

616.994

8258ท

จ.2

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคละเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการ
แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วัชรพยาบาล

ปริญญานิพนธ์

ของ

สมบูรณ์ ปุຍะเกียรติ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

ธันวาคม 2539

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

586'2

119 ก.พ. 2540

คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

..... *สุกานดา เทพชัยศรี* ประธาน

(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... *วิไล ปัทมาภัสพงษ์* กรรมการ

(ผศ. วิไล ปัทมาภัสพงษ์)

คณะกรรมการสอบ

..... *สุกานดา เทพชัยศรี* ประธาน

(ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี)

..... *วิไล ปัทมาภัสพงษ์* กรรมการ

(ผศ. วิไล ปัทมาภัสพงษ์)

..... *เนกภาพร มัชฌิมางกูร* กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(ผศ. เนกภาพร มัชฌิมางกูร)

..... *อ. วิริยา สุขวงศ์* กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อ. วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... *ดร. ศิริยุภา ชูสุวรรณ* คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ดร. ศิริยุภา ชูสุวรรณ)

วันที่ ๑๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๓๙

ประกาศสรุปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องมาจากการได้รับคำแนะนำ ข้อชี้แนะ และ ความรู้ที่เป็นประโยชน์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธานคณะกรรมการ ควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์นภาพร มีธมมางกูร อาจารย์วิวิธยา สุขวงศ์ ผู้วิจัยของกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์แพทย์หญิงกัญญาจัน ศรีสวัสดิ์ อาจารย์นายแพทย์มานิตย์ ศรีปราโมทย์ อาจารย์ปิยะธิดา นิลศรี อาจารย์ประไพวรรณ คำนประคิษฐ์ และอาจารย์สุภาวดี เครือโชติกุล ผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาตรวจแบบทดสอบและ แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าคึกคนไข้นอกนรีเวชกรรม หัวหน้าห้องตรวจนรีเวชกรรม และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องทุกท่านจากโรงพยาบาลวชิรพยาบาล และ โรงพยาบาลกลาง ที่ให้การอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ร.ท.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ร.น. และ อาจารย์ภาควิชาสุขศึกษาทุกท่าน ปิตามารดา ที่และน้องของผู้วิจัยที่ให้การกำลังใจช่วยเหลือสนับสนุน ตลอดมา

สมบูรณ์ บุญเกียรติ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการค้นคว้า	3
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	4
ข้อตกลงเบื้องต้น	4
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	4
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	8
การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งปากมดลูก	23
การวิจัยในต่างประเทศ	23
การวิจัยในประเทศไทย	25
สรุปการวิจัยที่เกี่ยวข้อง	28
สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า	32
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	34
แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง	34
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	36
วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล	39
วิธีจัดการกระทำกับข้อมูล	40
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	41
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	47

บทที่	หน้า
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	47
การวิเคราะห์ข้อมูล	47
ผลการศึกษาค้นคว้า	48
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ	84
บทย่อ	84
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า	84
วิธีดำเนินการวิจัย	84
การวิเคราะห์ข้อมูล	84
สรุปผลการค้นคว้า	85
อภิปรายผล	88
ข้อเสนอแนะ	97
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป	98
บรรณานุกรม	99
ภาคผนวก	106
ประวัติย่อของผู้วิจัย	123

ปะชิตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
2	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ	48
3	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา	49
4	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามฐานะ เศรษฐกิจ	50
5	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ	51
6	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุตร	52
7	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน ..	53
8	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปากมดลูก	54
9	ค่าร้อยละของผู้ตอบถูกต้องตามประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็น รายชื่อ	55
10	ค่าร้อยละของผู้มีเจตคติที่เห็นด้วยต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	57
11	ค่าร้อยละของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายชื่อ	59
12	จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก	60
13	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติใน การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามอายุ	61
14	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามอายุ	62
15	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตาม อายุเป็นรายคู่	63
16	ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามระดับการศึกษา	64

ตาราง	หน้า
17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามระดับการศึกษา	65
18 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตาม ระดับการศึกษาเป็นรายคู่	66
19 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามระดับการศึกษาเป็นรายคู่	67
20 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ	68
21 วิเคราะห์ความแปรปรวนและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ	69
22 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตาม ฐานะเศรษฐกิจเป็นรายคู่	71
23 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ	72
24 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	73
25 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามอาชีพ	74
26 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตาม อาชีพเป็นรายคู่	76
27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่	77
28 คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามจำนวนบุตร	78
29 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามจำนวนบุตร	79

ตาราง	หน้า
30	คะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน ... 80
31	วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน 81
32	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกจำแนก ตามจำนวนครั้งของการแต่งงานเป็นรายคู่ 82
33	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็ง ปากมดลูกจำแนกตามประสพการณ์ 83
34	ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก 121
35	ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามเจตคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ... 122

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ในการป้องกันโรค	14
2 กรอบแนวคิดของการวิจัย	31

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับหนึ่ง ในสตรีไทยมีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 23 - 25 ของมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทยทั่วประเทศ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2537 : 26) และพบได้ร้อยละ 80 ของมะเร็งระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรี (สุนนมาลย์ มาลีมงคล. 2537 : 1) มีผู้เสียชีวิตปีละ 80,000 คน (จุฑาผล ศรีสมบูรณ์, อภิชาติ โอฬารรัตนชัย และ ชานนท์ วนาภิรักษ์. 2538 : 40) มะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญที่สุด โดยมีอัตราการตายประมาณร้อยละ 30 ของสตรีทั้งหมดที่เป็นมะเร็ง (ศิวิชัย ธนภัทร. 2533 : 1) โดยเฉพาะผู้เป็นมะเร็งระยะท้ายของโรค การรักษาได้ผลน้อยกว่าระยะที่ 1 โดยเฉพาะระยะที่ 4 โอกาสหายแทบไม่มี (ประสิทธิ์ เฟิงสา. 2537 : 191) การรักษาระยะท้าย ๆ ต้องใช้เครื่องมือราคาแพงและเวลารักษานาน ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และมีผลแทรกซ้อนระยะยาวตามมา มีการสูญเสียที่มองไม่เห็น เช่น ความสูญเสียทางด้านจิตใจ การสูญเสียเวลาของญาติพี่น้อง การสูญเสียรายได้ที่เกิดจากกำลังงาน หรือผลผลิตของผู้ป่วย (พิสิษฐ พงษ์มจินดา และคนอื่น ๆ. 2533 : 1) โดยส่วนรวมแล้วถือว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขของประเทศ ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังพบมากเป็นอันดับหนึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับมะเร็งชนิดอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2523 พบมะเร็งปากมดลูกอัตราร้อยละ 28.1 ช่วงปี 2531 - 2535 พบอัตราร้อยละ 19.40 ของมะเร็งทั้งหมดในสตรี (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2537 : 27)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่มีลักษณะพิเศษ ต่างจากมะเร็งอื่นคือ ประการแรกสามารถป้องกันได้ (สรรพศรี เปียวุฒิ. 2532 : 135) จากการศึกษาลักษณะของโรคนี้พบว่า มะเร็งเกิดขึ้นหลังจากมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ผิดปกติชนิดไม่ร้ายแรง กลายเป็นเซลล์ผิดปกติชนิดร้ายแรง หลังจากนั้นจึงกลายเป็นเซลล์มะเร็ง ซึ่งขั้นตอนใช้เวลาหลายปี และจากการศึกษาบาง

รายงานกล่าวว่า กว่าจะกลายเป็นเซลล์มะเร็งต้องใช้เวลาถึงกว่าสิบปี (พิลิสซ์ พันธุมจินดา และคนอื่น ๆ. 2533 : 40)

ดังนั้น ถ้าเราสามารถตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงก่อนเป็นเซลล์มะเร็ง จะทำให้เรา รักษาได้ทัน่วงที และป้องกันการเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง (สรวทศวี เปียวุฒิ. 2532 : 135 - 145) หรือการค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเร็วที่สุดเท่าใด โอกาสที่รักษาให้หายขาดจะมีมากขึ้น (Tomkinson. 1978 : 1605) ประการต่อมาเซลล์มะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ง่าย โดยการตรวจภายใน บุคเซลล์จากปากมดลูก มาตรวจเซลล์วิทยาเรียก Pap Smear (Papanicolaou Smear) และเสียเวลาน้อย ค่าใช้จ่ายถูก และให้ความแม่นยำดี (สมศักดิ์ ไหลเวชวิทยา. 2537 : 45)

ปัญหาสำคัญที่ไม่สามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือไม่สามารถตรวจพบเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกคือ ไม่สามารถจูงใจให้ประชาชนตระหนักถึงความจำเป็นในการตรวจมะเร็งปากมดลูก จึงอาจเกิดจากความอาย ความกลัว ความไม่รู้ เศรษฐฐานะ ความเชื่อประเพณีโบราณ ประการต่อมาคือ รัฐไม่สามารถกระจายบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ทั่วถึง โรงพยาบาลหรือสถานอนามัยอยู่ห่างไกลจากบ้านประชาชน (พิลิสซ์ พันธุมจินดา. 2533 : 40)

การหากลวิธีเพิ่มอัตราการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกในประชาชนทั่วไป โดยให้ประชาชนตระหนักถึง อันตรายของโรค มีความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ และการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้อง นอกจากนั้นบริการของรัฐ ควรเพิ่มบริการตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกให้ทั่วถึง และคัดกรองสตรีโดยการทำ Pap Smear เพื่อค้นหา และตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพื่อรักษาได้ทัน่วงที (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2537 : 36)

เพื่อการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก ทำให้อัตราป่วย อัตราตาย จากมะเร็งปากมดลูกลดลง จากปัญหาดังกล่าว ได้มีผู้สนใจ พยายามหาวิธีการทำให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ เช่น โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1970 : 329) ได้นำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมกำบังโรค ต่อมาเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1974 : 336 - 387) ได้พัฒนาแบบมาใช้ทำนาย

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคของบุคคล โดยยึดแนวคิดเรื่องความเชื่อเป็นหลัการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมป้องกันโรค เช่น กำรไปตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตัวเองมีโอกาสจะเป็นโรคนั้น ๆ โรคส่งกล่ำวถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรง อาจทำให้อายหรือพิการได้ และเชื่อในผลประโยชน์ที่จะได้รับ หากไปรับบริการป้องกันโรค

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกด้ำนความรู้ เจตคติ และกำรปฏิบัติตนเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก ในผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยพยาบาล เพื่อจะได้ทราบข้อมูลกลุ่มเสี่ยง เพื่อหาวิธีการให้สตรีมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

ความมุ่งหมายของกำรค้นคว้า

1. เพื่อทราบพฤติกรรมสุขภาพด้ำนความรู้ เจตคติ และกำรปฏิบัติตนในกำรป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ด้ำนความรู้ เจตคติ และกำรปฏิบัติในกำรป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาล ตามหัวแปรด้ำนต่าง ๆ คือ
 - 2.1 อายุ
 - 2.2 ระดับกำรศึกษา
 - 2.3 ฐานะเศรษฐกิจ
 - 2.4 อาชีพ
 - 2.5 จำนวนบุตร
 - 2.6 จำนวนครั้งของกำรแต่งงาน
 - 2.7 ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อนำผลของการศึกษาค้นคว้าด้านพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมาวางแผนสุขภาพได้ถูกต้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ให้สุขภาพด้านการส่งเสริมและป้องกัน มะเร็งปากมดลูกได้เหมาะสมตรงเป้าหมาย
3. เพื่อปรับปรุงบริการสุขภาพให้ดีขึ้น และมีประสิทธิภาพ
4. เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการศึกษาวิจัยต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ศึกษาเฉพาะในสตรีที่ไม่มีประวัติเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และศึกษาเฉพาะในสตรีที่แต่งงานแล้วเท่านั้น

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

1. แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2538 จะมีผู้มารับบริการระหว่างเดือน พ.ศ. - มิ.ย. 2538 ประมาณ 3,519 คน
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นผู้เข้ามาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย
 1. ตัวแปรอิสระ
 - 1.1 อายุ
 - 1.2 ระดับการศึกษา
 - 1.3 สถานะทางเศรษฐกิจ

- 1.4 อาชีพ
 - 1.5 จำนวนบุตร
 - 1.6 จำนวนครั้งของการแต่งงาน
 - 1.7 ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ ในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่สังเกตได้และสังเกตไม่ได้ แต่จัดได้ว่าเกิดขึ้น

1.1 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คือพฤติกรรมรู้ จำ เข้าใจ นำไปใช้วิเคราะห์ สังเคราะห์ ใช้ความคิดและสติปัญญาด้านสาเหตุ อาการ อาการแสดง การพยากรณ์โรค ปัจจัยเสี่ยง การรักษา และวินิจฉัยโรค

1.2 เจตคติ หมายถึง ความรู้สึก ทำที่ ชอบ ไม่ชอบ ความคิดเห็นเรื่องสาเหตุ อาการ อาการแสดง ปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรคและการรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก

1.3 การปฏิบัติในการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกัน ไม่ให้เกิดโรค การปฏิบัติเหล่านี้ สามารถสังเกตได้โดยตรง

2. ผู้มารับบริการ คือ ผู้มารับการตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

3. แผนกคนไข้นอก คือ แผนกที่รับตรวจรักษา ทางค้ำนรีเวชกรรม โดยไม่มีเตียงพักค้างคืน

4. โรคมะเร็งปากมดลูก คือ เนื้องอกปากมดลูกชนิดร้ายแรง แบ่งเป็นก่อนลุกลาม และระยะลุกลาม

5. อายุ หมายถึง อายุเต็มปีบริบูรณ์ โดยแบ่งกลุ่มอายุดังนี้ (ธีระ ทองสง. 2536 : 233)

5.1 อายุต่ำกว่า 25 ปี

5.2 อายุ 25 - 34 ปี

5.3 อายุ 35 - 44 ปี

5.4 อายุ 45 - 54 ปี

5.5 อายุตั้งแต่ 55 ปี

6. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาขั้นสูงสุดที่กำส้งศึกษา และจบแล้วแบ่งเป็น (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2529 : 25 - 26)

6.1 ประถมศึกษา

6.2 มัธยมศึกษา

6.3 อาชีวศึกษา

6.4 อุดมศึกษา

7. ฐานะทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ของครอบครัวจากเงินเดือน หรือรายได้พิเศษอื่น ซึ่งพิจารณาจากรายได้รวมตลอดปี แล้วเฉลี่ยเป็นรายเดือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 17)

7.1 ต่ำกว่า 5,001 บาท

7.2 5,001 - 10,000 บาท

7.3 10,001 - 15,000 บาท

7.4 15,001 - 20,000 บาท

7.5 20,001 บาทขึ้นไป

8. อาชีพ หมายถึง การประกอบอาชีพปัจจุบันของผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2534 : 6)

8.1 รับราชการ หมายถึง ผู้ทำงานในสังกัดรัฐบาลหรือรัฐวิสาหกิจ

8.2 ค้าขาย หมายถึง ผู้ทำการค้าทุกชนิดรวมทั้งหาบเร่ แผงลอย

8.3 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้มีอาชีพในการทำนา ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อนำผลผลิตมาจากน่าย

8.4 รับจ้าง หมายถึง ผู้รับจ้างรายวัน รายเดือน หรือรับจ้างส่วนตัว ซึ่งมิรายได้ไม่แน่นอน

8.5 ประกอบธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ซึ่งประกอบธุรกิจทุกชนิดเป็นของตัวเอง

8.6 แม่บ้าน หมายถึง ผู้ที่อยู่บ้านเลี้ยงบุตร ไม่มีรายได้เลี้ยงครอบครัว

9. จำนวนบุตร หมายถึง จำนวนบุตรที่มีชีวิตในปัจจุบัน

9.1 ไม่มีบุตร

9.2 1 - 2 คน

9.3 3 - 4 คน

9.4 5 คนหรือมากกว่า

10. จำนวนครั้งของการแต่งงาน หมายถึง การอยู่ด้วยกันฉันท์สามีภรรยาตามนิติบัญญัติหรือพฤตินัย

10.1 1 ครั้ง

10.2 2 ครั้ง

10.3 3 ครั้ง

10.4 4 ครั้ง หรือมากกว่า

11. ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง มีบุคคลใกล้ชิด เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ บิดามารดา ญาติพี่น้อง ปู่ย่า ตายาย เพื่อนฝูง คนรู้จัก

11.1 ไม่มีประสบการณ์

11.2 มีประสบการณ์

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในผู้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี แนวคิด พฤติกรรมสุขภาพ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โรคมะเร็งปากมดลูก และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดต่อไปนี้

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ

ประภา เจริญ สุวรรณ (2526 : 14 - 20) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของกล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด การชอบ ความสนใจ เป็นต้น

บลูม (Bloom. 1975 : 65 - 197) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมว่าเป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจเป็นสิ่งสังเกตได้และไม่ได้ และพฤติกรรมดังกล่าว แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งเริ่มต้นจากความรู้ระดับง่าย ๆ จากความรู้ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในทางสุขภาพ พฤติกรรมด้านนี้จะสามารถอธิบายถึงสาเหตุของโรคได้ ประเมินได้ว่าการปฏิบัติสิ่งใดดีหรือไม่ดี

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ หรือพฤติกรรมด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง พฤติกรรมที่มีความสนใจ ความชอบไม่ชอบ ทัศนคติ การให้คุณค่า การปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ แบ่งออกได้เป็นขั้นตอน คือ การรับ การตอบสนอง การให้ค่า การจัดกลุ่มค่า การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ รวมไปถึงความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ พฤติกรรมด้านนี้จะบอกถึงแนวโน้มของบุคคลในการกระทำพฤติกรรม ซึ่งเชื่อว่า บุคคลที่มีทัศนคติ

ที่ดีต่อสุขภาพย่อมมีแนวโน้มจะปฏิบัติตนได้ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับองค์ประกอบอื่น ๆ ด้วย

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งพฤติกรรมที่แสดงออก และสังเกตได้ เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้ายที่เป็นเป้าหมายของการศึกษาโดยมีด้านพุทธิพิสัย และด้านทัศนคติมาเป็นตัวช่วยให้เกิดพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่ถูกต้อง พฤติกรรมด้านการปฏิบัติจึงนับเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติออกมา เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การไปพบแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุข เมื่อเจ็บป่วย

ในทางการแพทย์และการสาธารณสุขนั้นถือว่า การปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลนั้น เป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยดี หลีกเลี่ยงโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้ง่าย แต่การที่จะให้บุคคลเกิดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในกระบวนการจัดการศึกษานั้นถือว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านความรู้ และทางทัศนคติของบุคคลเป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่คงทนถาวร ดังนั้นในการวางแผนงานสุขศึกษาในโครงการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขนั้น นักสุขศึกษาจะต้องศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มบุคคลที่จะเข้าถึงว่ามีส่วนประกอบของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ เกี่ยวกับปัญหาที่จะแก้ไขอย่างไรบ้าง รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นในการวางแผนงาน ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพก่อนเริ่มโครงการนี้จะช่วยในการวางแผนงานทางสุขศึกษาว่าต้องการจะให้กลุ่มบุคคลนั้น ๆ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทั้ง 3 ด้านอย่างไรบ้าง

สตีล และแมคบรูม (Steel and McBroom. 1972 : 382) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้ว่า เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการดำรงรักษาสุขภาพ ด้วยจุดประสงค์เพื่อป้องกันและหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วย

แฮริส และกูเติน (Harris and Guten. 1979 : 28) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมในเชิงป้องกัน โดยเรียกพฤติกรรมการป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ หมายถึง การกระทำใด ๆ ของบุคคล ที่กระทำเป็นปกติสม่ำเสมอ ที่มีวัตถุประสงค์ให้มิสุขภาพดี เช่น การนอนหลับ การพักผ่อน การออกกำลังกาย สุขวิทยา ส่วนบุคคลอื่นเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในการป้องกันโรค

ทวิทอง หงษ์วีวัฒน์ (2524 : 26 - 29) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสุขภาพว่า พฤติกรรมที่คนพยายามจัดทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยได้ให้แนวความคิดเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยด้านพฤติกรรมไว้ว่า เป็นการศึกษาประยุกต์รวมเอาความรู้ ทฤษฎี จากศาสตร์แม่บทหลาย ๆ ศาสตร์เข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งทั้งนี้ขึ้นกับว่า เรากำลังศึกษา ปัญหาพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร

สมจิตต์ สุพรรณวัฒน์ (2534 : 1 - 3) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ความรู้สึก การแสดงออกของบุคคลที่เกี่ยวกับการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีการแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 75) ได้แบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพเป็น 3 ชนิด คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติตัวของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ การคาดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขีรถยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหา การรักษาพยาบาล การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย

3. พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick - Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

โรเซนสต็อก (Rosenstock. 1974 : 330) เป็นผู้ริเริ่มนำแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบาย และทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคลซึ่งแนวความคิดนี้ได้รับอิทธิพลจากทฤษฎีของเคิร์ท เลวิน (บุษบา ศิริชัย. 2534 : 7; อ้างอิงมาจาก Becker and Maiman. 1974) ที่เชื่อว่า การรับรู้ของบุคคล เป็นตัวกำหนดพฤติกรรม โดยบุคคลจะ

เข้าใจสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นก่อให้เกิดผลดีแก่ตน และจะหลีกเลี่ยงสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การตัดสินใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความพร้อมทางจิตวิทยา (Psychological Readiness) การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการเป็นโรคคลนั้น ต้องมีความเชื่อว่า

ก. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

ข. โรคนี้มีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร

ค. การปฏิบัติ ในการหลีกเลี่ยงจากโรค จะให้ผลดีแก่เขาในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของผู้ป่วย เช่น ความสะอึก ความเจ็บป่วย ความอาย เป็นต้น (Rosenstock. 1974 : 330)

การศึกษาของเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman. 1975 : 12) พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ สามารถอธิบายพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคและพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยได้เป็นอย่างดี และพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ได้มีผู้ทำการศึกษาไว้มากมาย ทั้งนักสังคมวิทยา และนักจิตวิทยาในเรื่องเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยาสังคม ต่อมาเบคเกอร์และคนอื่น ๆ (Becker and others. 1975 : 10 - 24; 1977 : 125 - 135) ได้เพิ่มองค์ประกอบด้านแรงจูงใจทางสุขภาพ ปัจจัยร่วม ได้แก่ ตัวแปรประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ตัวแปรจิตสังคม เช่น ฐานะทางสังคม บุคลิกภาพ ฯลฯ ปัจจัยกระตุ้นอันได้แก่ ข่าวสารที่ได้รับต่าง ๆ เช่น จากสื่อมวลชน เพื่อนบ้าน สมาชิกในครอบครัว

องค์ประกอบที่สำคัญใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility)

บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ การเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความเสี่ยงต่อการเป็นโรคแตกต่างกัน โดยบางคนเชื่อว่าเขามีโอกาสจะเจ็บป่วยแน่นอน หรือบางคนอาจไม่เชื่อเลยว่าเขามีโอกาสเป็นโรคเหมือนกัน มีรายงานวิจัยที่ให้การสนับสนุนการรับรู้ การเสี่ยงต่อการเป็นโรคว่า มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ (Becker and others. 1974 : 205 - 216) ดังนั้น บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับ การรับรู้การเสี่ยงต่อการเป็นโรค

2. รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) บุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน เช่น บางคนเชื่อว่า โรคนี้รุนแรงอาจถึงตายหรือทำให้พิการหรือทำให้เจ็บป่วยเล็กน้อย

แต่ถ้ามีความวิตกกังวลต่อโรคอย่างมากอาจให้หัวข้อแนะนำได้น้อย และทำให้ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้ ดังนั้น การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างไรนั้น ขึ้นกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) จะลดความเสี่ยงในการเกิดโรคและลดความรุนแรงของโรคลงได้

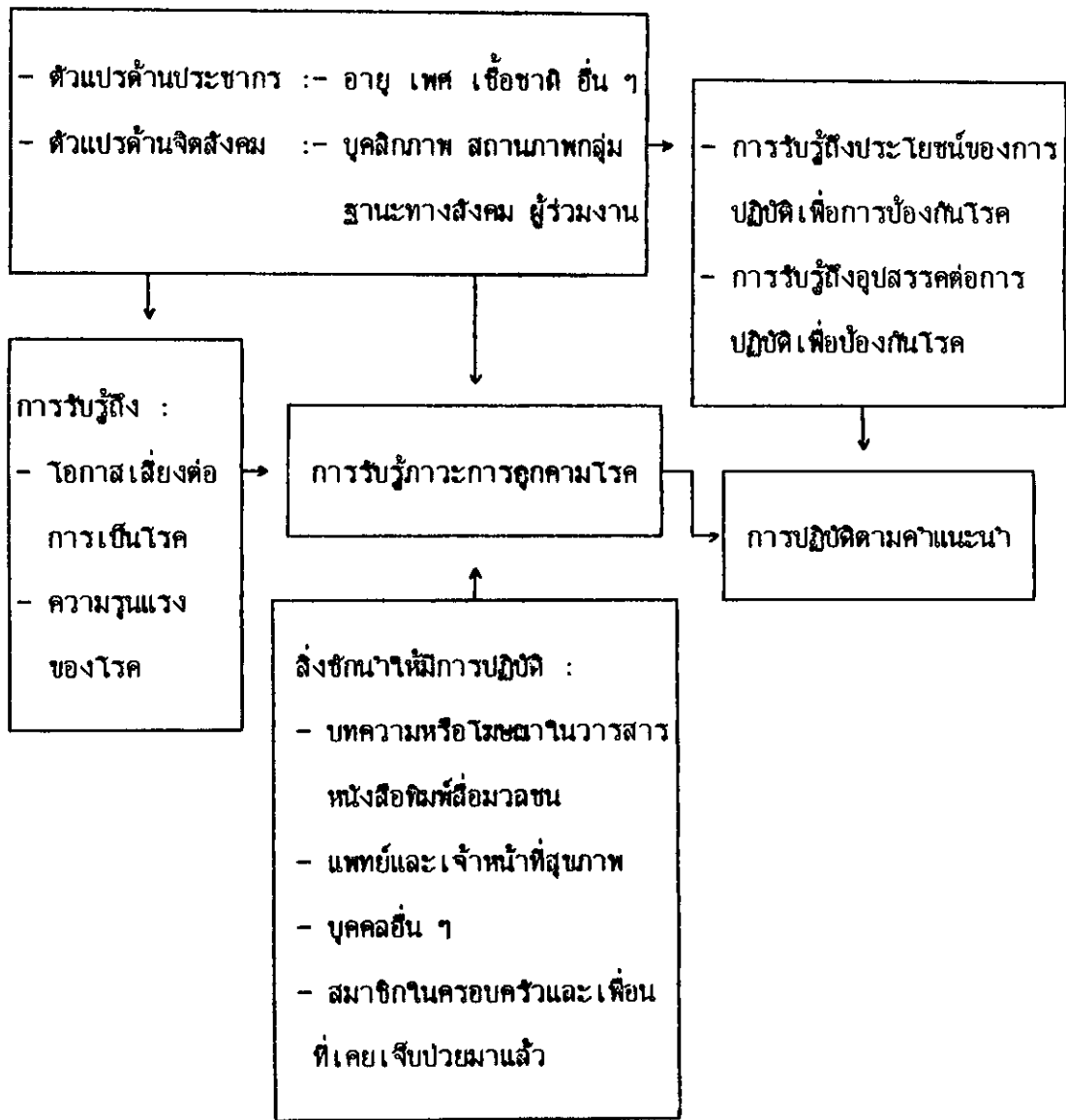
4. การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การที่บุคคลจะปฏิบัติตนอย่างไรขึ้นกับวิธีการนั้น ๆ จะต้องเป็นวิธีการที่เขาเชื่อว่า มีอุปสรรคต่อเขาน้อยที่สุด พฤติกรรมทางด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับการคาดคะเนถึงค่าใช้จ่ายด้านร่างกาย จิตใจ เงิน หรือค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่ต้องเสียไปในการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมขึ้นกับสิ่งกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งเกิดจากภายในบุคคลนั้น เช่น สภาพร่างกาย ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป หรือมาจากภายนอกร่างกาย เช่น ความรู้ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ

6. ปัจจัยร่วม (Modity Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นนอกเหนือจากองค์ประกอบดังกล่าวข้างต้นของแบบจำลอง ความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่ส่งผลต่อการรับรู้และแรงจูงใจ ส่งเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ประชากร จิตวิทยา สังคม เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา บุคลิกภาพ ฐานะทางสังคม ฯลฯ

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลในรูปแบบพฤติกรรมป้องกันโรค Preventive Health Behavior ซึ่งเบคเกอร์ และไมแมน (Becker and Maiman, 1975 : 12) เป็นผู้ปรับปรุงรูปแบบ และได้รับการยอมรับจากบุคคลทั่วไป โดยนำมาใช้เป็นพื้นฐานในการอธิบายพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีความเชื่อว่า ตนจะสามารถดูแลสุขภาพ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

ของมะเร็งปากมดลูก และลดความรุนแรงของโรคได้ เมื่อรับการตรวจค้นหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ประยุทธิ์ใช้ในสำรวจความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก เพื่อวัดถึง การรับรู้ที่ถูกต้อง ในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ผลดีและอุปสรรคของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก แรงจูงใจ ปัจจัยร่วม ดังปรากฏตามภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยในการป้องกันโรค

ที่มา : Becker and Maiman. 1975.

สำหรับแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็ง องค์การอนามัยโลกได้แบ่งไว้เป็น 3 ชั้น ดังนี้ (พิสิษฐ์ พันธุมจินดา และคินีนาฏ สนธิพงษ์. 2532 : 38; อ้างอิงมาจาก WHO. 1981)

1. การป้องกันโรคมะเร็งปฐมภูมิ (Primary Prevention) หมายถึง การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งในประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่มีโอกาสก่อให้เกิดโรคมะเร็ง เช่น ควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดโรคหรือลดปริมาณลง ซึ่งมาตรการในการดำเนินงานป้องกัน ก็คือ สนับสนุนและส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพื่อหาสาเหตุของมะเร็งให้กว้างขวาง การจัดกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การให้สูขศึกษา การปรับปรุงสภาพแวดล้อม
2. การป้องกันโรคมะเร็งทุติยภูมิ (Secondary Prevention) ได้แก่ ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจค้นหามะเร็งในระยะแรก (Early Detection) หรือการออกไปทำการทดสอบค้นหาโรคมะเร็งในประชากรปกติ (Screening)
3. การรักษาบรรเทาอาการเจ็บปวดและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Tertiary Prevention) เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป

มะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง เนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดจากการเจริญเติบโตผิดปกติอย่างไม่มีหยุดยั้งของเซลล์บริเวณปากมดลูก ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก จะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด ดังนั้นระยะเวลาที่เริ่มเป็นจนแสดงอาการของโรคจะใช้เวลาประมาณ 5 - 15 ปี (ไวไล เบญจกาญจน์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ. 2524 : 27)

การดำเนินของโรค

โรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุ 45 - 55 ปี อายุเฉลี่ย 48 ปี ส่วนโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าคือ ประมาณ 38 ปี ในปัจจุบันนี้พบ

จำนวนผู้ป่วยที่มีอายุ 20 ปี และต่ำกว่ามากขึ้น อาจสัมพันธ์กับการสำส่อนทางเพศมีมากขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งสัมพันธ์กับการเกิดโรคนี้ (ธีระ ทองสง. 2536 : 236)

โรคมะเร็งปากมดลูกมี 2 ชนิด คือ (สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. 2534 : 217)

1. มะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม (Pre Invasive Cervical Carcinoma)
2. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Cervical Carcinoma)

1. มะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม (Pre Invasive Cervical Carcinoma) เกิดมะเร็งปากมดลูกเป็นขบวนการเกิดแบบต่อเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระยะแรกๆ ที่เรียกว่า ดิสพลาเซีย (Dysplasia) คือการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและลักษณะของเซลล์เยื่อ (Squamous cell) ซึ่งแบ่งความรุนแรงเป็น

- 1.1 ระยะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เล็กน้อย (Mild Dysplasia)
- 1.2 ระยะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปานกลาง (Moderate Dysplasia)
- 1.3 ระยะมีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์มาก (Severe Dysplasia)
- 1.4 มะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม (Carcinoma Insitu (CIS))

และเมื่อมีสภาวะที่เหมาะสมก็ดำเนินเป็น Invasive Cervical Carcinoma (สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. 2534 : 217)

มีผู้เสนอให้เรียก Dysplasia Grade ต่าง ๆ และ CIS ว่า Cervical Intra-Epithelial Neoplasia (CIN) โดยแบ่งเป็น 3 Grade (ธีระ ทองสง. 2536 : 236)

CIN I = Mild Dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะ Lower 1/3 ของเยื่อ Squamous

CIN II = Moderate Dysplasia มีความผิดปกติเฉพาะ Lower 2/3 ของเยื่อ Squamous

CIN III = Severe Dysplasia และ CIS มีความผิดปกติเกือบทั้งหมดหรือทั้งหมดของเยื่อ Squamous แต่ไม่ทะลุ Basement Membrane

ระยะเวลาจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ (Dysplasia) เป็นมะเร็งก่อนลุกลาม (Carcinoma Insitu) ประมาณ 7 ปี และจาก CIS เป็นมะเร็งปากมดลูกลุกลามระยะเริ่มแรก (Microinvasive) ประมาณ 14 ปี และจาก Micro Invasive ไปเป็นระยะลุกลามชัดเจน 3 ปี (ธีระ ทองสง. 2536 : 236)

2. มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Cervical Carcinoma) แบ่งเป็นระยะลุกลามในระยะเริ่มแรก (Micro Invasive) และมะเร็งปากมดลูกลุกลามชัดเจน

ระบาดวิทยา

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุข และจากสถาบันมะเร็ง พบว่า อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 10 ต่อประชากรหญิง 1 แสนคน จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกของโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในภาคกลาง และภาคอื่น พบว่าลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกคือ

- อายุ : ส่วนใหญ่มากกว่า 35 ปีขึ้นไป ช่วงที่เป็นมากที่สุดคือ 36 - 49 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 84 ปี
- การเจริญพันธุ์ : มีลูกมาก จำนวนบุตรโดยเฉลี่ย 5 คนขึ้นไป
- สถานภาพสมรส : ร้อยละ 87 - 96 แต่งงานแล้ว
- ชนิดของเซลล์มะเร็ง : ร้อยละ 86 เป็น Squamous Cell
ร้อยละ 14 เป็น Adeno Carcinoma

สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก (สุภมาลย์ มาลีมงคล. 2537 : 1)

ยังไม่ทราบสาเหตุแน่นอนแต่พบว่ามีความสัมพันธ์กับสิ่งต่อไปนี้คือ

1. เศรษฐฐานะ
2. พฤติกรรมทางเพศ
3. เริมอวัยวะสืบพันธุ์ (Herpes Simplex)
4. ไวรัสหูดหงอนไก่ (Human Papilloma Virus)
5. สตรีที่ได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Diethyl Stilbestrol)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก (ธีระ ทองสง. 2536 : 237)

1. ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่า สตรีที่มีการศึกษาดำ ฐานะยากจน มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก ประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า

2. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ มะเร็งปากมดลูกเด่นมากในสตรีที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์มา แม้ชนิดกายโรมันคาทอลิกไม่พบว่า เป็นมะเร็งปากมดลูกเลย อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกสูงในกลุ่มบุคคลต่อไปนี้

2.1 สตรีที่แต่งงานอายุน้อย (ต่ำกว่า 17 ปี) หรือมีเพศสัมพันธ์อายุน้อย

2.2 มีคู่นอนหลายคน จะเสี่ยงมากขึ้นประมาณ 2 - 3 เท่า ของผู้มีคู่นอนคนเดียว

2.3 กลุ่มที่มีความถี่ของการร่วมเพศสูง

2.4 จำนวนการตั้งครรภ์มากหรือมีบุตรมาก

3. ลักษณะสามีหรือคู่นอน

3.1 การทำขลิบอวัยวะเพศชาย (Circumcision) ในฝ่ายชายจะช่วยลดการเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก

3.2 ลักษณะเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์

3.2.1 เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.2.2 มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุน้อย

3.2.3 สามีสูบบุหรี่

3.3 โปตามิน (Potamine) ซึ่งเป็นโปรตีน (Protein) ส่วนหัวของอสุจิมีผลต่อ DNA ของ Cell ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็น Dysplasia ได้ง่าย พบปริมาณสูงในชายมีเศรษฐกิจต่ำ

3.4 สตรีที่แต่งงานกับชายที่เคยมีภรรยาคนก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า

4. การคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ มีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกทั้งในด้านเพิ่มและลดปัจจัยเสี่ยง

4.1 ยาเม็ดคุมกำเนิด ยังสรุปยาก แต่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดนานเกิน 5 ปี

4.2 ยาฉีดคุมกำเนิด (DMPA) ยังสรุปไม่ได้แน่นอน

4.3 การป้องกันการตั้งครรภ์โดยใช้การขวางกั้น (Barrier Contraceptive Methods) อาจมีส่วนช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้

5. การสูบบุหรี่ โดยเฉพาะผู้ที่กำลังสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่มาเป็นเวลานานแล้ว เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก มากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่ระหว่าง 1.5 - 2.3 เท่า การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะชนิด Squamous Cell Carcinoma

6. การติดเชื้อต่าง ๆ

6.1 ไวรัสหูดงอนไก่ (Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV 2)) พบว่า ผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกมี Antibody ต่อไวรัสสูงกว่ากลุ่มควบคุม แต่ยังไม่มียหลักฐานยืนยันแน่นอนว่า เชื้อนี้เป็นสาเหตุของโรค (สูมมมาลย์ มาสวังก์. 2537 : 1)

6.2 ไวรัสหูดงอนไก่ (Human Papilloma Virus) เป็นสาเหตุของโรค โดยเฉพาะ Type 16, 18

6.3 การติดเชื้ออื่น ๆ ที่พบว่าเป็นสาเหตุของ CIN แต่ยังไม่สรุปไม่ได้แน่นอน ได้แก่ Trichomonas, Gonococcus, Syphilis

7. สตรีที่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่ำ หรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันต้านทาน จะพบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น และมักจะมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ โดยเชื้อ HSV 2 (Human Papilloma Virus) ได้ง่ายอีกด้วย

8. พฤติกรรมการกินอาหาร วิตามินเอ โฟเลต วิตามินซี มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ถ้าขาดเป็นเวลานานอาจเพิ่มความเสี่ยงนี้

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม (Intra Epithelial Neoplasia) หรือ มะเร็งระยะต้น ๆ (Early Invasive Carcinoma) อาจไม่มีอาการผิดปกติ แม้การตรวจภายในปากมดลูก อาจปกติหรือเป็นเพียงแผลคัน ๆ เล็ก ๆ เท่านั้น อาการที่นำมาพบแพทย์บ่อยคือ

1. เลือดออกผิดปกติ เป็นอาการพบบ่อยที่สุด อาจเริ่มจากเลือดออกหลังร่วมเพศ (Poscoital Bleeding) หรือเลือดออกระหว่างประจำเดือน
2. ตกขาวผิดปกติ อาจเป็นสีเหลือง อาจมีกลิ่นเหม็น โดยเฉพาะในระยะโรคอุ้งลามีเนื้อตายมาก
3. ปวดอุ้งเชิงกราน เนื่องจากมะเร็งอุ้งลามี
4. บัสสาวะหรืออุจจาระเป็นเลือด ส่วนมากพบในโรคระยะอุ้งลามี มะเร็งกระจายไปยังกระเพาะปัสสาวะและ Rectum

การวินิจฉัย

1. ตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก Pap Smear เพื่อวินิจฉัยเซลล์มะเร็งตั้งแต่ก่อนอุ้งลามีและช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกระยะอุ้งลามีได้มาก

ความถี่ของการทำ Pap Smear มีผู้เสนอไว้ดังนี้

1. รายงานของ Walton Report แนะนำว่าสตรีทุกคน ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว ควรใช้มะเร็งปากมดลูกทุกปีจนถึงอายุ 35 ปี จากนั้นเช็คทุก 5 ปี (หลังตรวจปกติ 2 ครั้ง) จนอายุ 60 ปี หลังจากนั้นไม่ต้องตรวจ (หลังปกติ 2 ครั้ง)
2. สมาคมมะเร็งแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society (ACS)) แนะนำให้ทำ Pap Smear ครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี หรือเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ ถ้าผลครั้งแรกปกติให้ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี ถ้าผลยังปกติตรวจซ้ำทุก 3 ปี จนกระทั่งอายุ 65 ปี แต่ถ้าสตรีนั้นมีความเสี่ยงสูงการตรวจถี่กว่านี้
3. วิทยาลัยแพทย์สูตินรีเวชศาสตร์แห่งอเมริกา (The American College of Obstetric and Gynaecologist (ACOG)) แนะนำให้สตรีที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป หรือมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำแล้ว ตรวจเช็คทุกปีตลอดไป
4. สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National Institute of Health) แนะนำให้ทำ Pap Smear เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ และตรวจซ้ำ ภายใน 1 ปี ถ้าผลปกติ 2 ครั้ง ให้ตรวจซ้ำทุก 1 - 3 ปี

หลายคนแนะนำให้ทำ Pap Smear เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ ถ้าหากไม่มีเพศสัมพันธ์ก็สมควรที่จะตรวจเมื่อมีอายุหรืออายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

การแปลผล Pap Smear ที่นิยมกันมาก แบ่งออกเป็น 5 Classes คือ (ธีระทองสง. 2536 : 239)

Class 1 = ไม่พบ Cell ผิดปกติเลยเป็น Benign

Class 2 = พบ Cell ผิดปกติ แต่ไม่พบ Cell มะเร็งแสดงว่าเป็นการอักเสบ

Class 3 = Mild - Moderate Atypia เข้าได้กับ Dysplasia

Class 4 = Severe Atypia แสดงว่าเป็น CIN III

Class 5 = พบเซลล์มะเร็งชัดเจนถือว่าเป็นมะเร็งขั้นลุกลาม

2. การตรวจโดยป้ายหมึกด้วยน้ำยา (Schiller's Test)

3. ใช้กล้องขยาย (Colposcopy) คือใช้กล้องมีกำลังขยาย 10 - 40 เท่าส่องขยายดูปากมดลูกและเลือกตัดชิ้นเนื้อผิดปกติมาตรวจทางพยาธิวิทยา

4. ตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Conization)

สาเหตุการตายของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (สุจิต เผ่าสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. 2525 : 169) ที่พบบ่อย

1. ไล้เป็นพิษ (Uremia) ก่อนมะเร็งกดหลอดไตส่วนปลายทำให้ไตไม่สามารถทำงาน

2. ติดเชื้อพบ่อยที่สุด เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

3. ตกเลือดเนื่องจากมะเร็ง กัดกินหลอดเลือดขาด

4. การกระจายของมะเร็งไปยังส่วนต่าง ๆ

การรักษามะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม CIN (Cervical Intra Epithelial Neoplasia)

1. เผ่าติดตามสังเกต

2. การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- จี้ไฟฟ้า (Electrocautery)
- จี้ความเย็น (Cryosurgery)
- ผ่าตัดด้วยเลเซอร์ (Laser)

3. การดูแลรักษาแบบผู้ป่วยใน

- ตัดปากมดลูกเป็นรูปกรวย (Therapeutic Conization)
- ตัดมดลูก (Hysterectomy)

การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม ในปัจจุบันแบ่งเป็น 4 วิธี คือ

1. การผ่าตัดใช้กับ Stage I เป็นส่วนใหญ่ และ Stage II บางราย
2. รังสีรักษา ใช้ได้กับทุกระยะของมะเร็งลุกลาม
3. เคมีบำบัดใช้กับรายที่โรคลุกลามมาก หรือรายมะเร็งเป็นกลับซ้ำ
4. การรักษาหลายวิธีร่วมกัน เช่น รักษาโดยการผ่าตัด ร่วมกับรังสีรักษา

การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก (ศิวาสัย ธานีพร. 2533 : 9 ;

เบนสันและเบอร์นอลล์. 2538 : 424)

ขั้นปฐมภูมิ

1. เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์สำส่อน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

2. ปรับปรุงสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งป้องกันและรักษา ช่องคลอดอักเสบ

3. ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย การทำความสะอาดองคชาติ หลังร่วมเพศ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

4. รักษาโรคของปากมดลูกที่น่าสงสัยทันที

ขั้นทุติยภูมิ

1. ให้ผู้ศึกษาแก่ประชาชน เพื่อให้เห็นผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกรวมทั้งการให้ความร่วมมือในการตรวจ เป็นระยะสม่ำเสมอโดยเฉพาะสตรีที่มีบุตรมาก เศรษฐฐานะสังคมต่ำ ผู้มีคู่นอนหลายคน

2. ปรับปรุงบริการด้านการแพทย์ เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องในเทคนิคการตรวจ การเตรียมสิ่งส่งตรวจ และขั้นตอนการปฏิบัติงาน งานเซลล์วิทยา ให้สามารถตรวจวินิจฉัย และรายงานผลการตรวจแม่นยำ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูก

การวิจัยในต่างประเทศ

คีเกลส์ และคนอื่น ๆ (ฐิติพร อิงคตาวรวงศ์. 2529 : 24; อ้างอิงมาจาก Kegeles and others. 1965 : 819) ได้ศึกษาความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกโดยการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับปัจจัยด้านประชากร และความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก โดยการสัมภาษณ์สตรี 836 คน พบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ และทำการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 35 - 44 ปี แต่อย่างไรก็ตามพบว่า สตรีในกลุ่มอายุ 21 - 34 ปี อายุ 45 - 54 ปี และ 55 - 64 ปี ที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ มารับการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มสตรีที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มอายุ 35 - 44 ปี และในการศึกษารังนี้พบว่า กลุ่มที่มีความเชื่อในผลประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกจะมีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเชื่อในผลประโยชน์ ในทุกปัจจัยทางด้านประชากร การศึกษารังนี้ยังพบอีกว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงแต่งงานแล้ว และมีระดับการศึกษาที่ดีจะพบว่ามีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ด้วย

เคอร์สท์ และคนอื่น ๆ (Kirscht and others. 1966 : 248 - 254) ได้ทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่าง 1,000 ราย ถึงความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเป็นวัณโรค โรคหะเร็ง และโรคหิน รวมถึงความเชื่อเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการป้องกันโรคพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง และรับรู้ความรุนแรงของการเป็นวัณโรค โรคหะเร็ง และโรคหิน จะมีพฤติกรรมการสุขภาพในการป้องกันการเกิดโรคสูงด้วย

โรเซนสโตค (Rosenstock. 1974 : 354 - 386) ได้ศึกษาและให้ความเห็นว่าการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพของตน และเชื่อว่ามิกิจกรรมที่จะสามารถลดความเสี่ยง หรือความรุนแรงต่อการเกิดโรคได้ โดยทำการสำรวจกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ พบว่าบุคคลที่มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคโปลิโอมีความเชื่อว่า วัคซีนมีความรุนแรงและเชื่อว่าวัคซีนจะสามารถป้องกันโรคโปลิโอได้ บุคคลเหล่านี้มีความพร้อมในการไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

ฟรุเชอร์, บอยซ์ และฮันท์ (Frucher, Boyce and Hunt. 1980 : 418 - 419) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมการไม่ป้องกันโรค ในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม ในเมือง Brooklyn ระหว่างเดือนกรกฎาคม 1976 - เดือนธันวาคม 1978 โดยทำการสัมภาษณ์สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลุกลามระยะแรก จำนวน 91 คน พบว่าไม่เคยตรวจแพพสเมียร์เลย ร้อยละ 52 และไม่เคยตรวจภายใน 5 ปี ร้อยละ 62 และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุที่ไม่เคยตรวจแพพสเมียร์ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มสตรีที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ไม่เคยตรวจแพพสเมียร์ ร้อยละ 71 (32 ใน 45 คน) และกลุ่มสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 50 ปี ไม่เคยตรวจแพพสเมียร์ ร้อยละ 33

วิท, แมนเดลเบลท และคูนิต (วิท สุรินทร์. 2535 : 48; อ้างอิงมาจาก Wheat, Mandelblat and Knitz. 1988 : 827 - 830) ได้ศึกษาการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ในโรงพยาบาลใน San Francisco พบว่า สตรีที่มีอายุมาก ปฏิเสธการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอายุน้อย

การวิจัยในประเทศไทย

พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์ และคนอื่น ๆ (2524 : 231) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มารับการรักษาสถาบันมะเร็ง จำนวน 200 คน พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยประวิงเวลาหรือขอการรักษากับแพทย์นั้น เนื่องจากความไม่รู้ หรือไม่มีความรู้ในเรื่องโรคร้อยละ 66.8 ผู้ป่วยคิดว่าอาการผิดปกตินั้น ไม่มีอะไรร้ายแรง ทั้งนี้เนื่องจากอาการของโรครยะแรก ๆ เป็นไปค่อนข้างช้าหรือเป็น ๆ หาย ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจ อาการที่ปรากฏที่ผิดปกติหรือไม่

ฐิติพร อิงคदारวงศ์ (2528 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาขอรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามธิบดี จำนวน 600 ราย พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน อาชีพที่แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน กลุ่มอายุต่ำกว่าหรือเทียบเท่า 35 ปี และกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี และกลุ่มมีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง และกลุ่มไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง มีความรู้เรื่องโรคมะเร็งไม่แตกต่างกัน

กลุ่มที่มีประสบการณ์ และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง กลุ่มที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน กลุ่มที่มีอาชีพแตกต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

กลุ่มที่มีอายุต่ำกว่า หรือเท่ากับ 35 ปี และกลุ่มอายุสูงกว่า 35 ปี มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน

เพ็ญศรี โพธิกิจ (2531 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัญหาการปฏิบัติตนของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาโดยการฉายแสง ที่ตั้งผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลรามธิบดี โดยศึกษาปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม ผลการศึกษาสรุปว่า ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่เป็นมะเร็ง ที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสง มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมากรวมทั้งตัวผู้ป่วย ญาติ และบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยส่วนมากไม่เคยมีความรู้ เรื่องโรคมะเร็ง และวิธีการรักษาโรคนี้นมาก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้า

ศยาม เวศกิจกุล และคนอื่น ๆ (2531 : 406 - 412) รายงานผลการรณรงค์ของภาควิชาสูติศาสตร์และนารีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ร่วมกับโรงพยาบาล รัตภูมิ ในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในประชากรสตรี เขตอำเภอ รัตภูมิ เนื่องใน

วโรกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 5 ธันวาคมหาราช พบว่า ผู้มารับบริการตรวจ 958 คน ร้อยละ 88 ของผู้มารับบริการไม่เคยรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมาก่อน ร้อยละ 9.6 เคยมารับการตรวจนาน ๆ ครั้ง มีเพียงร้อยละ 1.8 ที่ได้รับการตรวจ Pap Smear อย่างสม่ำเสมอ ปีละครั้ง และพบว่าร้อยละ 48 แต่งงานตั้งแต่อายุน้อยกว่า 19 ปี ร้อยละ 31 ตั้งครรภ์แรกเมื่ออายุน้อยกว่า 19 ปี และร้อยละ 28 มีบุตรตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป สำหรับผลการตรวจ Pap Smear พบผิดปกติ 3 ราย มีผู้ป่วย 2 ราย ที่พบเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก (CIS) และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งคณะผู้รายงานได้พิจารณาว่า ผลประโยชน์ทางอ้อมที่จะได้รับและไม่สามารถคำนวณเป็นตัวเลขเงินได้ชัดเจนมีค่ามากมายมหาศาล และถ้าให้ความสนใจกับสตรีกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกกับกลุ่มประชากรสูงอายุ ก็จะทำให้เห็นสภาพความคุ้มค่าของการลงทุนชัดเจนยิ่งขึ้น

แสงโสม ศิริพานิช (2534 : 37) ได้ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของชายประกอบอาชีพและกลุ่มนักศึกษาชายในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ ในกลุ่มชายประกอบอาชีพ คือ รายได้ต่างกัน มีความรู้ต่างกัน กล่าวคือ ผู้มีรายได้สูง มีความรู้สูงกว่าผู้มีรายได้กลางและต่ำ

ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติคือ ระดับการศึกษาต่างกัน มีทัศนคติต่างกัน คือ ผู้มีระดับการศึกษาสูง มีทัศนคติในแง่ดีมากกว่าผู้มีระดับการศึกษา ปานกลาง และต่ำ

วนิดา เสนะวงษ์ (2535 : บทควยย่อ) ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนของสามีที่มีต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก และพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกในคนงานสตรี จังหวัดนนทบุรี พบว่า หลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ในเรื่อง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็ง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อผลดีอุปสรรคของการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก และการปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก

การปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีและอุปสรรค

ปัจจัยด้านอายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ที่เคยตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกไม่พบความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก

สมพร วัฒนภูณกุลเกียรติ (ภรณ์ สุรินทร์. 2535 : 43 - 49; อ้างอิงมาจาก สมพร วัฒนภูณกุลเกียรติ. 2531) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจหลังคลอด ที่ศูนย์อนามัยแม่และเด็กที่ 41 อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2531 โดยสัมภาษณ์สตรีหลังคลอดที่มาตรวจหลังคลอดที่คลินิกทางแผนครอบครัว จำนวน 314 ราย พบว่า ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายและอายุ มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหลังคลอด โดยสตรีที่มีอายุน้อย (ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 34 ปี) ส่วนใหญ่จะมาตรวจหลังคลอดและสตรีที่มีอายุมากขึ้น (มากกว่า 34 ปี) มีโอกาสที่จะไม่มาตรวจมากขึ้น และพบว่า เหตุผลของสตรีที่มาตรวจหลังคลอด ได้แก่ ไม่มีเวลาตรวจมากที่สุด รองลงมาคือ ไม่ทราบว่ามี การตรวจ ไม่เห็นความจำเป็นเพราะร่างกายแข็งแรงดี เดินทางลำบากและสิ้นวันนัดตามลำดับ และพบว่า สตรีที่มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจหลังคลอด จะมาตรวจมากกว่าสตรีที่มีเจตคติไม่ดีต่อการตรวจ และสามีที่มีทัศนคติที่ดี ภรรยาจะมาตรวจหลังคลอดมากกว่า

วาสนา จันทร์สว่าง และอุกฤษฏ์ มโนเศรษฐ์ (2536 : ถ่ายเอกสาร) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ และการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ผลการศึกษาพบว่า หลังจัดโปรแกรมสุขศึกษา ผู้ป่วยมีความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมถูกต้องมากขึ้น

พิศมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 89) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยมีอายุเท่ากัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกันโดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น และผู้ป่วยที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้มีการศึกษาน้อย

ศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ พบว่า สตรี

ที่มีอายุต่างกัน อาชีพต่างกัน การศึกษาต่างกัน แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดหลอดต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันมะเร็งปอดหลอดแตกต่างกัน และสตรีที่มีสถานะ การเจริญพันธุ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปอดหลอดไม่ ต่างกัน และสตรีที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดหลอด ไม่แตกต่างกัน

สรุปการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพอสรุปได้ดังนี้

อายุ

ฉิมมัย พิทักษ์วารการ (2537 : 89) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยา ของผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล พบว่า อายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาต่างกัน โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องมากกว่า กลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสาวรส (2528 : บทคัดย่อ) พบว่า สตรีที่มา รับบริการตรวจมะเร็งปอดหลอด ที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการ ป้องกันโรคมะเร็งปอดหลอดต่างกัน ยกเว้นการศึกษาของ ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528 : 42) พบว่า อายุต่างกัน ความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดหลอดไม่แตกต่างกัน

วิท แจนเคลเบลท และสุนิค (ภรณ์ สุรินทร์. 2535 : 160; อ้างอิงมาจาก Wheat Mandelblat and Knit. 1988 : 827 - 30) พบว่า อายุต่างกันมีการปฏิบัติในการ ตรวจมะเร็งปอดหลอดต่างกัน โดยสตรีอายุมากกว่า 65 ปี ปฏิเสธการมาตรวจมะเร็งปอด หลอดมากกว่าสตรีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟรุเชอร์ (Frucher, Boyce and Hunt. 1980 : 418 - 419) พบว่า สตรีที่เป็นมะเร็งปอดหลอดลุกลามระยะแรกอายุน้อยกว่า 50 ปี มาตรวจมะเร็งปอดหลอดมากกว่าสตรีอายุมากกว่า 50 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร วัฒนกุลเกียรติ (2531 : 43 - 49) พบว่า อายุต่ำกว่า 34 ปี มาตรวจหลังคลอด มากกว่าสตรีอายุมาก และมีโอกาสไม่มาตรวจมากขึ้น

ระดับการศึกษา

ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528 : 44) ได้ศึกษาความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน โดยกลุ่มประถมศึกษา มีความรู้ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องน้อยกว่ากลุ่มอุดมศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษาสตรีที่มาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

แสงไสม ศิริพานิช (2534 : 37) ได้ศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในชายประกอบอาชีพ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อทัศนคติ คือการศึกษา การศึกษาต่างกัน มีทัศนคติแตกต่างกัน คือ ผู้มีการศึกษาสูง มีทัศนคติ ในแง่ดีมากกว่าผู้มีระดับการศึกษา ปานกลางและต่ำ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิษย์ พิทักษ์วารากร (2536 : 89) พฤติกรรมสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้ยาในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก วชิรพยาบาล พบว่า การศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน โดยผู้มีการศึกษาสูง มีพฤติกรรมในการใช้ยาถูกต้องมากกว่า ผู้มีระดับการศึกษาต่ำ

ในด้านพฤติกรรมการศึกษาปฏิบัติ ศิเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 819) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษาดี มีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น และตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น

ฐานะทางเศรษฐกิจ

แสงไสม ศิริพานิช (2534 : 42) พบว่า ผู้ชายประกอบอาชีพที่มีรายได้สูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 123) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น และมารับบริการตรวจมากกว่ากลุ่มอื่น

อาชีพ

จากการศึกษาของ คีวีพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า สตรีที่มาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยวรรณ วิรัชชัย (ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. 2528 : 21; อ้างอิงมาจาก ปิยวรรณ วิรัชชัย. 2521 : 51, 54, 56) พบว่า มารดาที่มีอาชีพนอกบ้าน มีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูเด็กน้อยกว่ามารดาที่ทำงานในบ้าน

จำนวนบุตร

วนิดา เสนาะวงศ์ (2535 : 111) ศึกษาพบว่า การมีบุตร และไม่มีบุตร มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีที่ไม่มีบุตร ไม่เคยตรวจภายใน มีความอายและกลัวมากกว่าสตรีที่มีบุตรแล้ว เพราะสตรีที่มีบุตรแล้วเคยผ่านการคลอด ซึ่งการตรวจมะเร็งปากมดลูกต้องเปิดเผย และยอมมาตรวจมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่า

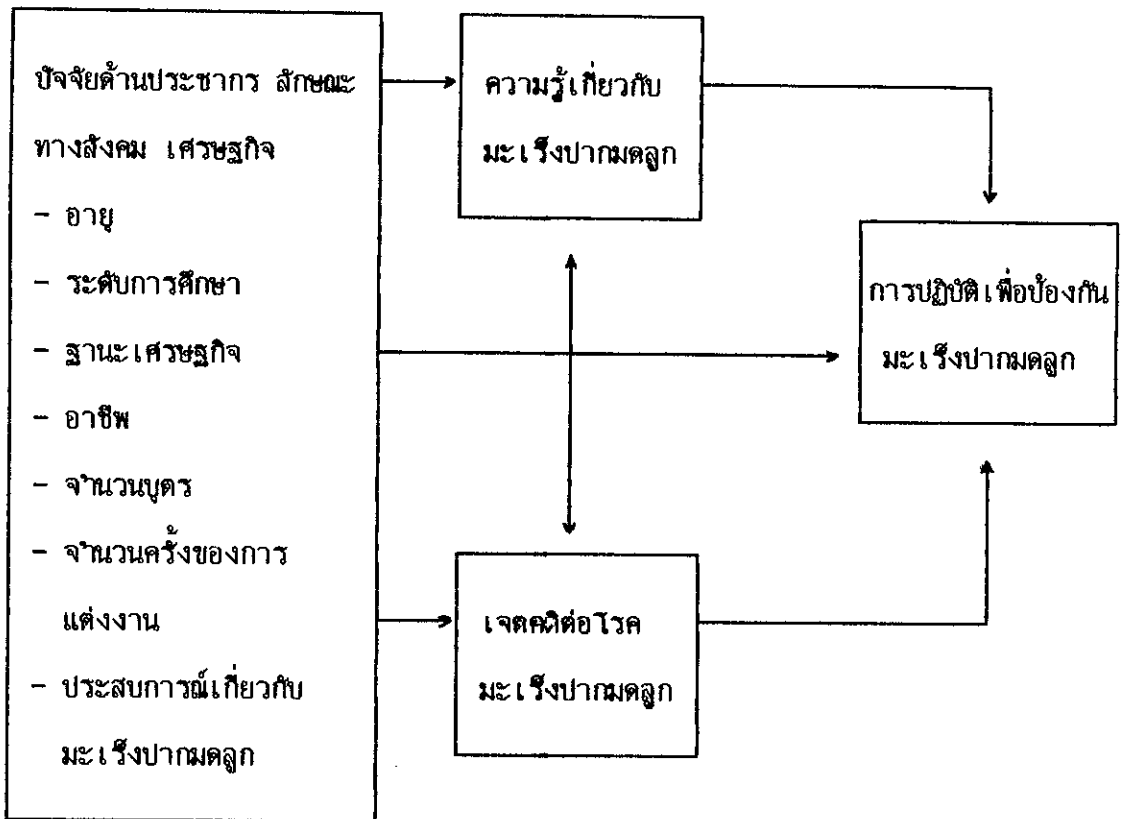
ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ คีวีพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า สภาวะเจริญพันธุ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

จำนวนครั้งของการแต่งงาน

คีวีพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ศึกษา พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 819) พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้ว มีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ และมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น

ประสบการณ์

ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528 : 49) ศึกษาพบว่า สตรีที่มีประสบการณ์ และไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน มีความเชื่อแตกต่างกัน



ภาพประกอบ 2 กรอบแนวคิดของการวิจัย

สมมุติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
2. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
3. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
4. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูง มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ
5. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูง มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ
6. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูง มีการปฏิบัติ ในการป้องกันและโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ
7. ผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ
8. ผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ
9. ผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง มีการปฏิบัติ ในการป้องกันและโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าผู้ที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ
10. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
11. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
12. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการป้องกันและโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
13. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
14. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
15. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการป้องกันและโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

16. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
17. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
18. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีการปฏิบัติ ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
19. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
20. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีเจตคติ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน
21. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดมดลูกในสตรีที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม และองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง

แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ ผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2539 จำนวน 3,519 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตร ยามาเน่ (Yamane, 1969 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05 ดังสูตร

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 359 คน

2. การสุ่มตัวอย่าง

ใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 กำหนดช่วงประชากรใน 2 เดือน ประมาณ 3,519 คน
- 2.2 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรของ Yamane ได้ 359 คน
- 2.3 คำนวณจำนวนประชากรในแต่ละวันทำการตรวจได้ 82 คน (3,519 คน ÷ 43 วัน)
- 2.4 หาช่วงของการสุ่มได้ช่วงละ 10 คน (3,519 ÷ 359)
- 2.5 ทำการสุ่มโดย
 - 2.5.1 คัด OPD Card ผู้ที่มีประวัติมาเรียงปากมดลูกแยกออกไป
 - 2.5.2 นำ OPD Card มาเรียงกันไว้ตามเลขที่
 - 2.5.3 หยิบ OPD Card มา 10 ใบ ใบแรกสุ่มธรรมดา หาชื่อแรก 1 ใบ หลังจากนั้นแบ่งเป็นช่วงละ 10 คน เท่า ๆ กัน จะได้กลุ่มตัวอย่างวันละ 8 - 9 คน

ตาราง 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แผนกหรือเวชกรรม	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
จำนวนผู้มารับบริการ	21,110	359 x
แผนกหรือเวชกรรม		392.56

ที่มา : โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. 2537.

eh

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 5 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะเศรษฐกิจ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแต่งงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะแบบทดสอบแบบถูกผิด

ตอนที่ 3 เป็นแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้มาตราประเมินค่าของ Likert โดยปรับให้มี 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีลักษณะเชิงนิมิต และนิเสธ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพด้านพฤติกรรม การปฏิบัติ พฤติกรรมป้องกันโรค พฤติกรรมแก้ปัญหสุขภาพ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรม (Check List) ให้ผู้ตอบกาเครื่องหมายเพื่อแสดงว่า ใช่ - ไม่ใช่ ปฏิบัติ - ไม่ปฏิบัติ โดยมีข้อความที่เป็นเชิงนิมิต และนิเสธ

ตอนที่ 5 เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการมารับบริการที่ตึกคนไข้นอก นรีเวชกรรม วชิรพยาบาล

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาเอกสาร แบบสอบถาม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพและโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อนำมาพิจารณาปรับปรุงใช้ตามความเหมาะสม
2. ศึกษาหลักเกณฑ์ และวิธีการสร้างแบบทดสอบและแบบสอบถาม จากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. สร้างแบบทดสอบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการป้องกันและ ระวังปากมดลูก
4. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ร่างเสร็จแล้วไปให้กรรมการควบคุมการทำปริญญา นิพนธ์ตรวจ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข
5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล อาจารย์พยาบาลตรวจ

เกณฑ์การให้คะแนน

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในแบบทดสอบตอนที่ 2
 - ถ้าตอบถูกต้อง จะได้ 1 คะแนน
 - ถ้าตอบไม่ถูกต้อง จะได้ 0 คะแนน
 - ถ้าตอบไม่ทราบได้ 0 คะแนน
2. ด้านเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในแบบสอบถามตอนที่ 3 มีคำถามที่เป็นเจตคติในเชิงนิมิตและนิเสธ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
 - 2.1 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิมิต มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ (นิภา มนูญิจ . 2532 : 69)

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	3
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1

- 2.2 ข้อความที่เป็นเจตคติในเชิงนิเสธ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ

ข้อเลือก	คะแนน
เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	3

3. การปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังปาล์มดลูก แบบสอบถามตอนที่ 4 แบ่งออกเป็น 2 ระดับ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับข้อความดังนี้

3.1 ข้อความที่มีลักษณะเชิงนิยาม (Positive) ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ตอบใช่ - ตอบปฏิบัติ	1
ตอบไม่ใช่ - ตอบไม่ปฏิบัติ	0

3.2 ข้อความที่มีลักษณะเชิงนิเสธ (Negative) ให้คะแนนดังนี้

ข้อเลือก	คะแนน
ตอบใช่ - ตอบปฏิบัติ	0
ตอบไม่ใช่ - ตอบไม่ปฏิบัติ	1

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) การหาความเที่ยงตรงความเนื้อหาของแบบทดสอบและแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ หรือทำงานเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแต่ละท่านพิจารณาโดยให้คะแนน

ถ้าแน่ใจว่าสอดคล้องเป็นตัวแทนที่ได้จากเนื้อหาให้	+1
ถ้าไม่แน่ใจว่าสอดคล้องหรือเป็นตัวแทนจากเนื้อหา	0
ถ้าแน่ใจว่าไม่สอดคล้องหรือเป็นตัวแทนได้จากเนื้อหา	-1

บันทึกผลการพิจารณาความคิดของผู้เชี่ยวชาญแต่ละข้อ แล้วนำไปหาดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ถ้าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .50 หรือมากกว่า แสดงว่าแบบทดสอบ แบบสอบถาม มีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา

2. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

3. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว ไปให้คณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาบัตรตรวจและแก้ไขเพื่อดำเนินการต่อไป

4. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกลางที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน
5. นำแบบทดสอบพฤติกรรมสุขภาพความรู้ทดลองใช้แล้วมาตรวจให้คะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์รายข้อ โดยใช้เทคนิค 33 เปอร์เซ็นต์ของกลุ่มสูงและกลุ่มต่ำ แล้วหาความยากง่ายและอำนาจจำแนก ข้อคำถามที่มีความยากง่าย (P) ต้องมีค่า .20 - .80 และมีค่าอำนาจจำแนก (r) ตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (ลัวิน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 186)
6. นำแบบทดสอบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ที่เลือกตามเกณฑ์ข้อ 5 มาหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้สูตร KR₂₀ (Kuder-Richardson Formular 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82
7. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ มาวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ โดยใช้สัดส่วนร้อยละ 25 กลุ่มสูง-ต่ำ แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) ข้อที่มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 132)
8. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติ ที่เลือกแล้วตามเกณฑ์ข้อ 7 หาความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ตามแบบของครอนบาค (Cronbach. 1970 : 161) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.68
9. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติ ให้ผู้เชี่ยวชาญดูตามตารางตามเนื้อหาที่นำมาถาม ไม่ต้องการค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่าย (นิภา มนูญิจ. 2532 : 76)
10. นำแบบสอบถามพฤติกรรมด้านการปฏิบัติ หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร คูเดอร์ - ริชาร์ดสัน KR₂₀ (Kuder - Richartson Formular 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.50

วิธีดำเนินการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยเครื่องมือคือ แบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ค่าเงินการเก็บข้อมูล โดยวิธีส่งออกไป

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการแผนกคนไข้นอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตอบแบบสอบถาม และผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

วิธีการทางกับข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Program สำเร็จรูป SPSS-PC (Statistical Package for Social Science PC+ Version 4) โดย

1. ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม แล้วคัดฉบับที่สมบูรณ์ไว้
2. ตรวจให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแบบสอบถามแต่ละชุดตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. นำคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบ ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก หาคะแนนรวมแต่ละคน โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งระดับคะแนน ความรู้ เจตคติ โดยใช้วิธีอิงกลุ่ม คือ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 8 - 11)

คะแนนตั้งแต่ ค่าเฉลี่ย $\bar{X} + 0.75 S$ ขึ้นไปเป็นกลุ่มสูง

คะแนนตั้งแต่ ค่าเฉลี่ย $\bar{X} \pm 0.75 S$ เป็นกลุ่มกลาง

คะแนนตั้งแต่ ค่าเฉลี่ย $\bar{X} - 0.75 S$ ลงมาเป็นกลุ่มต่ำ

และอธิบายค่าร้อยละของผู้ตอบถูก ตามประเด็นความรู้ เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ

4. คะแนนปฏิบัติเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูกหาค่าร้อยละของผู้ตอบถูกเป็นรายข้อ
5. วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งการแต่งงาน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตนในการป้องกันและเฝ้าระวังปากมดลูก ตามอายุ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งการแต่งงาน ด้วยการทดสอบค่าเอฟ (F-test) วิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1 - 18 หากผลการทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงจะทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) เพื่อทดสอบต่อไป

7. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตน ป้องกันและเฝ้าระวังปากมดลูกตามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็ง ด้วย t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 - 21

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้สถิติดังนี้

1. สถิติพื้นฐาน

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (รวีวรรณ ชินะตระกูล. 2538 : 94)

$$PC = \frac{\sum f}{n} \times 100$$

เมื่อ PC แทน ค่าร้อยละ

$\sum f$ แทน ผลรวมความถี่ในการปรากฏข้อมูล

n แทน ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Mean) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศ และยิ่งฌมา สายยศ. 2536 : 59)

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

เมื่อ \bar{X}	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
ΣX	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
ΣX^2	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
$(\Sigma X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคคุณภาพเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัย คุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ (Face Validity) ซึ่งสามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณหรือตัวเลขดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 117)

2.1.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่ม พฤติกรรม โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจเนื้อหาแล้ว แต่ละคนพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

+ 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ตั้งขึ้นหรือไม่

- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องตามจุดประสงค์ที่ต้องการนั้น

2.1.2 นำคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อความกับ
จุดประสงค์ที่ต้องการ

ΣR แทน ผลรวมของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
เนื้อหาทั้งหมด

N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 ตรวจสอบความยากเป็นรายข้อ

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ P แทน ค่าความยากของคำถามแต่ละข้อ

R แทน จำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

N แทน จำนวนผู้เข้าสอบทั้งหมด

2.3 การวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก เป็นรายข้อ

2.3.1 แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้สูตรสัดส่วน
ของความแตกต่างระหว่างกลุ่มสูงกลุ่มต่ำเป็นการหาอำนาจเป็นรายข้อใช้สูตรดังนี้

$$r = \frac{R_u - R_e}{\frac{N}{2}} \quad (\text{พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 130})$$

เมื่อ r แทน ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ

R_u แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มเก่ง

R_e แทน จำนวนผู้ที่ตอบถูกในข้อนั้นในกลุ่มอ่อน

N แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

2.3.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับวิศวกรรมเครื่องกลที่ใช้เทคนิค ร้อยละ 25 ของเอ็ดเวิร์ด (Edwards) แล้วทดสอบด้วยสถิติค่าที (t-test) (วิเชียร เกตุสิงห์. 2530 : 114 - 116)

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

- เมื่อ t แทน ค่าอำนาจจำแนกของข้อสอบ
 \bar{X}_H แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนสูง
 \bar{X}_L แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มได้คะแนนต่ำ
 S_H^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนนสูง
 S_L^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มได้คะแนน
n แทน จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละกลุ่ม

2.4 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

2.4.1 แบบทดสอบความจำ และการปฏิบัติ ใช้สูตร คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson) สูตรที่ KR₂₀ (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 170)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right]$$

- เมื่อ r_{tt} แทน ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n แทน จำนวนข้อทั้งหมดของแบบสอบถาม
p แทน ส่วนของคนที่ทำได้ในข้อหนึ่ง ๆ = $\frac{\text{จำนวนคนที่ทำถูก}}{\text{จำนวนคนทั้งหมด}}$
q แทน ส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่ง ๆ คือ 1 - p
 S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2.4.2 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) จากสูตร (ลิ้น สายยศ และ อังคณา สายยศ. 2536 : 170)

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

เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ
 n แทน จำนวนข้อสอบ
 S_i^2 แทน คะแนนความแปรปรวนเป็นรายข้อ
 S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยทดสอบค่า F-test แบบวิเคราะห์ความแปรปรวน 1 ตัวประกอบ (One-way Analysis of Variance) ใช้ในการวิเคราะห์สมมติฐานข้อ 1 - 18 โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-distribution
 MS_b แทน ค่า Mean Square ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม
 MS_w แทน ค่า Mean Square ความแปรปรวนภายในกลุ่ม

ซึ่งถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้ นิวแมน-คูลล์ (Newman-Keuls Method) โดยใช้สูตร (บุศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 267 - 272)

$$q = \sqrt{\frac{MS_w}{n}}$$

เมื่อ q แทน q -Statistic ที่ได้จากราง

MS_w แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

3.2 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตรหาค่า t (t-test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 19 - 21 (ส่วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2536 : 86)

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}\right]^2}{\frac{\left[\frac{s_1^2}{n_1}\right]^2}{n_1 - 1} + \frac{\left[\frac{s_2^2}{n_2}\right]^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-distribution

\bar{x}_1, \bar{x}_2 แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างของ 2 กลุ่ม

s_1^2, s_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
\bar{X}	แทน	คะแนนเฉลี่ย
S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา F - distribution
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
df	แทน	ชั้นแห่งความเป็นอิสระ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ความหมาย ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว ของผู้รับบริการโดยการแจกแจงความถี่คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ค่าร้อยละของประเด็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ และวิเคราะห์หาคะแนนรวมแต่ละคน หาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน

มาตรฐานแบ่งคะแนน ความรู้ เจตคติ โดยวิธีอิงกลุ่ม และค่าร้อยละ ความรู้ เจตคติ ของผู้รับบริการตามระดับคะแนน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานการป้องกันและเฝ้าระวังปากมดลูก จำแนกตามตัวแปรอิสระ

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัว ของผู้รับบริการโดยคำนวณค่าความถี่คิดเป็นร้อยละ ดังปรากฏตามตาราง 2 - 8

ตาราง 2 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 25 ปี	51	14.20
25 - 34 ปี	135	37.60
35 - 44 ปี	109	30.40
45 - 54 ปี	55	15.30
มากกว่า 55 ปี	9	2.50
รวม	359	100.00

จากตาราง 2 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ 25 - 34 ปี มีจำนวนมากที่สุด 135 คน คิดเป็นร้อยละ 37.60 และรองลงมาคืออายุ 35 - 44 ปี มีจำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 30.40 และผู้รับบริการอายุมากกว่า 55 ปี มีจำนวนน้อยที่สุด 9 คน คิดเป็นร้อยละ 2.50

ตาราง 3 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ประถมศึกษา	153	42.70
มัธยมศึกษา	92	25.70
อาชีวศึกษา	56	15.60
อุดมศึกษา	58	16.00
รวม	359	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา จำนวน 153 คน คิดเป็นร้อยละ 42.70 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 25.70 ส่วนระดับอุดมศึกษาและอาชีวศึกษา มีจำนวนใกล้เคียงกันคือ 58 คน และ 56 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 และ 15.60 ตามลำดับ

ตาราง 4 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ

รายได้เฉลี่ยรายเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5,001 บาท	114	32.00
5,001 - 10,000 บาท	154	43.30
10,001 - 15,000 บาท	47	12.90
15,001 - 20,000 บาท	16	4.20
20,001 บาทขึ้นไป	28	7.60
รวม	359	100.00

จากตาราง 4 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ 5,001 - 10,000 บาท มีจำนวนมากที่สุด 154 คน คิดเป็นร้อยละ 43.30 รองลงมาคือรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 32.00 และรายได้ 10,001 - 15,000 บาท จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 12.90 ตามลำดับ และผู้รับบริการที่มีรายได้ น้อยที่สุด คือ 15,001 - 20,000 บาท จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 4.20

ตาราง 5 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	จำนวน	ร้อยละ
รับราชการ	69	19.20
ค้าขาย	36	10.00
เกษตรกรรวม	7	1.90
รับจ้าง	142	39.60
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	21	5.80
แม่บ้าน	84	23.50
รวม	359	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า ผู้รับบริการมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 39.60 รองลงมาคืออาชีพแม่บ้าน จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 23.50 ส่วนอาชีพเกษตรกรรวม มีจำนวนน้อยที่สุด คือ 7 คน คิดเป็นร้อยละ 1.90

ตาราง 6 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีบุตร	105	29.30
1 - 2 คน	199	55.40
3 - 4 คน	47	13.10
5 คน หรือมากกว่า	8	2.20
รวม	359	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่า ผู้รับบริการมีบุตร 1 - 2 คน มากที่สุด จำนวน 199 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 รองลงมาคือไม่มีบุตร จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 ส่วน ผู้รับบริการที่มีจำนวนน้อยที่สุด คือ จำนวนบุตร 5 คนหรือมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 2.20

ตาราง 7 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน

จำนวนครั้งของการแต่งงาน	จำนวน	ร้อยละ
แต่งงาน 1 ครั้ง	294	82.10
แต่งงาน 2 ครั้ง	53	14.80
แต่งงาน 3 ครั้ง	7	2.00
แต่งงาน 4 ครั้ง หรือมากกว่า	5	1.10
รวม	359	100.00

จากตาราง 7 แสดงว่า ผู้รับบริการที่แต่งงาน 1 ครั้ง มีจำนวนมากที่สุดจำนวน 294 คน คิดเป็นร้อยละ 82.10 รองลงมาคือแต่งงาน 2 ครั้ง จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 14.80 ส่วนผู้รับบริการที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือแต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10

ตาราง 8 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ประสบการณ์	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีประสบการณ์	299	84.00
มีประสบการณ์	60	16.00
รวม	359	100.00

จากตาราง 8 แสดงว่า ผู้รับบริการไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีจำนวนมากที่สุด คือ 299 คน คิดเป็นร้อยละ 84.00 ส่วนผู้รับบริการที่มีจำนวนน้อยที่สุดคือ มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ร้อยละของประเด็นความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ และวิเคราะห์ค่าร้อยละของความรู้ เจตคติ ของผู้รับบริการตามระดับคะแนน ดังปรากฏตามตาราง 9 - 12

ตาราง 9 คำร้อยละของผู้ตอบถูกต้องตามประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นราย
ข้อ

ประเด็นความรู้	ร้อยละของผู้ตอบถูก
1. โรคมะเร็งปากมดลูกพบในสตรีที่มีอายุมาก มากกว่าสตรีอายุน้อย	65.90
2. สตรีที่มีอายุน้อยมักพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม	36.80
3. สตรีที่มีบุตร 1 คน เป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีบุตร 5 คน	48.20
4. มะเร็งปากมดลูกมักพบในสตรีที่ยังไม่แต่งงานมากกว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว	57.90
5. สตรีที่มีคู่นอนหลายคน เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว	68.80
6. สตรีที่คิด เชื้อซูดหงอนไก่ก่อไวรัสส์หีนส์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก	29.20
7. สตรีที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก	32.60
8. การขลิบหนังขี้มปลายอวัยวะเพศในสามีทำให้รักษาความสะอาดอวัยวะเพศได้ง่ายขึ้น และจะลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกในภรรยาได้	45.70
9. การมีเลือดออกหลังร่วมเพศ แสดงว่าเกิดจากมะเร็งปากมดลูก	28.70
10. ในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่มีอาการลุกลามไปมากแล้ว อาจมีขาบวม ปวดหลัง ปวดลิ้นปี่	20.60
11. การตรวจภายในเพื่อหาหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยการป้ายมูกที่ปากมดลูกเป็นการตรวจที่ได้ผลดีมาก	31.20
12. การตรวจภายในเพื่อหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกทำให้ค้นพบมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และรักษาให้หายขาดได้	73.30
13. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกทุกระยะทำได้โดยการฉายแสงและฝังแร่เท่านั้น	26.70

จากตาราง 9 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีความรู้สูงสุดในประเด็นที่ว่า การตรวจเซลล์มะเร็งปวมดลูก ทำให้ค้นพบมะเร็งปวมดลูกในระยะเริ่มแรก และรักษาให้หายขาดได้คือ ตอบถูก ร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ สตรีที่มีคู่นอนหลายคนเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปวมดลูกได้มากกว่า สตรีที่มีคู่นอนคนเดียว และมะเร็งปวมดลูกพบในสตรีที่มีอายุมาก มากกว่าสตรีอายุน้อย โดยผู้รับบริการตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 68.80 และ 65.90 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ผู้รับบริการตอบถูกน้อยที่สุด สตรีที่เป็นมะเร็งปวมดลูกที่มีอาการไ้มาากแล้ว อาจมีขาบวม ปวดหลัง ปวดลิ้นปี่ ที่มีผู้ตอบถูกเพียง ร้อยละ 20.60

ซึ่งระดับความรู้ของผู้มารับบริการพบว่า ร้อยละ 46 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 5.66$, $S = 2.90$, $Min = 00$, $Max = 13$)

ตาราง 10 ค่าร้อยละของผู้มีเจตคติที่เห็นด้วยต่อโรคมะเร็งปอด

ประเด็นเจตคติ	ร้อยละของผู้มีเจตคติที่เห็นด้วย
1. โรคมะเร็งปอดกลายเป็นโรคร้ายแรง	85.80
2. ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดต้องตายด้วยความทุกข์ทรมาน	61.30
3. ประสิทธิภาพการตรวจของข้าพเจ้าไม่มีผู้ใดป่วยเป็นมะเร็งปอด ข้าพเจ้าจึงไม่จำเป็นต้องไปรับการตรวจ	11.50
4. วิธีการทางไสยศาสตร์ช่วยรักษามะเร็งปอดทำให้หายขาดได้	6.40
5. การไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปอดที่โรงพยาบาลของรัฐบาล ต้องเสียเวลามาก	22.80
6. โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งให้ความสำคัญรวดเร็วในบริการ	51.30
7. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสนกับการเป็นโรคมะเร็งปอด	84.40
8. ข้าพเจ้ารู้สึกอาย และลำบากใจในการไปตรวจภายในหาเซลล์ มะเร็งปอด	24.50
9. ข้าพเจ้าไม่อยากไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอดเพราะกลัว จะทราบว่า เป็นมะเร็งปอด	14.00
10. ข้าพเจ้าไม่อยากไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอดเพราะ กลัววิธีการไม่สะอาด และติดเชื้อจากผู้อื่น	17.00
11. ข้าพเจ้ายินดีไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอดถึงแม้ต้องเสีย เวลามาก	88.80

จากตาราง 10 แสดงว่า ผู้รับบริการมีเจตคติเห็นด้วยสูงสุดคือ ยินดีไปตรวจหาเซลล์
มะเร็งปากมดลูกถึงแม้ต้องเสียเวลามาก คิดเป็นร้อยละ 88.80 รองลงมาคือ โรคมะเร็งปาก
มดลูกเป็นโรคร้ายแรง และกลัวกับการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยผู้รับบริการเห็นด้วย
คิดเป็นร้อยละ 85.80 และ 84.40 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีเจตคติเห็นด้วยน้อยที่สุดคือ วิธีการ
ทางไสยศาสตร์ช่วยรักษามะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 6.40

ซึ่งระดับเจตคติของผู้มารับบริการพบว่า ร้อยละ 45.70 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} =$
2.60, S = .28, Min = 1.73, Max = 3)

ตาราง 11 ค่าร้อยละของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ

ประเด็นการปฏิบัติ	ร้อยละการปฏิบัติ
พฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	
1. ข้าพเจ้าแต่งงานเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี	35.90
2. ข้าพเจ้าเคยแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง	22.00
3. ข้าพเจ้ามีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี	21.20
4. ข้าพเจ้าไม่เคยสูบบุหรี่เลย	81.90
5. ข้าพเจ้าไม่เคยติดเชื้อหูดหงอนไก่ที่อวัยวะสืบพันธุ์	86.40
6. ข้าพเจ้าไม่เคยติดเชื้อเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์	81.30
7. สามีของข้าพเจ้าไม่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ	76.90
8. สามีของข้าพเจ้าขลิบอวัยวะเพศแล้ว	18.70
พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	
9. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีวิตามินเอโทเลคและวิตามินซี ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผลไม้ เช่น ส้ม มะละกอ ฯลฯ ทุกวัน	71.90
10. ข้าพเจ้าไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกทุกปี ปีละ 1 ครั้ง ขึ้นไป	45.10
11. ข้าพเจ้าไปตรวจภายในตามแพทย์นัดทุกครั้ง	72.70

จากตาราง 11 แสดงว่า ผู้รับบริการมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านพฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก สูงสุดคือ ไม่เคยติดเชื้อหูดหงอนไก่ที่อวัยวะสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 86.40 รองลงมาคือ ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และไม่เคยติดเชื้อเริมที่อวัยวะสืบพันธุ์ โดยผู้รับบริการตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 81.90 และ 81.30 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ผู้รับบริการตอบถูกต้องน้อยที่สุด คือ สามีขลิบอวัยวะเพศแล้ว มีผู้ปฏิบัติถูกต้องเพียง 18.70

ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติถูกต้องสูงสุด คือการไปตรวจภายในตามแพทย์นัดทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 72.20 รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่มีวิตามินเอโฟเลตและวิตามินซี คิดเป็นร้อยละ 71.90 และข้อที่มีผู้รับบริการปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุดคือไปตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.10

ตาราง 12 จำนวนและค่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ดี ($\bar{X} + 0.75 S$ ขึ้นไป)	106	29.50
ปานกลาง ($\bar{X} \pm 0.75 S$)	165	46.00
น้อย ($\bar{X} - 0.75 S$ ลงมา)	88	24.50
เจตคติ		
ดี ($\bar{X} + 0.75 S$ ขึ้นไป)	111	30.90
ปานกลาง ($\bar{X} \pm 0.75 S$)	164	45.70
น้อย ($\bar{X} - 0.75 S$ ลงมา)	84	23.40

จากตาราง 12 แสดงว่า ผู้รับบริการส่วนใหญ่ มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมาได้แก่ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 29.50 น้อยที่สุดคือ ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 24.50 ตามลำดับ

ส่วนเจตคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีเจตคติในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.70 รองลงมาได้แก่ ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 30.90 ส่วนน้อยที่สุดคือ ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.40 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามตัวแปรอิสระ ดังปรากฏตามตาราง 13 - 33

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอายุ

อายุ	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
ต่ำกว่า 25 ปี	51	5.61	2.83	2.64	0.27	6.80	1.92
25 - 34 ปี	135	5.15	2.74	2.59	0.92	7.29	1.88
35 - 44 ปี	109	6.21	3.18	2.60	0.28	7.79	1.92
45 - 54 ปี	54	5.87	2.75	2.58	0.26	8.44	1.70
มากกว่า 55 ปี	9	5.78	2.05	2.66	0.33	7.33	2.35

จากตาราง 13 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอายุ 35 - 44 ปี มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ อายุ 45 - 54 ปี ตามลำดับ และน้อยที่สุด ได้แก่ อายุ 25 - 34 ปี

ด้านเจตคติ ผู้รับบริการที่มีอายุมากกว่า 55 ปี มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาคือ อายุต่ำกว่า 25 ปี ตามลำดับ และน้อยที่สุด ได้แก่ อายุ 45 - 54 ปี

การปฏิบัติ ผู้รับบริการที่มีอายุ 45 - 54 ปี มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาคือ อายุ 35 - 44 ปี ตามลำดับ และน้อยที่สุด ได้แก่ กลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี

ตาราง 14 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	71.11	17.78	2.14
ภายในกลุ่ม	354	2932.99	8.31	
รวม	358	3004.10		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	5.80	1.45	0.13
ภายในกลุ่ม	354	3845.87	10.86	
รวม	358	3851.67		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	87.29	21.82	6.17**
ภายในกลุ่ม	354	1249.40	3.54	
รวม	358	1336.69		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 14 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 และข้อ 2 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ แตกต่างกัน

ส่วนการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผลปรากฏว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ซึ่งนำไปทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 15

ตาราง 15 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอายุเป็นรายคู่

อายุ	\bar{X}	ต่ำกว่า 25 ปี	25-34 ปี	35-44 ปี	45-54 ปี	มากกว่า 55 ปี
ต่ำกว่า 25 ปี	6.80	-	0.49	0.99**	1.64**	0.53
25 - 34 ปี	7.29		-	0.50	1.15**	0.04
35 - 44 ปี	7.79			-	0.65	0.46
45 - 54 ปี	8.44				-	1.11**
มากกว่า 55 ปี	7.33					-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 15 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีอายุ 45-54 ปี มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างและถูกต้องมากกว่าอายุต่ำกว่า 25 ปี อายุ 25-34 ปี และอายุมากกว่า 55 ปี ส่วนอายุ 35-44 ปี มีการปฏิบัติแตกต่างและถูกต้องมากกว่าอายุต่ำกว่า 25 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 16 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการศึกษา

การศึกษา	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		ประถมศึกษา	153	4.78	2.91	2.61	0.30
มัธยมศึกษา	91	5.82	2.57	2.62	0.27	7.33	1.96
อาชีวศึกษา	56	6.18	2.85	2.55	0.30	7.60	1.68
อุดมศึกษา	57	7.25	2.65	2.59	0.22	8.65	1.29

จากตาราง 16 แสดงว่า ผู้รับบริการระดับอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ อาชีวศึกษา และน้อยที่สุด ได้แก่ ระดับประถมศึกษา

ด้านเจตคติ ผู้รับบริการมีเจตคติใกล้เคียงกันคือ ระดับมัธยมศึกษามีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา และน้อยที่สุด ได้แก่ ระดับอาชีวศึกษา

การปฏิบัติ ผู้รับบริการระดับอุดมศึกษามีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ ระดับอาชีวศึกษา และน้อยที่สุด คือ ระดับประถมศึกษา

ตาราง 17 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	279.90	93.30	12.09**
ภายในกลุ่ม	354	2722.41	7.71	
รวม	357	3002.31		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	17.53	5.84	0.54
ภายในกลุ่ม	354	3831.93	10.82	
รวม	357	3849.46		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	88.12	29.38	8.31**
ภายในกลุ่ม	354	1246.45	3.53	
รวม	357	1334.57		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 17 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรค
มะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 5 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีระดับการ
ศึกษาสูง มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ

ส่วนด้านความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ผลปรากฏว่าผู้รับ
บริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรค
มะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4
และข้อ 6 จึงนำความรู้ และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่โดย
วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 18 และ 19

ตาราง 18 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามระดับ
การศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อาชีวศึกษา	อุดมศึกษา
		4.78	5.82	6.18	7.25
ประถมศึกษา	4.78	-	1.04**	1.40**	2.47**
มัธยมศึกษา	5.82		-	0.36	1.43**
อาชีวศึกษา	6.18			-	1.07**
อุดมศึกษา	7.25				-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 18 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา มีความรู้เกี่ยวกับโรค
มะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ส่วนระดับมัธยม
ศึกษาอาชีวศึกษา มีความรู้ถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 19 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
จำแนกตามระดับการศึกษาเป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	\bar{X}	ประถมศึกษา	มัธยมศึกษา	อาชีวศึกษา	อุดมศึกษา
ประถมศึกษา	7.24	-	0.09	0.36	1.41**
มัธยมศึกษา	7.33		-	0.27	1.32**
อาชีวศึกษา	7.60			-	1.05**
อุดมศึกษา	8.65				-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 19 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติในการป้องกันโรค
มะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 20 ค่าเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ

รายได้	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
ต่ำกว่า 5,001 บาท	113	5.00	2.87	2.57	0.31	7.24	1.92
5,001 - 10,000 บาท	155	5.58	2.74	2.61	0.27	7.31	1.94
10,001 - 15,000 บาท	46	6.47	3.16	2.62	0.23	8.26	1.71
15,001 - 20,000 บาท	16	7.53	2.23	2.60	0.26	7.79	1.63
20,001 บาทขึ้นไป	28	6.85	2.82	2.57	0.32	8.81	1.84

จากตาราง 20 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ 15,001 - 20,000 บาท มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ ผู้รับบริการที่มีรายได้ 20,001 บาท ขึ้นไป และน้อยที่สุด ได้แก่ ผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท

ด้านเจตคติ ผู้รับบริการมีเจตคติใกล้เคียงกันโดยที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ ผู้มีรายได้ 15,001 - 20,000 บาท และน้อยที่สุดได้แก่ ผู้มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท และผู้รับบริการที่มีรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป

ด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกผู้รับบริการที่มีรายได้ 20,001 บาท ขึ้นไป มีการปฏิบัติถูกต้องสูง รองลงมาได้แก่ ผู้รับบริการที่มีรายได้ 15,001 - 20,000 บาท และน้อยที่สุด คือ ผู้มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท

ตาราง 21 วิเคราะห์ความแปรปรวนและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามฐานะ เศรษฐกิจ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	4	170.28	42.57	5.34**
ภายในกลุ่ม	354	2781.90	7.97	
รวม	358	2952.18		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	26.43	6.61	0.60
ภายในกลุ่ม	354	3792.28	10.84	
รวม	358	3818.71		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	4	87.36	21.84	6.13**
ภายในกลุ่ม	354	1242.51	3.56	
รวม	358	1329.87		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 21 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ

ส่วนด้านความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผลปรากฏว่าผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 และข้อ 9 จึงนำความรู้ และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏในตาราง 22 และ 23

ตาราง 22 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามฐานะเศรษฐกิจเป็นรายคู่

รายได้ต่อเดือน	\bar{X}	ต่ำกว่า	5,001-	10,001-	15,001-	20,001
		5,001 บาท	10,000 บาท	15,000 บาท	20,000 บาท	ขึ้นไป
	\bar{X}	5.00	5.58	6.47	7.53	6.85
ต่ำกว่า 5,001 บาท	5.00	-	0.58	1.47**	2.53**	1.85**
5,001-10,000 บาท	5.58		-	0.89	1.95	1.27
10,001-15,000 บาท	6.47			-	1.06	0.38
15,001-20,000 บาท	7.53				-	0.68
20,001 บาทขึ้นไป	6.85					-

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 22 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจสูงคือรายได้ 10,001-15,000 บาท, 15,001-20,000 บาท และรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 23 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติงานการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
จำแนกตามฐานะเศรษฐกิจ

ฐานะเศรษฐกิจ	\bar{X}	ต่ำกว่า	5,001-	10,001-	15,001-	20,001
		5,001 บาท	10,000 บาท	15,000 บาท	20,000 บาท	ขึ้นไป
	\bar{X}	7.24	7.31	8.26	7.79	8.81
ต่ำกว่า 5,001 บาท	7.24	-	0.07	1.02**	0.55	1.57**
5,001-10,000 บาท	7.31		-	0.95**	0.48	1.50**
10,001-15,000 บาท	8.26			-	0.47	0.55
15,001-20,000 บาท	7.79				-	1.02
20,001 บาทขึ้นไป	8.81					-

** หมายความว่ามีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 23 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท และรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีการปฏิบัติงานการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท และรายได้ 5,001 - 10,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 24 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
รับราชการ	68	6.59	2.82	2.57	0.24	8.03	1.70
ค้าขาย	36	4.72	3.19	2.61	0.27	7.75	1.93
เกษตรกรรม	7	3.71	2.63	2.58	0.21	7.71	1.11
รับจ้าง	142	5.47	2.89	2.60	0.30	7.12	2.00
ประกอบธุรกิจส่วนตัว	21	5.76	2.61	2.54	0.31	8.05	2.01
แม่บ้าน	84	5.77	2.76	2.63	0.28	7.65	1.93

จากตาราง 24 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ อาชีพแม่บ้าน และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพค้าขาย

ด้านเจตคติ ผู้รับบริการมีเจตคติใกล้เคียงกันโดยผู้ที่มีอาชีพแม่บ้าน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ อาชีพค้าขาย และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพธุรกิจส่วนตัว

ด้านการปฏิบัติ ผู้รับบริการที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ อาชีพรับราชการ และน้อยที่สุดได้แก่ อาชีพรับจ้าง

ตาราง 25 วิเคราะห์ความแปรปรวนและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	5	123.08	24.62	3.00*
ภายในกลุ่ม	353	2881.02	8.18	
รวม	358	3004.10		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	5	28.67	5.73	0.52
ภายในกลุ่ม	353	3822.99	10.83	
รวม	358	3851.66		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	5	49.67	9.93	2.71*
ภายในกลุ่ม	353	1287.02	3.66	
รวม	358	1336.69		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอกมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 11 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพ แตกต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอกมดลูก แตกต่างกัน

ส่วนด้านความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอกมดลูก ปรากฏว่าผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอกมดลูก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 10 และข้อ 12 จึงนำความรู้ และการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของ นิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 26 และ 27

ตาราง 26 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน รัฐบาล					
		3.71	4.72	5.47	5.76	5.77	6.59
เกษตรกรรม	3.71	-	1.01	1.76	2.05	2.06	2.88
ค้าขาย	4.72		-	0.75	1.04	1.05	1.87*
รับจ้าง	5.47			-	0.29	0.30	1.12*
ธุรกิจส่วนตัว	5.76				-	0.01	0.83
แม่บ้าน	5.77					-	0.82
รัฐบาล	6.59						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพรัฐบาล มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน และถูกต้องมากกว่าอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 27 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	\bar{X}	รับจ้าง	แม่บ้าน	เกษตรกรรวม	ค้าขาย	รับราชการ	ธุรกิจส่วนตัว
		7.12	7.65	7.71	7.75	8.03	8.05
รับจ้าง	7.12	-	0.53*	0.59	0.63	0.91*	0.93
แม่บ้าน	7.65		-	0.06	0.10	0.38	0.40
เกษตรกรรวม	7.71			-	0.04	0.32	0.34
ค้าขาย	7.75				-	0.28	0.30
รับราชการ	8.03					-	0.02
ธุรกิจส่วนตัว	8.05						-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 27 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแม่บ้านและอาชีพรับราชการ มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน และถูกต้องมากกว่าอาชีพรับจ้าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 28 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามจำนวนบุตร

จำนวนบุตร	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
		ไม่มีบุตร	105	5.31	3.01	2.56	0.30
1 - 2 คน	198	5.80	2.90	2.61	0.27	7.63	1.92
3 - 4 คน	47	5.81	2.81	2.63	0.25	7.17	2.15
5 คนหรือมากกว่า	8	6.00	1.93	2.61	0.34	7.25	2.12

จากตาราง 28 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีบุตร 5 คนหรือมากกว่า มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้รับบริการที่มีบุตร 3 - 4 คน และน้อยที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบุตร

ด้านเจตคติ ผู้รับบริการมีเจตคติใกล้เคียงกันแต่ผู้ที่มีบุตร 3 - 4 คน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร 1 - 2 คน 3 - 4 คน และ มีบุตร 5 คนหรือมากกว่า และน้อยที่สุดคือ ไม่มีบุตร

ด้านการปฏิบัติ ผู้รับบริการที่มีบุตร 1 - 2 คน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ ไม่มีบุตร และน้อยที่สุดได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีบุตร 3 - 4 คน

ตาราง 29 วิเคราะห์ความแปรปรวนและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามจำนวนบุตร

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	18.28	6.09	0.72
ภายในกลุ่ม	355	2985.82	8.43	
รวม	358	3004.10		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	48.70	16.23	1.51
ภายในกลุ่ม	355	3802.97	10.71	
รวม	358	3851.67		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	8.54	2.85	0.75
ภายในกลุ่ม	355	1328.15	3.75	
รวม	358	1336.69		

จากตาราง 29 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 13, 14, 15 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน

ตาราง 30 คะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหะเร็งปากมดลูก จำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน

จำนวนครั้งของการแต่งงาน	N	ความรู้		เจตคติ		การปฏิบัติ	
		\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
แต่งงาน 1 ครั้ง	294	5.68	2.90	2.58	0.28	7.92	1.73
2 ครั้ง	52	5.38	2.94	2.65	0.27	5.92	1.94
3 ครั้ง	8	6.71	2.14	2.64	0.27	5.86	2.27
แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า	4	6.00	4.24	2.77	0.16	5.50	1.73

จากตาราง 30 แสดงว่า ผู้รับบริการที่แต่งงาน 3 ครั้ง มีความรู้เกี่ยวกับโรคหะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า และน้อยที่สุด ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่แต่งงาน 2 ครั้ง

เจตคติ ผู้รับบริการที่แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า มีเจตคติเกี่ยวกับโรคหะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ แต่งงาน 2 ครั้ง และน้อยที่สุดคือ แต่งงาน 1 ครั้ง

การปฏิบัติ ผู้รับบริการที่แต่งงาน 1 ครั้ง มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหะเร็งปากมดลูกสูง รองลงมาได้แก่ แต่งงาน 2 ครั้ง และน้อยที่สุดได้แก่ แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า

ตาราง 31 วิเคราะห์ความแปรปรวนและคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการ
ป้องกันโรคมาห่าเรื้อรังปากมดลูก จำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงาน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ความรู้				
ระหว่างกลุ่ม	3	12.27	4.09	0.48
ภายในกลุ่ม	355	2990.04	8.47	
รวม	358	3002.31		
เจตคติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	46.47	15.49	1.44
ภายในกลุ่ม	355	3799.00	10.73	
รวม	358	3845.47		
การปฏิบัติ				
ระหว่างกลุ่ม	3	216.60	72.20	22.88**
ภายในกลุ่ม	355	1113.58	3.15	
รวม	358	1330.18		

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 31 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 16, 17 ที่ว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีความรู้ และเจตคติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน

ส่วนด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกผลปรากฏว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีการปฏิบัติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 18 จึงทำการปฏิบัติไปทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 32

ตาราง 32 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามจำนวนครั้งของการแต่งงานเป็นรายคู่

จำนวนครั้งของการแต่งงาน	แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า	แต่งงาน 3 ครั้ง	แต่งงาน 2 ครั้ง	แต่งงาน 1 ครั้ง
\bar{X}	5.50	5.86	5.92	7.92
แต่งงาน 4 ครั้งหรือมากกว่า	5.50	-	0.36	0.42
แต่งงาน 3 ครั้ง	5.86	-	0.06	2.06**
แต่งงาน 2 ครั้ง	5.92	-	-	2.00**
แต่งงาน 1 ครั้ง	7.92	-	-	-

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 32 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงาน 1 ครั้ง มีการปฏิบัติต่างกัน และถูกต้องมากกว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงาน 2 ครั้ง 3 ครั้ง และ 4 ครั้งขึ้นไป ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 33 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามประสบการณ์

ด้าน	ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก				t
	ไม่มีประสบการณ์ (N = 299)		มีประสบการณ์ (N = 56)		
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	
ความรู้	5.52	2.83	6.38	3.09	-2.06*
เจตคติ	28.50	3.28	28.53	3.31	-0.06
การปฏิบัติ	7.57	1.97	7.46	1.78	0.38

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 1.960)

จากตาราง 33 แสดงว่า ผู้รับบริการที่ไม่มีประสบการณ์และมีประสบการณ์ มีเจตคติและการปฏิบัติคนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 20 และ 21 ที่ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ต่างกัน มีความรู้ และเจตคติแตกต่างกัน

ส่วนด้านความรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์ และมีประสบการณ์มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 19 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ มีความรู้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประสบการณ์

บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการค้นคว้า

1. เพื่อทราบพฤติกรรมการรวมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการรวมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ตามตัวแปรต่าง ๆ คือ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะเศรษฐกิจ อาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแต่งงาน ประสิทธิภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 359 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้มารับบริการ แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมารับบริการที่ฝึกคนไข้ นอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺ (Statistic Page for Social Social Science Personal Computer Plus) ดำเนินการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของผู้รับบริการ โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ แล้วนำเสนอเป็นตาราง
2. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ ของผู้ตอบถูกเป็นรายข้อ
3. วิเคราะห์ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ โดยหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน แบ่งระดับคะแนนโดยอิงกลุ่ม
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติใน การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของตัวแปรที่มากกว่า 2 กลุ่ม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทาง เดียว (One Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่าเอฟ (F-test) หากผลการ ทดสอบค่าเอฟ (F-test) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงทำการทดสอบความแตกต่าง ของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method)
5. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระ จากกัน โดยการทดสอบค่าที (t-test)

สรุปผลการค้นคว้า

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้มารับบริการมีอายุ 25 - 34 ปี มี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.60 ผู้รับบริการมีระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวนมาก ที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.70 ผู้รับบริการมีรายได้เฉลี่ยรายเดือน 5,001 - 10,000 บาท มี จำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.30 ผู้รับบริการมีอาชีพรับจ้างมีจำนวนมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 39.60 ผู้รับบริการมีบุตร 1 - 2 คน มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.40 ส่วนใหญ่ ผู้รับบริการมีจำนวนครั้งของการแต่งงาน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 82.10 และส่วนใหญ่ไม่มี ประสบการณ์ คิดเป็นร้อยละ 84.00

ประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีผู้ตอบถูกมากที่สุดคือ การตรวจภายใน หาเซลล์มะเร็งปากมดลูก ทำให้ค้นพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และรักษาให้หายขาด ได้ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และตอบถูกน้อยที่สุดคือ สตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีอาการ ลูกกลามไปมากแล้ว อาจมีขาบวม ปวดหลัง ปวดลิ้นปี่ คิดเป็นร้อยละ 20.60

ประเด็นเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีผู้เห็นด้วยต่อประเด็น ยินดีไปตรวจหาเซลล์มะเร็งถึงแม้ต้องเสียเวลามาก มีจำนวนสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 88.80 และน้อยที่สุดคือ วิชฌายศาสตร์ช่วยรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกให้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 6.40

ประเด็นการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านพฤติกรรมกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่เคยคิดเชื่อบุคหงอนไก่ที่อวัยวะสืบพันธุ์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 86.40 และการปฏิบัติน้อยที่สุด คือ สามีขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ คิดเป็นร้อยละ 18.70

ส่วนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น การไปตรวจภายในตามแพทย์นัดทุกครั้ง มีจำนวนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 72.70 และน้อยที่สุดคือ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 45.10

ความรู้ของผู้รับบริการ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.00 รองลงมาคือ กลุ่มต่ำ คิดเป็นร้อยละ 29.50 และกลุ่มสูง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.50 ตามลำดับ

เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.40 รองลงมาคือ กลุ่มต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.90 และกลุ่มสูง มีจำนวนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 23.70 ตามลำดับ

ส่วนความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้มารับบริการ ผลปรากฏว่า

1. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่มีอายุ 35 - 54 ปี มีการปฏิบัติแตกต่างจากกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี และอายุ 45 - 54 ปี มีการปฏิบัติแตกต่างจากอายุ 25 - 34 ปี และอายุมากกว่า 55 ปี ส่วนผู้อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน สำหรับความรู้ และเจตคตินั้นไม่แตกต่างกัน

2. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษา อุดมศึกษามีความรู้ถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ส่วนระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา มีความรู้ถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา ส่วนผู้อื่น ๆ ไม่แตกต่าง

ต่างกัน ส่วนผู้รับบริการระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ส่วนผู้อื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน สำหรับ เจตคตินั้นพบว่าไม่แตกต่างกัน

3. ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้รับบริการรายได้ 10,001 - 15,000 บาท 15,001 - 20,000 บาท และรายได้ 20,001 บาทขึ้นไป มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดมดลูกมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน และผู้รับบริการที่มีรายได้สูง 10,001 - 15,000 บาท 20,001 บาทขึ้นไป มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกถูกต้องมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท และรายได้ 5,001 - 10,000 บาท ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน สำหรับเจตคตินั้นพบว่า ไม่แตกต่างกัน

4. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการ มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างจากอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกพบว่า ผู้รับบริการที่มีอาชีพแม่บ้าน และอาชีพรับราชการ มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างจากอาชีพรับจ้าง ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน สำหรับเจตคติพบว่าไม่แตกต่างกัน

5. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกไม่แตกต่างกัน

6. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยผู้รับบริการที่แต่งงาน 1 ครั้ง มีการปฏิบัติแตกต่างและถูกต้องมากกว่าจากผู้รับบริการที่แต่งงาน 2, 3, 4 ครั้งขึ้นไป ส่วนผู้อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน สำหรับความรู้ และเจตคติพบว่าไม่แตกต่างกัน

7. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้รับ

บริการที่มีประสบการณ์มีความรู้มากกว่าผู้รับบริการที่ไม่มีประสบการณ์ ส่วนด้านเจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่าไม่แตกต่างกัน

ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการมารับบริการที่ฝึกคนไข้ นอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีดังนี้

1. การรอกทำบัตรใหม่และรอกยื่นข่างาน
2. อยากรู้ให้แพทย์ตรวจให้รายละเอียด บอกรายละเอียดในการตรวจให้ชัดเจน
3. อยากรู้ให้แพทย์แนะนำการปฏิบัติตน ในการสังเกตอาการของโรคที่เกิดกับสตรี โดยเฉพาะ อาการเริ่มแรกของโรคมะเร็ง และอาการทางช่องคลอด
4. อยากรู้ให้แพทย์เป็นผู้นัดตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก มีใบนัดตรวจ เพราะถ้าไม่มีใบนัด บางคนไม่กระตือรือร้นในการตรวจครั้งต่อไป

อภิปรายผล

จากการศึกษาค้นคว้า เรื่องพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม โรงพยาบาลวชิรพยาบาล ผู้วิจัยอภิปรายผลดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ มีความรู้สูงสุดในประเด็นการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ทำให้ค้นพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และรักษาให้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 73.30 เมื่อพิจารณาแล้วจะเห็นว่า ผู้ตอบส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และมีความรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ มาแล้ว เช่น โทรทัศน์ วิทยุ สิ่งพิมพ์ต่าง ๆ ทำให้เข้าใจถึงความสำคัญของการไปตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก

2. เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ มีเจตคติเห็นด้วยสูงสุดคือ ยินดีไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกถึงแม้ต้องเสียเวลา คิดเป็นร้อยละ 88.80 จะเห็นได้ว่าผู้รับบริการมีเจตคติเห็นด้วยในด้านบวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการรับรู้ถึงความรุนแรงภาวะเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคของการไปรับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้อยากไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกสูง

3. การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก มีการปฏิบัติสูงสุดคือ ไม่เคยติดเชื้อหงอนไก่ที่อวัยวะสืบพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 86.40 บุคคลหงอนไก่เกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้เกิดถุงเนื้องอกโตช้า ๆ ที่ผิวหนังหรือเยื่อเมือก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะ type 16, 18 ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนลุกลาม (CIN) เรียกกุ่มเสี่ยงสูง (High Risk) ส่วนบุคคลหงอนไก่ที่พบเป็นเนื้องอกปากมดลูก (Condyloma Accuminata) มักเป็นชนิดไม่ก่อการเปลี่ยนแปลงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เรียกกุ่มเสี่ยงต่ำ ปัจจุบันบุคคลหงอนไก่ มีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ ถึงร้อยละ 5 ของสตรีที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และร้อยละ 8 ของชายที่มีอายุ 16 - 35 ปี (ธีระ ทองสง. 2536 : 238) ถึงแม้บุคคลหงอนไก่จะมีความสัมพันธ์อย่างมากกับโรคมะเร็งปากมดลูก แต่ต้องมีปัจจัยอื่นร่วมด้วยคือ หญิงมีเพศสัมพันธ์ อายุน้อย คู่สมรสหลายคน (สถาปณะ เรืองแห่งชาติ. 2537 : 32)

ประเด็นคำถามพฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามที่เป็นนิเสธ 3 ข้อ คือ ข้าพเจ้าแต่งงานเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี ข้าพเจ้าเคยแต่งงานมามากกว่า 1 ครั้ง ข้าพเจ้ามีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี เมื่อพิจารณาจะเห็นว่ามิใช่แต่งงานอายุน้อยกว่า 20 ปี มีร้อยละ 35.90 เคยแต่งงานมามากกว่า 1 ครั้ง และมีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี มีใกล้เคียงคือคิดเป็นร้อยละ 22.00 และ 21.20 ตามลำดับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าผู้ที่แต่งงานอายุน้อยกว่า 20 ปี และมีบุตรคนแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีจำนวนน้อย เพราะประเทศไทยมีการพัฒนาเจริญก้าวหน้า และโลกปัจจุบันเป็นยุคไร้พรมแดน มีการสื่อสารข่าวสารทั่วถึง ประชากรสนใจเรื่องเรียนให้มีความรู้สูงขึ้น ทำให้แต่งงานช้าและมีบุตรช้า ส่วนผู้ที่แต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง มีจำนวนน้อยคิดเป็นร้อยละ 22.00 อาจจะเป็นได้ว่าประชากรไทยยังยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม ถึงแม้จะมีการหลั่งไหลของวัฒนธรรมตะวันตกมามากมายก็ตาม ซึ่งวัฒนธรรมของประเทศไทยก็สนับสนุนให้มีสามีภรรยาเพียงคนเดียว

ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การไปตรวจภายในตามแพทย์นัดมีการปฏิบัติถูกต้องสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 72.70 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยไปตรวจภายในตามแพทย์นัด อาจมีปัญหาเจ็บป่วยอย่างอื่น เช่น เนื้องอก คัดเชื้อ ทำให้มิใช่ปฏิบัติถูกต้องสูง ส่วนประเด็นที่ไปตรวจภายในเพื่อหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกทุกปี ปีละ 1 ครั้งขึ้นไป กลับมิใช่ปฏิบัติถูกต้องน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45.10 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการไม่มีปัญหาการเจ็บป่วย

ใด ๆ อาจคิดว่าการตรวจหาเซลล์มะเร็งปาล์มดลูก ไม่จำเป็นต้องตรวจทุกปี เพราะแพทย์ไม่ได้นัดหรืออาจเนื่องมาจากปัญหาการจราจรติดขัดหรือมีภาระที่ต้องทำมาหากิน เพื่อเลี้ยงครอบครัว นอกจากนี้ก็อาจจะไม่ได้รับความสะดวกจากการทำป๊อว รอยา หรือด้านอื่น ๆ อีก

4. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูก ส่วนใหญ่ ร้อยละ 46 อยู่ในระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 5.66 แต่เมื่อพิจารณาโดยภาพรวมจะเห็นได้ว่า ผู้รับบริการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูกแตกต่างกัน ($S = 2.90$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษามีระดับการศึกษาหลากหลายแตกต่างกันไป ตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา

5. เจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูก ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.40 และค่าเฉลี่ยของเจตคติเท่ากับ 2.60 และเมื่อพิจารณาโดยภาพรวมจะเห็นว่าผู้รับบริการมีเจตคติไม่แตกต่างกัน ($S = 0.28$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าทัศนคติเป็นสภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่เป็นผลรวมของความคิดเห็น ความเชื่อของบุคคล ที่ถูกกระตุ้นด้วยอารมณ์ ความรู้สึก และทำให้บุคคลพร้อมที่จะทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเป็นตัวแทนคน แนวโน้มของบุคคล ในการที่จะมีปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะชอบหรือไม่ชอบต่อสิ่งนั้น (เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. 2529 : 3) ซึ่งในคนทั่วไปเจตคติเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์การเรียนรู้ ถ้ามีเจตคติที่ดีก็มีแนวโน้มที่จะเข้าหาหรือแสดงพฤติกรรมนั้น เจตคติสามารถเปลี่ยนแปลงได้ ถ้าการเรียนรู้ประสบการณ์เปลี่ยนแปลง

6. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 1 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีอายุมากและอายุน้อยต่างก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ หรือได้รับความแนะนำจากบุคคลใกล้ชิด หรือมีความพร้อม และความสนใจในเรื่องโรคมะเร็งปาล์มดลูกไม่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติพร อิงคดาวรรณศรี (2528 : บทคัดย่อ) ที่พบว่าอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูกไม่แตกต่างกัน และกรรณิการ์ ภังคานนท์ (ฐิติพร อิงคดาวรรณศรี. 2528 : 22; อ้างอิงมาจาก กรรณิการ์ ภังคานนท์. 2523 : 46) ที่ว่าอายุไม่มีผลต่อความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคหัวใจ

7. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปาล์มดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 2 แสดงว่าผู้รับบริการที่มีอายุมาก และอายุน้อยต่างกัน มีเจตคติ

เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาลมดลูกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้ความเชื่อ หรือความรู้สึกที่เป็นด้านเจตคติไม่ต่างกันด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตพร อิงศดาวรวงศ์ (2528 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า อายุต่างกัน มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปาลมดลูกไม่แตกต่างกัน

8. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปาลมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 3 โดยผู้รับบริการที่มีอายุ 35-44 ปี อายุ 45-54 ปี เป็นกลุ่มที่มีอายุมากปฏิบัติถูกต้องมากกว่ากลุ่มอายุน้อยคือ น้อยกว่า 25 ปี และอายุ 45-54 ปี จะปฏิบัติตนถูกต้องมากกว่าอายุ 25-34 ปี และอายุมากกว่า 55 ปี ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้รับบริการที่มีอายุน้อยคือ ต่ำกว่า 25 ปี 25-34 ปี เป็นวัยที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ค่อยมีโรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งสนใจในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยลง ส่วนผู้ที่มีอายุ 35-54 ปี มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปาลมดลูกถูกต้องมากกว่า เพราะอาจจะมีปัญหาสุขภาพ เช่น เนื้องอกมดลูก อาการก่อนหมดประจำเดือน หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ทำให้สนใจดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น ส่วนอายุมากกว่า 55 ปี มีการปฏิบัติถูกต้องน้อยกว่าอายุ 45-54 ปี เพราะอายุมากกว่า 55 ปีหันวัยหมดประจำเดือนมานานสามารถปรับรับได้แล้ว มีปัญหาสุขภาพด้านอื่นมากกว่า จึงมาพบแพทย์ทำงานรีเวชกรรมและปฏิบัติถูกต้องน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของฟรุเชอร์, บอยซ์ และฮันท์ (Frucher, Boyce and Hunt. 1980 : 418 - 419) พบว่าสตรีเป็นโรคมะเร็งปาลมดลูก ลูกามระยะแรก อายุต่ำกว่า 50 ปี มาตรวจมะเร็งปาลมดลูกมากกว่าสตรีอายุมากกว่า 50 ปี และวิท แมงเดลเบลท และฮุนิต (ภาวณี สุรินทร์. 2535 : 48; อ้างอิงมาจาก Wheat Mandelblat and Knit. 1988 : 827 - 830) พบว่า อายุมากกว่า 65 ปี ปฏิเสธการมาตรวจโรคมะเร็งปาลมดลูกมากกว่าสตรีอายุน้อย

9. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปาลมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 4 โดยผู้มารับบริการที่มีความรู้สูงคือระดับอุดมศึกษา มีความรู้มากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา นอกจากนี้ระดับมัธยมศึกษา และระดับอาชีวศึกษา มีความรู้สูงกว่าระดับประถมศึกษา ทั้งนี้ อธิบายได้ว่า ผู้มีระดับการศึกษาสูง จะมีฐานะมากกว่า มีสติปัญญา เหตุผล และมีสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ แต่ถ้าการศึกษาน้อยจะขาดโอกาสการเรียนรู้ทางสุขภาพ

อนามัย ซึ่งตรงกับการศึกษาของ Storlie (ฐิติพร อิงคดาวรวงศ์. 2528 : 21; อ้างอิงมาจาก Storlie. 1975) พบว่า การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญมีความสัมพันธ์กับความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและโรคต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร อิงคดาวรวงศ์. (2528 : 24) พบว่าระดับการศึกษา อุดมศึกษามีความรู้มากกว่าผู้มีระดับการศึกษาประถมศึกษา และพิศมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 29) พบว่า ระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพการใช้ยาถูกต้องมากกว่าผู้มีระดับการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ในสตรีที่มาใช้บริการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

10. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาสูงและต่ำต่างก็มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน และเป็นเจตคติในด้านบวกต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์เกิดความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ในด้านเจตคติ ไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้มีเจตคติที่ดี มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคีเกิ้ลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 123) พบว่า กลุ่มมีการศึกษามีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ที่ได้รับจากการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น และพิศมัย พิทักษ์วารากร (2536 : 89) พบว่า การศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาแตกต่างกัน และศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า การศึกษาต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

11. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 โดยผู้รับบริการระดับอุดมศึกษา มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอาชีวศึกษา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้มีระดับการศึกษาสูง มีวุฒิภาวะ มีความคิดสร้างสรรค์ มีเหตุผล มีความฉลาด มีความพร้อม และความสนใจตนเอง และมีแรงจูงใจภายใน และการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างไรนั้นขึ้นกับการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปฏิบัติจะเกิดประโยชน์แก่เขา จึงมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) ที่พบว่า ระดับการศึกษาต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 123) พบว่า กลุ่มที่มีการศึกษามีการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น

12. ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 7 โดยผู้รับบริการที่มีรายได้ 10,001 - 15,000 บาท 15,001 - 20,000 บาท และสูงกว่า 20,001 บาท ขึ้นไป มีความรู้มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำกว่า 5,001 บาท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้มีรายได้สูง มีความพร้อมในด้านการเงินไม่มีภาวะเครียดทางครอบครัว ทำให้มีเวลาสนใจตนเองมากขึ้นพร้อมจะเรียนรู้และมีแรงจูงใจภายใน และผู้มีรายได้สูง มีโอกาสในการรับรู้ข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มากกว่า นอกจากนั้นสภาพสังคมสิ่งแวดล้อมยังเอื้ออำนวยให้ผู้มีการศึกษาสูง มีการเรียนรู้ได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงโสม ศิริพานิช (2534 : 42) พบว่า ผู้มีรายได้สูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากกว่าผู้มีรายได้ต่ำ

13. ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 8 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและ ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำต่างมีเจตคติไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจะพบว่า ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงและต่ำ ต่างก็มีเจตคติในด้านบวกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์ เกิดความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ในด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้มีเจตคติที่ดีมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 123) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงมีความเชื่อเกี่ยวกับผลประโยชน์ของการมาตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น

14. ผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 9 โดยผู้รับบริการที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูงคือ รายได้ 10,001 - 15,000 บาท และรายได้ 20,001 บาท ขึ้นไป มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าผู้รับบริการที่มีรายได้ต่ำกว่า

5,001 บาท และ 5,001 - 10,000 บาท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้มีรายได้สูงได้รับสื่อต่าง ๆ มากมาย มีความสนใจ และความพร้อม มีโอกาสที่จะปฏิบัติมากกว่า นอกจากนั้นยังสามารถเลือกบริการของเอกชนได้สะดวกกว่าโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเงิน ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 155) กล่าวไว้ว่า ถ้าประชาชนมีฐานะเศรษฐกิจไม่ดีขึ้นไม่สามารถทำให้เขามีพฤติกรรมที่ถูกต้องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 123) พบว่า กลุ่มที่มีรายได้สูงมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น

15. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 10 โดยผู้รับบริการที่มีอาชีพรับราชการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพรับราชการ อยู่ในสังคมที่มีโอกาสที่จะเรียนรู้ และมีความพร้อมมากกว่าอาชีพอื่น ดังเช่น ไวท์ (ฐิติพร อิงคดาวรวงศ์. 2528 : 22; อ้างอิงมาจาก White. 1979) กล่าวว่า อาชีพเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ไวท์ กล่าวว่า กลุ่มคนที่อยู่ในระดับสังคมและอาชีพที่ต่ำ จะมีผลต่อการรับรู้ ความรู้ทางสุขภาพ แสดงว่า ฐานะทางสังคมที่ต่ำกว่า จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคีวีพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า อาชีพแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

16. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 11 โดยผู้รับบริการที่มีอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง ประกอบธุรกิจส่วนตัว แม่บ้าน รับราชการ ต่างก็มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน เมื่อพิจารณาจะพบว่า ทุกอาชีพมีเจตคติในด้านบวก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัยจากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ ประสบการณ์ เกิดความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ในด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งมีเจตคติที่ดีมีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมนั้นด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คีวีพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า อาชีพต่างกันมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ วิรัชชัย (ฐิติพร อิงคดาวรวงศ์. 2528 : 21; อ้างอิงมาจาก ปิยวรรณ วิรัชชัย. 2521) พบว่า มารดาที่มีอาชีพนอกบ้าน มีความเชื่ออย่างไม่มีเหตุผลในการเลี้ยงดูเด็กน้อยกว่ามารดาที่ทำงานในบ้าน

17. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 12 ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ (2535 : 176) กล่าวว่าไว้ว่า สภาพสังคมที่แตกต่างกันของบุคคลจะทำให้พฤติกรรมอนามัยแตกต่างกันได้ โดยผู้รับบริการที่มีอาชีพแม่บ้านและอาชีพรับราชการ มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าอาชีพรับจ้าง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพแม่บ้าน และอาชีพรับราชการ มีเวลา มีความพร้อม มีความสนใจเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนอาชีพรับจ้างการหยุดงานไปตรวจอาจจะลำบากกว่าบางรายได้ค่าจ้างเป็นรายวัน ถ้าหยุดงานก็ทำให้ขาดรายได้มาจุนเจือครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า อาชีพต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

18. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 13, 14, 15 แสดงว่า ผู้รับบริการที่ไม่มีบุตรและมีบุตรไม่ส่งผลให้เกิดความแตกต่างทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง ความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่แตกต่างกัน หรือในโลกยุคปัจจุบันมีการเปิดเผยเรื่องเพศศึกษามากขึ้น ทำให้หญิงที่ยังไม่มีบุตร ไม่เกิดความอาย จึงมีการปฏิบัติ ไม่แตกต่างจากสตรีที่มีบุตรแล้ว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า สตรีที่มีสถานะเจริญพันธุ์ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

19. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 16 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานมากและน้อยต่างก็มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสาร สุขภาพอนามัย จากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน หรือความพร้อมของผู้รับบริการไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า สถานภาพสมรสต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

20. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 17 แสดงว่า ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้ง

ของการแต่งงานมากและน้อยต่างก็มีเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับข่าวสารทางสุขภาพอนามัย จากสื่อต่าง ๆ ไม่แตกต่างกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ประสบการณ์ ความคิด ความเชื่อ และความรู้สึก ในด้านเจตคติไม่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่มีเจตคติที่ดี มีแนวโน้มจะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 813) พบว่า ผู้ที่แต่งงานแล้วมีความเชื่อถึงผลประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกและมาตรวจมากกว่ากลุ่มอื่น

21. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 18 โดยผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงาน 1 ครั้ง มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกถูกต้องมากกว่าผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงาน 2, 3 และ 4 ครั้งขึ้นไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้แต่งงาน 1 ครั้ง อาจจะมีแรงจูงใจและแรงสนับสนุนจากสามีดีกว่า และมีภาระทางครอบครัวน้อยกว่าผู้ที่แต่งงานหลายครั้ง และผู้ที่แต่งงาน 1 ครั้ง อาจจะมีเวลามากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคีเกิลส์ และคนอื่น ๆ (Kegeles and others. 1965 : 813) พบว่า กลุ่มที่แต่งงานแล้ว มีการปฏิบัติในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

22. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 19 โดยผู้รับบริการที่มีประสบการณ์ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้ไม่มีความรู้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการได้รับความแนะนำจากผู้ป่วยหรือเคยป่วย หรือรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ความเสี่ยงที่จะเกิดโรคทำให้เกิดแรงจูงใจ ด้านสุขภาพอนามัยขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร เสาวรส (2538 : บทคัดย่อ) พบว่า ผู้รับบริการที่มีแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร อิงคถาวรวงศ์ (2528 : 43) พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้ไม่แตกต่างกัน

23. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์และไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานข้อ 21 และข้อ 22 ทั้งนี้เมื่อพิจารณาตามข้อเท็จจริงจะเห็นได้ว่า ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์

น่าจะมีเจตคติ และการปฏิบัติแตกต่างกัน ซึ่งตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพที่เชื่อว่าประสพการณ์เดิมของบุคคลมีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมและประสพการณ์เดิมนั้น ต้องอยู่ในตัวบุคคลขณะนั้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสว่าง สุวรรณ. 2532 : 58) ทั้งนี้ โรเจอร์ (มะลิวรรณ วงศ์วิมลไพฑูรย์. 2533 : 139; อ้างอิงมาจาก Roger. 1983) ได้กล่าวไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไม่ได้เป็นไปในลักษณะตรง แต่เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นกับปัจจัยหลายอย่าง เช่น เหตุการณ์ ประสพการณ์ ค่านิยม และอื่น ๆ และประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530 : 6) กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตนมิได้ขึ้นกับความเชื่อ ความรู้สึกหรือความคิดที่เขาจะปฏิบัติเท่านั้น สิ่งที่ปฏิบัติจริงอาจไม่ตรงกับสิ่งที่เขาเชื่อ เข้าใจคิดที่จะปฏิบัติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอิติทร อิงศดาววงศ์ (2528 : 43) พบว่า สตรีที่มีประสพการณ์และไม่ประสพการณ์มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ใคร่ขอเสนอแนะดังนี้

1. ด้านสุขภาพ

1.1 การสอนสุขภาพควรเน้นในหัวข้อ ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก อาการ การวินิจฉัย การรักษาที่ถูกต้อง ให้ผู้รับบริการทราบ เนื่องจากส่วนใหญ่ ตอบข้อคำถามถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 50

1.2 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไป มาใช้บริการตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกให้มากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพราะมีผู้มารับบริการตรวจเพียงร้อยละ 45.10 โดยคำแนะนำจากทีมสุขภาพเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม หรือผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ วิดีโอ ทีวี หนังสือพิมพ์ สร้างแรงจูงใจโดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกให้มาก

1.3 การสอนสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ควรเน้นในการให้ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ทุกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงคือ อายุ 36 - 49 ปี (ธีระ ทองสง. 2536 : 236) กลุ่มที่มีเศรษฐฐานะต่ำ การศึกษาต่ำ สตรีที่แต่งงานหลายครั้ง และสตรีที่มีภาวะเจริญพันธุ์สูง คือมีบุตรมาก

2. ด้านบริการ

2.1 การให้ความสะดวกรวดเร็วในบริการต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น ขั้นตอนการทำบัตร การขอยา ฯลฯ ซึ่งพบว่า โรงพยาบาลให้ความสะดวกรวดเร็วในบริการเพียงร้อยละ 51.30

2.2 ความพึงพอใจผลการตรวจโรคมะเร็งปอดตลกในรายปกติและผิดปกติทางไปรษณีย์ทุกรายที่มารับการตรวจ

2.3 ขยายบริการโรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุขให้ทั่วถึง และมีแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาสูตินรีเวชกรรมประจำ เพื่อค้นหาความผิดปกติต่าง ๆ ในสตรี

2.4 แพทย์ควรมีใบนัดตรวจมะเร็งปอดตลกแก่ผู้มารับบริการตรวจภายในเพื่อหาเซลล์มะเร็งปอดตลกทุกปี หรือตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ข้อคำถามในแบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับโรงพยาบาลควรระบุให้ชัดเจน เช่น โรงพยาบาลของรัฐบาลเป็นโรงพยาบาลแห่งนี้
2. ข้อความในแบบสอบถามผู้รับบริการไม่เข้าใจคำว่าระดับอุดมศึกษา ควรเปลี่ยนเป็นปริญญาตรีหรือสูงกว่า
3. การทำวิจัยครั้งต่อไป ขอเสนอแนะให้วิจัยเปรียบเทียบวิธีการสอนสุขศึกษาเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอดตลกหลาย ๆ วิธี เช่น เป็นรายกลุ่ม และรายบุคคล หรือความพึงพอใจของผู้มารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปอดตลกต่อบริการของโรงพยาบาล

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ✓ กิจกรรมการประชุมการศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- ✓ การสัมมนา เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2537.
- จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. เปรียบเทียบความรู้ และการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้วยสื่อโต้ตอบเสียงกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
อัครสาเนา.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์ อภิชาติ โอฬารวิเศษชัย และชเนนทร์ วนาภิรักษ์. สูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : ศิพย เอน์บุคส์, 2538.
- ✓ จตุพล ศรีสมบูรณ์. Clinical Gynaecology Oncology. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติ
นรีเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2533.
- ✓ ฐิติพร อังศถาวรวงศ์. ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกที่มาใช้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529. อัครสาเนา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. "แนวคิดทางด้านพฤติกรรมอนามัย," รายงานสัมมนาระดับชาติ เรื่องการพัฒนางานวิจัย และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- เทพพนม เมืองแมน และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมองค์กร. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2529.
- ✓ เทวินทร์ โกสัยตระกูล และอติณี ชนโนศรี. "หลักการตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก,"
ในเอกสารการประชุมสัมมนา เรื่อง การพัฒนาเฝ้าระวังปากมดลูกในการให้บริการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : กองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- ✓ ธีระ ทองสง. นรีเวชวิทยา. ฉบับสอบบอร์ด. เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536.

- ✓ คิสมัย พิทักษ์วารการ. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่มาใช้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก วิทยาลัยพยาบาล. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2536. ยึดสำเนา.
- คิสิษฐ์ พันธุมจินดา และคนอื่น ๆ. "การศึกษาภาวะมะเร็งปากมดลูกในหญิงไทย," วารสารโรคมะเร็ง. 16(2) : 39 - 43; เมษายน - มิถุนายน 2533.
- คิสิษฐ์ พันธุมจินดา และศิรินาฐ สนิทพงษ์. "สถานภาพโรคมะเร็งในปัจจุบันแนวโน้มในอนาคตและแนวทางควบคุม," วารสารโรคมะเร็ง. 15 : 34 - 39; 2532.
- เพ็ญแข พิทักษ์ไพโรจน์ และคนอื่น ๆ. "การสำรวจหามะเร็งระยะเริ่มแรกของปากมดลูกในหญิงไทย," วารสารโรคมะเร็ง. 4(4) : 170 - 177; ตุลาคม - ธันวาคม 2531.
- ✓ เพ็ญศรี โพธิ์กิจ. การศึกษาถึงบิดบาในการเกิดตัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงที่ผู้ป่วยนอก หน่วยรังสีรักษา โรงพยาบาลวชิราวุฒิ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. ยึดสำเนา.
- ✓ ภาณี สุรินทร์. การประยุกต์วิธีการตลาดทางสังคมในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบทจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. ยึดสำเนา.
- มะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533. ยึดสำเนา.
- ระวีวรรณ ชินะตระกูล. คู่มือทำการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, 2538.
- _____ . วิธีวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2538.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2536.
- ✓ วนิดา เสนาะวงศ์. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการสนับสนุนของสามีในการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของตน งานสตรีจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. ยึดสำเนา.

- วรุณวรรณ ผาโคตร. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี.
 ปรินทิเนียนท์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.
 ยัดสำเนา.
- วาศนา จันทร์สว่าง และอุกฤษฏ์ มโนศรีพันธ์. "ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการ
 เปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และ การป้องกันมะเร็งปากมดลูก และ มะเร็งเต้านมของสตรี
 วัยเจริญพันธุ์ ตำบลคลองตะเกรา กิ่งอำเภอท่าตะเกรา จังหวัดฉะเชิงเทรา,"
วารสารสุขศึกษา. 16(62) : 24 - 30; เมษายน - มิถุนายน 2536.
- วิเชียร เกตุสิงห์. "คำเฉลยกับการแปลความหมาย ... เรื่องง่าย ๆ บางครั้งก็พลาดได้,"
ข่าวสารการวิจัยทางการศึกษา. 18(3) : 8 - 11; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.
- วิล เบลจกาญจน์ และสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์. "มะเร็งปากมดลูก," หมอชาวบ้าน.
 3 : 27 - 28; สิงหาคม 2524.
- ✓ศยาม เวศกิจกุล และคนอื่น ๆ. "ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตอำเภอรัตนภูมิ
 : การคำนึงถึงสภาพความพร้อมของการลงทุน," สงขลานครินทร์เวชสาร. 6 : 406 -
 412; ตุลาคม - ธันวาคม 2531.
- ✓ศิริพร เสาวรส. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มาขอรับ
 บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ณ โรงพยาบาลตำรวจ. ปรินทิเนียนท์ กศ.ม.
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2538. ถ่ายเอกสาร.
- ศิวาสัย ธนภัทร. "การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูก," ในการประชุมวิชาการโรค
 มะเร็งแห่งชาติ ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2533.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์ และกำแหง จาตุรจินดา. มะเร็งวิทยา. กรุงเทพฯ :
 ห้างหุ้นส่วน ก. การพิมพ์, 2531.
- สมจิตร หนูเจริญกุล และคนอื่น ๆ. "ผลการสนับสนุนการดูแลตนเอง และการเผชิญกับโรคต่อ
 คุณภาพชีวิต ภาวะอารมณ์ทุกข์โศก และความพร้อมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็ง
 ปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา," วามาศิษย์เวชสาร. 1(2) : 28 - 29; พฤษภาคม -
 สิงหาคม 2538.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. "การวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ," วารสารสุขศึกษา. 14(55) : 1; กรกฎาคม - กันยายน 2534.
- สมชัย นวัตกรรมศาสตร์. "มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม," จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 34(5) : 385 - 391; พฤษภาคม 2533.
- สมศักดิ์ ตั้งตระกูล. นรีเวชวิทยาและการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2534.
- สรพล อีสวโรกาส และอนงค์ เพียรภิจักรวาล. เวชปฏิบัติทันตศัลยกรรม. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- สรวพรศรี เป็ญภูมิ. "มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี," วารสารโรคมะเร็ง. 15 : 136 - 145; 2532.
- สุพิศ เผ่าสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. นรีเวชวิทยา. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสูติ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
- สุนันทา จรียาเลิศศักดิ์. "ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก," วารสารโรคมะเร็ง. 12 : 165; ตุลาคม - ธันวาคม 2529.
- ◀ สมมมาลย์ มาลีมงคล. มะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์. เชียงใหม่ : ภาควิชาสูติ นรีเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- ◀ แสงโสม ศิริพานิช. ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มชายที่ประกอบอาชีพ และกลุ่มนักศึกษาในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. ชัดสำเนา.
- โสพรรณ โนนทะยะ. การศึกษาเปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมด้วยตนเองในสตรีที่มีอาชีพ และระดับการศึกษาต่างกัน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ชัดสำเนา.
- อุมาภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับ การนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา ในด้านการลดความวิตกกังวลลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. ชัดสำเนา.

- อุสุพร ปุรินทราภิบาล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ
: มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. ชิดสาเนา.
- Becker, Marshall H. and Maiman, Lois A. "Sociobehavioral Determinants
of Compliance with Health and Medical Care Recommendation,"
Medical Care. 13(1) : 10 - 24; January, 1975.
- Becker, Marshall H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior,"
Health Education Monographs. 2(4) : 409 - 74; 1974.
- Benson Raph C. and Pernal Martin L. Hand Book of Ohstetrics and Gynee
Cology. Ninth Ed. Singapore : Mcgraw-Hill Inc., 1995.
- Bloon, S. Benjamin. Taxonomy of Education. Hand Book I; Cognitive
Domain New York : David McKay Company Inc., 1975.
- ✓Frucher, R. G. Boyce, C. and Hunt, M. O. "Missed Opportunities for
Early Diagnosis of the Cancer," American Journal of Public
Health. 70 : 418 - 419; April, 1980.
- Haris D. M. and Guten S. "Health Proicetive Behavior : An Exploratory
Study," Journal of Health and Social Behavior. 20 : 17 - 29;
March, 1979.
- ✓Kegel and other. "Survey of Belief about Dancer Detection and Taking
Papanicolaou Test," Public Health Reports. 80 : 815 - 823;
September, 1965.
- ✓Rosenstock, Irwin M. "The Health Belief Model and Preventive Health
Behavior," Health Education Quartery. 2 : 284 - 286; Winter,
1974.
- Steel J. L. and Mc Broom W. H. Conceptual and Empirical Dimension
of Health Behavior. 13 : 382 - 393; December, 1972.

การพัฒนารวม

ภาคผนวก ก

เอกสารและรายนามผู้เกี่ยวข้อง

ที่ ทม 1007/1263

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

22 กุมภาพันธ์ 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสมบูรณ์ บุญเกียรติ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความสะดวกในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกนรีเวชกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมดูแลของ

ผศ. จุฑามาศ เทพชัยศรี ประธาน

ผศ. วิไล ปัทมาสพงษ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตขอความอนุเคราะห์คือ ขอหนังสือราชการเพื่ออำนวยความสะดวกในการขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ในสังกัดสำนักงานแพทย์ โดยให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม จำนวน 460 คน ตอบแบบสอบถาม
ในระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวศิวภา พูลสุวรรณ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--|---|
| 1. อาจารย์แพทย์หญิงกิ่งกาญจน์ ศรีสวัสดิ์ | กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล |
| 2. อาจารย์นายแพทย์มานิตย์ ศรีปราโมทย์ | กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม
โรงพยาบาลวชิรพยาบาล |
| 3. อาจารย์ปิยะธิดา นิลศรี | ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 4. อาจารย์ประไพวรรณ คำนประดิษฐ์ | ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |
| 5. อาจารย์สุภาวดี เครือโชติกุล | ภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ |

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

แบบสอบถาม "พฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับโรคและเรื้อรังปากมดลูกในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม วัชรพยาบาล" เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัยของนิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ในการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ไม่มีการนำเสนอหรือเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ได้จากท่าน จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงงานสุขภาพให้ดีขึ้น

จึงขอความกรุณาจากท่าน ในการตอบแบบสอบถามให้ได้ข้อมูลครบถ้วน และเป็นจริง ให้มากที่สุด เพื่อความถูกต้องและสมบูรณ์ของงานวิจัย หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่าน จึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางสมบูรณ์ บุญเกียรติ)

นิสิตปริญญาโท วิชาเอกสุขภาพ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความและเติมข้อความในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. อายุ

<input type="checkbox"/> อายุต่ำกว่า 25 ปี	<input type="checkbox"/> อายุ 35 - 44 ปี
<input type="checkbox"/> อายุ 25 - 34 ปี	<input type="checkbox"/> อายุ 45 - 54 ปี
<input type="checkbox"/> อายุ 45 - 54 ปี	<input type="checkbox"/> อายุตั้งแต่ 55 ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา
<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา	<input type="checkbox"/> อุดมศึกษา
3. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,001 บาท	<input type="checkbox"/> 10,001 - 15,000 บาท
<input type="checkbox"/> 5,001 - 10,000 บาท	<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท
<input type="checkbox"/> 15,001 - 20,000 บาท	<input type="checkbox"/> 20,001 บาทขึ้นไป
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> รับราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> ประกอบธุรกิจส่วนตัว	<input type="checkbox"/> แม่บ้าน
5. จำนวนบุตร

<input type="checkbox"/> ไม่มีบุตร	<input type="checkbox"/> 1 - 2 คน
<input type="checkbox"/> 3 - 4 คน	<input type="checkbox"/> 5 คน หรือมากกว่า
6. จำนวนครั้งของการแต่งงาน

<input type="checkbox"/> แต่งงาน 1 ครั้ง	<input type="checkbox"/> แต่งงาน 2 ครั้ง
<input type="checkbox"/> แต่งงาน 3 ครั้ง	<input type="checkbox"/> แต่งงาน 4 ครั้ง หรือมากกว่า
7. ประสบการณ์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีบุคคลใกล้ชิดเป็นมะเร็งปากมดลูก

<input type="checkbox"/> ไม่มีประสบการณ์	<input type="checkbox"/> มีประสบการณ์
--	---------------------------------------

ถ้ามีประสบการณ์บุคคลใกล้ชิดที่เป็นมะเร็งปากมดลูกคือ

มารดา ญาติพี่น้อง

เพื่อนฝูง คนรู้จัก

8. เหตุผลมาตรวจครั้งนี้ท่านมีอาการผิดปกติอะไร

ปวดท้อง มีก้อนในท้อง

เลือดออกทางช่องคลอด แท้ง

ตกขาว ผิดปกติ เลือดออกหลังการร่วมเพศ

อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ตอนที่ 2 แบบทดสอบพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าถูกและทำเครื่องหมายผิด X ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าผิด เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
1. มะเร็งปากมดลูกพบในสตรีที่มีอายุมาก มากกว่าสตรีอายุน้อย			
2. สตรีที่มีอายุน้อยมักพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม			
3. สตรีที่มีบุตร 1 คน เป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีบุตร 5 คน			
4. มะเร็งปากมดลูกมักพบในสตรีที่ยังไม่แต่งงานมากกว่าสตรีที่แต่งงานแล้ว			
5. สตรีที่มีคู่นอนหลายคน เสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว			
6. สตรีที่คิด เชื้อบุคหนองน้ำก่อไว้จะสืบพันธุ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก			

ข้อความ	ถูก	ผิด	ไม่ทราบ
7. สตรีที่สูบบุหรี่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูก
8. การขับฮอร์โมนปลายอวัยวะเพศในสามีทำให้รักษาความสะอาดอวัยวะเพศได้ง่ายขึ้น และจะลดการเกิดมะเร็งปากมดลูกในภรรยาได้
9. การมีเลือดออกหลังร่วมเพศ แสดงว่าเกิดจากมะเร็งปากมดลูก
10. ในสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกที่มีอาการลุกลามไปมากแล้ว อาจมีชาวมม ปวดหลัง ปวดฉี่
11. การตรวจภายในเพื่อหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกโดยการป้ายมูกที่ปากมดลูกเป็นการตรวจที่ได้ผลดีมาก
12. การตรวจภายในเพื่อหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกทำให้ค้นพบมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก และรักษาให้หายขาดได้
13. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกทุกระยะทำได้โดยการฉายแสงและฝังแร่เท่านั้น

ตอนที่ 3 แบบวัดเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปอด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียวในแต่ละข้อ

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1. โรคมะเร็งปอดเป็นโรคร้ายแรง			
2. ผู้ที่เป็นมะเร็งปอดต้องตายด้วยความทุกข์ทรมาน ..			
3. ประวัติครอบครัวของข้าพเจ้าไม่มีผู้ใดป่วยเป็นมะเร็งปอด ข้าพเจ้าจึงไม่จำเป็นต้องไปรับการตรวจ			
4. วิธีการทางไสยศาสตร์ช่วยรักษามะเร็งปอดได้ หายขาดได้			
5. การไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปอดที่โรงพยาบาลของ รัฐบาลต้องเสียเวลามาก			
6. โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งให้ความสำคัญรวดเร็วใน บริการ			
7. ข้าพเจ้ารู้สึกสับสนกับการเป็นโรคมะเร็งปอด			
8. ข้าพเจ้ารู้สึกอาย และลำบากใจในการไปตรวจภายในหา เซลล์มะเร็งปอด			
9. ข้าพเจ้าไม่อยากไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอด เพราะกลัวจะทราบว่า เป็นมะเร็งปอด			
10. ข้าพเจ้าไม่อยากไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอด เพราะกลัววิธีการไม่สะอาด และคิดโรคจากผู้อื่นมา ...			
11. ข้าพเจ้ายินดีไปตรวจภายในหาเซลล์มะเร็งปอดถึงแม้ ต้องเสียเวลามาก			

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องให้ตรงกับความเป็นจริงที่ท่านปฏิบัติเพียงช่องเดียว
ในแต่ละข้อ

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
<u>พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด</u>		
1. ข้าพเจ้าแต่งงานเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี		
2. ข้าพเจ้าเคยแต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง		
3. ข้าพเจ้ามีบุตรคนแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 20 ปี		
4. ข้าพเจ้าไม่เคยสูบบุหรี่เลย		
5. ข้าพเจ้าไม่เคยคิดซื้อชุดหองนไ้ที่อวยวะสีบกันธุ์		
6. ข้าพเจ้าไม่เคยคิดซื้อเข็มที่อวยวะสีบกันธุ์		
7. สามีของข้าพเจ้าไม่มีพฤติกรรมสำเอนทางเพศ		
8. สามีของข้าพเจ้าขลิบหนังหุ้มปลายอวยวะเพศแล้ว		
ข้อความ	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
<u>พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปอด</u>		
9. ข้าพเจ้ารับประทานอาหารที่มีวิตามินเอโฟเลตและวิตามินซี ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผลไม้ เช่น ส้ม มะละกอ ฯลฯ ทุกวัน		
10. ข้าพเจ้าไปตรวจกายาในเพื่อเซลล์มะเร็งปอดทุกปีละ 1 ครั้ง ขึ้นไป		
11. ข้าพเจ้าไปตรวจกายาในตามแพทย์นัดทุกครั้ง		

ตอนที่ 5

ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการรับบริการ ดึงคนไข้นอก นรีเวชกรรม
วชิรพยาบาล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๒

เนื้อหาที่จะวัด

แบบทดสอบด้านความรู้	ข้อ
ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	1 - 8
อาการ	9 - 10
การวินิจฉัย	11
การรักษาและการป้องกัน	12 - 13
รวม	13
แบบวัด เจตคติ	
ความเชื่อเกี่ยวกับ	
ความรุนแรงของโรค	1 - 2
โอกาสเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	3
ประโยชน์การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	4
อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	5 - 6
ความรู้สึกต่อ	
โรคมะเร็งปากมดลูก	7
การตรวจรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	8
ความพร้อมปฏิบัติ	
อยากปฏิบัติ	9 - 11
รวม	11

แบบสำรวจพฤติกรรม	ข้อ
พฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก	1 - 8
พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก	9 - 11
รวม	11

ภาคผนวก ค

คุณภาพของเครื่องมือ

ตาราง 34 ค่าความยากง่าย (P) ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรค
มะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ค่าความยากง่าย (P)	ค่าอำนาจจำแนก (r)
1	0.71	0.33
2	0.42	0.42
3	0.45	0.60
4	0.62	0.45
5	0.73	0.24
6	0.38	0.39
7	0.36	0.24
8	0.47	0.52
9	0.26	0.45
10	0.27	0.42
11	0.44	0.56
12	0.74	0.39
13	0.20	0.20

ตาราง 35 ค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อของแบบสอบถามเจตคติต่อโรคมะเร็งปากมดลูก

ข้อที่	ค่าอำนาจจำแนก
1	1.75
2	3.02
3	2.45
4	2.80
5	3.27
6	4.68
7	2.57
8	5.59
9	3.12
10	3.50
11	2.39

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวบุรณี	ชื่อสกุล บุญเกียรติ
เกิดวันที่ 25 เดือน กุมภาพันธ์	พุทธศักราช 2493
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 33/831 ซอยลาดพร้าว 53 ถนนลาดพร้าว แขวงลาดพร้าว เขตลาดพร้าว จังหวัดกรุงเทพฯ 10230
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสูติ-นรีเวชศาสตร์
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สภากาชาดไทย กรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2510	มัธยมศึกษา จากโรงเรียนอำนาจเจริญ
พ.ศ. 2514	ประกาศนียบัตรพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย จาก วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2518	อนุปริญญาพยาบาลสาธารณสุข จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2525	วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) จากมหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2533	วุฒิปัตรพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
พ.ศ. 2539	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคหะเร็งปอดในกลุ่มผู้มารับบริการ
แผนผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาล

บทคัดย่อ
ของ
สมบูรณ์ บุญเกียรติ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา

ธันวาคม 2539

การศึกษาคั้งนี้มุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาล ตามตัวแปรที่ศึกษาคือ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ จำนวนบุตร จำนวนครั้งของการแต่งงาน ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก นรีเวชกรรม วิทยาลัยพยาบาล จำนวน 359 คน ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความรู้ และเจตคติในระดับปานกลาง
2. ผู้รับบริการที่มีอายุต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้และเจตคติไม่แตกต่างกัน
3. ผู้รับบริการที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน
4. ผู้รับบริการที่มีฐานะเศรษฐกิจต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน
5. ผู้รับบริการที่มีอาชีพต่างกัน มีความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเจตคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน
6. ผู้รับบริการที่มีจำนวนบุตรต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

7. ผู้รับบริการที่มีจำนวนครั้งของการแต่งงานต่างกัน มีการปฏิบัติในการป้องกันโรค
มะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความรู้ และเจตคติ
เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

8. ผู้รับบริการที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความรู้เกี่ยวกับโรค
มะเร็งปากมดลูกดีกว่าผู้รับบริการที่ไม่มีประสบการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วน
เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกัน

HEALTH BEHAVIOR CONCERNING CERVICAL CARCINOMA OF OUT PATIENTS
ATTENDING THE GYNAECALOGICAL DEPARTMENT, VAJIRA HOSPITAL

AN ABSTRACT

BY

SOMBOON BOONYAKIAT

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

December 1996

The purposes of this work were to study the relationships among the knowledge, attitude and practice concerning cervical carcinoma prevention of women who attended the out Patient Gynaecological Department of the Vajira Hospital.

The sample size was 359 women who were selected by systematic random sampling. All of the data were obtained by questionnaires and analysed for percentages, arithmetic means, standard deviations t-test and F-test. Data analysis was performed by computer using SPSS/PC⁺ (Statistical Package of Social Science Personal Computer plus).

The results were as follows :

1. Most of the women had moderate knowledge and attitude on cervical carcinoma prevention.

2. The women who had different ages had significant differences in practice on cervical carcinoma prevention ($p < .01$), but there were no significant difference in knowledge and attitude on the same aspect.

3. The women who had different educational levels had significant differences in the knowledge and practice on cervical carcinoma prevention ($p < .01$), but there was no significant difference in the attitude.

4. The women who had different incomes had significant differences in the knowledge and practice on cervical carcinoma prevention ($p < .01$), but there was no significant difference in the attitude.

5. The women who had different occupations had significant difference in the knowledge and practice on cervical carcinoma prevention ($p < .05$), but there was no significant difference in the attitude.

6. The women who had different numbers of children had no significant difference in the knowledge, attitude and practice on cervical carcinoma prevention.

7. The women who had different numbers of marriage had significant difference in the practice on cervical carcinoma prevention ($p < .01$), but there was no significant difference in knowledge and attitude on the same aspect.

8. The women who had experience of cervical carcinoma had better knowlege than those who did not have the experience ($p < .05$), but there were no significant difference in attitude and practice on cervical carcinoma prevention.