแบบวัดความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ โดยปรับปรุงข้อความในบางข้อให้ง่ายแก่การเข้าใจ และสามารถใช้ได้เหมาะสมกับกลุ่มที่จะศึกษา

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรณีการ กั้นการรักษา. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- กาญจนา บุญทับ. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- การแพทย์, กรม. โครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ 2534 - 2537. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2534.
- สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2536.
- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุงสาสน์, 2532.
- คมสัน ชินะผา. "มะเร็งของอวัยวะเพศสตรี," นิตยสารใกล้หมอ. 6(2) : ธันวาคม 2527.
- คณะกรรมการศึกษาแห่งชาติ, สำนักงาน. ศัพทานุกรมสำหรับปฏิบัติการในระบบสารสนเทศทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ศูนย์ประสานงานและปฏิบัติการของระบบสารสนเทศ เพื่อการศึกษา กองสารสนเทศ สำนักงานคณะกรรมการ การศึกษาแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2523.
- จรรยา สุวรรณทัต. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดูหน่วยที่ 8 - 15 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ : ชนวนพิมพ์, 2527.
- จรรยา เศรษฐบุตร. "แนวความคิดและทฤษฎีมนุษยวิทยาการแพทย์: ความต่อเนื่องและการเปลี่ยนแปลงในรอบ 5 ปี," ใน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มนุษยวิทยาการแพทย์. บรรณาธิการโดยเบญจา ยอดดำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และ กฤตยา อาชวนิจกุล, หน้า 7 - 26. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.
- จอนณะจง เพ็ญจาด. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพ ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2523. อัดสำเนา.
- จารุวรรณ ขัติสุวรรณ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.

- จินตนา เหลืองสุวาลัย. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และเจตคติต่อโรค กับพฤติกรรม
การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- จุไรรัตน์ จรรย์แสง. การเป็นโรคและผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจ ณ สถานีนางเลิ้ง
อ. ป้อมปราบ จ.พระนคร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2526. อัดสำเนา.
- จุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาล. สถิติโรคมะเร็ง. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2535.
- จันทร์สุดา วงศ์ศรีธนาลัย และคนอื่น ๆ. “ความสัมพันธ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดกับการเกิด
มะเร็งปากมดลูก รายงานเบื้องต้น,” จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 28 : 507 - 519 ;
พฤษภาคม 2527.
- จำเนียร ช่างโชติ และคนอื่น ๆ. จิตวิทยาการรับรู้และการเรียนรู้. กรุงเทพฯ :
กึ่งจันทร์การพิมพ์, 2528.
- แจ่ม วรรณานุสาร และสมหมาย อุดสุวรรณ. “มะเร็งปากมดลูก,” ใน นรีเวชวิทยา.
(พิมพ์ครั้งที่ 2) บรรณาธิการโดย สมหมาย อุดสุวรรณ หน้า 33 - 40.
กรุงเทพฯ : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2527.
- ชฎาภรณ์ สุวันรินทร์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันและพฤติกรรมกาปฏิบัติตน ขณะป่วย
เป็นอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการให้สถิติเพื่อการวิจัย กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล, 2534.
- ฐิติพร อิงคภาววงศ์. ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาใช้บริการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามารินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- ครุณี ชุนหวัด และเพ็ญจันทร์ ส.โมไนยพงศ์. “การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วย
เหลือตนเอง,” ใน การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 1)
บรรณาธิการโดย สมจิต หนูเจริญกุล. หน้า 275 - 301. กรุงเทพฯ : บริษัทวิศิฏสิน,
2535.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “แนวคิดพื้นฐานทางสังคมวิทยาการแพทย์,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
สังคมวิทยาการแพทย์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2524.

ทัศนภรณ์ ภูจินาพันธ์. สภาวะการคิดเพื่อเจตสของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วในจังหวัด

พะเยา. กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2534.

เทวินทร์ โกสิยะตระกูล และอิตถี ชนโมศรี. "หลักการตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก."

ใน เอกสารการประชุมสัมมนาเรื่อง การพัฒนาการเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกในการให้บริการวางแผนครอบครัว 19 - 20 มิถุนายน หน้า 57 - 82. กรุงเทพฯ :

กองอนามัยครอบครัว, 2532.

ธนวรรณ อิมสมบุญ. "การประเมินผลงานสุศึกษาในโรงเรียน : กระบวนการวิเคราะห์

อย่างเป็นระบบ," วารสารสุศึกษา. 8 (29) : 24 - 26 ; เมษายน - พฤษภาคม 2529.

----- . "การสอนสุศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุภาพ ." สุศึกษา - พลศึกษา - สันทนาการ.

15 (4) : 11 - 39 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2532.

นภัทวรรณ อินประสิทธิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง ความเชื่อด้านสุภาพ กับพฤติกรรมสุภาพ

ในการป้องกันโรคติดต่อของคณงานโรงไม้หิน จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

นิตยา ภาสุนันท์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุภาพ และความรู้เกี่ยวกับการดูแล

ตนเอง กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์

วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัดสำเนา.

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและ

การดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย

โรคหัวใจขาดเลือด. วิทยานิพนธ์ วท. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อัดสำเนา.

นิตยา อังกาบุรณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุภาพกับการปฏิบัติของผู้ป่วยโรค

กล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,

2527. อัดสำเนา.

นิพนธ์ แจ้งเอี่ยม. การศึกษานุคลิกภาพ ความเชื่อมั่นในตนเอง และความภาคภูมิใจในตนเอง

ของนักเรียนชั้น ม.ศ. 3 ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดอุดรดิตถ์. ปริญญาานิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2524.

อัดสำเนา.

- นิมิต มาร์ติน และคนอื่น ๆ. “อุบัติเหตุการณ์และอัตราตายของโรคมะเร็งของประชากรในจังหวัด เชียงใหม่ ในระยะ 5 ปี (2526 - 2530),” มะเร็งปริทัศน์ 3 - 11 ; คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรค อุจจาระร่วง. ปริญญานิพนธ์ กศ. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- เบญจบ ไชวนิชกุล. “มะเร็งปากมดลูกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประจำปี 2528 ,” จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 30 : 839 - 847 ; กันยายน 2529.
- เบญจพร แก้วมีศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเจ็บป่วยของผู้มารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- เบญจา ยอดคำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. “พฤติกรรมทางด้านสุขภาพอนามัยของคนไทย ,” ใน ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา : มนุษยวิทยาการแพทย์ บรรณาธิการโดย เบญจา ยอดคำเนิน จรรยา เศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล. หน้า 27 - 46. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2529.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. สถิติวิจัย II. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์, 2523.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. “องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษา หน่วยที่ 1 - 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พีระพัฒนา, 2527.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์, 2532.
- ประยงค์ สัจจพงษ์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและ ลักษณะบางประการ กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด เขตอำเภอคำเนินสะดวก จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท. ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ประยงค์ เอกก้านตรง. “มะเร็งปากมดลูกที่พบในผู้ใส่ห่วงอนามัย ,” วารสารกรมการแพทย์. 6 (5) : 411 - 421 ; กันยายน - ตุลาคม 2524.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2531 - 2535. กรุงเทพฯ : กองสถิติสาธารณสุข, 2535.

- พนมศรี เสาร์สาร. พฤติกรรมกำบังกั้นการติดเชื้อโรคเอดส์ ของหญิงบริการในเขต กรุงเทพมหานคร ปี 2531. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- พรรณีภา ธรรมวิรัช. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระบบสืบพันธุ์สตรี. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พรรณี ปานเทวน์. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพอนามัย ปัจจัยพื้นฐานบางประการ กับแผนการดำเนินชีวิตของคนงานหญิงโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอในเขต อ.เมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. อัดสำเนา.
- พวงพยอม การกัญญา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เจริญผล, 2533.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคนอื่นๆ. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ ความต้องการทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคเอดส์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา, ศิณีนาฏ สนธิพงษ์. “สถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน แนวโน้มในอนาคต และแนวทางการควบคุม,” วารสารโรคเอดส์. 15 (1) : 34 - 39 ; มกราคม - มีนาคม 2532.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และคนอื่นๆ. “การศึกษาสภาวะมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย,” วารสารโรคเอดส์. 16 : 39 - 44 ; เมษายน - มิถุนายน 2533.
- เพ็ญแข พัทธกะโพรวณ, พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และวรัญ วรรณตรี. “การสำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกในชนบทไทย,” วารสารโรคเอดส์. 14 : 170 - 177 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2531.
- ไพรัช เทพมงคล. โรคเอดส์สำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปและนักศึกษาแพทย์. กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์, 2534.

- ภรณ์ สุรินทร์. การประยุกต์วิธีการทางการตลาดทางสังคมในการส่งเสริมการรับบริการตรวจ
เซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท จ.สุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- มัลลิกา ตั้งเจริญ. การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์กับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกัน
โรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล,
2534. อัดสำเนา.
- ยง ภูววรรณ และคนอื่นๆ. “ความรู้เกี่ยวกับโรคตับอักเสบไวรัส บี และการยอมรับบริการ
ในสตรีตั้งครรภ์,” จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 31 : 201 - 205 ; มีนาคม 2530.
- เยาวดี สุวรรณนาคะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรค
กับพฤติกรรมอนามัยของผู้ป่วยตับอักเสบจากไวรัสตับอักเสบ บี. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ราชวิถี, โรงพยาบาล. สถิติผู้ป่วยใน - ผู้ป่วยนอก. กรุงเทพฯ : ฝ่ายเวชสถิติ, 2537.
- รุ่งศรี ศศิธร. ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุม
ทางสุขภาพ กับการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานของคนงานก่อสร้าง
ในบริษัทรับเหมาก่อสร้างบางแห่ง จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ลัดดาวัลย์ บรรหารศุภวาท และคนอื่นๆ. “การตรวจมะเร็งระยะแรกที่ปากมดลูกของผู้ที่ใช้
ห่วงอนามัยในระยะเวลา 12 ปี,” วารสารกรมการแพทย์. 4 : 46 - 64 ;
ตุลาคม - ธันวาคม 2522.
- วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย. มะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2537.
- วรรณ บันเทิง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับ
พฤติกรรมเผชิญภาวะเครียด ก่อนผ่าตัดในผู้หญิง เด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์
วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. อัดสำเนา.
- วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. “บทบทวนความรู้เรื่องการรักษามะเร็งปากมดลูก,” วารสารโรคมะเร็ง.
11 : 62 - 68 ; เมษายน - มิถุนายน 2533.
- วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. กรุงเทพฯ :
ไทยวัฒนาพานิช, 2530.
- วิไล เบญจกาญจน์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. “มะเร็งปากมดลูก,” หมอชาวบ้าน.
3 (28) : 27 - 28 ; สิงหาคม 2524.

- วัฒนา วุฒิวรรณ. การวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้ และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน
การโรคและโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์การโรคเขต 3 จ. ชลบุรี.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- วัลภา ผิวทน. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน เกี่ยวกับสุขภาพ
อนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม
กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค.
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ศยาม เวศกิจกุล และคนอื่น ๆ. "ผลการรณรงค์ตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในเขตอำเภอ
รัตนภูมิ : การคำนึงสภาพความคุ้มของการลงทุน," สงขลา นครินทร์เวชสาร. 6 :
406 - 412 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2531.
- ศิริพร พงษ์โกคา. การศึกษาความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกัน
การติดต่อของโรคในมารดาหลังคลอดที่เป็นพาหะของโรคตับอักเสบไวรัส บี .
วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.
- ศิวาลัย ธนภัทร และคนอื่น ๆ. "ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้ยาคุมกำเนิดกับการเกิดมะเร็ง
ปากมดลูก," วารสารโรคมะเร็ง. 14 : 36 - 49 ; มกราคม - มีนาคม 2531.
- ศรีเมือง ศรีนวลนัฒ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับ และไม่มารับภูมิคุ้มกันโรคหัดในเด็กอายุ 1 - 2 ปี
ของจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2531. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
มหิดล, 2532.
- สงวน สุทธิเลิศอรุณ. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ทิพย์วิสุทธิ, 2532.
- สถิต วงศ์สุวรรณค์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์บำรุงสานส์, 2525.
- สถิตีแห่งชาติ, สำนักงาน. การจำแนกประเภทอาชีพ. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2534.
- . รายงานการสำรวจสภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2536. กรุงเทพฯ :
สำนักนายกรัฐมนตรี, ม.ป.ป.
- สถิตีแห่งชาติ สำนักงาน. การสำรวจแรงงาน พ.ศ. 2534. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2536.
- สมจิต ปทุมานนท์. ความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน ด้านสุขภาพ ปัจจัยบางประการทาง
ลักษณะประชากร กับประสิทธิผลการสอนหญิงมีครรภ์ในการดูแลตนเอง ด้านอนามัย
แม่และเด็ก. วิทยานิพนธ์ ส.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

- สนใจ ยัมวิไล. การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สมชาย ลักษณะนารักษ์. ปัจจัยทางสังคม จิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องในนักเรียน นักศึกษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- สมชาย สมบูรณ์เจริญ และศิณีนางู สนธิพงษ์. "ระบาดวิทยาโรคมะเร็งในประเทศไทยและแนวทางการแก้ปัญหา," วารสารโรคมะเร็ง. 7(4) : 121 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2524.
- สมชัย นิรุติศาสตร์. รายงานเบื้องต้น พฤติกรรมทางเพศของสามีในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม - เศรษฐกิจ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526. อัดสำเนา.
- สมพร วัฒนกุลเกียรติ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจหลังคลอดที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กตามบทที่ 41 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สมหมาย ถุงสุวรรณ และคนอื่น ๆ. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : เจริญวิทยการพิมพ์, 2533.
- สมศรี เวชชะ. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มสตรีที่ใช้และไม่ใช้บริการ การตรวจมะเร็งปากมดลูกระยะแรก. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2533. อัดสำเนา.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. มะเร็งวิทยานรีเวชวิทยาฉบับดี. กรุงเทพฯ : หจก.การพิมพ์, 2531
- สรรพศรี เปี้ยวุฒิ. "มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี," วารสารโรคมะเร็ง. 135 - 145 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2532.
- สาธารณสุข , กระทรวง. สภาพและปัญหาสาธารณสุข นโยบายและกลวิธีการพัฒนาในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : กองแผนงานสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2535.

- สุกัญญา ณรงค์วิทย์. ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตน และการป้องกันโรคในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. จัดสำเนา.
- สุชา จันทรเฒ. จิตวิทยาการพัฒนาวาร. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2533.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุศึกษา. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ และพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ภาพพิมพ์, 2537.
- สุดา ภูทอง. การศึกษาเปรียบเทียบลักษณะของหญิงที่มีการฝากครรภ์ และไม่ฝากครรภ์: ศึกษาเฉพาะกรณีหญิงมีครรภ์ที่คลอดในศูนย์อนามัยแม่และเด็ก เขต 9 ยะลา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. จัดสำเนา.
- สุนันทา จรียาเลิศศักดิ์. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก," วารสารโรคมะเร็ง. 12 : 165 ; ตุลาคม - ธันวาคม 2529.
- สุภาพ ไบแก้ว. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528. จัดสำเนา.
- สุภาพร ธาตุเพชร. ความเชื่อที่ผิดด้านการดูแลสุขภาพเด็กวัยทารกเองมารดาที่พาเด็กป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. ปริญญาานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2531. จัดสำเนา.
- สุรีย์ โอภาสศิริวิทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และปัจจัยบางประการ กับ การดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. จัดสำเนา.
- สุวรรณณี ปรีชาวรรณ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันหูของคนงานโรงงานทอผ้า จ. สมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. จัดสำเนา.
- สุวิมล ฤทธิมนตรี. ความรู้เรื่องโรค ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคตับอักเสบไวรัส บี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. จัดสำเนา.

สุวัฒน์ จันทรจำนง. “ระบาดวิทยาของมะเร็งปากมดลูก,” ใน มะเร็งปากมดลูก .

บรรณาธิการโดย สุวัฒน์ จันทรจำนง และเกษียร สถาพรพงษ์. หน้า 1 - 167.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์, 2530.

เสมอจันทร์ อะนะเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือด ที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทาดอน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

อรทัย รวยอาจิน. ความเชื่อและพฤติกรรม: การตรวจสอบปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามโปรแกรมควบคุมมาเลเรียในเขตชนบทของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ส.ศ. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยฮาวาย, 2531.

อาคม เขียรศิลป์. โรคมะเร็งที่พบบ่อยในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2529.

อัจฉรา พุ่มดวง. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน - ภายนอกตน กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.

อังคณา จิราจันต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมของมารดา เมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530. อัดสำเนา.

อุสมพร ปุรินทราภิบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

Antonovsky, A. and R. Kats. “The Model dental patient : An empirical study of preventive health behavior ,” Social Science and Medicine. 4 : 367 ; 1970.

Becker, M.H., R.H. Drachman and J.P. Kirscht. “A new approach to explaining sick role behavior in low income population,” American Journal of Public Health. 64 : 205 - 216 ; March, 1974.

Becker, M.H. “The Health belief model and sick role behavior,” Health Education Monographs. 2 : 300 - 395; Winter, 1974.

- Becker, M.H. and L.A. Maiman. "The Health Belief Model : Origins and correlates in psychological theory," Health Education Monographs. 2 : 300 - 385 ; Winter, 1974.
- . "Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation," Medical care. 13 : 3 - 24 ; January, 1975.
- Becker, M.H. and others. "Selected psychosocial models and correlates of individual health related behavior," Medical Care. 15 : 125 - 135 ; May, 1977.
- Becker, M.H. and others. "The health belief model and prediction of dietary compliance : A field experiment ," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 348 - 366 ; December, 1977.
- . "Compliance with a medical regimen for asthma : a test of the health belief model," Public Health Report. 93 (3) : 268 - 277 ; May - June, 1978.
- Best, J.W. Research in Education. Engle Wood Cliffs ; Prentice - Hall , 1959.
- . Research in Education. 2nd ed. New Jersey : Prentice - Hall Inc., Englewood Cliffs, 1963.
- Bleich, A.R. "Prophylaxis of penile carcinoma," JAMA. 143 : 1054 - 1057 ; 1950.
- Brown and others. "The relationship among health belief, health value and health promotion activity," Western Journal of Nursing Research. 5 : 155 - 163 ; 1983.
- Brown, J.P. and M. Mc.Greedy. "The hale elderly : health behavior and it's correlates ," Research in Nursing and Health. 9 : 317 - 329 ; December, 1986.
- Bunting , S.M. "The concept of perception in selected nursing theories," Nursing Science Quarterly. 168 - 174 ; November, 1988.
- Caldwell , J.R. and others. "The dropout problem in antihypertensive therapy," Journal of Chronic Disease. 22 : 579 - 592 ; August, 1970.
- Cerkony, K. and L.K. Hart. "The relationship between the health belief model and compliance of person with diabetes millitus," Diabetes Care. 3 : 594 - 598 ; November/ December, 1980.
- Charney, E. and others. "How well do patients take oral penicillin : A collaborative study in private practice," Pediatrics. 40 : 188 - 195 ; August, 1967.

- Christopherson, W.N. and J.E. Parker. "Relation of cervical cancer to early marriage and child bearing," England Journal of Medical. 273 : 235 - 239 ; 1965.
- Coburn, David and C.R. Pope. "Socioeconomic status and preventive health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 15 (3) : 66 - 77; March, 1974.
- Cockerham, W.C. Medical Sociology. 2nd ed. New Jersey : Englewood Cliffs, Prentice - Hall. Inc, 1982.
- Comming , K.M. and others. "Psychosocial determinants of immunization behavior in a Swine - Influenza - Campaign," Medical Care. 17 (6) : 639 - 649 ; June, 1979.
- Cronbach, Lee Joseph. Essential of Psychological Testing. 3rd ed. New York : Harper and Raw, 1970.
- Eachus, P. "Multidimension health locus of control belief of health promotion officers," Health Education Journal. 50 (2) : 67 - 69 ; 1991.
- Edward, Allen L. Statistical Methods of the Behavior Science. New York : Rinchart, 1954.
- Frost, J.K. "Thichomonas vaginalis and cervical epithelial changes," Am NY Academy Science. 97 : 792 - 795 ; 1962.
- Frucher, R.G., J. Boyce and M. Hunt. "Missed opportunities for early diagnosis of cancer of the cervix," American Journal of Health. 70 : 418 - 419 ; April, 1980.
- Gagnon, F. "Contribution to study of etiology and prevention of cancer of cervix of uterus," Am Journal Obstetric Gynecology. 60 : 516 - 522 ; 1950.
- Garrison, K.C. and R. Magoon. Educational Psychology. Ohio : charles E . Merrill Publishing Company, 1972.
- Good, Carter V. Dictionary of Education . New York : McGraw - Hill Book Company, 1959.
- Hafner, D.P. and J.P. Kirscht. "Motivation and behavioral effect of modifying health belief ," Public Health Report. 85 (6) : 478 - 483 ; June, 1970.
- Hallal, J.C. "The relationship of health belief, health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult women," Nursing Research. 31 : 137 - 142 ; 1982.
- Handley, W.S. "The prevention of cancer," Lancet. 1: 987 - 991 ; 1936.

- Harris, Daniel M. and Guten Sharon. "Health - Promotion behavior : An exploratory study," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 17 - 29 ; March, 1979.
- Hay, D. and C.E. Ross. "Concerns with appearance, health belief and eating habits," Journal of Social Behavior. 28 : 120 - 130 ; June, 1987.
- Hubbard, P., A.F. Muhlenkamp and N. Brown. "The relationship between social support and self - care practices," Nursing Research. 33 : 266 - 269 ; May, 1984.
- Janz , N.K. and M.H. Becker. "The health belief model : A decade later," Health Education Quarterly. 11 : 1 - 47 ; Spring, 1984.
- Johannesson , G. and others. "The effect of mass screening in Iceland, 1965 - 1974, on the incidence and mortality of cervical carcinoma," International Journal of Cancer. 21: 419 - 425 ; 1978.
- Kasl, S.V. and S. Cobb. "Health behavior, illness behavior and sick role behavior," Archives Environmental Health. 12 : 246 - 261 ; February, 1966.
- Kegeles and others. "Survey of belief about cancer detection and taking papanicolaou tests," Public Health Reports. 80 : 123 ; September, 1965.
- Kennaway, E.L. and M. Sorsby. "The racial and social incidence of cancer of the uterus," Journal Cancer. 2 : 177 - 193 ; 1978.
- Kennedy, C.J., C.K. Probst and S.T. Dorman. "The relationship between random knowledge concern and behavior, and health value, health locus of control, and preventive health behavior," Health Education Quarterly. 18 (3) : 319 - 329 ; 1991.
- Lakin, Jean A. "Self - care, health locus of control, and health value among faculty women," Public Health Nursing. 5 : 37 - 44 ; March, 1988.
- Lamontagne, L.L. "Children locus of control belief as predictors of preoperative coping behavior ," Nursing Research. 33 (1) : 76 - 79 ; 1984.
- Langlie, J.K . "Social network, health belief and preventive health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 18 : 244 - 260 ; September, 1977.
- Larson, R. "Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans," Journal of Gerontology. 33 : 109 - 125 ; 1978.

- Leavitt, F. "The health beliefs model and utilization of ambulatory care services," Social Science and Medicine. 13 : 105 - 112 ; 1979.
- Lindgreen, H.C. and J.H. Harvey. An Introduction to Social Psychology. London : The C.V. Mosby Company, 1981.
- Marsh, M.J. and R. Neutra. "Relationship of health locus of control to life-style change program," Research in Nursing and Health. 8 : 3 - 11 ; March, 1985.
- Mc. Ghee. A Psychology as Applied to Nursing. 8th ed. London : Churchill Livingstone, 1986.
- Mikhail, Blanche. "The health belief model : A review and critical evaluation of the model, research, and practice," Advances in Nursing Science. 4 : 65 - 82 ; October, 1981.
- Muhlenkamp, A.F., N.J. Brown. and D. Sands. "Determinants of health promotion activities in nursing clinic clients," Nursing Research. 34 : 327 - 332 ; November/December, 1985.
- Nelson, E.C. and others. "Impact of patient perception on compliance with treatment for hypertension," Medical Care. 16 : 893 - 906 ; November , 1978.
- Nemeck, M.A. "Health beliefs and preventive behavior : A review of research Literature," A AOHN Journal. 38 (3) : 127 - 136 ; 1990.
- Orem, D.E. Nursing: Concept of practice. New York : McGraw - Hill Book Company, 1980.
- Parkin, D.M. Proceeding cancer epidemiology seminar (WHO). Bangkok : National Cancer Institute, Thailand, 1984.
- Pender, N.J. "Conceptual model for preventive health behavior," Nursing Outlook. 23 : 350 - 385 ; 1975.
- . Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton and Lange, 1987.
- . Health Promotion in Nursing Practice. Norewalk : Appleton - Century Crofts, 1982.
- Phipps, W.J., B.C. Long and N.F. Woods. Medical Surgical Nursing. 2nd ed. Saint Louis : C.V. Mosby, 1983.
- Pratt, Thomas H.R. and others. "The carcinogenic effect of human smegma," An Experimental Study Cancer. 9 : 671 - 680. 1956.
- Ramathibodi Cancer Registry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Cancer Statistics. Bangkok : Mahidol University of Thailand, 1992.

- Reid, B.L. and P. French. "Sperm basic Protein in cervical carcinogenesis correlation with socioeconomic class," Lancet. 2 : 60 ; 1978.
- Rojel, J. "The interrelation between uterine cancer and syphilis," Acta Pathology Microbiology Scan. 9 (7) : 97 ; 1953.
- Rosenblum, E.H. and others. "Maternal compliance in immunization of pre - school as related to health locus of control, health value and perceived vulnerability," Nursing Research. 30 (6) : 337 - 338 ; 1981.
- Rosenstock, I.M. "The health belief model and preventive health behavior ," Health Education Monographs. 2 : 331 - 386 ; Winter, 1974.
- Rotkin, I.D. "A comparison review of key epidemiological study in cervical cancer related to current search for transmissible agents," Cancer Research. 33 : 1355 ; 1973.
- Rotter, J.B. "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement," Psychological Monographs. 609 : 28 ; 1966.
- Rundall, T.G. and J.R.C. Wheeler. "Factor associated with utilization of the sevine fluvaccination program among senior citizens in Tompkins country," Medical Care. 17 : 191 - 200 ; February, 1979.
- Steele, J.L. and W.H. Mc. Broom. "Conceptual and empirical dimensions of health behavior," Journal of Health and Social Behavior. 13 : 382 - 392 ; 1972.
- Stein, Werblowky R. "The induction of precancerous change in the uterine epithelium of the rat and the role of spermatozoa," Gynecology oncology. 5 : 251 ; 1977.
- Stillman, M.J. "Women's health belief about breast cancer and breast self examination," Nursing Research. 26 : 121 - 127 ; 1977.
- Strickland, B.R. "The prediction of social Action from a dimension of internal - external control ," Journal of Psychology. 60 : 353 - 358 ; 1978.
- Terris, M. and others. "The relationship of coitus to carcinoma of the cervix," Am Journal Public Health. 57 : 840 - 847 ; 1967.
- Tiffany, Robert. Cancer Nursing Update. London : Bailliere Tindall, 1981.

- Tirrell, B.E. and L.K. Hart. "The relationship of health belief and knowledge to exercise compliance in patients after coronary bypass," Heart and Lung. 9 : 487 - 493 ; May/June , 1980.
- Tomkinson, J.S. "Carcinoma of the cervix," Nursing Times. 39 : 1605 ; September, 1978 .
- Vatanasapt V. and others. "Cancer in Thailand 1988 - 1991," IARC Technical Report. 16 : 23, 39 ; 1993.
- Wakefield, J., R. Yule and A. Smith. "Relation of abnormal cytological smears and carcinoma of the cervix uteri to husband's occupation," Br. Medical Journal. 2 : 142 - 144 ; 1973.
- Wallston, B.S. and others. "Development and validation of the Health Locus of control (HLC) scale," Journal of Consulting and Clinical Psychology. 44 : 580 - 585 ; 1976.
- Wallston, K.A., B.S. Wallston and R. Devellis. "Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales," Health Education Monographs. 6(2) : 160 - 170 ; Spring, 1978.
- Wan, Thomas T.H. and Barbara Livieratos. "Interpreting and general index of subjective well - being," Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society. 56 : 531 - 555 ; 1978.
- Weinberger, M. and others. "Health belief and smoking behavior," American Journal of Public Health. 71 : 1253 - 1255 ; 1981.
- Weissfeld, J.L., J.P. Kirscht and B.M. Brock. "Health belief in a population : The Michigan blood pressure survey," Health Education Quarterly. 17 : 141 - 155 ; Summer, 1990.
- Weitzel, M.H. "A test of the health promotion model with blue collar workers," Nursing Research. 38 : 99 - 104 ; March/April , 1989.
- Wernet, P.Z. and S.J. weiss. "Health Locus of control and preventive health behavior," Western Journal of Nursing Research. 9 : 160 - 179 ; May, 1987.
- Wheat, M.E., J.S. Mandelblat and G. Kunit. "Pap smear Screening in women 65 and older," J. Am Geriatric Soc. 36 : 827 - 830 ; September, 1988.
- White, Majorie. "Inside Family life : An arena for health education," Nursing Forum. 18 (3) 249 ; 1979.

Winkelstein, W. Jr. "Smoking and cancer of the uterine cervix : hypothesis," Am Journal Epidemiology. 106 : 257 - 259 ; 1977.

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.

Yamane, Taro. Statistic : An Introductory Analysis. 2nd ed. New York : Haper and Row, 1967.

Zur, Hausen H. "Human genital cancer : synergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events," Lancet. 2 : 1370 - 1372 ; 1982.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

(แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม คำอ่านาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่น)

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อสกุล

1. ขณะนี้ท่านอายุ (ถ้าเกิน 6 เดือน ถือเป็น 1 ปี)ปี
2. เมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรกที่มีอายุครรภ์เกิน 28 สัปดาห์ ท่านอายุ.....ปี
3. ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ.....ปี
4. ท่านผ่านการคลอดบุตรมาแล้ว.....ครั้ง

5. ระดับการศึกษา

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ต่ำกว่าประถมศึกษา | ☐ 2. ประถมศึกษา |
| ☐ 3. มัธยมศึกษา | ☐ 4. อุดมศึกษา |
| ☐ 5. อื่นๆ โปรดระบุ | |

6. อาชีพหลักในปัจจุบัน

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ 1. แม่บ้าน | ☐ 2. รับจ้าง |
| ☐ 3. ค้าขาย | ☐ 4. เกษตรกร |
| ☐ 5. ข้าราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ | |
| ☐ 6. อื่นๆ โปรดระบุ..... | |

7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

- | | |
|--|--|
| ☐ 1. ต่ำกว่า 3,000 บาท | ☐ 2. 3,000 - 8,000 บาท |
| ☐ 3. 8,001 - 13,000 บาท | ☐ 4. มากกว่า 13,000 บาท |

8. บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือเพื่อนของท่าน มีใครเคยป่วย

เป็นมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| ☐ 1. ไม่มี | ☐ 2. มี |
|-----------------------------------|--------------------------------|

ถ้ามี บุคคลเหล่านั้น ได้แก่

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. มารดาของท่าน | ☐ 2. มารดาของสามี |
| ☐ 3. ญาติพี่น้อง (ฝ่ายท่าน) | ☐ 4. ญาติพี่น้อง (ฝ่ายสามี) |
| ☐ 5. เพื่อนหรือคนที่ท่านรู้จัก | |

9. ท่านเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หรือไม่

- () 1. ไม่เคย () 2. เคย

ถ้าเคยได้รับ ท่านได้รับจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. แพทย์ พยาบาล () 2. ผสส., อสม.
 () 3. เพื่อน () 4. วิทยุ โทรทัศน์
 () 5. ทัศนัณฑ์เผยแพร่ ความรู้ในสถานพยาบาล
 () 6. หนังสือพิมพ์, นิตยสารหรือแผ่นพับ
 () 7. อื่นๆ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ปากมดลูก

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่าข้อความนั้นพอจะตรงกับ ความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่แน่ใจ	คือ	เมื่อท่านไม่แน่ใจว่า ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วย	คือ	เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	เมื่อท่านเห็นว่า ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
1. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย(ต่ำกว่า 20 ปี) มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุมากกว่า					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
2. ผู้หญิงที่แต่งงานหลาย ครั้งมีโอกาสเป็นมะเร็ง ปากมดลูก ได้มากกว่า ผู้หญิงที่แต่งงานเพียง ครั้งเดียว					
3. ผู้หญิงที่ยังเป็นโสด มี โอกาสเป็นมะเร็งปากมด ลูกได้เท่ากับผู้หญิงที่ แต่งงานแล้ว					
4. ผู้หญิงที่มีบุตรตั้งแต่อายุ น้อย(ต่ำกว่า 20 ปี) มี โอกาสเป็นมะเร็งปากมด ลูกได้มากกว่าผู้หญิงที่มี บุตรเมื่ออายุมากกว่า					
5. ผู้หญิงที่ผ่านการคลอด บุตรหลายคน มีโอกาส เป็นมะเร็งปากมดลูกมาก กว่า ผู้หญิงที่คลอดบุตร เพียง 1-2 คน เท่านั้น					
6. ผู้หญิงที่มีอายุมากหรือ อายุน้อย ก็มีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกได้เท่า กัน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
7. ผู้หญิงที่ประวัติครอบครัวมีแม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก					
8. ผู้หญิงที่มีสุขภาพแข็งแรงดี จะไม่เป็นมะเร็งปากมดลูก					
9. ผู้หญิงที่เคยเป็นเริมหรือหูดที่บริเวณอวัยวะเพศบ่อย ๆ มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มาก					
10. การหมั่นรักษาความสะอาดภายในช่องคลอดเพียงอย่างเดียว สามารถป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้					
11. การมีตกขาวมาก หรือมีเลือดออกหลังการร่วมเพศ ไม่เกี่ยวข้องกับความเป็นมะเร็งปากมดลูก					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
12. สามีที่ไม่ได้ตัดหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศ อาจ เป็นเหตุให้ภรรยาเสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็งปากมดลูก					
13. สามีที่ชอบเที่ยวหญิง บริการ อาจเป็นสาเหตุให้ ภรรยาเสี่ยงต่อการเป็น มะเร็งปากมดลูก					
14. การติดเชื้อจากการมีเพศ สัมพันธ์บ่อย ๆ มีโอกาส เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ปากมดลูก					
การรับรู้ความรุนแรงของโรค มะเร็งปากมดลูก					
1. มะเร็งปากมดลูกในระยะ เริ่มแรก จะไม่มีอาการ ให้เห็น					
2. กว่าจะรู้ว่า เป็นมะเร็ง ปากมดลูก โรคก็ลุกลาม ไปมากแล้ว					
3. การป่วยเป็นมะเร็งปาก มดลูกไม่เกิดปัญหากับ ชีวิตแต่งงาน					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค มะเร็งปากมดลูก					
4. มะเร็งปากมดลูกระยะ เริ่ม แรก สามารถรักษา ให้หายได้					
5. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม จะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา มากกว่าในระยะเริ่มแรกมาก					
6. การรักษา มะเร็งปาก มดลูกระยะลุกลามมี ความยุ่งยากมากกว่า ระยะเริ่มแรกมาก					
7. การป่วยเป็นมะเร็งปาก มดลูกทำให้สุขภาพ ร่างกายและสุขภาพจิต เสื่อมโทรม					
8. มะเร็งปากมดลูกในระยะ ลุกลามจะลุกลามเฉพาะ บริเวณมดลูกเท่านั้น					
9. ค่าใช้จ่ายในการรักษา มะเร็งปากมดลูก ไม่ เป็นภาระสำหรับครอบครัว					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
<u>การรับรู้ความรุนแรงของ</u> <u>โรคมะเร็งปากมดลูก</u> 10. ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมด ลูกระยะลุกลาม จะเจ็บ ปวด ทุกข์ทรมานมาก					
11. ผู้ที่ป่วยเป็นมะเร็งปาก มดลูกระยะลุกลาม จะมี ชีวิตอยู่ได้ไม่ถึง 5 ปี					
<u>การรับรู้ประโยชน์ของการ</u> <u>ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง</u> <u>ปากมดลูก</u> 1. การไปตรวจเช็คมะเร็ง ปากมดลูกปีละครั้ง ช่วยให้ค้นพบมะเร็งปาก มดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก					
2. ถ้ามีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่จำเป็นต้องไปตรวจเช็ค มะเร็งปากมดลูก					
3. ถ้าเป็นเรื้อรังหรือหูดที่ บริเวณอวัยวะเพศ ซึ่อย่า มารักษาเองได้โดยไม่ต้อง ไปพบแพทย์					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูก					
4. ถ้ามีความรู้ในการสังเกต อาการผิดปกติของตนเอง ก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ เช็คมะเร็งปากมดลูกทุกปี					
5. การเลือกรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ จะช่วยสร้างภูมิ คุ้มกันแก่ร่างกายต่อ มะเร็งปากมดลูกได้					
6. การรักษาความสะอาด ของอวัยวะเพศ หลัง อุจจาระ ปัสสาวะ และ ขณะอาบน้ำเป็นประจำ ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกได้วิธีหนึ่ง					
7. การแนะนำสามีให้ทำ ความสะอาดหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศประจำ ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกในการรยาได้ วิธีหนึ่ง					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 8. การทำความสะอาดภายในช่องคลอดภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ช่วยป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้วิธีหนึ่ง					
9. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาวมาก มีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกมากหรือกระปริบกระปรอย จะช่วยตรวจสอบการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้					
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 1. การไปตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก แม้จะเสียเวลา และค่าใช้จ่าย แต่ก็คุ้มค่า 2. ความไม่สะดวกในการเดินทาง เป็นอุปสรรคในการไปตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก					

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
การรับรู้ผลกระทบของการ ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูก					
3. การไปตรวจเช็คมะเร็ง ปากมดลูกทุกปี โดยไม่มี อาการผิดปกติ ทำให้เสีย ค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น					
4. ท่านไม่ไปตรวจเช็คมะเร็ง ปากมดลูกเพราะกลัวเจ็บ					
5. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปาก มดลูก เพราะกลัวจะพบ ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก					
6. การไปตรวจเช็คมะเร็งปาก มดลูกเป็นเรื่องน่าอาย					
7. การเลือกซื้ออาหารที่มี ประโยชน์ครบ 5 หมู่เป็น เรื่องยุ่งยาก					
8. การชำระล้างภายในช่อง คลอด หลังมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องยุ่งยาก					
9. การแนะนำสามีให้ทำ ความสะอาดหนังหุ้มปลาย อวัยวะเพศเป็นเรื่องน่า อาย					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว และกรุณาตอบทุกข้อ การเลือกตอบจะถือเกณฑ์ดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านเลย
ไม่เห็นด้วยปานกลาง	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านปานกลาง
ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน เล็กน้อย
เห็นด้วยเล็กน้อย	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน เล็กน้อย
เห็นด้วยปานกลาง	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านปานกลาง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	คือ	ข้อความในประโยคนั้น ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่าน มากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	1	2	3	4	5	6
1. เมื่อฉันเจ็บป่วย การกระทำของฉันจะเป็นตัวกำหนดว่า ฉันจะหายป่วยเร็วหรือช้า						
2. ไม่ว่าฉันจะปฏิบัติตัวอย่างไร ถ้าถึงเวลาที่ฉันจะเจ็บป่วย ฉันก็ต้องป่วย						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	1	2	3	4	5	6
3. การไปพบแพทย์อย่าง สม่ำเสมอ เป็นวิธีที่ดีที่ สุดสำหรับฉัน ที่จะช่วย ไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย ขึ้น						
4. การเจ็บป่วยที่เกิดกับ ฉัน เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นโดย บังเอิญ						
5. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันควรจะไปปรึกษา แพทย์หรือพยาบาล						
6. ฉันดูแลสุขภาพด้วยตัว ของตนเองเสมอ						
7. ครอบครัวของฉันมีส่วน อย่างมากที่จะทำให้ฉัน เจ็บป่วยหรือมีสุขภาพดี						
8. เมื่อฉันเจ็บป่วย ฉันต้อง โทษตัวเอง						
9. เมื่อฉันเจ็บป่วย การ หายป่วยเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับโชคชะตา กำหนด						
10. แพทย์และพยาบาลจะ เป็นผู้ควบคุมภาวะ สุขภาพของฉัน						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	1	2	3	4	5	6
11. การที่ฉันมีสุขภาพดี เป็นเพราะฉันโชคดี						
12. การที่ฉันมีสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย เกิดจาก การปฏิบัติตัวของฉัน เอง						
13. ถ้าฉันดูแลสุขภาพของ ฉันดีพอ ฉันคงจะไม่ เจ็บป่วย						
14. การที่ฉันหายจากการ เจ็บป่วยได้ เป็นเพราะ แพทย์ พยาบาล ญาติ พี่น้องในครอบครัวและ เพื่อนให้การดูแลฉัน อย่างดี						
15. ไม่ว่าฉันจะปฏิบัติตัว อย่างไร ก็มักจะมีการ เจ็บป่วยเกิดขึ้นได้						
16. ถ้าฉันจะต้องเจ็บป่วย ก็ต้องป่วย ไม่มีทาง หลีกเลี่ยง						
17. ถ้าฉันปฏิบัติตัวได้ถูก ต้อง ฉันจะมีสุขภาพดี อยู่เสมอ						

ข้อความ	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย ปานกลาง	ไม่เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย เล็กน้อย	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	1	2	3	4	5	6
18. ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพอนามัย ฉันจะ ปฏิบัติทุกอย่างตามที่ แพทย์สั่งเท่านั้น						

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง : แบบสัมภาษณ์นี้เป็นการสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนของสตรีหลังคลอด เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้อ่านคำถามให้ฟัง แล้วให้สตรีหลังคลอดตอบทีละข้อ ถ้าสตรีหลังคลอดไม่เข้าใจคำถามข้อใด ผู้สัมภาษณ์จะอธิบายในรายละเอียด เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจและตอบได้ตรงคำถาม โดยผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องหลังข้อความ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ปฏิบัติประจำ คือ ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำสม่ำเสมอ หรือกระทำ ทุกครั้งที่มีการกระทำนั้น

ปฏิบัติบางครั้ง คือ ข้อความนั้น ผู้ตอบกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำ เป็นส่วนน้อย

ไม่เคยปฏิบัติ คือ ข้อความนั้น ผู้ตอบไม่เคยกระทำเลย

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านทำความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศ ทุกครั้งเมื่ออาบน้ำ			
2. ท่านชำระล้างบริเวณอวัยวะเพศด้วยน้ำ หลังอุจจาระและปัสสาวะทุกครั้ง			
3. ท่านชำระล้างภายในช่องคลอด หลังจาก มีเพศสัมพันธ์			
4. ถ้าท่านมีอาการตกขาวมากและคัน ท่าน จะซื้อยามารักษาเอง			
5. ถ้าท่านมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออก มาก หรือออกกระปริบกระปรอย ท่านจะ รอดูอาการสักระยะก่อน แล้วจึงไปพบ แพทย์			
6. ถ้าท่านเป็นเริมหรือหูดที่บริเวณอวัยวะ เพศ ท่านจะซื้อยามารักษาเอง			

ข้อความ	ปฏิบัติประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
7. ท่านซื้อขายคอมพิวเตอร์มาใช้งานเอง โดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์.....			
8. ท่านสูบบุหรี่			
9. ท่านดูแลสุขภาพและออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ			
10. ท่านเลือกซื้อหรือรับประทานอาหารตาม ความชอบ โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่มี ประโยชน์ตามอาหารหลัก 5 หมู่			
11. ท่านมักแนะนำสามีของท่านไม่ให้เที่ยว หาบริการ			
12. ท่านมักแนะนำสามีของท่านให้ทำความ สะอาดบริเวณหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ เสมอ			
13. ท่านไปรับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูก เป็นประจำทุกปี			
14. หลังจากคลอดบุตรครั้งนี้ ท่านตั้งใจจะไป รับการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกเป็น ประจำทุกปี			

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้ความรุนแรง	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้ถึงประโยชน์	ค่าอำนาจจำแนก การรับรู้ถึงอุปสรรค
1	4.26	4.48	3.32	4.82
2	3.54	5.28	2.16	5.87
3	5.60	2.66	4.74	3.26
4	2.97	6.10	4.70	2.22
5	4.34	7.57	5.39	3.73
6	5.13	6.58	3.45	4.11
7	6.94	5.44	6.97	3.61
8	3.67	3.45	5.41	4.03
9	6.13	6.58	4.48	2.08
10	5.18	3.56	-	-
11	4.35	4.87	-	-
12	4.42	-	-	-
13	4.97	-	-	-
14	5.73	-	-	-

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ทั้ง 4 ด้าน = 0.80

ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้โอกาสเสี่ยง = 0.74

ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ความรุนแรง = 0.75

ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ถึงประโยชน์ = 0.70

ค่าความเชื่อมั่นการรับรู้ถึงอุปสรรค = 0.65

ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุภาพและค่าอำนาจจำแนกของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกาปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ลำดับ	ค่าอำนาจจำแนก	ค่าอำนาจจำแนก
	ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุภาพ	การปฏิบัติ
1	3.92	4.53
2	5.20	2.57
3	4.29	2.19
4	6.46	3.02
5	2.54	4.21
6	3.63	2.53
7	4.34	3.29
8	4.05	4.90
9	5.47	3.99
10	2.45	4.29
11	4.11	4.62
12	4.64	4.95
13	4.87	4.90
14	3.60	4.08
15	3.79	-
16	4.19	-
17	5.95	-
18	4.48	-

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุภาพ = 0.72

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก = 0.78

ภาคผนวก ข.

(รายนามผู้เชี่ยวชาญ และหนังสือขอความอนุเคราะห์)

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม

- | | |
|---|---|
| 1. นายแพทย์พิศิษฐ์ ศิริสุข | นายแพทย์ 9 หัวหน้ากลุ่มงานรังสีวิทยา
โรงพยาบาลราชวิถี |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีย์ จันทร์โมลี | ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุฑามาศ เทพชัยศรี | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 4. อาจารย์พิมพ์ศรี โตอติเทพย์ | ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร |
| 5. อาจารย์พิพนธ์ ประเสริฐสินธุ์ | หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 6. อาจารย์จิตรา จาวยนต์ | ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
และศัลยศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ |
| 7. นางสาวนิตย์ สมรรคนุตร | พยาบาลวิชาชีพ 7 ฝ่ายการพยาบาล
สถาบันมะเร็งแห่งชาติ |

ที่ ทม 1007/4758

ครุฑ บัณฑิตวิทยาลัย
 สำเนา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ประธานมิตร สุขุมวิท 23
 กรุงเทพฯ 10110

18 ตุลาคม 2538

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชวิถี

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวสุวารีวรรณ กิจสมัคร์ เป็นนิสิตปริญญาโท
 วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประธานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่ขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำ
 วิทยานิพนธ์ เรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพกับ
 พฤติกรรมการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดใน โรงพยาบาลราชวิถี
 ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์

ประธาน

รศ. สุจินต์ ปริษามารถ

กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์ คือ ขออนุญาตให้สตรีหลังคลอดบุตร ณ ตึกสามัญสูติกรรมหลัง
 คลอด แผนกสูติ-นรีเวชกรรม ตอบแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ในระหว่างเดือนธันวาคม
 2538 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอ
 ขอบคุณในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใดๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ดร. ศิริยุภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว สุวารีวรรณ ชื่อสกุล กิจสมัคร์
 เกิด วันที่ 1 มีนาคม 2507
 สถานที่เกิด อำเภอ สามพราน จังหวัด นครปฐม
 สถานที่อยู่ปัจจุบัน 2 ถนนพญาไท แขวงพญาไท
 เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
 สถานที่ทำงาน ตึกรังสีรักษา ฝ่ายการพยาบาล
 โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร 10400
 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2526 มศ. 5 (แผนกวิทยาศาสตร์) จากโรงเรียนช่างตากครุสค์
 คอนแวนต์
 พ.ศ. 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และนตุงครรภัก์ชั้นสูง
 (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
 กรุงเทพฯ
 พ.ศ. 2532 สาธารณสุขศาสตร์บัณฑิต (บริหารโรงพยาบาล)
 จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 พ.ศ. 2539 การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา)
 จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ
กับพฤติกรรมกาปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมคลูก
ของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี**

**บทคัดย่อ
ของ
สุวารีวรรณ กิจสมัคร**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา
เมษายน 2539**

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพ กับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติกรรมหลังคลอดในโรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 310 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทิศทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ระดับการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด เกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ
2. ระดับความเชื่ออำนาจควบคุมทางสุขภาพของสตรีหลังคลอด เกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง
3. พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้
4. สตรีหลังคลอดที่มี อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสตรีหลังคลอดที่มี อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก และการได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. สตรีหลังคลอดที่มีจำนวนครั้งของการคลอด และประสบการณ์ที่มีบุคคลใน ครอบครัว ญาติหรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

6. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก และความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 การได้รับข้อมูล ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และจำนวนครั้งของการคลอด มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ตามลำดับ

7. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบ กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

8. ประสบการณ์ที่มีบุคคลในครอบครัว ญาติหรือเพื่อน ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และความเชื่ออำนาจบุคคลอื่น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด

9. การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 22.36

The objective of this study was to study the health belief model, health locus of control and health behaviors related to carcinoma of cervix prevention in postpartum women at Rajavithi Hospital. The sample consisted of 310 postpartum women who rehabilitated at Obstetrics Postpartum Department, Rajavithi Hospital. Data were collected by structured interview and set of questionnaire. Statistical techniques were implemented in the process of data analysis including t-test, One-Way analysis of variance, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and the stepwise multiple regression.

The results were as follows:

1. Most postpartum women have perception about health belief model on carcinoma of cervix, especially perceived susceptibility in fair level, perceived severity in high level, Perceived benefits in high level and perceived barrier in poor level.
2. They have perception about health locus of control, such as, internal health locus of control in high level, powerful others health locus of control in high level and chance health locus of control in moderate level.
3. The practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention in postpartum women are in a fair level.
4. Practice behaviors, related to carcinoma of cervix prevention among postpartum women having different age, education level, family income and occupation are statistically significant different at the .001 level. The postpartum women having different age of first intercourse, age of first pregnancy and carcinoma of cervix information are statistically significant different at the .05 level.
5. There were no difference of practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention among postpartum women of different number of deliveries and experiences of family member or friends having carcinoma of cervix.
6. There were statistically significant positive correlations between perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, age, education level, family income, age of first intercourse, age of first pregnancy, internal locus of control and practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention at the .001 level. There were positive correlations

between carcinoma of cervix information number of deliveries and practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention at the .01 and .05 level of significance.

7. There were statistically significant negative correlations between perceived barrier, chance health locus of control and practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention at the .001 level.

8. Experiences of family member or friends having carcinoma of cervix and powerful others health locus of control have no significant correlations with practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention.

9. The results of the stepwise multiple regression analysis show that 22.36 percent of the variance of postpartum women practice behaviors related to carcinoma of cervix prevention was accounted for three significant predictors, i.e., perceived susceptibility, perceived severity and chance health locus of control.