

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูก ในสตรี อำเภอป่า จังหวัดน่าน

ปริญญานิพนธ์
ของ
อานันตยา พรหมรังกา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2552

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก ในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน

ปริญญานิพนธ์

ของ

อานันตยา พรมรังกา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา

มีนาคม 2552

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูก ในสตรี อำเภอป่า จังหวัดน่าน

บทคัดย่อ
ของ
อานันตยา พรหมรังกา

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2552

อานันตยา พรหมรังกา. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน*. ปริญญาานิพนธ์ วท.ม.(สุขศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้, รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์.

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอบัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 60 คน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า ที (t-test) และการทดสอบค่า ซี (z-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ น้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ น้อยกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

The Effectiveness of Health Education Program Applying Health Belief Model and
Social Support on Pap Smear Test Attendance Among Women in Pua District,
Nan Province

AN ABSTRACT

BY

ANANTAYA PROMRUNGKA

Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Science Degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
March 2009

Anantaya Promrungka. (2009). *The Effectiveness of Health Education Program Applying Health Belief Model and Social Support on Pap Smear Test Attendance Among Women in Pua District, Nan Province*. Master thesis, M.Sc. (Health Education). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assist. Prof. Dr. Songpol Tornee, Assoc. Prof. Venus Pattamapaspong.

This study was designed as a quasi-experimental research. The objectives of this research was to study the effectiveness of health education program applying health belief model and social support on Pap smear test attendance among women in Pua district Nan province. The sample consisted of 60 married women, age more 30 years, who have never been checked with Pap smear test or have never been checked with Pap smear test within 1 year. They were divided in to 2 groups, 30 women were in experimental group and 30 women were in control group. The data were collected before and after an experimentation by questionnaire. The collected data were analyzed with percentage, mean, standard deviation, t-test and z-test.

The results were as follows:

1. After receiving health education program, women in experimental group had significantly higher perceived susceptibility, perceived of severity and perceived of benefits than before an experimentation.
2. After receiving health education program, women in experimental group had significantly lower perceived barriers than before an experimentation.
3. After receiving health education program, women in experimental group had significantly higher perceived susceptibility, perceived of severity and perceived of benefits than women in control group.
4. After receiving health education program, women in experimental group had significantly lower perceived barriers than women in control group.
5. After receiving health education program, women in experimental group had significantly Pap smear test attendance than women in control group.

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้ ประธานกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ วีนัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ และข้อคิดในการทำวิจัย ตลอดจนตรวจสอบข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ รวมทั้งให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้เป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี รองศาสตราจารย์นภาพร มัธยมมางกูร อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ รองศาสตราจารย์นิภา ศรีไพโรจน์ นายแพทย์ศุภกานต์ เตชะพงษ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญได้กรุณาตรวจสอบแก้ไขเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ คุณจินตนา รัตนวิฑูรย์ และคุณระบอบ เนตรทิพย์ พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. โรงพยาบาลบัว ที่คอยช่วยเหลือและให้ความอนุเคราะห์ในการวิจัยเป็นอย่างดีและขอขอบคุณ อสม.ประจำหมู่บ้านและผู้เข้าร่วมโครงการทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ น้องสาว และเพื่อน ๆ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการทำวิจัย ให้กำลังใจมาโดยตลอด จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คุณความดีของปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ขอมอบแด่บุพการี ครูอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ให้ความรู้แก่ผู้วิจัยมาจนถึงบัดนี้ จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้

อานันตยา พรมรังกา

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการวิจัย	3
ความสำคัญของการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประชากรที่ใช้ในการวิจัย	4
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	4
ตัวแปรที่ศึกษา	4
นิยามศัพท์	4
กรอบแนวคิดในงานวิจัย	6
สมมุติฐานในการวิจัย	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก	8
แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	20
แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
งานวิจัยในต่างประเทศ	29
งานวิจัยในประเทศ.....	31
3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	37
แบบแผนการศึกษาค้นคว้า	38
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	40
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	40
การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ)	
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	44
ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	44
วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง	45
การเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล	48
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	48
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	52
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53
5 สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	67
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมุติฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัย.....	67
ความมุ่งหมายของการวิจัย	67
สมมุติฐานในการวิจัย	67
วิธีดำเนินการวิจัย	68
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	68
การวิเคราะห์ข้อมูล	69
สรุปผลการวิจัย	70
อภิปรายผล	72
ข้อเสนอแนะ	76
บรรณานุกรม	78

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัยและ รายนามผู้เชี่ยวชาญ	85
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	91
ภาคผนวก ค แผนการจัดกิจกรรม	101
ภาคผนวก ง คุณภาพของเครื่องมือค่าอำนาจจำแนกและ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ	111
ภาคผนวก จ ตารางแสดงจำนวนและร้อยละการไปรับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกและผลการตรวจ	116
ภาคผนวก ฉ รูปภาพกิจกรรมโครงการครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2	119
ประวัติย่อผู้วิจัย	129

บัญชีตาราง

ตาราง

หน้า

1	จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราการตาย	3
2	รูปแบบการทดลอง	38
3	แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา	46
4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง	53
5	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและ หลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
6	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพก่อนและ หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก	62
8	จำนวนและสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายในหลังทดลอง	63
9	จำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการมารับบริการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก	64
10	จำนวนและร้อยละของสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก	66
11	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค	112
12	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้ความรุนแรง	113
13	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ	114
14	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกของการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ	115
15	จำนวนและร้อยละการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง	117
16	จำนวนและร้อยละผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง	118

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ

หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	6
2 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	22
3 กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	25
4 แบบแผนการทดลอง	39
5 กิจกรรมโครงการครั้งที่ 1	120
6 กิจกรรมโครงการครั้งที่ 2	126

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

สถานการณ์ของโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกที่สำคัญ องค์การอนามัยโลกพบว่าประเทศที่พัฒนาแล้วมีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งถึงร้อยละ 50 ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งถึงร้อยละ 80 ขึ้นไป (สถาพร ลีลำนันทกิจ. 2537: 118) ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับ 3 ของคนไทยรองจากโรคหัวใจและอุบัติเหตุ โดยมะเร็งที่ผู้หญิงเป็นมากที่สุดสามอันดับแรก ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และมะเร็งช่องปาก (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2540: 7) โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากมีอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงมาก พบว่าในปี พ.ศ 2543 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ทั่วโลก ประมาณ 466,000 ราย และอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา 370,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 80 ของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณ 231,000 รายต่อปี (ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล. 2549. 113) ในประเทศไทยโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในสตรี โดยพบอุบัติการณ์ประมาณ 10 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และพบว่าในปี พ.ศ 2544 มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ปีละ 6,192 ราย เสียชีวิต 3,166 ราย หรือประมาณร้อยละ 51 เฉลี่ยวันละประมาณ 9 ราย และพบมากที่สุดในภาคเหนือของประเทศไทย (การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ ครั้งที่ 7. 2550)

เมื่อพิจารณาถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว โรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความสูญเสียต่อทรัพย์สิน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม ตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งในระยะลุกลามนั้น จะมีความยุ่งยากในการรักษา อีกทั้งต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีราคาแพงและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ไม่ว่าจะเป็นการผ่าตัด การฝังแร่ การฉายแสง หรือการให้ยาเคมีบำบัด ซึ่งต้องใช้เวลานานในการรักษานอกจากการสูญเสียดังกล่าวแล้ว ยังมีความสูญเสียทางด้านจิตใจอันเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และความวิตกกังวลในการเจ็บป่วย สูญเสียเวลาของญาติพี่น้อง สูญเสียรายได้ที่เกิดจากกำลังงานและผลผลิตของผู้ป่วยและญาติเป็นต้น แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะก่อให้เกิดการสูญเสียและเป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิต แต่ก็โรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามีการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ดังนั้นการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ จะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก ซึ่งสามารถตรวจพบได้ง่ายด้วยการใส่เครื่องมือช่วยตรวจภายในและชุดเอาเซลล์บริเวณปากมดลูกไปตรวจทางเซลล์วิทยาหรือที่เรียกว่า Pap smear (Papanicolaou smear) ถ้าตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกมีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก ก็

สามารถรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. 2531: 51) จึงถือว่าการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear เป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จากคุณลักษณะที่มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ และสามารถตรวจพบได้ง่าย องค์การอนามัยโลกจึงได้นำนโยบายในการที่จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจค้นหาและวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกให้ครอบคลุมในสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยมีการให้บริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างเพียงพอ สำหรับประเทศไทยได้กำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 พ.ศ. 2535-2539 กระทรวงสาธารณสุขจึงมอบหมายให้กรมการแพทย์ กรมอนามัยและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินโครงการค้นหาและวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกในประชากรปกติในสตรีที่มีอายุ 25-60 ปี (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา. 2532: 23) และจากการศึกษารายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีการรณรงค์ตรวจหาและวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-60 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2536-2539 พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี และอายุ 50-59 ปี ตามลำดับ (พรทิพย์ ไตท่าโรง. 2541: 4) สตรีทุกคนมีความเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก แนวทางที่ดีที่สุดในการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การค้นหาและการตรวจวินิจฉัยหามะเร็งปากมดลูกให้ได้ในระยะเริ่มแรกในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงก่อนเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งจะทำให้มีโอกาสรักษาให้หายขาดมีมากขึ้น (สรรพศรี เปียวุฒิ. 2532: 135-145)

อำเภอป่า เป็นอำเภอหนึ่งของจังหวัดน่าน ซึ่งเป็นจังหวัดในภาคเหนือของประเทศไทย มีประชากรหญิงทั้งหมด 32,474 คน มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 14,571 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่า. 2549) ซึ่งได้รับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก และนำไปปฏิบัติโดยมีการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนเชิญชวนให้สตรีในอำเภอไปรับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษารายงานการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกของ อำเภอป่า พบว่า ในปี 2549 (ต.ค 2548 – ก.ย 2549) มีผู้มารับบริการการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear จำนวน 1,366 ราย และโดยวิธี VIA (Visual inspection with acetic acid) จำนวน 1,555 ราย ในปี 2550 (ต.ค 2549 – มิ.ย 2550) มีผู้มารับบริการการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear จำนวน 1,803 ราย และโดยวิธี VIA (Visual inspection with acetic acid) จำนวน 993 ราย (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอป่า. 2549) ซึ่งจะเห็นว่าผู้มารับบริการการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกค่อนข้างน้อย นอกจากนี้อุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดน่าน มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยพบผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคและอัตราการตาย ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ จำนวนผู้เสียชีวิต และอัตราการตาย

ปี พ.ศ.	ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก		อัตราการตายต่อประชากร	
	รายใหม่	จำนวนผู้เสียชีวิต	แสนคน	
2545	62	13	2.67	
2546	83	12	2.46	
2547	144	16	3.29	
2548	66	11	2.29	
2549	118	15	3.14	

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2550). สถิติจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก.

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เกี่ยวข้อง มีผลต่อความตั้งใจและช่วยให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมให้สตรีในอำเภอบัวไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกจำนวนเพิ่มขึ้น

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้ทราบผลของการให้สุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอบัว จังหวัดน่าน
2. นำผลการศึกษาที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรี

3. เป็นแนวทางในการศึกษาพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในประเด็นอื่นอีกต่อไป

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอบัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอบัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 60 คน ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม (Control group) จำนวน 30 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม

2. ตัวแปรตาม ได้แก่

2.1 ความเชื่อทางด้านสุขภาพ จำแนกเป็น

2.1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

2.1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

2.1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

2.2 การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

นิยามศัพท์

1. โปรแกรมสุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ประกอบด้วย การบรรยายประกอบสื่อต่าง ๆ การจัดกลุ่มอภิปราย การจัดนิทรรศการเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนการกระตุ้นเตือนจากผู้วิจัย และการตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

2. **ความเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด หรือความเข้าใจ และการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอาจจะมีหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ อันเป็นแนวโน้มที่จะทำให้ปฏิบัติตามความเข้าใจนั้น ๆ ซึ่งประกอบด้วย

2.1 **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การตีความจากสิ่งที่ได้รู้ ได้เห็น แล้วชักนำให้มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ว่าตนเองอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 **การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การตีความจากสิ่งที่ได้รู้ ได้เห็น แล้วชักนำให้มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกว่า โรคนี้สามารถแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น เมื่อเป็นแล้วจะทรมานจากอาการเจ็บปวดอย่างรุนแรง และอาจทำให้เสียชีวิตได้

2.3 **การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ** หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของสตรี ที่รับรู้ว่าการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะสามารถป้องกันและรักษาโรคได้

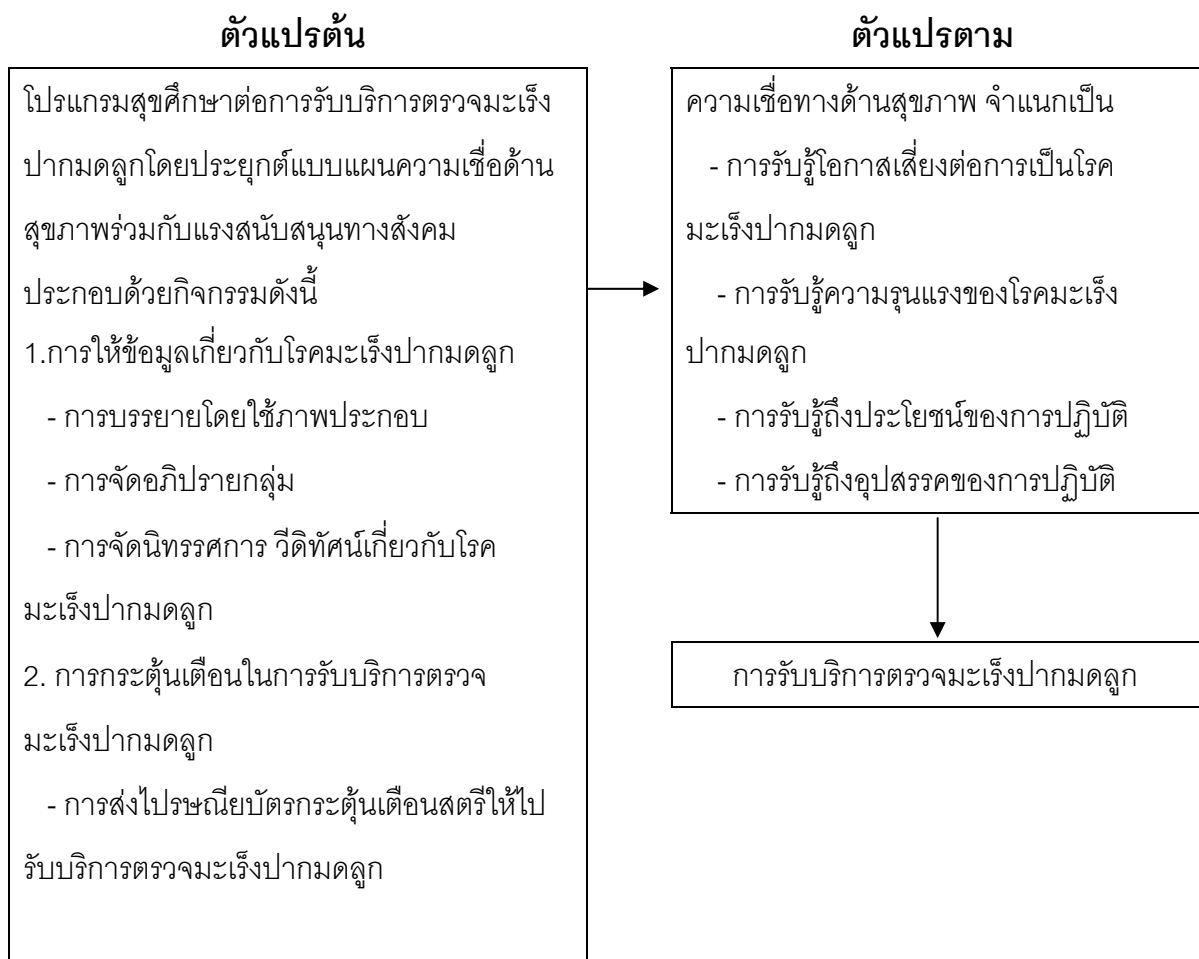
2.4 **การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ** หมายถึง ความรู้สึกความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยหรืออุปสรรคต่าง ๆ ตามความเป็นจริง ที่มีผลในการขัดขวางการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. **แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง พฤติกรรมการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่สตรีได้รับในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารประกอบด้วย คำแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และประโยชน์บัตรในการกระตุ้นเตือนให้ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

4. **การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก** หมายถึง การที่สตรีรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาภายในเวลา 1 สัปดาห์

กรอบแนวคิดในงานวิจัย

จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคม การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงนำมาสรุปเป็นแนวคิดในการวิจัย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมติฐานในการวิจัย

1. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง
2. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง
3. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลอง
4. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนทดลอง
5. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
6. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
7. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
8. สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
9. หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยเพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- 1.1 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก
- 1.2 แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 1.3 แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 งานวิจัยในประเทศไทย
- 2.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

กายวิภาคและสรีรวิทยาของมดลูก

มดลูก (Uterus)

มดลูกเป็นอวัยวะที่ตัวอ่อนฝังตัวและมีการเจริญเติบโตจนกระทั่งคลอด นอกจากนั้นยังมีการเจริญเติบโตจนกระทั่งคลอด นอกจากนั้นยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีรอบระดู โดยมีการเจริญมาจากการเชื่อมรวมกันของ Paramesonephric ducts (Mullerian ducts) ทั้งสองข้าง มีลักษณะคล้ายชมพูห้วกลับ ทอดลงล่าง ขนาดปกติจะยาวประมาณ 8 เซนติเมตร หนา 2 เซนติเมตร ภายในเป็นโพรงที่เรียกว่าโพรงมดลูก ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้มากในเวลาตั้งครรภ์ ซึ่งจะขยายได้ถึง 1000 เท่า และจะสามารถกลับสู่ขนาดปกติได้หลังคลอด โดยเฉพาะในวัยหมดประจำเดือนขนาดจะเล็กลงมาก มดลูกแบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ (อภิรดี ชูพันธ์. 2544: 12-13)

1. ส่วนบนของมดลูก (Fundus) คือ ส่วนยอดสุดที่อยู่เหนือหลอดมดลูก (ท่อนำไข่) เป็นรูปโดม (Dome shape)
2. ตัวมดลูก (Corpus) คือ ตัวมดลูกถัดจาก Fundus จนถึงคอมดลูก ภายในเป็นช่องว่างที่เรียกว่า โพรงมดลูก
3. ปากมดลูก (Cervix) คือ คอมดลูก (ส่วนใหญ่เรียกว่า ปากมดลูก) ซึ่งส่วนหนึ่งจะโผล่ ยื่นเข้าไปข้างในช่องคลอด แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

3.1 ส่วนที่อยู่เหนือช่องคลอด (Supra vaginalis cervicis)

3.2 ส่วนที่อยู่ในช่องคลอด (Portio cervicis)

ภายในคอมดลูกเป็นช่องทางเปิด เรียกว่า ช่องคอมดลูก (Endocervical canal) จะมีมูกเหนียว ๆ อยู่ ในระยะที่มีไข่ตก มูกเหนียวนี้จะน้อยลง และหลุดออกมาในขณะที่มีประจำเดือน มีรูเปิด 2 ด้าน คือ

รูเปิดด้านใน (Internal os) อยู่ปลายบนสุด ติดต่อกับโพรงมดลูก

รูเปิดด้านนอก (External os) ส่วนปลายล่างสุดเป็นทางเปิดติดต่อช่องคลอด

ปากมดลูกเป็นบริเวณส่วนล่างสุดของมดลูก มีความยาวประมาณ 2.5 – 3 ซม. และเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.0 - 2.5 ซม. แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ส่วน Portio vaginalis หรือ Ectocervix เป็นส่วนที่ยื่นเข้าไปในช่องคลอด มีผนังช่องคลอด (Fornix) ล้อมรอบและมีเยื่อบุผิวชนิดสแควมัสปกคลุม อีกส่วนหนึ่งเรียกว่า Endocervix มีเยื่อบุผิวชนิด Columnar และมี Endocervical glands ทำหน้าที่สร้างน้ำเมือกออกมา บริเวณที่เยื่อบุผิวทั้งสองส่วนพบกันเรียกว่า Original squamocolumnar junction ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงของ Squamous metaplasia ขยายครอบคลุมบริเวณเยื่อบุผิว Columnar เกิดบริเวณที่เรียกว่า Transformation zone ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิดมะเร็งปากมดลูกบ่อยที่สุด จุดที่ Squamous metaplasia ต่อกับเยื่อบุผิว Columnar เรียกว่า Active squamocolumnar junction

โรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical carcinoma) หมายถึง การที่เซลล์บุผิว (Epithelial cell) บริเวณปากมดลูก มีการเปลี่ยนแปลงภายในเซลล์ มีการเจริญเติบโตผิดปกติควบคุมไม่ได้ สามารถแทรกแซงเนื้อเยื่อใกล้เคียง และมีการกระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ของร่างกายได้ทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลือง

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยสำหรับเพศหญิง หรือพบบ่อยที่สุดสำหรับโรคมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี

สาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

สำหรับสาเหตุที่ส่งเสริมในเชิงระบาดวิทยา พบปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้ (อภิรดี ชูพันธ์. 2544: 13-14)

1. ปัจจัยภายใน (Intrinsic factors) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เนื้อเยื่อบุปากมดลูก ให้กลายเป็นเนื้อมะเร็ง ได้แก่ พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าสตรีแฝดมักจะป่วยเป็นโรคเดียวกัน หรือพี่น้องกันมักจะป่วยด้วยโรคหรือเสียชีวิตด้วยโรคคล้าย ๆ กัน (สุวัฒน์ จันทรวงศ์)

2530: 6) ส่วนอายุเป็นตัวบอกระยะเวลา และอุบัติการณ์ ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งมักจะพบได้บ่อยในสตรีที่มีอายุระหว่าง 40 – 50 ปี หรือในสตรีที่ร่วมเพศครั้งแรกที่ยังอายุน้อย เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอก (Extrinsic factors) ปัจจัยภายนอกที่สำคัญ ที่เชื่อกันว่าเป็นปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก คือ พฤติกรรมของคน (สุวัฒน์ จันทรจำนง. 2530 : 6) โดยเฉพาะการอักเสบเรื้อรังโดยไม่ได้รับการรักษา และสิ่งที่กำลังสนใจกันมากอีกประการหนึ่ง คือ ระดับเศรษฐกิจและสังคมของคู่สามี ภรรยา เนื่องจากอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมักพบในกลุ่มสตรีที่มีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้สิ่งแวดล้อมและสภาพสังคมในปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมากมายโดยเฉพาะความอิสระเสรีในสังคมของสตรี และสังคมเปิดโอกาสให้สตรีมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความมีอิสระในการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคม ปัญหาของสตรีที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้ออามโรค การคุมกำเนิด การคลอด และการแท้งเพิ่มมากขึ้น สตรีจึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้หลายประการ และในปัจจุบันเชื่อกันว่าเชื้อ HPV (Human papilloma virus) เป็นไวรัสที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุปากมดลูกที่นำไปสู่การเป็นมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

การเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีนั้น มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก หลายปัจจัย ดังนี้

1. ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีการศึกษาต่ำ ฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า

2. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ พบบ่อยมากในสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์ แม้ชี้ในนิกายโรมันคาทอลิกไม่พบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกเลย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีที่แต่งงานอายุน้อย (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากขึ้น ประมาณ 2-3 เท่าของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว กลุ่มที่มีความถี่ของการร่วมเพศสูง จำนวนการตั้งครรภ์มากหรือการมีบุตรมาก

3. ลักษณะของสามีหรือคู่นอน การตัดหนังหุ้มอวัยวะเพศชาย (Circumcision) อาจจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาติ ภรรยาจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์ เช่น เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย สามีมีคู่นอนทางเพศ สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า

4. การคุมกำเนิด การคุมกำเนิด การคุมกำเนิดโดยวิธีต่าง ๆ มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทั้งในด้านเพิ่มและลดปัจจัยเสี่ยง

5. การสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ ประมาณ 1.5 – 2.3 เท่า

6. การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาคพบว่า (Microorganisms) ที่ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก ฟรอสท์ (Frost, 1962: 792-795) พบว่าการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปากมดลูกในสตรีที่ได้รับเชื้อทริคโคโมแนส วะไจนาลิส (*Trichomonas vaginalis*) และซิฟิลิสมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง จากรายงานของ ซู ไฮ เซน (Zue Hausen, 1982: 1370-1372) พบว่า ไวรัสที่มีส่วนในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูง มี 2 ชนิด คือ Herpes simplex virus type 2 (HSV-2) และ Human papilloma virus (HPV)

อุบัติการณ์การตรวจพบ HPV เพิ่มขึ้นตามระยะของ CIN (Cervical intraepithelial neoplasia) จนกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลามหรืออีกนัยหนึ่งคือ ตามความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะ HPV 16 และ 18 ในเซลล์ปากมดลูกปกติจะพบอัตราการติดเชื้อ HPV แตกต่างกันตามอายุ ตั้งแต่ร้อยละ 20 ในสตรีอายุ 20-25 ปี จนถึงร้อยละ 6 ในอายุมากกว่า 30 ปี จากการศึกษามากมายทั่วโลกยืนยันว่า การติดเชื้อ HPV น่าจะเป็นสาเหตุหลักในการกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก ในประเทศยุโรปตะวันตกและสหรัฐอเมริกา อัตราการติดเชื้อ HPV พบระหว่างร้อยละ 47-90 และโดยเฉลี่ยร้อยละ 65 ของ Squamous cell carcinoma มักตรวจพบ เชื้อ HPV 16 ในประเทศไทย การติดเชื้อ โดยเฉพาะ HPV 16 และ 18 ในเซลล์ปากมดลูก ทำให้เกิดภาวะ Immortalization จึงสามารถแบ่งตัวต่อไปโดยไม่หยุดยั้ง

7. สตรีที่ภูมิต้านทานต่ำ หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์โดยเชื้อ HSV-2 และ HPV ได้ง่ายอีกด้วย

8. พฤติกรรมการกินอาหาร วิตามินเอ โฟเลต วิตามินซี มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ถ้าขาดเป็นเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงนี้

พยาธิวิทยา

ปากมดลูกประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ปากมดลูกส่วนนอก (Ectocervix) และปากมดลูกส่วนใน (Endocervix) ซึ่งคลุมด้วย Squamous cell และ Columnar cell ตามลำดับ ส่วนใหญ่มะเร็งปากมดลูกจึงมีกำเนิดมาจากเซลล์ 2 ชนิดนี้

Squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งปากมดลูกที่พบบ่อยที่สุดประมาณร้อยละ 90 เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง (Continuous process) ของ Atypical metaplasia ของ Endocervix และ Basal cell hyperplasia ของ Ectocervix เยื่อทั้งสองนี้ได้รับสาร Mutagen

จากภายนอกร่างกายเข้าไปกระตุ้น ภายใต้อิทธิพลของฮอร์โมนที่เหมาะสม ทำให้กลายต่อไปเป็นเยื่อ
CIN ในปัจจุบันเชื่อกันว่า HPV (Human papilloma virus) เป็นไวรัสที่ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อ
ปากมดลูกที่นำไปสู่การเป็นมะเร็ง เช่น HPV Type 16 และ 18 ที่ทำให้เกิด Condylomatous
cervicitis และ Atypical condyloma ต่อจากนั้นเยื่อ Squamous จะกลายเป็น CIN grade ต่าง ๆ
จาก CIN จะมีการเปลี่ยนแปลงไปเป็น Early stromal invasion, Microinvasive และ Invasive
carcinoma ต่อไป

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคในมะเร็งปากมดลูกนั้น ขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญที่สุด
สำหรับการพยากรณ์โรคหลังการรักษา พบว่า ร้อยละ 95 ของพวกที่ติดต่อการรักษาจะถึงแก่กรรม
ภายใน 5 ปี ดังนั้นการใช้ระยะ 5 ปี เน้นการวัดผลการรักษา (5 Year survival) จึงค่อนข้างจะถูกต้อง
และมีค่า ดังต่อไปนี้

สถิติของ FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics)

Stage I	ร้อยละ	88 - 92
Stage II	ร้อยละ	60 - 65
Stage III	ร้อยละ	30 - 35
Stage IV	ร้อยละ	12 - 15

ระบาดวิทยา

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็ง
ปากมดลูก ประมาณ 10 ต่อประชากรหญิง 1 แสนคน และจากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของ
โรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในภาคกลางและภาคอื่น ๆ พบลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก
คือ (ธีระ ทองสง; จตุพล ศรีสมบุญ; และ อภิชาติ โอฬารรัตนชัย. 2539: 297)

1. อายุ พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลามมักพบในสตรีที่มีอายุน้อย
ส่วนใหญ่เป็นในอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป ช่วงอายุที่เป็นมากที่สุดอายุ 36-49 ปีอายุที่พบต่ำสุด 24 ปี
อายุที่พบสูงสุด 84 ปี สำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม พบในช่วงอายุ 45-55 ปี

2. เชื้อชาติ พบว่าเชื้อชาติอาจจะมีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยพบมาก
ในสตรีบางกลุ่ม เช่น ในคนไทย ในอเมริกันนิโกร แต่ไม่ค่อยพบในสตรีอเมริกันผิวขาวและชนชาติยิว
เป็นต้น

3. การเจริญพันธุ์ พบว่าการมีลูกมากเฉลี่ย 5 คน ขึ้นไป พบว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง

4. ชนิดของเซลล์มะเร็ง พบว่าร้อยละ 86 เป็นเซลล์บุผิวแบบคล้ายเกล็ด (Squamous cell) ร้อยละ 14 เป็นมะเร็งเนื้อร้ายที่เกิดจากเนื้อเยื่อต่อม (Adenocarcinoma)

5. สถานภาพสมรส พบว่า ร้อยละ 89-97 เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว

การแบ่งระยะของมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็นระยะต่าง ๆ ตามหลักของ FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics) ได้ดังนี้ (อภิรดี ชูพันธุ์. 2544: 14-15)

ระยะที่ 0 เป็นเซลล์ที่ผิดปกติในระยะก่อนลุกลามเป็นมะเร็งปากมดลูก (Carcinoma in situ หรือ Intraepithelial carcinoma) เซลล์ยังไม่ผ่านฐานของเยื่อ (Basement membrane) กินลึกเข้าไปใน stoma ไม่เกิน 3 มม. และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง หรือหลอดเลือด

ระยะที่ 1 มะเร็งอยู่ในเฉพาะในปากมดลูก แบ่งเป็น

ระยะ 1a Microinvasive carcinoma มะเร็งมีการลุกลามจากฐานของเยื่อ (Basement membrane) กินลึกเข้าไปใน สโตรมา (Stroma) ไม่เกิน 3 มม. และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองหรือหลอดเลือด

ระยะ 1b ลักษณะที่พบทางคลินิก พบว่ามะเร็งยังคงอยู่ที่ปากมดลูก ระยะ 1b “OCC” (Occult cancer) คือ มะเร็งในระยะที่ 1 ที่ไม่สามารถเห็นได้ด้วยวิธีตรวจแบบธรรมดา แต่มีการลุกลามเห็นได้อย่างชัดเจนเมื่อตรวจด้วยกล้องจุลทรรศน์

ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามออกไปนอกมดลูก แต่ยังไม่ถึงผนังเชิงกราน ลุกลามไปที่ 2/3 ของช่องคลอดส่วนบน (ส่วนล่าง 2/3 ของช่องคลอดยังลามไปไม่ถึง) แบ่งเป็น

ระยะ II a ยังไม่แน่ใจว่าจะไปยังเยื่อยึดต่อรอบมดลูก (Parametrium)

ระยะ II b ไปถึงเยื่อยึดต่อรอบมดลูก (Parametrium) แน่นจน

ระยะที่ 3 ลามไปถึงผนังเชิงกราน ลงไปที่ช่องคลอดส่วนล่าง 1/3 ที่เหลืออยู่ระหว่างก้อนมะเร็งกับผนังเชิงกราน และในรายที่พบว่ามีไตบวม (Hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงานเนื่องจากมะเร็งทำให้หลอดไตอุดตันด้วย แบ่งเป็น

ระยะ III a ยังลามไปไม่ถึงผนังเชิงกราน

ระยะ III b ลามไปถึงผนังเชิงกราน ด้านใดด้านหนึ่ง อาจพบมีไตบวม (Hydronephrosis) หรือไตไม่ทำงานด้วย

ระยะที่ 4 มะเร็งลามผ่านผนังช่องคลอดไปถึงเยื่อบุกระเพาะปัสสาวะ หรือ ทวารหนัก หรือออกไปนอกเชิงกราน

ระยะ IV a มะเร็งแพร่กระจายลุกลามไปยังอวัยวะใกล้เคียง

ระยะ IV b มะเร็งแพร่ไปอวัยวะอื่นที่ห่างไกล เช่น ปอด ตับ กระดูก สมอง

ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายขาดได้
2. ระยะลุกลามมี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1-4
 - ระยะที่ 1 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 80
 - ระยะที่ 2 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 60
 - ระยะที่ 3 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 30
 - ระยะที่ 4 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 10

อาการแสดงและอาการ (Signs and Symptoms)

โรคมะเร็งปากมดลูก มีอาการแสดงและอาการต่าง ๆ ดังนี้ (อภิรดี ชูพันธุ์. 2544: 15-17)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการแสดง เป็นสิ่งที่พบมากที่สุดของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก หรือที่เรียกว่า Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) หรือระยะก่อนลุกลาม (Precancerous) ตั้งแต่ระยะ Mild, Moderate, Severe dysplasia จนถึงระยะ Carcinoma in situ (CIS) ส่วนใหญ่อาจจะไม่มีอาการที่แสดงว่า มีความผิดปกติออกมาชัดเจน แพทย์มักจะตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ จากการตรวจทำแปปสเมียร์ (Pap smear) ในรายที่มาตรวจร่างกายประจำปี มาตรวจตามนัด มาใช้บริการวางแผนครอบครัว พบว่าถ้าปากมดลูกยังไม่มีแผล ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. ระยะตกขาว ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการมีตกขาว มีมูกใส หรือเป็นน้ำไหลออกมาทางช่องคลอด จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูก คล้ายกับที่เกิดการอักเสบทั่ว ๆ ไป หรือมีการติดเชื้อซึ่งเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ระยะลุกลาม และระยะท้ายของโรค เมื่อมะเร็งมีการลุกลามและโตมากขึ้นจะมีการทำลายผิวหนังบริเวณปากมดลูก ทำให้เกิดแผลติดเชื้อ ร่วมกับการเน่าตายของเซลล์ ทำให้เกิดตกขาวที่มีกลิ่นเหม็นเน่ามาก

3. เลือดออกมากผิดปกติหรือการตกเลือด ระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติเป็นหยด ๆ หรือมีเลือดออกขณะร่วมเพศ (Post coital bleeding) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีแผลถลอกที่ปากมดลูกเกิดขึ้น ระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการตกเลือดมากกว่าปกติ ในบางรายอาจตกเลือดจนซีดมาก ถ้ามะเร็งลุกลามมาก มีแผลใหญ่ ก็จะมีสีน้ำตาลของหลอดเลือดร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่าหลุดออกมา อาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนอง เนื่องจากมีการติดเชื้อร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม อาการเลือดออกนั้น นอกจากจะแตกต่างกันตามระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นแล้วยังอาจขึ้นกับลักษณะของรอยโรคว่าเป็นชนิดใดด้วย ถ้าเป็นชนิดเอ็กโซไฟติก ไทพ (Exophytic type) ก็มักจะมีอาการนำมาก่อน เช่น อาจจะตกเลือดจากการร่วมเพศ หรือออกได้ง่าย เกิดอาการเน่าตายมี

กลืนหมิ้น ซึ่งอาการตกเลือดนี้อาจจะล่าช้าและพบช้าในรายที่เป็นชนิด เอ็นโดไฟติก ไทพ (Endophytic type) โดยเฉพาะ นีโอดิวลา ไทพ (Nodular type)

4. อาการเจ็บปวด จะเกิดในระยะท้ายของโรคที่เป็นมาก และมีการลุกลามแพร่กระจายของมะเร็งไปกดทับเส้นประสาท อีอบทิวเรเทอะ (Obturator nerve) หรือเส้นประสาทสเชียทิก (Sciatic nerve) หรือไปที่กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง บางรายอาจมีอาการปวดท้องน้อยมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูก จนเกิดหลอดโลหิตดำที่เชิงกรานอักเสบ (Pelvic thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphadenitis) หรือเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Cellulitis)

5. อาการของมะเร็ง อาการระยะสุดท้าย จะเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ต่อม้ำเหลืองทั้งในอุ้งเชิงกราน บริเวณขาหนีบและเหนือกระดูกไหปลาร้า ไปที่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด และตับ

อาการทั่วไปเกิดอาการ ซีด ผอมแห้ง (Cachexia) อ่อนเพลียมาก

แพร่กระจายไปกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะเป็นเลือด

แพร่กระจายไปลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ทำให้อุจจาระปนเลือด

แพร่กระจายไปที่ตับ ทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องอืด

แพร่กระจายไปที่ปอด ทำให้เกิดอาการไอ เหนื่อยหอบ หรือไอเป็นเลือด

แพร่กระจายไปที่กระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกซักระยะมาก

การวินิจฉัย

ในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ต้องอาศัยข้อมูลหลายประการ ดังนี้ (สมชัย นิรุตติศาสตร์; และคนอื่น ๆ. 2547: 187-188)

1. ประวัติ ประวัติผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการที่ผู้ป่วยไปรับการตรวจภายใน และทำ Pap smears ประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัวในผู้ป่วยที่มีอาการ บางส่วนอาจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกได้ และใช้ประกอบกับอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น ประวัติการแต่งงาน การมีบุตร การประกอบอาชีพ ตลอดจนประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ได้แก่

อาการตกขาว อาจมีเพียงของเหลวสีชมพู จาง ๆ หรือเลือดจาง ๆ ออกมาหลังปัสสาวะ ในรายที่เป็นมากอาจมีตกขาวคล้ายหนอง มีกลิ่นเหม็น หรือมีลักษณะคล้ายมีน้ำไหลออกมาตลอดเวลา

เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีระดูนานกว่าปกติ ระดูออกมากในแต่ละวัน หรือเลือดออกกะปริบกะปรอย ในรายที่มีระดูออกมากอาจตกเลือดจนมีภาวะซีดและเป็นอันตราย

ถึงชีวิตได้ แต่ลักษณะของเลือดออกที่ชวนให้คิดถึงโรคนี้คือ เลือดออกหลังการร่วมเพศ (Postcoital bleeding) หรือ Contact bleeding

ประวัติการอักเสบของมดลูกบ่อย

อาการปวด พบในผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายหรือมีการกระจายไปแล้ว โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า ตามทิศทางของ Sciatic nerve มักแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกหรือกดเส้นประสาทแล้ว แต่จะไม่พบอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วไป โดยเฉพาะในระยะแรก

2. การตรวจร่างกาย

การตรวจร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป ดูว่ามีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใดที่โตกว่าปกติ โดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular node) ตรวจดูว่าตับ ม้าม โตหรือไม่ ผู้ป่วยมีเลือดออกมาจากช่องเชิงกรานหรือไม่ บางรายผู้ป่วยจะมาด้วยอาการชาวม ถ้าตรวจพบน้ำในช่องท้อง มักจะเป็นระยะสุดท้ายของโรคแล้ว

การตรวจภายในอย่างละเอียดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในระยะก่อนลุกลาม หรือ Early invasive อาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติด้วยตาเปล่า หรืออาจมีลักษณะแดง ๆ ที่ปากมดลูกที่เรียกว่า Cervical erosion เท่านั้น ต้องอาศัยการตรวจคัดกรองโดย Pap smear พบมีความผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติม โดยการตัดชิ้นเนื้อหรือด้วย Colposcope หรือการผ่าตัด Conization ถ้าเป็นมะเร็งลุกลาม อาจพบลักษณะของมะเร็งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

- Exophytic (Proliferative) lesion จะเป็น friable polypoid mass หรือมีลักษณะคล้ายดอกกะหล่ำ (Cauliflower-like appearance) ยื่นออกมาจากปากมดลูก

- Endophytic (Ulcerating) lesion จะเห็นลักษณะเป็นแผลมีเลือดออกง่าย ถ้าเป็นมากอาจจะเป็นลักษณะคล้ายโพรงบริเวณปากมดลูกและส่วนบนของช่องคลอดเรียกว่า Crater มีการติดเชื้อและตกขาวได้มาก

- Infiltrative lesion อาจเห็นเป็นแผลเล็ก ๆ ที่บริเวณปากมดลูก เมื่อคลำจะพบว่า ปากมดลูกแข็งและมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากมะเร็งเกิดขึ้นภายใน Endocervical canal ซึ่งอาจจะลุกลามไปถึง Lower uterine segment ปากมดลูกจะมีลักษณะคล้ายถังเบียร์ (Barrel-shaped cervix) ชนิดนี้อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาด จนทำให้การรักษาล่าช้าไปได้ เนื่องจากรอยโรคบริเวณปากมดลูก ด้านนอกมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

นอกจากการตรวจปากมดลูกแล้ว ยังต้องตรวจภายในผนังช่องคลอดเพื่อดูการลุกลามของมะเร็ง การตรวจที่สำคัญอีกประการ คือ การตรวจ Recto-vaginal โดยการสอดนิ้วชี้เข้าไปในช่องคลอด พร้อมกับนิ้วกลางเข้าไปในทวารหนักเพื่อประเมิน Parametrial extension ซึ่งจะคลำได้เป็นเนื้อแข็ง ๆ และมี Nodularity ทางด้านข้างของปากมดลูก การกระจายของมะเร็งปากมดลูกไปยัง

กระเพาะปัสสาวะ มักเป็นบริเวณ Vesicovaginal septum และเกิด Bullous edema ของกระเพาะปัสสาวะก่อนการกระจายไปที่Bladder mucosa ส่วนการกระจายไปยังทวารหนัก มักเป็นบริเวณ Rectovaginal septum แต่การกระจายไปยัง Rectal mucosa มักเป็นเฉพาะในระยะท้ายเท่านั้น

3. การตรวจพิเศษ

การตรวจพิเศษเพื่อวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในระยะก่อนลุกลาม ซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า จำเป็นต้องใช้วิธีการที่ละเอียดรอบคอบ และได้ผลการตรวจชัดเจน ซึ่งได้แก่ การตรวจดังต่อไปนี้

3.1 Pap smear (Papanicolaou smear) เป็นการ Sampling เอาเซลล์จากปากมดลูกไปตรวจ ดังนั้น การตรวจ Pap smear ซึ่งมีผลเป็น Negative เพียงหนึ่งครั้งก็อาจจะยังไม่มี ความหมายอะไรมากนัก ควรจะตรวจซ้ำอีกครั้งภายใน 6 เดือน หลังจากนั้นก็ควรตรวจทุกปี และถ้าผล Pap smear ซึ่งมีผลเป็น Negative ประมาณ 3 ครั้ง ก็อาจจะตรวจทุก 3-4 ปี ช่วงที่เหมาะสมในการตรวจภายใน คือ 10-20 วันหลังประจำเดือนวันแรก และก่อนการตรวจ 2 วันไม่ควรสวนล้าง ยาฆ่า Sperm หรือ ยาสอด สตรีควรไปรับการตรวจ Pap smear เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ ถ้าหากสตรีที่ไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ควรตรวจเมื่อมีอาการผิดปกติ หรือมีอายุมากกว่า 35 ปี

3.2 Schiller test เป็นการตรวจหาบริเวณที่มีความผิดปกติเพื่อจะตัดชิ้นเนื้อ หลังจากที่ได้ผล Pap smear ผิดปกติ โดยใช้น้ำยา Schiller การตรวจ Schiller test จะบอกให้ทราบเพียง ว่า บริเวณที่จะตัดชิ้นเนื้อเป็นเซลล์ที่ไม่มีกลัยโคเจนเท่านั้น แต่ไม่ได้บอกถึงพยาธิสภาพว่าเป็นรอยโรค ก่อนหรือเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งปากมดลูก

3.3 Biopsy เป็นการตัดชิ้นเนื้อบริเวณปากมดลูกที่สงสัยว่าเป็น CIN เช่น ในราย ที่มี Pap smear ผิดปกติ หรือเป็น Carcinoma of cervix หรือในรายที่ตรวจพบ Abdominal lesion ที่ Cervix วิธีนี้ให้การวินิจฉัยได้เกือบ 70-95 % ซึ่งการทำ Biopsy นี้จะมีประโยชน์ในกรณีที่ผลการตรวจ ชิ้นเนื้อออกมาเป็น Invasive carcinoma

3.4 Conization เป็นการผ่าตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย โดยหลักการเพื่อเอา Squamo columnar junction ของ Cervical epithelium และบริเวณที่ผิดปกติทั้งหมดมาศึกษาทาง พยาธิวิทยา

3.5 การตรวจเพื่อการจัดระยะของโรค ได้แก่ การเอ็กซเรย์ (X-ray) ทรวงอก การ ทำ IVP การทำ Lymphangiography การตรวจดูเม็ดเลือดแดง การตรวจดูสมรรถภาพของตับ ไต และ การใช้กล้องส่องตรวจกระเพาะปัสสาวะ และทวารหนัก (Cystoscopy and proctoscopy)

การรักษา มะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก มีการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1. การผ่าตัด ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูกอาจจะตัดแค่บริเวณปากมดลูก แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายมากแพทย์อาจจะตัดมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง

2. การให้รังสีรักษาทำได้ 2 วิธี โดยการให้รังสีรักษาจากเครื่องแพทย์จะให้รังสีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง 5 วัน/สัปดาห์เป็นเวลา 5-6 สัปดาห์ โดยการฝังแร่อาบรังสีบริเวณปากมดลูกฝังแต่ละครั้งนาน 1-3 วัน ต้องอยู่โรงพยาบาลใช้เวลารักษา 1-2 สัปดาห์

3. การให้เคมีบำบัด โดยการให้เคมีเข้าในเลือดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อให้ภูมิคุ้มกันทำลายมะเร็ง ยาที่ใช้บ่อย คือ Interferon การใช้เคมีบำบัดมักใช้รักษามะเร็งที่แพร่กระจายไปมากแล้ว หรือระยะกลับเป็นใหม่

ในบางรายอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เรียกว่า Adjuvant therapy การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ คือ

ระยะที่ 0 Carcinoma in situ รักษาโดยการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด (Total abdominal hysterectomy) ในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว สามารถรักษาหายขาดได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ สำหรับในผู้ป่วยที่อายุน้อยมักจะเก็บรังไข่ไว้เพื่อการผลิตฮอร์โมน ในบางรายที่ต้องการมีบุตรอีก จะทำการผ่าตัดโดยวิธีคว้านเฉพาะปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (Conization) การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว และมีปัญหาเรื่องการให้ยาระหว่างผ่าตัดสามารถรักษาให้หายขาดได้

ระยะ 1a Microinvasive carcinoma ถ้าเป็นมะเร็งเริ่มแรก (Early carcinoma of cervix) สามารถทำผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด (Radical hysterectomy) โดยการตัดช่องคลอดส่วนบนไม่น้อยกว่า 3 ซม. ถ้าโรคแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์ ในรายที่โรคลุกลามไปเกินกว่า 5 มม. จำเป็นต้องผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดพร้อมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานออกด้วย (Radical hysterectomy with pelvic node dissection หรือ Wertheim's operation) ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือมีข้อห้ามต่อการผ่าตัด หรือดมยาสลบ แพทย์จะรักษาโดยการสอดใส่แร่เรเดียม (Radium-226) 75 มิลลิกรัมเป็นเวลา 72 ชั่วโมง 2 ครั้ง ในระยะเวลา 10 วัน หรือใส่แร่ซีเซียม (Cesium-137) 8000-9000 มิลลิกรัม/ชั่วโมง (mgh) 2 ครั้ง การรักษาทางรังสีได้ผลดีเท่า ๆ กับการผ่าตัด

ระยะ 1b Invasive cancer confined to the cervix รักษาโดยการให้รังสีหรือการผ่าตัด (Irradiation or radical hysterectomy) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ลักษณะของเนื้องอกและอายุของผู้ป่วย การผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพราะความต้องการที่จะรักษาหน้าที่ของรังไข่ไว้และต้องตัดปากมดลูก มดลูก ผนังช่องคลอดบางส่วน และต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานออกอาจมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือ กระเพาะปัสสาวะทะลุ ซึ่งต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ สำหรับอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือ มีเลือดออก (Hemorrhage) เกิดการติดเชื้อ (Infection) และลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction)

การใช้รังสีรักษาจะเลือกให้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1b ที่มีแผลขนาดใหญ่ อยู่ด้านนอก (Large exophytic lesion) หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ โดยการฉายแสงด้วยโคบอลต์ (Co-60) ร่วมกับการสอดใส่แร่เรเดียม (Ra-226) หรือ ซีเซียม (Cs-137) ทางช่องคลอด ถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาน้อยกว่าที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องผ่าตัดมดลูกอีกครั้งหลังได้รับรังสีรักษา

ระยะ IIa ส่วนมากผู้ป่วยในระยะนี้จะได้รับการรักษา โดยการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว (Radiation therapy) มีบางรายที่รักษาด้วยการผ่าตัดด้วยเทคนิคการผ่าตัดและการใช้รังสีรักษาคัลลาย ๆ กับระยะที่ 1a และ 1b ผู้ป่วยในระยะนี้มีโอกาสหายได้มาก

ระยะ IIb ระยะ IIIa และ ระยะ IIIb เป็นระยะที่โรครุนแรงมากขึ้น รักษาด้วยรังสีรักษาโดยการฉายรังสีโคบอลต์ (Co-60) บริเวณช่องเชิงกรานด้านนอก จำนวน 4000-5000 แรดส์ (rads) และตามด้วยการสอดใส่แร่เรเดียม (Ra-226) หรือ ซีเซียม (Cs-137) หนึ่งถึงสองครั้ง จำนวน 4000-5000 มิลลิกรัม/ชั่วโมง

ระยะ IVa เป็นระยะที่โรคมะเร็งขยายขอบเขตออกไปยังกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) หรือช่องทวารหนัก (Rectum) ซึ่งต้องรักษาด้วยการฉายรังสีปริมาณสูงอาจถึง 6000 แรดส์

แนวทางในการป้องกัน และควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งไว้เป็น 3 ชั้น ดังนี้ (ศิวาลัย ธนภัทร. 2533: 9)

1. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันการเกิดมะเร็งในประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดโรคหรือลดปริมาณลง ซึ่งมาตรการในการป้องกัน ได้แก่

- เผยแพร่ข้อมูลสู่ศึกษา เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การสำส่อนทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพยายามหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

- ปรับปรุงสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายและหลังมีเพศสัมพันธ์

- ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัย

- ควรฉีกหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เพื่อสะดวกในการทำมาสะอาด

- เมื่อมีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

- ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่

2. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงาน

ตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early detection) หรือการค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในประชากรปกติ (Screening) โดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) อีกทั้งมีการปรับปรุงบริการทางการแพทย์ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในเทคนิคการตรวจ การเตรียมสิ่งตรวจและพัฒนาการปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ให้สามารถตรวจวินิจฉัย และรายงานผลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ

3. การรักษาบรรเทาอาการเจ็บปวดและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Tertiary prevention) เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสภาพของชีวิตต่อไป

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนา ก่อให้เกิดการสูญเสียและเป็นอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพ แต่ก็ เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามีการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก และถ้าตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกมีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก ก็สามารถรักษาได้ทันเวลาที่ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531: 51) จึงถือว่าการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ จะสามารถลดอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้

จากการศึกษาเรื่อง การมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

2. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยา สังคมใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคล โดยครั้งแรกได้เริ่มจากการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Prevention behavior) ต่อมาได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) และพฤติกรรมผู้ป่วย (Sick role behavior)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกพัฒนาขึ้นมาครั้งแรกเมื่อ ค.ศ. 1950 โดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข สหรัฐอเมริกา คือ ฮอคบอม กาจิลีส ลีเวนทาล และโรเซนสต็อก (Hochbaum Kegeles Leventhal & Rosenstock) กรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีสถานะพลังงานของ เคิร์ต เลวิน (Kurt Lewin) ซึ่ง ฮอคบอม (Hochbaum) เป็นผู้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นครั้งแรก

ต่อมาโรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเผยแพร่ จึงเป็นผู้ถูกอ้างอิงในฐานะเป็นผู้ริเริ่ม ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลจะแสวงหาและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้ระดับหนึ่ง (ต่ำสุด) และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่า

ตนมีความเสี่ยงต่อภาวะเจ็บป่วยและเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีหนึ่งที่จะสามารถจะควบคุมโรคได้ ตลอดจนเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ สถานการณ์เหล่านี้ ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาให้หายได้ และสุดท้ายการรับรู้เกี่ยวกับค่าใช้จ่าย

เบคเกอร์ และคนอื่น ๆ (Becker; et al. 1975: 12) เป็นผู้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factors) และสิ่งชักจูงไปสู่การปฏิบัติ (Cues to action) นอกเหนือไปจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพล ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพื่อประกอบการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น

เคิร์สท์ และคอบบี้ (Kirscht; & Cobb. 1974: 398) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเช่นกัน แต่ได้นำมาอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness behavior) ซึ่งหมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อรู้สึกไม่สบาย เพื่อจะได้ทราบว่ามีความผิดปกติอะไรเกิดขึ้น เขาควรทำอย่างไรกับความผิดปกตินั้น ๆ ต่อมา ปี 1980 เบคเกอร์และไมเมน (Becker & Maiman) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และ สวิง สุวรรณ. 2530: 118) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) ในรูปแบบของการรับรู้และความเชื่อโดยเพิ่มองค์ประกอบด้านแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่าง ๆ เพิ่มเติมขึ้น

1. บุคคลจะต้องมีสภาวะการจิตใจที่เพียงพอ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพ ซึ่งแสดงว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ
2. มีความเชื่อว่า ตนเองหรือครอบครัวมีโอกาสที่จะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับสุขภาพ
3. มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องสุขภาพจะเกิดประโยชน์ที่จะช่วยลดปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในรูปของ เวลา แรงงาน เงินทอง และจะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยอมรับได้

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

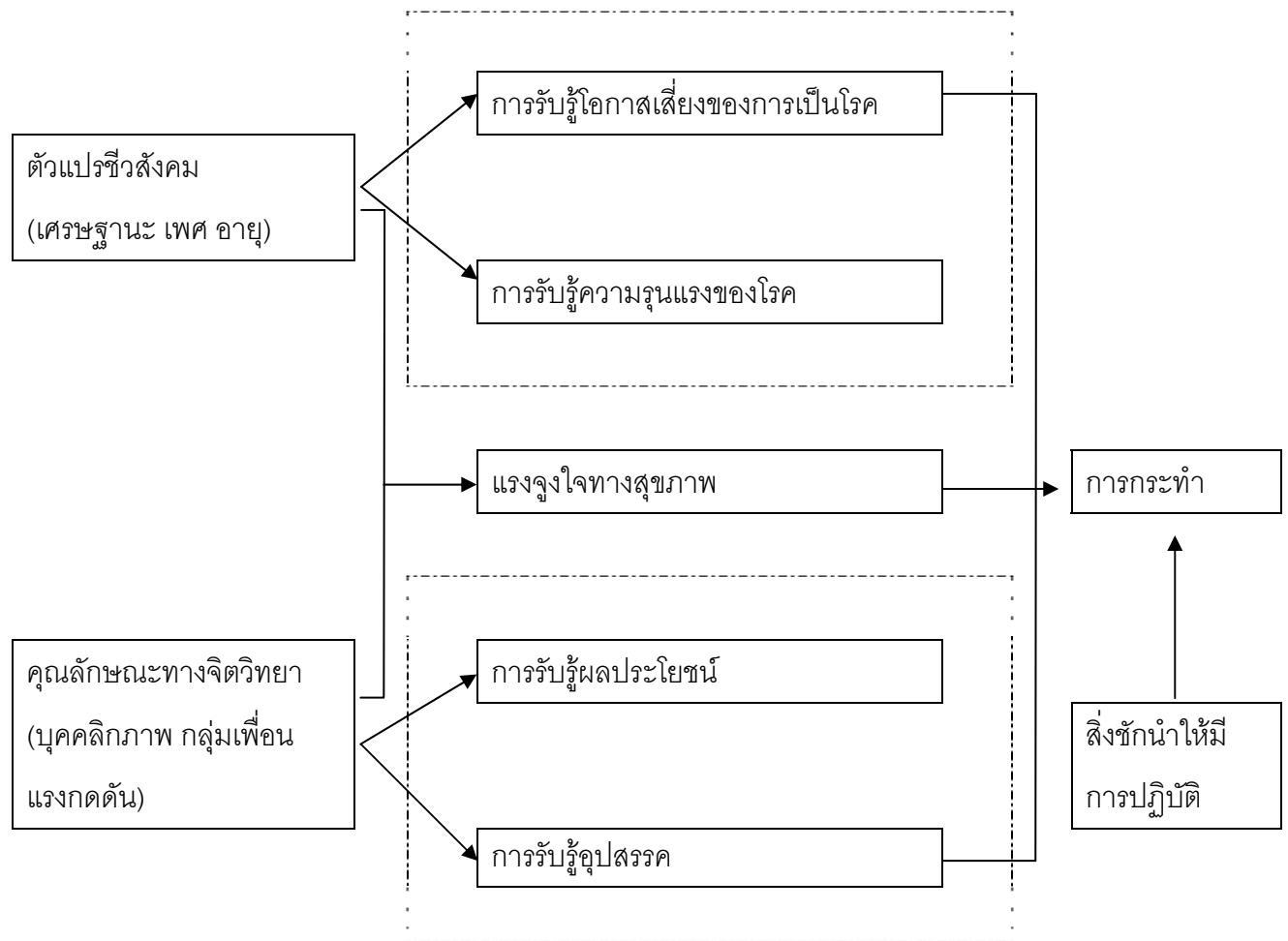
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรง ต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย บุคคลจะมีการรับรู้ได้ 3 ทางคือ ความเชื่อที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำและความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงจะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต มีความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและผลกระทบที่มีต่อบทบาทสังคม หรือฐานะทางเศรษฐกิจในสังคมเพราะเชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่าจะเกิดโรคแต่ไม่รับรู้ต่อผลเสียอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจและครอบครัวของตนเองแล้ว บุคคลผู้นั้นก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตนให้ถูกต้อง
3. การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรักษา (Perceived benefits and barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อการรับรู้ว่าจะเกิดโรค และถ้าเป็นแล้วจะเกิดความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และสังคม บุคคลก็จะแสวงหาวิธีการปฏิบัติรักษาให้หายจากโรค หรือแสวงหาวิธีป้องกันมิให้เกิดโรคในบุคคลที่ยังไม่ป่วยและบุคคลนั้นต้องยอมรับว่าวิธีดังกล่าวมีประโยชน์เหมาะสมที่สุดที่จะทำให้ตนเองหายจากการเป็นโรคหรือไม่เกิดโรคนั้น ในกรณีที่มีการปฏิบัติดังกล่าวมีอุปสรรค เช่น การรับรู้ถึงความไม่สะดวก ความอาย ค่าใช้จ่ายสูง เป็นต้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีข้อเสียของพฤติกรรมนั้นๆ โดยทั่วไปบุคคลเลือกที่จะปฏิบัติวิธีที่เขาเชื่อว่าจะให้ประโยชน์กับเขามากที่สุดและมีอุปสรรคน้อยที่สุด ซึ่งมักพบว่าการรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับมีความสัมพันธ์ กับการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่

4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึกรับรู้ถึงอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก และสิ่งเร้าภายนอกตัวบุคคล เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว

เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัย การรับรู้ต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของ ระดับความพอใจ ความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล โดยเฉพาะ ผู้ป่วยในลักษณะความปรารถนาหรือความตั้งใจ ที่จะยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เพื่อการป้องกัน และการรักษาโรคนั้น

5. ปัจจัยร่วม (Modifying factors) ปัจจัยร่วมนั้นเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอของความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cue to action) ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สบาย เจ็บปวด อ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นเองหรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น บัตรนัดหรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำในการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้นจะต้องเกิดขึ้น สอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มข้นของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมจะแตกต่างกันตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงออกพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเตือนเพียงเล็กน้อย



ภาพประกอบ 3 กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ

ที่มา: พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2545). *พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพ*. หน้า 165: (อ้างอิงจาก Marke and other. (2000). *Health Psychology Theory, Research and Practice*. p. 236.)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญกับปัจจัยภายในตัวของบุคคลและมีแนวคิดหลักว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของคน การรับรู้ของคนเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมบุคคลจะกระทำและเข้าใจสิ่งที่ตนพอใจถ้าคิดว่าสิ่งนั้นเป็นผลดีแก่ตน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำเอาแรงสนับสนุนทางสังคมมาเป็นปัจจัยร่วมในการศึกษา เพื่อช่วยให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมได้ชัดเจนขึ้น

3. แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดเรื่องแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีที่เป็นผลมาจากการศึกษาทางด้านสรีระวิทยา ซึ่งพบว่า “การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของบุคคลผู้ซึ่งมีความสำคัญและอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา”

แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมอนามัยของคน ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้มีผู้ศึกษาวิจัยและให้คำจำกัดความไว้ดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976: 300-314) ได้ให้ความหมายไว้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เป็นข้อมูลหรือข่าวสารที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn. 1979: 85) ได้ให้คำจำกัดความของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านเงินทอง สิ่งของหรืออื่น ๆ

ทอยท์ (Thoits. 1982: 145-159) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นความช่วยเหลือต่อการปรับตัวกับความเครียด หรือการที่บุคคลอื่นที่มีความสำคัญมีส่วนร่วมอย่างจริงจังต่อความพยายามในการจัดการกับความเครียด ในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ ความหมายและปฏิกริยาทางอารมณ์

โคเฮนและวิลส์ (Cohen; & Wills. 1985: 310-353) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นทรัพยากรที่ได้รับจากผู้อื่นเกี่ยวกับข้อมูล หรือสิ่งของที่ใช้ได้และมีศักยภาพ และมีผลทางด้านบวกและทางลบต่อสุขภาพและความอยู่ดีของบุคคล

จากความหมายหรือคำจำกัดความของบุคคลต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถสรุปความหมายในแง่พฤติกรรมสุขภาพ กล่าวไว้ ดังนี้ (บุญเยี่ยม ตระกูลวงศ์. 2528: 73)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ “ผู้รับแรงสนับสนุน” ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในที่นี้หมายถึง การมีสุขภาพอนามัยที่ดี ผู้ให้แรงสนับสนุนทางสังคม อาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หลักการของแรงสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม จะประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้ และผู้รับแรงสนับสนุน

2. ลักษณะของการติดต่อสัมพันธ์นั้นจะต้องประกอบไปด้วย

2.1 ข้อมูลข่าวสารที่มีลักษณะที่ทำให้ “ผู้รับ” เชื่อว่ามีคนสนใจ เอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนอย่างจริงจัง

2.2 ข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นข่าวที่มีลักษณะทำให้ “ผู้รับ” รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและเป็นที่ยอมรับในสังคม

2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ “ผู้รับ” เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีประโยชน์แก่สังคม

3. ปัจจัยนำเข้าของแรงสนับสนุนทางสังคม อาจอยู่ในรูปของข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือทางด้านจิตใจ

4. ต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้ คือ การมีสุขภาพอนามัยดี

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

คาห์น (Kahn. 1979: 85) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความผูกพันทางด้านอารมณ์และความคิด (Affection) เป็นการแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีต่อบุคคลหนึ่ง ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพ หรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน (Affirmation) เป็นการแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับปัญหาในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในการกระทำและความคิดของบุคคล

3. การให้ความช่วยเหลือ (Aid) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือช่วยเหลือโดยตรง การช่วยเหลือเหล่านั้น อาจเป็น เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา

เฮาส์ (House. 1981: 15-26; อ้างอิงจาก Israel. 1985. *Health Education Quarterly*. p. 66) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประเภท คือ

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เช่น ให้ความพอใจ การยอมรับนับถือ ความหวังใย การกระตุ้นเตือน

2. การสนับสนุนในการให้การประเมินผล (Appraisal support) เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feed back) การเห็นพ้องในการรับรอง (Affirmation) รวมถึงการสนับสนุน อาจเป็นการช่วยเหลือโดยตรงหรือโดยอ้อมก็ได้

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เช่น การให้คำแนะนำ (Suggestion) ตักเตือน ให้คำปรึกษา (Advice) และการให้ข่าวสาร (Information)

4. การสนับสนุนด้านเครื่องมือ (Instrumental support) เช่น แรงงาน เงิน เวลา เป็นต้น

แหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคม

โดยปกติกลุ่มสังคมจัดแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ ๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลุ่มปฐมภูมิและกลุ่มทุติยภูมิ กลุ่มปฐมภูมิเป็นกลุ่มที่มีความสนิทสนมและมีความสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกเป็นการส่วนตัวสูง กลุ่มนี้ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามแผนและกฎเกณฑ์ที่วางไว้ มีอิทธิพลเป็นตัวกำหนดบรรทัดฐานของบุคคลในสังคม กลุ่มนี้ได้แก่ เพื่อนร่วมงาน กลุ่มวิชาชีพและกลุ่มสังคมอื่น ๆ ซึ่งในระบบแรงสนับสนุนทางสังคมถือว่าการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ความสำคัญของแหล่งของแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น แหล่งปฐมภูมิ ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง มีความสำคัญต่อการเจ็บป่วยและพฤติกรรมอนามัยของบุคคลเป็นอย่างยิ่ง อันดับแรกส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งทุติยภูมิถือว่า มีความสำคัญในฐานะเป็นผู้ให้บริการทางสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคคลากรอื่น ๆ เช่น ผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ครู พระหรือนักบวช ซึ่งมีความสำคัญรองลงมาในการสนับสนุนข้อมูล ข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอทท์ลิบ (Gottlieb, 1985: 5-22) ได้แบ่งระดับของแรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาค หรือระดับกว้าง (Macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้าร่วมความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในชุมชน

2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo level) เป็นความสัมพันธ์ในระดับที่เฉพาะเจาะจงไปถึงกลุ่มบุคคลที่มีการติดต่อกัน เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro level) เป็นระดับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่า สิ่งสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก ทั้งนี้ความเชื่อว่าคุณภาพของความสัมพันธ์มีความสำคัญมากกว่าปริมาณ

ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงได้นำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมตามแนวความคิดของเฮาส์ (House, 1981) ในเรื่องการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) มาเป็นแนวทางในการศึกษา

เพื่อที่จะทำให้สตรีเห็นความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาระยะกึ่งประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยคิดว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้สตรีมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีผู้ที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งต่างประเทศและในประเทศ ดังนี้

1. งานวิจัยในต่างประเทศ

งานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และโรคมะเร็งปากมดลูก มีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าไว้ดังนี้

ลินเซย์, ด็อด และเชน (Lindsay; Dodd; & Chen. 1985: 149-164) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอ จะสามารถเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตได้ด้วยความมั่นใจ และการปรับตัวได้เหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการสนับสนุนที่ได้จากคู่สมรส

แมคคี (McKee. 1988: 2264) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน และการมีส่วนร่วมในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีจำนวน 92 คน มีอายุระหว่าง 35-60 ปี พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตรวจหาเซลล์มะเร็ง แต่แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตน ไม่ได้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก

วิลเลย์ (Willey. 1990: 79-95) ศึกษาถึงผลกระทบจากโรคมะเร็งและประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับกำลังใจจากสังคม ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมสูง จะมีภาวะสุขภาพของร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองดีกว่าผู้ที่ได้รับกำลังใจและแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คาร์เซน (Klassen. 1991: 3018) ศึกษาผลของการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่อการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกของสตรีสูงอายุ จำนวน 121 คน เป็นสตรีวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ มีอายุระหว่าง 45-94 ปี พบว่า การเจ็บป่วยเรื้อรังปัจจัยที่เป็นประโยชน์ ผลดี ปัจจัยทางสังคมของสตรีมีผลต่อการตรวจ ค้นหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ สตรีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้ต่ำ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกน้อยจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อย ส่วนสตรีที่เจ็บป่วยเรื้อรัง รายได้สูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดีจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกมาก

เคลลี (Kelly. 1994: 1371) ศึกษาการพยาบาล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี จำนวน 92 คน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แรงสนับสนุนของสามี หรือเพื่อนชาย มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ส่วนมารดา หรือ เพื่อนสนิท น้องสาว เป็นตัวช่วยสนับสนุนการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก แพทย์ และการได้รับข่าวสารเป็นตัวทำนวยการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด

อิมมานส์ (Aymanns. 1995: 107-124) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการรักษาโรค และการสนับสนุนของครอบครัวของผู้ป่วย จำนวน 169 คน พบว่า การได้รับกำลังใจจากครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่เข้มแข็ง ช่วยให้การรับรู้ การยอมรับต่อโรคและการร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งจากการศึกษาแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม จะเห็นได้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

วาย ดี. ,และคนอื่น ๆ (Wai D; et al. 1996: 44-48) ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากการกำหนดแนวทางในการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกระดับชาติ ต่อเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการตรวจ มะเร็งปากมดลูกในรัฐนิวเซาเวลส์ ประเทศออสเตรเลียจำนวน 70 คน โดยใช้แบบสอบถาม พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ให้ความเห็นว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกได้ และให้ความเห็นว่าสตรีในรัฐนิวเซาเวลส์ ร้อยละ 57 มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากได้รับใบแจ้งผลการตรวจอีก และร้อยละ 43 ต้องได้รับการกระตุ้นเตือนจากสถาบันมะเร็งของรัฐเสียก่อนจึงจะไปรับบริการตรวจอีก

บุราค และ เมเยอร์ (Burak; & Mayer. 1997: 251-256) ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรม ตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกของนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 400 คน โดยใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก แบบแผนความเชื่อ

ด้านสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจหาเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูกได้ร้อยละ 15 และทำนายความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูกร้อยละ 11

ร็อบบินส์ (Robbins. 1997: 102-A) ศึกษาการเชืยชนสตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งเรื้องปากรมดลูกซึ่งเป็นผลบวกมากกว่าผลลบ การวิจัยนี้ได้ทดสอบประสิทธิภาพของการส่งเสริมสตรีให้เข้ารับการตรวจมะเร็งเรื้องปากรมดลูก ด้วยข้อความเชืยชน โดยให้ทฤษฎีการปฏิบัติอย่างมีเหตุผลของเอจเซนและฟิชเบิน (Aizen and Fishbein. 1980) การศึกษาได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของผลลัพธ์จากข้อความชวนเชื่อที่เป็นผลบวกและผลลบกับข้อความทั่วไป การวิจัยได้ทดสอบความเที่ยงตรงของทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผนในบริบทของการตรวจมะเร็งเรื้องปากรมดลูกและให้ส่วนที่เพิ่มเติมในการทำนายความตั้งใจและพฤติกรรม ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์จากข้อความชวนเชื่อด้านบวกและด้านลบไม่มีผลต่อการมีอิทธิพลในพฤติกรรมมากกว่าข้อความทั่วไป ยิ่งไปกว่านั้นข้อความชวนเชื่อด้านบวก มีประสิทธิผลในการสร้างอิทธิพลต่อทั้งความตั้งใจและพฤติกรรมกว่าข้อความชวนเชื่อด้านลบ ผลของการวิจัยยังสนับสนุนทฤษฎีพฤติกรรมแบบแผนกับการเพิ่มเติม ปัจจัยที่สำคัญของพฤติกรรมการรับรู้

2. งานวิจัยในประเทศ

งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และโรคมะเร็งเรื้องปากรมดลูก มีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ภรณ์ สุรินทร์ (2535: ก-ข) ศึกษาประสิทธิผลของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูก โดยประยุกต์วิธีการตลาดทางสังคม ในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 165 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 94 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 71 คน พบว่าหลังการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูก กลุ่มสตรีกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเรื้องปากรมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้องปากรมดลูก การรับรู้ต่อค่าใช้จ่ายและผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูกและความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูกดีกว่าก่อนการจัดกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วนิดา เสนะวงษ์ (2535: ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งเรื้องปากรมดลูกของคณางานสตรี จังหวัดนนทบุรี จำนวน 113 คน โดยนำรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำเสนอตัวแบบในทางลบ การบรรยายประกอบสไลด์และการกระตุ้นเตือนจากสามีและ อสม. ในโรงงาน พบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้

ต่อผลดีและการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อาภากร สุปัญญา (2537: ก-ข) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัด อุตรธานี จำนวน 416 คน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจค้นหา มะเร็งปากมดลูก ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและเจตคติเกี่ยวกับการตรวจ มะเร็งปากมดลูกของสตรี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก

ศิริพร เสาวรส (2538: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ โดยจำแนกตามตัวแปร คือ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สภาวะการเจริญพันธุ์ และแหล่งความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก ณ หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกนรีเวช งานสูตินรีเวชกรรม จำนวน 310 คน พบว่าสตรีที่มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกที่มีอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ต่างกันมีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสตรีที่มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกที่มีสถานภาพสมรส สภาวะการเจริญพันธุ์ต่างกัน มีเจตคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูก พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

สุวารีวรรณ กิจสมักร (2539: บทคัดย่อ) ศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความเชื่อ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสามัญสูติ กรรมหลังคลอด จำนวน 310 คน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และ จำนวนครั้งของการคลอดมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อายุ เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก และความเชื่ออำนาจภายในตน มีความสัมพันธ์เชิง บวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการ ปฏิบัติ และความเชื่ออำนาจความบังเอิญ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

อัญชลี จุติดำรงค์พันธ์ (2539: 82) ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน โดยการให้ความรู้ผ่าน อสม. ที่ได้รับการอบรม แจกเอกสารแผ่นพับพร้อมกับการใช้บัตรเตือนและการกระตุ้นเตือนโดย อสม. พบว่าการกระตุ้นเตือนโดย อสม. และการใช้บัตรเตือนมีส่วนส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เจตนา ศรีใส (2540: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน โดยศึกษาในหญิงอายุระหว่าง 26-35 ปี จำนวน 193 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านประชากรพบว่า อายุ อายุเมื่อสมรสครั้งแรก วิธีการคุมกำเนิด การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีแนวโน้มว่าสตรีที่มีอายุน้อย สมรสครั้งแรกอายุน้อย ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มที่จะมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูง ส่วนปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ แหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสาร และการรณรงค์ให้ไปตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ทองพูล แต่สมบัติ และคณะ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประดับ ทองใส (2541: ง) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คนพบว่า สตรีร้อยละ 87.50 มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทุกิติภูมิที่ไม่พึงประสงค์ ร้อยละ 84 โดยสตรีไปรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 16 สตรีที่การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้องร้อยละ 92.80 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิ (หลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง) และระดับทุติยภูมิ (การตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก) สำหรับตัวแปรด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

พรทิพย์ โตท่าโรง (2541: 95-97) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม

จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว อายุระหว่าง 30-59 ปี ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 140 คน พบว่าภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าก่อนทดลองแต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบ และภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญ

วนิดา ทางาม (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยกลุ่มเพื่อนสตรีอำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัด ศรีสะเกษ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25-29 ปี ซึ่งไม่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกจำนวน 160 คน พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความตั้งใจที่จะตรวจสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542: บทคัดย่อ) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม และการสนับสนุนทางสังคมส่วนย่อย คือ ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินพฤติกรรม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของ เงินหรือแรงงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หทัยรัตน์ ร่มประพันธ์ (2543: บทคัดย่อ) ศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในจังหวัดสระบุรี ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว มีอายุระหว่าง 15-44 ปี ที่มารับบริการวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสระบุรี จำนวน 372 คน พบว่า เจตคติต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการประเมินผลกระทบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับความเชื่อเกี่ยวกับการควบคุม และการรับรู้อิทธิพลของปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วรารณณ์ อ้าช้าง (2544: ง) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขและยังไม่เคยได้รับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกมาก่อนจำนวนทั้งสิ้น 274 คน พบว่า ร้อยละ 46.40 ของประชากรมีความตั้งใจไปรับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในปีต่อไปเป็นครั้งแรก เพราะต้องการตรวจสุขภาพประจำปี มีอาการที่เกี่ยวข้องและคิดว่าตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องไปตรวจ และร้อยละ 53.60 ของประชากรมีความตั้งใจไม่ไปรับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในปีต่อไปเป็นครั้งแรก เนื่องจากอายุ ไม่มีอาการที่เกี่ยวข้อง และไม่คิดว่าตนเองจะเป็นมะเร็งปากมดลูก โดยสถานภาพสมรส อาการที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนทางสังคมของคนใกล้ชิดและอายุ สามารถจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มตามความตั้งใจที่จะไปหรือไม่ไปรับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกในปีต่อไปเป็นครั้งแรกได้ โดยมีประสิทธิภาพในการจำแนกกลุ่มร้อยละ 70.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อรศรี สุวิมล (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปาวมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก

อรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทที่โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีแต่งงานแล้วที่มีอายุ 20-60 ปี จำนวน 160 คน พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ การรับรู้

โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล (2549: 111) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตบางแค กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่อาศัยอยู่ในชุมชนในทุกแขวงของเขตบางแค ที่มีอายุ 35 ปี 40 ปี 45 ปี 50 ปี 55 ปี และ 60 ปี บริบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2549 จำนวน 400 ราย ระยะเวลาศึกษาวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2550 พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 51.20 ไม่เคยรับการตรวจร้อยละ 48.80 เหตุผลสำคัญที่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้แก่ การมาตรวจหลังคลอดร้อยละ 35.10 รองลงมาคือ มีอาการผิดปกติทางช่องคลอดร้อยละ 44.60, 16.90 และ 15.40 ตามลำดับ ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้แก่ สถานภาพสมรส การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารซึ่งประกอบด้วย การรับรู้ข่าวสาร การรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก การได้รับความแนะนำ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ($p\text{-value} < 0.05$)

จากการวิจัยที่ผ่านมา มีผู้ศึกษาในเรื่องพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ดีขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาวิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อที่จะทำให้สตรีได้เห็นความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และทำให้สตรีมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการศึกษาค้นคว้า
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอปัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นสตรี ในอำเภอปัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอปัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือ ไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี
2. สามารถอ่านออก เขียนได้
3. สม่ัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จนถึงสิ้นสุดการวิจัย

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน ทำการแบ่งกลุ่มโดยวิธีการจับคู่ (Matched) ด้วยตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร

การเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. คัดเลือกตำบล ที่อยู่ในเขตอำเภอปัว จำนวน 2 ตำบล ผู้วิจัยมีเกณฑ์ในการเลือกตำบล เพื่อทำการศึกษาดังนี้

- 1.1 เป็นตำบลที่อยู่ในเขตอำเภอบัว จังหวัดน่าน
- 1.2 เป็นตำบลที่มีอัตราการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกใกล้เคียงกัน
- 1.3 เป็นตำบลที่มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกันและมีลักษณะทางประชากร

เหมือนกัน

- 1.4 เป็นตำบลที่มีลักษณะการปกครองขององค์กรในชุมชนใกล้เคียงกัน
- 1.5 เป็นตำบลที่มีลักษณะการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ที่ผู้วิจัยสามารถสำรวจได้ทั่วถึง

ในขณะที่ทำการศึกษา และประชาชนให้ความร่วมมือ

จากเกณฑ์การคัดเลือกตำบลดังกล่าว และข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบัว ผู้วิจัยได้เลือก 2 ตำบล และทำการสุ่มเลือกได้ตำบลสถานเป็นตำบลของกลุ่มทดลอง ตำบลบัวเป็นตำบลของกลุ่มควบคุม

2. การเลือกสตรีกลุ่มทดลองจากตำบลสถานและสตรีกลุ่มควบคุมจากตำบลบัวตามคุณสมบัติที่กำหนด

แบบแผนการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งกลุ่มที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการให้สุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. กลุ่มควบคุม (Control group) ไม่ได้รับการให้สุขศึกษาตามโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แต่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามจำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการตอบแบบสอบถามก่อนทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการตอบแบบสอบถามหลังการทดลอง โดยใช้รูปแบบการทดลองแบบ Pre-test, Post-test control group design ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังตาราง 2 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 65-66)

ตาราง 2 รูปแบบการทดลอง

กลุ่ม	สอบก่อน	ทดลอง	สอบหลัง
กลุ่มทดลอง	T ₁	X	T ₂
กลุ่มควบคุม	T ₁	~X	T ₂

โดยกำหนดให้

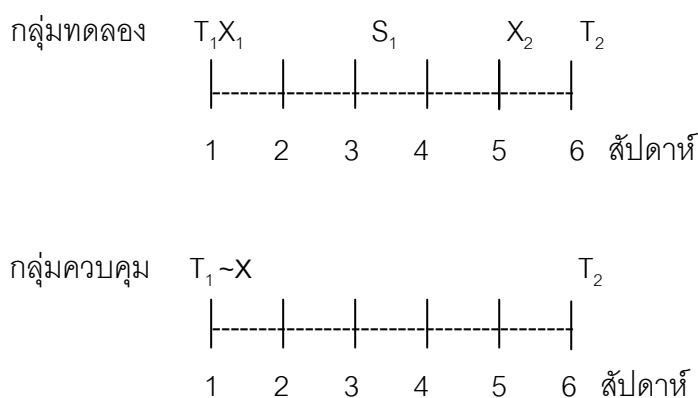
T_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง

T_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามหลังทำการทดลอง

X หมายถึง ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น

$\sim X$ หมายถึง ไม่ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ได้รับการให้สุขศึกษาตามปกติ

แผนดำเนินการทดลอง มีดังนี้



ภาพประกอบ 4 แบบแผนการทดลอง

โดยกำหนดให้

T_1 หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามก่อนทำการทดลอง

T_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ การให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มทำแบบสอบถามหลังทำการทดลอง

X_1 หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการให้สุขศึกษา การบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจน การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และการอภิปรายภายในกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยง

ในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคในการไปรับการตรวจ แล้วมาอภิปรายร่วมกัน เพื่อให้สตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ในการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

X_2 หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มทดลอง โดยการบรรยายถึงผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก การตรวจหามะเร็งปากมดลูก และผลเสียที่ไม่ปฏิบัติ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนสตรีให้มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลดีผลเสียของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ

$\sim X$ หมายถึง ไม่ได้รับการจัดโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมแต่ได้รับการให้สุศึกษาตามปกติ

S_1 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมทางสังคมที่ให้ในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยส่งไปรษณียบัตรกระตุ้นเตือนสตรีที่เข้าร่วมโครงการเพื่อไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกที่สถานบริการใกล้บ้าน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 แบบ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบใช้ตัวเลือก (Checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)

เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน

ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)

เห็นด้วย	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	1.67 - 2.33	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.66	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

สำหรับแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความที่เป็นบวก (Positive Statement)

เห็นด้วย	1 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	3 คะแนน

ข้อความที่เป็นลบ (Negative Statement)

เห็นด้วย	3 คะแนน
ไม่แน่ใจ	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538: 9)

คะแนนเฉลี่ย	2.34 - 3.00	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย	1.67 - 2.33	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	1.00 - 1.66	หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยให้คะแนน

ผู้มาตรวจ = 1 ผู้ไม่มาตรวจ = 0

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าตำราและเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก และแนวคิดแบบแผนความเชื่อเรื่องสุขภาพ และแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบสอบถาม จากตำราการวัดผลการศึกษา และการประเมินผลทางสุขภาพศึกษา
3. กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา โดยนำมาสร้างแบบสอบถาม และแบบวัดให้ครอบคลุมตามนิยามศัพท์เฉพาะ
4. นำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้นไปให้กรรมการควบคุมปริญญาโท พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องและความชัดเจนของการใช้ภาษาและความตรงตามเนื้อหา เพื่อให้มีความถูกต้องก่อนนำไปทดลองใช้
5. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจนของภาษา และความตรงตามเนื้อหา เพื่อให้มีความถูกต้อง เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
6. นำเสนอต่อประธานและกรรมการควบคุมปริญญาโทก่อนนำไปทดลองใช้
7. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทำการทดลองใช้ (Try out) กับสตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะเดียวกับสตรีกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) และค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
8. นำผลการทดลองใช้ไปวิเคราะห์ และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม เพื่อนำไปใช้จริง

การหาคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของแบบสอบถาม ตามขั้นตอนดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถาม ที่สร้างเสร็จแล้วเสนอคณะกรรมการควบคุมปริญญาโท ตรวจสอบ เพื่อพิจารณาให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม จากนั้นนำเอาแบบสอบถามที่สร้างขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องหรือหาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 117)

2. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถาม

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่ตำบลไชยวัฒนา ในวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2551 แล้วนำแบบสอบถามหาค่าอำนาจจำแนกโดยใช้วิธีการหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Corrected Item to Total Correlation) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 117-119) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป

2.1 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เมื่อนำไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองพบว่า ข้อคำถามใช้ได้ จำนวน 11 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.32-0.78

2.2 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เมื่อนำไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองพบว่า ข้อคำถามใช้ได้ จำนวน 12 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.22-0.64

2.3 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เมื่อนำไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองพบว่า ข้อคำถามใช้ได้ จำนวน 8 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.31-0.64

2.4 แบบสอบถามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ เมื่อนำไปใช้ทดลองใช้กับกลุ่มที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองพบว่า ข้อคำถามใช้ได้ จำนวน 11 ข้อ มีค่าอำนาจจำแนก 0.27-0.76

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ นำมาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient)(พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538: 125) ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับสตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง พบว่า

3.1 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น 0.82

3.2 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น 0.83

3.3 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.76

3.4 แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น 0.90

2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

1. แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

2. แผนการจัดกระบวนการกลุ่ม

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองเพื่อให้สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความไว้วางใจ แจ่มให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรม

2.2 ให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคในการไปรับการตรวจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน

2.3 สรุปและเปิดโอกาสให้ซักถาม

3. อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่

3.1 แผ่นพับและภาพพลิกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3.2 วีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3.3 นิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก) ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเนื้อหาจากตำรา เอกสาร วิทยุ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ศึกษาวิธีการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. สร้างโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดขอบเขตโครงสร้างของเนื้อหาให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา

4. ให้กรรมการควบคุมปริญญาพันธ์ ช่วยพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมที่สร้างขึ้น

5. ปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของกรรมการควบคุมปริญญาพันธ์

6. ให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ช่วยพิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้ถูกต้องสมบูรณ์เกี่ยวกับการใช้ภาษา กำหนดเวลาที่ใช้ การใช้สื่อ กิจกรรมตามใบงาน และความเหมาะสมของเนื้อหาในกลุ่มเป้าหมาย
7. ปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ
8. นำโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองกับสตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อดูความเหมาะสมของภาษา เวลาที่ใช้และ กิจกรรมที่ใช้ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง
9. ปรับปรุงโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
10. ดำเนินการทดลองกับสตรีที่เป็นกลุ่มทดลอง

วิธีการหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการหาคุณภาพของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเสนอโปรแกรมให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)
2. หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบโปรแกรมแล้ว นำโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไข
3. ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ในสตรีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ตำบลไชยวัฒนา จำนวน 10 คน ในวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2551 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมอีกครั้งก่อนนำมาใช้จริง แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุศึกษา ดังตาราง 3

ตาราง 3 แผนการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ลำดับที่	กลุ่ม	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	ระยะเวลา (นาที)
1 (8 มี.ค 51)	ทดลอง	Pre-test (ก่อนการจัดสุขศึกษาครั้งที่ 1) (T_1) แจ้งสถานที่การเข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1	30
	ควบคุม	Pre-test (ก่อนการให้สุขศึกษาตามปกติ) (T_1)	30
	ทดลอง	จัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 (x_1)	
		- สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เกิดความพร้อมที่จะเข้าร่วมกิจกรรม	30
		- ให้ความรู้โดยการบรรยายประกอบภาพพลิกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก	30
		- จัดแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 4 กลุ่ม อภิปรายภายในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ในเรื่องมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคในการไปรับการตรวจ แล้วมาอภิปรายร่วมกัน เพื่อให้สตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	60
3 (22 มี.ค 51)	ควบคุม	- สรุปและเปิดโอกาสให้ซักถาม	30
		ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาปกติ	30
	ทดลอง	จัดกิจกรรมแรงสนับสนุนทางสังคม (s_1)	
		- การกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัยส่งไปรษณียบัตรกระตุ้นเตือนสตรีที่เข้าร่วมโครงการเพื่อไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สถานบริการใกล้บ้าน - การให้อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนช่วยกระตุ้นเตือน โดยใช้เสียงตามสายในชุมชนในการกระตุ้นเตือนสตรีที่เข้าร่วมโครงการเพื่อไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	

ตาราง 3 (ต่อ)

สัปดาห์ที่	กลุ่ม	กิจกรรมการเรียนรู้ การสอน	ระยะเวลา (นาที)
5 (6 เม.ย 51)	ทดลอง	จัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 2 (x_2)	
		- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับในการในจัดโปรแกรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 บรรยายถึงผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก การตรวจมะเร็งปากมดลูก และผลเสียที่ไม่ปฏิบัติ พร้อมทั้งกระตุ้นเตือนสตรีให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ	30
		- จัดแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 4 กลุ่ม อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผลดีผลเสียของการปฏิบัติและไม่ปฏิบัติ ในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	60
6 (12 เม.ย51)	ทดลอง	- สรุป ตอบข้อซักถาม	30
		ติดตามการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	30
	ควบคุม	Post -test (T_2)	30
		ติดตามการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก	30
		Post-test (T_2)	30

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำการติดต่อกับผู้ใหญ่บ้าน อสม.ประจำหมู่บ้านของแต่ละตำบล ในเขตอำเภอปัว เพื่อติดต่อประสานงานในการจัดทำโปรแกรมสุขศึกษา และรับสมัครผู้ที่สนใจจะเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างละ 30 คน
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
3. นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมุติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์ต่อไป
2. ตรวจให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโดยใช้การทดสอบค่าที (Dependent samples t-test)
5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t-test)
6. ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าซี (Z-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 สถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1.1 ค่าร้อยละ (P) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 64-65)

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

เมื่อ	P	แทน	ค่าร้อยละ
	f	แทน	ค่าความถี่ที่ต้องการแปลงเป็นค่าร้อยละ
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.1.2 ค่าเฉลี่ยของคะแนน (Mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 64-65)

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

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	คะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนน

n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยใช้สูตร

(ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 64-65)

$$S = \frac{\sqrt{n\sum x^2 - (\sum x)^2}}{n(n-1)}$$

เมื่อ S แทน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมทั้งหมดของค่าแต่ละตัวยกกำลังสอง
 $(\sum x)^2$ แทน ค่ายกกำลังสองของผลรวมทั้งหมด
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.1.4 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) แบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพ
 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม มาหาค่าอำนาจจำแนกโดยหาค่าสหสัมพันธ์ระหว่าง
 คะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับใช้วิธี (Corrected item to total correlation)
 (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539: 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{[n\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

เมื่อ r_{xy} แทน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร x กับตัวแปร y
 n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของ ของผลคูณระหว่างคะแนน x และคะแนน y
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน x
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมยกกำลังสองของคะแนน y

1.2 สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพเครื่องมือ

หาความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ในการวัดโดย
 วิธีการของครอนบาค (Cronbach) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (α - Coefficient) จากสูตร
 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 125-126)

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

เมื่อ	α	แทน	สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น
	n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
	s_i^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
	s_t^2	แทน	คะแนนความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

1.3 สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมุติฐาน ได้แก่

1.3.1 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าที (Dependent samples t-test) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540: 165)

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n \sum D^2 - (\sum D)^2}{(n-1)}}}$$

$$df = n - 1$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าที่ใช้การพิจารณาในการแจกแจงแบบที
	D	แทน	ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
	n	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	df	แทน	ชั้นแห่งความอิสระ

1.3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยทดสอบค่าที (Independent samples t-test) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2541: 165) โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบที (t - distribution)
	n_1	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
	n_2	แทน	จำนวนคนในกลุ่มที่ 2
	$\overline{x_1, x_2}$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
	s_1^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มที่ 1
	s_2^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนกลุ่มที่ 2

1.3.3 ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าซี (Z-test) โดยใช้สูตร

$$Z = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{\frac{p_1 q_1}{n_1} + \frac{p_2 q_2}{n_2}}}$$

เมื่อ	Z	แทน	ค่าสถิติที่ใช้ในการแจกแจงแบบซี (Z-test)
	p_1	แทน	สัดส่วนของสตรีที่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลอง
	p_2	แทน	สัดส่วนของสตรีที่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มควบคุม
	q_1	แทน	$(1 - p_1)$
	q_2	แทน	$(1 - p_2)$
	n_1	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลอง
	n_2	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

S แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที (t - distribution)

df แทน จำนวนค่าความเป็นอิสระ (Degrees of freedom)

p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มทดลอง แทน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มควบคุม แทน กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน จากข้อมูลที่รวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามกับสตรีที่เข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม 2551 – วันที่ 12 เมษายน 2551 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอผลการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการมีบุตร รายได้ของครอบครัว

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมุติฐานการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน สถานภาพสมรส จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการมีบุตร รายได้ของครอบครัว

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
30-39	6	20.00	5	16.67
40-49	10	33.33	10	33.33
50-59	12	40.00	12	40.00
>60	2	6.67	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	22	73.33	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67	4	13.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	10.00	5	16.67
รวม	30	100.00	30	100.00
อาชีพ				
แม่บ้าน	14	46.67	14	46.67
ค้าขาย	3	10.00	7	23.33
รับจ้าง	7	23.33	5	16.67
เกษตรกรรวม	6	20.00	4	13.33
รวม	30	100.00	30	100.00

ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
สมรส	30	100.00	30	100.00
รวม	30	100.00	30	100.00
จำนวนการตั้งครรภ์				
1	5	16.67	4	13.33
2	22	73.33	21	70.00
>2	3	10.00	5	16.67
รวม	30	100.00	30	100.00
ประวัติการมีบุตร				
1	5	16.67	4	13.33
2	22	73.33	21	70.00
>2	3	10.00	5	16.67
รวม	30	100.00	30	100.00
รายได้ของครอบครัว				
ไม่เกิน 3,000	7	23.33	9	30.00
ตั้งแต่ 3,001-8,000	14	46.67	15	50.00
ตั้งแต่ 8,001-13,000	6	20.00	3	10.00
สูงกว่า 13,000	3	10.00	3	10.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปรดังนี้

จำแนกตาม อายุ พบว่าสตรีในกลุ่มทดลอง อายุ 50-59 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุ 40-49 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุ 30-39 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนสตรีในกลุ่มควบคุม อายุ 50-59 ปี จำนวน

12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุ 40-49 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุ 30-39 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

จำแนกตาม ระดับการศึกษา พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

จำแนกตาม อาชีพ พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และประกอบอาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

จำแนกตาม สถานภาพสมรส พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

จำแนกตาม จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง ตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

จำแนกตาม ประวัติการมีบุตร พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง มีบุตร 2 คน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีบุตร 1 คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีบุตร มากกว่า 2 คน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม มีบุตร 2 คน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีบุตรมากกว่า 2 คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีบุตร 1 คน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง รายได้ ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาท ต่อเดือน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 รายได้ ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ รายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม รายได้ ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และรายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และรายได้ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน จำนวน

3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และรายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าสตรีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐานการวิจัย แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้

2.1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{X}$	S	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ							
การเป็นโรค	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.60	0.20	6.58*	.000
		หลังทดลอง	30	2.81	0.12		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.52	0.23	4.22*	.000
		หลังทดลอง	30	2.64	0.17		
การรับรู้ความรุนแรงของ							
โรค	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.56	0.19	7.40*	.000
		หลังทดลอง	30	2.78	0.11		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.56	0.25	4.82*	.000
		หลังทดลอง	30	2.67	0.21		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของ							
การปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	2.70	0.18	7.67*	.000
		หลังทดลอง	30	2.94	0.09		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	2.70	0.22	1.79	.083
		หลังทดลอง	30	2.71	0.22		
การรับรู้ถึงอุปสรรคของ							
การปฏิบัติ	กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	30	1.35	0.43	4.64*	.000
		หลังทดลอง	30	1.05	0.06		
	กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	30	1.36	0.43	2.73*	.011
		หลังทดลอง	30	1.25	0.30		

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลองนั้นมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ก่อนการทดลอง เท่ากับ 2.60 ด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.20 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการ

และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ หลังการทดลอง เท่ากับ 1.25 ด้วย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ผลการทดสอบพบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่า สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ดังปรากฏตามตาราง 6

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้	กลุ่มตัวอย่าง		n	$\bar{X}$	S	t	p
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ							
การเป็นโรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.60	0.20	1.37	.175
		กลุ่มควบคุม	30	2.52	0.23		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.81	0.12	4.26*	.000
		กลุ่มควบคุม	30	2.64	0.17		
การรับรู้ความรุนแรงของ							
โรค	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.56	0.19	0.04	.962
		กลุ่มควบคุม	30	2.56	0.25		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.78	0.11	2.39*	.026
		กลุ่มควบคุม	30	2.67	0.21		
การรับรู้ถึงประโยชน์ของ							
การปฏิบัติ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.70	0.18	0.07	.938
		กลุ่มควบคุม	30	2.70	0.22		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	2.94	0.09	5.03*	.000
		กลุ่มควบคุม	30	2.71	0.22		
การรับรู้ถึงอุปสรรคของ							
การปฏิบัติ	ก่อนทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.35	0.43	0.13	.896
		กลุ่มควบคุม	30	1.36	0.43		
	หลังทดลอง	กลุ่มทดลอง	30	1.05	0.06	3.77*	.000
		กลุ่มควบคุม	30	1.25	0.30		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 6 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ระหว่างคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเท่ากับ 1.05 ด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.06 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ เท่ากับ 1.25 ด้วยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.30 ผลการทดสอบพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติต่ำกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มารับบริการตรวจ	26	86.67	19	63.33
ไม่มารับบริการตรวจ	4	13.33	11	36.67
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 7 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองมีผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.67 และไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่ามีผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.33 และไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.67

ตาราง 8 แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	จำนวนผู้มารับบริการ	ค่าสัดส่วน	z	p
กลุ่มทดลอง	30	26	0.86	3.87*	.000
กลุ่มควบคุม	30	19	0.63		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีค่าเท่ากับ 0.86 สูงกว่าสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มควบคุม ซึ่งมีเพียง 0.63 เมื่อทำการเปรียบเทียบสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า สัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9

ตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

การได้รับข้อมูล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไปรษณียบัตร				
ได้รับ	30	100.00	0	0.00
ไม่ได้รับ	0	0.00	30	100.00
รวม	30	100.00	30	100.00
อสม.ประจำหมู่บ้าน				
ได้รับ	21	70.00	17	56.70
ไม่ได้รับ	9	30.00	13	43.30
รวม	30	100.00	30	100.00
เสียงตามสาย				
ได้รับ	16	53.30	19	63.30
ไม่ได้รับ	14	46.70	11	36.70
รวม	30	100.00	30	100.00
วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์				
ได้รับ	13	43.30	20	66.70
ไม่ได้รับ	17	56.70	10	33.30
รวม	30	100.00	30	100.00
จดหมายข่าว				
ได้รับ	18	60.00	19	63.30
ไม่ได้รับ	12	40.00	11	36.70
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 9 แสดงจำนวนและร้อยละของการได้รับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลในการกระตุ้นเตือนในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มทดลองได้รับไปรษณียบัตรจากผู้วิจัย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับไปรษณียบัตรจากผู้วิจัย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจาก อสม.ประจำหมู่บ้าน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ไม่ได้รับข้อมูลจาก อสม.ประจำหมู่บ้านจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจาก อสม.ประจำหมู่บ้านจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 และไม่ได้รับข้อมูลจาก อสม.ประจำหมู่บ้านจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 ไม่ได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70 กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 ไม่ได้รับข้อมูลจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่ได้รับข้อมูลจาก วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากจดหมายข่าวจากโรงพยาบาล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 60.00 ไม่ได้รับข้อมูลจากจดหมายข่าวจากโรงพยาบาล จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลจากจดหมายข่าวจากโรงพยาบาล จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 ไม่ได้รับข้อมูลจากจดหมายข่าวจากโรงพยาบาล จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

ตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการมารับบริการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่ทำให้กลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจมารับบริการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับความรู้จากการอบรม				
ได้รับ	30	100.00	16	53.30
ไม่ได้รับ	0	0.00	14	46.70
รวม	30	100.00	30	100.00
ได้รับการกระตุ้นจาก อสม.				
ได้รับ	22	73.30	20	66.70
ไม่ได้รับ	8	26.70	10	33.30
รวม	30	100.00	30	100.00
ได้รับไปรษณียบัตร				
ได้รับ	30	100.00	0	0.00
ไม่ได้รับ	0	0.00	30	100.00
รวม	30	100.00	30	100.00

จากตาราง 10 แสดงจำนวนและร้อยละของสาเหตุสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้จากการเข้าอบรม จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้จากการเข้าอบรม จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 ไม่ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.70 กลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นเตือนจากอสม.จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 ไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนจากอสม.จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการกระตุ้นเตือนจากอสม.จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.70 ไม่ได้รับการกระตุ้นเตือนจากอสม.จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 กลุ่มทดลองได้รับไปรษณียบัตรของผู้วิจัย จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับไปรษณียบัตรของผู้วิจัย

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัย

ความมุ่งหมายของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน

สมมติฐานในการวิจัย

1. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง
2. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลอง
3. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลอง
4. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนทดลอง
5. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
6. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
7. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
8. สตรีกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าสตรีกลุ่มควบคุม
9. หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ในอำเภอปัว ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป และไม่เคยได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือ ไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นสตรีที่อาศัยอยู่ในอำเภอปัว จังหวัดน่าน ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นสตรีที่แต่งงานแล้ว ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หรือ ไม่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 1 ปี
2. สามารถอ่านออก เขียนได้
3. สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม จนถึงสิ้นสุดการวิจัย

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 60 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 60 คน ทำโดยวิธีการจับคู่ (Matched) ด้วยตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 แบบ คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ประวัติการมีบุตร ฐานะทางเศรษฐกิจ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบใช้ตัวเลือก (Checklist)

ส่วนที่2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่3 แบบประเมินการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยให้คะแนน
ผู้มาตรวจ = 1 ผู้ไม่มาตรวจ = 0

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

2. แผนการจัดกระบวนการกลุ่ม

2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเองเพื่อให้สตรีที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความไว้วางใจ แจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการอบรม

2.2 ให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก และอุปสรรคในการไปรับการตรวจ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน

2.3 สรุปและเปิดโอกาสให้ซักถาม

3. อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่

3.1 แผ่นพับและภาพพลิเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3.2 วีดิทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

3.3 นิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามทั้งก่อนและหลังการศึกษามาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและทดสอบสมมุติฐาน โดยยอมรับที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและคัดเลือกแบบสอบถามฉบับที่สมบูรณ์ไว้สำหรับวิเคราะห์ต่อไป

2. ตรวจให้คะแนนแบบสอบถามตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

3. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองโดยใช้การทดสอบค่าที (Dependent samples t-test)

5. ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบค่าที (Independent samples t-test)

6. ทดสอบความแตกต่างของสัดส่วนการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าซี (Z-test)

สรุปผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบันสถานภาพสมรส จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการมีบุตร รายได้ของครอบครัว

1.1 จำแนกตาม อายุ พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง อายุ 50-59 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุ 40-49 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุ 30-39 ปี จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม อายุ 50-59 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 40.00 อายุ 40-49 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 อายุ 30-39 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

1.2 จำแนกตาม ระดับการศึกษา พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ระดับระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 3 คนคิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 5 คนคิดเป็นร้อยละ 16.67 และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

1.3 จำแนกตาม อาชีพ พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 ประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

1.4 จำแนกตาม สถานภาพสมรส พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

1.5 จำแนกตาม จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ พบว่าสตรีกลุ่มทดลอง ตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 ตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีกลุ่มควบคุม ตั้งครรภ์ 2 ครั้ง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ตั้งครรภ์มากกว่า 2 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และตั้งครรภ์ 1 ครั้ง จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

1.6 จำแนกตาม ประวัติการมีบุตร พบว่าสตรีในกลุ่มทดลอง มีบุตร 2 คน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 มีบุตร 1 คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีบุตร มากกว่า 2 คน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีในกลุ่มควบคุม มีบุตร 2 คน จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70.00 มีบุตร มากกว่า 2 คน จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และมีบุตร 1 คน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.33

1.7 จำแนกตาม รายได้ของครอบครัว พบว่าสตรีในกลุ่มทดลอง รายได้ ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.67 รายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.33 รายได้ ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.00 และ รายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 ส่วนสตรีในกลุ่มควบคุม รายได้ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 และรายได้ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 และรายได้ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00 และรายได้สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือนจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.00

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าสตรีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน

2. ผลการทดสอบตามสมมุติฐาน

2.1 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1

2.2 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2

2.3 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 3

2.4 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 4

2.5 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 5

2.6 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 6

2.7 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าสตรีในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 7

2.8 สตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติต่ำกว่าสตรีในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 8

2.9 หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มากกว่าสตรีกลุ่มควบคุมซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 9

อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

จากการศึกษา หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีการจัดกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค และผู้วิจัยได้จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยแสดงถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก และวิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ทั้งนี้จึงทำให้กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ ทองพูล แต่สมบัติ และคณะ (2541: บทคัดย่อ) ศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษาในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ อรศรี สุวิมล (2544: บทคัดย่อ) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปำรายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 6 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย แผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรค และผู้วิจัยได้จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เกี่ยวกับผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูก อาการผู้ป่วยในแต่ละระยะในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงของโรค ทั้งนี้จึงทำให้กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ อรุณรัตน์ แสงบุญรัตน์ (2547: บทคัดย่อ) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทที่โรงพยาบาลบรบือ จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในเรื่องมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องวนิดา เสนะวงษ์ (2535: ข) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรี จังหวัดนนทบุรี โดยนำรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม และแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยการนำเสนอตัวแบบในทางลบ การบรรยายประกอบสไลด์และการกระตุ้นเตือนจากสามีและ อสม. ในโรงงาน พบว่า ภายหลังการทดลอง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีและการปฏิบัติตนเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

จากการศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐาน ข้อ 7 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก ถ้าไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกแล้วพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกมีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก ก็จะสามารถรักษาได้ทัน และผู้วิจัยได้จัดนิทรรศการเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และวิธีการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษามีการรับรู้ ประโยชน์ของการไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้จึงทำให้กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับวนิดา ทางาม (2541: บทคัดย่อ) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยกลุ่มเพื่อนสตรีอำเภอป่าเกว๋น จังหวัด ศรีสะเกษ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25-29 ปี ซึ่งไม่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกจำนวน 160 คน พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความตั้งใจที่จะตรวจสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับ พรทิพย์ โตท่าโรง (2541: 95-97) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่าภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค สูงกว่าการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีรับรู้ผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

จากการศึกษา หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 และน้อยกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีการจัดกลุ่มให้สมาชิกพูดถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่ทำให้ไม่สามารถไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และร่วมกันหาวิธีการแก้ปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในกลุ่ม และอภิปรายร่วมกัน ทั้งนี้จึงทำให้กลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับบุราค และ เมเยอร์ (Burak; & Mayer. 1997: 251-256) ศึกษาความเชื่อและพฤติกรรมตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกของนักศึกษามหาวิทยาลัย โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก

การรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาพบว่า หลังการทดลองสัดส่วนของผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกภายหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วยแผนการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับทำกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงเรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการไปตรวจหามะเร็งปากมดลูกและอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถไปรับบริการตรวจได้ ทำให้สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังส่งไปรษณียบัตรเพื่อกระตุ้นเตือนให้สตรีกลุ่มทดลองไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจาก อสม.ประจำหมู่บ้านออกเสียงตามสายเพื่อกระตุ้นเตือนสตรี ทำให้สตรีกลุ่มทดลองไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ อัญชลี จุติดำรงค์พันธ์ (2539: 82) ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี

จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การกระตุ้นเตือนโดย อสม. และการใช้บัตรเตือนมีส่วนส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และสอดคล้อง เคลลี (Kelly. 1994: 1371) ศึกษาการพยาบาล ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี พบว่า แรงสนับสนุนของสามี หรือเพื่อนชาย มีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ส่วนมารดา หรือ เพื่อนสนิท น้องสาว เป็นตัวช่วยสนับสนุนการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก แพทย์ และการได้รับข่าวสารเป็นตัวทำนวยการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกที่ดีที่สุด และสอดคล้องกับ อาภากร สุปัญญา (2537: ก-ข) ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุดรธานี พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. เชีงนโยบาย

1.1 โรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสนับสนุนให้มีการให้ความรู้ในเรื่องมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะทำให้สตรีมีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

1.2 โรงพยาบาล สถานีอนามัยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสนับสนุนให้สตรีให้มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกให้ครบทุกราย ทุกปีและควรแจ้งผลการตรวจให้ทราบทุกราย

1.3 หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. เชีงปฏิบัติ

2.1 การให้อบรมความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งปากมดลูกควรให้อย่างต่อเนื่อง

2.2 การจัดทำโครงการในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกควรที่จะมีอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและประเมินผลโครงการเป็นระยะ

2.3 เนื่องจากในการจัดโครงการครั้งนี้ มีระยะเวลาจำกัด จึงสามารถประเมินผลได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาประเมินผลพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ในระยะเวลายาวขึ้น เช่น ระยะเวลาทุก ๆ ปี เพื่อทราบความคงทนของพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

2.4 จากการศึกษาพบว่า ในการจัดทำโครงการในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีผลทำให้สตรีได้เห็นความสำคัญในการมารับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูก ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรที่จะมีการจัดโครงการเกี่ยวกับมะเร็งเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามและประเมินผลโครงการเป็นระยะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวคิดในการศึกษา โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอแนะสำหรับงานวิจัยต่อไป ดังนี้

1. จากการศึกษาพบว่ายังมีสตรีบางกลุ่มที่ไม่เห็นความสำคัญในการมารับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูก ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการกระตุ้นเตือนและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่จะทำให้มีการส่งเสริมและกระตุ้นให้สตรีเห็นความสำคัญในการมารับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกปี
2. ควรมีการทำวิจัยขยายผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษานี้ ไปยังสตรีกลุ่มอื่น เพื่อให้สตรีได้เห็นความสำคัญในการมารับบริการตรวจมะเร็งเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอทุกปี
3. ควรจะมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับสาเหตุของการที่สตรีไม่มารับการตรวจหามะเร็งเร็งปากมดลูก

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. (2540). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2539*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- การประชุมวิชาการวิทยาศาสตร์การแพทย์ครั้งที่ 7. (2550). *มุ่งสู่ภาพที่ดีของวัยรุ่นในทศวรรษหน้า*. กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เจตนา ศรีใส. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต(การศึกษาค้นคว้าอิสระสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ ฯ: โรงพิมพ์ทำปกเจริญผล.
- ทองพูล แต่มสมบัติ และคณะ. (2541). *รูปแบบการดำเนินงานสู่ศึกษาในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก*. รายงานวิจัย พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- ธีระ ทองสง; จตุพล ศรีสมบุรณ์; และ อภิชาติ โอฬารรัตนชัย. (2539). *นรีเวชวิทยา (ฉบับสอบบอร์ด)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ: พี.บี.ฟอเรน บุ๊คส์ เซนเตอร์.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. (2528). *จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข*. เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยา หน่วยที่ 11. กรุงเทพฯ ฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ประดับ ทองใส. (2541). *พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต (การพยาบาลผู้ใหญ่). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ; และ สวิง สุวรรณ. (2536). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขภาพศึกษา*. กรุงเทพฯ ฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประวิทย์ สัมพันธ์สันติกุล. (2549). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในเขตบางแค กรุงเทพฯ ฯ*. *วารสารเวชเวชสาร*. 51(2). 111-119.
- พิสิษฐ์ พันธุมจินดา. (2532). *การป้องกันและควบคุมมะเร็ง*. เอกสารการประชุม เรื่องการพัฒนาการเฝ้าระวังมะเร็งปากมดลูกในการให้บริการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ ฯ: กองอนามัยครอบครัว.

- พรทิพย์ โตทำโรง. (2541). การส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พรสุข นุ่นนิรันดร์. (2545). เอกสารคำสอน วิชา สข 531 พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขภาพ. ภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา. กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). วิธีการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ ฯ ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์.
- เพียงใจ สุวิริยะไพศาล. (2542). ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อัดสำเนา.
- ภรณ์ สุรินทร์. (2535). การประยุกต์วิธีการทางการตลาดทางสังคมในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท จังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. บัณฑิตวิทยาลัย. (2546). คู่มือการจัดทำวิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์. กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรารักษ์ อำซ่าง. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (ประชากรศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา ทางาม. (2541). การส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- วนิดา เสนะวงษ์. (2535). ประสิทธิภาพโปรแกรมสุขศึกษา ร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของคณงานสตรี จังหวัด นนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- ศิริพร เสาวรส. (2538). พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ศิवालัย ธนภัทร. (2533). การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก. การประชุมวิชาการโรคมะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2540). สรุปโครงการค้นหา วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพฯ ฯ: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2537). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารโรคมะเร็ง. 20(2). 118-123.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ. (2531). มะเร็งวิทยานรีเวช. กรุงเทพฯ ฯ: อาร์.เค.พี.
- สรรพศรี เปียวุฒิ. (2532). มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. วารสารโรคมะเร็ง. 135-145.
- สุนี รักษาเกียรติศักดิ์. (2539). การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ ฯ: สำนักพิมพ์คอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- สุวารีวรรณ กิจสมัค. (2539). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อำนาจควบคุมทางสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังคลอด ในโรงพยาบาลราชวิถี. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปัว. (2549). สรุปบัญชี 1-7 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอปัว ปี 2549. น่าน.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2550). สถิติรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก. น่าน.
- หทัยรัตน์ ร่มประพันธ์. (2542). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในจังหวัดสระบุรี ตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อัญชลี จูติดำรงค์พันธ์. (2539). การประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อภิรดี ชูพันธ์. (2544). ผลของการประยุกต์การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ ฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

- อภากร สุปัญญา. (2537). *ศึกษาความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จังหวัดอุดรธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิชาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- อรศรี สุวิล. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอคำปายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต(สุขศึกษา). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ถ่ายเอกสาร.
- อรุณรัตน์ แสนบุญรัตน์. (2547). *การศึกษามลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีต่อการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท ที่โรงเรียนบรบือ จังหวัด มหาสารคาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (พฤติกรรมศาสตร์และการส่งเสริมสุขภาพ). มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. ถ่ายเอกสาร.
- Aymanns; & et al. (1995). Family Support and Coping with Cancer: Some Determinants and Adaptive Correlates Special Issue: Social Psychology and Health. *British Journal of Social Psychology*. 34(1):107-124.
- Becker; & et al. (1975). Sociobehavioral Determination of Compliance with Health and Medical Care Recommendation. *Medical Care*. 13: 3-24.
- Burak ,LJ & M Meyer. (1997). Using the Health Belief Model to Examine and Predict college Women's Cervical Cancer Screening belief and behavior. *Health Care Women Int*. 18(3): 251-262.
- Cobb, S. (1976, September – October). Social Support as a Modulator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*. 38: 300-314.
- Cohen, S. & T.A. Wills. (1985). Stress Social Support and The Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98: 310-353.
- Frost, J.K. (1962). Thichomonas vaginalis and Cervical Epithelial Change. *Am NY Academy Science*. 97: 792-795.
- Gottlieb, Benjamin H. (1985). Social Network and Social Support: An Overview of Research, Practice and Policy Implications. *Health Education Quarterly*. 12: 5-22.
- Hochbaum, G.M. (1958, May). Public Participation in Medical Screening Program. *PHS Publication*. 572: 1-28.
- House,Jame S. (1981). *Work Stress and Social Support*. Philippines: Addison-Weslay Publishing Company, Inc.

- Israel, Barbara H. (1985). Social Network and Social Support : Implications of Natural Helper and Community Level Intervention. *Health Education Quarterly*. 12: 66 ; Spring, 1985.
- Kahn, R.L. (1979). Aging and Social Support. *Aging from Birth to Death : Interdisciplinary Perspectives*. Boulder, Colo : Westview Press.
- Kaplan, B.H.; & et al. (1977, May). Social Support and Health. *Medical Care*. 15: 50-51.
- Kelly, Colleen Mary Elizabeth. (1994). A Nursing Investigation of Factors Identified by Newfoundland Woman that May Influence Screening for Cancer of the Cervix. *Masters Abstracts International*. 32(05): 1371.
- Lindsay, A.M.; & et al. (1985). Social Support Network of Taiwanese Cancer Patients. *Cancer Nursing*. 22: 149-164.
- Robbins. Steve L. (1997). Persuading Young Woman to Obtain Pap Test: It's Better to be Positive than Negative. *Dissertation Abstracts International*. 58(1): 102-A.
- Rosenstock. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 2: 329-335.
- Thoits, Peggy A. (1982). Conceptual Methodological and Theoretical Problem in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 23: 145 – 159.
- Wai D., Ferrier A., Collings S.; & Lavery C. (1996). Have the Most Recent Pap Smear Guidelines Affected GP Practices?. *Australia Family Physician*. 1(1): 44-48.
- Willey, G.; & R.A. Silliman. (1990). The Impact of disease on the Social Support Experiences of Cancer Patient. *Journal of Psychosocial Oncology*. 8(1): 79-95.
- Zue, Hausen H. (1982). Human genital cancer: Synergism between two virus infections or synergism between a virus infection and initiating events. *Lancet*. 2: 1370-1372.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์ในการทำวิจัย
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศร 0519.12/๘11๐

วันที่ ๑๑ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะพลศึกษา

เนื่องด้วย นางสาวอานันดา พรหมรังگا นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ต่อณี และ รองศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี รองศาสตราจารย์นภาพร มัชฌิมางกุล และ อาจารย์สุชีรา เมืองนาโพธิ์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และ แผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอานันดา พรหมรังگا และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

1๒.๕๕ C-

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โทร. 5730

ที่ ศธ 0519.12/๑10๑

วันที่ ๒๑ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณะบดีคณะศึกษาศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวอานันดา พรหมรังกา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ค่อนี่ และ รองศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำวิทยานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ภา ศรีไพโรจน์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และ แผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอานันดา พรหมรังกา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญศิริ จีระเชชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ศธ 0519.12/๑/๐๘



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์ สุภกานต์ เตชะพงศธร นายแพทย์ 8 วช.

เนื่องด้วย นางสาวอนันตยา พรมรังกา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ค่อนี่ และ รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถาม และ แผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวอนันตยา พรมรังกา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเดชากุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อนิติ โทรศัทพ์ 02-2443-359-60, 081-3483-895

ที่ ศธ 0519.12/๘ / 1 |



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ตูลุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๘๙ กุมภาพันธ์ 2551

เรื่อง ขออนุญาตออกรายการเพื่อการศึกษา

เรียน หัวหน้าสถานีนอนมัธยมบาลสถาน จังหวัดน่าน

เนื่องด้วย นางสาวอนันดา พรหมรังกา นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ทำปริญญาโท เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษา โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ทรงพล ต่อณี และ รองศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโท ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา โดยขอให้สตรีในตำบลสถาน ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป คอบแบบสอบถาม เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน ในระหว่างเดือนมีนาคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อขออนุญาตออกรายการ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวอนันดา พรหมรังกา ได้เก็บข้อมูลเพื่อการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เพ็ญศิริ จีระเชษฐกุล)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 0-2664-1000 ต่อ 5730

หมายเหตุ : สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นิสิต โทรศัพท์ 02-2443-359-60, 081-3483-895

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

1. รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
2. รองศาสตราจารย์สัตวแพทย์หญิงนภาพร มัธยมางกุล อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
3. อาจารย์สุธีรา เมืองนาโพธิ์ อาจารย์ประจำภาควิชาสุขศึกษา
คณะพลศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
4. รองศาสตราจารย์นิภา ศรีไพโรจน์ อาจารย์ประจำภาควิชาการวัดผลและ
วิจัยการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
5. นายแพทย์ศุภกานต์ เตชะพงศธร นายแพทย์ 8 วช.

ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปาก
มดลูก ในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพ ในการ
มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี เพื่อประกอบการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อ
การศึกษาและเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดดำเนินงานสุขศึกษาให้แก่สตรี เพื่อให้สตรีมีการรับรู้ในเรื่อง
ความเชื่อด้านสุขภาพในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ดียิ่งขึ้น

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็ง
ปากมดลูก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

3. การตอบแบบสอบถาม

ให้ท่านตอบตามความรู้ ความคิดเห็นและความจริงที่ท่านปฏิบัติ เพียงข้อละ 1
คำตอบเท่านั้น และขอความกรุณาตอบให้ครบทุกข้อ

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนจัดดำเนินงานสุข
ศึกษาเท่านั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ
ในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณที่ท่านให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม

(นางสาวอานันตยา พรหมรังกา)

นิสิตระดับปริญญาโท สาขาวิชาสุขศึกษา (วท.ม.)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ส่วนที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง เขียนเครื่องหมาย (/) ลงในวงเล็บหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงหรือเติมรายละเอียดลงในช่องว่าง

1. อายุ..... ปี (จำนวนปีเต็ม)

2. ระดับการศึกษาสูงสุด

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น

() มัธยมศึกษาตอนปลาย

() ปริญญาตรี

() อื่น ๆ (ระบุ)

3. อาชีพปัจจุบัน

() แม่บ้าน

() ค้าขาย

() รับจ้าง

() เกษตรกรรม

() ข้าราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() อื่น ๆ (ระบุ)

4.สถานภาพสมรส

() สมรส

() ม่าย / หย่า/แยก

5. จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์

() 1 ครั้ง

() 2 ครั้ง

() อื่น ๆ (ระบุ)

6. ประวัติการมีบุตร

() มี จำนวนบุตร คน

() ไม่มี

7. รายได้ของครอบครัว (รวมรายได้ของตนเองและสามี)

() ไม่เกิน 3,000 บาทต่อเดือน

() ตั้งแต่ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน

() ตั้งแต่ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน

() สูงกว่า 13,000 บาทต่อเดือน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความและเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็น หรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค			
1. ผู้หญิงที่มีคู่นอนหลายคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้หญิงที่มีคู่นอนคนเดียว			
2. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้น จึงจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
3. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุมากกว่า			
4. ผู้หญิงที่มีอาการตกขาว หรือเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
5. ผู้หญิงที่ประวัติครอบครัวมียาย แม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
6. ผู้หญิงที่เคยเป็นเริมหรือหูดที่บริเวณอวัยวะเพศบ่อย ๆ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
7. ผู้หญิงที่มีสามีที่ชอบเที่ยวหญิงบริการ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
8. ผู้หญิงที่มีสามีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
9. ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น			
10. ถ้าสามีไม่ได้ขลิบปลายอวัยวะเพศ ทำให้ภรรยามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
11. ผู้หญิงที่มีอายุมากหรืออายุน้อย ก็มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้เท่ากัน			
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 12. โรคมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้เสียชีวิตได้			
13. ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้			
14. การป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกไม่เกิดปัญหากับชีวิตครอบครัว			
15. โรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อเป็นนาน ๆ จะสามารถลุกลามไปที่อวัยวะอื่นได้			
16. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามมีความยุ่งยากมากกว่าระยะเริ่มแรกมา			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
17. การป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตเสื่อม			
18. การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ สูญเสียเวลาในการรักษาพยาบาล และการ ทำงาน			
19. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก จะเจ็บปวด ทุกข์ ทรมานมาก			
20. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาจต้องผ่าตัด เอามดลูกออก			
21. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่จำเป็นต้อง เสียชีวิตทุกคน			
22. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอาจจะ ไม่มีอาการแสดงให้เห็น			
23. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถทำงาน หรือประกอบอาชีพได้ปกติ			
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ 24. การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่าง น้อยปีละครั้ง เป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก			
25. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะ เริ่มแรก ทำให้มีโอกาสรักษาดีขึ้น			
26. การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ สามารถป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
27.การแนะนำสามีให้ทำความสะอาดหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศเป็นประจำ ช่วยป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกได้			
28. การตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่ ไม่ จำเป็น เพราะว่าหากรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกจะทำให้เสียกำลังใจและเสียชีวิตเร็วขึ้น			
29.การตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูก ควรไป ตรวจประจำปี ตั้งแต่ไม่มีอาการ ดีกว่าไปตรวจ เมื่อมีอาการผิดปกติแล้ว			
30.เมื่อตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว พบว่าผล การตรวจปกติ ถือว่าปลอดภัยจากโรคมะเร็งปาก มดลูก ปีต่อไป ไม่ จำเป็นต้องตรวจซ้ำอีก			
31. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว มาก หรือมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกมาก หรือกะปริดกะปรอย จะช่วยตรวจสอบการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกได้			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 32. การไปรับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก แม้จะเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่าย แต่ก็คุ้มค่า			

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
33. การแนะนำสามีให้ทำความสะอาดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศเป็นเรื่องที่น่าอาย			
34. ความไม่สะดวกในการเดินทางเป็นอุปสรรคในการไปรับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก			
35. การมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกตามสถานบริการ เป็นการเสียเวลา			
36. การไปรับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี หรือไปตรวจตามแพทย์นัดโดยไม่มีอาการผิดปกติ ทำให้เสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น			
37. ท่านไม่ไปตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวว่าจะรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก			
38. การไปรับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องที่น่าอาย			
39. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นเรื่องที่ยุ่งยาก และไม่มี ความจำเป็น			
40. ท่านไม่ไปรับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวเจ็บ			
41. ท่านคิดว่าเป็นสิ่งจำเป็น ในการมารับบริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้จะเสียค่าใช้จ่ายก็ตาม			
42. การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการดูแลตนเองเป็นเรื่องยุ่งยาก			

ส่วนที่ 3 แบบเินการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความและเขียนเครื่องหมาย (/) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความคิดเห็นหรือความเชื่อของท่านมากที่สุด

1. ท่านไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำของวิทยากรหรือไม่
 - () ไป
 - () ยังไม่ได้ไป
 - () ไม่คิดจะไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. ในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้ ท่านได้รับคำแนะนำจากที่ใดบ้าง
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 - () ไปรษณียบัตรจากผู้วิจัย
 - () จดหมายข่าวจากโรงพยาบาล
 - () เสี่ยงตามสาย
 - () หอกระจายข่าว
 - () อสม. ประจำหมู่บ้าน
 - () วิทยุ โทรทัศน์ หรือหนังสือพิมพ์
 - () อื่น ๆ (โปรดระบุ)
3. ท่านคิดว่า อะไรเป็นสาเหตุสำคัญที่ช่วยให้ท่านตัดสินใจมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในครั้งนี้
(ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
 - () ได้รับความรู้จากการเข้าอบรม
 - () ได้รับคำแนะนำกระตุ้นเตือนจาก อสม.ประจำหมู่บ้าน
 - () ได้รับคำแนะนำกระตุ้นเตือนจากไปรษณียบัตรของผู้วิจัย
 - () อื่น ๆ (โปรดระบุ)
4. ท่านคิดว่าจะไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีหรือไม่
 - () ไป เพราะ
 - () ไม่ไป เพราะ
 - () ไม่แน่ใจเพราะ
5. ท่านที่ทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้ว พบว่าเป็นอย่างไร
 - () ปกติ
 - () ผิดปกติ (ระบุ)

เฉลยแบบสอบถาม

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 1, 3, 4,5,6,7,8,9,10,11

ข้อความที่เป็นลบข้อ 2

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 12,13,15,16,17,18,19,20,21,22

ข้อความที่เป็นลบข้อ 14, 23

การรับรู้ต่อประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 24, 25, 26,27,29,31

ข้อความที่เป็นลบข้อ 28, 30

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อความที่เป็นบวก ข้อ 32, 41

ข้อความที่เป็นลบข้อ 33, 34, 35,36,37,38,39,40,42

ภาคผนวก ค

แผนการจัดกิจกรรม เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา
โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุน
ทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในสตรี
อำเภอปัว จังหวัดน่าน

แผนการจัดกิจกรรม
ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูก ใน
สตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน
ครั้งที่ 1,2 เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก
จำนวนผู้เข้าอบรม 30 คน

จุดประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการ ประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้า อบรมมีความรู้ เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปาก มดลูกและ สามารถรับรู้ ความรุนแรง ของโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้	ความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เนื้องอกชนิด ร้ายแรงที่เกิดจากการ เจริญเติบโตผิดปกติและ แพร่กระจายอย่าง รวดเร็วของเซลล์บริเวณ ปากมดลูก และมี อันตรายต่อร่างกาย โรคมะเร็งปากมดลูกเป็น โรคมะเร็งที่พบบ่อยที่สุด ในประเทศไทย พบมาก ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 35-60 ปี พบว่ามีผู้ที่เป็น โรคจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งระยะเวลาที่เริ่มจน แสดงอาการของโรคจะ ใช้เวลาประมาณ 5-15 ปี	บรรยายโดยใช้ ภาพประกอบ เกี่ยวกับมะเร็ง ปากมดลูก	รูปภาพ ประกอบเรื่อง โรคมะเร็ง ปากมดลูก	- ผู้เข้าอบรม สามารถตอบ คำถามเรื่อง เกี่ยวกับความ รุนแรงเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปาก มดลูกที่มีผลต่อ สุขภาพ - ผู้เข้าอบรม สามารถรับรู้ความ รุนแรงของ โรคมะเร็งปาก มดลูกได้ - สังเกตความ สนใจของผู้ฟัง และการซักถาม

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าอบรมสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกได้	สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุเกี่ยวข้องกับ 1.การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย 2.มีการสำส่อนทางเพศ และเปลี่ยนคู่นอนบ่อย 3.ปากมดลูกฉีกขาดมาก เนื่องจากการคลอดลูก และไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกต้อง 4.มีการติดเชื้อไวรัส HPV และมีการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูกและไม่ได้รับการรักษาดีพอ 5.เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กามโรค และเริม ซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดต่าง ๆ ที่บริเวณอวัยวะเพศ 6.มีสามีที่ไม่ได้รับการขลิบหนังที่ปลายอวัยวะเพศ 7.รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ๆ 8.มีสามีสูบบุหรี่ หรือสตรีมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ 9.สืบทอดทางกรรมพันธุ์	บรรยายโดยใช้ภาพประกอบ	- บรรยายโดยใช้ภาพประกอบเกี่ยวกับสาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก - วิดีทัศน์ และนิทรรศการเรื่องเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก	- ผู้เข้าอบรมสามารถตอบคำถามเรื่องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้ - ผู้เข้าอบรมสามารถรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ - สังเกตความสนใจของผู้ฟัง และการซักถาม

จุดประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการ ประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้า อบรมสามารถ มีการรับรู้ถึง ประโยชน์ของ การปฏิบัติใน การป้องกัน โรคมะเร็งปาก มดลูกได้	โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ทำให้มีการสูญเสียและเป็นอันตรายแก่ชีวิต แต่ก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้ามีการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้โดยการปฏิบัติดังนี้ - เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำปี - ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังการขับถ่ายและหลังมีเพศสัมพันธ์ - ป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดยการใช้ถุงยางอนามัย - ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากควันบุหรี่ - เมื่อมีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง	- บรรยายโดยใช้ภาพประกอบการตรวจมะเร็งปากมดลูก - วิทียากรชี้แจงในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยทองว่าเป็นสิ่งที่ทำได้ง่าย สะดวกและปลอดภัย	รูปภาพประกอบการดูแลตนเองและภาพบุคคลที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ปัจจุบันสุขภาพดีแล้ว	- ผู้อบรมสามารถตอบคำถามเรื่องเกี่ยวกับประโยชน์ของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ - ผู้เข้าอบรมสามารถรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ - สังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรม และการซักถาม

จุดประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการ ประเมินผล
ผู้เข้าอบรม สามารถ อธิบายเกี่ยวกับ อาการและ อาการแสดง ของโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้	อาการและอาการแสดง โรคมะเร็งปากมดลูก มีอาการ และอาการแสดงต่าง ๆ ดังนี้ 1. ระยะเริ่มแรกแต่ไม่แสดง อาการ เป็นระยะที่พบมากที่สุด ในผู้ป่วย แพทย์สามารถตรวจ พบความผิดปกติของเซลล์ บริเวณปากมดลูก จากการทำ แปบสเมียร์ (Pap's smear) 2. ระยะตกขาว เป็นอาการนำ อย่างหนึ่ง ที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบ แพทย์ 3. เลือดออกมากผิดปกติหรือ การตกเลือด 4. อาการเจ็บปวด จะเกิดใน ระยะท้ายของโรค ที่เป็นมากและมีการลุกลาม แพร่กระจายของมะเร็ง 5. อาการของมะเร็ง อาการ ระยะสุดท้าย จะเกิดจากการ แพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไป ยังอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระเพาะ ปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ช่องปลาย กระดูก ปอด และตับ	บรรยายโดยใช้ ภาพประกอบ อาการและ อาการแสดง เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปาก มดลูก	ภาพประกอบ อาการและ อาการแสดง เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปาก มดลูก	- สังเกตความ สนใจของผู้ เข้าอบรม และการ ซักถาม - ผู้เข้าอบรม สามารถตอบ คำถามเรื่อง เกี่ยวกับ อาการและ อาการแสดง ของโรคมะเร็ง ปากมดลูกได้

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	สื่อการสอน
ผู้เข้าอบรมสามารถอธิบายเกี่ยวกับการวินิจฉัยของโรคมะเร็งปากมดลูกได้	การวินิจฉัย ในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ต้องอาศัยข้อมูลหลายประการ ดังนี้ 1. ประวัติ 2. การตรวจร่างกาย 3. การตรวจพิเศษ เพื่อวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก เช่น Pap smear	บรรยายโดยใช้ภาพประกอบการตรวจหามะเร็งปากมดลูก	ภาพประกอบประกอบการตรวจหามะเร็งปากมดลูก	- สังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรม และการซักถาม - ผู้เข้าอบรมสามารถตอบคำถามเรื่องเกี่ยวกับการวินิจฉัยของโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จุดประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการประเมินผล
ผู้เข้าอบรมสามารถอธิบายเกี่ยวกับการรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูกได้	การรักษา มะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก มีการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้ 1. การผ่าตัด ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูกอาจจะตัดบริเวณปากมดลูก แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายมากแพทย์อาจจะตัดมดลูก ท่อนำไข่ รังไข่ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง 2. การให้รังสีรักษา โดยการฝังแร่อาบรังสีบริเวณปากมดลูก ฝังแต่ละครั้งนาน 1-3 วัน ต้องอยู่โรงพยาบาลใช้เวลารักษา 1-2 สัปดาห์ 3. การให้เคมีบำบัด ในบางรายอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ	บรรยายโดยใช้ภาพประกอบการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละระยะของโรค - รูปภาพผู้ป่วยที่รักษาในแต่ละระยะของโรค	- ภาพประกอบการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละระยะของโรค - รูปภาพผู้ป่วยที่รักษาในแต่ละระยะของโรค	- สังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรม และการซักถาม - ผู้เข้าอบรมสามารถตอบคำถามเรื่องเกี่ยวกับการรักษาของโรคมะเร็งปากมดลูกได้

จุดประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อเรื่อง	กิจกรรม	สื่อการสอน	วิธีการ ประเมินผล
	วิทยากร สรุป โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ก่อให้เกิดการสูญเสียและเป็นอันตรายแก่ชีวิต แต่ก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าพบโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ดังนั้นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นโรคที่ทุกท่านควรตระหนักและเห็นความสำคัญในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีที่ดีที่สุดนั้นก็คือการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ และสม่ำเสมอ	- บรรยายสรุป	- เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมอบรมซักถามและร่วมกันแสดงความคิดเห็นร่วมกัน	- สังเกตความสนใจของผู้เข้าอบรมและการซักถาม การแสดงความคิดเห็น

แผนการจัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1,2

เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มเป้าหมาย สตรีที่เข้าร่วมการอบรม ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป

วิธีการ การอภิปรายกลุ่ม

เวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรีที่เข้าร่วมการอบรม

1. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค
3. มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ
4. มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

กิจกรรม

1. แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน จำนวน 4 กลุ่ม
2. สร้างสัมพันธ์ภาพกับสตรีที่เข้าร่วมอบรม แนะนำตัววิทยากรและผู้ช่วยและให้สมาชิก

ในกลุ่มแนะนำตัวทีละคน สร้างความคุ้นเคยและสร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง

3. ดำเนินกิจกรรมโดยให้แต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นในประเด็น

กลุ่มที่ 1

- ท่านคิดว่ามะเร็งปากมดลูกมีสาเหตุมาจากอะไรบ้าง และกลุ่มไหนเป็นกลุ่มเสี่ยงมาก

ที่สุด

กลุ่มที่ 2

- ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรงหรือไม่และส่งผลกระทบต่อใครบ้าง

กลุ่มที่ 3

- ท่านคิดว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์อย่างไร

- ท่านคิดว่าควรมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี หรือไม่ เพราะเหตุใด

กลุ่มที่ 4

- ท่านคิดว่าการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีอะไรที่เป็นอุปสรรคหรือสาเหตุที่ทำให้

ให้ท่านไปรับการตรวจไม่ได้และท่านจะมีวิธีการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้อย่างไรบ้าง

4. วิทยากรและผู้ช่วย คอยกระตุ้นให้สตรีได้แสดงความคิดเห็น

5. ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มได้ออกมาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่

สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็น สาเหตุอะไรบ้างที่ทำให้เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะทำให้

สมาชิกรับรู้โอกาสเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก และถ้าไม่มาตรวจอาจทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ และอะไรที่ทำให้ไม่สามารถไปตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ เพื่อที่จะทำให้สมาชิกรับรู้ความรุนแรงหรือผลเสียของโรคมะเร็งปากมดลูกและมีการรับรู้อุปสรรคในการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และถ้ามาตรวจเป็นประจำก็จะทำให้เป็นการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะทำให้สมาชิกรับรู้ประโยชน์และผลดีของการมาตรวจ

6. วิทยากรและผู้ช่วย สรุปและกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการอบรม

ภาคผนวก ง
คุณภาพของเครื่องมือ
ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 11 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) ของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.44
2	0.37
3	0.42
4	0.44
5	0.56
6	0.46
7	0.52
8	0.78
9	0.59
10	0.46
11	0.32

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น = 0.82

ตาราง 12 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.52
2	0.63
3	0.49
4	0.63
5	0.64
6	0.37
7	0.37
8	0.58
9	0.29
10	0.58
11	0.64
12	0.22

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก มีค่าความเชื่อมั่น = 0.83

ตาราง 13 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.44
2	0.47
3	0.64
4	0.37
5	0.60
6	0.43
7	0.56
8	0.31

แบบสอบถามการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.76

ตาราง 14 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.70
2	0.66
3	0.27
4	0.69
5	0.60
6	0.56
7	0.72
8	0.61
9	0.75
10	0.67
11	0.76

แบบสอบถามการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติ มีค่าความเชื่อมั่น = 0.90

ภาคผนวก จ

1. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. ตารางแสดงจำนวนและร้อยละผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละการไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไป	30	100	19	63.30
ไม่ไป			3	10.00
ไม่แน่ใจ			8	26.70
รวม	30	100	30	100

จากตาราง พบว่าการไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปีของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองคิดว่าจะไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปี จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมคิดว่าจะไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 คิดว่าจะไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10.0 และยังไม่แน่ใจว่าจะไปรับบริการตรวจมะเร็งเรืงปากมดลูกประจำปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	26	86.70	19	63.30
ไม่ทราบผล	4	13.30	11	36.70
รวม	30	100	30	100

จากตาราง พบว่า ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มทดลองทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.70 และไม่ทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.30 ส่วนกลุ่ม ควบคุม ทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.30 และไม่ทราบผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.70

ภาคผนวก จ
รูปภาพกิจกรรมโครงการครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

โครงการครั้งที่ 1



ภาพประกอบ สตรีที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ



ภาพประกอบ ประธาน อสม.ประกาศเปิดงาน



ภาพประกอบ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบ



ภาพประกอบ ผู้วิจัยแนะนำวิทยากรรับเชิญ



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการ



ภาพประกอบ ผู้วิจัยนำผู้เข้าร่วมโครงการเข้าสู่เนื้อหา



ภาพประกอบ วิทยากรอธิบายวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก



ภาพประกอบ วิทยากรอธิบายวิธีการตรวจมะเร็งปากมดลูก



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมโครงการอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 1



ภาพประกอบ ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการอภิปราย



ภาพประกอบ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการซักถาม



ภาพประกอบ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมโครงการร่วมเสนอความคิดเห็น

โครงการครั้งที่ 2



ภาพประกอบ สตรีที่เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการ



ภาพประกอบ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการทราบ



ภาพประกอบ ผู้วิจัยนำผู้เข้าร่วมโครงการเข้าสู่เนื้อหา ทบทวนความรู้ครั้งที่ 1



ภาพประกอบ ผู้เข้าร่วมโครงการอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 2



ภาพประกอบ ตัวแทนแต่ละกลุ่มนำเสนอผลการอภิปราย



ภาพประกอบ ผู้ใหญ่บ้านกล่าวปิดงาน

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ ชื่อสกุล	นางสาว อานันตยา พรมรังกา
วัน เดือน ปีเกิด	10 กันยายน 2521
สถานที่เกิด	น่าน
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	681 โรงพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ วชิรพยาบาล ถ.สามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	ห้องผ่าตัดศัลยกรรม โรงพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2538	มัธยมศึกษาตอนต้น จากโรงเรียนบัว
พ.ศ. 2541	มัธยมศึกษาตอนปลาย จากโรงเรียนบัว
พ.ศ. 2544	พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2551	ปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (วท.ม.) สาขาวิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ