



ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตรา

การมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท

**The Effects of Motivated Teaching Program on Disease Perception and Receiving
Cervical Cancer Screening Rate Among Rural Thai Women**

ปริยานุช มณีโชติ

Preeyanuch Maneechote

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for Degree of

Master of Nursing Science (Adult Nursing)

Prince of Songkla University

2553

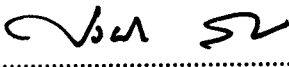
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์


(1)

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและ
อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท
ผู้เขียน นางสาวปรียานุช มณีโชติ
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์


อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

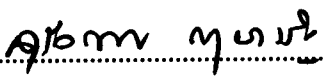
คณะกรรมการสอบ

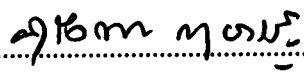

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

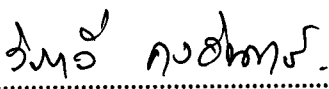

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

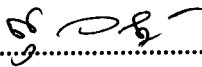
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่งวัฒนา)

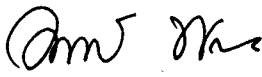

.....
(รองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ)


.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ เรือเอกหญิงสุรีย์พร กฤษเจริญ)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภาวี คงอินทร์)


.....กรรมการ
(ดร.สุภาพร วรรณสันทัด)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต


.....
(ศาสตราจารย์ ดร.อมรรัตน์ พงศ์คารา)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท
ผู้เขียน	นางสาวปริยานุช มณีโชติ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลผู้ใหญ่)
ปีการศึกษา	2553

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาเป็นสตรีไทยในชนบทที่มีอายุ 30-60 ปี คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จาก 2 ตำบล ของจังหวัดในภาคใต้ของไทย จำนวน 52 ราย โดยจัดให้สตรี 26 ราย จากตำบลหนึ่งเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร และอีก 26 ราย จากตำบลที่สองเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัย โปรแกรมนี้จะเน้นการสอนแบบกลุ่มย่อย สาธิตวิธีตรวจด้วยสื่อและหุ่นจำลอง และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรี เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค แบบบันทึกการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคของทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติทีคู่ และเปรียบเทียบจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า

1. สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.24, p < 0.1$)
2. สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.72, p < 0.1$)
3. สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 0.05, p < .05$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การสอนโดยใช้โปรแกรมแบบสร้างแรงจูงใจในสตรีชนบท ช่วยเพิ่มทั้งการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ดังนั้น ควรนำการสอนแบบสร้างแรงจูงใจไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบทต่อไป

Thesis Title	The Effects of Motivated Teaching Program on Disease Perception and Receiving Cervical Cancer Screening Rate Among Rural Thai Women
Author	Ms Preeyanuch Maneechote
Major	Nursing Science (Adult Nursing)
Academic Year	2010

ABSTRACT

This quasi-experimental research was aimed to examine the effects of motivated teaching program on disease perception and cervical cancer screening rate. Fifty-two rural women aged 30 – 60 years from two subdistricts of a southern province in Thailand were purposively selected. Twenty-six women from a subdistrict that assigned to be the control group received regular teaching service and the later 26 women from the other subdistrict that assigned to be the experimental group received motivated teaching program. The program composed of group teaching, demonstration with interactive model and shared learning from experienced women. The instruments used for data collection consisted of an assessment tool on perception of cervical cancer and screening record which validated by 4 experts. The perception assessment tool was tested for its internal consistency yielding an Alpha coefficient of 0.84. Data were analyzed by frequency, percentage and mean comparison using t-test. In addition the numbers of women attending the screening service were compared using chi-square. The results were revealed as follows.

1. After receiving the motivated teaching program, the experimental group gained a better on perception cervical cancer than before ($t = 10.24, p < 0.1$).
2. Mean score of the disease perception in motivated teaching group was significantly better than that of regular teaching group ($t = 4.72, p < 0.1$).
3. The cervical cancer screening rate of women in motivated teaching program was significantly higher than that of regular teaching group ($\chi^2 = 0.05, p < .05$).

The results showed that the motivated teaching program had improved both the perception of cervical cancer and rate of attending screening service among the rural Thai women. The motivated teaching program should be further applied to encourage rural Thai women in attending cervical cancer screening service.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ประณีต ส่วงวัฒนา และ รองศาสตราจารย์เรือเอกหญิง สุรีย์พร กฤษเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาใช้เวลาให้คำปรึกษาพร้อมข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้งกระตุ้นเตือน สนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจในความกรุณาของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาเสนอแนะให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขวิทยานิพนธ์ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิทยานิพนธ์บางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย พร้อมให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย และขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช สถานีอนามัยในเครือข่ายศูนย์อนามัยที่ 11 ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์กิตติคุณ แพทย์หญิงคุณหญิงกอบจิตต์ ลิ้มปพยอม แพทย์หญิงพรสม หุตะเจริญ ที่สนับสนุนและเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณเพื่อนๆ และพี่น้องร่วมวิชาชีพที่ทีมงานอนามัยการเจริญพันธ์ทุกท่านที่เสียสละเวลาทำงานเพิ่มขึ้นในวันหยุด และเป็นกำลังใจให้เสมอมา

สุดท้ายผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อปรีชา มณีโชติ คุณแม่ประกอบ มณีโชติ พี่ชายทั้ง 2 คน และคุณศรารุช คงมาก ที่สนับสนุน และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนประสบผลสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้ด้วยดี

ปริญานุช มณีโชติ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน.....	10
นโยบายและมาตรการทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการควบคุม และป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก.....	15
วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	17
การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและปัจจัย ที่เกี่ยวข้อง.....	20
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง.....	27
โปรแกรมการสอนเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี.....	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3	
วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	39
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	41
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	42
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48
บทที่ 4	
ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	49
ผลการวิจัย.....	49
การอภิปรายผล.....	56
บทที่ 5	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	67
สรุปผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	69
บรรณานุกรม.....	70
ภาคผนวก.....	81
ก. การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย.....	82
ข. การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง.....	83
ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	84
ง. เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง.....	91
จ. ตัวอย่างเครื่องมือ.....	104
ฉ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	108
ช. ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง.....	109
ประวัติผู้เขียน.....	115

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	50
2	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรค ก่อนและหลังการสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	52
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลัง การสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	54
5	เปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการสอน 1 เดือน.....	55

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิด.....	7
2	ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย.....	47

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ร้ายแรง และพบเป็นอันดับที่ 3 ของมะเร็งที่พบในสตรีทั่วโลก (Tirado et al., 2005) ปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 493,243 คน และมีสตรีเสียชีวิตจากโรคนี้นี้ประมาณ 273,505 คนต่อปี (Castellsague, 2007) ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย ดังเช่นในปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยรายใหม่ 6,583 ราย และมีผู้ที่เสียชีวิตเกินครึ่งหนึ่งในปีเดียวกันประมาณ 3,791 ราย และคาดว่าจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จะมีเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) โดยพบอุบัติการณ์สูงสุดในช่วงอายุระหว่าง 40 - 50 ปี (สมเกียรติ, 2545) ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษามีความยุ่งยากและต้องใช้ระยะเวลารักษานานซึ่งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตสูง (จตุพล, 2547) อย่างไรก็ตาม โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการตรวจพบในระยะเริ่มแรก (ณัฐยา, 2549) ดังนั้นการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจึงเป็นแผนระดับชาติตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รมรังกำให้สตรีไทยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามแผนที่กำหนด โดยตั้งเป้าหมายลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่จากโรคมะเร็งปากมดลูกลงอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายใน 5 ปี หรือร้อยละ 10 ต่อปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้กำหนดตัวชี้วัดของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยให้ร้อยละ 20 ของสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 100 ของสตรีกลุ่มเป้าหมายที่มีผลการตรวจมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการรักษาและส่งต่อ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2553)

การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชนบทหลายแห่งของไทย ได้ดำเนินงานโครงการนำร่องในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการใช้วิธีน้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายบริเวณปากมดลูกหรือ 1 นาที แล้วอ่านผลด้วยตาเปล่า (Visual Inspection with Acetic Acid หรือ VIA) และ

รักษาความผิดปกติของปากมดลูกด้วยการจี้เย็น ซึ่งเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะทำให้ผู้รับบริการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากเป็นวิธีการตรวจอีกวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพสูงและสามารถทราบผลได้ทันที จึงได้มีการประชาสัมพันธ์โครงการตามสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลชุมชน ให้ความรู้กับสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ออกไปให้ความรู้ รวมทั้งให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามสถานีอนามัย อย่างไรก็ตาม จากการรณรงค์ให้มีการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นระยะๆ ในปัจจุบัน ยังพบว่าขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (พรทิพย์, 2548) เนื่องจากปัจจัยบางประการ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลายประการ ดังการศึกษาของคมสันต์ (2547) ที่ได้ศึกษาความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ และหลังคลอด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ สตรีที่มาตรวจฝากครรภ์ และตรวจหลังคลอด กลุ่มละ 500 ราย ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 75.5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่ขัดขวางการเข้ารับการตรวจภายในและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ อายุ กลัว ไม่มีเวลา กลัวค่าใช้จ่ายสูง และไม่รู้สถานที่ตรวจ ร้อยละ 64.5 56.2 52.7 42.8 และ 34.8 ตามลำดับ ซึ่งมีความสอดคล้องกับ วราภรณ์ (2544) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาในสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และไม่เคยรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมาก่อน จำนวน 274 ราย พบว่าร้อยละ 53.6 มีความตั้งใจที่จะไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรก เนื่องจากความอาย เพราะในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้ตรวจต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด จึงเป็นการเปิดเผยอวัยวะเพศ ซึ่งมีความรู้สึกว่าเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด และเกิดความอายที่จะไปรับการตรวจ (Holroyd, Twinn & Shia, 2001) นอกจากนี้ความเชื่อในเรื่องของการไม่มีอาการผิดปกติก็ยังมีผลต่อการมารับบริการตรวจด้วยเช่นกัน ดังการศึกษาของ จุฬารัตน์ (2546) ซึ่งได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่าในกลุ่มที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองหรือมารับการตรวจไม่สม่ำเสมอในช่วง 3 ปี มีความคิดว่า ตนเองไม่น่าจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่มีความผิดปกติใดๆ สูงถึงร้อยละ 88.33 สอดคล้องกับการศึกษาของ ยูภาพร (2548) ที่ได้ศึกษาในสตรีกลุ่มตัวอย่าง 276 ราย พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งก่อนๆ มีถึงร้อยละ 88 และไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองเลยร้อยละ 12 พบว่าเหตุผลหลักของ

การไม่ไปรับการตรวจคัดกรองของกลุ่มตัวอย่าง คือ ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาถึงรูปแบบและวิธีการที่ทำให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นนั้นส่วนใหญ่เน้นวิธีการให้ความรู้ จุฬารัตน์ (2546) ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษา พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมพฤติกรรมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเมื่อเปรียบเทียบความตั้งใจในการมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 96.67 และกลุ่มควบคุมมีความตั้งใจในการรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 6.67 จากการติดตามการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในระยะเวลา 1 เดือน พบว่าจำนวนสตรีที่มีความตั้งใจในการรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกจำนวน 29 ราย ได้ไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 86.21 เหตุผลสำคัญที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกเหนือจากตนเองไม่มีความผิดปกติใดๆ แล้ว ร้อยละ 40 ในสตรีในกลุ่มทดลองยังมีความอายที่จะเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์ต่อผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีเหตุผลอื่นที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น กลัวขั้นตอนต่างๆ ในการตรวจ กลัวจะทราบว่าตนเองเป็นมะเร็งปากมดลูก โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมดังกล่าวมุ่งเน้นเฉพาะการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กระบวนการกลุ่มเท่านั้น ไม่มีกิจกรรมเพื่อลดอุปสรรคและสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาดังกล่าว พบว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ ศราวุธ (2549) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม สามารถส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่โปรแกรมสุขศึกษาดังกล่าวก็มุ่งเน้นเฉพาะให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ และรับรู้ถึงสถานการณ์ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ได้มีกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัวและอาย ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเช่นกัน นอกจากนี้กรรณิการ์ (2549) ได้นำการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอแห่งหนึ่ง จังหวัดลพบุรี เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อติดตามการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มทดลองภายหลังได้รับความรู้ พบว่ามีเพียงร้อยละ 78.8 ที่มารับบริการตรวจ ซึ่งการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้เน้นการบรรยายในเรื่องความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้สื่อประกอบ คือ แผ่นพับ และนอกจากนี้ยังใช้สื่อบุคคลซึ่งเป็นสตรีที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกที่อาศัยอยู่ในชุมชนมาเล่าเรื่องจากประสบการณ์จริง แต่การศึกษาดังกล่าวก็ยังไม่มียุทธศาสตร์แบบกิจกรรมเพื่อการจูงใจและลดอุปสรรคในตนเองของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ในรูปแบบของการบรรยาย การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ยังขาดการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อลดอุปสรรคที่สัมพันธ์กับความกลัวและความอาย และขาดการสร้างแรงจูงใจในการมาตรวจหาหามะเร็งเร็งปากมดลูก ด้วยเหตุผลนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมโดยสร้างแรงจูงใจให้แก่สตรีชนบท ตามกรอบแนวคิดของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลไว้ว่า การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและการเจ็บป่วย และต้องไม่มีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยปรับเปลี่ยนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อน ญาติ บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่าโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจให้แก่สตรีชนบท ใช้หลักให้บริการเชิงรุกโดยการส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง ด้วยการจัดสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน และลดความรู้สึกลัว/อาย ซึ่งเป็นอุปสรรคในการมาตรวจหาหามะเร็งเร็งปากมดลูก โดยใช้การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกด้วยหุ่นจำลองที่มีผ้าปิดมิดชิดและสามารถจับต้องอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจคัดกรองได้ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูก จะช่วยให้สตรีชนบทเกิดการรับรู้ในทางบวกและตระหนักถึงความสำคัญรวมทั้งไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเร็งปากมดลูกในที่สุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับโรค ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร
3. เพื่อเปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอนหรือไม่
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรหรือไม่
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

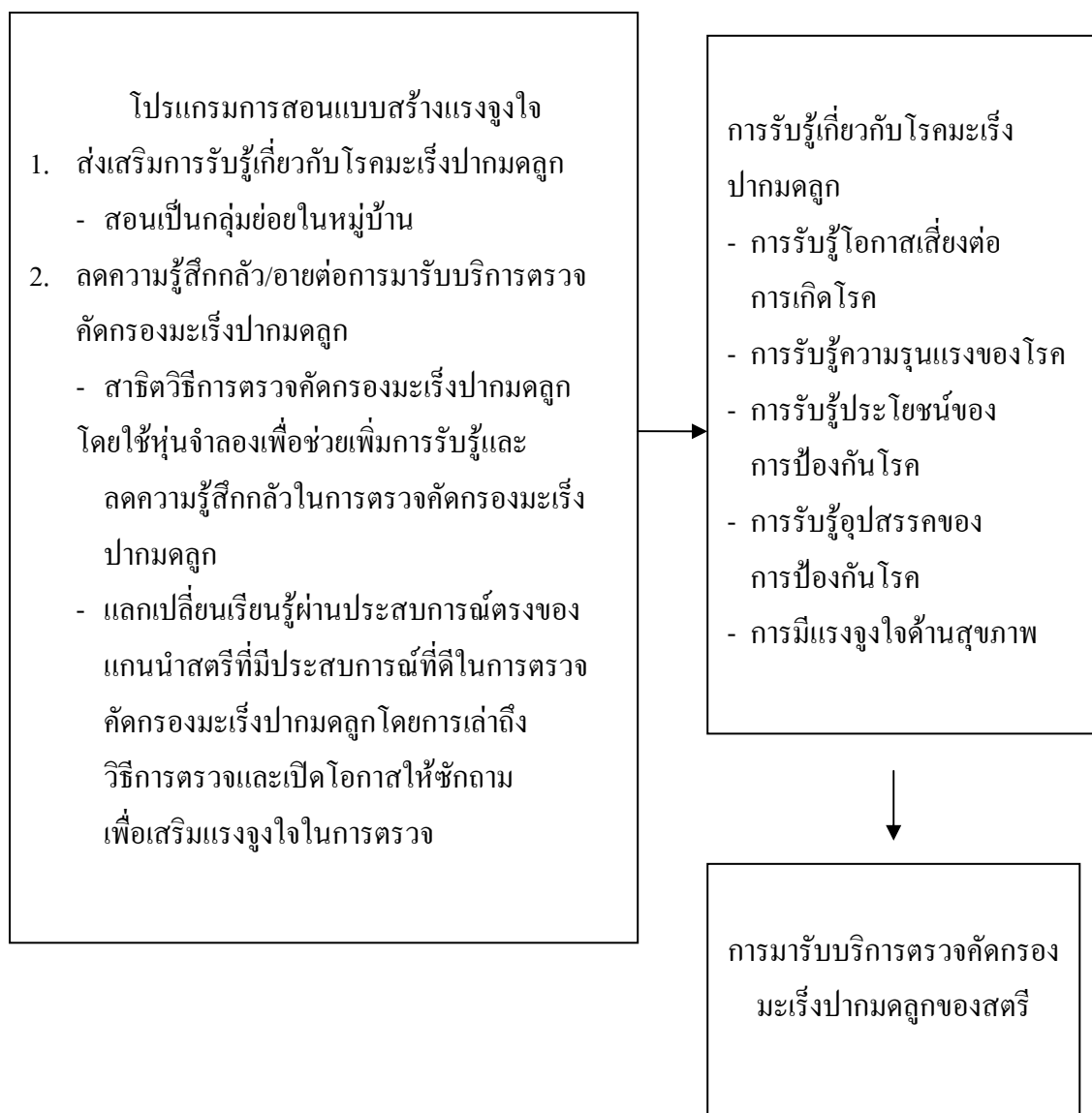
1. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอน
2. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การที่บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการป้องกันโรค (ทศน์, 2544) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีมีการรับรู้และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องและเหมาะสมจึงมีความจำเป็น ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) ในการกำหนดรูปแบบการสอนซึ่งมีแนวคิดว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลอธิบายได้จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้มีส่วนช่วยผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีในการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสียหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น และรวมถึงแรงจูงใจด้านสุขภาพ จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เชื่อว่าสามารถอธิบายพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มากที่สุด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติในการป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันโรค และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (จิตหทัย, 2542; มานพ, 2542; สุจิตรา, 2549)

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้จัดทำโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของสตรีไทยในชนบทซึ่งเป็นครอบครัวขยาย มีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อน กลุ่มอาชีพ เป็นต้น และจากการรวมกลุ่มกันในหมู่บ้านนี้เองที่ชักนำให้สตรีชนบทมาพบปะกัน ติดต่อสื่อสารกัน สร้างความสัมพันธ์ด้วยความสมัครใจ ซึ่งก่อให้เกิดความไว้วางใจ ช่วยเหลือเกื้อกูลและมีความร่วมมือต่อกัน จนกลายเป็นความสัมพันธ์ทางครอบครัว ระหว่างญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้อาวุโส และมีการนับถือกันโดยสายเลือดและประเพณี ทำให้สมาชิกแต่ละคนในหมู่บ้านสนใจและห่วงใยความเป็นไปในชีวิตของสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย (สมรักษ์, 2549) จากรูปแบบการดำรงชีวิตของสตรีไทยในชนบทดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมเพื่อลดอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อันประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน ในหมู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากการสอนในรูปแบบนี้มีข้อดี คือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และยังมีกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกล้า/อาย โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับหุ่นจำลองที่เหมือนจริง เพื่อเป็นสื่อให้เกิดการเรียนรู้ ช่วยให้เห็นจริงและสามารถจับต้องอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองได้ ทราบถึงวิธีการตรวจ กระตุ้นให้เกิดความน่าสนใจและลดความรู้สึกล้า/อายลงได้ (เนตร์พัฒนา, 2546) นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้

ผ่านประสบการณ์ตรงในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สื่อบุคคล ซึ่งเป็นสื่อที่ดีที่สุดในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร (กรรณิการ์, 2549) ผู้วิจัยนำมาปรับใช้เพื่อ ให้สตรีชนบทเกิดการตระหนักรู้เห็นความสำคัญและมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ หมายถึง กิจกรรมการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้แก่ผู้รับบริการ โดยนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) มาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย การสอนเป็นกลุ่มย่อย ในหมู่บ้าน การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการลดความรู้สึกลัว/อายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการเล่าถึงวิธีการตรวจและเปิดโอกาสให้ซักถาม

การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง การรับรู้ตนเองของสตรีเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในด้านต่างๆ ซึ่งวัดโดยใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค ประกอบด้วย การรับรู้ในด้านต่างๆ 5 ด้าน ได้แก่

1. *การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค* หมายถึง การรับรู้ของสตรีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
2. *การรับรู้ความรุนแรงของโรค* หมายถึง การรับรู้ของสตรีเกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
3. *การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค* หมายถึง การรับรู้ของสตรี เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
4. *การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค* หมายถึง การรับรู้หรือคาดการณ์ของสตรีเกี่ยวกับปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
5. *การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ* หมายถึง กิจกรรมเพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่สตรีในชนบท อันประกอบด้วย การส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการจัดสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน และลดความรู้สึกลัว/อายโดยใช้การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยหุ่นจำลอง และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและเปิดโอกาสให้ซักถาม

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง จำนวนสตรีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีภายในระยะเวลา 1 เดือน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและได้รับการสอนตามกิจวัตร ซึ่งประเมินโดยการรวบรวมข้อมูลจากทะเบียน

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของศูนย์อนามัยที่ 11 และทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสถานีนามัยที่อยู่ในตำบลของกลุ่มตัวอย่าง

ขอบเขตของการทำวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง มุ่งศึกษาเปรียบเทียบการมารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบทที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและสตรีชนบทที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีกลุ่ม อายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในจังหวัด นครศรีธรรมราช จำนวน 52 ราย โดยมีระยะเวลาที่ศึกษาอยู่ในระหว่างเดือนกรกฎาคม 2551 ถึง เดือนตุลาคม 2551

ความสำคัญของงานวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และให้สุศึกษาเรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางในการรณรงค์ ชักชวนให้สตรีมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น
2. ได้รูปแบบกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นการสอนแบบสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริม การมารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มที่ไม่เคยมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกเลย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน
2. นโยบายและมาตรการทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
3. วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
5. แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง
6. โปรแกรมการสอนเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

แนวคิดเกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยที่สุดในสตรีไทย เฉลี่ยมีผู้ป่วยรายใหม่ 5,462 รายต่อปี (ประเสริฐ, 2546) และมะเร็งปากมดลูกก็เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของสตรีไทยทั้งๆ ที่สามารถตรวจพบโรคได้ง่ายในระยะเริ่มแรกและรักษาให้หายขาดได้ (ณัฐพงศ์, 2548) แต่สตรีไทยส่วนใหญ่ยังละเลยที่จะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก (ศิริกาญจน์, 2549) ในปัจจุบันแม้ว่าการแพทย์และการรักษาจะเจริญก้าวหน้าไปอย่างมากแต่ก็ไม่สามารถรักษาโรคนี้ได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคได้ลุกลามไปมากแล้วทำให้การรักษามีความยุ่งยากและต้องใช้เวลารักษานาน ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูง (จตุพล, 2547) และจากรายงานผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของจังหวัดเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก 9.5 ต่อแสนประชากร ในปีพ.ศ. 2544 เป็น 14.3, 13.6, 17.4 และ 57.2 ในปี พ.ศ. 2548 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2548) แต่โรคมะเร็งปากมดลูกก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับการตรวจพบและรักษาเสียตั้งแต่ในระยะก่อนเป็นมะเร็งซึ่งเชื่อบุปากมดลูกเพิ่งเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง (สมเกียรติ, 2545)

อุบัติการณ์

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายของสตรีในประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 80 ซึ่งจากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1995 ได้เปรียบเทียบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคมะเร็งในปี ค.ศ. 1981 และปี ค.ศ. 2015 พบว่าประเทศกำลังพัฒนาจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจาก 5 ล้านคน เป็น 10 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2015 และจะมีผู้ป่วยเสียชีวิตเพิ่มจาก 3 ล้านคน เป็น 6 ล้านคน (WHO, 2002) เนื่องจากประเทศกำลังพัฒนายังมีปัญหากับการป้องกันและการดูแลรักษาโรคมะเร็ง

ในประเทศไทยอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรีไทย ในปี พ.ศ.2547 มีผู้ป่วยรายใหม่ 6,583 ราย และมีผู้เสียชีวิตในปีเดียวกันประมาณ 3,791 ราย และในปี พ.ศ. 2551 คาดว่าจะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มเป็นประมาณ 8,000 ราย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) ทั้งนี้จากรายงานอุบัติการณ์รายภาค พบว่า ภาคเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด โดยในจังหวัดเชียงใหม่ พบอุบัติการณ์ 29.4 ต่อแสนประชากร ส่วนภาคใต้ซึ่งรายงานอุบัติการณ์ของจังหวัดสงขลา พบอัตรา 20.6 ต่อแสนประชากร ซึ่งส่วนใหญ่พบในสตรีอายุระหว่าง 35-50 ปี และพบมากที่สุดที่สตรีอายุ 45-50 ปี และจากข้อมูลดังกล่าว สถาบันมะเร็งแห่งชาติคาดการณ์ว่า จะพบมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ในสตรีไทยเพิ่มเป็น 8,000 ราย ในปี พ.ศ. 2551 ถ้าไม่มีมาตรการในการควบคุม (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550)

พยาธิสภาพ

มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงซึ่งเกิดที่เยื่อบุปากมดลูก เซลล์มะเร็งจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งมีการขยายขนาดของเซลล์ใหญ่ขึ้นด้วย ในขณะที่เซลล์มะเร็งกำลังเจริญงอกงามอยู่นี้จะลุกลามทำลายอวัยวะที่อยู่ใกล้เคียงทั้งยังสามารถลุกลามทะลุเข้าไปในหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง แล้วกระจายเข้าไปในหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองไปเจริญงอกงามต่อไปอีกตามอวัยวะอื่นๆ ที่อยู่ไกลออกไป เมื่อเซลล์มะเร็งไปติดที่อวัยวะใดก็จะทำให้เกิดเป็นมะเร็งที่ตำแหน่งนั้น เป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดที่หญิงไทย พบมากในช่วงอายุ 35-50 ปี (เพ็ญแข, 2544)

เนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ซึ่งปกติแล้วเนื้อเยื่อของอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมีกลไกควบคุมการเจริญเติบโตไม่ให้มากเกินไป ให้จำกัดอยู่ในอวัยวะนั้น ไม่ลุกลามหรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ แต่มะเร็งหรือเนื้อร้ายนั้นมีคุณสมบัติตรงข้ามแม้ว่าจะเป็นเนื้อเยื่อ

ของร่างกายเอง แต่มีการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กลไกในการควบคุมการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อนั้นสูญเสียไป จึงเกิดการเจริญเติบโตใหญ่ขึ้นโดยไร้การควบคุมสามารถลุกลามไปยังอวัยวะอื่นได้ เช่น เป็นมะเร็งที่ปากมดลูกแต่สามารถแพร่กระจายตามกระแสเลือดไปยังปอดหรือไปที่ต่อมน้ำเหลืองในช่องท้องได้ (สุรินทร์ทิพย์, 2546)

ความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นโดยร่างกายควบคุมไม่ได้ เกิดเป็นก้อนเนื้อออกซึ้นซึ่งมี 2 ชนิด คือ เนื้องอกธรรมดาและเนื้อร้ายหรือมะเร็งที่สามารถลุกลามออกไปยังอวัยวะใกล้เคียงตามทางเดินน้ำเหลืองและทางกระแสเลือด (ชัยพร, 2546) ซึ่งจะพบลักษณะเป็น เนื้องอกชนิดร้ายที่ปากมดลูก ใน 3 ลักษณะ คือ เนื้อมะเร็งเป็นเหมือนดอกกะหล่ำยื่นออกมาจากปากมดลูก เนื้อมะเร็งเป็นแผลลึกเข้าไปในปากมดลูก และเนื้อมะเร็งแทรกซึมเข้าไปในปากมดลูก (สฤกษ์พรณ, 2548)

กล่าวโดยสรุปได้ว่าเป็นความผิดปกติของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูก ที่เกิดจากการแบ่งตัวผิดปกติทำให้เกิดเป็นก้อนเนื้อออกซึ้นมา ซึ่งมีทั้งเนื้องอกชนิดธรรมดาและมะเร็ง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งพบว่าความเสี่ยงที่มีต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ (Femiss, 2002) โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง และอาจเป็นผลจากการมีโอกาสติดเชื้อไวรัส เอช พี วี สูงขึ้นและนานกว่าสตรีทั่วไป (จตุพล, 2547)
2. เศรษฐฐานะ ความเป็นอยู่ ความยากจน มักพบโรคนี้นในคนยากจนมากกว่าคนร่ำรวย เนื่องจากคนยากจนไม่ค่อยให้ความสนใจในด้านสุขภาพอนามัยมากนัก (อนงค์, 2543)
3. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน ซึ่งจะบ่งบอกถึงโอกาสที่สตรีจะได้รับสารก่อมะเร็งมากขึ้น การมีประสบการณ์ทางเพศกับผู้ชายที่มีความสำส่อนทางเพศ มีรายงานพบว่า สตรีเหล่านี้จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงถึง 7 เท่า (วสันต์และฉัฐพงศ์, 2542)
4. มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี (Human Papiloma Virus) (Rubin, 1999) ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่สุดของโรคมะเร็งปากมดลูก (Chamarro, 2000) โดยมีมากกว่า 70 ชนิด แต่ชนิดที่ถือว่ามีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก คือ ชนิด 16, 18 และ 31 โดยเฉพาะชนิดที่ 18 ซึ่งเป็นชนิดที่ทำให้มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกคืบหน้าไปเป็นมะเร็งระยะลุกลามอย่างรวดเร็ว (Brant, 1999; Clark, 1994)

5. มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์ (ไพรัช, 2545) สตรีที่ติดเชื้อ HIV มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก (ไพรัช, 2545)
6. การสูบบุหรี่ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อาจเกิดได้จากการสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติได้ นักวิทยาศาสตร์พบสารที่ก่อให้เกิดมะเร็งในน้ำเมือกที่ปากมดลูกของคนสูบบุหรี่ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)
7. ผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น เพื่อรักษาโรคหอบ ก็มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น (กรมอนามัย, 2544)
8. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พบว่าสตรีที่ขาดสารอาหาร ได้แก่ เบต้าแคโรทีน วิตามินเอ วิตามินซี และกรดโฟลิกเป็นเวลานานๆ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้การขาดวิตามินอี และโฟเลตจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้ (Furmiss, 2002)
9. การใช้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ถ้านานกว่า 5 ปีและ 10 ปี จะมีความเสี่ยงสูงขึ้น 1.3 เท่าและ 2.5 เท่าตามลำดับ (Smith et al., 2003)

อาการและอาการแสดง

มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะไม่พบลักษณะผิดปกติของปากมดลูก แต่ที่สามารถสังเกตได้อาจเห็นเป็นแผลเล็กๆ ตื้นๆ เป็นลักษณะของแผลเรื้อรังบริเวณปากมดลูก (สวารต, 2546) อาการและอาการแสดงทั่วไปของโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งในระยะเริ่มแรกของโรคมะเร็งปากมดลูกมักไม่เกิดอาการแสดงใดๆ อาจมีเพียงตกขาวเป็นมูกใสๆ จากปฏิกิริยาของต่อมเซลล์บนพื้นผิวบริเวณปากมดลูกนั้นมีการเปลี่ยนแปลงคล้ายการอักเสบ ต่อมาหากมีการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกเกิดการอักเสบเพิ่มมากขึ้นจนกลายเป็นแผลถลอกจะทำให้ผู้ป่วยมีเลือดออกภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์ได้ (สัญญาชัยและสมศักดิ์, 2542)

อาการของมะเร็งปากมดลูก

1. ตกขาว

ระยะเริ่มแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่มีอาการอะไรเลย หากมีมาพบแพทย์ด้วยอาการมีตกขาวเป็นมูกใส หรือมีน้ำไหลออกมาทางช่องคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของอาการปากมดลูกอักเสบหรือมีการติดเชื้อ และบางคนอาจมาด้วยมีอาการตกขาวมีกลิ่นเหม็น หรือมีตกขาวปริมาณมาก หรือมีเลือดปน

2. มีเลือดออกทางช่องคลอด (bleeding)

การมีเลือดออกทางช่องคลอดเป็นอาการนำที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ และเลือดที่ออกมาจากช่องคลอด มักออกกะปริดกะปรอยซึ่งอาจจะเป็นเลือดที่ออกหลังจากการมีเพศสัมพันธ์ หรือเป็นเลือดที่ออกโดยไม่มีอาการกระทบกระเทือนเลยก็ได้ เมื่อการดำเนินโรคมามากขึ้น ปริมาณเลือดที่ออกก็จะมากขึ้นด้วย (สุรินทร์และชัยยศ, 2544) ซึ่งสาเหตุของการมีเลือดออกทางช่องคลอดนั้น เกิดจากเซลล์มะเร็งยับยั้งการทำงานของทรอมโบสพอนดิน (thrombospondin) จึงมีเลือดออกมาเล็ยงจำนวนมาก เมื่อมะเร็งลุกลามขยายขนาดไปกดทับหลอดเลือดทำให้ผนังหลอดเลือดตาย หลอดเลือดทะลุ หรือการกระทบกระเทือนทำให้หลอดเลือดฉีกขาดจึงมีเลือดออกปริมาณมาก อาจทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้ (ฐิติพร, 2541; พัทสนนท์, 2543)

3. อาการปวดท้อง (abdominal pain)

อาการเจ็บปวดจะเกิดในระยะท้ายของโรคที่เป็นมากและมีการลุกลามแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาท ออฟทูลเตอร์ (obturator) และเซียร์ติก (sciatic) หรือมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะข้างเคียงทำให้ขัดขวางการทำงานและอุดตันอวัยวะที่สำคัญนั้นๆ บางรายมีอาการปวดมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบหรือติดเชื้อในอวัยวะต่างๆ (ฐิติพร, 2541; คุณย์, 2544)

4. สิ่งคัดหลั่งมีกลิ่นเหม็น (malodorous discharge)

มะเร็งในระยะเริ่มต้นอาจมีสิ่งคัดหลั่งเป็นมูกขาวใสหรือเป็นน้ำไหลออกทางช่องคลอด ซึ่งเป็นปฏิกิริยาของเซลล์ชนิดที่มีการอักเสบหรือมีการติดเชื้อ ในมะเร็งระยะที่มีการลุกลามหรือระยะสุดท้ายของโรค จะมีการลุกลามมาที่ผิวหนังบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดแผล เกิดการติดเชื้อ มีการเน่าตายของเนื้อเยื่อ ทำให้สิ่งคัดหลั่งมีกลิ่นเหม็นเน่า (ฐิติพร, 2541)

การรักษา

การรักษามะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับสภาพความสมบูรณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ระยะและขนาดการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เป็น (วสันต์, 2542) ซึ่งอาจการรักษาได้เป็น 4 วิธี (จตุพล, 2547) ได้แก่ การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้ยาเคมีบำบัด และการรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน

นโยบายและมาตรการทางด้านสาธารณสุขในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

องค์การอนามัยโลก มีนโยบายให้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจาก (WHO, 2002)

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกถ้าได้รับการตรวจและรักษาในระยะเริ่มแรก (early detection) สามารถรักษาให้หายได้
2. ถ้าผู้หญิงกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอทุก 3 ปี จะลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 60 (WHO, 1995)
3. กลุ่มผู้หญิงที่ควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ควรอยู่ในระหว่างอายุ 35-54 ปี
4. ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารและชักชวนให้ผู้หญิงได้มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ประเทศไทยได้มีนโยบายเร่งรัดให้มีการดำเนินการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีเพื่อให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายให้ได้ประมาณร้อยละ 80 ภายในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งคาดว่าจะทำให้อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกลดลงร้อยละ 55 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2550) การป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีจุดประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์พยาธิสภาพและการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (จตุพล, 2547)

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวกับมะเร็ง หรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็งได้ (จตุพล, 2547) แต่วิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์ที่ให้ผลดีที่สุด ก็คือ การฉีดวัคซีนให้แก่สตรีตั้งแต่อยู่ในวัยเด็ก แต่วัคซีนก็ไม่สามารถใช้รักษาการติดเชื้อและโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ HPV ที่กำลังเป็นอยู่ได้ ประชากรกลุ่มเป้าหมายของการฉีดวัคซีน คือ เด็กหญิงวัยก่อนมีเพศสัมพันธ์อายุ 9 - 13 ปี (WHO, 2009)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) คือ ลดอัตราป่วยและอัตราการตายโดยการคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยในระยะเริ่มแรก การคัดกรองที่ดีจะต้องปฏิบัติได้ง่าย ประชากรยอมรับได้ ราคาถูก และมีผลวัดได้สูง เช่น การตรวจแพปสเมียร์เพื่อค้นหาหามะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านม การป้องกันระดับนี้มีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้การรักษาทำได้ง่ายและหายขาดได้

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยมะเร็ง โดยการให้ความรู้และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องรีบแก้ไขทันที มะเร็งปากมดลูกแม้จะเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามสุขภาพอนามัยของสตรี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่มะเร็งปากมดลูกก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบในระยะเริ่มแรก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นการป้องกันระดับตติยภูมิ

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญของงานควบคุมมะเร็งมากขึ้น โดยได้กำหนดไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) แผนงานในการควบคุมมะเร็งปากมดลูกเป็นนโยบายในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อดำเนินงาน ค้นคว้า วิจัย และรักษามะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยอายุ 25-60 ปี ทั่วประเทศ และได้จัดให้มีกิจกรรมสำคัญ คือ จัดอบรมแพทย์ และพยาบาลทุกโรงพยาบาลเป็นครูฝึกระดับจังหวัด และให้ครูฝึกระดับจังหวัดดำเนินการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับสถานีอนามัย ให้สามารถตรวจหามะเร็งปากมดลูก โดยวิธีแพพสเมียร์ และให้คำแนะนำปรึกษาได้ จัดหาวัสดุอุปกรณ์การตรวจแพพสเมียร์ จัดสรรงบฯ เผยแพร่ และให้บริการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารรวมถึงการนิเทศติดตามงาน (กรมการแพทย์, 2534 อ้างตาม เจตนา, 2540)

ในปี 2541 ประเทศไทยได้เล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็ง จึงมีนโยบายจัดทำแผน การป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ โดยประกาศแต่งตั้งคณะทำงานมาเป็น 7 คณะ โดย 1 ใน 7 คณะนั้นเป็นคณะอนุกรรมการด้านการตรวจหามะเร็งระยะแรกเริ่ม (secondary prevention) โดยมีอนุกรรมการ 36 ท่าน เพื่อจัดทำแผนการวินิจฉัยมะเร็งระยะแรกเริ่มสำหรับมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม และแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติได้บรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 แต่ปรากฏว่าแผนดังกล่าวไม่ได้นำมาปฏิบัติ เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนระบบโครงสร้างของรัฐบาล (สมเกียรติ, 2545) และจากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยพบว่าสตรีที่มีอายุ 35 ถึง 59 ปี ทั่วประเทศไทยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 28.93 ไม่ทราบว่าตนเองได้รับการตรวจหรือไม่ร้อยละ 1.47 และไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 69.60 (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

อย่างไรก็ตามในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายในการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการให้บริการตรวจภายในหรือตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 60 ของสตรีอายุ 35 ปี, 40 ปี, 45 ปี, 50 ปี, 55 ปี และ 60 ปี ต้องได้รับข่าวสารและได้รับการตรวจภายในหรือตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี โดยเริ่มตรวจจากอายุ 35 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) แม้ว่าจะมีนโยบายระดับชาติที่มุ่งให้มีการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีแต่ในระดับปฏิบัติพบว่า การมารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของสตรียังอยู่ในอัตราที่ต่ำ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันโรคขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตรวจพบโรคตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ซึ่งการตรวจคัดกรองที่ดีจะต้องเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย สะดวก ไม่มีขั้นตอนที่ยุ่งยากและซับซ้อน เป็นวิธีที่ประชาชนยอมรับได้ดี มีราคาถูกลง และมีผลที่วัดได้สูง (กรรณิการ์, 2549) และวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

การคัดกรองโดยวิธีแพปสมียร์ (pap smear)

การตรวจภายในอวัยวะสืบพันธุ์ของสตรีในระยะแรกๆ ไม่พบแผลมะเร็งด้วยตาเปล่า จึงต้องตรวจโดยใช้วิธีตรวจภายในทุกราย และถือว่าการตรวจที่ต้องทำเป็นประจำ โดยเฉพาะสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป (แลสลิ้ม และสมหมาย, 2544) คำว่า “Pap Smear” มาจากชื่อของ Dr. Geoge Nicholas Papanicolaou ซึ่งเป็นผู้ค้นพบวิธีการตรวจนี้ เมื่อปี ค.ศ. 1930 วิธีการตรวจทำโดยการเก็บหรือการป้ายเอาเซลล์จากตำแหน่งที่ต้องการตรวจคัดกรองไปป้ายลงบนแผ่นกระจกใส (Glass Slide) Fixed ย้อมสีแล้วดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ (ธีรวิฑูมิ, เทวินทร์, วรรณเพ็ญ, และนวลพรรณ, 2549) โดยแพทย์จะนำเอาเซลล์ที่อยู่บริเวณปากมดลูกมาตรวจโดยใช้กล้องจุลทรรศน์ เพื่อค้นหาเซลล์มะเร็ง (ศูนย์มะเร็งลพบุรี, 2548)

การเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

เพื่อให้การตรวจอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและทำให้การเก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกส่งตรวจมีคุณภาพส่งผลถึงความแม่นยำในการรายงานผลควรปฏิบัติตัว ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

1. ในวัยเจริญพันธุ์ให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน คือ สัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน
2. ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา
3. ไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง
4. ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดก่อน 48 ชั่วโมง

5. ไม่ใช้ผ้าอนามัยแบบสอด หรือใช้ยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนถึงการสวนล้างช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง

6. งดการมีเพศสัมพันธ์ 2 วัน ก่อนตรวจ

วิธีปฏิบัติและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

มีวิธีปฏิบัติและขั้นตอนการตรวจ ดังนี้ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548)

1. วิธีการตรวจ เริ่มจากจัดท่าของผู้รับการตรวจให้นอนในท่าที่เหมาะสม ได้แก่ ท่าชันขาหยั่ง คือ จัดให้นอนในท่าก้นต่ำหรือพ้นจากขอบเตียงออกมาเล็กน้อย สอดเครื่องถ่างขยายช่องคลอดเข้าไปในช่องคลอดค่อยๆ ขยายช่องคลอดอย่างนุ่มนวลจนเห็นปากมดลูกชัดเจน ตรวจดูด้วยตาเปล่าแล้วใช้ไม้พายป้ายเซลล์บริเวณปากมดลูกหมุนไม้พายจนครบ 360 องศา และนำมาสเมียร์ลงบนแผ่นสไลด์ก่อนจะจุ่มลงในน้ำยารักษาเซลล์เพื่อส่งตรวจ

2. ตำแหน่งที่จะเก็บหรือป้ายเอาเซลล์ไปตรวจมี 3 ตำแหน่ง คือ

2.1 บริเวณช่องคลอดด้านหลัง (posterior fornix) เป็นตำแหน่งที่รวมของเซลล์ที่หลุดมาจากส่วนต่างๆที่อยู่เหนือขึ้นไป ในตำแหน่งนี้ให้ผลลบลงได้สูงมากประมาณร้อยละ 50

2.2 บริเวณปากมดลูกภายนอก (ectocervix) เป็นเซลล์ที่ได้จากบริเวณปากมดลูก ซึ่งการวินิจฉัยก็จะแม่นยำขึ้นและผลลบลงนั้นจะน้อยกว่าบริเวณช่องคลอดด้านหลัง

2.3 บริเวณภายในช่องคอมดลูก (endocervix) เป็นบริเวณที่ดีที่สุด เพราะเป็นบริเวณที่เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากที่สุด

ส่วนการรายงานผลทางพยาธิวิทยานิยมใช้ระบบเบเทสดา (The Bethesda 2001) เพราะให้รายละเอียดและสื่อสารแนวทางการวางแผนดูแลรักษาผู้ป่วยได้ดีกว่าระบบอื่นๆ เท่าที่มีอยู่ในปัจจุบัน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) แต่การตรวจด้วยวิธีนี้ก็ยังมีข้อจำกัด คือ ต้องการระบบการทำงานที่ค่อนข้างสลับซับซ้อนหลายขั้นตอนและใช้อุปกรณ์หลายชนิด เช่น สไลด์, spatula, น้ำยาในการย้อมสไลด์, กล้องจุลทรรศน์ และการแปลผลกระทำโดยนักเซลล์วิทยาที่ผ่านการอบรม นอกจากนี้การขนย้ายสไลด์ไปห้องปฏิบัติการจะต้องเชื่อใจได้ องค์กรประกอบทั้งหมดถ้าไม่ครบถ้วนก็ทำให้การทำ PAP smear เป็นไปไม่ได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

3. ควรเก็บเนื้อเยื่อตัวอย่างก่อนสอดนิ้วเข้าช่องคลอดเพื่อตรวจภายใน (ประเสริฐและวิชัย, 2547)

4. ขณะเก็บเซลล์ตัวอย่างต้องเห็นปากมดลูกและเชื่อมุช่องคลอดรอบปากมดลูกอย่างชัดเจน

5. การตรวจในช่วงหลังคลอด ควรรอ 6-8 สัปดาห์หลังการคลอด ทั้งนี้เพราะให้ ขบวนการอักเสบและการซ่อมแซมปากมดลูกเรียบร้อยเสียก่อน ช่วงที่ควรตรวจและดี คือ ในสัปดาห์ที่ 3-4 ก่อนมีประจำเดือน (จตุพล, 2547)

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางและอ่านผลด้วยตาเปล่า
(*Visual Inspection with Acetic acid หรือ VIA*)

เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจภายในและน้ำส้มสายชู โดยขโมลปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5% ภายหลังจากรอเวลา 1 นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณปากมดลูก ซึ่งมีลักษณะเป็นสีขาว ซึ่งแสดงถึงความผิดปกติในระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็ง (สมเกียรติ, 2545) ค่าความไวของวิธีนี้ 77 % สูงกว่าวิธี แพปสเมียร์ซึ่งมีค่าความไว 44% ในขณะที่ค่าความจำเพาะ 64% นั้นต่ำกว่า แพปสเมียร์ซึ่งมีค่าความจำเพาะ 91% (Zimbabwe, 1999) ข้อได้เปรียบของการใช้วิธีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางและอ่านผลด้วยตาเปล่าเป็นผลมาจากการมีเทคนิคที่ง่าย ราคาถูก และความไวสูง (บัณฑิต, 2549)

ข้อดีและจุดเด่นของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางและอ่านผลด้วยตาเปล่ามีหลายประการ ได้แก่ สามารถทำได้โดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ ทำได้ในสถานที่ทุกแห่ง ทราบผลได้ทันที คุณภาพของการตรวจคัดกรองมีความไวสูงกว่าการคัดกรอง โดยวิธีแพปสเมียร์ และสามารถบอกขนาดและบริเวณของความผิดปกติบริเวณปากมดลูกได้ (สมเกียรติ, 2545) แต่ VIA มีข้อด้อย คือ ไม่สามารถทำได้ในทุกกลุ่มอายุ เนื่องจากหลักการของการคัดกรองด้วยวิธีนี้ คือ สังเกตด้วยตาเปล่าถึงการเปลี่ยนแปลงบริเวณรอยต่อระหว่างเยื่อมดลูกด้านนอก และด้านใน (Squamo-columnar Junction หรือ SCJ) และเส้นแบ่งระหว่างรอยต่อระหว่างเซลล์เก่าและเซลล์ใหม่ (Transitional Zone หรือ T - Zone) โดยพบว่าเส้นแบ่งระหว่างรอยต่อระหว่างเซลล์เก่าและเซลล์ใหม่จะเปลี่ยนแปลงเห็นชัดเมื่ออายุมากขึ้น จึงไม่สามารถบอกได้แน่นอนในสตรีที่อายุที่น้อยกว่า 30 ปีและอายุมากกว่า 45 ปี ซึ่งรอยต่อระหว่างเยื่อมดลูกด้านนอกและด้านในส่วนมากจะเลื่อนเข้าไปในรูปากมดลูกด้านใน (Cervical canal) การคัดกรอง ด้วยวิธี VIA จึงทำเฉพาะในกลุ่มอายุ 30-45 ปีเท่านั้น (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

ในการดำเนินงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก ควรดำเนินการในด้านการตรวจหาโรคมะเร็งให้พบตั้งแต่อยู่ระยะเริ่มแรก และในระยะก่อนเป็นมะเร็งซึ่งสามารถรักษาให้หายได้ และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม ในการดำเนินงานให้ได้ผลดี และมีความเป็นไปได้ในการนำวิธีต่างๆ ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ควรคำนึงถึงต้นทุนที่ต่ำที่สุด

การนำทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสังคมจะต้องคำนึงถึงทั้งตัวผู้ป่วย ผู้ให้บริการและสังคมโดยรวม

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิ และถ้าผู้หญิงทุกคนได้รับการตรวจภายในและตรวจหาหามะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอแล้ว เราจะสามารถป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามอย่างได้ผลหรือแม้ว่าจะเป็นมะเร็งแล้วก็มีโอกาสรักษาให้หายขาดได้ (ชัยพร, 2546) พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีจะเกิดขึ้นเมื่อสตรีเหล่านั้นรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกัน และรับรู้ถึงอุปสรรคของการป้องกัน จะทำให้อุบัติการณ์พฤติกรรมป้องกันการมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และตามด้วยพฤติกรรมป้องกันการโรคในระดับทุติยภูมิ นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกของบุคคล ล้วนแต่มีอิทธิพลกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี (เจษฎา, 2547) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการมาและไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมี ดังนี้

ปัจจัยภายในบุคคล

1. ความกลัว

ความกลัวเป็นเหตุผลสำคัญในการมารับบริการ ดังการศึกษาของ รัชณีพร (2543) เรื่อง ความรู้และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่าความรู้และพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูก ในผู้มารับบริการประมาณครึ่งหนึ่งยังมีความรู้ระดับปานกลางและอีกเกือบ 1 ใน 5 มีความรู้น้อย ในแง่ของพฤติกรรม การตรวจ พบว่าเกือบร้อยละ 90 ไม่ใช่เป็นการตรวจครั้งแรกแต่มาตรวจอย่างสม่ำเสมอ และเหตุผลที่มาตรวจ คือ กลัวเป็นมะเร็ง สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยา (2549) เรื่อง การสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ตำบลป่าไผ่ อำเภอพร้าว จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษา พบว่าสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างไปตรวจหาหามะเร็งปากมดลูก คือ กลัวเป็น

มะเร็งปากมดลูก คิดเป็นร้อยละ 86.7 ดังนั้นความกลัวต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้สตรีไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. ความอาย

ความอายเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เพราะในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอดเป็นการเปิดเผยอวัยวะเพศ ซึ่งมีความรู้สึกว่าเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด ทำให้มีความอายที่จะไปตรวจ (Holroyd, Twinn & Shia, 2001) ดังการศึกษาหลายเรื่องที่เหมือนกันว่า สตรีในกลุ่มต่างๆ ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะมีความอายต่อการตรวจ เช่น เจตนา (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน ผลการศึกษาพบว่าสตรีที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 86 เห็นว่าเป็นเรื่องน่าอายจึงไม่มาตรวจ สอดคล้องกับ วนิดา (2541) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอท่าลี่ จังหวัดศรีสะเกษ เหตุผลสำคัญที่สตรีไม่เคยรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากความอาย เช่นเดียวกับที่พบในสตรีตั้งครรภ์ ที่คมสันต์ (2547) ศึกษาความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์ และหลังคลอด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มละ 500 ราย ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 75.5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยที่ขัดขวางการเข้ารับการตรวจภายในและตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ อาย กลัว ไม่มีเวลา กลัวค่าใช้จ่ายสูง และไม่รู้สถานที่ตรวจ ร้อยละ 64.5 56.2 52.7 42.8 และ 34.8 ตามลำดับ เช่นเดียวกับ วราภรณ์ (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยทำการศึกษาในสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และไม่เคยรับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมาก่อน จำนวน 274 ราย พบว่า ร้อยละ 53.6 มีความตั้งใจที่จะไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกเนื่องจากความอาย

3. ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

การไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ดังการศึกษาที่ผ่านมา เช่น ขอนนคร (2541) ศึกษาประเมินผลโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ ในสตรีอายุ 25 ถึง 60 ปีที่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 75 ราย และผู้ที่ไม่มารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกจำนวน 320 ราย ผลการศึกษา พบว่าสตรีที่ไม่มารับบริการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ เป็นเพราะการไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่น่าจะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจริย์ (2541) เรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีถึงร้อยละ 56.60 โดยให้เหตุผล คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และไม่ทราบว่าต้องตรวจทุกปี จึงไม่มารับการตรวจ เช่นเดียวกับจิรนนท์ (2548) ศึกษาเชิงคุณภาพในสตรีชนบทอายุ 35-60 ปี จำนวน 32 คน ที่อาศัยอยู่ในตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าการไม่มีอาการผิดปกติใดๆจึงไม่มารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และยุภาพร (2549) ศึกษาในสตรีชนบทตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา จำนวน 276 คน เหตุผลหลักของการที่ไม่ไปตรวจของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจเลย คือ ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งนอกจากนี้ยังพบในสตรีกลุ่มอื่น เช่น หญิงอาชีพพิเศษด้วย ดังเช่น การศึกษาของพรทิพย์ (2541) ถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในเขตท่องเที่ยวเมืองพัทยา ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 87.90 ของสตรีดังกล่าวไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสาเหตุส่วนใหญ่ ก็คือ ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

4. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

การได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จะช่วยให้สตรีเกิดความรู้ ความเข้าใจ และนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเจตคติต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังที่ศรายุทธ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-60 ปี จำนวน 45 ราย ผลการศึกษา พบว่า เมื่อจำแนกถึงสาเหตุของการไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างทุกคนให้เหตุผลตรงกันว่า เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

5. ระดับการศึกษา

เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ทำให้บุคคลมีการปรับตัว มีทักษะในการแก้ปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูง น่าจะมีความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นพื้นฐานสำคัญของการรู้จัก การตัดสินใจ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความสำคัญ เล็งเห็นประโยชน์ แสวงหาความรู้ และวิธีการที่ดีในการป้องกันโรค (เจษฎา, 2547) ดังการศึกษาของ โสภิตา (2544) พบว่า ระดับการศึกษาของสตรีในจังหวัดสุพรรณบุรี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมิ

6. รายได้

เป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดภาวะทางเศรษฐกิจ แสดงให้เห็นฐานะทางสังคม ความเป็นอยู่ ตลอดจนจนภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย ดังการศึกษาของ อรศรี (2544) ที่พบว่ารายได้มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์

7. ประวัติการมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรค

การมีบุคคลในครอบครัวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นจะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าครอบครัวที่ไม่มีบุคคลป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบว่าการมีมารดา พี่สาว หรือน้องสาว เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกบุคคลจะมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูง (บัณฑิต, 2549) จากการศึกษาของ จิรนนท์ (2548) พบว่าเป็นเพราะตนเองไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางกรรมพันธุ์ เพราะไม่มีญาติพี่น้องหรือสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก่อน จึงไม่มารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยภายนอกบุคคล

1. การได้รับข้อมูลข่าวสาร

ในการศึกษาความรู้เรื่องโรค และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ ดังการศึกษาของ กุศลธิดาพร (2548) ศึกษาในสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยพบว่ากลุ่มที่ได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกในการเข้ารับบริการตรวจ จะมารับบริการตรวจมากกว่ากลุ่มที่ไม่ทราบข่าวสาร นาริรัตน์ (2543)

2. รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โดยทั่วไป การรับรู้ของบุคคล แรงจูงใจ และพฤติกรรมทางสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของ จุฬารัตน์ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว พบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โสภิตา (2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรศ (2546) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโครงการควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก, ด้านการรับทราบสถานที่ให้บริการตรวจ, ด้านความสะดวกด้านเวลา, ด้านความสะดวกด้านระยะทาง และด้านภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โดยสรุป จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาและไม่มารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก พบว่า ความอาย ความกลัว และไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ประกอบกับการไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ทำให้สตรีไม่เล็งเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จึงไม่ไปรับการตรวจ ส่วนการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นอีกปัจจัยที่อาจทำให้สตรีไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นแบบจำลองเพื่ออธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรค ซึ่งพัฒนามาจากงานวิจัยต่างๆ ซึ่งต่อมามีการนำมาใช้กับการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลในทุกระยะของสุขภาพ ตั้งแต่พฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วย (Janz et al., 2002) ซึ่งองค์ประกอบของแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย มโนทัศน์เกี่ยวกับการรับรู้ของบุคคล (individual perception) ปัจจัยร่วม (modifying factor) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (likelihood of action) (วัลลา, 2543; Becker, 1974 cited by Janz et al., 2002) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ เลวิน (Lewin) ซึ่งได้อธิบายว่าชีวิตของบุคคลอยู่ในพื้นที่ว่างของชีวิต (life space) บางส่วนมีคุณค่าทางลบ (negative valued) บางส่วนมีคุณค่าทางบวก (positive valued) การเป็นโรคเท่ากับอยู่ในคุณค่าทางลบซึ่งบุคคลสามารถหลีกเลี่ยงจากจุดนี้ได้ พฤติกรรมการป้องกันโรคจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงคุณค่าทางลบ คือ หลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยนั่นเอง (Pender, 1987) นอกจากนี้ เลวินยังเชื่อว่าการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ เกิดขึ้นได้ขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ (Mikhail, 1981) คือ คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และการคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้น

จากการที่แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกเสนอขึ้น เพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขที่ยังขาดความแน่นอน (decision-making under condition of uncertainty) เงื่อนไขทฤษฎีที่เป็นหลักการของรูปแบบนี้มี 2 ประการ คือ

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (readiness to take action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (perceptions of susceptibility and severity)
2. บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และให้น้ำหนักห้กลับกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์

ตามวิวัฒนาการของทฤษฎีตั้งแต่ปี ค.ศ. 1950 กลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกาได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายความล้มเหลวของการให้บริการป้องกันโรค ว่าทำไมประชาชนส่วนใหญ่จึงไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค เช่น การตรวจหาวัณโรคในระยะแรก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั่วๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อยเนื่องจากนโยบายสาธารณสุข ในระยะปี ค.ศ. 1950–1960 เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา (Becker & Maiman, 1975) โดยมีข้อสมมุติฐานว่าบุคคลจะแสวงหาผลและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพเกี่ยวกับด้านการป้องกันโรค เช่น การตรวจสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น การนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ มีการนำมาใช้ครั้งแรกในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการตัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2542) และต่อมา โรเซนสตัดด์ และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ได้เสนอแนะว่า ควรเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง (perceived self-efficacy) เข้ามาในแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ เพิ่มในส่วนของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเป็นไปได้ของการปฏิบัติพฤติกรรม (likelihood of action) รูปแบบของแบบจำลองจึงมีความแตกต่างจากเดิมทำให้สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ชัดเจนขึ้น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำมา ใช้ในงานวิจัยเพื่ออธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยมีโมทัศน์หลักที่ใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลประกอบด้วยการรับรู้ของบุคคล 4 ด้าน (Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974) คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมา เบคเกอร์ ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยอันประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 5 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตน และแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Nemcek, 1990) หลังจากนั้นแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงถูกนำมาใช้ในการอธิบายการป้องกันโรค เพื่อเป็นแนวทางให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002)

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย มี 5 ประการ คือ (Janz & Becker, 1984)

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลจึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะเป็นโรคต่างๆ

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ซึ่งก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยาก ลำบาก และการใช้เวลาในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้น แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงสูงเกินไปก็อาจจะทำให้จำข้อแนะนำได้น้อยและปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำได้

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ดีกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในการแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการรับรู้หรือการคาดการณ์ซึ่งเป็นปัจจัยทางลบ หรือเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น (Rosenstock,

1990 cited by Salazar, 1991) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลได้มากที่สุด (Janz & Becker, 1984)

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (health motivation)

การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นการสร้างความสนใจ ความห่วงใย ความปรารถนา และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำของแพทย์ การกระตุ้นเตือนจากญาติเพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารของบุคคลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจะก่อให้เกิดความรู้และความตระหนัก และรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคต่างๆ ที่จะเกิดกับตน ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย (Becker et al., 1977)

นอกจากนี้ ปัจจัยร่วม (modifying factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค หรือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความยากง่ายในการปฏิบัติตัวตามการให้บริการ ตัวแปรด้านปฏิสัมพันธ์ เช่น ชนิด คุณภาพ ความต่อเนื่อง และความสม่ำเสมอของสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้กับผู้รับบริการ ตัวแปรด้านสนับสนุน ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การรณรงค์ คำแนะนำจากเพื่อน บุคคลในครอบครัว และเจ้าหน้าที่หรือบุคคลอื่น การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของบุคคล (Damrosch, 1991; Janz & Becker, 1984; Rosenstock, 1974a)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็ง

ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น พบว่าประเด็นปัญหาสำคัญที่พบ คือ การไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมอาจมีวิธีการหลายวิธีร่วมกัน เมื่อประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อ พบว่า มีการศึกษาในเรื่องของการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกโดยตรงมีน้อย จึงศึกษาในเรื่องการป้องกันโรคมะเร็งอื่นที่ใกล้เคียงมาประกอบการทบทวนด้วย ดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ว่าคุณเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นจะต้องมีความเชื่อตามการรับรู้ของตนเองว่าคุณเองเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ดังเช่นการศึกษาของประดับ (2541) เรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑลในสตรีที่แต่งงานแล้วจำนวน 400 ราย ซึ่งพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ และจากการศึกษาในเรื่องของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของคิม (Kim, 2002) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมของสตรีชาวเกาหลีอายุ 30 ปีขึ้นไปจำนวน 310 ราย พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งสามารถทำนายการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยวิธีแมมโมแกรมได้

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นการรับรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดตามมาเมื่อตนเองป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต การต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาความสามารถในการทำงาน และผลกระทบต่อครอบครัว เป็นต้น แม้ว่าบุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสรู้เสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้ว บุคคลจะต้องมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคว่า โรคที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว รวมทั้งความสามารถในการทำงาน และจากการศึกษาของยุภาพร (2548) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้น กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวล หรือความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือ ร้อยละ 96.4 เห็นด้วยว่าการมีตกขาวจำนวนมาก มีเลือดออกจากช่องคลอดเป็นเรื่องผิดปกติ และเห็นด้วยเมื่อคิดว่าตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกกลัวมาก รองลงมาร้อยละ 95.3 เห็นด้วยว่าการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคทำให้เกิดปัญหาการเงินของครอบครัว

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

เป็นวิธีการที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้ห่างจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้นๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในการแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ ตามคำแนะนำด้วย ซึ่งจากการศึกษาของจุฬารัตน์ (2546) เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิม กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีไทยมุสลิมอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 100 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระดับสูง เนื่องจากมีการรับรู้ว่าการตรวจหามะเร็งปากมดลูกช่วยป้องกันมะเร็งปากมดลูกได้

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นการรับรู้หรือการคาดการณ์ ซึ่งเป็นปัจจัยทางลบ หรือเป็นอุปสรรคขัดขวางทำให้บุคคลหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดความรุนแรงของโรค มีประโยชน์อย่างมากในการป้องกันโรค และรับรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมมีอุปสรรคน้อย บุคคลจะมีความพยายามที่จะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ต้องเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของยุภาพร (2548) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา โดยศึกษาจากสตรีจำนวน 276 คน จากการศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5. การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ

การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นการสร้างความสนใจ ความห่วงใย ความปรารถนา และความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเกิดจากความสนใจสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล หรือเกิดจากการกระตุ้นของความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ รวมทั้งสิ่งเร้าภายนอก เช่น คำแนะนำของแพทย์ การกระตุ้นเตือนจากญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้สามารถกระตุ้นแรงจูงใจด้านสุขภาพของบุคคลได้ เนื่องจากการได้รับข้อมูลข่าวสารของบุคคลและการได้รับการกระตุ้นเตือนจะก่อให้เกิดความรู้และความตระหนัก และรับรู้ต่อภาวะคุกคามของโรคต่างๆ ที่จะเกิดกับตน ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย จากการศึกษาของนุชนาถ (2539) เรื่องการสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา หลังการใช้แรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง โดยจัดให้มีการตรวจอย่างอื่นเพิ่มเติมนอกเหนือจากการตรวจแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก คือ การวัดความดันโลหิต การตรวจปัสสาวะ การตรวจมะเร็งเต้านม พบว่ากลุ่มทดลองมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค โดยบุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้ต่อสิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบและคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย หรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น นอกจากนี้แรงจูงใจทางด้านสุขภาพนับเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการปฏิบัติทางด้านสุขภาพของบุคคล

โปรแกรมการสอนเพื่อส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

การสอนเป็นวิธีการหนึ่งในการให้ความช่วยเหลือบุคคลไม่ว่าจะเป็นบุคคลโดยทั่วไปหรือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพ นอกจากจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการแล้ว การสอนยังเป็นวิธีที่ดีและสำคัญมากในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง (สมจิต, 2540) การสอนที่ทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อผู้ป่วยคือ การสอนอย่างมีแบบแผน และการสอนอย่างต่อเนื่อง (Eggenberger & Hutley, 1999) การสอนแบบสร้างแรงจูงใจเป็นรูปแบบการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการอย่างมีระบบ ทำให้เกิดการตระหนักรู้และนำไปปฏิบัติได้ดังนั้นเราจำเป็นต้องมาทราบหลักแนวคิดของการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

แนวคิดการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ

การสอนผู้ป่วยเป็นการเชื่อมโยงความรู้จากทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ (สิระยา, 2544) เพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการพัฒนา กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พุทธิปัญญา และสามารถเรียนรู้เพื่อการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำความรู้นั้นไปปฏิบัติให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองให้มากที่สุด (กุลยา, 2544) เมื่อบุคคลได้รับการสอนที่เป็นระบบ ทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความรู้สึกรู้คิดที่จะตัดสินใจ และตระหนักรู้ได้อย่างรวดเร็ว สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสมได้ (คุชฎี, 2548) การเรียนการสอนย่อมจะบรรลุผลสำเร็จได้นั้น องค์ประกอบการสอนจะต้องอยู่รวมกันอย่างเป็นระบบ มีความสอดคล้องสัมพันธ์กัน และมีความสำคัญซึ่งกันและกัน (อาภรณ์, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์จิรา (2545) เกี่ยวกับผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง และการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการขูดมดลูกแบบแยกส่วน พบว่าสตรีที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อีกทั้งการศึกษาของ คุชฎี (2548) เกี่ยวกับผลของการสอน

อย่างมีแบบแผน ต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หลังได้รับการสอนดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในความเป็นจริงพยาบาลมักจะสอนแบบไม่มีแบบแผน และเป็นการสอนที่เนื้อหาไม่มีการไตร่ตรองทำให้ข้อมูลบางอย่างขาดหายไป (Good-Reis & Pieper, 1990) และรูปแบบการสอนมักเป็นการให้ความรู้ทางเดียวไม่มีการประเมินความรู้ (สุภชัย และอนุวัฒน์, 2540)

จากการทบทวนวรรณกรรมนี้แสดงให้เห็นว่า เมื่อบุคคลได้รับการสอนที่เป็นระบบ วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีระบบ มีอุปกรณ์สื่อการสอน จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ความเข้าใจ มีความรู้สึกนึกคิดที่จะตัดสินใจ และตระหนักรู้ได้อย่างรวดเร็ว สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมได้โดยบุคคลมีความรู้ที่ดีในเรื่องใดจะเป็นแรงจูงใจสามารถทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึก หรือทัศนคติ ตลอดจนความชอบต่อเรื่องนั้นๆ เกิดการไตร่ตรองและส่งผลให้บุคคลนั้นมีความพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้นให้ลุล่วงได้ด้วยดี และนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ในที่สุด

องค์ประกอบในการสอน

ผู้สอนต้องวิเคราะห์ถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่อการสอน เพื่อให้ได้รูปแบบวิธีการที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและตรงกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ ซึ่งองค์ประกอบในการสอนมี ดังนี้ (รวมพร, 2543)

1. ผู้สอน ผู้สอนต้องมีความรู้ความสามารถในเนื้อหาที่สอนต้องมีบุคลิกภาพควรมีทักษะในการสอน
2. ผู้เรียน ผู้สอนต้องวิเคราะห์พื้นฐานของผู้เรียนจากระดับของอายุ เพศ การศึกษา ความต้องการ ความสนใจ สภาพปัญหาของผู้เรียนที่ประสบอยู่
3. เนื้อหา ความรู้ที่จัดต้องคำนึงถึงเนื้อหาที่มีประโยชน์ต่อผู้เรียน และเหมาะสมกับสถานการณ์โอกาส และปัญหาปัจจุบัน เป็นความรู้ที่มีข้อเท็จจริง
4. วิธีการสอน วิธีการสอนเป็นหนทางให้เกิดการเรียนรู้ได้มาก ผู้สอนควรจะเลือกวิธีให้เหมาะสมกับผู้เรียนและเหมาะกับเนื้อหา การมีวิธีการสอนที่น่าสนใจจะเป็นแรงกระตุ้นที่ดีให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้
5. สื่อการสอน ผู้สอนนับว่าเป็นสื่อบุคคล การสอนที่ดีควรจะใช้เสียงเร้าความสนใจ ซึ่งเป็นความสามารถเฉพาะบุคคลแต่สามารถพัฒนาได้ หลักการสอนที่ดีผู้สอนควรใช้สื่อการสอนเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ

กระบวนการสอน

การให้การพยาบาลมิใช่มีแต่การปฏิบัติการดูแลเท่านั้น แต่ครอบคลุมถึงบทบาทต่างๆ เช่น บทบาทการสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง (สมจิต, 2544) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ (Gessner, 1989)

1. ขั้นประเมิน (assessment) การประเมินความพร้อมของญาติผู้ดูแล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เป็นสิ่งจำเป็น และสำคัญช่วยให้ผู้สอนสามารถวางแผนการสอนและสอนได้ตรงกับความต้องการในการเรียนรู้ของผู้เรียน และผู้สอนจะต้องประเมินว่าผู้เรียนมีทักษะใด ควรสอนผู้เรียนเมื่อไร นานแค่ไหนถึงจะเหมาะสม เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้ ทักษะคิด และสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งการให้ญาติผู้ดูแลในการดูแล ประเมินถึงระดับการศึกษาของผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่จะต้องนำมาประเมินก่อนเลือกยุทธวิธีในการสอน ขนบธรรมเนียมวัฒนธรรม และความเชื่อ ข้อมูลที่จะให้แก่ญาติผู้ดูแลต้องสอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ และประสบการณ์

2. ขั้นวางแผนการสอน (planning) แผนการสอนจะประกอบด้วยวัตถุประสงค์ในการเรียนรู้ เนื้อหา วิธีการกิจกรรม การเรียนการสอน สื่อการสอน และการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ (นที, 2541) องค์ประกอบเหล่านี้ต้องตกลงกันให้ชัดเจนก่อนที่จะวางแผนในขั้นตอนสุดท้าย วัตถุประสงค์ที่ตั้งขึ้นควรจะวัดได้ ถึงความสัมฤทธิ์ผลของการเรียนรู้ สามารถบรรลุในขอบเขตเวลาที่อยู่ในการสอนโดยเน้นไปที่เหตุผลของการเรียนรู้ การที่ผู้สอนได้วางแผนกำหนดกลยุทธ์ที่ใช้ในการสอนแต่ละครั้ง ช่วยให้ผู้สอนสามารถคิดวางแผนไว้ล่วงหน้าสำหรับการสอนตั้งแต่การเตรียมสื่อ วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อีกทั้งมีแนวทางในการดำเนินการสอนได้อย่างครบทุกขั้นตอน ทำให้ผู้เรียนได้รับการถ่ายทอดความรู้ที่เป็นระบบ มีคุณภาพ ทั้งนี้ประสบการณ์เดิมของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมาย โดยอาศัยหลักเกณฑ์ของการวางแผนให้สัมพันธ์กับเนื้อหาที่จะสอน หลังจากการประเมินผู้ป่วยถึงความรู้สึกกังวล ความรู้ ทักษะคิดเป็นสิ่งจำเป็นที่ทำให้เกิดการเรียนรู้

3. ขั้นการดำเนินการสอน (implementation) ในขั้นนี้เป็นการนำแผนการสอนที่เขียนไว้ไปปฏิบัติ ขณะที่ทำการสอนพยาบาลต้องประเมินถึงการบรรลุวัตถุประสงค์ของการสอน ถ้าไม่บรรลุวัตถุประสงค์สามารถที่จะเปลี่ยนยุทธวิธีในการสอนได้ เมื่อบุคคลนั้นได้พบกับความต้องการของตนเอง แก้ไขปัญหาของตนเอง และหาแหล่งข้อมูลเพื่อที่จะควบคุมชีวิตตนเองได้เมื่อเผชิญกับปัญหา เกิดการเรียนรู้ สร้างความมั่นใจ

4. ขั้นการประเมินผลการเรียนรู้ (evaluation) การประเมินผลการเรียนรู้เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการสอนแก่ผู้รับบริการ พยาบาลสามารถกระทำเมื่อสิ้นสุดบทเรียนหนึ่งๆ หรือ

เมื่อสิ้นสุดในแต่ละหัวข้อย่อยของบทเรียนนั้นๆ ถ้าผู้ช่วยหรือผู้รับบริการไม่เคยตั้งคำถามไม่ว่าพยาบาลจะสอน แนะนำหรือกระทำอะไรให้ ผู้ช่วยอาจไม่เข้าใจอะไรเลยหรือไม่ยอมรับก็ได้ จึงต้องประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ช่วยหรือผู้รับบริการด้วย (สมจิต, 2544)

รูปแบบการสอนที่ใช้ในโปรแกรมการสอน

จากการวิเคราะห์และทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า รูปแบบการสอนที่ใช้บ่อยและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมี ดังนี้

1. การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม

เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติ ข้อเสีย คือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาต่างจากกลุ่มจะไม่ได้รับการแก้ไข (ดวงใจ, 2545; นที, 2541) การศึกษาของ จันทร์จิรา (2545) เกี่ยวกับผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการคุมดลูกแบบแยกส่วน โดยจัดให้ผู้ป่วย 20 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนกิจวัตร และ 20 รายต่อมา เป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนจากผู้วิจัย พบว่าสตรีที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าสตรีที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสตรีที่ได้รับการสอนอย่างมีแบบแผนมีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาหลังจำหน่าย และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. การอภิปรายกลุ่ม

เป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญของการพัฒนาความคิด พัฒนาการเรียนรู้ และการแสวงหาความรู้ด้วยตัวเอง มีการแสดงความคิดเห็น การวิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างสมาชิก กลุ่มให้สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ การอภิปรายกลุ่มเป็นวิธีการที่สามารถดึงความรู้ ความคิดและประสบการณ์ ออกมาให้ได้มากที่สุดใช้กับกลุ่มที่มีสมาชิก 6-20 คน (นที, 2541)

3. การสาธิต (demonstration)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่งที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบ ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน หลักการสาธิตที่ดี คือ การสื่อสารที่ดี การใช้วิธีการสาธิตประกอบการสอนจะกระทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้นๆ

เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้จากการสังเกต การฟัง การกระทำหรือการแสดง และอาจเปิดโอกาสให้ผู้เรียนเข้ามามีส่วนร่วมด้วย (นที, 2541) ข้อดีของการสาธิต คือ ช่วยให้เห็นจริง ทราบถึงขั้นตอนการปฏิบัติที่ถูกต้อง ช่วยกระตุ้นให้เกิดความน่าสนใจและสามารถสอบถามปัญหาต่างๆ ได้ (เนตรพัฒนา, 2546)

4. การใช้สื่อการสอน

สื่อในการให้ความรู้เป็นตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียน การสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สื่อควรสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนและถูกต้อง เร้า ความสนใจผู้เรียนให้เกิดความสนใจ ต่อเรื่องที่ให้ความรู้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจเนื้อหา และแนวคิด ของเรื่องได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง (จิรภา, 2551) และสื่อการสอน ยังรวมถึงวัสดุอุปกรณ์และเทคนิค วิธีการที่บรรจุเนื้อหาสาระที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการออกแบบที่กระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าใจง่าย รวดเร็ว และเกิดการเรียนรู้ได้เร็ว (จิรพรรณ, 2541) สื่อการสอนเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้เรียนรู้ได้ชัดเจน และเร็วขึ้นตลอดจนช่วยเร้าความสนใจได้ดี (อากรณ์, 2540) อีกทั้งสื่อการสอน ยังสามารถช่วยทบทวน ความจำได้อีกด้วย (เต็มดวง, 2543) เพราะสื่อการสอนช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมจากการที่สามารถ ถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้เพราะผู้เรียนได้อาศัยอินทรีย์ทั้ง 5 คือ จมูก ลิ้น กาย นู และตา ช่วยในการรับรู้ กล่าวคือ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้จากลิ้น โดยการชิมรสด้วยลิ้น 3% สัมผัสด้วย มือ 6% ฟังด้วยหู 13% ดมโดยใช้จมูก 3% และดูด้วยตา 75% (วสันต์, 2545) การใช้สื่อการสอนช่วย ให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีกว่าการสอนที่ไม่ใช้สื่อ การให้ความรู้โดยการใช้สื่อควบคู่กันไปจะทำให้ผลดีที่สุด (อรวรรณ, 2542) ซึ่งในการสอนพยาบาลสามารถผลิตสื่อหรือนำสื่อที่มีอยู่แล้วมาใช้ในการสอนได้ หลายชนิดด้วยกัน และจากการวิจัยครั้งนี้ได้เลือกสื่อ ดังนี้

1) สื่อสิ่งพิมพ์ (printed materials) ได้แก่ คู่มือการสอนและภาพพลิก

คู่มือการสอน

เป็นเอกสารหนึ่งซึ่งช่วยเพิ่มความรู้ของผู้รับบริการ เพื่อให้สามารถปฏิบัติตัว ได้ถูกต้อง ซึ่งพบว่าคู่มือเป็นการเรียนรู้ที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งสามารถอ่านได้ตามอัตราความสามารถของแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน เหมาะสำหรับการผลิตจำนวนมาก และสะดวก สำหรับการแก้ไขปรับปรุงเนื้อหาใหม่ (กิดานันท์, 2540) ในการให้ความรู้ นอกจากจะต้องคำนึง ถึงรูปแบบและวิธีการให้แล้ว ถ้าจะให้การเรียนการสอนประสบผลสำเร็จและผู้เรียนเกิด การเรียนรู้ ที่จะต้องอาศัยสื่อการสอนที่เหมาะสม นอกจากนี้การคัดแปลงเอกสาร โดยให้มีภาพประกอบตัวหนังสือ ในคู่มืออย่างเหมาะสม จะช่วยทำให้คู่มือนั้นน่าอ่านทบทวนมากยิ่งขึ้น (ชวลีพร, 2541) คู่มือสามารถใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลักและสื่อประกอบการสอน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ อีกทั้งประหยัด ลงทุนน้อย แต่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ (ชันษาภรณ์, 2549)

ภาพพลิก

การใช้สื่อการสอนประเภทภาพพลิกประกอบคำบรรยายเพื่ออธิบายสิ่งที่ยากให้เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ปวยเกิดการเรียนรู้ เกิดความคิด ความเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว เพราะภาพพลิกเป็นอุปกรณ์กระตุ้นการเรียนรู้ทำให้บุคคลสนใจติดตามฟังได้ตลอด (จันทร์เพ็ญ, ลาวัลย์, และอวยพร, 2542) โดยประกอบเป็นเรื่องสั้นๆ และเขียนเป็นเรื่อง เป็นชุด เรียงลำดับภาพตามเนื้อหาที่สอนมีเนื้อหาที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน โดยมีตัวอักษรขนาดใหญ่ที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน รูปภาพกับข้อความควรจัดวางเป็นสัดส่วนกัน (นที, 2541) และเหมาะสำหรับนำคิดตัวไปสอนในที่ต่างๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปที่ละภาพแล้วอธิบาย (พรทิพย์, 2546)

2) สื่อบุคคล

สื่อบุคคล อาจถือได้ว่าเป็นสื่อที่ดีที่สุด ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารหรือในการทำกิจกรรม เพราะผู้รับสามารถโต้ตอบข่าวสาร แบบตัวต่อตัว หรือมีการโต้ตอบซึ่งกันและกัน (กรรณิการ์, 2549) ตัวอย่างสื่อบุคคล เช่น ผู้ปวย ผู้มีสุขภาพดี เด็กแข็งแรง เป็นต้น

การใช้สื่อบุคคล จะต้องยึดหลัก 3 ประการ คือ

2.1 เข้าใจ สื่อบุคคลจะต้องเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย โดยศึกษาค้นคว้าและวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย ทั้งทางด้านเพศ วัย ความสนใจ เพื่อทราบถึงวิธีการดำเนินชีวิต ลักษณะอันเป็นธรรมชาติของวัย เช่น กลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชนจะมีลักษณะทางธรรมชาติที่มีความเฉพาะตัว คือ มีความว่องไวทางความคิด ทางกรกระทำ มีความรักตนเอง รักเพื่อน เป็นต้น

2.2 ถูกใจ สื่อบุคคลจะต้องเข้าใจกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถ่องแท้และเป็นที่ถูกใจและพอใจกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถ่องแท้และเป็นที่ถูกใจและพอใจกลุ่มเป้าหมาย เช่น สื่อบุคคลสำหรับการจัดกิจกรรม

2.3 จูงใจ บุคคลที่เป็นสื่อจะมีความเข้าใจ ถูกใจ กลุ่มเป้าหมายและสามารถชักจูงให้กลุ่มเป้าหมายสนใจข่าวสารที่ต้องการที่ต้องการสื่อออกไป และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติของกลุ่มเป้าหมาย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้สื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มย่อย เพื่อลดความกลัวและความอายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สรุปผลการทบทวนเอกสาร

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ร้ายแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ (จิรัชยา, 2551) แต่โรคมะเร็งปากมดลูกก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการตรวจตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งพบว่าการตรวจภายในเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกัน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2548) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลายประการ โดยพบว่าอุปสรรคที่สำคัญ คือ การกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก ความอาย

แม้ว่ามีการรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่พบว่าอัตราการมาตรวจยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต่ำ อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาถึงแนวคิดแบบแผนความเชื่อของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) อธิบายถึงพฤติกรรมป้องกันการโรคของบุคคลได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคหรือป้องกันโรคได้ บุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นจะมีความรุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรคจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและการเจ็บป่วย แต่ทั้งนี้ต้องไม่มีการรับรู้ในอุปสรรคในการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องอาศัย ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติได้แก่การได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากสื่อต่างๆ การได้รับคำแนะนำจากกลุ่มเพื่อน ญาติ บุคลากร ทางด้านสุขภาพ หรือจากการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการโรค จากการมีผู้ศึกษาหลายท่านนำแนวคิดดังกล่าวไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคในกลุ่มสตรีต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดดังกล่าวมาใช้กำหนดวิธีการสอนแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และเพิ่มการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยมีการส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนให้ความรู้แก่กลุ่มสตรีในหมู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อเพิ่มความตระหนักและเล็งเห็นถึงความสำคัญของการมารับบริการตรวจ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการทั้งก่อนและหลังการสอน นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การสาธิตวิธีการตรวจโดยใช้หุ่นจำลองเหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ ใช้สื่อบุคคลที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่มเพื่อน ช่วยให้กลุ่มได้เรียนรู้จากผู้มีประสบการณ์จริง เกิดความน่าเชื่อถือ ผู้วิจัยเชื่อว่าวิธีการสอนแบบสร้างแรงจูงใจน่าจะช่วยให้สตรีมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีพฤติกรรมในการมารับบริการตรวจที่ดีและเพิ่มขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีชนบทที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลเกาะทวด และตำบลคลองน้อย อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งอยู่ในเครือข่ายความรับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกมาจาก 2 หมู่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 26 คน หมู่บ้านที่คัดเลือกเป็นหมู่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกัน ทั้งในด้านระยะทางและความสะดวกในการเดินทางมารับบริการที่สถานีอนามัย และศูนย์อนามัยที่ 11 และอาณาเขตของทั้ง 2 หมู่บ้าน ไม่ติดต่อกัน ทั้งนี้เพื่อควบคุมการแพร่ของสิ่งทดลอง (diffusion of treatment) การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลคลองน้อย และตำบลเกาะทวด อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนและ/หรือเคยได้รับการบริการตรวจ ครั้งสุดท้ายเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป
3. ไม่อยู่ในระหว่างการตั้งครรภ์

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง จำนวน 26 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย โดยกำหนดค่า effect size = 0.70 ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่า power ที่ 0.80 โดยศึกษาจากตาราง 19-6 (Cohen, 1988) ในการกำหนดค่า effect size ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมา มีงานวิจัยแบบกึ่งทดลองที่เกี่ยวกับผลของการสอนโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว (จุฬารัตน์, 2546) กำหนดค่า effect size = 1.04 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก (Large effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่า effect size = 0.70 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบขนาดกลาง (medium effect size)

การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติข้างต้นแล้วจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม โดยให้ 26 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรจากเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ 26 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสอนจากผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. การศึกษาอยู่ในระดับเดียวกัน คือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา/อนุปริญญา อุดมศึกษา
2. การมีหรือไม่มีประสบการณ์ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้แบบแผนการทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังสองครั้ง (The pretest – posttest two groups design) โดยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งก่อนสอนและหลังสอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
กลุ่มควบคุม	O3	-	O4

X : การสอนแบบสร้างแรงจูงใจ เป็นโปรแกรมการสอน เพื่อลดอุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยกลุ่มละ 8-9 คน ในหมู่บ้าน และประเมินการรับรู้ เรื่อง โรคมะเร็ง

ปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการสอน กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้และลดความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเล่าถึงขั้นตอนและวิธีการตรวจ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม

O1, O3: การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง

O2, O4: การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพในปัจจุบัน รายได้ และการรับรู้รายได้ ภาวะสุขภาพ ประวัติการตรวจสุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว แหล่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลตามทฤษฎีของเบคเกอร์และคณะ (Becker et al., 1977) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 25 ข้อ ซึ่งมีค่าคะแนนจาก 0 - 5 เป็นข้อความทางบวก 20 ข้อ และเป็นข้อความทางลบ 5 ข้อ ได้แก่ 16, 17, 18, 19, 20 แบบประเมินครอบคลุมทั้ง 5 ด้าน คือ

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 - 25 คะแนน

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 - 25 คะแนน

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11, 12, 13, 14, 15 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 - 25 คะแนน

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 17, 18, 19, 20 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 25 คะแนน

5) ด้านการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21, 22, 23, 24, 25 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 1 – 25 คะแนน

ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scales) มีความหมายทางบวก 20 ข้อ และทางลบ 5 ข้อ คะแนนรวมทั้งสิ้นอยู่ระหว่าง 25 – 125 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการให้ระดับคะแนน ดังนี้

การรับรู้และแรงจูงใจ	ข้อความทางบวก (คะแนน)	ข้อความทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

การแปลผลคะแนน

คะแนนสูง หมายถึง บุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดี

คะแนนต่ำ หมายถึง บุคคลนั้นมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ดี

1.3 ทะเบียนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์อนามัยที่ 11 และทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัยที่อยู่ในตำบลที่ศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เป็นเครื่องมือที่ใช้เฉพาะในกลุ่มทดลองเท่านั้น ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ

เป็นโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อลดอุปสรรคในตนเองของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย

2.1.1 กิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อยในหมู่บ้าน กลุ่มละ 8-9 ราย และประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังการสอน

2.1.2 กิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจ โดยการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้ และลดความกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงของแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเล่าถึงวิธีการตรวจ และเปิดโอกาสให้ซักถาม

2.2 สื่อการสอน

ในการสอนสำหรับกลุ่มทดลองประกอบด้วยสื่อการสอน ดังนี้

สื่อการสอนสำหรับผู้วิจัย ประกอบด้วย

2.2.1 คู่มือเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

2.2.2 ภาพพลิกเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจัดทำโดยสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช และได้ใช้ภาพพลิกนี้ในการให้ความรู้ก่อนการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งจังหวัด

2.2.3 หุ่นจำลองเหมือนจริงและอุปกรณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นสื่อที่มีอยู่แล้วและสามารถใช้ในการสาธิตได้

2.2.4 แผนการสอนเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมโดยปรับเนื้อหาและภาษาให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับสตรีชนบท

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแผนการสอน คู่มือเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติ – นรีเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในเรื่องการสอนและการดูแลสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีความชำนาญ ในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของภาษา ความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหา วัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม และระยะของกิจกรรมตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา จากนั้นนำเครื่องมือที่ตรวจสอบแล้วมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาทุกประการจำนวน 20 คน หาความสอดคล้องภายในเครื่องมือ โดยใช้สัมประสิทธิ์ครอนบาช (Cronbach alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินดังกล่าวทั้งหมดได้เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ตั้งแต่เริ่มต้นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้แก่ ช่วงเวลา ระยะเวลา และจำนวนครั้งในการเก็บรวบรวมข้อมูล อีกทั้งรายละเอียดของแบบประเมินที่กลุ่มตัวอย่างต้องให้ข้อมูล โดยอธิบายและให้ดูแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจริง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการร่วมวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ก่อให้เกิดอันตรายแต่อย่างใดการยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา แล้วสามารถที่จะเปลี่ยนใจยุติการเข้าร่วมได้โดยไม่มีผลใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จะถูกรับเป็นความลับ และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมผู้วิจัย

1.1 การเตรียมก่อนเก็บข้อมูลโครงร่างวิทยานิพนธ์ ผ่านการพิจารณาจากกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วเสนอต่อเลขานุการคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับจริยธรรมในการวิจัยพร้อมทั้งติดตามผลการพิจารณา

1.2 ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ไปเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

1.3 พบหัวหน้าสถานีนอนามัยในเครือข่ายศูนย์อนามัยที่ 11 เพื่อชี้แจงรายละเอียดของคำแนะนำในการสำรวจคุณสมบัติของประชากรตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อสตรีอายุ 30-60 ปี ประวัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเพิ่มประวัติครอบครัวในฐานะข้อมูลของสถานีนอนามัยในตำบลที่ศึกษา และศูนย์อนามัยที่ 11

1.5 คัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางและรักษาความผิดปกติด้วยการจีเอ็น/ แพพสเมียร์ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับการใช้แบบสอบถาม วิธีการและเวลาที่นำแบบสอบถามไปใช้ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยอธิบายจนผู้ช่วยวิจัยเข้าใจ และทดลองนำแบบสอบถามไปใช้และติดตามโดยผู้วิจัย

2. ขั้นเตรียมกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน

3. ขั้นดำเนินการทดลอง

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 26 ราย และดำเนินการดังต่อไปนี้

3.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ สร้างความคุ้นเคยในกลุ่มก่อนเริ่มสอน

3.2 ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอนของกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามและเล่าความรู้สึกเพื่อนำเข้าสู่เนื้อหาการสอน ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที

3.3 ผู้วิจัยดำเนินการสอนและเก็บข้อมูลดังรายละเอียดตามแผนภาพที่ 2 แยกตามกิจกรรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการกับสตรีกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) ผู้วิจัยดำเนินการสอน โดยการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มและมีการใช้รูปแบบการสอนแบบอภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสอนเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามแผนการสอนโดยประยุกต์ให้มีความเหมาะสมกับสตรีไทยในชนบท ซึ่งประกอบด้วย

สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่จะได้รับการเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามแผนการสอนและภาพพลิกที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ตลอดระยะเวลาของการสอนผู้วิจัยได้มีการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30-45 นาที

2) ลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยบอกให้ทราบว่าในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิงเป็นผู้ให้บริการทำการตรวจในห้องที่แยกเป็นสัดส่วนมีม่านกันและประตูที่ปิดมิดชิด ใช้ระยะเวลาในการตรวจน้อย และขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก มีกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่เปิดเฉพาะอวัยวะเพศเท่านั้น และในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการสวมผ้าถุงในการตรวจ ก่อนทำการตรวจเจ้าหน้าที่จะคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้างและเปิดเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น หลังจากให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ซึ่งเริ่มสาธิตตั้งแต่การสวมผ้าถุง การคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้าง การสวมกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เครื่องมือสอดไปทางช่องคลอดและถ่างเครื่องมือเล็กน้อยเพื่อให้เห็นปากมดลูก และทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการสาธิตนี้ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจับต้องหุ่นและสัมผัสเครื่องมือได้ เพื่อลดความรู้สึกลัว/อาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มการรับรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง สร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30-45 นาที

3) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรีอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ที่ประทับใจ ความรู้สึกต่อการตรวจ ตลอดจนการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยจากแกนนำสตรีอาสาสมัครและร่วมตอบคำถามเพื่อเพิ่มการรับรู้และให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ และเกิดความรู้สึกลึกในทางบวก รวมทั้ง

มีการรับรู้ที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำไปสู่การตัดสินใจ ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่สุด ขั้นตอนนี้ใช้เวลา 25-30 นาที

4) ผู้วิจัยแจ้งกลุ่มตัวอย่างถึง วัน เวลา ในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัย และวัน เวลา ที่สามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์อนามัยที่ 11 ให้รับทราบ

5) อภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชักถามกลุ่มทดลองหลังการสอน แล้วผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ร่วมทบทวนเนื้อหาและความรู้สึกกลัวหรืออายเมื่อเริ่มต้น ก่อนสรุปประเด็นสำคัญประมาณ 10 นาที เกี่ยวกับความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6) ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยผู้ช่วยวิจัย

7) ผู้วิจัยติดตามผลหลังการสอนเสร็จสิ้นนาน 1 เดือน เพื่อติดตามการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์อนามัยที่ 11 และทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีนามัยในเครือข่าย เพื่อประเมินจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

8) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการกับสตรีกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) เจ้าหน้าที่สถานีนามัยส่งจดหมายเชิญชวนสตรีให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านอาสาสมัครสาธารณสุข โดยระบุวันเวลาที่ให้บริการตรวจที่สถานีนามัย และศูนย์อนามัยที่ 11

2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน แนะนำตนเอง พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้ทราบ ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอน และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลขั้นตอนนี้ใช้เวลา 30 นาที

3) ผู้ช่วยวิจัยทำการสอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามกิจวัตร

4) ผู้วิจัยบอกกลุ่มตัวอย่างถึง วัน เวลา ในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนามัย และวัน เวลา ที่สามารถไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ศูนย์อนามัยที่ 11 ให้รับทราบ

5) ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน หลังจากนั้น 1 เดือน ผู้วิจัยติดตามการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเก็บข้อมูลจากทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์อนามัยที่ 11 และทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานอนามัยในเครือข่าย เพื่อประเมินจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6) นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

กลุ่มทดลอง
<ul style="list-style-type: none"> - พบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน สร้างสัมพันธภาพและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล - ผู้ช่วยวิจัยประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอน <p>สอนแบบสร้างแรงจูงใจโดยผู้วิจัย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. รูปแบบการสอน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 สอนเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คนในหมู่บ้าน 1.2 สาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงเพื่อช่วยเพิ่มการรับรู้และลดความรู้สึกกลัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1.3 มีการตอบสนองย้อนกลับ 2. สื่อการสอน ได้แก่ แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือการสอน 3. เนื้อหาการสอน ประกอบด้วย โรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรีอาสาสมัครที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเล่าถึงวิธีการตรวจที่ประทับใจและการเอาเอาชนะอุปสรรคต่างๆที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเปิดโอกาสให้ซักถาม 5. แจกตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัย และศูนย์อนามัยที่ 11 6. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน <p>หลังจากนั้น 1 เดือน ติดตามการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>

กลุ่มควบคุม
<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยส่งจดหมายเชิญชวนสตรีให้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - พบกลุ่มตัวอย่างในหมู่บ้าน สร้างสัมพันธภาพและบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล - ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอน <p>สอนตามกิจวัตรโดยผู้ช่วยวิจัย</p> <ul style="list-style-type: none"> - แจกตารางการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัย และศูนย์อนามัยที่ 11 - ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังการสอน <p>หลังจากนั้น 1 เดือน ติดตามการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>

ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นที่ 4 ประเมินผล

การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) นำคะแนนที่ได้ของผู้รับบริการทั้งสองกลุ่มจากการประเมิน ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มาทำการวิเคราะห์
- 2) การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีชนบท ประเมินจากแบบประเมินความตั้งใจ และจำนวนการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test)
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)
4. เปรียบเทียบจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการสอน 1 เดือน โดยใช้สถิติไคสแคว้

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท โดยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากสตรีชนบทที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลทั้งสองแห่ง อำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 52 ราย จัดให้สตรีชนบท 26 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรจากเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ 26 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัย โดยใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งหมด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการสอน และประเมินการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีหลังการสอน 1 เดือน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการศึกษาโดยแบ่งเป็น 4 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการสอน 1 เดือน โดยใช้สถิติไคสแคว์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันในเรื่อง อายุ ระดับการศึกษา รายได้ การได้รับข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การมีประสบการณ์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปี โดยผู้วิจัยทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติในข้อมูลส่วนบุคคลของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแคว์กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการทดสอบพบว่าข้อมูลดังกล่าวไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1)

ตาราง 1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป ($N = 52$)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	รวม	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		χ^2
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
		อายุ (ปี)				
31-40	14	7	26.9	7	26.9	
41-50	22	11	42.3	11	42.3	
51-60	16	8	30.8	8	30.8	
สถานภาพ						.01 ^{ns}
โสด	4	2	7.7	2	7.7	
คู่	46	23	88.5	23	88.5	
หม้าย	2	1	3.8	1	3.8	
ศาสนา						.78 ^{ns}
พุทธ	47	23	88.5	24	92.3	
อิสลาม	5	3	11.5	2	7.7	
ระดับการศึกษา						.25 ^{ns}
ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา	30	15	57.7	15	57.7	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22	11	42.3	11	42.3	
อาชีพ						.32 ^{ns}
แม่บ้าน/รับจ้าง/เกษตรกร	12	6	23.0	6	23.0	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	35	18	69.3	17	65.5	
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	2	7.7	3	11.5	
รายได้						.25 ^{ns}
6,000 – 10,000	35	17	65.4	18	69.2	
>10,000	17	9	34.6	8	30.8	

ns = $p > .05$

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	รวม	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		χ^2
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความเพียงพอของรายได้						.35 ^{ns}
เพียงพอ	34	18	69.3	16	61.5	
ไม่เพียงพอ	18	8	30.7	10	38.5	
ภาวะสุขภาพ						.52 ^{ns}
ไม่แข็งแรง	13	4	15.4	9	34.6	
แข็งแรงไม่มีโรค	28	17	65.4	11	42.3	
แข็งแรงแม้ป่วยเป็นโรค	11	5	19.2	6	23.1	
ตรวจสอบสุขภาพประจำปี						.54 ^{ns}
ไม่เคยตรวจ	23	15	57.7	8	30.8	
เคยตรวจ	29	11	42.3	18	69.2	
บุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็ง						.23 ^{ns}
ไม่มี	45	25	96.2	20	76.9	
มี	7	1	3.8	6	23.1	
ได้รับข้อมูลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมาก่อน						.38 ^{ns}
เคยได้รับ	38	18	69.2	20	76.9	
ไม่เคยได้รับ	14	8	30.8	6	23.1	
ประสบการณ์การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปี						.57 ^{ns}
มี	12	6	23.1	6	23.1	
ไม่มี	40	20	76.9	20	76.9	

ns = p > .05

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.3 ทั้งสองกลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธมากกว่าครึ่ง มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับระดับมัธยมศึกษา ในการประกอบอาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และมีรายได้ต่อเดือนของครอบครัว 6,000-10,000 บาท ใกล้เคียงกัน ภาวะสุขภาพในกลุ่มทดลอง พบว่าแข็งแรง ไม่มีโรคถึงร้อยละ 65.4 แม้จะพบว่ามีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 42.3) แต่จำนวนที่ได้รับบริการตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 42.3) มีน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 69.2) ซึ่งทดสอบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่างแล้วไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง และไม่เคยมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปี

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรค ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการสอน โดยใช้สถิติทีคู่ แบบไม่อิสระ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม หลังการสอนของทั้งสองกลุ่มดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่

การรับรู้เกี่ยวกับโรค	\bar{X}	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม				
ก่อนสอน	13.03	0.85	3.84	.00
หลังสอน	14.20	1.73		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนสอน	13.22	0.95	10.24	.00
หลังสอน	16.41	1.64		

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ

ก่อนทำการทดสอบสมมุติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนระหว่างระหว่างควบคุมและกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ก่อนการสอนโดยใช้สถิติทีอิสระ ผลการวิเคราะห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนในการรับรู้โดยรวมของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.72$, $p < .01$) (ดังตาราง 3) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของการรับรู้ตามรายด้านพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.68, 4.87$, และ 5.02 , $p < .01$ ตามลำดับ) (ตาราง 4)

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคก่อนและหลังการสอนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($N = 52$)

การรับรู้เกี่ยวกับโรค	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ก่อนการสอน	2.64	0.19	2.61	0.17	0.77	.45
หลังการสอน	3.28	0.33	2.84	0.35	4.72	.00

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การรับรู้เกี่ยวกับโรค	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
	รายด้าน					
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	3.37	0.53	2.87	0.45	3.67	.00
2. การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก	3.40	0.41	2.85	0.40	4.86	.00
3. การรับรู้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก	3.13	0.69	2.92	0.40	1.37	.18
4. การรับรู้อุปสรรคใน การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก	2.85	0.57	2.64	0.68	1.19	.24
5. การมีแรงจูงใจในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.66	0.49	2.92	0.57	5.02	.00
โดยรวม	3.28	0.33	2.84	0.35	4.72	.00

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการสอน 1 เดือน โดยใช้สถิติไคสแควร์

จากการติดตามผลการสอนไปแล้ว 1 เดือน พบว่า ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ จำนวน 26 ราย มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 92.31 ไม่มารับบริการจำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.69 ส่วนในกลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย พบว่ามีผู้เข้ามารับบริการเพียง 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.38 ไม่มารับบริการ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.62 (ตาราง 5) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้มารับบริการ พบว่า จำนวนผู้มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ตาราง 5

เปรียบเทียบการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการสอน 1 เดือน

การมารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		χ^2
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
มารับบริการ	24	92.31	17	65.38	0.05
ไม่มารับบริการ	2	7.69	9	34.62	

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและ อัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท ผู้วิจัยสามารถอภิปรายผล ได้ ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการทดสอบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปี ทั้งสองกลุ่มมีอายุอยู่ในช่วงผู้ใหญ่ตอนปลาย (41-50 ปี) (ตาราง 1) ซึ่ง สอดคล้องกับลักษณะประชากรในพื้นที่ซึ่งมีมากที่สุด (ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช, 2550) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 88) ซึ่งเป็นศาสนาประจำชาติ รองลงมานับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 12) ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสัดส่วนประชากรในภาพรวมของจังหวัด ส่วนระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าหรือเท่ากับมัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษาใกล้เคียงกัน ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัว ทำให้มีรายได้ของครอบครัวที่เพียงพอต่อการใช้จ่าย เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะสุขภาพส่วนใหญ่สมบูรณ์แข็งแรง และเคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี สำหรับการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร มาก่อน จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ มีอยู่อย่างต่อเนื่อง และส่วนหนึ่งเกิดจากนโยบายของรัฐที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน โรค อย่างไรก็ตาม พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยรับการตรวจ หรือมีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะประชาชนทั่วไปไม่สนใจที่จะพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เพื่อตรวจหามะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเข้าใจผิดว่ามะเร็งเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้ หายได้ (พรทิพย์, 2548) และยังมีความอายและกลัวต่อการตรวจ ดังการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า สตรี ไม่มาตรวจ เพราะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ (ปจารีย์, 2541) และสตรีร้อยละ 50 ให้เหตุผลของการไม่ ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีความอาย นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลใน ครอบครัวป่วยเป็น โรคมะเร็ง จึงอาจไม่ให้ความสนใจในการตรวจ (ศิริกาญจน์, 2549)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอน

ผลการวิจัย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการรับรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก ภายหลังได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 สามารถอธิบายจำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้ ดังนี้

ในการสอนโดยใช้โปรแกรมการสร้างแบบแรงจูงใจในครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีไทยในชนบท เป็นการให้ความรู้แบบรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน/วัน โดยทำการสอนในหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการคำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของแต่ละบุคคล และเน้นเนื้อหากระบวนการมุ่งส่งเสริมให้สตรีชนบทมีการรับรู้ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องได้ พบว่าการสอนโดยใช้โปรแกรมการสร้างแบบแรงจูงใจ โดยเป็นการให้ความรู้ตามแผนการสอนที่ได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการสอน ประกอบกับการใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพพลิก ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนเพื่อช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ (ชันยาภรณ์, 2549) โดยเนื้อหาในการสอนเน้นการบูรณาการให้สอดคล้องกับแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้สตรีรับรู้ถึงความรุนแรง โอกาสเสี่ยง รับรู้ประโยชน์และลดอุปสรรคได้ ประกอบกับการสร้างแรงจูงใจ เพื่อลดความกลัวและความอาย ซึ่งแผนการสอนที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมผู้สอน สื่อการสอน และมีแนวทางการประเมินผล เพื่อตรวจสอบการรับรู้และความเข้าใจเป็นระยะทุกขั้นตอนตั้งแต่การนำเข้าสู่สถานการณ์ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้กลุ่มทดลองเกิดความตระหนักและสนใจต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เสริมการรับรู้ในเรื่องของอาการ การรักษา ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้ความรู้แก่สตรีชนบทกลุ่มทดลองในการศึกษาคั้งนี้ มีการสื่อสารสองทาง ทำให้สตรีชนบทสามารถเรียนรู้และซักถามข้อสงสัยได้ นอกจากนี้ยังมีการสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริง การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรีอาสาสมัครในเรื่องที่ประทับใจ และการเอาชนะอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีชนบทเกิดความรู้สึกใน

ทางบวก และรับรู้ถึงวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง ประกอบกับการสร้างแรงจูงใจ ด้วยการสาธิตวิธีการใหม่ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถจับต้องเครื่องมือในการตรวจได้ จูพาร์ตัน (2546) ได้ศึกษาแบบกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษา พบว่าการได้เห็นขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากวิดีโอ และได้เห็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ ทำให้สตรีเห็นว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ได้มีขั้นตอนการตรวจที่ยุ่งยาก ซับซ้อน น่ากลัว และไม่เจ็บปวด รวมทั้งไม่ใช่เรื่องที่น่าอายแต่อย่างใด ส่งผลให้สตรีที่ได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความตั้งใจในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ผู้วิจัย พบว่า การให้มีแกนนำสตรีที่มีประสบการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การตรง โดยเล่าถึงวิธีการ ขั้นตอนและความรู้สึกที่สตรีต้องเผชิญทั้งก่อนและหลังตรวจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ส่งผลให้สตรีชนบทมีการรับรู้ที่ถูกต้องต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสอนดังกล่าวช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ตรงกับความต้องการ และการให้ความรู้อย่างเป็นทางการเป็นขั้นตอนทำให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ได้ดี (ดวงใจ, 2545) เช่นเดียวกับการศึกษาของศรายุทธ (2549) ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคติ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในจังหวัดเชียงใหม่ ทำการศึกษา ในสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 45 ราย ผลการศึกษา พบว่า การให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม และยังส่งผลให้สตรีกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีทัศนคติ และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นด้วย

สำหรับกลุ่มควบคุม ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรค ภายหลังจากได้รับการสอนตามกิจวัตร ดีกว่าก่อนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สามารถอธิบายได้ ดังนี้

การสอนตามกิจวัตรในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้ปฏิบัติกันอยู่นั้น เป็นไปในลักษณะของการให้ความรู้แบบบรรยายตามภาพพลิก ซึ่งการให้ความรู้ป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการสอนสุขภาพ หรือการให้สุขศึกษาหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนหนึ่งในเนื้อหาของ การสอนจึงเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความสำคัญในการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ โดยเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ และเมื่อบุคคลได้รับการสอนที่เป็นระบบ วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีแบบแผน ที่มีอุปกรณ์สื่อการสอนทำให้เกิดความรู้ ทำให้เกิดความเข้าใจ มีความรู้สึกนึกคิดที่จะตัดสินใจ และตระหนักรู้ได้อย่างรวดเร็ว สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่เหมาะสมได้ โดยบุคคลมีความรู้ที่ดีในเรื่องใดจะเป็นแรงจูงใจสามารถทำให้บุคคลนั้น

เกิดความรู้สึก หรือทัศนคติตลอดจนความชอบต่อเรื่องนั้นๆ เกิดการไตร่ตรองและส่งผลให้บุคคลนั้น มีความพยายามที่จะปฏิบัติหรือทำงานนั้นให้ลุล่วงได้ด้วยดี และนำความรู้มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองในการปรับตัวและเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ในที่สุด (Bloom et al., 1973 อ้างตาม สิริลักษณ์, 2541)

เหตุผลอีกประการที่ทำให้กลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ที่เพิ่มขึ้น อาจเนื่องมาจากการประเมินผลหลังการสอน ซึ่งเป็นกระบวนการสุดท้ายของการสอน ที่มีการประเมินการรับรู้โดยใช้แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรค โดยทำการประเมินผลทันทีเมื่อดำเนินการสอนเสร็จ ซึ่งสตรีในกลุ่มควบคุมยังสามารถจดจำรายละเอียดและเนื้อหาเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกได้ยังไม่ลืม ส่งผลให้มีความรู้ที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้การสอนทั้งสองวิธีจะแตกต่างกัน แต่ต่างก็เป็นการสอนที่มุ่งให้สตรีชนบทเกิดการรับรู้ มีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนและส่งเสริมให้สตรีมีการรับรู้และเห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีการนำไปสู่การปฏิบัติ ถึงแม้ว่ากลุ่มควบคุมจะมีคะแนนการรับรู้หลังการสอนตามกิจวัตรที่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อพิจารณาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก ภายหลังได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สมมติฐานที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัยมีการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร แสดงว่า การรับรู้ของบุคคลจะเกิดขึ้นได้นั้นขึ้นอยู่กับความสนใจ กระตือรือร้นเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง ซึ่งในการที่จะให้เกิดการเรียนรู้นั้นจะต้องมีการประเมินการรับรู้ที่มีอยู่เดิมก่อนทำการสอนและประเมินการรับรู้ ภายหลังการสอนรวมทั้งมีการประเมินติดตามผล เพื่อให้แน่ใจว่าสตรีกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง และสามารถเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องได้ การสอนแบบสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยให้แก่กลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนการสอนเป็นหลัก มีการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมและเพียงพอ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการสอนจะทำให้เกิดความสนใจ

เข้าใจในเรื่องที่สอนมากขึ้น ทุกกลุ่มย่อยที่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจะได้เนื้อหาครบตามเนื้อหาของแผนการสอน ทำให้กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการเรียนรู้ที่ดียิ่งขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยคอยกระตุ้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการพูดมากกว่าการฟังอย่างเดียว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ สนใจ เปลี่ยนแปลงความรู้และทัศนคติ เพื่อให้เข้าใจสิ่งต่างๆ ดียิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพดียิ่งขึ้น และการสอนที่ผู้วิจัยใช้เป็นรูปแบบการสอนและอภิปรายเป็นรายกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดเล่าเรื่องราวที่ประทับใจและการเอาชนะอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากแกนนำสตรีอาสาสมัคร มีการเปิดโอกาสให้ซักถามและมีส่วนร่วมในการอภิปรายมากกว่าฟังอย่างเดียว เป็นสิ่งสำคัญที่มีส่วนช่วยให้เกิดการเรียนรู้และสามารถส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ที่ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การสอนแบบสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นยังมีรูปแบบของการสาธิตด้วยหุ่นจำลอง โดยให้สตรีสามารถเห็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจสามารถจับต้องได้ ขณะสอนผู้วิจัยได้ให้ความเป็นกันเอง เอาใจใส่และให้ความสำคัญกับกลุ่มตัวอย่างทุกคนเท่าเทียมกัน ใช้ภาษาถิ่น ไม่ใช่ศัพท์แพทย์ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจน ภายหลังจากสอนแต่ละหัวข้อตามแผนการสอน ผู้วิจัยได้ประเมินความรู้ความเข้าใจ โดยการใช้คำถามเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างนำเอาประสบการณ์เดิมที่มีอยู่มาสัมพันธ์กับความรู้ใหม่ เป็นการสร้างความสนใจ อีกวิธีหนึ่งและเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น ส่วนการสอนตามกิจวัตรนั้น เนื้อหาที่ใช้ในการสอนจะเป็นเนื้อหาจากภาพพลิกเพียงอย่างเดียว ไม่มีรูปแบบของการสาธิตเพื่อให้เห็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ ไม่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากแกนนำสตรีอาสาสมัคร และเมื่อพิจารณา ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการสอน เป็นรายด้าน พบว่า สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ในทุกด้านสูงขึ้น โดยเฉพาะด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการมีแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสามารถอภิปรายตามรายด้านได้ดังนี้

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.37, SD = 0.53$) และเมื่อพิจารณาในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นรายข้อ (ภาคผนวก จ) พบว่า การรับรู้เรื่องผู้หญิงที่มีแม่และพี่น้องเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป ในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.77, SD = 0.77$) เนื่องมาจากสตรีกลุ่มทดลองส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือมีประสบการณ์ได้พบเจอคนที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือมีญาติพี่น้องที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคคลถึงโอกาสเสี่ยงตนเองต่อปัญหาสุขภาพ มีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด เป็นการคาดการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงของโรคหรือปัญหาสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละโรค ซึ่งการรับรู้ของบุคคลมิได้ตั้งแต่สูงไปจนถึงต่ำ จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพ การรักษา และส่งเสริมสุขภาพตามมา (Rosenstock, 1990)

ด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษา พบว่าการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.40$, $SD = 0.41$) และเมื่อพิจารณาในด้านการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นรายข้อ (ภาคผนวก จ) พบว่า รับรู้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.65$) การรับรู้ความรุนแรง เป็นการรับรู้ความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยนั้นในทุกๆ ด้าน ได้แก่ การลดการทำหน้าที่ ความพิการ ความทุกข์ทรมานต่อชีวิต ตลอดจนผลกระทบต่อการทำงานชีวิตในครอบครัวและชีวิตในสังคมครอบคลุมถึงการเสียชีวิต เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวว่าแม้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแต่พฤติกรรมการป้องกันโรคจะไม่เกิดขึ้น จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าโรคที่เกิดขึ้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต หรือต้องใช้เวลาในการรักษา รวมทั้งทำให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้มีการรับรู้จากประสบการณ์เดิมหรือเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกมาบ้าง

และการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เพิ่มขึ้นนั้น เป็นผลมาจากการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ โดยอาศัยการสอนเป็นรายกลุ่มร่วมกับการอภิปรายเป็นรายกลุ่ม มุ่งเน้นให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง การสอนแบบสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยให้แก่กลุ่มทดลองนั้น ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และข้อมูลด้านสุขภาพตามแผนการสอนเป็นหลัก ใช้สื่อการสอน คือ ภาพพลิกเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้กลุ่มทดลองเกิดความสนใจ (รวมพร, 2543) การใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมเพียงพอ เพื่อประกอบการสอน และจะทำให้กลุ่มทดลองมีความสนใจและเข้าใจในเรื่องที่สอน มากขึ้นกว่าการฟังเฉยๆ (จันทร์จิรา, 2545) ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสตรีไทยในชนบท อีกทั้งผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการสอน และเนื้อหาการสอนในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองร่วมอภิปรายถึงการเกิดปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเอง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้กระบวนการสอนเป็นรายกลุ่ม

และมีการอภิปรายร่วมกัน ในเนื้อหาการสอนที่เกี่ยวกับอาการ อาการแสดงและการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ทำให้กลุ่มทดลองมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมมากขึ้น มีการรับรู้ที่โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เมื่อป่วยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สบาย การรักษาต้องใช้เวลาและไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ซึ่งมีความแตกต่างจากการสอนตามกิจวัตร เพราะรูปแบบการสอนมักเป็นการให้ความรู้ทางเดียว (ศุภชัยและอนุวัฒน์, 2540) กิจกรรมเหล่านี้ทำให้สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจจากผู้วิจัยมีการรับรู้เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูกด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร ดังเช่นการศึกษาของ ศิริกาญจน์ (2549) ได้วิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 92 ราย ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหาดพนม จังหวัดนครพนม โดยกลุ่มทดลองได้รับการให้สุขศึกษาโดยนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประกอบกับเนื้อหาของโรคมะเร็งปากมดลูก การอภิปรายกลุ่มร่วมกับการเสนอแนะเพิ่มเติมจากวิทยากร การแจกเอกสารแผ่นพับ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้เรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สว่า (2547) ที่ได้ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมมาตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว โดยการใช้โปรแกรมสุขศึกษาซึ่งประยุกต์ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการมีแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาพบว่า การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.66$, $SD = 0.49$) และเมื่อพิจารณาในด้านการมีแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นรายชื่อ (ภาคผนวก จ) พบว่าการมีแรงจูงใจเรื่องจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง แม้จะมีอาการผิดปกติหรือไม่ มีคะแนนการรับรู้ ($\bar{X} = 3.92$, $SD = 0.63$) อาจเนื่องจากการสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ให้ความสำคัญกับการลดอุปสรรคในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้แก่ การไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ความอาย และความกลัวในเรื่องของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นอุปสรรคภายในตนเองต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยได้จัดให้มีกิจกรรมเพื่อลดความรู้สึกกลัว/อายต่อการมา

รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อลดความรู้สึกอายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยบอกให้ทราบว่าในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิงเป็นผู้ให้บริการทำการตรวจในห้องที่แยกเป็นสัดส่วนมีม่านกั้น และประตูที่ปิดมิดชิด ใช้ระยะเวลาในการตรวจน้อยและขั้นตอนการตรวจไม่ยุ่งยาก มีกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่เปิดเผยเฉพาะอวัยวะเพศเท่านั้น และในกรณีที่ผู้รับบริการต้องการสวมใส่กางเกงในการตรวจ ก่อนทำการตรวจเจ้าหน้าที่จะคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้างและเปิดเผยเฉพาะอวัยวะที่ต้องการตรวจเท่านั้น หลังจากให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ซึ่งเริ่มสาธิตตั้งแต่การสวมใส่กางเกง การคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้าง การสวมกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เครื่องมือสอดไปทางช่องคลอดและถ่างเครื่องมือเล็กน้อย เพื่อให้เห็นปากมดลูก และทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการสาธิตนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างจับต้องหุ่นและสัมผัสเครื่องมือได้ เพื่อลดความรู้สึกกลัวพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มการรับรู้ให้กับกลุ่มตัวอย่าง สร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อยโดยให้แกนนำสตรีอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประสบการณ์ที่ประทับใจ ความรู้สึกต่อการตรวจ ตลอดจนการเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยจากแกนนำสตรีอาสาสมัครและร่วมตอบคำถามเพื่อเพิ่มการรับรู้และให้กลุ่มตัวอย่างมีแรงจูงใจ และเกิดความรู้สึกในทางบวก รวมทั้งมีการรับรู้ที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนำไปสู่การตัดสินใจ ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในที่สุด ดังการศึกษาของ นุชนารถ (2539) ศึกษาการสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยประยุกต์หลักการแรงสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีการเรียนรู้และการสร้างแรงจูงใจมาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการให้สุขศึกษา โดยเน้นตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะมารับบริการ โดยมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหลังสอนภายใน 1 เดือน และมีจำนวนการมาตรวจจริงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานที่ 3 กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 3 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

หลังการสอน โดยใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจและได้มีการติดตามการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี หลังการสอน 1 เดือน สัดส่วนของสตรีในกลุ่มและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน โดยสตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจมาจากการรับรู้ที่เพิ่มขึ้นในด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการได้รับ โปรแกรม การสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ที่ประกอบไปด้วยการสอนเป็นรายกลุ่ม โดยใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพพลิก และการอภิปรายร่วมกันเพื่อเพิ่มการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และได้เห็นการสาธิตกับหุ่นจำลอง สามารถจับต้องเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังให้ความมั่นใจกับสตรีกลุ่มทดลองเพื่อลดความรู้สึกอายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยแจ้งให้ทราบว่าในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น เจ้าหน้าที่ที่เป็นผู้หญิงเป็นผู้ให้บริการ สถานที่ทำการตรวจเป็นสัดส่วน ใช้ระยะเวลาในการตรวจน้อยและขั้นตอนไม่ยุ่งยาก และผู้รับบริการสามารถสวมกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะ กรณีที่ผู้รับบริการต้องการสวมผ้าถุงในการตรวจ ก่อนทำการตรวจเจ้าหน้าที่จะคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้าง และเปิดเผยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์ เท่านั้น หลังจากให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ซึ่งเริ่มสาธิตตั้งแต่การสวมผ้าถุง การคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้าง การสวมกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้เครื่องมือสอดไปทางช่องคลอดและถ่างเครื่องมือเล็กน้อย เพื่อให้เห็นปากมดลูก และทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก ขั้นตอนการสาธิตนี้ผู้วิจัยให้สตรีกลุ่มทดลองสามารถจับต้องเครื่องมือได้ จับต้องกางเกงสำหรับตรวจภายในและให้ลองสวมให้กับหุ่นจำลอง จับต้องผ้าถุงและให้คลุมผ้าให้กับหุ่นจำลองเพื่อปกปิดขาก่อนตรวจ เพื่อลดความรู้สึกกลัวพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของสตรีกลุ่มทดลอง เพื่อเพิ่มการรับรู้ให้กับกลุ่มทดลองสร้างความมั่นใจ และลดอุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังมีการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสตรีแกนนำอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเล่าความประทับใจและการเอาชนะอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กิจกรรมเหล่านี้

ผู้วิจัยเชื่อว่าสามารถลดอุปสรรคที่มีอยู่ภายในตนเองของสตรีชนบท อันประกอบไปด้วย การไม่มีโอกาส ผิดปกติใดๆ ความกลัว และความอาย ซึ่งเป็นการดูแลทางจิตสังคมที่คำนึงถึงความรู้สึกของสตรีที่ได้รับ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้สตรีกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำตามสภาพปัญหาที่แท้จริง มีโอกาส ซักถามความรู้สึกได้และทำให้เกิดการรับรู้และมีแรงจูงใจที่ดี ผลักดันไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องส่งผล ให้สตรีชนบทไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในที่สุด ดังการศึกษาของ จิรนนท์ (2548) ที่ศึกษาเชิง คุณภาพ เรื่องความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในจังหวัดเชียงใหม่ ที่พบว่าความคิดเห็น อันดับแรกในการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีตัวอย่าง คือ ความกลัวไม่อยากจะ เป็น มะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ความอาย ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี ฮัทแมน สเตวาร์ท คาเมรอน และ ไฮแมน (Hhmad, Stewart, Camerond & Hyman, 2001) พบว่าสตรีพยายามลดความรู้สึกอาย โดยการไปรับการตรวจคัดกรองกับผู้ให้บริการที่ เป็นสตรี สอดคล้องกับ สรายุทธ (2549) ศึกษาผลของ โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษา กิ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อน-หลังในสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 45 ราย ผลการศึกษา พบว่า สตรี กลุ่มเสี่ยงหลังได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาไปแล้ว 2 สัปดาห์ ได้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 34 รายคิดเป็นร้อยละ 75.56

สรุป การสอนโดยใช้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ซึ่งการสอนประกอบด้วย การสอนเป็นรายกลุ่มร่วมกับการอภิปรายเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 8-9 คน/วัน โดยทำการสอนในหมู่บ้าน ซึ่งได้มีการคำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของแต่ละบุคคล โดยผู้ช่วยวิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก่อนการให้ความรู้ หลังจากนั้นจึงให้โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ ที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมให้สตรี ชนบทมีการรับรู้ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องได้ การสอนโดย ใช้โปรแกรมการสร้างแบบแรงจูงใจที่ผู้วิจัยสอนกลุ่มทดลองนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้ตามแผนการสอน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับสตรีไทยในชนบท อีกทั้งผู้วิจัยได้ประยุกต์ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการสอน ประกอบกับ การใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพพลิก ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนเพื่อช่วยดึงดูด และกระตุ้นความสนใจ การเล่าประสบการณ์ตรงจากสตรีแกนนำในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก โดยเล่าถึงวิธีการตรวจและการเอาชนะอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ เปิดโอกาสให้ซักถาม ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์และทักษะ รวมทั้งวิธี การสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริงทำให้ผู้รับบริการได้รู้จัก

เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ และสามารถจับต้องอุปกรณ์นั้นได้ และรู้ขั้นตอนในการตรวจ ทำให้ลดความกลัวและความอายลงได้ เกิดความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้ผู้รับบริการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experiment research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง วัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest and posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างสตรีที่มีอายุ 30-60 ปี จำนวน 52 ราย โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดจาก 2 หมู่บ้าน ที่อาศัยอยู่ในตำบลสองแห่งของอำเภอปากแพ จังหวัดนครศรีธรรมราช และจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ พร้อมภาพพลิกเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และหุ่นจำลองสำหรับสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และทดสอบความเชื่อถือของแบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.84 คู่มือการสอนเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แผนการสอนเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ทะเบียนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของศูนย์อนามัยที่ 11 และทะเบียนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสถานีอนามัยที่อยู่ในตำบลที่ศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้แจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไป และเปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

- 2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test)
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) และ 4) เปรียบเทียบจำนวนการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สัดส่วนของผู้มาตรวจและไม่มาตรวจของสตรีในหมู่บ้านด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกหลังการสอนดีกว่าก่อนการสอน ($t = 10.24, p < .01$)
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยเฉพาะด้านการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ($t = 3.68, p < .01$) การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก ($t = 4.87, p < .01$) และแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ($t = 5.02, p < .01$)
3. กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม อาจมีการวัดที่ไม่ชัดเจนในบางประเด็น ซึ่งควรระมัดระวังในการนำไปใช้
2. การใช้ระยะเวลาของการสอนในแต่ละกลุ่มไม่เท่ากัน เพราะบางกิจกรรมของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต้องใช้ระยะเวลานาน เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสตรีแกนนำอาสาสมัคร การสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยหุ่นจำลอง ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานน้อยแตกต่างกันตามความเหมาะสมของกลุ่ม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหารการพยาบาล

1. ควรจัดอบรมหรือพัฒนาศักยภาพพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาใหม่ นักศึกษาพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการสอนแบบสร้างแรงจูงใจอย่างเป็นขั้นตอน
2. เพื่อให้อัตราความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสำเร็จตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดทำฐานข้อมูลและมีระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยมอบหมายให้ทีมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ โดยตรงในการจัดเก็บและส่งต่อข้อมูลพร้อมทั้งติดตามสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ควรนำโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมาใช้ในการรณรงค์การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้แก่กลุ่มสตรีในชนบท ที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ หรือในกลุ่มเสี่ยง การสร้างแรงจูงใจที่สำคัญ คือ การสาธิตการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองครึ่งตัว การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงจากแกนนำสตรีอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พร้อมทั้งให้บริการแบบเชิงรุกด้วยการตรวจคัดกรองมะเร็งที่บ้านหรือ การจัดเจ้าหน้าที่มาให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน เพื่อเอื้อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น
2. ควรติดตามผลการสอนระยะยาว โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังไม่ได้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกตามเป้าหมาย และควรศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ในด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับวิธีตรวจหรือการสอน โดยอาสาสมัครหรือผู้นำสตรีในชุมชน

ด้านการวิจัย

ควรทำการศึกษาวิจัยติดตามประสิทธิผลของ โปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว และศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาบทบาทของแกนนำสตรีและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองของสตรีในกลุ่มที่ไม่เคยมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งพัฒนาชุดความรู้สำหรับสตรีกลุ่มอื่นในการป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูกต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). *คู่มือมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แนวปฏิบัติบริการสุขภาพสำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน ด้านการป้องกันควบคุมโรค*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมอนามัย. (2544). *การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด*. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข.
- กรณีการ์ เกตุพิชัย. (2549). *การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรีอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงาน สุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข.
- กุลธิดาพร กีฬาแปง. (2548). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2544). *การจัดการสอนเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้*. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 12(3), 78-79.
- กิดานันท์ มลิทอง. (2540). *เทคโนโลยีทางการศึกษาและนวัตกรรม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมสันต์ สุวรรณฤกษ์. (2547). *ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีตั้งครรภ์และหลังคลอด ณ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 5(1), 11-19.
- จตุพล ศรีสมบุรณ์. (2547). *มะเร็งปากมดลูกการวินิจฉัยการรักษา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พี. บี. ฟอเรนบุ๊กส์เซนเตอร์.

- จุฬารัตน์ สุวัชรชัยติวงศ์. (2546). ความเชื่อทางค่านิยมสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมี ส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว. เชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จันทกานต์ ส่องสว่าง. (2544). การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่รักษาด้วยการผ่าตัดมะเร็งปากมดลูก. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- จันทร์จิรา คำใหม่. (2545). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองและการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในสตรีที่ได้รับการขูดมดลูกแบบแยกส่วน ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จันทร์เพ็ญ มหาวิระ, ลาวัลย์ ผลสมภพ, และอวยพร อ่อนเกตุพล. (2542). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อความรู้ของผู้ป่วยโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 17(2), 48-53.
- จิตหทัย สุขสมัย. (2542). การศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในพนักงานธนาคาร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จิรพรรณ พิรุณดี. (2541). สื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- จิรัชยา วงษาบุตร. (2551). ตัวแบบการอยู่รอดของผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะที่ 1 ปี ถึง 4 เดือน ที่เข้ารับการรักษาด้วยการฉายรังสีและเคมีบำบัด ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ระหว่างปี พ.ศ. 2540-2544. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสถิติประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จิรนนท์ มงคลดี. (2548). ความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะลวง อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จิรภา ชุมจันทร์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เจตนา ศรีใส. (2540). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- แฉล้ม วรรณานุสานต์, และสมหมาย อุงสุวรรณ. (2544). มะเร็งปากมดลูก (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- ชัยพร กันทา. (2546). คู่มือมะเร็งปากมดลูก (พิมพ์ครั้งที่ 2). ลพบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- ชุลีพร ด่านยุทธศักดิ์. (2541). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล และการปรับตัวในบทบาทการเป็นมารดาคลอดบุตรก่อนกำหนดในโรงพยาบาลรามาศิบัติ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ฐิติพร อิงคถาวรวงศ์. (2541). การพยาบาลมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรี. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ณัฐพงษ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2548). มะเร็งนรีเวชวิทยา. ใน เสวก วีระเกียรติ, และสฤกพรธม วิไลวรรณ (บรรณาธิการ), ตำรานรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติกพับลิชชิง.
- ณัฐยา พัวทัต. (2549). การสร้างความตระหนักต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มแม่บ้านเกษตรกร ตำบลป่าไผ่ อำเภอฟัว จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (การส่งเสริมสุขภาพ) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดวงใจ รัตนัญญา. (2545). สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- คุณิณี ใจโปร่ง. (2548). ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- ตุลย์ สิทธิสมวงศ์. (2544). หลักการดูแลและรักษาผู้ป่วยมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์. ใน กิจประมุข ตัลดยาภรณ์, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์, เขื่อน นิรันดร, สุรศักดิ์ ฐาน์พานิชสกุล, และดำรง ศรีสุโกศล (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา* (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 131-144). กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮาส์
- เต็มดวง เสวตจินดา. (2543). *สื่อการสอน เอกสารประกอบการฝึกอบรม เรื่อง การเรียนการสอนในระดับอุดมศึกษา รุ่นที่ 6 วันที่ 1-4 พ.ค. 2543*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ทักษ์นี้ ประสพกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมการสุขภาพ. *วารสารการพยาบาล*, 16(3), 1-2.
- ชั้นยาภรณ์ โพธิ์ถาวร. (2549). *ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธีรวิภา คุหะเปรมะ, เทวินทร์ โกสียะตระกูล, วรรณเพ็ญ เบ็ญจชัย, และนวลพรรณ อนันตวัฒน์วงษ์. (2549). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สยามออฟเซ็ท.
- นคร มุลนำ. (2541). *การประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอำเภอคอยเต่า จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นารีรัตน์ วงศ์สุนทร. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก ในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่สมรสแล้วและอยู่กินกับสามีในเขตตำบลแม่่นะ อำเภอเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่*. ภาคนิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตร์ บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- นที เกื้อกูลกิจการ. (2541). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล*. ภาควิชาการบริหารการศึกษาพยาบาลและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา: บ้านเมืองการพิมพ์.
- นุชนาถ ชูเกียรติ. (2539). *การสร้างแรงจูงใจในการส่งเสริมการรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา*. นครราชสีมา
- เนตร์พัฒนา ยาวีราช. (2546). *ภาวะผู้นำและผู้นำเชิงกลยุทธ์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เซ็นทรัลเอกเพรส จำกัด.

- บัณฑิต ชุมวรฐายี. (2549). *การป้องกันมะเร็งปากมดลูก: แนวทางสำหรับท้องถิ่นที่มีทรัพยากรจำกัด*. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- ประดับ ทองใส. (2541). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์. (2546). *Cervical Cancer Screening: Interpretation & Situation in Thailand*. ในเอกสาร *คู่มือผู้รับบริการฝึกอบรม Basic Principle of Colposcopy and Management of Abnormal Cytologic Screening*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- ประเสริฐ ตรีวิจิตรศิลป์, และวิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ. (2547). “เนื้องอกและมะเร็งปากมดลูก” ใน *สมชัย นิรุติศาสตร์, นเรศ สุขเจริญ, วิชัย เต็มรุ่งเรืองเลิศ, และวิสันต์ เสรีภาพวงศ์ (บรรณาธิการ), ตำรานรีเวชวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปจรรย์ จันทร์เพ็ง. (2541). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรในภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ ทักนิณ. (2541). *พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอาชีพพิเศษในแหล่งท่องเที่ยวเมืองพัทยา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- พรทิพย์ มาน้อย. (2548). *การพัฒนากลยุทธ์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมายของสถานีอนามัยในสังกัดสำนักงานอำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, กำแพงเพชร.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เพ็ญแข พิทักษ์ไพรวิน. (2544). *คู่มือการตรวจภายในและการทำ PAP SMEAR*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ประสานงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก.

- ไพรัช เทพมงคล. (2545). *เรามาป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกกันเถอะ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*.
กรุงเทพมหานคร: แสงศิลป์การพิมพ์.
- พัศมณท์ คุ่มทวีพร. (2543). พยาธิสภาพของเนื้องอก. ใน ถาวรณ อุณนาภิรักษ์, จันทนา
รณฤทธิวิชัย วิไลวรรณ ทองเจริญ, และวินัส ลิพะทะกุล (บรรณาธิการ), *พยาธิวิทยา
ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: บุญศิริการพิมพ์.
- มานพ เชื่อมทอง. (2542). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเอดส์ กับ
พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของลูกเรือประมงในจังหวัดชลบุรี*. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี
- บุภาพร ศรีจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ
สตรี ตำบลป่าสัก อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดพะเยา*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รวมพร คงกำเนิด. (2543). การสอนสุขภาพ. ใน สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย, และรวมพร
คงกำเนิด (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาพ* (หน้า 165-184). นครศรีธรรมราช:
มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- รัชนิพร เจ็งสืบสันต์. (2543). *ความรู้และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในผู้รับบริการตรวจ
มะเร็งปากมดลูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วนิดา ทางาม. (2541). *การส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก ของคนงานสตรีที่
แต่งงานแล้ว โดยกลุ่มสตรีอำเภอน้ำแกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วราภรณ์ อ่ำช้าง. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็ง
ปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วสันต์ ลีนะสมิต. (2542). *มะเร็งนรีเวชวิทยา*. ใน สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์ (บรรณาธิการ),
กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วสันต์ ลีนะสมิต, และณัฐพงษ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2542). *ระบาดวิทยา มะเร็งนรีเวช*.
กรุงเทพมหานคร: โอลิสติก พับลิชชิ่ง.

- วสันต์ อดิศักดิ์. (2545). กระบวนการสื่อสารการศึกษา: สื่อและเทคโนโลยีการศึกษา. เอกสาร
ประกอบการเรียนการสอน. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
วัลยา ตันติโยทัย. (2543). ทฤษฎีที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน สมจิต หนูเจริญกุล,
วัลยา ตันติโยทัย และรวมพร คงกำเนิด (บรรณาธิการ), การส่งเสริมสุขภาพ:แนวคิด
ทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล (หน้า29-46). นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัย
วลัยลักษณ์.
- ศรายุทธ อินทร์ชัย. (2549). ผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะคิด และความ
ตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอ
เมือง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์. (2549). ผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทาง
สังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี
อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ
จัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- ศุภชัย คุณรัตนพฤกษ์, และอนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล. (2540). การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับ
ประเทศไทยในอนาคต. คณะสาขารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
ศูนย์อนามัยที่ 11. (2550). สถิติเวชระเบียนคลินิกอนามัยการเจริญพันธุ์. นครศรีธรรมราช: ศูนย์
อนามัยที่ 11.
- ศูนย์มะเร็งลพบุรี. (2548). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ลพบุรี: ศูนย์มะเร็งลพบุรี.
- สง่า ไชยนา. (2547). การจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับผล
การให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญา
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาขารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2549). มะเร็งปากมดลูก : ปัญหาสุขภาพ
สำคัญของสตรี. กรุงเทพมหานคร: จดหมายข่าวประชากรและการพัฒนา.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการทำ PAP SMEAR.
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
กรุงเทพมหานคร: บริษัท สยามออฟเซ็ท จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2550). แนวทางการดำเนินงาน โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75
จังหวัด ปี 2550. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). *แนวทางการดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ปี 2553*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.
- สฤกษ์พรณ วิไลลักษณ์. (2548). *มะเร็งปากมดลูก*. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2548, จาก <http://www.ccne.or.th>
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด.วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาล โอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ), *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (หน้า 115-136). กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด.วิ.เจ.พรินติ้ง.
- สมรักษ์ อริยะ. (2549). *สตรีชนบทภาคเหนือกับกระบวนการประชาสัมพันธ์ในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิษฐ์. (2545). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางเลือกใหม่สำหรับประเทศไทย. ใน แสงชัย พุกฤกษ์พัญญพันธ์บุรณะ, และจิตติมา มโนมัย (บรรณาธิการ), *ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์-นรีเวช*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- สวรรส เสนาสุณย์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก จังหวัดชลบุรี: กรณีศึกษาเฉพาะอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี*. รายงานการศึกษาปัญหาพิเศษปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิระยา สัมมาวาจ. (2544). หลักการและเทคนิคการสอนในหอผู้ป่วย. *วารสารการศึกษาพยาบาล*, 12(1), 29-37.
- สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์. (2541). *ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ของพยาบาลสำเร็จใหม่ในโรงพยาบาลเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2548). ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข. ใน *สถิติสาธารณสุข.กระทรวงสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: พี.เอ.ดีฟวิ้ง จำกัด.
- สัญญาชัย บัลลังก์โพธิ์, และสมศักดิ์ ตั้งตระกูล. (2542). *มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก*. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

- สุจิตรา เหมวิเชียร. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุรินทร์ โดสุโขวงศ์, และชัยยศ ชีรผกาวงศ์. (2544). มะเร็งปากมดลูก. ใน สมบูรณ์ คุณานิกม, สุวตย์ ชีระศักดิ์วิทยา, และภาควงุมิ โพธิ์พงษ์ (บรรณาธิการ), *นรีเวชวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด.
- สุรินทร์ทิพย์ เปี่ยมสมบูรณ์. (2546). *โรคมะเร็งปากมดลูก*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพ.
- โสภิตา คำทองรักษ์. (2544). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีจังหวัดสุพรรณบุรี*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อนงค์ คำจูน. (2543). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตรวจค้นหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดชัยนาท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อรรพรรณ ปิลันธน์โอवास. (2542). ช่องทางการสื่อสาร. ใน..., *การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ* (หน้า 137-163). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรศรี สุวิมล. (2544). *การศึกษาพฤติกรรมป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อาภรณ์ ใจเที่ยง. (2540). *หลักการสอน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- Becker, M. H. (Ed.). (1974). *The health belief model and health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Socio Behavior Determinants of Compliance with Health and Medical Care Decommedations. *The Journal of Medicare*, (13), 10-24.
- Becker, M. H. et al. (1977). Select psychosocial models and correlates of individual health related behaviors. *Medical Care*, (15), 27-46.
- Brant, J. (1999). Cervical Cancer. In C. Miaskowski & P. Buchsel (Eds.), *Oncology Nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Castellsague, X. (2007). *HPV and Cervical Cancer in the World Report*. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer.

- Chamarro, T. (2000). The Gynecologic Cancer. In B. M. Nevidjon & K. W. Sowers (Eds.), *Cancer Care*. Philadelphia: Lippincott.
- Clark, J. C. (1994). Gynecologic cancer. In S.E. Otto (Ed.), *Oncology Nursing*. Philadelphia: Mosby.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Norton.
- Damrosch, S. (1991). General strategies for motivation people to change their behavior. *Nursing Clinics of North America*, (26), 833-884.
- Eggenberger, S. K., & Hutley, M. I. (1999). Envisioning health care using a story tech process with continuing education participant. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 30(6), 246-266
- Ferniss, K. Tomatoes. (2002). Pap smear. and Tea Adopting Behaviors that May Prevent Reproductive Cancer and Improve Health. *Journal of obstetrics, Gynecologic, and Journal of obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, (29), 641-652.
- Gessner, B. A. (1989). The cornerstone of patient teaching. *Nursing Clinical of North America*, (24), 589-595.
- Good-Reis, D.V., & Pieper, B.A. (1990). Structured vs unstructured teaching. *AORN Journal*, 51(5), 1334-1339.
- Holroyd, E., Twinn, S. F., & Shia, A.T. (2001). Chinese Women. Experiences and Images of the pap smear Examination. *Cancer Nursing*, (24), 68-75.
- Janz N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- Janz N. K., Champion, V.L., & Strecher, V. J. (2002). The health belief model in Glanz, K., Rimer, B.K., & Lewis, F.M(Eds.). *Health behavior and health education : theory, reseach and practice* (3 rd ed., pp. 45-66), San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kim, O. (2002). Use of theoretical framework to understand factors that influence participation in mammography screening among Korean (Texas Woman University Research Report No. 3059166 from Pro Quest database.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.

- Mikhail, Blanche. (1981). The Health Belief Model. In *Advances in Nursing Science*.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. Appleton-Century-Croft: Norwalk.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice* (4 th ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Rosenstock, I. M. (1974a). Historical origins of the health belief model. In M. H. Becker (Eds.), *The health belief model and personal health behavior* (pp.1-8). New Jersey: Charles Slack.
- Rosenstock, I. M. (1990). Model of individual health behavior. In K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 33-62). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rubin MM. (1999). Cytologic concerns in adolescents: entering the transformation zone. *ADVANCE for Nurse Practitioners*, 7(53), 54-56.
- Sherris, J, Herdman C. (2000). Preventing Cervical Cancer in low - resource setting. *Outlook* 18(1), 1-8.
- Smith, J.S., Green, J., Berrington, de Gonzalez, A. (2003). *Cervical cancer and use of hormonal Contraceptive: a systemic review*, (361), 1159-1167.
- Tirado, L.L., Mohar, B.A., Lopes, C.M., Garcia, C.A., Franco, M.F., & Borges, G. (2005). Risk factor in invasive cervical cancer among Mexican women. *Salud Pulica Mex*, (47), 342-350.
- University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical cancer project. (1990). Visual inspection with acetic Acid for cervical cancer screening: Test qualities in a primary Care Setting. *Lancet* , (353), 869-873.
- World Health Organ. (1995). *National Cancer Control Programmes Policies and Management*
- World Health Organ. (2002). *Cytology screening*.
- World Health Organization. (2009). *Human papillomavirus vaccine*. Geneva, Switzerland .

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย

ในการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แนะนำตนเอง หัวข้อในการวิจัย วัตถุประสงค์และรูปแบบการวิจัย ให้ผู้ป่วยทราบ ดังนี้

ข้าพเจ้า นางสาวปริญานุช มณีโชติ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาถึงผลโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีชนบทในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งคาดว่าจะประโยชน์ในการวางแผนให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตลอดจนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของสตรีชนบท

การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นสิทธิของท่าน และจะไม่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใดๆ ทั้งสิ้น ถ้าท่านตัดสินใจให้ความร่วมมือในครั้งนี้ ขอความมือจากท่านตอบแบบสอบถาม 3 ครั้ง ครั้งแรกที่เข้าร่วมโครงการ ครั้งที่ 2 ในวันที่ดำเนินการสอนอย่างมีแบบแผน ครั้งที่ 3 หลังจากวันที่ดำเนินการสอนอีก 2 สัปดาห์ ซึ่งชื่อ/สกุลของท่านจะไม่ถูกเปิดเผย และจะเก็บไว้เป็นความลับ ถ้าท่านไม่ต้องการร่วมวิจัยในครั้งนี้ ท่านมีสิทธิบอกเลิกได้ทุกเวลา

ถ้าผู้ป่วยตอบรับให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม หรือแบบประเมิน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้ได้

.....

(นางสาวปริญานุช มณีโชติ)

ผู้วิจัย

.....

()

ผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาคผนวก ข

การคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรคำนวณ effect size โดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{X_1 - X_2}{\text{Preloed SD}}, \quad \text{Preloed SD} = \sqrt{(SD_1^2) + (SD_2^2)}$$

จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ จุฬารัตน์ (2546) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว

$$X_1 = 18.70 \quad SD_1 = 1.21 \quad X_2 = 8.70 \quad SD_2 = 2.85$$

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตรได้ Preloed SD} &= \sqrt{(SD_1^2) + (SD_2^2)} \\ &= \sqrt{(1.21^2) + (2.85^2)} \\ &= \sqrt{9.568} \\ ES &= \frac{18.7 - 8.7}{\sqrt{9.568}} \\ ES &= 1.043 \end{aligned}$$

ซึ่ง Large effect size มีค่า = 0.8 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) แต่ที่คำนวณได้ ES= 1.043 จึงได้ยึดขั้นต่ำของค่า Large effect size = 0.8

แต่ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อการรับรู้และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ใช่ต่อเจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดังการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดค่า effect size = 0.70 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบขนาดกลาง (Medium effect size) ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, ค่า Power ที่ 0.08 ได้ขนาดกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 26 ราย

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมิน เรื่อง ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท

ชุดที่ 1 แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 25 ข้อ

ชุดที่ 1

แบบประเมินเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน () แต่ละข้อที่ตรงกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนดตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. อายุ.....ปี

2. สถานภาพสมรส

() 1. โสด

() 2. สมรสแล้ว

() 3. หม้าย

() 4. แยกกันอยู่

3. ศาสนา

() 1. พุทธ

() 2. อิสลาม

() 3. คริสต์

() 4. อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียน

() 2. ประถมศึกษา

() 3. มัธยมศึกษา

() 4. อนุปริญญา

() 5. ปริญญาตรี/เทียบเท่า

() 6. อื่นๆ (ระบุ).....

5. อาชีพในปัจจุบัน

() 1. แม่บ้าน

() 2. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

() 3. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

() 4. รับจ้าง/ทำสวน

() 5. อื่นๆ (ระบุ).....

6. รายได้ที่เฉลี่ยสูงสุดของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

7. ท่านคิดว่ารายได้ที่ได้รับเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่

() 1. เพียงพอ

() 2. ไม่เพียงพอ

8. ภาวะสุขภาพของท่านในปัจจุบันเป็นอย่างไร?
- () 1. ไม่แข็งแรง และมีโรคหรือความเสี่ยงเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (ระบุ).....
- () 2. แข็งแรง แม้จะป่วยเป็นโรค (ระบุ).....
- () 3. แข็งแรง และไม่มีโรคหรือความเสี่ยงทางสุขภาพใดๆ
9. ท่านเคยตรวจสุขภาพประจำปีหรือไม่
- () 1. ไม่เคยตรวจ/ครั้งนี้ครั้งแรก
- () 2. เคยตรวจเมื่อ.....
10. ท่านเคยมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งหรือไม่
- () 1. ไม่มี
- () 2. มีระบุ.....
11. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อนหรือไม่
- () 1. เคยได้รับ
- () 2. ไม่เคยได้รับ
12. ท่านเคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการตรวจมะเร็งปากมดลูกจากแหล่งใดบ้าง
- () 1. หนังสือพิมพ์ () 2. เพื่อนบ้าน
- () 3. ญาติพี่น้อง () 4. วิทยุ/โทรทัศน์
- () 5. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
- () 6. อื่นๆ (ระบุ).....

ชุดที่ 2

แบบประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 5 ตัวเลือก คือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(5)	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจ หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
เห็นด้วย	(4)	หมายถึง	คำตอบนั้นตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจ หรือความคิดเห็นของท่านมาก
ไม่แน่ใจ	(3)	หมายถึง	คำตอบนั้นท่านรู้สึกไม่แน่ใจ
ไม่เห็นด้วย	(2)	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจ หรือความคิดเห็นของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	(1)	หมายถึง	คำตอบนั้นไม่ตรงกับการรับรู้ตามความเข้าใจ หรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก						
1	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีแม่และพี่น้องป่วยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป					
2	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า ผู้หญิงทั่วไป					
3	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่หรืออยู่ใกล้ชิดบุคคลที่ สูบบุหรี่มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าผู้หญิงทั่วไป					
4	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกผิดปกติมีโอกาสเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป					
5	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 35 ปี มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าผู้หญิงทั่วไป					

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก						
6	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก แล้วไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้					
7	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นอันตราย ต่อสุขภาพ					
8	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ					
9	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา					
10	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำ ให้เกิดความเจ็บปวดและไม่สบาย					
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก						
11	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การงดดื่มสุราและของมีแอลกอฮอล์สามารถ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
12	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วเท่านั้น					

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
13	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การงดพฤติกรรมสำส่อนทางเพศสามารถ ป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
14	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การไม่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุยัง น้อย (คือ น้อยกว่า 17 ปี) สามารถป้องกันการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
15	ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง และตรวจหลัง คลอดอย่างสม่ำเสมอสามารถป้องกันการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
การรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
16	การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกทำให้เสียเวลา					
17	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีขั้นตอนยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะ ในการตรวจ					
18	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้มีความเจ็บปวด					
19	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ต้องใช้ระยะเวลาในการรอผล การตรวจ					
20	มีความรู้สึกอายและไม่สบายใจที่ต้องเปิด อวัยวะเพศเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					

ลำดับ	ข้อความ	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (5)	เห็น ด้วย (4)	ไม่ แน่ใจ (3)	ไม่ เห็น ด้วย (2)	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)
การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
21	ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน					
22	ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อได้รับทราบข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					
23	แรงจูงใจที่ทำให้ท่านมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากเกิดความกลัวต่อการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
24	ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อทราบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ					
25	ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองแม้จะมีอาการผิดปกติหรือไม่					

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง

แผนการสอน เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผู้เรียน สตรีชนบทที่อยู่ในกลุ่มอายุ 30-60 ปี

ปัญหาและความต้องการทางการเรียนรู้ของผู้เรียน

จากการณรงค์ให้มีการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นระยะๆ ร่วมกับประชาสัมพันธ์โครงการตามสถานีอนามัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนให้ความรู้กับสตรีที่มารับบริการวางแผนครอบครัว จัดหน่วยบริการเคลื่อนที่ออกไปให้ความรู้ และให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามสถานีอนามัย ยังพบว่าขาดความครอบคลุมและต่อเนื่อง รวมทั้งผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และอัตราการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงเดิมหรือไม่เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะมีการณรงค์ให้ความรู้ก็ตาม และสตรีที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นรายเก่าที่เคยรับบริการตรวจมาแล้ว ไม่มีสตรีรายใหม่ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการใช้สำลีชุบยาตรวจจีสัยบริเวณปากมดลูกใช้เวลาในการรอผล 1 นาที แล้วอ่านผลด้วยตาเปล่า (Visual Inspection with Acetic Acid) เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ทำให้ผู้รับบริการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ทั่วไปในการสอน

1. เพื่อให้สตรีชนบทมีการรับรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. เพื่อให้สตรีชนบทมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

หัวข้อที่สอน

1. ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.1 ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.2 อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.3 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. การเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสตรีแกนนำเพื่อลดความรู้สึกลัว/อายต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
6. การสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองครึ่งตัว

กิจกรรมการสอน

1. การให้ความรู้เป็นรายกลุ่มและร่วมอภิปรายประกอบภาพพลิก
2. การสาธิต
3. การตอบข้อซักถาม
4. การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง

สื่อการสอน

1. ภาพพลิก
2. หุ่นจำลองครึ่งตัว
3. อุปกรณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การประเมินผล

โดยการซักถามก่อนสอน ขณะสอนและภายหลังการสอน

วันที่สอน

ในวันที่พบกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการสอน

สอนเป็นรายกลุ่มตามขั้นตอน ดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพโดยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสอบถามความสนใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพร้อมแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัยต่างๆ โดยผู้วิจัยตอบคำถามที่เป็นมิตร
2. ประเมินการรับรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนการสอน
3. ทำการสอนตามแผนการสอนแบบสร้างแรงจูงใจ
4. ทำการประเมินการสอนโดยใช้การซักถามภายหลังการสอนเสร็จในแต่ละครั้ง
5. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคหลังเสร็จสิ้นการสอน

ภาคผนวก จ.

แผนการสอน เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและสตรีกลุ่มตัวอย่าง -สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้าใจวัตถุประสงค์ในการสอนและสามารถอยู่ร่วมได้ตลอด</p>	<p>“สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ นางสาวปริญานุช มณีโชติ เป็นนักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วันนี้ดิฉันขอรบกวนเวลาประมาณ 45 นาที- 1 ชั่วโมงในการพูดคุย แนะนำ และให้ความรู้ เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เพื่อให้ทุกคนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ดิฉันขออนุญาตเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ ข้อมูลต่างๆไปของแต่ละคน และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยจะเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือก่อนและหลังการสอน ข้อมูลที่ได้ในวันนี้จะเป็นความลับและใช้ในการศึกษาเท่านั้นนะคะ ไม่ทราบที่ท่านใดจะขัดข้องหรือมีข้อสงสัยก็ซักถามได้เลยนะคะ”</p> <p>“สำหรับหัวข้อเรื่องที่จะให้ความรู้ในวันนี้ ก็มีความรู้ต่างๆไปเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อาการและการรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นดิฉันก็จะสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริง และร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรงกับผู้ที่มิประสบการณ์เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ตอนนี้ทุกคนคงพร้อมแล้ว ดิฉันขอเริ่มการให้ความรู้เลยนะคะ”</p>	<ul style="list-style-type: none"> -กล่าวทักทายสตรีกลุ่มตัวอย่างพร้อมแนะนำตนเอง -อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย -ประเมินความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ -เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อการตัดสินใจและขออนุญาตในการทำวิจัยจากสตรีกลุ่มตัวอย่าง -แจ้งหัวข้อเรื่องที่จะทำการสอน 		<p>สังเกตได้ว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>บทนำ</p> <p>ทำไมผู้หญิงเราจึงต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก?</p> <p>มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้หญิง และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทย เมื่อเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว ต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา เสียค่าใช้จ่ายมาก แม้ว่าในปัจจุบัน การแพทย์และการรักษาจะเจริญก้าวหน้าไปอย่างมากแต่ก็ไม่สามารถรักษาโรคนี้ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคได้ลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษามีความยุ่งยากนำไปสู่การเสียชีวิตสูง ถึงแม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคร้ายแรงที่คุกคามสุขภาพอนามัยของผู้หญิง แต่โรคมะเร็งปากมดลูกก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการตรวจตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งการตรวจที่ดีที่สุดคือการตรวจภายในเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั่นเอง</p> <p>ดังนั้นในวันนี้ จึงต้องการให้ทุกท่านได้เข้าใจอย่างถูกต้องในเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>นำเข้าสู่บทเรียนโดยถามว่า</p> <p>“ไม่ทราบว่ามีใครมีประสบการณ์ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาบ้างแล้ว ”</p>		<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างร่วมตอบคำถาม</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีอะไรบ้าง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้หญิงที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 17 ปี เพราะเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง 2. เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ หรือมีความสำส่อนทางเพศ เพราะมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกสูง 3. ติดเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 4. เป็นโรคที่ทำภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ เช่น โรคเอดส์ เมื่อมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ก็มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก 5. การสูบบุหรี่หรือสูดควันบุหรี่ เพราะสารพิษในบุหรี่จะทำให้เนื้อเยื่อที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติ 6. ไข้ยาที่กดภูมิคุ้มกันของร่างกายเป็นเวลานานๆ เช่น ยาเพื่อรักษาโรคหอบ 7. ขาดสารอาหารและวิตามินบางประเภท เช่น วิตามินเอ วิตามินซี เป็นเวลานานๆ 8. ไข้ยาคุมกำเนิดเป็นเวลานานๆ ถ้ามากกว่า 5 ปี ก็มีโอกาสร้อยมากขึ้นที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก 9. ผู้หญิงที่มีแม่ พี่สาวหรือน้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกก็มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าคนอื่นๆ 	<p>-กระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย โดยผู้วิจัย ใช้คำถามนำว่า “ทราบหรือไม่? ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกมีอะไรบ้าง”</p> <p>เมื่อสตรีกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเสร็จ ผู้วิจัยสรุปประเด็นให้ทราบอีกครั้ง และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นและร่วมกันอภิปราย โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ตอบคำถาม</p> <p>“เมื่อเราทราบถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว ตัวเราเองมีปัจจัยเสี่ยงอย่างไรบ้าง?”</p>	<p>ภาพพลิก โรคมะเร็งปากมดลูก ในหัวข้อปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>-สตรีกลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย</p> <p>-จากคำตอบของสตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก</p> <p>ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆแต่ก็มีอาการเมื่อโรคได้ลุกลามไปมากแล้ว ซึ่งมักมีอาการที่สังเกตได้ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ 2. มีตกขาวเป็นสีเหลืองหรือมีเลือดปน มีกลิ่นเหม็น 3. ในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีอาการอ่อนเพลีย น้ำหนักลด <p>ดังนั้น การตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูกขณะไม่มีอาการใด ๆ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งเพราะสามารถค้นหาความเสี่ยงและรักษาได้ง่ายและหายขาดได้เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงหรือเป็นโรค</p>	<p>-กระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยถามว่า “ใครเคยเจอผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกบ้าง?”</p> <p>“อาการของโรคมะเร็งปากมดลูกมีอะไรบ้าง?”</p>	<p>ภาพพลิกโรคมะเร็งปากมดลูกในหัวข้ออาการของโรคมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>-สตรีกลุ่มตัวอย่างร่วมกันอภิปราย</p> <p>-จากคำตอบสตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกถึงอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกวิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>เมื่อตรวจพบหรือรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วจะได้รับการรักษาอย่างไร</p> <p>การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับสภาพความสมบูรณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย การรักษา 4 วิธี ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การผ่าตัด 2. การใช้รังสีรักษา 3. การใช้ยาเคมีบำบัด 4. การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน มักทำในระยะการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูก 	<p>-กระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยถามว่า “วิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกมีอะไรบ้าง?”</p> <p>-เสริมคำตอบในส่วนที่ขาดและเปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัยและไม่เข้าใจ</p>	<p>ภาพพลิกโรคมะเร็งปากมดลูกในหัวข้อการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>จากคำตอบของสตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกวิธีการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องทั้ง 4 ข้อ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์อย่างไร?</p> <p>มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบความผิดปกติตั้งแต่ในระยะแรกซึ่งไม่มีอาการผิดปกติใดๆ หลายคนอาจมองว่า ไม่มีอาการก็ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ โดยความเป็นจริงแล้วไม่มีอาการก็ตรวจพบโรคนี้ได้ และเมื่อตรวจพบในระยะแรกก็สามารถรักษาให้หายขาดได้</p>	<p>กระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยใช้คำถามนำว่า</p> <p>-“ถ้าท่านไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ท่านต้องไปตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่?”</p> <p>-“ทำไม? ผู้หญิงจึงต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก”</p>	<p>ภาพพลิกโรคมะเร็งปากมดลูกในหัวข้อความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>-สตรีกลุ่มตัวอย่างทราบว่าต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแม้ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ</p> <p>-จากคำตอบของสตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถทราบวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>ปัจจุบันมีวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกี่วิธี ? ทำอย่างไรบ้าง? วิธีที่นิยมมี 2 วิธีคือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำสมสายชูชนิดเจือจางซึ่งสามารถตรวจได้ในสตรีที่มีอายุ 30-45 ปีเท่านั้น และสามารถทราบผลได้ทันทีภายหลังจากการตรวจ 2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกป้ายลงบนแผ่นกระจก และรอฟังผลประมาณ 1-2 สัปดาห์ 	<p>ผู้วิจัยกระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่าง ร่วมตอบคำถาม</p> <p>-“วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่จะได้รับมี กี่วิธี? อะไรบ้าง?”</p> <p>-กระตุ้นให้สตรีกลุ่มตัวอย่างร่วมอภิปราย</p> <p>“ทราบหรือไม่?เมื่อท่านไปตรวจ ท่านจะได้รับการตรวจแบบใด ”</p>	<p>ภาพพลิก โรคมะเร็ง ปากมดลูก ในหัวข้อ วิธีการตรวจ คัดกรอง มะเร็งปาก มดลูก</p>	<p>- สตรีกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและสามารถบอกวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง</p> <p>-สตรีกลุ่มตัวอย่างทราบว่าตนเองจะได้รับการตรวจวิธีใด เมื่อไปรับการตรวจ</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างสามารถทราบการเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผู้รับการตรวจต้องมีการเตรียมตัวอย่างไรบ้าง? โดยทั่วไปแล้ว ท่านมาตรวจได้ทุกเวลาที่พร้อม ยกเว้น ขณะมีประจำเดือน นอกจากนี้ หากท่านได้เคยตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง หรือใช้ผ้าอนามัยแบบสอด หรือใช้ยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนถึงการสวนล้างช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง หรือมีเพศสัมพันธ์ 2 วันก่อนตรวจ ควรบอกให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p>	<p>“เมื่อท่านไปรับการมะเร็งปากมดลูก ท่านต้องเตรียมตัวอย่างไร” -เสริมคำตอบในส่วนที่ขาดและเปิดโอกาสให้ซักถามในส่วนที่สงสัยและไม่เข้าใจ</p>	<p>ภาพพลิก โรคมะเร็ง ปากมดลูก ในหัวข้อ การเตรียมตัว เพื่อรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>จากคำตอบสามารถบอกวิธีการเตรียมตัว ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อลดความรู้สึกลัวและอายของผู้รับบริการและสร้างแรงจูงใจในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>สถิติวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นจำลองที่เหมือนจริง</p> <p>ผู้หญิงหลายคนที่ไม่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะรู้สึกกลัวขั้นตอนในการตรวจ กลัวเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ และมีผู้หญิงอีกหลายคนที่รู้สึกอายเมื่อต้องมารับการตรวจ จริงๆแล้วการตรวจภายในเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นเป็นเรื่องที่ไม่น่ากลัว ไม่น่าอายอย่างที่คิด เราลองเปิดใจ เปิดโอกาสให้ตัวเอง ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสักครั้ง แล้วจะรู้ว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่พูดนั้นเป็นความจริง คือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ได้น่ากลัวและน่าอายอย่างที่คิดเลย และขออธิบายขั้นตอนอย่างคร่าวๆดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ก่อนทำการตรวจ ท่านจะได้รับการซักประวัติ 2. เจ้าหน้าที่จะแนะนำให้ท่านเข้าห้องน้ำเพื่อทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก 3. ท่านสามารถสวมกางเกงที่ใช้ในการตรวจภายในโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกางเกงที่เปิดเผยเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจเท่านั้น เดี่ยวท่านจะเห็นว่ากางเกงมีลักษณะเป็นอย่างไร 	<p>ผู้วิจัยกระตุ้นการมีส่วนร่วม โดยใช้คำถามว่า “ใครบ้างที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก”</p> <p>“เหตุผลที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพราะอะไร?”</p> <p>-ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายจับต้องเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจ</p> <p>-ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายจับต้องกางเกงสำหรับตรวจภายในและให้ลองสวมให้กับหุ่นจำลอง</p>	<p>-หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว</p> <p>-กางเกงสำหรับตรวจภายใน</p> <p>-ผ้าถุงและผ้าสำหรับคลุมขาหุ่นจำลอง</p>	<p>สตรีกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจในการสถิติวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและร่วมกันซักถามในส่วนที่ยังสงสัยและไม่เข้าใจ</p>

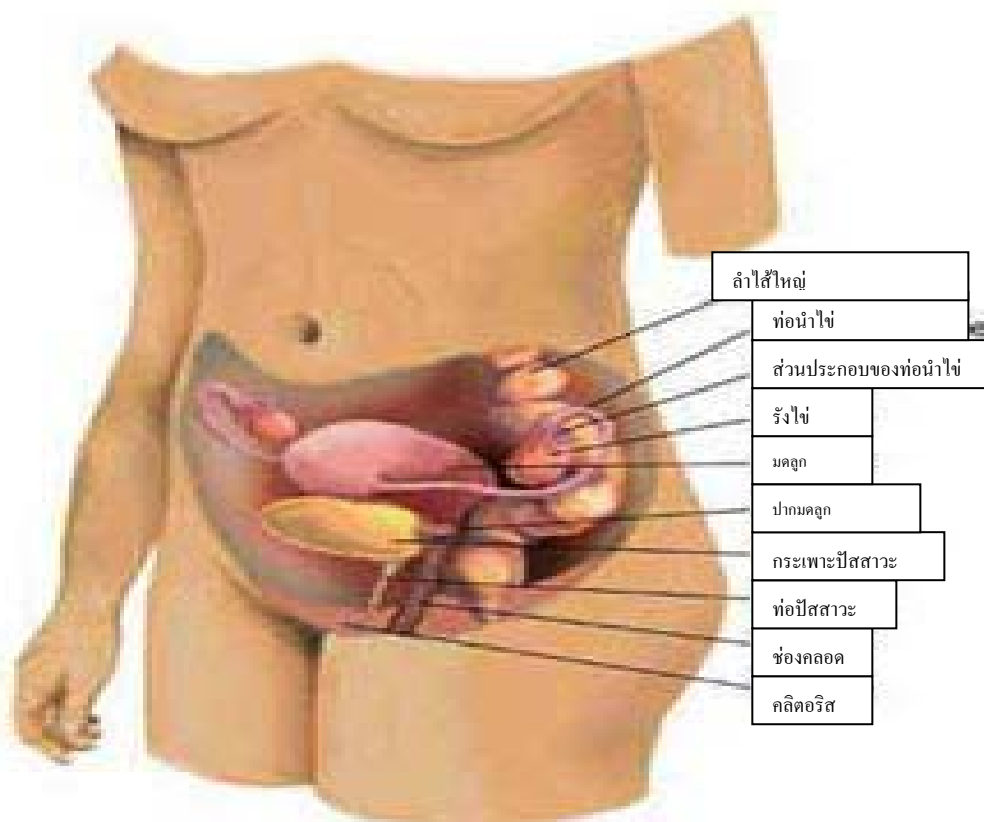
วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
	<p>4. ใครที่ไม่ต้องการสวมกางเกง ท่านสามารถสวมผ้าถุงได้ และก่อนการตรวจเจ้าหน้าที่จะใช้ผ้าคลุมขาทั้งสองข้างเปิดเฉพาะบริเวณที่ต้องการตรวจเท่านั้น เดี่ยวท่านจะได้เห็นการคลุมผ้าเพื่อปิดขาทั้งสองข้างก่อนทำการตรวจ</p> <p>5. ท่านจะได้รับการตรวจในห้องที่เป็นสัดส่วน มีม่านกัน ประตูหน้าต่างปิดมิดชิด มีเพียงท่านกับเจ้าหน้าที่เท่านั้น</p> <p>6. เจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจให้กับท่านเป็นเจ้าหน้าที่ผู้หญิงหากท่านสงสัยสามารถพูดคุยและซักถามได้ตลอดเวลา</p> <p>7. ใช้ระยะเวลาในการตรวจน้อย ขั้นตอนไม่ยุ่งยาก และวิธีการตรวจที่จะได้รับ ท่านก็ทราบแล้วจากการที่เราได้พูดคุยกัน</p> <p>เมื่อเราทราบขั้นตอนการตรวจแล้ว ต่อไป...เราจะได้เห็นขั้นตอนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกซึ่งจะทำการตรวจกับตัวหุ่น</p> <p>ผู้วิจัยสาธิตวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้หุ่นเชิงกรานครึ่งตัว ซึ่งเริ่มสาธิตตั้งแต่การสวมผ้าถุง การคลุมผ้าเพื่อปกปิดขาทั้งสองข้าง การสวมกางเกงสำหรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้เครื่องมือสอดไปทางช่องคลอดและถ่างเครื่องมือเล็กน้อยเพื่อให้เห็นปากมดลูก และทำการตรวจมะเร็งปากมดลูก</p>	<p>-ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายจับต้องผ้าถุงและให้คลุมผ้าให้กับหุ่นจำลองเพื่อปกปิดขา ก่อนตรวจ</p>		

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>เพื่อให้สตรีกลุ่มตัวอย่าง รับทราบตารางการ ให้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก</p>	<p>เห็นมั๊ยคะ? การตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่ยุ่งยากเลย เดี่ยวเราลองมา จับตัวหุ่น จับเครื่องมือ ลองสวมกางเกง สวมผ้าถุงพร้อมคลุมผ้าให้ตัว หุ่นกันนะคะ</p> <p>เมื่อท่านทราบขั้นตอนในการตรวจ ดูการสาธิตกับหุ่นแล้ว ต่อไป เราลองมาฟังคนที่มีประสบการณ์ตรงด้วยตัวเองที่ได้รับการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกกันนะคะ ว่าเขารู้สึกอย่างไร ประทับใจอะไรบ้างเมื่อต้องไป ตรวจมะเร็งปากมดลูก และที่สำคัญ...อะไรที่ทำให้เขาตัดสินใจไป ตรวจหามะเร็งปากมดลูก ใครมีอะไรสงสัยอยากซักถามและแลกเปลี่ยนก็ เชิญได้เลยนะคะ พรบมือต้อนรับคนเก่งแกนนำอาสาสมัครของเราหน่อย ค่ะ</p> <p>วันนี้เราก็ได้พูดคุยกันอย่างละเอียดแล้วนะคะ ในเรื่องของการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนตารางในการให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสถานีนามัย ท่านสามารถมารับบริการได้ทุกวันพฤหัสบดี เวลา 08.30-15.30 นะคะ หรือถ้าใครอยากไปตรวจที่ศูนย์อนามัยที่ 11 ท่าน สามารถไปรับการตรวจได้ทุกวัน เวลา 08.30-15.30 นะคะ</p> <p>และในวันนี้ฉันก็ขอขอบคุณทุกท่านนะคะที่ให้ความร่วมมือ และ สามารถอยู่ร่วมได้ตลอด ขอขอบคุณค่ะ</p>	<p>ผู้วิจัยกระตุ้นให้สตรี กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม โดยการอภิปราย ร่วมกัน และผู้วิจัยสรุป ประเด็นสำคัญๆในการ ตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก</p>	<p>สตรีแกนนำที่มี ประสบการณ์ ในการตรวจ หามะเร็ง ปากมดลูก</p>	<p>สตรีกลุ่มตัวอย่าง ร่วมแลกเปลี่ยน เรียนรู้กับสตรีแกนนำ และซักถามประเด็น ที่สงสัย</p>

ภาคผนวก จ

ตัวอย่างคู่มือ

เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



จัดทำโดย

ปรียานุช มณีโชติ

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

ตัวอย่างคู่มือ

เรื่อง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีที่พบได้บ่อยที่สุด อีกทั้งเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การรักษาต้องใช้เวลานานและเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก ในประเทศไทยโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมะเร็งทั้งหมดในสตรี ในปัจจุบันแม้ว่าการแพทย์และการรักษาจะเจริญก้าวหน้าไปอย่างมากแต่ก็ไม่สามารถรักษาโรคนี้อได้ ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มะเร็งมาพบแพทย์เมื่ออาการของโรคได้ลุกลามไปมากแล้ว ทำให้การรักษามีความยุ่งยากและต้องใช้เวลารักษานาน ซึ่งนำไปสู่การเสียชีวิตสูง แม้ว่ามะเร็งปากมดลูกจะเป็น โรคร้ายแรงที่คุกคามสุขภาพอนามัยของสตรี และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย แต่โรคมะเร็งปากมดลูกก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ถ้าได้รับการตรวจตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม ซึ่งพบว่าการตรวจภายในเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกัน



ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

1. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย คือ อายุต่ำกว่า 17 ปี
2. มีประสบการณ์ทางเพศกับผู้ชายหลายคน
3. มีการติดเชื้อไวรัสเอชพีวี ซึ่งเป็นไวรัสที่เป็นต้นเหตุสำคัญที่สุดของโรคมะเร็งปากมดลูก
4. มีโรคเรื้อรังหรือโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น โรคเอดส์
5. การสูบบุหรี่ สารพิษในบุหรี่สามารถกระตุ้นให้เซลล์ที่ปากมดลูกมีการแบ่งตัวผิดปกติได้
6. ผู้ที่ใช약을เดี่ยวรอยด์ต่อเนื่องเป็นเวลานาน
7. การขาดสารอาหารและวิตามิน บางอย่าง เช่น วิตามินเอ วิตามิน
8. การใชยาคูมกำเนิดเป็นเวลานานๆ

อาการของโรคมะเร็งปากมดลูก

1. มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์
2. มีตกขาวเป็นสีเหลืองหรือมีเลือดปน มีกลิ่นเหม็น
3. ในระยะสุดท้ายของโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีอาการเจ็บปวดในช่องเชิงกรานอ่อนเพลีย น้ำหนักลด

ดังนั้น การวินิจฉัยได้ว่า ผิดปกติในระยะก่อนเป็นมะเร็งซึ่งมักไม่มีอาการใด ๆ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งเพราะสามารถรักษาได้ง่ายและหายขาด

การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก

การรักษา มะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับสภาพความสมบูรณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย ระยะและขนาดการลุกลามของโรคมะเร็งปากมดลูกที่เป็น ซึ่งอาจการรักษาได้เป็น 4 วิธี ได้แก่

1. การผ่าตัด
2. การใช้รังสีรักษา
3. การใชยาคูมบำบัด
4. การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน

ความสำคัญและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีดังนี้

1. มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและสามารถรักษาให้หายขาดได้
2. มะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มต้นจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ปากมดลูก ใช้ระยะเวลาประมาณ 5-10 ปี ก่อนเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูก ถ้าพบในระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้

วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่จะได้รับ มี 2 วิธี คือ

1. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำสมสายชูชนิดเจือจาง ซึ่งสามารถตรวจได้ในสตรีที่มีอายุ 30-45 ปีเท่านั้น และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีนี้สามารถทราบผลได้ทันทีภายหลังจากการตรวจ
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการเก็บเนื้อเยื่อบริเวณปากมดลูกป้ายลงบนแผ่นกระดาษ และรอฟังผลประมาณ 1-2 สัปดาห์

การเตรียมตัวในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา
2. ไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง
3. ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดก่อน 48 ชั่วโมง
4. ไม่ใช้ผ้าอนามัยแบบสอด หรือใช้ยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนถึงการสวนล้างช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง
5. ถ้าเป็นไปได้ให้งดการมีเพศสัมพันธ์ 2 วัน ก่อนตรวจ

ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงเจริญตา อัสวคุณสิทธิ แผนกสูติรีเวช โรงพยาบาลมหาราช
นครศรีธรรมราช

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. โสเพ็ญ ชุนวล ภาควิชาการพยาบาลสูติรีเวช
และผดุงครรภ์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

4. คุณอุษา สุขাপันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลหาดใหญ่

ภาคผนวก ข
ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง หลังการสอน

แบบประเมิน ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้และอัตราการมาตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท มีทั้งหมด 25 ข้อ โดยแบ่งเป็น 5 ด้าน

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	P-value
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
รายชื่อ						
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด						
โรคมะเร็งปากมดลูก						
1. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีแม่และพี่น้องป่วย เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมี โอกาสเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป	3.77	0.765	3.27	0.778	2.338	0.03*
2. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่เป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์มีโอกาสเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่า ผู้หญิงทั่วไป	3.54	0.811	3.35	0.846	0.837	0.41
3. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่สูบบุหรี่หรืออยู่ ใกล้ซิบบุคคลที่สูบบุหรี่มี โอกาสเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกสูงกว่าผู้หญิงทั่วไป	3.04	1.076	2.62	0.898	1.539	0.13

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	P-value
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
4. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีผลการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติมี โอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าผู้หญิงทั่วไป	3.38	0.941	2.62	0.804	3.169	0.03*
5. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หลังอายุ 35 ปีมีโอกาส เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง กว่าผู้หญิงทั่วไป	3.12	1.143	2.50	0.949	2.113	0.04*
การรับรู้ความรุนแรงของ โรคมะเร็งปากมดลูก						
6. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกแล้วไม่สามารถรักษา ให้หายขาดได้	3.42	1.065	2.65	1.056	2.615	0.01*
รายชื่อ						
7. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็น อันตรายต่อสุขภาพ	3.88	0.653	3.38	0.983	2.161	0.04*
8. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูกไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ	2.35	0.689	2.62	1.098	-1.059	0.30

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	P-value
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
9. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง ปากมดลูกต้องใช้เวลา นานในการรักษา	3.54	0.989	2.77	0.951	2.858	0.01*
10. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า เมื่อป่วยเป็นโรคมะเร็งปาก มดลูกจะทำให้เกิดความ เจ็บปวดและไม่สบาย	3.81	0.749	2.85	1.120	3.637	0.00*
การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง ปากมดลูก						
11. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การงดดื่มสุราและของมีนเมา สามารถป้องกันการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกได้	2.65	1.198	2.88	1.107	-0.721	0.47
12. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า ควรตรวจมะเร็งปากมดลูกใน สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว เท่านั้น	3.23	1.069	2.27	1.041	3.284	0.00*
13. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การงดพฤติกรรมสำส่อนทาง เพศสามารถป้องกันการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกได้	3.08	0.796	3.42	0.987	-1.392	0.17

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	P-value
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
14. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การไม่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ตั้งแต่อายุยังน้อย (คือน้อยกว่า 17 ปี) สามารถป้องกันการเกิด โรคมะเร็งปากมดลูกได้	3.31	1.050	2.92	1.093	1.294	0.20
15. ตามการรับรู้ของท่านคิดว่า การคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง และตรวจหลังคลอดอย่าง สม่ำเสมอสามารถป้องกันการ เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้	3.38	1.329	3.08	1.294	0.846	0.40
รายชื่อ การรับรู้อุปสรรคในการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
16. การมารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เสียเวลา	3.35	1.129	2.81	1.167	0.846	0.09
17. การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกมีขั้นตอนยุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือเฉพาะใน การตรวจ	2.62	1.169	2.65	1.056	-0.124	0.90
18. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกทำให้มีความเจ็บปวด	2.73	0.919	2.69	0.970	0.147	0.89
19. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกต้องใช้ระยะเวลา ในการรอผลการตรวจ	2.81	0.849	2.73	1.041	0.292	0.78

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	P-value
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
20. มีความรู้สึกอายนและไม่สบายใจที่ต้องเปิดอวัยวะเพศเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.73	1.282	2.31	1.011	1.321	0.19
รายข้อ						
การมีแรงจูงใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
21. ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อได้รับการชักชวนจากกลุ่มเพื่อน	3.62	0.941	2.69	1.050	3.338	0.00*
22. ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อได้รับทราบข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	3.77	0.908	2.88	0.864	3.599	0.00*
23. แรงจูงใจที่ทำให้ท่านมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากเกิดความกลัวต่อการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	3.88	0.909	2.92	1.093	3.450	0.00*
24. ท่านจะมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อทราบว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ	3.12	1.071	2.65	1.129	1.512	0.14

ข้อความ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	P-value
	(n = 26)		(n = 26)			
	หลังการสอน		หลังการสอน			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
25. ท่านจะมารับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย ตนเองแม้จะมีอาการผิดปกติ หรือไม่มี	3.92	0.628	3.46	0.989	2.009	0.05*

* p < .05

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวปรียานุช มณีโชติ

รหัสประจำตัวนักศึกษา 4857526

วุฒิการศึกษา

วุฒิ
พยาบาลศาสตรบัณฑิตชื่อสถาบัน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครศรีธรรมราชปีที่สำเร็จการศึกษา
2542

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช