

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพของมนุษย์ทั่วโลกก่อให้เกิดความสูญเสียและความทุกข์ทรมานเป็นอย่างมาก สำหรับมะเร็งที่พบบ่อยในสตรีได้แก่มะเร็งปากมดลูก ซึ่งพบเป็นอันดับสองของมะเร็งในสตรีทั่วโลก (ฉัฐพงษ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2551, หน้า 217) และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 470,606 ราย ในจำนวนนี้จะเสียชีวิตประมาณ 233,372 รายหรือร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ร้อยละ 80 อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาและร้อยละ 50 อยู่ในทวีปเอเชีย (จุฑาล ศรีสมบูรณ์, 2547, หน้า 3) สำหรับประเทศไทยพบมะเร็งปากมดลูกสูงเป็นอันดับหนึ่งในอัตรา 24.70 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 389) และจากสถิติรายงานของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2550 พบจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นคือ 2048, 1885, 2483 และ 4658 รายตามลำดับ (กรมการแพทย์, 2551) เมื่อจำแนกกลุ่มอายุพบว่าส่วนใหญ่เป็นสตรีอายุระหว่าง 45-59 ปี นอกจากมะเร็งปากมดลูกจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นแล้ว ยังพบว่าอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน ตั้งแต่ พ.ศ. 2546-2550 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้ 5.2, 5.0, 2.4, 5.2 และ 5.2 ต่อประชากรหนึ่งแสนคนตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550, หน้า 96) สำหรับจังหวัดนครนายกอัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.10 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 0.12 ในปี พ.ศ. 2550 และอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในปี พ.ศ. 2547-2551 เพิ่มขึ้นตามลำดับจากอัตรา 1.98, 2.87, 3.60, 2.79 และ 4.82 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2552, หน้า 19)

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ก่อให้เกิดการสูญเสียและผลกระทบต่าง ๆ ต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ กล่าวคือในด้านผลกระทบต่อผู้ป่วยทางด้านร่างกาย เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสงและเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น การรักษาด้วยรังสี จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย แผลติดเชื้อหรือแผลแยก ซึ่งความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ส่งผลต่อสภาพจิตใจให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวและมีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วย ซึ่งความกลัวและมีความวิตกกังวลดังกล่าวมีเพียงแต่จะเกิดกับผู้ป่วยเท่านั้น

ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เกิดความวิตกกังวลห่วงใยในการเจ็บป่วยและสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนด้านสังคมพบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูก จะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสร้อยละ 69 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 26 ด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร้อยละ 23 (Jirawong et al., 1994. pp. 399-400) สำหรับผลกระทบทางเศรษฐกิจเมื่อร่างกายอ่อนเพลีย ประกอบกับสภาพจิตใจที่ไม่เป็นปกติ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้ตามปกติ รวมทั้งสามีและญาติของผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพจากการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาซึ่งต้องใช้เวลานาน ทำให้รายได้ของครอบครัวลดน้อยลง แต่ต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา รวมถึงค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลต้องช่วยในการวินิจฉัย การรักษา และค่ายาที่มีราคาแพง

แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพและเป็นอันตรายต่อชีวิตก็ตาม แต่ก็สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะช่วยในการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Early Detection) สามารถพบพยาธิสภาพก่อนที่จะเป็นมะเร็ง ซึ่งจะช่วยให้สตรีได้รับการรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้เร็วขึ้น และสามารถรักษาให้หายขาดได้ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก ที่นิยมใช้ในปัจจุบันคือการตรวจโดยวิธีแพ็ปสเมียร์ (Pap Smear) (ธีระ ทองสง และคณะ. 2551, หน้า 393) ซึ่งเป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย และมีความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 90 (Curtis & Hopkin, 1999) จึงทำให้การตรวจแพ็ปสเมียร์เป็นวิธีการหลักในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สามารถพบผู้ป่วยรายใหม่ได้เร็ว ก่อให้เกิดประโยชน์ ในด้านการรักษาและการควบคุมไม่ให้เกิดการลุกลามของโรคได้

จากความสำคัญดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) ด้วยการให้บริการตรวจคัดกรอง โดยกำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 60 ของสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ต้องได้รับข่าวสารและได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี (กระทรวงสาธารณสุข. 2550) ซึ่งจากการรวบรวมสถิติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภาพรวมในระดับประเทศ ปี 2551 พบว่าสตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 64.46 (กระทรวงสาธารณสุข. 2551) สำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนครนายกได้ดำเนินงานเพื่อสนองนโยบาย โดยการให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในชุมชน การประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งออกหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อให้บริการอย่างครอบคลุม แต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบ

ผลสำเร็จตามเป้าหมาย จากการสำรวจข้อมูลการตรวจคัดกรองกรองสตรีอายุ 35-60 ปี จังหวัดนครนายกในปีงบประมาณ 2551 พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 48.03 และในส่วนของอำเภอบ้านนาพบว่าสตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 43.31 ถือได้ว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2551, หน้า 51) ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ ได้แก่ อายุ (ศิริอร สิ้นธุ, 2541; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก (จิรนนท์ มงคลดี, 2548) ไม่มีอาการผิดปกติ (วราภรณ์ อ่ำช้าง, 2544) ไม่ทราบว่าต้องตรวจ (ปจรรย์ จันทรเพ็ง, 2541; พรณี ส่งสาย, 2541) และ ไม่มีเวลาไปตรวจ (รุจิรา ควงสงค์, 2547; พันสุข ชุมวรฐายี, 2550) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เนื่องมาจากขาดการรับรู้และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่งผลทำให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่สตรีกระทำในภาวะปกติหรือไม่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีมะเร็งหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 2 ระดับ (จุฬาล ศรีสุมบุญ, 1995) ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น การไม่สูบบุหรี่ และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การไม่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานติดต่อกันเกิน 5 ปี และการป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การตรวจหามะเร็งปากมดลูกเป็นประจำสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้ง จากการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ายังอยู่ในระดับที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสมทั้งภาพรวมและรายด้าน (ประดับ ทองใส, 2541; พรณี ส่งสาย, 2541; ปจรรย์ จันทรเพ็ง, 2541, กุลธิดา กีฬาแปง, 2548) โดยเฉพาะด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (ประดับ ทองใส, 2541; ปจรรย์ จันทรเพ็ง, 2541; อรศรี สุวิมล, 2544) ด้านการไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ (พรณี ส่งสาย, 2541; ปจรรย์ จันทรเพ็ง, 2541; อรศรี สุวิมล, 2544) การรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ (พรณี ส่งสาย, 2541; อรศรี สุวิมล, 2544) สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทุติยภูมินั้น พบว่าไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 95.30 (ปจรรย์ จันทรเพ็ง, 2541) ร้อยละ 84.0 (ประดับ ทองใส, 2541) ร้อยละ 55.80 (อรศรี สุวิมล, 2544) และร้อยละ 92 (กุลธิดา กีฬาแปง, 2548) โดยพบว่าสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 92.80 (ประดับ ทองใส, 2541) และมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง และไม่ถูกต้องใกล้เคียงกัน (กุลธิดา กีฬาแปง, 2548)

สำหรับจังหวัดนครนายก จากรายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในจังหวัดนครนายก (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ, 2545) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง จำนวน 400 ราย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ร้อยละ 100, วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกต้องร้อยละ 73.00 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่ถูกต้องร้อยละ 98.90 ส่วนในระดับทุติยภูมิ พบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์คือไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 91.40 นอกจากนี้ผู้วิจัยสัมภาษณ์สตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 50 คน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2551 เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ พบว่าสตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมไม่พึงประสงค์ร้อยละ 52.00 โดยเฉพาะด้านการไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ร้อยละ 46.00 ซึ่งสตรีที่สัมภาษณ์มีสามีหรือสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 80.00 ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศร้อยละ 54.00 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 44.00 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิพบว่า มีผู้ที่ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 52.50 โดยให้เหตุผลในการไม่ไปรับการตรวจว่าไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 47.61 ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งร้อยละ 33.34 อายุเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจร้อยละ 19.05 และในจำนวนผู้ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้ข้อมูลว่าสามีไม่สนับสนุนให้ไปตรวจร้อยละ 38.00 มีผู้ที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 47.50 แต่ก็ได้รับการตรวจไม่สม่ำเสมอตามเกณฑ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกจะสูงขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่มาก สืบมาเป็นเวลานาน และสูบบุหรี่ที่ไม่มีก้นกรอง สตรีที่สูดควันบุหรี่หรือสัมผัสควันบุหรี่ทางอ้อม (Passive Smoker) เป็นปัจจัยเสี่ยงอิสระของมะเร็งปากมดลูก โดยมีความเสี่ยงสัมพันธ์ 2.96 (ยูพิน เพ็ชรมงคล, 2547) นอกจากนี้ การติดเชื้อที่เป็นต้นเหตุที่สำคัญของการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสแบบปปีโลมา (Human Papilloma Virus หรือ HPV) (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551) จากการวิจัยพบว่าร้อยละ 80 ของสตรีไทยที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีการติดเชื้อ HPV (นรินทร์ วรวิทย์ และคณะ, 2546, หน้า 17) นอกจากนี้การติดเชื้อยังเกี่ยวข้องกับการสวนล้างช่องคลอด ซึ่งจากการศึกษาของการ์ดเนอร์และคนอื่นๆ (Gardner, et al., 1991, pp. 368-369) พบว่าการสวนล้างช่องคลอดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์จะทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องจากการสวนล้างช่องคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรดด่างภายในช่องคลอดเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมกลวิธีให้สตรีมีการป้องกันโรค เพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัย ที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก

กลวิธีที่ส่งเสริมให้สตรีมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้มีการดำเนินกิจกรรมในหลายรูปแบบ เพื่อการแก้ไขปัญหาดังการศึกษาของ ประสาร วงศ์วัฒนดิolk (2540) ศึกษาการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพรทิพย์ โตทำโรง (2541) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการจูงใจ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ วณิดา ทางาม (2542) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมในการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความตั้งใจที่จะตรวจสูงกว่าก่อนทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และศิริกาญจน์ ชิวเวียงโรจน์ (2549) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าก่อนการทดลอง

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่ากลวิธีหรือรูปแบบต่างๆที่นำมาแก้ไขพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี เน้นด้านการให้ความรู้และส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันในระดับทุติยภูมิ คือ ส่งเสริมให้สตรีไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่กิจกรรมการส่งเสริม การรับรู้และการสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย สำหรับอำเภอ ำเภอ จันทนนครนายกก็เช่นเดียวกัน ได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าที่สตรีไม่มารับการตรวจ มะเร็งปากมดลูก รมรณด้วยวิธีการให้สุขศึกษาแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการดำเนินงาน ยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการให้สุขศึกษาดังกล่าวนั้นให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น แต่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึนึกคิดที่มีต่อการป้องกันโรคมะเร็ง

ปากมดลูกได้ ซึ่งยังไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกตามเป้าหมายที่กำหนด

กลวิธีหนึ่งที่จะส่งเสริมการรับรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องคือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้ในลักษณะนี้ จะทำให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้เห็นคุณค่าของกันและกัน ผ่านกระบวนการกลุ่ม จึงทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีกระบวนการสะท้อนคิดและการอภิปราย นำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอดและการประยุกต์แนวคิดสู่การปฏิบัติ (กรมสุขภาพจิต, 2546) แต่อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย ซึ่งพบจากการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลองมีเจตคติในระดับดี และมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง และศิริกาญจน์ ลอยเมฆ (2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อเจตคติในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ผลการศึกษาพบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองในระดับดี และมีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ กรรณิการ์ เกตุพิทย์ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรีอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการจัดกิจกรรมสตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ สูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ แต่การประยุกต์ใช้ดังกล่าว เป็นการเรียนรู้จากกลุ่มเป็นหลัก ซึ่งในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมได้นั้น จำเป็นจะต้องมีการควบคุมกำกับตนเองควบคู่กันไปด้วย จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป

การกำกับตนเอง เป็นการฝึกควบคุมความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจและกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง โดยต้องมีความตั้งใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อควบคุม

กำกับดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า มนุษย์เรานั้นสามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนาที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แต่ก็ไม่ใช่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงถ้าขาดหนทางที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลควรได้รับการฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation) 2) กระบวนการตัดสิน (Judgment Process) 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) จากการทบทวนวรรณกรรม ยังไม่พบการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้ในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก แต่ได้มีการนำโปรแกรมการกำกับตนเองมาใช้ควบคุมโรคเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในอำเภอบ้านนา จังหวัดชลบุรี การกำกับตนเองทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมควบคุมโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม (อนิสา อรัญศิริ, 2551) สำหรับในสตรีกลุ่มที่ศึกษาวิจัยนี้ เพื่อให้สตรีสามารถรับรู้และปฏิบัติ พฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกได้นั้น การนำการกำกับตนเองไปประยุกต์ใช้ น่าจะส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างถูกต้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ด้านรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ด้านการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยจะได้กลวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้เป็นแนวทาง สำหรับพยาบาลชุมชน ในการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมและป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย 35-60 ปี ให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพในการป้องกันและนำไปสู่การลดอุบัติการณ์โรคมะเร็งปากมดลูกต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองมีผลต่อการรับรู้การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกและพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกได้หรือไม่อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง ของกลุ่มทดลอง
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง ของกลุ่มทดลอง
3. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
5. เปรียบเทียบสัดส่วนสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ภายหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง สตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังการทดลอง สตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลอง
3. ภายหลังการทดลองสตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. ภายหลังการทดลองสตรีที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง กลุ่มทดลองมีผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุม
5. ภายหลังการทดลอง สัดส่วนของสตรีที่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีอายุ 35-60 ปี และสามี มีที่อยู่อาศัยในอำเภอ บ้านนา จังหวัดนครนายก ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2552 ถึง เดือนเมษายน พ.ศ.2552

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกครั้งนี้ คาดว่า ผลการวิจัยจะได้รูปแบบในการสร้างให้สตรีเกิดการรับรู้ มีความตระหนักในการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่จะเป็นประโยชน์ดังนี้

1. พยาบาลชุมชนและบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่นๆ สามารถนำรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองไปจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับสตรีกลุ่มอายุ 35-60 ปี เพื่อให้เกิดการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดให้มีการศึกษาแก่นักศึกษาพยาบาล การสาธารณสุขและอบรบบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อสร้างการรับรู้ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
3. เป็นแนวทางในการขยายผลการทำวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมให้สตรีเห็นความสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง
2. ตัวแปรตาม ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยความรู้ 4 ด้าน ได้แก่
 - 2.1.1 ด้านการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่
 - 2.1.2 ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ
 - 2.1.3 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
 - 2.1.4 ด้านการไปรับการตรวจหาหะเร็งปากมดลูก เป็นประจำสม่ำเสมอ

2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย 2 ระดับ ได้แก่

2.2.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ ได้แก่

2.2.1.1 การไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

2.2.1.2 การการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ

2.2.1.3 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

2.2.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ ได้แก่

2.2.2.1 การไปรับการตรวจหาหะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ที่กำหนด

นิยามศัพท์เฉพาะ

การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของสตรีที่แสดงถึงความเต็มใจเอาใจใส่และเลือกที่จะปฏิบัติตัวเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกันโรค 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 2) ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 4) ด้านการตรวจหาหะเร็งปากมดลูก ซึ่งประเมินจากแบบสัมภาษณ์การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมีระดับการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของสตรีเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งประกอบด้วย 2 ลักษณะคือ พฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิและพฤติกรรมการป้องกันระดับทุติยภูมิ ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1 การไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.2 การรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ได้แก่

การล้างอวัยวะเพศด้วยน้ำ หรือน้ำกับสบู่ทุกครั้งหลัง性交 การล้างอวัยวะเพศจากช่องคลอดไปทวารหนัก การชำระอวัยวะเพศให้แห้งหลังจากล้างทำความสะอาด งดการสวนล้างภายในช่องคลอดโดยการฉีดน้ำยาหรือน้ำเข้าไปในช่องคลอดเป็นประจำ งดการใช้มือล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอด การสังเกตลักษณะของสิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาวคัน หรือมูก หรือเลือด หรือหนอง และการสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ คัน ผื่น ตึงเนื้อ หรือแผล ตลอดจนเมื่อมีความผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์

1.3 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การล้างอวัยวะเพศทุกครั้ง ก่อนและหลังร่วมเพศเสร็จแล้วทันที การแนะนำให้สามีล้างทำความสะอาดปลายอวัยวะเพศก่อน มีเพศสัมพันธ์ การสังเกตความผิดปกติของอวัยวะเพศสามีก่อนการร่วมเพศทุกครั้ง การงดร่วมเพศ เมื่อมีความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์ งดร่วมเพศในขณะมีประจำเดือนและการไม่สำส่อนทางเพศ

พฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ สามารถประเมินได้ด้วย แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีระดับการวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ

2. พฤติกรรมป้องกันการระดับทุติยภูมิ หมายถึง การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการไปรับการตรวจ วินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก หรือตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกด้วยการตรวจแพ็ปเสมีียร์ แบ่งเป็น เคยตรวจและไม่เคยตรวจ

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง หมายถึง แผนการจัดกิจกรรม สำหรับสตรีอายุ 35-60 ปีและสามีในชุมชน ที่บูรณาการแนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตาม รูปแบบของโคลบ์ (Kolb's Model, 1991) กับการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) เพื่อส่งเสริมให้สตรีเกิดการเรียนรู้ มีการรับรู้ มีทักษะและมีความสามารถในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผ่านกระบวนการของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน คือ ประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและอภิปราย เกิดความถี่ตรวจสอบและการประยุกต์ใช้ส่งเสริม ให้สตรีควบคุมความคิดและการกระทำของตนเองโดยการฝึกฝนและการพัฒนาความตั้งใจที่จะ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประกอบด้วย การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ซึ่งบูรณาการแนวคิดแรงสนับสนุน ทางสังคม ทั้งนี้โดยการได้รับแรงสนับสนุนจากสามีอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาในการจัดโปรแกรม 8 สัปดาห์ ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนโดยสัปดาห์ที่ 1-4 จัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับสตรี จำนวน 4 ครั้ง และกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับสามี 1 ครั้งในสัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมครอบคลุมความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันการโรคมะเร็ง เน้นให้สตรีมีการเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก จัดกิจกรรม การส่งเสริมให้สตรีมีการรับรู้การป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก และแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ครอบคลุมด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย ทักษะพิสัย และกิจกรรมการกำกับตนเองเพื่อการป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับ สัปดาห์ที่ 5-6 เป็นกิจกรรมการกำกับตนเองที่ผ่านของสตรีและการโทรศัพท์ติดตามโดยผู้วิจัย เพื่อให้คำแนะนำและปรึกษาในปัญหาที่ต้องการแก้ไขของสตรี สัปดาห์ ที่ 8 ประเมินผล และจัด โครงการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย

การกำกับตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของสตรีเพื่อควบคุมความคิดและการกระทำของ ตนเอง โดยการฝึกฝนและการพัฒนาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วย

การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคเมเร็งปากมดลูก ประเมินจากแบบบันทึก การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน โรคเมเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ได้แก่

1. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึก และควบคุมตนเองในด้านการไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

2. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึกในด้านการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ

3. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึก ในด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

4. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก หมายถึง การบันทึก จัดตารางในด้านการไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมสำหรับสตรีและสามี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับ โรคเมเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกัน โรคเมเร็งปากมดลูก โดยผ่านกระบวนการ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ประสบการณ์ 2) การสะท้อนความคิดและอภิปราย 3) ความคิดรวบยอด และ 4) การทดลองประยุกต์แนวคิด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ได้บูรณาการ แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามรูปแบบของโคลบ (Kolb, 1991) การกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) การรับรู้ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1972) และแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุด องค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน คือ ด้านประสบการณ์ (Experience) ซึ่งเป็นการนำประสบการณ์เดิมออกมาใช้ในการเรียนรู้ สำหรับด้านการสะท้อนความคิด และอภิปรายภายในกลุ่ม (Reflection and Discussion) เป็นการพัฒนาทั้งความรู้ การรับรู้ในเรื่องที่อภิปราย ผ่านกระบวนการคิด วิเคราะห์ เกิดความเข้าใจ เนื้อหาที่ถูกต้อง นำมาซึ่งองค์ประกอบด้านความคิดรวบยอด (Concept) ส่งผลต่อการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติ (Experimentation/ Application) ในการวิจัยครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคเมเร็งปากมดลูกและการป้องกัน โรคผ่านกระบวนการทั้ง 4 องค์ประกอบ ครอบคลุมด้านพุทธิพิสัย จิตพิสัย และทักษะพิสัย ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้สตรี

เกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งการเรียนรู้ในลักษณะนี้จะทำให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้เห็นคุณค่าของกันและกันผ่านกระบวนการกลุ่ม ทำให้สตรีมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีกระบวนการสะท้อนคิดและการอภิปราย นำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอดและการประยุกต์แนวคิดสู่การปฏิบัติ เกิดความริเริ่มสร้างสรรค์ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

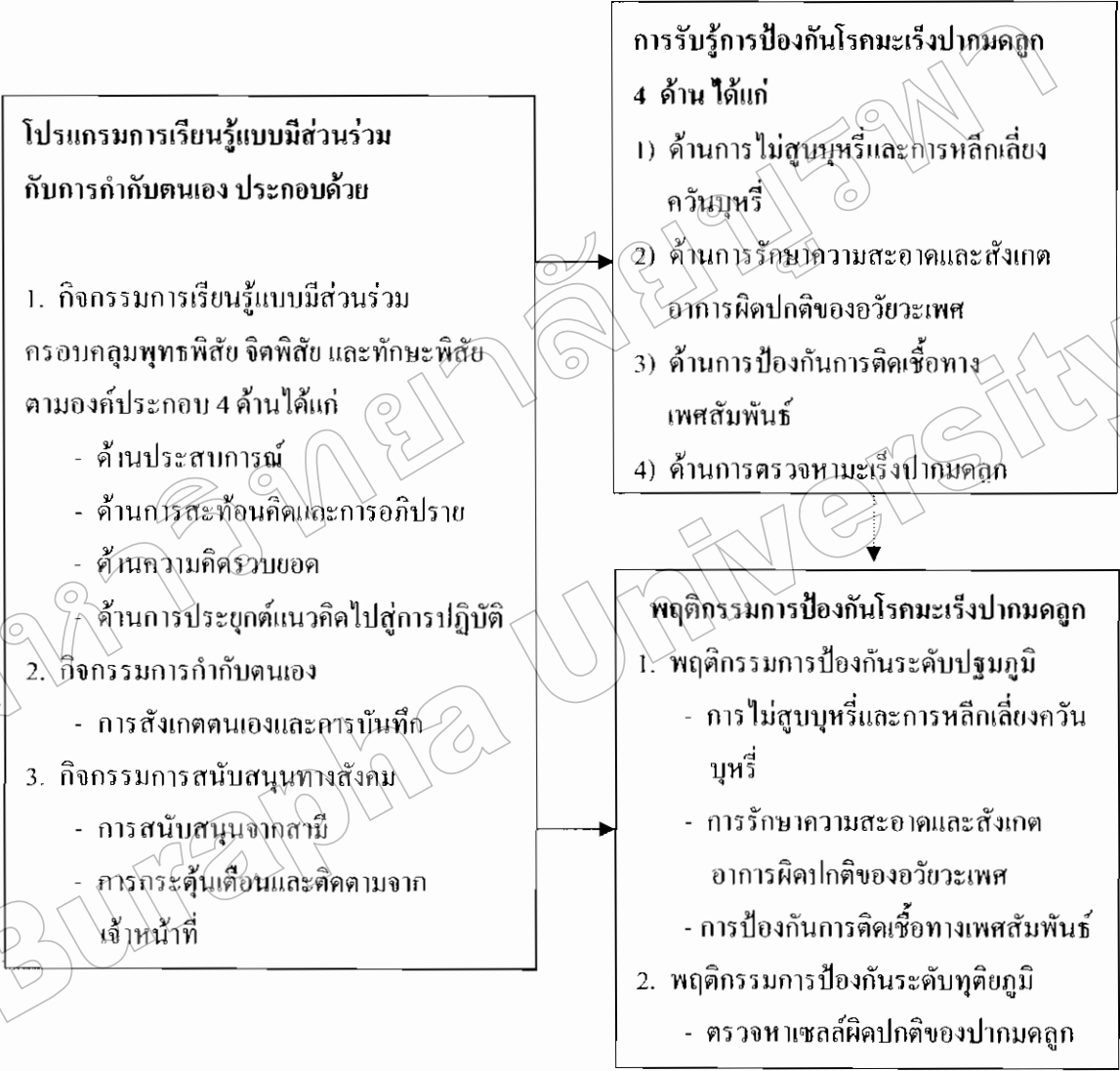
สำหรับแนวคิดการกำกับตนเอง หมายถึง การควบคุมความคิดและการกระทำของตนเอง การฝึกฝนและการพัฒนาความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

- 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self observation) 2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)
- 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ในการวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นให้สตรีมีการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การรักษาความสะอาด และการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูกด้วยการตรวจแพปเสมีียร์ และการใช้โทรศัพท์เพื่อติดตามการกำกับตนเองโดยผู้วิจัย เพื่อให้คำแนะนำ ปรีกษาในปัญหาที่ต้องการแก้ไขของสตรี

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ก่อให้เกิดความรัก ความผูกพัน การได้รับการเอาใจใส่ดูแล สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกโดยสามีให้การสนับสนุน ส่งเสริม แนะนำ ให้กำลังใจและกระตุ้นเตือนให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองโดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จาก 3 แนวคิดดังกล่าวได้จัดกิจกรรมให้เกิดการเรียนรู้จากกลุ่มและนำไปกำกับตนเองเพื่อนำไปสู่การรับรู้และพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม สำหรับการรับรู้ได้ประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ของ บลูม (Bloom, 1972) กล่าวว่า การรับรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรกของความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ขั้น คือ 1) การรู้จัก (Awareness) เป็นพฤติกรรมขั้นแรกที่คนรู้จักกับสิ่งเร้าว่าสิ่งนั้นเป็นอะไร 2) ความเต็มใจในการรับ (Willingness to Receive) ขั้นนี้เน้นขั้นเต็มใจหรือพอใจที่จะรับรู้ มีความอ่อนแอต่อสิ่งที่พบเห็น 3) ควบคุมหรือคัดเลือกความเอาใจใส่ (Controlled or Selected Attention) เป็นความรู้สึกที่จะบอกได้ว่า อะไรควรเอาใจใส่ อะไรไม่ควรเอาใจใส่ พอใจที่จะปฏิบัติในสิ่งนั้น สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สตรีเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกันโรค มีความเต็มที่จะรับรู้ รับฟังและให้ข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยความเต็มใจเอาใจใส่และเลือกที่จะปฏิบัติ มีการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้านได้แก่ 1) การไม่สูบบุหรี่

บุหรีและการหลีกเลี่ยงวันบุหรี 2) การรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ
3) การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 4) การตรวจหามะเร็งปากมดลูก นำไปสู่พฤติกรรม
การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังภาพที่ 1-1



ภาพที่ 1-1 กรอบแนวคิดในการวิจัย