

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองต่อการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา มีสาระสำคัญดังนี้

1. สถานการณ์และนโยบายการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการป้องกัน โรค
3. การรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
4. พฤติกรรมการป้องกันและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
6. การกำกับตนเอง
7. แรงสนับสนุนทางสังคม

1. สถานการณ์และนโยบายการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก พบว่ามะเร็งที่พบบ่อยเป็นส่วนใหญ่ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงและมะเร็งปากมดลูก สำหรับจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก รายใหม่ปีละประมาณ 470,606 ราย คิดเป็นอันดับสามรองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในจำนวนนี้จะเสียชีวิตประมาณ 233,372 ราย หรือประมาณร้อยละ 50 จำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด ร้อยละ 80 อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั้งหมดอยู่ในทวีปเอเชีย อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วต่ำกว่าในประเทศที่กำลังพัฒนา คือ ประมาณ 4.08 และ 9.79 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดในโลกคือ ประเทศฮังการี ในภูมิภาคคาริบเบียน ซึ่งอัตราอุบัติการณ์ เท่ากับ 93.85 และอัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก สูงสุดในโลกด้วยคือ 53.49 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547, หน้า 3) ในระดับทวีปเอเชีย ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงที่สุดคือ ประเทศอินเดีย ซึ่งมีอุบัติการณ์ เท่ากับ 30.66 และมีอัตราการเสียชีวิตสูงสุดด้วยคือ 17.43 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เฉพาะประเทศ

อินเดียประเทศเดียวมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สูงถึงปีละ 12,952 ราย หรือประมาณ 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วโลก ภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุดคือ เอเชีย ตะวันตก ได้แก่ กลุ่มประเทศอาหรับ มีอัตราอุบัติการณ์ประมาณ 3-6 เท่านั้น อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุดในโลกอยู่ในประเทศซีเรีย มีอุบัติการณ์เท่ากับ 2.99 ในระดับภูมิภาคเอเชีย ตะวันออกเฉียงใต้ มะเร็งปากมดลูกพบเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งเต้านม โดยมีผู้ป่วยรายใหม่ ปีละ 39,648 ราย ในจำนวนนี้เสียชีวิตประมาณ 20,462 ราย หรือประมาณร้อยละ 52.00 อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงสุดในประเทศเมียนมาร์ ซึ่งมีอุบัติการณ์เท่ากับ 24.64 รองลงมาคือ ประเทศ กัมพูชา ฟิลิปปินส์และไทย อุบัติการณ์เท่ากับ 23.88, 22.66, 20.73 ตามลำดับ ประเทศที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุดในภูมิภาคนี้ คือ ประเทศมาเลเซีย ซึ่งมีอุบัติการณ์เท่ากับ 12.02 (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547, หน้า 2)

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทยสูงเป็นอันดับหนึ่งและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ พ.ศ.2547-2549 พบอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งดังนี้ 81.3, 81.4 และ 83.1 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551, หน้า 164) จากรายงานสถิติการเสียชีวิตของคนไทยทั่วประเทศของกระทรวงสาธารณสุขปี 2550 พบว่าสาเหตุอันดับหนึ่งคือโรคมะเร็งในอัตรา 84.9 รองลงมาคืออุบัติเหตุและการเป็นพิษ อัตรา 56.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550, หน้า 86) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลกรองจากมะเร็งเต้านม แต่ละปีมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 500,000 คน ซึ่งร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ในจำนวนผู้ป่วยรายใหม่นี้เสียชีวิตประมาณครึ่งหนึ่งคือ 250,000 คน ซึ่งร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน (ธีระ ทองสงและคณะ, 2551, หน้า 389) มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในมะเร็งของสตรีไทย จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2550 (อ้างถึงใน ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 389) พบอัตราอุบัติการณ์เท่ากับ 24.7 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน รองลงมาคือ มะเร็งเต้านมและมะเร็งตับ อัตรา 20.5 และ 12.3 ตามลำดับ พบว่าอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงสุดในภาคเหนือ โดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ อัตรา 29.4 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน สำหรับจังหวัดนครนายก อัตราป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.10 ในปี พ.ศ.2549 เป็นร้อยละ 0.12 ในปี พ.ศ.2550 และอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พ.ศ.2547-2551 เพิ่มขึ้นตามลำดับจากอัตรา 1.98, 2.87, 3.60, 279 และ 4.82 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2552, หน้า 19)

จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่มีความอันตรายและอัตราการตายค่อนข้างสูง แต่โรคมะเร็งปากมดลูก ก็สามารถป้องกันได้ด้วยการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันระดับปฐมภูมิและการป้องกันระดับทุติยภูมิโดยการตรวจคัดกรองหาเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรก

สำหรับจังหวัดนครนายก จากรายงานการวิจัยเรื่องพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในจังหวัดนครนายก (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ, 2545) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ การไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ร้อยละ 100 มีวิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศที่ไม่ถูกต้องร้อยละ 73.00 และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่ถูกต้องร้อยละ 98.90 ส่วนในระดับทุติยภูมิ พบว่ามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ ไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 91.40 นอกจากนี้ผู้วิจัยสัมภาษณ์สตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 50 คนที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก วันที่ 10 มีนาคม พ.ศ.2551 เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิ พบว่าสตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมไม่พึงประสงค์ร้อยละ 52.00 โดยเฉพาะด้านการไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ร้อยละ 46.00 ซึ่งสตรีที่สัมภาษณ์มีสามีหรือสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ร้อยละ 80.00 ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ร้อยละ 54.00 ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 44.00 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิพบว่า มีผู้ที่ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 52.50 เหตุผลในการไม่ไปรับการตรวจ คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 47.61 ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งร้อยละ 33.34 อายุเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจร้อยละ 19.05 และในจำนวนผู้ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ข้อมูลว่าสามีไม่สนับสนุนให้ไปตรวจร้อยละ 38.00 ผู้ที่เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 47.50 แต่ก็ไม่ได้รับการตรวจไม่สม่ำเสมอตามเกณฑ์ โดยตรวจภายในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 15.79 ระยะ 1-5 ปี ร้อยละ 31.58 และ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 52.63 จึงควรส่งเสริมให้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ โดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งในระยะเริ่มแรก

นโยบายการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยตั้งเป้าหมายว่า จะลดอัตราการตายและจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ลง อย่างน้อยร้อยละ 50 ในระยะเวลา 5 ปี ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งบริการเป็นอันดับแรกคือ สตรีไทยที่มีอายุ 35-60 ปี ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการให้บริการตรวจคัดกรอง กำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 60.00 ของสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปีต้องได้รับข่าวสารและได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกทุก 5 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากการรวบรวมสถิติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภาพรวมในระดับประเทศ ปีงบประมาณ 2551 พบว่าสตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 64.46 (กระทรวงสาธารณสุข, 2551) สำหรับหน่วยงานด้านสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนครนายก

ได้ดำเนินงานเพื่อสนองนโยบาย โดยการให้สุศึกษาเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านกลุ่มผู้นำชุมชนต่างๆ. อาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งออกหน่วยบริการเคลื่อนที่ เพื่อให้บริการอย่างครอบคลุม แต่ผลการดำเนินงานก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย จากการสำรวจข้อมูลการตรวจคัดกรองกรองสตรีอายุ 35-60 ปี จังหวัดนครนายกในปีงบประมาณ 2551 พบว่ากลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 48.03 และในส่วนของอำเภอบ้านนา พบว่าสตรีเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 43.31 ถือได้ว่ายังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2551, หน้า 151)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นโรคที่เกิดจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องของเซลล์บริเวณปากมดลูกอย่างไม่หยุดยั้งเริ่มจากการระคายเคืองจากสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ ทำให้เซลล์มีการเจริญเติบโตและเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากเซลล์ปกติไปเป็นเซลล์ผิดปกติ (Dysplasia) แบ่งเป็น 2 ระยะ (ธีระ ทองสง, 2537, หน้า 300) คือ มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนลุกลาม (Cervical Intraepithelial Neoplasia) และมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma of Cervix)

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัดแต่จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ ดังนี้

1. การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์

พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นในสตรีต่อไปนี้

1.1 แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะอายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง (ธีระ ทองสง, จตุพล ศรีสมบูรณ์, และ อภิชาติ โอพารัตนชัย, 2539; Morris & Burke, 1993) โดยพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ อารีย์ พันธุ์ศาสตร์ (2541) พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีถึงร้อยละ 77.60 ที่แต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงระหว่างอายุ 10-20 ปี

1.2 มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้งหรือสตรีที่มีอาชีพบริการทางเพศ มีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกหรือ CIN สูงกว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายคนเดียว 2-3 เท่า (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297) จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ถ้ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป อัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป

ถึง 5 เท่า (สมเกียรติ ศรสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 40)

1.3 จำนวนการตั้งครรภ์และการมีบุตรมาก ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับ โรคมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง มีการชอกช้ำ ฉีกขาด และมีการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย ๆ โดยเฉพาะเมื่อมีการคลอด บุตรหลายคนทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2540)

2. อายุ

สตรีที่มีอายุมากมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่อายุน้อย โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปีอายุเฉลี่ยประมาณ 48 ปี ส่วนมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกจะมีอายุเฉลี่ยต่ำกว่าคือประมาณ 38 ปี ปัจจุบันพบว่าเมื่ออายุ 20 ปี หรือต่ำกว่ามากขึ้น (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2540)

3. ลักษณะของสามีหรือคู่ครอง

ปัจจุบันพบว่าผู้ชายมีส่วนสำคัญต่อการเกิดมะเร็ง ปากมดลูกในสตรี ดังนี้

3.1 ผู้ชายที่ไม่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ จะทำให้สตรีมีความเสี่ยงต่อการเกิด มะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ชายที่ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (Circumcision) สาเหตุเนื่องจาก ในสมักม่า (Smegma) จะมี *Mycobacteria Smegmatis* ซึ่งสามารถเปลี่ยนคอเลสเตอรอล (Cholesterol) ในเซลล์ที่ตายให้เป็นสารก่อมะเร็งได้ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539)

3.2 ผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศ (Penile Cancer) พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ กับผู้ชายที่เป็นมะเร็งอวัยวะเพศ จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 3.6 เท่า (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2540)

3.3 ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสบการณ์ทางเพศตั้งแต่อายุ ยังน้อยและสับสนทางเพศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับสตรีอื่นนอกจากภรรยา โดยภรรยาของชายที่มี คู่ครองมากกว่า 15 คน มีความเสี่ยงสูงขึ้น 7 เท่า (วสันต์ สีนะสมิต และณัฐพงษ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา , 2542)

3.4 ผู้ชายที่มีประวัติภรรยาคนก่อนเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก อาจทำให้สตรีที่มี เพศสัมพันธ์ด้วยมีความเสี่ยงสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า (ธีระ ทองสง, 2537)

3.5 ผู้ชายที่ลักษณะของหัวอสุจิมิโปรตีนชนิดหนึ่ง คือโปรตามีน (Protamine) ซึ่งมีผลต่อดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็นดิสเพลเซีย (Dysplasia) ได้และ พบว่า สารโปรตามีนมีสูงในอสุจิของผู้ชายที่มีสรีรฐานะทางสังคมต่ำ (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2540)

4. การคุมกำเนิด

การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

สูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมน โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.9, 1.3 และ 2.5 ถ้าใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดนานไม่เกิน 5 ปี นาน 5-9 ปี และนานกว่า 10 ปี ตามลำดับ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 390)

5. การสูบบุหรี่

สตรีที่สูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ จากการศึกษาค้นคว้าของมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกสูงขึ้น 2 เท่า ในสตรีที่สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งความเสี่ยงจะสูงขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่มาก สูบมาเป็นเวลานาน และสูบชนิดที่ไม่มีก้นกรอง หรือสัมผัสกับควันบุหรี่ทางอ้อมมากกว่าวันละ 3 ชั่วโมง (จุฑาล ศรีสมบูรณ์, 2540) การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกชนิดสแควมัส (Squamous Cell Carcinoma) (ธีระ ทองสง, 2537; Reid, 2001) โดยสาร โคตินิน (Cotinine) และนิโคติน (Nicotine) ที่มีอยู่ในบุหรี่ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (Mucuc) หรือบริเวณปากมดลูก การสูบบุหรี่ทำให้เซลล์ผิวของปากมดลูกมีภูมิต้านทานน้อยลงซึ่งทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้ง่าย จากการตรวจ สารเมือกจากปากมดลูก (Cervical Mucous) ของสตรีที่สูบบุหรี่ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547, หน้า 11) พบว่ามีความเข้มข้นของสาร โคตินิน นิโคติน และไมโทเจน (Mitogens) อื่น ๆ สูงในกระแสเลือด ซึ่งสารเหล่านี้ทำให้ภูมิคุ้มกันเฉพาะที่ลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า สารที่สำคัญในบุหรี่ที่เป็นสารก่อมะเร็งคือ โพลีอะโรมาติกคาร์บอน (Polyaromatic Carbon) ซึ่งสามารถตรวจพบได้ในมูกของปากมดลูกเช่นกัน นอกจากนี้จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกจำนวน 700 ราย พบว่าสตรีที่สูบบุหรี่มีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบถึง 2.66 เท่า และสตรีที่มีคนในบ้านสูบบุหรี่ มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกมากกว่าสตรีที่คนในบ้านไม่สูบบุหรี่ถึง 2.59 เท่า (บุหรืมหันตภัยของมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก, 2538) และสตรีที่ไม่สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่ทางอ้อม ก็มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกเช่นกัน (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 391)

6. การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

มะเร็งเรื้องรังปากมดลูกเป็นมะเร็งที่เกิดจากการติดเชื้อสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Cancer) (จุฑาล ศรีสมบูรณ์, 2533, หน้า 17) การติดเชื้อต่าง ๆ ซึ่งในปัจจุบันพบว่า คาร์ซิโนเจน (Carcinogens) ที่สำคัญที่สุดคือ การติดเชื้อโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการมีเพศสัมพันธ์ จนกล่าวกันว่า CIN และมะเร็งเรื้องรังปากมดลูกเป็น Sexually Transmitted Cancer หรือ Venereal Cancer (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547, หน้า 12) และการติดเชื้อที่เป็นต้นเหตุที่สำคัญของการเกิด CIN และมะเร็งเรื้องรังปากมดลูก คือ การติดเชื้อไวรัสแบปปีโลมา (Human Papilloma Virus หรือ HPV (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297) ซึ่งไวรัสชนิดนี้จะเข้าไปสกัดโปรตีนชนิดหนึ่ง มีคุณสมบัติทำลาย

ยีนต้านมะเร็งทำให้เซลล์กลายเป็นเซลล์มะเร็ง จากการวิจัยพบว่า ร้อยละ 80 ของสตรีไทยที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก มีการติดเชื้อ HPV (นรินทร์ วรวิทย์, 2546, หน้า 17) จากการศึกษาของ นาจซ์ และคณะ ในปี ค.ศ.1989 (Nagh, et al., 1989 อ้างถึงใน สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 41) โดยการติดตามผู้ป่วยที่ติดเชื้อ HPV ชนิด Flat Condyloma ในเวลา 1 ปี พบว่า ประมาณหนึ่งในสามกลายเป็น CIN และ HPV สำคัญที่ทำให้เกิด CIN ได้แก่ HPV type 16, 18, 31 ซึ่งเรียกว่า “High-risk Virus” นอกจากเชื้อ HPV แล้ว พบว่า ไวรัส Herpes Simplex Virus Type 2 (HSV-2) เป็นไวรัสที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกหรือลุกลาม โดยเป็นตัวกระตุ้นให้ไวรัสอื่น เช่น HPV ให้มีฤทธิ์ส่งเสริมการเกิดมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาทางระบาดวิทยามักพบ Herpes Antigen คือ HSV-2RNA ร่วมกับการเกิดมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของนีดเดอร์ และด็อกเคอร์ตี้ (Natter & Dockerty) ในปี ค.ศ.1976 ซึ่งพบได้สูงถึงร้อยละ 94.00 และมี HSV Antibody สูงกว่าสตรีทั่วไป (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 41; ชีระ ทองสง และคณะ, 2539, หน้า 297) นอกจากนี้การติดเชื้อยังเกี่ยวข้องกับการสวนล้างช่องคลอดอีกด้วย จากการศึกษาของการ์เดนเนอร์ และคณะ (Gardner, et al., 1991, pp. 368-369) พบว่า การสวนล้างช่องคลอดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไปต่อสัปดาห์ ทำให้มีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้เนื่องจากการสวนล้างช่องคลอดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของภาวะกรดด่างในช่องคลอด และทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

7. สตรีที่ภูมิต้านทานต่ำหรือได้รับยาที่กดภูมิต้านทาน

สตรีที่ภูมิต้านทานต่ำหรือได้รับยาที่กดภูมิต้านทาน พบอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมักมีการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ คือเชื้อ HSV-2 และ HPV ได้ง่าย ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะและผู้ไ้ยที่ได้รับไตเทียม (ชีระ ทองสง, 2537)

8. ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงกว่าและมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่า เมื่อเทียบกับสตรีมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า (ชีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 391) เนื่องจากสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ส่วนใหญ่ มีการศึกษาน้อย ทำให้ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ทำให้การรักษาสุขภาพอนามัยและมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ดีพอ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มนี้สูงขึ้น (จิตพร อิงคถาวรวงศ์, 2541)

9. เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม

การเกิด CIN และมะเร็งปากมดลูก พบมากในสตรีบางกลุ่ม เช่น คนไทย อเมริกันนิโกร แต่ไม่ค่อยพบในอเมริกันผิวขาวและชนชาวยิว (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัณชัย บัลลังก์โพธิ์, 2542) นอกจากนี้ยังในสตรีผิวดำมากกว่าผิวขาว (วสันต์ ถิ่นะสมิต และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา,

2542) และอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกจะต่ำในสตรีชาวมุสลิม เมื่อเปรียบเทียบกับศาสนาอื่น ๆ เพราะชาวมุสลิมมีประเพณีให้ชายที่มีอายุ 6-12 ปี ขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ

โดยสรุปแล้วสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกนั้นยังไม่มีที่ยืนยันแน่นอน แต่เชื่อว่าสาเหตุการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีการเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสที่บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีบุตรมาก ผู้ที่มีประวัติการโรค ปังจัยด้านพันธุกรรมรวมถึง ยาหรือฮอร์โมนบางชนิด การตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจแป็ปสเมียร์ (Pap Smear) ทำให้สามารถติดตามในรายที่เซลล์เริ่มมีความผิดปกติ ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังโรคในรายที่พบระยะเริ่มแรกจะสามารถรักษาให้หายขาดได้

การดำเนินโรค

การเกิดมะเร็งปากมดลูก เป็นกระบวนการเกิดแบบต่อเนื่อง จากรอยโรคระยะเริ่มแรก ที่เรียกว่า ดิสเพลเซีย (Dysplasia) เมื่อมีสภาวะที่เหมาะสมจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติต่อไปเป็น คาร์ซิโนมาอินไซตู (Carcinoma in Situ) ดำเนินต่อไปเป็นมะเร็งระยะลุกลาม (Invasive Carcinoma)

จากการศึกษาลักษณะของเยื่อพบว่เซลล์ผิดปกติที่พบใน ดิสเพลเซียและคาร์ซิโนมาอินไซตุนั้น มีคุณสมบัติเหมือนกันทุกประการและถือว่าพยาธิสภาพของเยื่อผิดปกติทั้ง 2 เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องกัน ดังนั้น จึงมีการเรียก ดิสเพลเซียระดับต่าง ๆ และ คาร์ซิโนมาอินไซตู ว่าเซอรวิคัล อินทราอีพิทีเลียล นีโอพลาเซีย (Cervical Intraepithelial Neoplasia [CIN]) (เจดุดล ศรีสมบุญ, 2540) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

CIN I หรือ ดิสเพลเซียระดับเล็กน้อย (Mild dysplasia) หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของ เซลล์อยู่ในระดับไม่เกิน 1 ใน 3 ของความหนาเยื่อผิวปากมดลูก

CIN II หรือ ดิสเพลเซียระดับปานกลาง (Moderate Dysplasia) หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์อยู่ในระดับไม่เกิน 2 ใน 3 ของความหนาเยื่อผิวปากมดลูก

CIN III หรือ ดิสเพลเซียระดับรุนแรง (Severe Dysplasia) หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงของเซลล์เกินกว่า 2 ใน 3 ของความหนาเยื่อผิวปากมดลูกและรวมทั้งคาร์ซิโนมาอินไซตู หมายถึง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งชั้นของเซลล์เยื่อผิว

CIN ไม่ได้คืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามทุกราย จากการศึกษพบว่า CIN ที่ไม่ได้รับการรักษายากลายเป็น CIS ได้ประมาณร้อยละ 40-60 และจะมีบางส่วนที่จะกลายเป็นมะเร็งระยะลุกลาม โดยไม่ผ่านการเป็น CIS ก่อน ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงไม่แน่นอน โดยการเปลี่ยนแปลงจาก dysplasia เป็น CIS ใช้เวลาประมาณ 7 ปี และจาก CIS เป็นระยะลุกลามใช้เวลาประมาณ 14 ปี (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539)

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยที่เป็น CIN ไม่มีอาการและอาการแสดงถึงการเกิดโรคหรือความรุนแรงของโรค โดยเฉพาะ หรืออาจมีอาการแสดงซึ่งเริ่มต้นด้วยมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงมะเร็งระยะลุกลาม ดังนี้ (บุพิน เพ็ชรมงคล, 2547, หน้า 14)

1. ไม่มีอาการแสดง เป็นสิ่งที่พบมากที่สุดของผู้ป่วย มักพบในระยะก่อนลุกลาม เนื่องจาก พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงจึงมักไม่มีอาการแสดง
2. มีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมนบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับการอักเสบทั่ว ๆ ไป และเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ส่วนในระยะลุกลามและระยะท้ายของโรค การแพร่กระจายเกิดการติดเชื้อร่วมกับการเน่าตายของเซลล์ ทำให้ตกขาวมีกลิ่น
3. เลือดออกผิดปกติ หรือการตกเลือดในระยะเริ่มต้นอาจมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นหยด ๆ ในขณะหรือหลังการร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นจากการฉีกขาดหรือบาดเจ็บของก้อนมะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก และในระยะท้ายของโรคจะมีเลือดออกมากกว่าปกติ บางรายอาจ ออกมาจนซีด ถ้ามะเร็งลุกลามมากจนเกิดการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้เลือดที่ออกมา มีลักษณะเลือดปนหนองเนื่องจากการติดเชื้อร่วมด้วย จากการศึกษาของอารีย์ พันธุ์ศาสตร์ (2541) พบว่าผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มาด้วยอาการตกเลือด มากที่สุดร้อยละ 37.80 รองลงมาคือ อาการตกเลือดร่วมกับอาการตกขาวร้อยละ 22.40 นอกจากนี้ร้อยละ 4.70 ที่ไม่มีอาการใด ๆ แต่พบโรคมะเร็งปากมดลูกจากการตรวจแพ็พสมียร์
4. การตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะ แต่อาจพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ได้แก่ ปากมดลูกลักษณะที่เขยมีเพศสัมพันธ์หรือเคย มีบุตรมาแล้ว ปากมดลูกแสดงถึงการอักเสบเรื้อรังและมีแผลถลอก (Erosion)
5. อาการเจ็บปวด เกิดในระยะท้ายของโรค และมีการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังเส้นประสาทและอวัยวะต่าง ๆ เช่น อาการปวดท้องน้อย จากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดโลหิตในอุ้งเชิงกราน (Pelvic Thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphangitis) และเซลล์อักเสบ (Cellulitis) เป็นต้น

6. อาการของมะเร็งระยะสุดท้าย เกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระเพาะปัสสาวะ ต่อมท่อน้ำเหลือง กระดูก และปอด เป็นต้น โดยผู้ป่วยจะมีอาการซีด ผอมแห้ง อ่อนเพลีย ปัสสาวะมีเลือดปน เกิดการบวมของขา ไอและเหนื่อยหอบ

การรักษา

การรักษา มะเร็งปากมดลูกจะขึ้นอยู่กับระยะของโรคและความรุนแรง ซึ่งแนวทางการรักษาในปัจจุบันแบ่งพยาธิสภาพออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม CIN1 และ กลุ่ม CIN2, 3 (ธีระ ทองสง และคณะ,

2551, หน้า 398) กล่าวคือ

1. กลุ่ม CIN 1

หลังจากวินิจฉัย CIN 1 แล้ว แนวทางการรักษาจะขึ้นอยู่กับผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปีและขึ้นอยู่กับความรุนแรงของผลแพ้พิษเมียร์ที่ผิดปกติ กรณีผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปีน่าพอใจ สามารถดูแลรักษาได้โดย การทำแพ้พิษเมียร์ทุก 6 เดือน ถ้าปกติ 2 ครั้ง ให้มาตรวจโรคตามปกติ ถ้าผลผิดปกติให้ตรวจด้วยคอลโปสโคปีต่อไปหรือตรวจหาเชื้อ HPV ทุก 12 เดือน ซึ่งการรักษา CIN 1 รักษาได้ 2 วิธีคือ 1) การจี้ทำลายรอยโรค (Ablative Treatment) เช่นการจี้ด้วยความเย็นและจี้ด้วยเลเซอร์ 2) การตัดรอยโรคออก (Excisional Treatment) เช่นการตัดด้วยเลเซอร์ ห่วงไฟฟ้าหรือมีด พบว่ามีประสิทธิภาพสูงเหมือนกับการจี้ทำลายรอยโรค แต่มีข้อดีคือได้ชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา

2. กลุ่ม CIN 2, 3

เนื่องจาก CIN 2 และ CIN 3 มีโอกาสที่คงอยู่และคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลามได้ จึงต้องให้การรักษาผู้ป่วยที่ตรวจพบรอยโรค CIN 2 และ CIN 3 ไม่แนะนำให้ดูแลโดยการติดตาม ยกเว้นในสตรีตั้งครรภ์ สตรีวัยรุ่นและสตรีที่มีอายุน้อย และไม่ควรรักษาโรค CIN 2 และ CIN 3 โดยการตัดมดลูกออก แนวทางการรักษา CIN 2 และ CIN 3 โดยทั่วไปขึ้นอยู่กับผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปีว่าน่าพอใจหรือไม่น่าพอใจ กรณีที่ผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปีน่าพอใจแนะนำให้รักษาโดยการจี้ทำลายรอยโรคหรือการตัดรอยโรคออก สำหรับกรณีที่ผลการตรวจด้วยคอลโปสโคปีไม่น่าพอใจ แนะนำให้ทำการตัดปากมดลูกออกเพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน ไม่ควรทำการรักษาโดยการจี้ ทำลายรอยโรค การรักษามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม แบ่งเป็น 4 วิธี คือ

2.1 การรักษาโดยการผ่าตัด (Surgical Therapy) ใช้รักษาสำหรับมะเร็งระยะที่ 1 เป็นส่วนใหญ่ และในระยะ IIA บ้างในบางราย

2.2 การรักษาด้วยรังสีรักษา (Radiotherapy) ใช้ได้ทุกระยะของโรค ผลการรักษา พบอัตราการอยู่รอด 5 ปี ระยะที่ 1 ร้อยละ 88.46 ระยะที่ 2 ร้อยละ 64.10 และระยะที่ 3 ร้อยละ 38.36

2.3 การรักษาโดยเคมีบำบัด (Chemotherapy) มักใช้ในรายที่โรคลุกลามแล้ว หรือมีโรคเกิดขึ้นใหม่ (Recurrent) ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยวิธีอื่น

2.4 การรักษาโดยใช้หลายวิธีร่วมกัน ที่ใช้คือการรักษาโดยการผ่าตัดร่วมกับรังสีรักษา นอกจากนี้ก็มีความพยายามที่จะใช้เคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษาในรายที่โรคลุกลามมากแล้ว

ผลกระทบจากโรคมะเร็งปากมดลูก

จากลักษณะของโรคที่เป็นโรคร้ายแรง มักจะมีการเมื่อโรคลุกลามไปมากแล้ว ทำให้วิธีการรักษายุ่งยาก ต้องใช้เครื่องมือที่มีราคาแพง ทั้งยังอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา

บางรายเกิดการกลับซ้ำของโรค รักษาไม่หาย ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายจิตใจของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนสังคมและประเทศชาติ

ผลกระทบของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก ผู้ป่วยทุกรายไม่ว่าจะอยู่ในระยะใดของโรค ไม่ว่าจะมีอาการมากน้อยเพียงใด ผลกระทบทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล ความกลัว ข่มเป็นสิ่งที่จะต้องเกิดขึ้น เนื่องจากประสบการณ์และความคิดเห็นของบุคคลทั่วไป ว่ามะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่นำความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การฉายแสง และเคมีบำบัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งจากการคาดการณ์เกี่ยวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ต้องเปลี่ยนแปลงและความตายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต นอกจากจะเกิดความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวแล้ว ยังเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Uncertainty) อีกด้วย ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนนี้จะเกิดขึ้นในทุกๆ ระยะของการเจ็บป่วย ตั้งแต่ระยะได้รับการวินิจฉัย ระยะกำลังรักษา และระยะสุดท้ายของโรค จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดความกลัวการลุกลามของโรคร้อยละ 68.00 กลัวความเจ็บปวดร้อยละ 57.00 กลัวการเสียชีวิตร้อยละ 11.00 (Jirowong, et al., 1994, pp. 399-400) ความวิตกกังวลและความกลัวดังกล่าวไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างอีกด้วย ปัญหาทางสังคมจึงเกิดขึ้นตามมา เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการที่สัมพันธ์กับโรคมะเร็งปากมดลูกจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสร้อยละ 69.00 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวร้อยละ 26.00 ด้านสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร้อยละ 23.00 (Jirowong, et al., 1994, pp. 399-400) นอกจากผลกระทบทางจิตใจและสังคมแล้ว โรคมะเร็งปากมดลูกยังก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกายโดยตรง ผลกระทบทางด้านร่างกายที่จะมีมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับระยะหรืออาการของโรค ในระยะเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 50.00 จะมีความสัมพันธ์ทางเพศกับสามีลดลง ร้อยละ 45.00 เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตร้อยละ 35.00 ไม่สามารถออกไปนอกบ้านได้ตามปกติ (Jirowong, et al., 1994, pp. 399-400) เมื่อมีอาการมากขึ้นปัญหาความเจ็บปวด ข่มเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามมาซึ่งความเจ็บปวดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นความเจ็บปวดที่รุนแรงและเรื้อรัง บางครั้งเ็น หายๆ แต่ไม่สามารถขจัดความเจ็บปวดให้หายไปโดยเด็ดขาด ความเจ็บปวดในลักษณะนี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน และนอกจากความเจ็บปวดจะทำให้เกิดความทุกข์ทรมานทางกายแล้ว ความทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจ ยังเป็นสาเหตุส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นอีกด้วย ต่อมาเมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ยังมีผลกระทบในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น

ผลกระทบเนื่องจากวิธีการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการรักษาด้วยวิธีใดก็อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งสิ้น เช่น การรักษาด้วยรังสีทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด

ปีสภาวะแสนซัด ปีสภาวะบ่อย ส่วนผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาด้วยการผ่าตัด อาจประสบปัญหาในเรื่องการตกเลือด การบาดเจ็บของลำไส้ แผลติดเชื้อหรือแผลแยก ซึ่งความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดน้อยลง เกิดความรู้สึกขัดแย้งกับข้อใจ มีหน้าซ้ำการรักษาทุกวิจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถมีบุตรหรือมีประจำเดือน ซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของการเป็นสตรี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกค้อยค่าในตนเองร่วมด้วย (Dennerstein, et al., 1977; Martin, 1978, pp. 305 อ้างถึงใน เรณู พุกบุญมี, 2539, หน้า 71)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ เมื่อร่างกายอ่อนเพลีย ประกอบกับสภาพจิตใจที่ไม่เป็นปกติ ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาเลี้ยงครอบครัวได้ตามปกติ รวมทั้งสามีและญาติของผู้ป่วยต้องเสียเวลาในการประกอบอาชีพจากการพาผู้ป่วยไปรับการรักษาซึ่งต้องใช้เวลาานทำให้รายได้ของครอบครัวลดน้อยลง แต่ต้องเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค ก่อให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวตามมา

การสูญเสียสตรีจะทำให้เกิดปัญหาในการดูแลครอบครัว เนื่องจากสตรีมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ การจัดเตรียมอาหารให้แก่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ บุตร พี่น้อง สามี รวมทั้งผู้สูงอายุ ถ้าสตรีในสังคมไทยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจำนวนมาก ประเทศชาติเสียกำลังงานผลิตต่างๆ ลดน้อยลงไปด้วย มีหน้าซ้ำยังต้องเ็นภาระที่จะต้องคอยช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล จึงเป็นการยากที่ประเทศชาติจะพัฒนาให้เจริญรุ่งเรืองได้บรรลุตามเป้าหมาย

อย่างไรก็ตามแม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่พบมากและมีความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย บุคคลรอบข้าง รวมถึงประเทศชาติด้วยก็ตาม แต่โรคนี้อก็สามารถป้องกันได้

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก

องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินนโยบายในการที่จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเสนอแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งเป็น 3 ขั้นตอน (จุฑพล ศรีสมบูรณ์, 2547, หน้า 8) ดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) การป้องกันเบื้องต้น คือการป้องกันโรคมะเร็งในประชากร โดยควบคุมสาเหตุและสิ่งที อาจก่อให้เกิด โรคมะเร็ง เป็นการส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล การจำแนกและจำกัดขอบเขตของปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกและความผิดปกติก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก แนวทางการให้ความรู้และการศึกษา เช่นการไม่สำส่อนทางเพศ การหลีกเลี่ยงการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และการงดสูบบุหรี่ ฯลฯ

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention) คือการกระทำใด ๆ ก็ตามซึ่งทำให้สามารถตรวจพบหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกได้ก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม เป็นความ

พยายามที่จะลดอัตราป่วยและอัตราตายด้วยมะเร็ง ปากมดลูกลงและในปัจจุบันการตรวจคัดกรองโดยการทำแพ็ปสเมียร์เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกโดยที่ยังไม่แสดงอาการของโรค (Early Detection) เพราะมะเร็งปากมดลูกจะมีการเปลี่ยนแปลงเป็นเวลานานก่อนที่จะเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งสามารถคัดกรองได้ด้วยการทำ แพ็ปสเมียร์ อีกทั้งการวินิจฉัยในระยะเริ่มแรกของโรคทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

3. การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) มีจุดมุ่งหมายที่การให้บริการรักษาอย่างเพียงพอทั่วถึง เพื่อลดความเจ็บป่วย ป้องกันโรคแทรกซ้อนและลดการเสียชีวิตจากมะเร็ง ให้การรักษาตามวิธีการที่เหมาะสมที่สุดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาว มากที่สุด รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยความสำเร็จของการป้องกันระดับตติยภูมิ สามารถวัดได้จากการลดลงของอัตราตายจากโรคมะเร็ง

แม้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นโรคที่ร้ายแรงและพบบ่อยในสตรีไทย และส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ คอสตรี ครอบครัวและประเทศชาติ แต่โรคนี้ก็สามารถป้องกันได้ใน 2 ระดับ (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 1995) ดังนี้

1. การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ ได้แก่

1.1 การปรับปรุงสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยการรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศของทั้งสามีและภรรยา การกระทำความสะอาดภายหลังการมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีที่หนังหุ้มปลายอวัยวะเพศของสามีไม่เปิด ควรไปพบแพทย์เพื่อขลิบหนังหุ้มปลายออกเพื่อสะดวกในการทำ ความสะอาด

1.2 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ตั้งแต่อายุยังน้อย หรือหลีกเลี่ยงการสำส่อนทางเพศ

1.3 ไม่ควรมีบุตรหลายคน

1.4 เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น มีตกขาวมาก หรือมีเลือดออกจากช่องคลอด นอกเหนือจากประจำเดือน เจ็บภายในช่องคลอด ควรปรึกษาแพทย์

1.5 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น การติดเชื้อเอดส์ (HIV) หรือติดเชื้อไวรัส HPV โดยการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทั้งการสวนทวาร และหลีกเลี่ยงจากคว้นทวาร

2. การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิที่ดีที่สุดในขณะนี้ คือ การตรวจหาความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูกหรือการตรวจแพ็ปสเมียร์ ซึ่งเป็นการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก เพื่อตรวจค้นหาความผิดปกติของเซลล์ ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถรักษาให้หายได้เกือบ 100 % (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ และสัจชัย บัลลังก์โพธิ์, 2542, หน้า 48) สามารถที่จะทำการตรวจได้สะดวก และปลอดภัย

การตรวจคัดกรอง เป็นการป้องกันโรคโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตรวจพบโรค ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกซึ่งการตรวจคัดกรองที่ดีจะต้องเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่ายสะดวกไม่มีขั้นตอนการตรวจที่ยุ่งยากซับซ้อนเป็นวิธีที่ประชาชนยอมรับได้ ราคาถูก และมีผลที่วัดได้ (Validity) สูง (กรรณิกา ตาตะนันท์, 2541) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความไว (Sensitivity) สูง หมายถึง สัดส่วนของจำนวนผู้ที่ตรวจได้ผลบวกต่อจำนวนผู้ที่เป็นโรคทั้งหมด
2. ความจำเพาะ (Specificity) สูง หมายถึง สัดส่วนของจำนวนผู้ที่ตรวจได้ผลลบต่อจำนวน ผู้ที่ไม่เป็นโรคทั้งหมด
3. คุณค่าของการทำนายผลบวก (Positive Predictive Value) สูง หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นโรคเมื่อผลตรวจเป็นบวก
4. คุณค่าของการทำนายผลลบ (Negative Predictive Value) สูง หมายถึง โอกาสที่ผู้ป่วยจะไม่เป็นโรคเมื่อผลตรวจเป็นลบ
5. ผลบวกหลวง (False Positive Rate) ต่ำ หมายถึง โอกาสที่ผลตรวจเป็นบวกในคนปกติ
6. ผลลบหลวง (False Negative Rate) ต่ำ หมายถึง โอกาสที่ผลตรวจเป็นลบในคนที่

เป็นโรค

กล่าวโดยสรุป มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ หากผู้มีปัจจัยเสี่ยงมีความรู้เท่าทันโรค การค้นคว้าหาข้อมูลข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับ โรคมะเร็งปากมดลูก การป้องกัน โรครวมถึงตระหนัก ใส่ใจในสุขภาพ รู้จักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ อันเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและไม่ละเลย ที่จะเข้ารับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกทุกปี เพราะการตรวจค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้

ข้อบ่งชี้และความถี่ของการตรวจแพ็พเสมีียร์

การตรวจมะเร็งปากมดลูก สมาคมมะเร็งของประเทศสหรัฐอเมริกาและวิทยาลัยสูตินรีแพทย์อเมริกัน ได้ให้คำแนะนำการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไว้ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 394-395) ดังนี้

1. การเริ่มตรวจแนะนำให้เริ่มตรวจหลังจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกประมาณ 3 ปี และเริ่มตรวจครั้งแรกเมื่ออายุไม่เกิน 21 ปี
2. ระยะห่างของการตรวจ หลังจากการตรวจครั้งแรกแล้วควรตรวจทุก 1 ปี ด้วยการทำ แพ็พเสมีียร์แบบทั่วไป หรือทุก 2 ปีด้วยการทำ แพ็พเสมีียร์ แบบแผ่นบาง เมื่ออายุ 30 ปีหรือมากกว่า ถ้าผลการตรวจปกติ 3 ครั้งติดต่อกัน อาจตรวจทุก 2-3 ปี ยกเว้นมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์ การได้รับยากดภูมิคุ้มกันจากการปลูกถ่ายอวัยวะ การได้รับยาเคมีบำบัดหรือยาฮอร์โมนสเตียรอยด์นาน ๆ

3. การหยุดตรวจ สตรีที่อายุ 70 ปี หรือมากกว่าและยังมีปากมดลูกอยู่ ถ้าผลการตรวจ แพ้พื้เสมียร์ปกติ 3 ครั้งติดต่อกันและไม่มีผลผิดปกติในช่วง 10 ปี ก่อนอายุ 70 ปี อาจเลือกหยุดทำ แพ้พื้เสมียร์ได้ ถ้าไม่เคยทำแพ้พื้เสมียร์มาก่อน ไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรค ควรรับการ ตรวจคัดกรองโรคต่อไป

4. การตรวจคัดกรองหลังจากตัดมดลูกออกแล้ว ถ้าตัดมดลูกออกด้วยโรคทางนรีเวช ที่ไม่ใช่มะเร็ง ไม่ต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งที่ผนังช่องคลอดส่วนบน ถ้าตัดมดลูกออกไม่หมด ยังเหลือปากมดลูกอยู่ ควรมาทำการตรวจแพ้พื้เสมียร์ ตามคำแนะนำข้างต้น สำหรับสตรีที่มีประวัติ เป็น HSIL หรือไม่สามารถตรวจสอบได้ว่า เคยมีรอยโรคดังกล่าวก่อนผ่าตัดหรือไม่ หรือตัดมดลูก ออกด้วยบ่งชี้อย่างไร ควรรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก จนกระทั่งได้ผลน่าพอใจและปกติ 3 ครั้ง ติดต่อกัน และไม่มีผลผิดปกติใน 10 ปี สำหรับสตรีที่มีประวัติเป็นมะเร็งปากมดลูกควรรับการ ทำ แพ้พื้เสมียร์ หลังการตัดมดลูกออกครบไคที่ยังมีสุขภาพแข็งแรงและไม่มีโรคเรื้อรังที่คุกคามชีวิต

สำหรับประเทศไทยแนะนำให้สตรีตรวจหา มะเร็งปากมดลูกหรือแพ้พื้เสมียร์ ตั้งแต่เริ่ม มีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ และตรวจซ้ำหลังจากนั้น 6 เดือน ถ้าผลตรวจปกติ ให้ตรวจทุกปี ถ้าผลปกติติดต่อกัน 3 ครั้ง ให้ตรวจซ้ำทุก 3-4 ปี สำหรับสตรีที่ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ควรตรวจหา มะเร็งปากมดลูกเมื่ออายุ 35 ปี ขึ้นไป และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-2554) กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการ ให้บริการตรวจคัดกรองโดยกำหนดเป้าหมายให้ร้อยละ 60.00 ของสตรีอายุ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี เข้ารับการตรวจและตรวจซ้ำทุก 5 ปี ถ้ามีผลการตรวจปกติ (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การเตรียมตัวในการตรวจแพ้พื้เสมียร์

เพื่อให้การตรวจอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสมและทำให้การเก็บเซลล์ตรวจมีคุณภาพส่งผล ถึงความแม่นยำในการตรวจ ไม่ควรมารับการตรวจในขณะที่มีประจำเดือน ควรรับการตรวจ หลังจากหมดประจำเดือนไปแล้วประมาณ 7-10 วัน และสตรีผู้ที่ จะรับการตรวจต้องเตรียมตัวก่อน ตรวจ ก่อนตรวจ 24-48 ชั่วโมงควรงดร่วมเพศ งดใช้ผ้าอนามัยแบบสอดหรือยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนงดการสวนล้างช่องคลอดเพื่อให้ผลการตรวจเชื่อถือได้ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีหลายประการ ซึ่งไวท์ (White, 1995 อ้างถึงใน จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ, 2546) ได้สรุปปัจจัยสำคัญที่เป็นอุปสรรค ในการตรวจคัดกรองไว้ 4 ประการ คือ

1. ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง ความรู้เป็น ปัจจัยสำคัญยิ่งที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน จากการศึกษา ของกัทเทอร์ริจและ

แคลลาจฮาน (Gutteridge & Callaghan, 1993) ซึ่งศึกษาในสตรีเอเชียที่อาศัยอยู่ในประเทศอังกฤษ พบว่าสตรีโดยทั่วไปมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง อยู่ในระดับต่ำ มีเพียงร้อยละ 18 เท่านั้นที่ทราบถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีถึงร้อยละ 59 ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้กฤษา, कुमार, และสแตวาร์ท (Gupta, Kumar & Stewart, 2002) ก็พบว่าสตรีเอเชียใต้ที่อาศัยอยู่ในประเทศแคนาดา มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ เพราะไม่มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรอง

สำหรับในประเทศไทย ปาจริย์ จันทรเพ็ง (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน กลุ่มตัวอย่าง เป็นแม่บ้านเกษตรกรในจังหวัดชุมพรและสุราษฎร์ธานี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอปีละ 1 ครั้งมีเพียงร้อยละ 4.80 เท่านั้น ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่สม่ำเสมอร้อยละ 38.80 และกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 56.60 เหตุผลของการไม่มารับการตรวจ คือไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 74.60 และนคร มุลานา (2541) ศึกษาการประเมินผลโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอคลองเตย จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาค้นคว้าได้ดังนี้ คือ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 395 ราย มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 18.99 และไม่มารับบริการตรวจคัดกรองสูงถึงร้อยละ 81.01 ซึ่งในจำนวนผู้ไม่มารับบริการร้อยละ 65.65 ให้เหตุผลคือไม่มีอาการผิดปกติและคิดว่าตนเองไม่น่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสตรียังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูกโดยในระยะเริ่มแรกนั้น มักไม่ปรากฏอาการผิดปกติใด ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ นอกจากนี้ พรทิพย์ ทักษิณ (2541) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของหญิงอาชีพพิเศษในเขตท้องที่อำเภอพิมาย ผลการศึกษาเช่นเดียวกัน คือพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 87.90 ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยเหตุผล คือไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ ซึ่งจากการศึกษาดัง ๆ ที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่าความรู้มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์ต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างยิ่ง

2. ด้านอารมณ์ คือความกลัว โดยกลัวการค้นพบโรคและกลัวเจ็บ

จากการศึกษาของดิกเนน (Dignan, 1993) และเฮอเลย์ (Hurley, 1993) พบว่าสตรีที่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะรู้สึกกลัวความเจ็บปวดจากการตรวจและกลัวผลการตรวจ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกรังเกียจกังวล นอกจากนี้การศึกษาของบูร์คและเมเยอร์ (Burak & Meyer, 1996) พบว่าสตรีที่เป็นนักศึกษาและมีเพศสัมพันธ์แม้ว่าจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองแต่ยังมีอุปสรรคสำคัญที่สตรีรู้สึกในการตรวจ คือรู้สึกเจ็บ ซึ่งร้อยละ 36.00 จะรู้สึกเจ็บมากและการศึกษาของออสติน, แมกแนลลี และสแตวาร์ท (Austin, McNally, & Stewart, 2002) ก็พบว่ากรกลัวโรคมะเร็ง เป็น

อุปสรรคสำคัญ ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี จำนวน 193 คน ผลการศึกษา พบว่าร้อยละ 37.30 ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยร้อยละ 65.30 เห็นว่าการตรวจทำให้เกิดความเจ็บปวด และนอกจากกลัวความ เจ็บปวดแล้วยังมีสตรีบางกลุ่มกลัวการค้นพบโรค

3. เจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสัมพันธ์เป็นเวลานาน ทำให้เห็นว่าการ ตรวจเป็นสิ่งที่น่าอาย

เจตคติ เป็นความคิด ความรู้สึกและความเชื่อ ถ้าสตรีมีเจตคติเช่นใดแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมเช่นนั้นก็เกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้นมักจะส่งผลการมารับการตรวจเช่นเดียวกัน การศึกษาของ อัทแมค, สเตวเวิร์ท, คาเมรอน, และ ไฮแมนท์ (Ahmad, Stewart, Cameron, & Hyman, 2001) พบว่า สตรีพยายามลดความรู้สึกอายโดยรับการตรวจกับผู้ให้บริการที่เป็นสตรี โดยคิดว่าจะมีความเข้าใจใน สภาพจิตใจ และเข้าใจในร่างกายของสตรีด้วย กันมากกว่าผู้ชาย และจากการศึกษาของแมคเคีย (McKie, 1993) พบว่าความกลัวและความอายเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้สตรีไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกและอวัยวะสืบพันธุ์ (Hoeman, Ku, & Ohi, 1996) ได้ศึกษาในสตรีจีนที่อาศัยอยู่ในสหรัฐอเมริกาถึงความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่าสังคมวัฒนธรรมมีผลต่อสภาพจิตใจของสตรีเป็นอย่างมาก โดยรู้สึกว่าการตรวจเป็นการกระทำต่ออวัยวะที่ไม่ควรเปิดเผย ซึ่งเป็นสิ่งที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูมาตั้งแต่เด็กจึงทำให้มีการตรวจคัดกรองน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาของฮอรัลยด์ (Hurley, 1993) พบผลการศึกษา คล้ายคลึงกันว่าความรู้สึกของสตรี ชาวจีนในการตรวจแพพสมียร์นั้นจะรู้สึกว่าจะไม่สุขสบาย อาย และเจ็บปวด รวมทั้งต้องการผู้ให้บริการที่เป็นสตรี ซึ่งทำให้รู้สึกไว้วางใจมากขึ้นในการรับการตรวจ และสามารถลดความอายลงได้

สำหรับในประเทศไทยมีผู้ศึกษาเกี่ยวกับอุปสรรคต่าง ๆ ที่แสดงให้เห็นถึงเจตคติต่อการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกัน กล่าวคือ การศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน พบว่าร้อยละ 62.70 เคยตรวจมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 37.30 ไม่เคยตรวจ ซึ่งมีเหตุผลคือไม่มีอาการผิดปกติ และร้อยละ 86.00 ที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าอาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ รุจิรา ดวงสงค์ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่าสาเหตุที่สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ รู้สึกอาย เช่นเดียวกัน

จากกลุ่มสัมภาษณ์สตรีอายุ 35-60 ปี ในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก (2551) ก็พบว่าอุปสรรคสำคัญที่ทำให้สตรีไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ คือ สตรีมีความอายในการตรวจ เช่นเดียวกัน

4. ด้านเศรษฐกิจ คือ ค่าใช้จ่ายในการตรวจ

ในต่างประเทศราคาค่าตรวจเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรอง (Burak & Meyer, 1996) สำหรับในประเทศไทยนั้น การศึกษาของแสงมณี อะโซ (2535) พบว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจ ส่วนการศึกษาอื่น ๆ ไม่พบว่าประเด็นด้านเศรษฐกิจเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้สตรี ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในปัจจุบัน นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้บริการครอบคลุมถึงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ

กล่าวโดยสรุป โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุด ในมะเร็งของสตรีไทย การทราบปัจจัยเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถนำไปประยุกต์ในการรณรงค์ป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ โดยการหลีกเลี่ยงหรือลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมค่านิยมการมีคู่นอนคนเดียว การให้ความรู้ด้านเพศศึกษาแก่วัยรุ่นสตรี การป้องกันในระดับทุติยภูมิก็ยังมีความสำคัญ การรณรงค์ให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีจุดประสงค์เพื่อหารอยโรคได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและทำการรักษาไม่ให้อายโรค คืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม และจะช่วยลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการรณรงค์ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาโดยตลอด แต่จะเห็นได้ว่าปัจจุบันสตรียังมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีจำนวนน้อย ขณะที่ให้บริการตรวจคัดกรองอย่างทั่วถึงทั้งจากสถานอนามัยและโรงพยาบาลต่าง ๆ โดยมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจ คือ สตรียังไม่ตระหนักและรับรู้ถึงความสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้สตรีมีความรู้ ความเข้าใจ มีการรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมต่อไป

3. การรับรู้ (Perception)

ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้

มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ไว้หลายท่าน ดังนี้

สุริย์ กาญจนวงศ์ (2542, หน้า 11) กล่าวเกี่ยวกับการรับรู้หมายถึงความพยายามของสมองที่อธิบายวัตถุหรือเหตุการณ์โดยมีพื้นฐานจากข้อมูลที่รับสัมผัสและความรู้ซึ่งหมายรวมถึงประสบการณ์ที่มีมาก่อน การรับรู้จะเกิดขึ้นหลังจากการรับสัมผัสและการแปลความหมายเป็นสิ่งที่

สำคัญของการรับรู้

ฮัฟแมน (Huffman, 1995) ได้กล่าวถึงการรับรู้ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส สิ่งเร้าเหล่านี้จะถูกเปลี่ยนรูปเป็นกระแสประสาท ส่งไปยังระบบประสาทได้แก่ สมอง สมองได้รับกระแสประสาททำให้เกิดความรู้สึกต่าง ๆ ได้รับการแปลความหมายจากสมองจนเกิดเป็นการรับรู้และมีพฤติกรรมตอบสนอง

เพจ (Page, 1977) อธิบายการรับรู้หมายถึง กระบวนการซึ่งแต่ละบุคคลจัด และทำให้มีความหมายในการรับประสบการณ์จากการสัมผัส เป็นการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความหมายโดยกระบวนการรับรู้

คิง (King, 2002) กล่าวว่า การรับรู้หมายถึงกระบวนการทางความคิด และจิตใจของมนุษย์ ที่แสดงออกถึง ความรู้ ความเข้าใจความตระหนักในเรื่องต่างๆที่ผ่านเข้ามาทางระบบประสาทสัมผัส การรับรู้เป็นลักษณะของแต่ละบุคคลและเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลจะมีความหมายต่อประสบการณ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

การรับรู้ (Perception) ตามพจนานุกรมของเว็บสเตอร์ (Michael, 1999: Webster's New World Dictionary, 1999, pp. 1068) ได้ให้ความหมายการรับรู้ว่า หมายถึง การแสดงออกถึงความรู้ ความเข้าใจ ตามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเอง

สรุปได้ว่าการรับรู้ หมายถึง การแปลความหมายของการสัมผัสโดยใช้ประสบการณ์เดิม และความรู้ ซึ่งได้จากการได้เห็น ได้ยิน ได้สัมผัส แสดงออกมาเป็นความรู้สึก ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ที่ได้สัมผัส เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลเกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลนั้น

แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

มีผู้ศึกษาถึงแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ดังนี้

บลูม (Bloom, 1972) กล่าวถึง การรับรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นแรกของความรู้สึก ซึ่งเป็นการจดจำสิ่งที่ได้รับการสัมผัสจากประสาทสัมผัส แบ่งได้เป็น 3 ขั้นดังนี้

1. การรู้จัก (Awareness) เป็นพฤติกรรมขั้นแรกที่คนรู้จักกับสิ่งเร้าว่าสิ่งนั้นเป็นอะไร เป็นการรู้จักเบื้องต้นยังมองไม่เห็นความสำคัญเป็นเพียงการสังเกตเห็นปรากฏการณ์นั้น โดยปราศจากความสนใจ เช่น รู้จักสี รูปแบบ การจัดอันดับ

2. ความเต็มใจในการรับ (Willingness to Receive) ขั้นนี้เป็นขั้นเต็มใจหรือพอใจที่จะรับรู้ มีความอ่อนน้อมต่อสิ่งที่พบเห็น เป็นเพียงการบังคับใจเท่านั้น เช่น ฟังผู้อื่นพูดด้วยความเต็มใจ ออดทนที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ออดทนที่จะฟังอะไรให้จบ

3. ควบคุมหรือคัดเลือกความเอาใจใส่ (Controlled or Selected Attention) ความรู้สึก

ระดับนี้เป็นเป็นความรู้สึกที่ต่อเนื่องจากขั้นเต็มใจในการรับ ที่แตกต่างออกไปคือ ความรู้สึกที่จะบอกได้ว่า อะไรควรเอาใจใส่ อะไรไม่ควรเอาใจใส่ เช่น ความรู้สึกที่ว่าชอบสิ่งนี้ อยากได้สิ่งนั้น พอใจที่จะปฏิบัติในสิ่งนั้น จึงมองในลักษณะควบคุมหรือเลือกมากขึ้น

กิง (King, 1981, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ไว้ 4 ข้อดังนี้คือ

1. การรับรู้เป็นเอกภาพ (Universal) มนุษย์ทุกคนสามารถรับรู้ต่อบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตายโดยการจัดเรียงลำดับจากอุปสรรคและให้ความหมายต่อสิ่งเร้านั้นหลังจากนั้นก็เก็บไว้ในความทรงจำของแต่ละบุคคลและเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าเดิมอีกครั้งก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตมาช่วยพิจารณาและให้ความหมายสิ่งเร้านั้นเช่นเดียวกับที่ผ่านมานั้นคือการรับรู้ของบุคคล

2. การรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเลือกเฉพาะสำหรับตนเอง (Selective and Subjective) ถึงแม้จะเป็นการรับรู้ในเหตุการณ์เดียวแต่ไม่สามารถจะสรุปได้ว่าแต่ละบุคคลรับรู้ในเหตุการณ์นั้นเหมือนกันเนื่องจากบุคคลมีภูมิหลังและประสบการณ์ที่ต่างกัน

3. การรับรู้เป็นสิ่งที่แสดงออกในภาวะปัจจุบัน (Action Oriented in the Present) เนื่องจากข้อมูลที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ทำให้บุคคลต้องมีการรับรู้ในสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นและทำให้เกิดการเรียนรู้ควบคู่ไปด้วยเสมอ

4. การรับรู้เป็นปฏิสัมพันธ์ที่มีเป้าหมายแน่นอน (Transaction) บุคคลจะสามารถสังเกตถึงการรับรู้ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลใดบุคคลหนึ่งได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมี การแสดงออก จึงทำให้มองเห็นได้ชัดเจนว่าบุคคลนั้นมีการรับรู้ในสถานการณ์นั้นอย่างไร

กิง (King, 1984, pp. 24 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534, หน้า 34) การรับรู้หมายถึง กระบวนการทางด้านการคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมายและแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคล โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำซึ่งสามารถสรุปกระบวนการรับรู้เป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1. การรับความรู้สึกหรืออาการสัมผัส (Sensation) เป็นการที่ระบบประสาทของสิ่งมีชีวิตนั้นตระหนักหรือบันทึก จดจำ สิ่งเร้าภายนอกหรือบุคคลนั้นๆ

2. การเลือก (Selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางส่วนจากบรรดาส่งเร้าทั้งหลายกล่าวคือมนุษย์ไม่สามารถที่จะรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน ต้องเลือกรับรู้ไปที่ละอย่าง ดังนั้นการรับรู้จึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการเอาใจใส่ของผู้รับรู้ด้วย เพราะหากผู้รับรู้เลือกใส่ใจในสิ่งใดก็จะเกิดรับรู้ในสิ่งนั้น หากไม่ใส่ใจก็ไม่มีการรับรู้เกิดขึ้นจากนั้น

ผู้รับจะเข้าไปมีส่วนในการเชื่อมโยงสิ่งที่รับรู้ใหม่นั้นเข้ากับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งขั้นตอนนี้หมายถึง การเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยประสบมาแล้ว

3. การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจกับความหมายของสิ่งเร้านั้น ๆ โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ผู้รับก็จะบันทึกสะสมไว้และจะมีผลต่อการรับรู้ในอนาคต

ฮัฟแมน (Huffman, 1995) กล่าวถึง การรับรู้เป็นกระบวนการซึ่งบุคคลแปลความหมายของการรู้สึกสัมผัสที่ได้รับจากตาเห็นภาพ จมูกได้กลิ่น หูได้ยินเสียง ผิวหนังรับสัมผัส ออกมาเป็นพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่มีความหมายที่รู้จักหรือเข้าใจได้ การรับรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้นอวัยวะรับสัมผัส ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านั้นจะถูกเปลี่ยนรูปเป็นกระแสประสาทส่งไปยังระบบประสาท ซึ่งได้แก่ สมอง สมองได้รับกระแสประสาททำให้เกิดความรู้สึกละเอียด ๆ ได้รับการแปลความหมายจากสมองจนเกิดเป็นการรับรู้และมีพฤติกรรมตอบสนองโดยกระบวนการรับรู้ประกอบด้วยองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้

1. ธรรมชาติและชนิดของสิ่งเร้า สิ่งเร้า หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเร้าอวัยวะรับสัมผัสแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ สิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน สิ่งเร้าภายนอกได้แก่ วัตถุ สถานการณ์ ภายนอกกรอบตัว สิ่งเร้าภายในได้แก่ สิ่งที่เกิดที่กระตุ้นหรือเร้าภายในตัวบุคคลให้เกิดพฤติกรรมรับรู้ เช่นความต้องการของร่างกายกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เรื่องอาหารและที่อยู่อาศัย ความตั้งใจกระตุ้นให้เกิดการรับรู้เรื่องการเรียนรู้ดีขึ้น ขณะที่อารมณ์กระตุ้นให้เกิดการรับรู้หนังสือที่อ่านมากขึ้น

2. การรู้สึกสัมผัส หมายถึง อาการที่อวัยวะรับสัมผัสแต่ละชนิด สัมผัสกับสิ่งเร้าเพื่อให้บุคคลรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว จากการศึกษาของนักจิตวิทยาพบว่า มนุษย์จะสามารถรับรู้สิ่งเร้าโดยผ่านทางตามากที่สุด รองลงมาคือการรับรู้ทางหู

3. การตีความ หรือการแปลความหมายจากการรู้สึกสัมผัสจากการทำงานของสมอง โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบรับรู้สัมผัสและนำมาตีความหรือแปลความหมาย ซึ่งจะถูกต้องมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 ลักษณะของสิ่งเร้า ได้แก่ ขนาด รูปร่าง สี ความแปลกใหม่

3.2 สภาพร่างกายของบุคคล ได้แก่ สุขภาพ ความเหนื่อยล้า ความผิดปกติของร่างกาย

3.3 สภาพจิตใจของบุคคล ได้แก่ ความตั้งใจ ความสนใจ สติปัญญา การคาดหวังและความอคติ

3.4 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ วัฒนธรรม ประเพณี สภาพทางเศรษฐกิจ

สรุปได้ว่า การรับรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องเป็นไปตามลำดับขั้นของกระบวนการดังนี้

1. สิ่งเร้ามากระทบอวัยวะรับความรู้สึก
2. กระแสประสาทที่รับความรู้สึกส่งไปยังระบบประสาทส่วนกลางซึ่งมีศูนย์กลางอยู่ที่สมอง

ที่สมอง

3. สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจโดยอาศัยประสบการณ์เดิม ความจำ บุคลิกภาพ ระดับสติปัญญาและองค์ประกอบอื่น ๆ

4. เกิดพฤติกรรมหรือการตอบสนอง

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้การรับรู้ตามความหมายของ บลูม (Bloom, 1972) มาเป็นกรอบแนวคิดโดยให้ความหมายของการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือการที่สตรีอายุ 35-60 ปี เกิดการรู้จักโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกันโรค มีความเต็มที่จะรับรู้รับฟังและให้ข้อคิดเห็น ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่และเลือกที่จะปฏิบัติตัว ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 2) ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 4) ด้านการตรวจหาละอองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ (วิภาพร มาพนสุข, 2543)

ปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของมนุษย์ ได้แก่

1. ลักษณะของผู้รับรู้ หมายถึงการที่บุคคลแต่ละคนเลือกที่จะรับรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งมากน้อย หรือรับรู้สิ่งใดก่อนหลัง ย่อมแตกต่างกันเนื่องจากปัจจัยทางสรีระ ทัศนคติ ความต้องการ ความตั้งใจ ประสบการณ์เดิมเป็นสำคัญ

2. ลักษณะของสิ่งเร้า หมายถึงสิ่งของต่างๆที่อยู่รอบตัวบุคคล ได้แก่ภาพโฆษณา เสียงเพลง

ลักษณะของผู้รับรู้

ลักษณะเฉพาะของบุคคลเป็นเหตุให้การรับรู้ของบุคคลมีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังนี้

1. ความพร้อมทางสรีระ เช่น บุคคลมีสายตาดีย่อมรับรู้ได้ดีกว่าบุคคลที่มีปัญหาทางสายตาซึ่งสามารถรับรู้และเรียนรู้ได้ดีกว่า การมีระบบรับฟังที่ดีย่อมได้เปรียบ

2. ประสบการณ์เดิม (Past Experience) เป็นความรู้เดิมที่เก็บอยู่ในระบบความจำในสมอง เมื่อพบสิ่งเร้าใหม่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความรู้เดิมบุคคลจะใช้ความรู้เดิมมาช่วยในการแปลความหมายสิ่งเหล่านั้น

3. ความตั้งใจ (Attention) และความสนใจ (Interest) ความตั้งใจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าที่มากหรือน้อยเกินไป ความสนใจและความตั้งใจของบุคคลย่อมเป็นตัวกำหนด

สิ่งที่บุคคลจะรับรู้ ไม่ว่าจะเป็นความสนใจที่เป็นนิสัยหรือเป็นไปตามสัญชาตญาณหรือ ความสนใจชั่วคราว

4. ความต้องการและความปรารถนา (Need and Desiration) เป็นความรู้สึกที่แอบแฝงอยู่ในใจ เมื่อบุคคลกำลังรับรู้สิ่งเร้าอย่างใดอย่างหนึ่ง เขาจะแปลความหมายของสิ่งเร้านั้นสอดคล้องกับความต้องการของเขา

5. สภาพอารมณ์ในขณะรับรู้ (Emotion) สภาพอารมณ์ของคนที่มีความคุ้นมัวกับที่มีอารมณ์แจ่มใสต่อการรับรู้เดียวกัน ย่อมแปลความหมายสิ่งเร้านั้นแตกต่างกันออกไป คนที่อารมณ์ไม่ดีย่อมมีโอกาสรับรู้ผิดพลาดได้มาก ซึ่งส่งผลให้เกิดการคิดและการตัดสินใจผิดพลาดไปด้วย

6. ความคาดหวัง (Expectancy) การคาดหวังที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเตรียมพร้อมจะรับรู้

7. สติปัญญา (Intelligence) การรับรู้ของบุคคลที่เฉลียวฉลาดย่อมจะเข้าใจสิ่งเร้าต่าง ๆ ได้เร็วกว่าคนที่ไม่ฉลาด

8. การคล้อยตามผู้อื่น (Conformity) การคล้อยตามผู้อื่นจะช่วยทำให้เกิดความมั่นใจและแน่ใจว่าสิ่งที่รับรู้ นั้นถูกต้อง แสดงให้เห็นว่าบุคคลมีแนวโน้มคล้อยตามพฤติกรรมของคนในสังคม

9. การให้คุณค่า (Value) การให้คุณค่าต่อสิ่งที่รับรู้ย่อมมีผลให้เกิดความแตกต่างในการรับรู้ เพราะบุคคลที่เห็นคุณค่าจะเพิ่มความสนใจ และความใส่ใจต่อการรับรู้ บุคคลแต่ละคนมักมีระดับของการเห็นคุณค่าในสิ่งต่าง ๆ แตกต่างกันไป และคุณค่าเป็นตัวกำหนดทัศนคติ คุณค่าจึงเป็นตัวกำหนดการรับรู้ บุคคลจะมีการรับรู้อย่างไรขึ้นอยู่กับระบบคุณค่าที่ยึดถือ ทั้งการรับรู้ทัศนคติ และคุณค่า ต่างก็เป็นผลของประสบการณ์ที่สะสมมา

ลักษณะของสิ่งเร้า

สิ่งเร้าที่มีลักษณะแตกต่างกันย่อมมีผลต่อการรับรู้หลายด้าน ได้แก่

1. ขนาดและความเข้มของสิ่งเร้า (Intensity and Magnitude) สิ่งเร้าที่มีขนาดใหญ่จะทำให้บุคคลรับรู้ก่อนสิ่งเร้าที่มีขนาดเล็ก นอกจากนี้ความเข้มของสิ่งเร้าเช่น สี เสียงดัง จะทำให้สามารถดึงความสนใจให้คนรับรู้ก่อน

2. ความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลง (Movement and Changing) สิ่งเร้าที่เคลื่อนไหวย่อมได้รับการสนใจที่จะได้รับรู้มากกว่าสิ่งเร้าที่นิ่งและสิ่งเร้าที่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงย่อมที่น่าสนใจมากกว่าสิ่งเร้าที่มีลักษณะเดิม ๆ

3. การทำซ้ำ ๆ (Repetition) สิ่งเร้าที่ปรากฏซ้ำ ๆ คนจะรับรู้ได้ดีกว่าเช่น การโฆษณาสินค้าซ้ำ ๆ จะช่วยให้คนรับรู้ รู้จักและจำสินค้านั้นได้

4. ลักษณะของสังคม ได้แก่ลักษณะความเป็นอยู่ลักษณะของวัฒนธรรม ประเพณี ค่านิยมของคนในสังคมเป็นเครื่องช่วยกระตุ้นการรับรู้ของบุคคล ทำให้คนแต่ละคนหรือกลุ่มคน

รับรู้สิ่งต่างๆแตกต่างกันออกไป

จะเห็นได้ว่าการรับรู้เป็นความรู้สึก ความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งการรับรู้ต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นความรู้สึกนึกคิดของสตรีต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จะเป็นการรับรู้ที่ดีหรือไม่ดีก็ได้ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของบุคคลนั้น ถ้ามีการรับรู้ที่ดีก็จะมีแนวโน้มให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและการตรวจคัดกรองจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้สตรีนำความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับมาเป็นแนวคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสม

งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

เรณู กาวิลละ (2537) ศึกษาความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25-60 ปี จำนวน 400 คน พบว่าสตรีร้อยละ 51.39 ไม่เคยรับการตรวจมะเร็ง โดยร้อยละ 44.62 ให้เหตุผลว่าคิดว่าตนเองไม่น่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก

เจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี จำนวน 193 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 37.30 ไม่เคยรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยร้อยละ 86.00 ให้เหตุผลว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย

นคร มุศินา (2541) ศึกษาการประเมินโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอต๋อยเต่า จังหวัดเชียงใหม่ จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 395 คน พบว่ามีผู้ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 81.01 ซึ่งในจำนวนผู้ที่ไม่มารับบริการร้อยละ 65.65 ให้เหตุผลคิดว่าตัวเองไม่น่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก

ปาจริย์ จันท์เพ็ง (2541) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านเกษตรกรในจังหวัดชุมพรและสุราษฎร์ธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีถึงร้อยละ 56.60 เหตุผลของการไม่มารับการตรวจ คือ คิดว่าตนเองไม่มีอาการผิดปกติสูงถึงร้อยละ 74.60

ประดัด ทองใส (2541) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วและทำงานในโรงงาน

อุตสาหกรรมในเขตปริมณฑลจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำ โดยมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง ร้อยละ 92.80

กุลธิดา กีฬาแปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกาป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรม ภาคเหนือ จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง เป็นแรงงานสตรีจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่าสตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องและไม่ถูกต้องใกล้เคียงกัน

จิรพันธ์ มงคลดี (2548) ศึกษาความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลสะทวง อำเภอมะเริ่ม จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มที่ไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษพบว่าสตรีที่ไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความเห็นว่าเป็นเพราะตนเองไม่มีอาการผิดปกติ ผู้หญิงมีโอกาสมะเร็งปากมดลูกน้อยมากหรือไม่เป็นเลย ไม่สนใจ ไม่มีเวลาไปตรวจเพราะต้องทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า ส่วนใหญ่มีผู้ศึกษาถึงการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับทฤษฎี ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลายประการ ได้แก่ อายุ ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่มีอาการผิดปกติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรูสึกนึกคิด โดยใช้ประสบการณ์กับความรู้เดิม ทำให้สตรีมีการรับรู้ไม่ถูกต้องและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ยังพบว่าระดับการรับรู้การป้องกันโรคของสตรีอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมกาป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่เหมาะสม

4. พฤติกรรมกาป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

พฤติกรรม หมายถึง สิ่งทีบุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสิ่งแวดล้อม ในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งทั้งภายในร่างกายที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ และภายนอกร่างกายที่สามารถสังเกตเห็นได้ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะต้องมีสาเหตุ อาจมีเพียงสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุก็ได้ รวมทั้งอาจทำให้เกิดพฤติกรรมเดียวกันหรือต่างกันได้ได้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550)

สำหรับ พฤติกรรมสุขภาพ ก็มีความหมายเช่นเดียวกับพฤติกรรมทั่ว ๆ ไป แต่มุ่งเน้นเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งมีผู้ให้คำนิยามไว้ดังนี้

คาสส์ และคอบ (Kasl & Cobb, 1996) ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรค แลจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้คือ

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Protective Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ได้แก่ การไปรับภูมิคุ้มกัน การตรวจทางพันธุกรรม และการสืบค้นหาโรค รวมทั้ง การป้องกันอุบัติเหตุ เช่นการรัดเข็มขัดนิรภัย การใส่หมวกกันน็อก การปฏิบัติตามกฎจราจรและ การป้องกันอุบัติเหตุขณะทำงาน

2. พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วย บุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การขอคำปรึกษา ความคิดเห็น คำแนะนำจากญาติพี่น้อง หรือ เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

3. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Sick-role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย

โกชแมน (Gochman, 1988, pp. 3) ได้ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ คือ คุณสมบัติหรือลักษณะต่าง ๆ ของบุคคล ซึ่งได้แก่ ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ ความรู้ บุคลิกภาพส่วนบุคคล รวมทั้งภาวะความรู้สึก อารมณ์ ลักษณะอุปนิสัย พฤติกรรม การแสดงออก การปฏิบัติและนิสัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี การฟื้นฟูสภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2537, หน้า 211) กล่าวว่า แนวคิดหลักของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นที่ยอมรับ คือ แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งภายนอก (Overt Behavior) และพฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือวัดได้ พฤติกรรมภายนอกได้แก่ การปฏิบัติซึ่งสามารถสังเกตและมองเห็นได้ ส่วนพฤติกรรมภายในนั้น มีความหมายกว้างมากกว่า ซึ่งได้แก่ องค์ประกอบทางจิตวิทยา (Psychological Factors) ต่าง ๆ ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา วัดได้ องค์ประกอบเหล่านั้น ได้แก่ ความเชื่อ ความคิดเห็น ความตระหนัก การรับรู้ แรงจูงใจ ค่านิยม ทศนคติ ความคาดหวังหรือเป้าหมาย

เพนเดอร์ (Pender, 1987) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพหมายถึง การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเพื่ดำรงภาวะสุขภาพและการแสดงศักยภาพของมนุษย์

องค์ประกอบของพฤติกรรม

องค์ประกอบของพฤติกรรมแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2536, หน้า 53)

1. ความรู้หรือพุทธิปัญญา เป็นความสามารถและทักษะทางด้านสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินค่า

2. ทักษะ ค่านิยมและพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ ประกอบด้วย การรับรู้ การตอบสนอง การสร้างคุณค่าหรือค่านิยม การจัดระเบียบของค่านิยม

3. การปฏิบัติหรือทักษะพิสัยเป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกายซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติและพฤติกรรมที่แสดงออก

สรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการแสดงออก หรือการกระทำของบุคคลที่กระทำด้วยความสมัครใจ ในภาวะที่บุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่เจ็บป่วย ทั้งที่สังเกตเห็นได้และไม่ได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี พฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อมุ่งยกระดับ 'ความเป็นอยู่ที่ดี' โดยส่วนรวม หรือมุ่งให้ครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี (Pender, 1987, pp. 4-5)

2. พฤติกรรมป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อมุ่งหวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น (Pender, 1987, pp. 4-5) หรือเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดการบาดเจ็บและความพิการ (Alonzo, 1993, pp. 1025)

การป้องกันโรค (Prevention)

ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

มานิต มานิตเจริญ (2537) ให้ความหมายการป้องกันโรคว่า เป็นภูมิคุ้มกันให้พ้นภัยอันตราย คุ้มครองรักษา กันหรือกีดกันไม่ให้ภัยมาแผ้วพาน กีดกัน หวงห้าม

อลอนโซ (Alonzo, 1993, pp. 1025) ให้ความหมายว่า การป้องกันโรคเป็นการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงหรือลดการเกิดโรค

กล่าวโดยสรุป การป้องกันโรค หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงขัดขวางไม่ให้เกิดอันตราย รวมทั้งกระบวนการเกิดโรค การบาดเจ็บและความพิการซึ่งการป้องกันโรคแต่ละโรคก็มีความแตกต่างกันตามแต่ละสาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคนั้น ๆ สำหรับการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งนั้น องค์การอนามัยโลก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547, หน้า 48) ดังนี้

1. Primary Prevention หมายถึง การป้องกันโรคมะเร็งในประชากรโดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่ก่อให้เกิดโรค

2. Secondary Prevention หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินการตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early Detection) หรือการออกไปทำการค้นหาโรคมะเร็งในประชากร (Screening)

3. Tertiary Prevention เป็นการรักษาผู้ป่วยมะเร็งตามวิธีการที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยาวตามสถานภาพของชีวิตต่อไป

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยมุ่งที่จะศึกษาพฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35-60 ปี ในระดับ Primary Prevention และ Secondary Prevention

พฤติกรรมป้องกันการโรคมะเร็งปากมดลูก

หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ หรือไม่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมุ่งระวังหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อพิจารณาาร่วมกันระดับการป้องกันโรค พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก จึงสามารถกระทำได้ใน 2 ระดับ (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, 2531, หน้า 63; จตุพล ศรีสมบูรณ์ และคณะ, 1995, หน้า 424-425) ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติเพื่อควบคุมหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1 การไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ไม่ควรสูบบุหรี่และควรหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ในสถานที่หรือบริเวณที่มีควันบุหรี่

1.2 การรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ ได้แก่

1.2.1 การรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศ โดยใช้น้ำกับสบู่อ่อน ๆ เป็นประจำ ไม่ควรใช้สบู่หอม เพราะจะทำให้เกิดการระคายเคือง หรือเกิดผื่นคันที่จะทำให้ติดเชื้อตามมา

1.2.2 การชำระล้างอวัยวะเพศ ควรล้างจากข้างหน้าไปข้างหลัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากทวารหนักมาสู่ช่องคลอด การขับอวัยวะเพศให้แห้งหลังจากล้างทำความสะอาด

1.2.3 งดการสวนล้างภายในช่องคลอดโดยการฉีดน้ำยาหรือน้ำเข้าไปในช่องคลอดเป็นประจำ งดการใช้มือล้วงเข้าไปล้างภายในช่องคลอด

1.2.4 เมื่อพบความผิดปกติ เช่น สิ่งที่ออกมาจากช่องคลอด ได้แก่ ตกขาวคัน หรือมูก หรือเลือด หรือหนอง ควรไปพบแพทย์เพื่อรับการตรวจรักษา และการสังเกตความผิดปกติของผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ได้แก่ ตุ่ม หรือ ผื่น หรือติ่งเนื้อ หรือแผล

1.3 การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โดย

1.3.1 การมีเพศสัมพันธ์เฉพาะคู่ของตนเท่านั้น งดการสำส่อนทางเพศ

1.3.2 หลีกเลี่ยงการแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย

1.3.3 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น หญิงหรือชายขายบริการ

1.3.4 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ ขณะที่สตรีหรือคู่่นอนกำลังอยู่ในภาวะติดเชื้อ หรือมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ ทวารหนัก และขณะที่ฝ่ายหญิงกำลังมีประจำเดือน

1.4 การไม่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานติดต่อกันเกิน 5 ปี

1.4.1 ไม่ควรรับประทาน ยาเม็ดคุมกำเนิด ชนิดที่ประกอบด้วย สอร์บอนเอสโตเจน ติดต่อกันกันเป็นระยะเวลานานเกิน 5 ปี ควรสลับด้วยจากคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ๆ ได้แก่ การฉีดยา คุมกำเนิด ห่วงอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย

1.5 การรับประทานอาหาร ประเภท วิตามินเอ หรือ เบต้าแคโรทีน วิตามินซี และโฟเลต หรือควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่เป็นประจำ

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ ควรตรวจหามะเร็งปากมดลูก เป็นประจำสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก 2 ระดับ คือ พฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการไม่สูบบุหรี่และการ หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 2) ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ 3) ด้าน การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การตรวจหา มะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพพ smear สามารถประเมินได้ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกจะเห็น ได้ว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นลักษณะด้านประชากรที่อาจส่งผลต่อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การคุมกำเนิด ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และมีบุตร ดังนี้

อายุ อายุเป็นองค์ประกอบหรือปัจจัยทางด้านลักษณะประชากรที่มีต่อพฤติกรรม ทั้งนี้เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคล มีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อดูแลตนเองทางด้านสุขภาพได้ดีกว่าวัยเด็ก (Orem, 1980) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประดับ ทองใส (2541) ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกัน

โรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมในเขตปริมณฑล นอกจากนี้ สมภพ อิทธิอาวัชกุล และวันเพ็ญ แก้วปาน (2548) ยังมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจ มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในอำเภอ อรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ (2545) ศึกษาความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในจังหวัดนครนายก พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยด้านประชากรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ในด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกัน (Rosenstock, 1974 อ้างถึงใน วิภาว ศิริสุข, 2534) จากการศึกษาของ คีเกลล์และคณะ (Kegeles, et al., 1965 อ้างถึงใน วราภรณ์ อ่ำช้าง, 2544) พบว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาที่ดี จะมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีกลุ่มอื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ แสงมณี อะโฮ (2535) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการมาตรวจเพื่อคัดหามะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มที่มาตรวจและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความแตกต่างกันในเรื่องระดับ การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของฮาร์แลน เบิร์นสไตน์และเคสเลอร์ (Harlan, Bernstein, & Kessler, 1991 อ้างถึงใน เจตนา ศรีใส, 2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้สตรีมารับการ ตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่มีการศึกษาน้อยกว่า 12 ปี มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษามากกว่า 12 ปี

สถานภาพสมรส จากการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดมะเร็งปากมดลูกพบว่า มะเร็งในระยะเริ่มแรกเป็นในผู้หญิงที่แต่งงานหรือมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย สตรีที่แต่งงาน มากกว่า 1 ครั้งจะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีทั่วไป (ธีระ ทองสง และคณะ, 2539) เช่นเดียวกับจากการศึกษาของ แสงมณี อะโฮ (2535) ศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยเกี่ยวกับการมาตรวจ เพื่อคัดหามะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มที่มาตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกมีสถานภาพสมรส ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การคุมกำเนิด การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ปากมดลูก สูงขึ้นตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมน โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์เท่ากับ 0.9, 1.3 และ 2.5 ถ้าใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดนานไม่เกิน 5 ปี นาน 5-9 ปี และนานกว่า 10 ปี ตามลำดับ (ธีระ ทองสง และคณะ, 2551, หน้า 390) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยควบคุม ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก เช่น การมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการเป็นโรค มะเร็ง พบว่าผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ด คุมกำเนิด 1.2 เท่า และเพิ่มขึ้น 1.5 เท่าในผู้ที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นเวลานานกว่า 5 ปี

(จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533) ซึ่งเจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าวิธีการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ สามารถติดต่อกันได้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2533, หน้า 17) และเชื้อที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกคือ เชื้อ Human Papilloma Virus หรือ HPV โดยมีอาการหนองในหรือมีอาการตกขาว ซึ่งอาจจะเป็นอาการที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกทำให้บุคคลเหล่านี้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีอาการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ วิจิตร ท้าวนิล (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-60 ปีในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแสง กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านการมีประวัติตกขาวผิดปกติมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การศึกษาของเจตนา ศรีใส (2540) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจหามะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน พบว่า อายุเมื่อสมรสครั้งแรก มีความสัมพันธ์กับการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวนีย์ สุขสถิต (2543) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการวางแผนครอบครัวในโรงพยาบาลตราด จังหวัดตราด พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลในด้านอายุแต่งงานมีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการมีบุตร สตรีที่มีจำนวนครั้งการตั้งครรภ์และการมีบุตรมาก มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกสูง เนื่องจากการคลอดบุตรจะทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลง มีการชอกช้ำ ฉีกขาดและมีการซ่อมแซม โดยเฉพาะเมื่อมีการคลอดบุตรหลายคนทำให้เซลล์มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ดังการศึกษาของ วิจิตร ท้าวนิล (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-60 ปีในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแสง กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ปัจจัยด้านจำนวนการตั้งครรภ์และการมีบุตรมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลกระทำพฤติกรรมปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลกระทำพฤติกรรม ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งในปัจจุบันนี้สภาพสังคม มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก

ความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ เทคโนโลยีทางการสื่อสาร ทำให้บุคคลมีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยผ่านทางสื่อมวลชนเช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์หรือได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านทางสื่อบุคคล เช่นการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อนบ้าน ทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยละทิ้งความเชื่อโชคลางเมื่อเผชิญกับปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่บุคคลมีอยู่ได้ (Royors & Shoemaker, 1977 อ้างถึงใน อุบล เลี้ยววาริน, 2538) ดังการศึกษาของ อำไพ สุภาภา (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงฐานะทางสังคมและความเป็นอยู่ของบุคคล ตลอดจนสถานะสุขภาพและการเจ็บป่วย มะเร็งปากมดลูกเป็นอีกโรคหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับรายได้หรือสถานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของคีเกลส์และคณะ (Kegeles, et al., 1965 อ้างถึงใน รามภรณ์ อ่ำช้าง, 2544) พบว่าสตรีกลุ่มที่มีรายได้สูงจะมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพร สุวรรณ์ชัย (2539) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหญิงที่สมรสแล้ว พบว่ารายได้มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงที่สมรสแล้ว เช่นเดียวกับ รัชณี ใจตรง (2545) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มอายุ 35-54 ปีที่สมรสแล้ว ในเขตตำบลตะเคียนเตี้ย อำเภอบางละมุง จังหวัดชลบุรี พบว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอในการใช้จ่ายของครอบครัว มีการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

งานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้

อำไพ สุภาภา (2541) ศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นแม่บ้านเกษตรกรจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า แม่บ้านเกษตรกรส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่พึงประสงค์ ในระดับปฐมภูมิร้อยละ 70.50 ในทุกด้าน และในระดับทุติยภูมิ คือการไม่ไปรับการตรวจหาเซลล์ผิดปกติของปากมดลูก ร้อยละ 93.00

พรณี ส่งสาย (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงอาชีพพิเศษในกรุงเทพมหานครจำนวน 250 คน ผลการวิจัยพบว่า หญิงอาชีพพิเศษส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ถูกต้อง ระดับปฐมภูมิ

มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่เรื่องการไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ การใช้นิ้วลิ้งล่างช่องคลอด และการใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด ส่วนในระดับพฤติกรรมมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องคือไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ

ปาจริย์ จันทรพิ้ง (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรในภาคใต้ตอนบน ผลการศึกษาพบว่า แม่บ้านเกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยการป้องกันระดับปฐมภูมิมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ การสังเกตความผิดปกติอวัยวะเพศของสามีก่อนการร่วมเพศและการล้างอวัยวะเพศร้อยละ 71, 63.50 และ 50.80 ตามลำดับ ส่วนการป้องกันระดับทุติยภูมิในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ร้อยละ 95.30

อรศรี สุวิมล(2544) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีอายุระหว่าง 25-60 ปี จำนวน 330 คน ผลการศึกษาพบว่า สตรีส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกที่ไม่พึงประสงค์ จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และคณะ (2545) ศึกษาความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงในจังหวัดนครนายก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่มารับบริการในโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่งและโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่ง จำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ มีวิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศที่ไม่ถูกต้อง การไม่หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ส่วนในระดับทุติยภูมิ มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ คือ การไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 91.40

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าสตรีส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่พึงประสงค์ ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะด้านการหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศ การใช้น้ำยาสวนล้างช่องคลอด การใช้นิ้วมือลิ้งเข้าไปล้างในช่องคลอด การสังเกตความผิดปกติอวัยวะเพศของสามีก่อนการร่วมเพศและการล้างอวัยวะเพศหลังมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์ คือการไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีผู้ศึกษาถวิต่าง ๆ และนำมาเพื่อส่งเสริมให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

งานวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้

นุชนารถ ชูเกียรติ (2539) ศึกษาการสร้างแรงจูงใจ ในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจ เซลล์มะเร็ง ปากมดลูกของสตรีชนบท อำเภอคำชะโนด จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรี ที่แต่งงานแล้วอายุ 25-60 ปีจำนวน 192 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 101 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 91 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ โดยประยุกต์หลักทฤษฎีการเรียนรู้มาเป็นแนวทางในการจัด โปรแกรมเน้นตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผลการทดลองพบว่า ภายหลัง การจัดโปรแกรมสุขภาพกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องมากกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดี ในการไปตรวจ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน สัดส่วนของผู้รับบริการตรวจมะเร็ง ปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกัน

อัญชลี จุติดำรงพันธ์ (2539) ศึกษาการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับ กระบวนการกลุ่มในการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ผลดีและมีความตั้งใจ ในการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประสาร วงศ์วัฒนดิถ (2540) ศึกษาการสื่อสารผ่านเครือข่ายสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยนำแนวคิดเครือข่าย สังคมมาใช้ในการดำเนินการตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงาน แล้วอายุระหว่าง 25-29 ปี จำนวน 111 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นกว่า ก่อนการทดลองและมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สัดส่วนของการไปรับ การตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและมีความแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ

พรทิพย์ โตทำโรง (2541) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 30-59 ปี จำนวน 140 คน ระยะเวลา การศึกษา 7 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพ การบรรยายประกอบสไลด์ การใช้ตัวแบบ การอภิปรายกลุ่ม แจกปฏิทินความรู้ และการจูงใจ การกระตุ้นเตือนจากบัตรนัดตรวจ

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค มะเร็งปากมดลูก และการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วนิดา ทางาม (2542) ศึกษาการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้วโดยกลุ่มเพื่อนสตรี อำเภอป่าแกว่ง จังหวัดศรีสะเกษ โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่แต่งงานแล้วอายุ 25-59 ปีที่ไม่เคยรับการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก จำนวน 160 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาในการศึกษา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ความตั้งใจที่จะตรวจสูงกว่าก่อนทดลอง แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเข้ารับบริการการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกร้อยละ 71.2

ศรายุทธ อินทวิทย์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อความรู้ ทักษะ และ ความตั้งใจ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันติสุข อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาถึงทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35-60 ปี จำนวน 45 คน ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลองสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับ โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มมีทัศนคติที่ดีต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรีอำเภอ ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35-60 ปี จำนวน 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 33 คน ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าภายหลัง การจัดกิจกรรมสตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ สูงกว่าก่อนการทดลองและแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนผู้รับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก กลุ่มทดลองและกลุ่ม เปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่า กลวิธีต่าง ๆ ที่นำมาเพื่อส่งเสริมการรับรู้และ สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค มะเร็งปากมดลูกได้นั้น สตรีจำเป็นต้องมี การเรียนรู้ควบคู่กันไปด้วย ซึ่งการเรียนแบบมีส่วนร่วม น่าจะเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะส่งเสริมให้สตรี

มีการเรียนรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคมาแต่เดิมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ทำให้เห็นคุณค่าของกันและกันผ่านกระบวนการกลุ่ม

5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL)

การจัดการเรียนการสอนในอดีต พบว่าการเรียนการสอนเน้นการสอนหนังสือมากกว่าที่จะเป็นการพัฒนาผู้เรียน มีการสื่อสารทางเดียวจากผู้สอน ผู้เรียนถูกกำหนดให้ปฏิบัติตามโดยไม่มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ จึงทำให้ผู้เรียนมีคุณสมบัติไม่กล้าแสดงออก ไม่มีความสามารถเชิงวิเคราะห์วิจารณ์ ปัจจุบันมีการปรับยุทธศาสตร์การเรียนการสอนเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของผู้เรียนและเน้นกระบวนการเรียนรู้ กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล มีการใช้กระบวนการกลุ่ม เรียกว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยหลักความรู้พื้นฐาน 2 อย่างคือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) และการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) กล่าวคือ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) เป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม มีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

- 1.1 เป็นการเรียนที่อาศัยประสบการณ์ผู้เรียน
- 1.2 ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า

Active Learning

- 1.3 มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 1.4 ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
- 1.5 มีการสื่อสารโดยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์และสังเคราะห์การเรียนรู้

2. การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) วิธีการที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในทุกองค์ประกอบ คือ กระบวนการกลุ่ม ซึ่งจะเอื้ออำนวยให้ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนและแบ่งปันประสบการณ์ ได้สะท้อนความคิด อภิปราย ได้สรุปความคิดรวบยอด ตลอดจนได้ทดลองหรือประยุกต์แนวคิด กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้บรรลุผลงานสูงสุด (วัฒนาพร ระงับทุกข์, 2542)

องค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมี 4 ประการ (ขงบุทท วงศ์กริมย์สานดี และคณะ, 2540) ดังนี้

1. ประสบการณ์ (Experience) โดยผู้สอนพยายามกระตุ้นให้ผู้เรียนนำประสบการณ์ของตนเองออกมาใช้ในการเรียนรู้ และสามารถแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองกับผู้อื่น ซึ่งการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ทำให้เกิดความรู้เพิ่มขึ้น

2. การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection and Discussion) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ผู้เรียนได้แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้สอนเป็นผู้กำหนดประเด็นการวิเคราะห์ วิจัย และผู้เรียนได้เรียนรู้ถึงความคิด ความรู้สึกของคนอื่นที่ต่างไป ช่วยให้เกิดความรู้ที่กว้างขวางขึ้น รวมทั้งการสะท้อนความคิดเห็นหรือการอภิปราย ทำให้ได้ข้อสรุปที่หลากหลาย

3. ความคิดรวบยอด (Concept) ผู้เรียนได้เรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาวิชาหรือเป็นการพัฒนา (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ด้านพุทธิพิสัย (Knowledge) อาจเกิดได้หลายทาง เช่น จากการบรรยายของผู้สอน การสะท้อนความคิดและอภิปรายของผู้เรียน โดยผู้สอนช่วยสรุป เป็น ความคิดรวบยอด ก่อให้เกิดความเข้าใจแก่ ผู้เรียนอย่างสูงสุด

4. การทดลองหรือการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/ Application) ผู้เรียนได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอดในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การสนทนา การสร้างคำขวัญ และเล่นบทบาทสมมติ เป็นต้น ซึ่งเป็นการแสดงถึงผลสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1 ถึง 3

ในการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงจำเป็นต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 4 องค์ประกอบ เนื่องจากทั้ง 4 องค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงกัน

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ หรือผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้อย่างสูงสุดใน 3 ด้าน คือด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546) คือ

1. พุทธิพิสัย (Knowledge) เป็นการพัฒนาต่อยอดความรู้เดิมหรือการให้องค์ความรู้ใหม่ ผู้เรียนจะผ่านขั้นตอนการเรียนรู้ คือ รู้ เข้าใจ สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้ง 4 องค์ประกอบที่กล่าวมาแล้ว

2. จิตพิสัย (Attitude) เป็นการปรับเปลี่ยนหรือเสริมสร้างให้ผู้เรียนมีความรู้สึก ความคิด ความเชื่อและมีเจตคติที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ถ้ามีเจตคติที่ดีแนวโน้มที่จะเกิดพฤติกรรมที่ดีย่อมเกิดขึ้นได้ไม่ยาก ซึ่งเกิดจากส่วนประกอบ 2 ขั้นตอนคือ

2.1 ขั้นสร้างความรู้สึกรู้สึก เป็นการกระตุ้น จูงใจหรือโน้มน้าวให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ความรู้สึกตามที่ผู้สอนต้องการเพื่อนำไปสู่การจัดระบบความคิด ความเชื่อและสร้างเจตคติหรือ

ปรับเปลี่ยนเจตคติให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ โดยมีกิจกรรมใน 2 ขั้นตอน คือ

2.1.1 กระตุ้นความรู้สึก โดยใช้สื่อต่าง ๆ หรือกิจกรรมให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึก
อย่างที่คุณสอนต้องการ

2.1.2 การเปิดเผยตนเอง เป็นการตั้งประสบการณ์ ความคิดเห็น หรือเจตคติของ
ผู้เรียนต่อสื่อที่คุณสอนนำเสนอ

2.2 ขั้นจัดระบบความคิดความเชื่อ อาศัยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม
สูงสุด ความคิดเห็นที่แตกต่างกันของสมาชิกในกลุ่มช่วยให้ระบบความคิดความเชื่อของผู้เรียน
เปลี่ยนแปลงไป โดยขั้นตอนการจัดกิจกรรมเพื่อจัดระบบความคิดความเชื่อคือ การสะท้อนความคิด
และอภิปรายเพื่อให้ผู้เรียนได้แสดงความรู้สึกและความคิดเห็นออกมาได้หลากหลายและมีส่วนร่วม
ได้ดี ในขั้นตอนนี้จะทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดรวบยอดในเนื้อหา ซึ่งผู้เรียนจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับ
ความคิดความเชื่อมากขึ้นหรือแตกต่างออกไปและขั้นตอนการทดลองหรือประยุกต์เพื่อให้ผู้เรียน
ได้ทดลองใช้ความคิดรวบยอด โดยมอบหมายการทำกิจกรรมโดยใช้ใบงานแก่ผู้เรียน

3. ทักษะพิสัย (Skill) เป็นความสามารถที่ไม่เคยมีมาก่อน แต่ได้เรียนรู้จนกระทั่งทำได้
อย่างชำนาญ ต้องอาศัยการสร้างให้เกิดความชัดเจน เห็นเป็นขั้นตอนที่ปฏิบัติง่ายและผู้เรียนมีโอกาส
ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์ใกล้เคียงซึ่งการสอนทักษะแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นรู้ข้อเท็จจริง มุ่งให้รับรู้ถึงทักษะนั้นสำคัญและฝึกฝนอย่างไร จากองค์ประกอบ
ด้านประสบการณ์ การสะท้อนความคิดหรือการอภิปราย และความคิดรวบยอด

3.2 ขั้นลงมือกระทำเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติจริงตามองค์ประกอบด้าน
ทดลองและประยุกต์แนวคิด

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ กระบวนการเรียนรู้ โดยเน้นผู้เรียนเป็น
ศูนย์กลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพหรือผู้เรียนมีการพัฒนาการ
เรียนรู้อย่างสูงสุดในประกอบด้วยหลักความรู้พื้นฐาน 2 ประการคือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์
(Experiential Learning) การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้
ผู้วิจัยมุ่งศึกษาและจัดกิจกรรมการเรียนรู้ครบ 4 องค์ประกอบของการเรียนรู้ คือ ประสบการณ์
(Experience) การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection and Discussion) ความคิดรวบยอด
(Concept) และการทดลองการประยุกต์แนวคิด (Experimentation/ Application) ครอบคลุมเนื้อหา
เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้และพฤติกรรม
การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ศึกษาวิจัยประยุกต์แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค สรุปได้ดังนี้

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่สมรสแล้วจำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามและ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจำนวน 3 ครั้ง ระยะเวลาในการศึกษา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สตรีที่ได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสตรีกลุ่มทดลองมีเจตคติและความตั้งใจในการรับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริกาญจน์ ลอยเมฆ (2548) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่มีต่อ ความรู้ เจตคติ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีจำนวน 32 คน เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะเวลาในการศึกษา 6 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองสตรีที่ได้รับ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีเจตคติต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับดี และมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในระดับดีมาก และมีเจตคติและความตั้งใจ ในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นที ลุ่มนอก (2551) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดฟรีสดี-โพสดี และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาในกลุ่ม คนงานเย็บจักรอุตสาหกรรม โรงงานผลิตเครื่องแต่งกายทหาร กรมพลธิการทหารบก ระยะเวลา ในการศึกษา 3 สัปดาห์ และวัดผลในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 4 หลังการวิจัย ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่ออาการปวดกล้ามเนื้อและการป้องกัน ทักษะการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และภายหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกัน อาการปวดกล้ามเนื้อด้านท่าทางการทำงานและด้านการบริหารร่างกาย เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กัญณิกา โคตรบรรเทา (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วย เบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลเชียงใหม่

ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีขึ้น ครอบครัวพฤติกรรมสนับสนุนดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้

พิสมัย มาภักดี (2551) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าการประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาการเรียนรู้และการรับรู้รวมทั้งทักษะจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้ความคิด อภิปรายและการเรียนรู้ซึ่งกันและกันจนเกิดความคิดรวบยอด สามารถเพิ่มพูนความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน โรคมาเร็งจากมดลูกได้ แต่การประยุกต์ดังกล่าวเป็นการเรียนรู้จากกลุ่มเป็นหลัก ซึ่งในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมได้นั้น จำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับตนเองควบคู่กันไปด้วย จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ต่อเนื่องต่อไป

6. การกำกับตนเอง (Self-regulation)

ความหมายของการกำกับตนเอง

การกำกับตนเองเป็นวิธีการหนึ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมเป้าหมายที่บุคคลต้องการด้วยตนเอง ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ได้มีผู้ให้ความหมายการกำกับตนเองไว้ ดังนี้

แบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวเกี่ยวกับการกำกับตนเองว่า พฤติกรรมของมนุษย์เรานั้น ไม่ได้เป็นผลพวงของการเสริมแรงและการลงโทษจากภายนอกเพียงอย่างเดียว หากแต่มนุษย์สามารถกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ด้วยผลกรรมที่เขาหามาเองเพื่อสำหรับตัวเขา ซึ่งความสามารถในการดำเนินการดังกล่าวนี้ เรียกว่า การกำกับตนเอง

ซุง และซิมเมอร์แมน (Schunk & Zimmerman, 1997) ให้ความหมายของการกำกับตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลตั้งเป้าหมาย บันทึกพฤติกรรมและคิดกลวิธีให้บรรลุเป้าหมายด้วยตนเอง โดยบุคคลเป็นผู้ควบคุมกระบวนการด้วยตนเอง

ซุง (Schunk, 2000) กล่าวว่า การกำกับตนเอง เป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติ และสนับสนุนต่อพฤติกรรม ความรู้ ความเข้าใจและอารมณ์ ความรู้สึกที่มุ่งไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ด้วยตนเองอย่างเป็นระบบ

กล่าวโดยสรุป การกำกับตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมดูแลตนเองในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเรียนรู้ปัญหาและวิธีการแก้ไขด้วยตนเองการกำกับตนเอง เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เกิดการคงอยู่ของพฤติกรรม ทั้งพฤติกรรมที่ไม่สามารถสังเกตเห็นได้ เช่น ความคิด ความรู้สึกต่างๆ และพฤติกรรมที่เห็นได้ การกำกับตนเองจะทำให้บุคคล มีความรู้สึก ตีกับตนเอง ไม่ว่าจะเป็นในแง่ทัศนคติต่อตัวเอง รู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง หรือความรู้สึกว่าตนเอง มีความสามารถเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง ซึ่งการกำกับตนเอง ไม่สามารถจะบรรลุได้ด้วยอำนาจทางจิต หากแต่จะต้องฝึกฝนและพัฒนาความตั้งใจและความปรารถนา ที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง แต่ก็ไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงด้วยขาดหนทางที่จะนำไปสู่ การเปลี่ยนแปลงนั้น บุคคลควรได้รับการฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 กระบวนการ (Bandura, 1986 อ้างถึงใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2550, หน้า 54) ดังนี้

1. กระบวนการสังเกตตนเอง (Self Observation)

บุคคลจะไม่มีอิทธิพลใด ๆ ต่อการกระทำของตนเอง ถ้าเขาไม่สนใจว่าเขากำลังทำอะไร อยู่ ดังนั้นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการกำกับตนเองคือ ต้องรู้ที่กำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จของ การกำกับตนเองนั้น ส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอและความแม่นยำของการสังเกต และบันทึกตนเอง ซึ่งกระบวนการสังเกตตนเองประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1.1 ด้านของการกระทำ ซึ่งผู้ที่สังเกตตนเอง ควรจะตัดสินใจว่า ควรจะสังเกตตนเอง ในมิติใดของการกระทำของตน ซึ่งมีมิติต่าง ๆ ของพฤติกรรมที่ควรพิจารณาทำการสังเกต ได้แก่ มิติ ด้านคุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความถี่ริเริ่ม ความสามารถในการเข้าสังคม ซึ่งการสังเกต ตนเองนั้นจะเป็นตัวให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีความเป็นไปได้ จริง และประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ การสังเกตตนเองจะทำให้บุคคล สามารถวินิจฉัยได้ว่าเงื่อนไขใด ควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้นจะนำไปสู่ บุคคลไปสู่ การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนแปลง

1.2 ด้านความสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะต้องสังเกตถึงความสม่ำเสมอที่จะต้องปฏิบัติ พฤติกรรมของตนเอง

1.3 ด้านความใกล้เคียง ผู้ป่วยจะต้องสังเกตถึงความใกล้เคียงของการปฏิบัติ พฤติกรรมของตนเอง

1.4 ด้านความถูกต้อง การที่สตรีจะสามารถป้องกันโรคเริมปากมดลูกได้นั้น จะต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าการสังเกตตนเองนั้นทำหน้าที่อย่างน้อยที่สุด 2 ประการ คือ เป็นตัวให้ข้อมูลที่ จำเป็นต่อการกำหนดมาตรฐานของการกระทำที่มีต่อความเป็นไปได้จริง และประเมินการ

เปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่กระทำอยู่ แต่การที่คนจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่มันยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การวินิจฉัยตนเอง ซึ่งมักจะพบว่าคนเราไม่ค่อยตระหนักกับสิ่งที่ตนเองกระทำเป็นนิสัย การสังเกตตนเองทำให้บุคคลสามารถวินิจฉัยได้ว่าเงื่อนไขใด ควรทำพฤติกรรมใด การวินิจฉัยตนเองนั้นจะนำให้บุคคลสามารถตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรจะเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่มันยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการจงใจตนเอง เนื่องจากพบว่าบางครั้งการจงใจตนเองก็จะนำไปสู่การเพิ่มของพฤติกรรม การลดพฤติกรรม หรือบางครั้งก็ไม่มีผลต่อพฤติกรรมที่สังเกตนั้นเลย ดังนั้นการจงใจตนเอง ก็น่าจะมีผลต่อพฤติกรรมด้วย ซึ่ง ริชาร์ดและเอ็ดเวิร์ด (Richard & Edward, 2000, pp.68) กล่าวว่าความตั้งใจของมนุษย์เกิดจากแรงจูงใจและบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นเหตุผลและมีความสำคัญต่อการเจริญงอกงามภายในของมนุษย์ ในการพัฒนาบุคลิกภาพและพฤติกรรมการกำกับตนเอง และสำหรับแบนดูรา (Bandura, 1986) กล่าวว่า การที่คนเราจะเกิดแรงจูงใจในตนเองนั้น น่าจะขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมอื่นๆ

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแรงจูงใจตนเอง

ช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมตนเอง แบนดูรา (Bandura, 1986) พบว่าถ้าช่วงเวลาระหว่างการเกิดพฤติกรรมและการบันทึกพฤติกรรมสั้น ก็ย่อมจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมได้ดีขึ้น การที่คนเราได้ให้ความสนใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำอย่างทันทีทันใด ทำให้เกิดความรู้สึกต่าง ๆ อาจเป็นความรู้สึกพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ก็จะส่งผลให้คนเรารู้สึกว่า ควรจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อตนเองหรือไม่ เช่น เมื่อสตรีทราบว่าการตรวจแพ็พเสมียร์เป็นการเฝ้าระวังและการป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูก ก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรม การตรวจแพ็พเสมียร์

การให้ข้อมูลย้อนกลับ

ข้อมูลที่ป้อนกลับนี้ได้จากการสังเกตตนเอง ซึ่งข้อมูลป้อนกลับที่จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น ควรจะเป็นข้อมูลที่มีความชัดเจนว่า พฤติกรรมเป้าหมายนั้นได้ก้าวหน้าไปถึงไหนแล้ว เพราะถ้าข้อมูลป้อนกลับนั้นมีความคลุมเครือก็ย่อมจะไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ระดับของแรงจูงใจ

คนที่มีความแรงจูงใจสูง มีแนวโน้มในการตั้งพฤติกรรมเป้าหมายด้วยตนเอง และประเมินความก้าวหน้าดังกล่าวได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดการสังเกตตนเอง และมีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมของบุคคลมากกว่าการที่บุคคลขาดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเอง

คุณค่าของพฤติกรรมที่สังเกต

ถ้าพฤติกรรมที่สังเกตนั้นมีคุณค่ามาก ก็จะทำให้ปฏิกิริยาตอบสนองสูง เมื่อได้เห็น

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเอง ก็จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นไม่มีคุณค่า บุคคลก็ย่อมจะไม่สนใจต่อการพัฒนาพฤติกรรมดังกล่าวมากนัก

การเน้นที่ความสำเร็จหรือความล้มเหลว

พฤติกรรมและการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองที่จะเปลี่ยนแปลง ถ้าการเปลี่ยนแปลงนั้นนำไปสู่การได้รับรางวัล การเน้นการสังเกตความสำเร็จของการแสดงพฤติกรรมจะทำให้เกิดการเพิ่มพฤติกรรมที่ปรารถนามากกว่าที่จะไปสังเกตความล้มเหลวของการแสดงพฤติกรรม

ระดับความสามารถในการควบคุม

พฤติกรรมที่สังเกตนั้นถ้าบุคคลรับรู้ว่ายู่ในความสามารถที่จะควบคุมได้ ก็จะมีโอกาส ที่จะเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่าพฤติกรรมที่บุคคลมีความรู้สึกว่าไม่สามารถจะควบคุมได้

2. กระบวนการตัดสินใจ (Judgment Process)

ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองนั้น จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนไม่มากนักถ้าปราศจากกระบวนการตัดสินใจ ถ้าข้อมูลดังกล่าวนั้นเป็นที่พึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ โดยอาศัยมาตรฐานของบุคคลที่ได้มาจากการถูกสอนโดยตรง การประเมิน ปฏิบัติตอบสนองทางสังคมคือพฤติกรรมนั้น ๆ และจากสังเกตตัวเอง ซึ่ง แนวคิดให้ความสำคัญอย่างมากต่อการถ่ายทอดมาตรฐาน จากกระบวนการของตัวแบบ

นอกจากการตัดสินใจที่ต้องอาศัยมาตรฐานส่วนบุคคลแล้ว ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจ คือ การเปรียบเทียบกับกลุ่มอ้างอิงทางสังคม ที่ประกอบด้วย การเปรียบเทียบกับบรรทัดฐานของสังคม การเปรียบเทียบทางสังคม เปรียบเทียบกับตนเอง และเปรียบเทียบกับกลุ่ม

กระบวนการตัดสินใจจะไม่ส่งผลใดๆต่อบุคคลเลย ถ้าพฤติกรรมที่ตัดสินใจนั้นยังไม่มีคุณค่าพอแก่ความสนใจของบุคคล แต่ถ้าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่า การประเมินตนเองก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทันที แต่อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะสนองตอบอย่างไรต่อกระบวนการตัดสินใจนั้น ย่อมขึ้นอยู่กับอารมณ์ความรู้สึกในการกระทำ บุคคลจะรู้สึกภูมิใจถ้าการประเมินความสำเร็จของการกระทำมาจากความสามารถและการกระทำของเขา แต่จะรู้สึกไม่พึงพอใจนักถ้าการกระทำนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction)

การพัฒนามาตรฐานในการประเมินและทักษะในการตัดสินใจนั้น จะนำไปสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจในการที่จํานำไปสู่ผลทางบวก ทั้งในแง่ของผลที่ได้เป็นสิ่งที่ต้องการ หรือในแง่ของความพึงพอใจในตนเอง ส่วนมาตรฐานภายในบุคคล จะทำหน้าที่เป็นตัวเกณฑ์ ที่ทำให้บุคคลลงระดับการแสดงออก อีกทั้งเป็นตัวจูงใจให้บุคคลกระทำพฤติกรรมไปสู่มาตรฐานดังกล่าวด้วย รายละเอียดของกระบวนการกำกับตนเองของเบคควราสามารถเขียนได้ดังภาพ

การสังเกตตนเอง (Self-observation) ด้านการกระทำ คุณภาพ อัตราความเร็ว ปริมาณ ความริเริ่ม ความสามารถ ในการเข้าสังคม จริยธรรม ความเบี่ยงเบน ความสม่ำเสมอ ความใกล้ชิด ความถูกต้อง	กระบวนการตัดสินใจ (Judgment-process) มาตรฐานส่วนบุคคล ทำหาย ชัดเจน ความใกล้ชิด ทั่ว ๆ ไป การกระทำเพื่ออ้างถึง บรรทัดฐานที่เป็น มาตรฐาน การเปรียบเทียบทางสังคม การเปรียบเทียบกับตนเอง การเปรียบเทียบกับกลุ่ม การให้คุณค่าของกิจกรรม ให้คุณค่าสูงมาก ให้คุณค่ากลาง ๆ ไม่ให้คุณค่า	การแสดงปฏิกิริยาต่อ ตนเอง (Self-reaction) การประเมินการแสดง ปฏิกิริยาต่อตนเอง ทางบวก ทางลบ การแสดงปฏิกิริยาต่อ ตนเองในลักษณะที่ รับรู้หรือจับต้องได้ การให้รางวัล การลงโทษ ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง
---	---	---

ภาพที่ 2-1 กระบวนการกำกับตนเอง (Bandura, 1986. อ้างถึงใน สมโภชน์ เกี่ยมสุภานิต, 2550, หน้า 55)

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

โจเซฟ (Joseph, 2003 อ้างถึงใน อนิสา อรรถศิริ, 2551) กล่าวถึงการกำหนดการตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) และการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นพื้นฐานของทฤษฎีปัญหาทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม รูปแบบการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอนาคต ต้องมีการบูรณาการ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพ การตัดสินใจ และการจัดการด้วยตนเอง การเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงจากการดูแลในระยะเฉียบพลันซึ่งมุ่งไปที่การรักษาด้วยยาโดยตรง จากนั้นควรมีการมุ่งเน้นไปที่รูปแบบการกำหนดการตัดสินใจด้วยตนเอง และการกำกับตนเองโดยวิธีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การประสานความร่วมมือ หรือรูปแบบ

การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นไปได้สำหรับผู้ป่วยในการค้นหาความรับผิดชอบของบุคคล การประสานความร่วมมือให้ทุกฝ่ายประสบความสำเร็จท่ามกลางความเท่าเทียมกันของเป้าหมายทางสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม และกล่าวถึงกลวิธีในการกำกับตนเองของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะต้องมีการแกะรอยพฤติกรรมตนเอง การเตือนตนเอง การประเมินการบันทึก การจูงใจ และการให้รางวัล กับความต้องการเทคโนโลยีทางสุขภาพ ซึ่งต้องมีปฏิริยาสัมพันธ์กันเพื่อให้เกิดพฤติกรรมทางบวก

แบรนดอน (Brandon, 2003) กล่าวว่า การกำกับตนเองสามารถประยุกต์ใช้ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่จะช่วยเหลือและขัดขวางความสามารถของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงตนเอง การกำกับตนเองได้นำไปสู่การกระทำหลายอย่าง เช่น การออกกำลังกาย

ลูก (Luke, 2005) กล่าวว่า การทดสอบการกำกับตนเองในการตั้งเป้าหมาย การติดตามผลด้วยตนเอง การใช้เป้าหมายในการกระตุ้น การสืบค้นข้อขัดแย้งในการสนับสนุนและส่งเสริม การประเมินตนเอง การดูแลผลลัพธ์ภายหลังด้วยตนเอง การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะสถานะชอบเขต และการล้มเหลวในการกำกับตนเองเหล่านี้เป็นการแสดงออกในการติดตามตนเองเป็นพื้นฐานในการกำกับตนเอง กลวิธีและวิธีการดำเนินงานของการติดตามตนเอง กระบวนการกำกับตนเองมีความซับซ้อน ทำให้เห็นถึงความสำคัญในความรู้เพื่อการบำบัดพฤติกรรมไม่ใช่เป็นเพียงปัจจัยเดียว แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กันในการกำกับตนเอง เพื่อทำให้เกิดผลสำเร็จหรือบางครั้งเกิดความล้มเหลว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง

แบนดูรา (Bandura, 1986 อ้างถึงใน พนิกา จันดา, 2551, หน้า 46) กล่าวว่า มีปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการกำกับตนเอง โดยสรุปได้ดังนี้

1. ประโยชน์ส่วนตัว เมื่อบุคคลมีพฤติกรรมกำกับตนเองแล้ว บุคคลจะได้รับประโยชน์โดยตรงต่อตนเอง บุคคลจะเชื่อมั่นต่อการกำกับตนเอง ทำให้กระบวนการกำกับตนเองคงอยู่ได้
2. รางวัลทางสังคม การที่บุคคลมีพฤติกรรมการกำกับตนเองแล้วบุคคลในสังคมให้การยกย่องชมเชย สรรเสริญให้เกียรติ ให้การยอมรับหรือให้รางวัล ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้กระบวนการกำกับตนเองของบุคคลคงอยู่ได้
3. การสนับสนุนจากต้นแบบ บุคคลที่มีมาตรฐานในการกำกับตนเอง หากบุคคลได้ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่บุคคลอื่นล้วนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องแล้ว บุคคลทั้งหลายเหล่านี้จะช่วยเป็นต้นแบบที่จะสนับสนุนซึ่งกันและกัน
4. ปฏิริยาทางลบจากผู้อื่น บุคคลที่พัฒนามาตรฐานในการกำกับตนเองขึ้นมาแล้ว หากภายหลังให้รางวัลตนเองต่อพฤติกรรมที่ต่ำกว่ามาตรฐาน ก็จะทำให้บุคคลในสังคมแสดง

พฤติกรรมทางลบต่อตัวเขา ซึ่งปฏิภานเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลย้อนกลับไปใช้มาตรฐานนั้นอีก

5. การสนับสนุนจากสภาพแวดล้อม บุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อม ซึ่งอดีตเคยส่งเสริมให้ตนกำกับตนเองด้วยมาตรฐานระดับหนึ่ง ย่อมมีโอกาสดำเนินการด้วยมาตรฐานนั้นอีก บุคคลเช่นนี้มีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่จะมีอิทธิพลให้ตนต้องลดมาตรฐานลงไป

6. การลงโทษตนเอง จะเป็นหนทางที่ช่วยให้บุคคลลดความไม่สบายใจ จากการกระทำผิดมาตรฐานของตนได้

การกำกับตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การกำกับตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นกระบวนการหรือการดำเนินการกำกับตนเอง เพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่จะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกำกับตนเองเป็นการกระทำบางอย่างเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเอง โดยต้องอาศัยการฝึกฝนและการพัฒนาความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งประกอบด้วยการฝึกฝน การสังเกตตนเอง การตัดสินใจ และการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งสตรีจะไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ถ้าขาดการกำกับตนเอง ขาดความตระหนัก ความกระตือรือร้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ถึงแม้จะมีปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการกำกับตนเองในพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ 4 ด้าน ได้แก่

1. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการ ไม่สูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึก และควบคุมตนเอง ด้านการไม่สูบบุหรี่หรือการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่
2. การกำกับตนเองในพฤติกรรมการรักษาความสะอาดและการสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึก ในด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการผิดปกติของอวัยวะเพศ
3. การกำกับตนเองในพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การปฏิบัติตนในการสังเกต บันทึก ในด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์
4. การกำกับตนเองในพฤติกรรม การไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูก หมายถึง การปฏิบัติตนในการบันทึก จัดตารางและควบคุมตนเองในด้านการไปรับการตรวจหามะเร็ง ปากมดลูก

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการกำกับตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แต่มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ดังนี้

ดวงกมล สุขวงศ์ตานนท์ (2545) ศึกษาประสิทธิผลของการกำกับตนเองในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอด สถานตรวจโรคปอดกรุงเทพ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อ ที่เข้าร่วมกิจกรรมสุขศึกษา มีการพัฒนาเจตคติต่อการรักษาวัณโรค และมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิตติมา บำรุงญาติ (2549) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้นวัตกรรมกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดน้ำหนักของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนกัลยาณวัตร จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรารณิ ลอยหา (2550) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม เพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลบ้านค้อ อำเภอมะนัง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กุสุมา สุริยา (2550) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวทางการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการลดน้ำหนัก สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกายลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พนิดา จันดา (2551) ศึกษาผลการใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่มร่วมกับการกำกับตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อนิสา อริญฺคิรี (2551) ศึกษาผลการกำกับตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการควบคุมเบาหวานและระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมโรคเบาหวานสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดแดงชนิดฮีโมโกลบินเอวันซี ต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่า การกำกับตนเองเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งต้องอาศัยการสังเกตตนเอง การติดตามพฤติกรรมของตนเองด้วยตนเอง มีการประเมินผล การบันทึก การเสริมแรงหรือการจูงใจตนเองซึ่งอาจเป็นการให้รางวัลทั้งสามรรถจับต้องได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งบุคคลจะต้องเห็นคุณค่าในการกระทำเหล่านั้นและตัดสินใจที่จะแสดงพฤติกรรมที่จะเกิดผลลัพธ์ทางบวก คือ การทำให้สุขภาพดี

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีมีการฝึกควบคุมความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจ และกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง โดยต้องมีความตั้งใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อควบคุมกำกับดูแลสุขภาพ และได้รับการฝึกฝนกลไกของการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการสังเกตตนเอง (Self observation) 2) กระบวนการตัดสินใจ (Judgement Process) 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) สามารถปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก ครอบคลุม ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ซึ่งการกำกับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกนั้น การกำกับตนเองอย่างเดียวยังไม่ได้ผลในสถานการณ์บางสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้สตรีเกิดกำลังใจ ในการกำกับตนเองได้ดีและอย่างต่อเนื่อง ควรจะมีการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกมาร่วมด้วย ซึ่งในการดำเนินชีวิตคู่ สตรีมิได้อยู่แต่เพียงลำพัง หากแต่สตรียังต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันแรกของบุคคล และเมื่อเจ็บป่วยบุคลากรทางสุขภาพก็จะเข้ามา มีบทบาทในการดูแลบรรเทาความเจ็บป่วยนั้น สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น พฤติกรรมบางอย่างจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและได้รับความร่วมมือจากสามี ความสัมพันธ์ระหว่างสามี ผู้ให้บริการสุขภาพกับสตรีย่อมเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การสนับสนุนทางสังคมในทั้ง 2 แหล่งจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้สตรีสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง

ปากมดลูกได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งน่าจะมีผลให้ลดอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ต่อไป

7. แรงสนับสนุนทางสังคม (Social support)

ความหมายเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมไว้หลายท่านดังนี้

คอบบ์ (Cobb, 1976, p. 300-314) กล่าวว่าแรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตนเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง ทำให้รู้สึกว่า ตัวเองเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายสังคมนั้นๆ

คาห์น (Kanh, 1979, p. 85) ให้คำจำกัดความของการสนับสนุนทางสังคม ว่าเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งจะทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นอย่างหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันในแง่ดี จากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่ง การยืนยันรับรองหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกผู้หนึ่ง การช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านการเงิน สิ่งของหรืออื่น ๆ

เฮาส์ (House, 1981 cited in Brown, 1986) ได้อธิบายการสนับสนุนทางสังคมไว้ว่า เป็นการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล การได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งก่อให้เกิดความรัก ความผูกพันในแง่ดี จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง เป็นการยอมรับหรือเห็นพ้องกับพฤติกรรมของอีกบุคคลหนึ่ง ตลอดจนการช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านสิ่งของ เงินหรืออื่นๆ

บาร์เรรา (Barrera, 1982, p. 70) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลป้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม

ฮับบาร์ด และคณะ (Hubbard et al., 1984) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในทางที่ดี ความรู้สึกผูกพันเป็นส่วนหนึ่ง เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ

ไวส์ (Weiss, 1974 อ้างถึงใน มธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2543, หน้า 35) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสนำเสนอประโยชน์ต่อผู้อื่น ความมั่นใจในควมมีคุณค่าแห่งตน การได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ

ฟิลิสุก (Pilisuk, 1982, p. 38) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางด้านอารมณ์เท่านั้น แต่รวมไปถึงการที่บุคคลรู้สึกตนเองได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมจะมีบทบาทในการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับบุคคล ที่จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี สามารถลดผลกระทบจากความเครียด ทำให้บุคคลมีความสามารถในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นและยังเป็นแหล่งข้อมูลย้อนกลับจากเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลประเมินการกระทำของตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้และมั่นใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป ส่งผลให้บุคคลนั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและเกิดความรู้สึกรับรู้คุณค่าในตนเองเกิดความสุขทางจิตใจ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นกระบวนการในการติดต่อสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งทางภาษาและไม่ใช้ภาษา เพื่อให้บุคคลเกิดการรับรู้และเชื่อมั่นว่าตนยังเป็นที่รักของผู้อื่นทั้งในครอบครัว สังคม การได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในความมีคุณค่าแห่งตน และการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังได้รับการส่งเสริมหรือเอื้ออำนวยให้เกิดสภาพแวดล้อม ที่เหมาะสมกับบุคคล สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แรงสนับสนุนทางสังคมตามความหมายของเฮาส์ (House, 1981) โดยให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม คือ การแสดงถึงปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างสมาชิกและภรรยาที่แสดงออกถึงความสนใจช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ ข้อมูล ข่าวสารหรือด้านอารมณ์ ซึ่งทำให้เกิดความผูกพัน เชื่อว่ามีคนรัก เอาใจใส่ และยกย่องมองเห็นคุณค่าว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ให้การสนับสนุนแก่ภรรยาตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้ความสนใจ เอาใจใส่เป็นห่วงใยในสุขภาพ ตลอดจนสนับสนุนในด้านข้อมูล คำแนะนำ และกระตุ้นเตือนให้สตรีปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกและการไปรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก

ประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม แบ่งออกเป็นหลายรูปแบบซึ่ง เฮาส์ (House, 1981) แบ่งรูปแบบของพฤติกรรมในการให้แรงสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 รูปแบบ คือ

1. แรงสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) หมายถึง การสนับสนุน โดยการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ ความรู้สึกเห็นอกเห็นใจและการตั้งใจฟัง

2. แรงสนับสนุนทางด้านการประเมิน (Appraisal support) หมายถึง การให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อนำไปประเมินตนเองและเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้การรับรอง ซึ่งจะทำให้ผู้รับเกิดความมั่นใจ นำไปเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่ร่วมในสังคม เช่น การให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง การให้การรับรอง หรือการยอมรับในสิ่งที่คนอื่นได้แสดงออกมา (Affirmation) ดักเตือน ให้คำปรึกษา (Advice)

3. แรงสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการใช้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การให้การสนับสนุนทางด้านของเครื่องมือ (Instrumental support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องแรงงาน เงิน เวลา อุปกรณ์ เครื่องมือและการรับสภาพแวดล้อม

ระดับของการให้แรงสนับสนุนทางสังคม

กอททีบ (Gottlieb, 1985, pp. 5-22) แบ่งระดับของการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับมหภาคหรือระดับกว้าง (Macro level) คือ การวัดโดยพิจารณาถึงการเข้าร่วมและการมีส่วนร่วมในสังคมโดยวัดจากลักษณะต่าง ๆ เช่น ความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกับกลุ่มต่าง ๆ ด้วยความสมัครใจ การดำเนินชีวิตแบบไม่เป็นทางการในสังคม

2. ระดับกลางหรือระดับกลุ่ม (Mezzo level) การวัดในระดับที่จำเพาะเจาะจงลงไปถึงกลุ่ม บุคคลที่มีการติดต่ออยู่เสมอ เช่น กลุ่มเพื่อนที่ใกล้ชิด

3. ระดับจุลภาคหรือระดับเล็ก (Micro level) การวัดที่พิจารณาถึงความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุด เพราะเชื่อว่าสิ่งที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคมมาจากการให้การสนับสนุนทางอารมณ์อย่างลึกซึ้ง ซึ่งผู้ให้การสนับสนุนจะมีเพียงบางคนเท่านั้นที่ทำได้ เช่น สามี ภรรยา หรือคนรัก

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แรงสนับสนุนระดับ Micro level เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมตามประเภทการสนับสนุนของเฮาส์ (House, 1981) ด้านการให้ความหวังใจ การกระตุ้นเตือน การให้คำปรึกษา และการให้ข่าวสาร ซึ่งใช้แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวคือ สามี ซึ่งการใช้แรงสนับสนุนจากคู่สมรสในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการสนับสนุนกระตุ้นเตือนโดยผู้วิจัย น่าจะสามารถสนับสนุน ส่งเสริม ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ กระตุ้นเตือนให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองโดยการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

งานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาเกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

รกีพร ประกอบทรัพย์ (2541) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมจากสามี การสนับสนุนทางสังคมจากการดูแลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผลการวิจัย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนจากสามีโดยรวม อยู่ในระดับดี และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากสามี สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นได้ร้อยละ 19.67

ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) ศึกษาผลการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอหาดูพนม จังหวัดนครพนม ระยะเวลาในการศึกษา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า สัดส่วนของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กัญณิกา ใจศุภบรรเทา (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ความรู้และพฤติกรรมสนับสนุนของครอบครัว โรงพยาบาลเชียงคาน ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ดีขึ้น ครอบครัวมีพฤติกรรมสนับสนุนดีขึ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมโรคได้

พิสมัย มงกัถ์ (2551) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ต่อ ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จิระภา มหาวงค์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับแรงสนับสนุนจากสามี ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในหญิงที่เป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จะเห็นได้ว่าการศึกษากับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการสนับสนุนทางสังคมโดยสามียังมีน้อย ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมส่งเสริมให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย

มุ่งศึกษาให้ครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิ และระดับทุติยภูมิ ซึ่งคาดว่าจะการได้รับแรงสนับสนุนจากสามี น่าจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นได้ว่าโรคมะเร็งปากมดลูกยังเป็นปัญหาสุขภาพของสตรีและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ นอกจากจะมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นแล้วยังพบว่าอัตราการตายมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี สาเหตุส่วนใหญ่มาจากสตรียังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคและไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ยังไม่มีอาการ ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่ไปตรวจหลายประการ ได้แก่ อายุ ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่มีการฝึกปฏิบัติ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความรูสึกนึกคิด โดยใช้ประสบการณ์กับความรูสึก ทำให้สตรีมีการรับรู้ไม่ถูกต้องและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรค และพบว่า ระดับการรับรู้การป้องกันโรคของสตรีอยู่ในระดับต่ำ ส่งผลให้สตรีมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกที่ไม่เหมาะสม ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันระดับปฐมภูมิพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การไม่หลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่ วิธีการทำความสะอาดอวัยวะเพศไม่ถูกต้อง การใช้ยาสวนล้างช่องคลอด การใช้นิ้วมือล้วงเข้าไปล้างในช่องคลอด พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ไม่ถูกต้อง และในระดับทุติยภูมิไม่พึงประสงค์นั้นพบว่ายังมีสตรีที่ไม่ไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งได้มีผู้ศึกษาถวียต่าง ๆ และนำมาเพื่อส่งเสริมให้สตรีมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนใหญ่นั้นเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การให้ความรู้และส่งเสริมให้สตรีการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก แต่กิจกรรมและวิธีการส่งเสริมการรับรู้และสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อย สำหรับอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ก็เช่นเดียวกัน ได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาค่าการที่สตรี ไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก หนึ่งด้วยวิธีการให้ศึกษาแก่สตรีกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการดำเนินงานยังไม่ประสบความสำเร็จ เนื่องจากการให้ศึกษาดังกล่าว เน้นให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเท่านั้น แต่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงด้านความรูสึกนึกคิดที่มีต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งยังไม่สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับการให้สตรีมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งหวังเพื่อให้สตรีเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ตามแนวคิดของ บลูม (Bloom, 1972) ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสนใจ ความรูสึก นึกคิด ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรม โดยมุ่งให้สตรีรู้จักโรคมะเร็งปากมดลูกและแนวทางการป้องกันโรค มีความเต็มที่จะรับรู้รับฟังและให้ข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยความเต็มใจ เอาใจใส่และเลือกที่จะปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการไม่สูบบุหรี่และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ 2) ด้านการรักษาความสะอาดและสังเกตอาการ

ผิดปกติของอวัยวะเพศ 3) ด้านการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 4) ด้านการตรวจหามะเร็งปากมดลูก และกลวิธีหนึ่งที่จะส่งเสริมการรับรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องคือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่นที่มีประสบการณ์เดียวกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ซึ่งทำให้ทุกคนมีโอกาสเท่าเทียมกันในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ เห็นคุณค่าของกันและกัน ผ่านกระบวนการกลุ่ม จึงทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้น มีกระบวนการสะท้อนคิดและการอภิปราย นำไปสู่การสรุปความคิดรวบยอดและการประยุกต์แนวคิดสู่การปฏิบัติ อย่างไรก็ตามการนำแนวคิดนี้ประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกยังมีน้อยส่วนใหญ่เป็นส่งเสริมให้สตรีไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งการนำแนวคิดนี้ไปประยุกต์ใช้สามารถเพิ่มความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ แต่การประยุกต์ใช้ดังกล่าวเป็นการเรียนรู้จากกลุ่มเป็นหลัก ซึ่งในการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสมได้นั้น จำเป็นจะต้องมีการควบคุมกำกับตนเองควบคู่กันไปด้วย จึงจะทำให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งการกำกับตนเองนั้นเป็นการฝึกควบคุมความคิด ความรู้สึก การตัดสินใจและกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ของตนเอง โดยต้องมีความตั้งใจในการที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อควบคุมกำกับดูแลสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่การกำกับตนเองอย่างเดียวอาจไม่ได้ผลในบางสถานการณ์ ดังนั้น สิ่งที่สำคัญที่จะช่วยสนับสนุน ให้สตรีเกิดกำลังใจในการกำกับตนเองได้ดีและต่อเนื่อง ควรจะมีการสนับสนุนทางสังคมจากภายนอกด้วย ซึ่งในการดำเนินชีวิตคู่ สตรีมิได้อยู่แต่เพียงลำพัง หากแต่สตรียังต้องมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะครอบครัว และเมื่อเจ็บป่วยบุคลากรทางสุขภาพก็จะเข้ามามีบทบาทในการดูแลบรรเทาความเจ็บป่วยนั้น สำหรับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น พฤติกรรมบางอย่าง จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนและได้รับความร่วมมือจากสามี ความสัมพันธ์ระหว่างสามี ผู้ให้บริการสุขภาพกับสตรีย่อมเกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การสนับสนุนทางสังคมในทั้ง 2 แหล่ง จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้สตรีสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเองและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการสร้างโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกับการกำกับตนเอง เพื่อส่งเสริมการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีในอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก ทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิ ซึ่งคาดว่าผลการวิจัยครั้งนี้ จะได้กลวิธีที่จะช่วยเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลชุมชน ในการนำไปใช้ปฏิบัติการพยาบาลด้านการส่งเสริมและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีวัย 35-60 ปี ให้เป็นไปตามเป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพในการป้องกันและลดอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อ ต่อไป