

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามี
และความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี*
Effects of Changing Belief Program on Belief and Intention of
having Cervical Cancer Screening among Women*

จันทร์นิภา เกตตรา,** พย.ม.
จินตนา วัชรสินธุ์,*** Ph.D
วรรณ เดียววิเศษ,*** Ph.D

Channipar Paetra,** M.N.S.
Chintana Wacharasin,*** Ph.D
Wanee Deoisres,*** Ph.D

บทคัดย่อ

การศึกษาที่ทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 35-60 ปี และสามี ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 ครอบครัว แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อนและหลังได้รับโปรแกรม สถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และการทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่าสตรีและสามีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามีสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสตรีกลุ่ม

ที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ มีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 จากผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี และปรับเปลี่ยนความตั้งใจของสตรีไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกได้ พยายามที่รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถนำการปรับเปลี่ยนความเชื่อมาใช้กับสตรีและสามีเพื่อให้สตรีไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

คำสำคัญ : โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ความเชื่อและความตั้งใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจแพพสเมียร์

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of Changing Belief program on women and husbands for changing the belief and intention of having cervical cancer screening. The sample consisted

* วิทยาลัยพยาบาล เลขา ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

of 40 married women and husbands living in Wangnamyen District, Srakaew province. The samples were selected by cluster sampling of the villages and random sampling for experimental group and control group. Twenty married women and husbands of the control group received regular care and the other 20 women and husbands of the experimental group received the Changing Belief program. The measurements included belief in cervical cancer screening and intention of having cervical cancer screening. The statistics used for data analysis were percentage, mean, standard deviation, and independent t-test.

The results revealed that women and husbands in the experimental group had significant higher mean score of the belief in cervical cancer screening than those in the control group ($p < .05$). The women in experimental group had significant higher mean score of the intention of having the cervical cancer screening than those in control group ($p < .05$). This finding suggested that Changing Belief program could change the belief and intention of married women and husbands for having cervical cancer screening. Nurse who is responsible for cervical cancer screening could apply Changing Belief program in order to change the belief of cervical cancer screening and have cervical cancer screening for women.

Key words : Changing belief program, belief and intention of cervical cancer screening, pap smear

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคมะเร็งที่พบเป็นอันดับหนึ่งในสตรีไทย ผู้ป่วยรายใหม่ประมาณปีละ 6,300 ราย พบมากที่สุดระหว่างอายุ 45-50 ปี ระยะที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะลุกลาม มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ประมาณร้อยละ 60 คาดประมาณว่ามีผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยเก่าที่ต้องติดตามทำการดูแลรักษาอยู่ไม่น้อยกว่า 60,000 รายทั่วประเทศ และพบว่า เป็นชนิดสแควมัสเซลล์ซาร์โคมา (Squamous Cell Carcinoma) ร้อยละ 80-86 และเป็นชนิดอะดีโนซาร์โคมา (Adenocarcinoma) ร้อยละ 12-19 ของโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2548) มะเร็งปากมดลูกเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บทบาทของสตรีในฐานะภรรยา มารดา หรือบุตรต้องเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมในวงกว้าง เพื่อลดผลกระทบดังกล่าว สตรีควรตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อช่วยการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก และการพบพยาธิสภาพนำก่อนที่จะเป็นมะเร็ง จะช่วยให้สตรีได้รับการรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้เร็วขึ้น และสามารถรักษาให้หายขาดได้ (สมเกียรติศรีสุพรรณดิฐ และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2542)

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและถูกต้องสูง คือวิธีแพพสมียร์ (Pap Smear) ซึ่งเป็นการตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก มีความเชื่อมั่นมากกว่าร้อยละ 90 (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) จึงใช้เป็นวิธีการหลักในการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จากการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยพบว่าสตรีที่มีอายุ 35 ถึง 59 ปี ทั่วประเทศไทย ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกเพียงร้อยละ 28.93 ไม่ทราบว่าตนเองได้รับการตรวจหรือไม่ร้อยละ 1.47 และไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงถึงร้อยละ 69.60 (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ปัญหาและอุปสรรคสำคัญที่ทำให้สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การขาดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คิดว่าการตรวจเป็นสิ่งที่น่าอาย ร้อยละ 86 คิดว่าการใส่เครื่องมือตรวจทำให้เกิดความเจ็บปวด ร้อยละ 65.30 (เจตนา ศรีใส, 2540) และกลัวเครื่องมือตรวจ (สวรส เสนาสุณย์, 2546) นอกจากนี้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการตรวจหามะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนของสามีและความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (เรณู กาวิลละ, 2537 ; รัชนิพร เจ็งสืบสันต์, 2543 ; วราภรณ์ อ่ำช้าง, 2544 ; รุจิรา ดวงสงค์, 2547, สุภาพร รังษีสุวรรณ, 2539) ส่วนจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) พบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความเชื่อ และมีความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

จังหวัดสระแก้วเป็นจังหวัดหนึ่งที่ตั้งดำเนินโครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดเป้าหมายให้สตรีอายุ 35-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสมียร์ ร้อยละ 60 และสตรีที่ตรวจแล้วพบสิ่งผิดปกติและเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมร้อยละ 100 ซึ่งจังหวัดสระแก้วได้ดำเนินการโดยการให้สุศึกษาประชาสัมพันธ์และจัดให้มีบริการตรวจคัดกรองอย่างทั่วถึงทั้งที่สถานีอนามัย หน่วยบริการเคลื่อนที่ และโรงพยาบาลทุกแห่ง แต่จากการรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว พบว่าสถิติการมารับบริการการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ 35-60 ปี ในระหว่างเดือนตุลาคม 2548 ถึง เดือนกันยายน 2549 มีเพียงร้อยละ 30.51 และอำเภอวังน้ำเย็นมีเพียงร้อยละ 30.54 เท่านั้น ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายมาก จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานด้วยการรณรงค์ให้สุศึกษาแก่สตรีในชุมชน ยังไม่พอที่โครงการจะบรรลุเป้าหมายได้ เนื่องจากทำให้สุศึกษาเน้นให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ซึ่งไม่อาจเปลี่ยนแปลงความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ อีกทั้งยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของสตรี ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายขาดการกระตุ้นสนับสนุนให้ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จากข้อมูลดังกล่าวข้างบนทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามีเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและการให้สามีเข้ามามีส่วนร่วม จะส่งเสริมให้สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยการประยุกต์รูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Belief Model : IBM) (Wright & Bell, 2009) ซึ่งเป็นรูปแบบการสนทนาระหว่างผู้วิจัย สตรีและสามี โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามีเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งความเชื่อที่ชัดเจนและส่งเสริมการไปรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสมียร์ ซึ่งจะส่งผลให้สามีสนับสนุนและคอยกระตุ้นภรรยาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมคือสตรีตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพพสมียร์ ผลของการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้สตรีมีความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกและมีความตั้งใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างสตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับสตรีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อจะมีผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

2. สามีที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อจะมีผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสามีกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

3. สตรีที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อจะมีผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 35-60 ปี ที่แต่งงานแล้ว โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย และอาศัยอยู่ในอำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว จำนวน 40 คู่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2551

นิยามศัพท์เฉพาะ

สตรีและสามี หมายถึง คู่ภรรยาและสามี ที่ภรรยามีอายุ 35-60 ปี ซึ่งแต่งงานและยังอยู่ร่วมกัน โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย

ความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของสตรีและสามี ที่มั่นใจว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่ง ที่ควรปฏิบัติ ซึ่งวัดโดยแนววัดความเชื่อต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยดัดแปลงจาก จูพาร์ตัน สุวรรณเมฆ (2546)

ความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความคิดที่จะไปรับการตรวจหาความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วยวิธี แพพสเมียร์ ประเมินโดยการวัดความตั้งใจและความไม่ตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ หมายถึง การจัดการกระทำกิจกรรมการพยาบาลโดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model : IBM) (Wright & Bell, 2009) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนากับบัด ประกอบด้วย การสร้างบริบทการเปลี่ยนแปลง การค้นหา เปิดเผย แยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิด และ 4) สรุปผลการสนทนา

การดูแลตามรูปแบบปกติ หมายถึง กิจกรรมการให้ความรู้และส่งเสริมให้สตรีไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้านนั้นๆ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการปรับเปลี่ยนความเชื่อและความตั้งใจ การตรวจมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยทฤษฎีระบบ

ครอบครัว (Family system theory) (Friedman, Bowden, & Jones, 2003) และรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วย (Illness Belief model : IBM) (Wright & Bell, 2009) ระบบครอบครัวประกอบด้วยหลายระบบย่อย เช่น ระบบย่อยภรรยา-สามี พ่อ-แม่ พี่-น้อง ที่มีปฏิสัมพันธ์กันทั้งภายในระบบย่อยของครอบครัวและกับระบบใหญ่ภายนอก เช่น เพื่อนบ้าน ชุมชน เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวไม่ว่าส่วนใดจะมีผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อส่วนอื่นของครอบครัวด้วย เช่น การเจ็บป่วยของสมาชิกครอบครัวมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นในครอบครัวและกระทบครอบครัวทั้งระบบ การที่ครอบครัวจะปรับตัวอย่างไร จัดการกับการเจ็บป่วยอย่างไร หรือเผชิญกับการเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นอยู่กับความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัว บริบทครอบครัว และการส่งเสริมสนับสนุนของสมาชิกครอบครัว สำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่ปฏิบัติตามในการสร้างเสริมสุขภาพก็เป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อเช่นเดียวกัน เมื่อบุคคลและครอบครัวมีความเชื่อที่ส่งเสริมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ก็จะช่วยให้คนในครอบครัวปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งในการศึกษานี้คือตั้งใจไปรับการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในทางตรงกันข้ามบุคคลหรือครอบครัวที่มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็จะมีผลให้บุคคลไม่ปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่นไม่ตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จะส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงตามมา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อให้กับสตรี และสามีน่าจะมีผลทำให้ครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และสามีจะสนับสนุนให้ภรรยามีความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อความเชื่อของสตรีและสามีและความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามี และเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระลอกก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ที่ศึกษาเป็นสตรีและสามี ที่สตรีมีอายุ 35-60 ปี ซึ่งแต่งงานและยังอยู่ร่วมกันโดยไม่คำนึงถึงสถานภาพสมรสทางกฎหมาย และอาศัยอยู่ในเขต ตำบลวังน้ำเย็น อำเภอลำลูกเกด จังหวัดสระแก้ว กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นสตรีและสามี ที่สตรีมีอายุ 35-60 ปี ซึ่งแต่งงานและยังอยู่ร่วมกัน โดยที่ภรรยาไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือตรวจไม่สม่ำเสมอในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา เป็นผู้ที่ยังไม่ตั้งใจ หรือไม่แน่ใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งสตรีและสามีมีความสามารถในการรับรู้และสื่อความหมายเข้าใจ ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น สุ่มพื้นที่ที่สตรีมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเป้าหมายของตำบลวังน้ำเย็น ซึ่งอยู่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมี 2 ขั้นตอนดังนี้

1. เลือกหมู่บ้านในตำบลวังน้ำเย็นมา 6 หมู่บ้าน จากทั้งหมด 19 หมู่บ้าน ซึ่งเป็นการสุ่มแบบกลุ่ม แล้ว

แบ่งเป็นหมู่บ้านกลุ่มทดลอง 3 หมู่บ้าน และกลุ่มควบคุม 3 หมู่บ้านโดยเลือกหมู่บ้านกลุ่มทดลองที่อยู่ในโซนเดียวกันและห่างกับหมู่บ้านกลุ่มควบคุมประมาณ 3 กิโลเมตร เพื่อลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบและแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Contaminated effect)

2. เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากบัญชีรายชื่อของสตรีและสามีที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดจากหมู่บ้านที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้ได้กลุ่มละ 20 ครอบครัว ถ้ามีครอบครัวปฏิเสธให้สุ่มหยิบจากบัญชีรายชื่อที่สำรวจไว้เพิ่มจนครบจำนวนตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความเชื่อและความตั้งใจการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งทั้งโปรแกรมและแบบสอบถามทั้งหมดได้ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง และได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

1. โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ เป็นกิจกรรมการพยาบาลครอบครัวขั้นสูงซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำราและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์รูปแบบความเชื่อความเจ็บป่วย (Illness Belief Model : IBM) (Wright & Bell, 2009) ซึ่งมี 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การสนทนานำบัดประกอบด้วย การสร้างบริบท การค้นหา เปิดเผยและแยกแยะความเชื่อ การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรค ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลง 3) การสะท้อนคิด 4) สรุปผลการสนทนา

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร สังคมและเศรษฐกิจ เช่น อายุ การศึกษา ลักษณะครอบครัว อาชีพ รายได้ เป็นต้น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเหตุผลที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. แบบสอบถามความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบวัดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกของ จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวกจำนวน 8 ข้อ และข้อคำถามทางลบจำนวน 12 ข้อ โดยใช้แบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนระดับของความรู้สึกดังนี้คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, ไม่เห็นด้วย = 2, เห็นด้วย = 3 และ เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 4 มีค่า CVI = .90 ความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 (Cronbach's Alpha Coefficient = .75) คะแนนของแบบสอบถามความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน ซึ่งคะแนนที่มาก หมายถึง การมีความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าคะแนนที่น้อย

4. แบบสอบถามความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกคำตอบเพียงคำตอบเดียว ถ้าตอบว่าตั้งใจ จะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบว่าไม่ตั้งใจหรือไม่แน่ใจจะได้ 0 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ต่อมาทำการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้

กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยจะสอบถามความสนใจของสตรีและสามีในการเข้าร่วมโครงการวิจัย อธิบายการเข้าร่วม วัตถุประสงค์โครงการ พร้อมทั้งให้สตรีและสามีเขียนใบพิทักษ์สิทธิ์ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการทดลอง ซึ่งขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยพบสตรีและสามีกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่ศาลากลางบ้านในชุมชน ให้สตรีตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี และให้สามีตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล และความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และนัดกลุ่มควบคุมเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ซึ่งเว้นระยะห่างจากครั้งที่ 1 เป็นเวลา 1 สัปดาห์ และให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความเชื่อและความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดิม

กลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบสตรีและสามีกลุ่มทดลองครั้งแรกที่ศาลากลางบ้านในชุมชน ให้สตรีตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี และให้สามีตอบแบบสอบถามด้านข้อมูลส่วนบุคคล และความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แล้วเริ่มดำเนินกิจกรรมโปรแกรมดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสตรีและสามี เพื่อให้สตรีและสามีเกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ เริ่มโดยทักทายด้วยท่าทางเป็นมิตร แนะนำตัวเองกับสตรีและสามี ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และจำนวนครั้งของการสนทนา และบทบาทของผู้วิจัย สตรีและสามี

2. ดำเนินการสนทนาบำบัดประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอนดังนี้

- 2.1 สร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ประกอบด้วยคำถามหนึ่งคำถาม (one question question) ที่สตรีและสามีต้องการคำตอบจากการสนทนาครั้งนี้ เป็นคำถามที่ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจปัญหาหรือความต้องการของสตรีและสามี ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกี่ยวกับความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามีและความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

- 2.2 การค้นหา เปิดเผย และแยกแยะความเชื่อโดยกระตุ้นให้สตรีและสามีได้เล่าความเชื่อเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแพพสเมียร์ และความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

- 2.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการกระตุ้นให้สตรีและสามีคิดแยกแยะความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความกลัวการตรวจด้วยวิธีแพพสเมียร์ และผลของการปฏิบัติตามความเชื่อเหล่านั้น การชื่นชมจุดแข็งของครอบครัว การพูดแทนในสิ่งที่สตรีและสามีไม่สามารถพูดได้ การแยกแยะความไม่สอดคล้องกันระหว่างความเชื่อกับพฤติกรรม การใช้ภาพเป็นสื่อและการเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.4 ส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยการให้คำถามให้สตรีและสามีสำรวจการเปลี่ยนแปลง เชื่อเชิญให้สตรีและสามีสังเกตการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความเชื่อและพฤติกรรมของสตรีและสามี การสำรวจผลของการเปลี่ยนแปลง ให้อธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น การสนับสนุนให้คงไว้ซึ่งความเชื่อและการปฏิบัติที่เหมาะสมต่อไป และชื่นชมการปรับเปลี่ยนความเชื่อของสตรีและสามี

3. การสะท้อนคิด กระตุ้นให้สตรีและสามีสรุปผลการสนทนากับบัด การปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามี และความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี

4. สรุปผลการสนทนากับบัด ให้สตรีและสามีสรุปกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อไปที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดสตรีและสามี พบกันครั้งที่ 2 ซึ่งเว้นระยะห่างเป็นเวลา 1 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมเช่นเดียวกับสัปดาห์ที่ 1 เป็นการสนทนาที่เน้นประเด็นปัญหาที่เพิ่มเติมจากสัปดาห์ที่ 1 การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี การเปลี่ยนแปลงความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เกิดขึ้นหลังจากการพบกันครั้งที่แล้ว การปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการส่งเสริมความเชื่อที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีนั้นอย่างต่อเนื่อง สรุปสิ่งที่เกิดขึ้นจากการพบกับสตรีและสามีทั้ง 2 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้สตรีและสามีสะท้อนกิดการสนทนา และดำเนินการประเมินความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและสามี และความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีตามแบบประเมินชุดเดิม และปิดสัมพันธภาพ ผู้วิจัยกล่าวคำขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนน

ความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีและสามีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

3. เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อและสตรีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ โดยใช้การทดสอบค่าทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

1. สตรีในกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ระหว่าง 55-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 35 รองลงมามีอายุระหว่าง 45-49 ปี ร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 40-44 ปี มากที่สุดร้อยละ 40 รองลงมา มีอายุระหว่าง 35-39 ปี ร้อยละ 35 ทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมมากที่สุดร้อยละ 65 ส่วนกลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างมากที่สุดร้อยละ 45 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 70 และ 60 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจหามะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 90 และ 70 ตามลำดับ เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ไม่คิดว่าตนเองมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ รู้สึกอายที่จะเปิดเผยอวัยวะสืบพันธุ์ต่อผู้อื่นมีร้อยละ 20 และ 35 ตามลำดับ

2. สามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 35-59 ปี ส่วนมากจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80 และ 75 ตามลำดับ กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ส่วนใหญ่กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 65 สามีในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้เหตุผลว่าการที่ภรรยาไม่มารับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติใดๆ และไม่คิดว่าตนเองมีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งสอดคล้องกับเหตุผลของสตรีที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้สามีของสตรีกลุ่มควบคุมยังให้เหตุผลว่าไม่สามารถหาเวลาไปรับการตรวจได้ ร้อยละ 35

3. เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อกับสตรีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 58.98 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.49 และหลังการทดลอง เท่ากับ 67.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.57 ค่าผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกของสตรี เท่ากับ 8.7 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.23 ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง เท่ากับ 60.64 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.54 หลังการทดลอง เท่ากับ 61.20 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.24 ค่าเฉลี่ยผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เท่ากับ 0.56 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.09 เมื่อนำผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบ *t*-test พบว่าผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.742, p < .001$) นั่นคือ สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าความเชื่อของสตรีกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{D}	SD	t	df	p-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD					
กลุ่มทดลอง	20	58.95	4.49	67.65	4.57	8.70	6.23	3.742*	38	.001
กลุ่มควบคุม	20	60.64	6.54	61.20	5.24	0.56	7.09			

* $p < .05$

4. เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อกับสามีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 58.80 ($SD. = 4.57$) หลังการทดลอง เท่ากับ 66.20 ($SD. = 5.25$) ค่าผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามี เท่ากับ 7.4 ($SD. = 5.53$) ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองค่า

เฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีเท่ากับ 58.85 ($SD. = 5.76$) หลังการทดลอง เท่ากับ 58.45 ($SD. = 5.14$) ค่าผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อเท่ากับ -0.04 ($SD. = 6.20$) เมื่อนำผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบ *t*-test พบว่า มีผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.195, p < .001$) นั่นคือ สามีของสตรีกลุ่มได้รับโปรแกรมการ

ปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความเชื่อการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกสูงกว่าความเชื่อของสามีของสตรี

กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความเชื่อต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามีในระยะก่อนและ
หลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{D}	SD	t	df	p-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD					
กลุ่มทดลอง	20	58.80	4.57	66.20	5.25	7.40	5.53	4.195*	38	.001
กลุ่มควบคุม	20	58.85	5.76	58.45	5.14	-0.40	6.20			

* p < .05

5. เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความ
ตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีในระยะก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่ม
ทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ
กับสตรีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ
ปกติ พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในกลุ่ม
ทดลอง ก่อนการทดลองเท่ากับ 0.35 (SD. = 0.49)
หลังการทดลอง เท่ากับ 1.00 (SD. = 0.00) ค่าผล
ต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เท่ากับ 0.65
(SD. = 0.49) ส่วนกลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยคะแนน
ความตั้งใจการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกของสตรีก่อนการทดลองเท่ากับ 0.65 (SD. =

0.49) หลังการทดลอง เท่ากับ 0.80 (SD. = 0.41) ค่า
ผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เท่ากับ 0.15 (SD.
= 0.37) เมื่อนำผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการ
ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไปทดสอบ t-test
พบว่า มีผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับ
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง
สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 ($t = 3.66$, $p < .001$) นั่นคือสตรีกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความตั้งใจการ
ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรี
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยคะแนนความตั้งใจการไปรับการไปรับตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน
ระยะก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		\bar{D}	SD	t	df	p-value
		\bar{X}	SD	\bar{X}	SD					
กลุ่มทดลอง	20	.35	.49	1.00	.00	.65	.49	3.66*	38	.001
กลุ่มควบคุม	20	.65	.49	.80	.41	.15	.37			

* p < .05

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. สตรีกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมีความตั้งใจสูงกว่าสตรีกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ อาจอธิบายได้ว่า การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับสตรีและสามี กิจกรรมการสนทนาบำบัด และการสะท้อนคิดที่จัดขึ้นตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ นั้นสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อและความตั้งใจการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เนื่องจากความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับสตรีและสามี โดยเฉพาะการที่ผู้วิจัยตั้งใจฟังความคิดความเชื่อของสตรีและสามีและติดตามสิ่งที่สตรีและสามีพูด ไม่ตัดสินความรู้สึกความเชื่อของสตรีและสามี ช่วยให้สตรีและสามีเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ความภาคภูมิใจ รู้สึกมีคุณค่า และเกิดพลังใจ เพราะการได้สื่อสารความคิด อาจเกิดการสะท้อนคิด จึงเกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น และอาจพบวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ (กนกนุช ชื่นเลิศสกุล, 2542) การเชื่อเชิญให้สตรีได้เล่าเรื่องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อที่มีผลต่อการไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ และการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ซึ่งช่วยให้สตรีและสามีเข้าใจบริบทและศักยภาพของครอบครัวมากขึ้น (McLeod & Wright, 2001) การเข้าใจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับวิธีการตรวจและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ช่วยลดความกลัวการตรวจแพพสเมียร์ มีผลให้สตรีตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้คำชื่นชมสตรีเป็นการชี้จุดแข็งและนำมาเป็นจุดเด่นของสตรีที่ไม่สามารถหาเวลาไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแต่มีความตั้งใจในการรับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก การชื่นชมช่วยให้สตรีรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นการเพิ่มความมั่นใจในการตัดสินใจของสตรีทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นความเชื่อที่ควรทำต่อไป เป็นการช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการเปลี่ยนแปลง (Houger, Limacher, & Wright, 2003) การใช้ “คำถามเดียว” (one question question) ที่สตรีและสามีต้องการคำตอบจากการสนทนาบำบัดเป็นการทำให้สตรีสะท้อนคิดถึงเหตุผลที่ไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากและเห็นโอกาสและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างแท้จริง นอกจากนี้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกรณีศึกษาสตรีที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและพบความผิดปกติเซลล์มะเร็งในระยะแรกเริ่มสามารถรักษาให้หายขาดได้ ช่วยเปิดโอกาสให้สตรีรับความคิดใหม่ๆ มองเห็นการป้องกันก่อนเกิดระยะลุกลาม ซึ่งไม่เคยมีความคิดเช่นนั้นมาก่อน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงง่ยขึ้นกว่าเดิม รวมถึงกระตุ้นให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้วย (จินตนา วัชรสินธุ์, 2550 ; อุทุมพร ตรีภคสมบัติ, 2545 ; Wright, Watson, & Bell, 1996)

สำหรับสตรีที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเปิดโอกาสให้สตรีซักถามพูดคุยบ้างแต่ไม่มีการสนทนาบำบัดที่ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างสตรีกับผู้วิจัย เกิดความไว้วางใจต่อกัน จึงทำให้สตรีไม่คิดที่จะไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากเหตุผลที่กล่าวมาแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของการสนทนาที่จัดขึ้นตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อและการได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ สตรีกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมจึงปรับเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ

เปลี่ยนความตั้งใจไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. สามีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อมีความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสามีกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ อาจอธิบายได้ว่าการสนทนากับนักที่จัดขึ้นตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ โดยการสร้างสัมพันธภาพ การพูดชื่นชม การเล่าเรื่องราว ความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสามี การถามคำถามที่กระตุ้นการคิดเกี่ยวกับบริบทของครอบครัวและศักยภาพของสตรีและสามี ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับสตรีและสามีเท่าๆ กันเพราะสมาชิกครอบครัวแต่ละคนมีความสัมพันธ์กัน มีความรัก ความผูกพันกัน และมีส่วนร่วมในการสร้างบริบทเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงภายในครอบครัว (จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจันทรา, และธิดารัตน์ สุวรรณ, 2547 ; Wright, & Beth, 1996 ; อุษาพร ตรีศรมบัติ, 2545 ;) การเชื่อเชิญให้สามีได้เล่นเกี่ยวกับความเชื่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของภรรยา ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและยอมรับความเป็นผู้มีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาของครอบครัว และเสนอข้อเท็จจริงที่เป็นประโยชน์และเหมาะสม ช่วยให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับครอบครัว (Tapp, 2000, 2001) การเชื่อเชิญให้สามีถามหนังสือคำถามที่ต้องการคำตอบจากการสนทนา บำบัด เช่น สามีถามว่า “ภรรยาไม่มีอาการอะไร ทำไมต้องตรวจมะเร็งปากมดลูก” ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจความเชื่อของสามีที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของภรรยา การให้คำชื่นชมสามีที่ต้องการให้ภรรยาไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสนทนาด้วยการชื่นชมช่วยให้สามีรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและนำมาเป็นจุดเด่น เพื่อช่วยให้สามีปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคและการคงไว้ซึ่งความเชื่อที่ส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ

ที่สำคัญคือการที่สามีได้เข้าร่วมโปรแกรมด้วยทำให้สามีเข้าใจความรู้สึกความเชื่อของภรรยาต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การป้องกัน วิธีการตรวจและประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามีช่วยกระตุ้นและสนับสนุนให้กำลังใจภรรยาในการดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นแรงเสริมที่สำคัญให้ภรรยาตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และอาจพหุภรรยา ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (Wright, 2005) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในครอบครัวสามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีระบบครอบครัวที่ประกอบด้วยระบบย่อยของสามีและภรรยาที่มีใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เมื่อมีสามีเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ หรือเปลี่ยนความเชื่อเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ก็จะเล่าภรรยาและสนับสนุนให้ภรรยากระทำด้วย สำหรับสามีที่ภรรยาได้รับการดูแลตามรูปแบบปกติ เป็นการให้ข้อมูลการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามีไม่มีโอกาสซักถามข้อสงสัย ไม่มีการสนทนากับนักที่จะเพิ่มความไว้วางใจระหว่างสามีกับบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้ไม่เกิดการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่จะสนับสนุนให้ภรรยาไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

1. พยายามผู้รับผิดชอบงานอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย ควรทำความเข้าใจโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อนี้ และนำไปใช้กับกลุ่มสตรีและสามีที่มีความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้หลักการสนทนาบำบัด การสร้างสัมพันธภาพ การพูดชื่นชม การเล่าเรื่องราว ช่วยเหลือสตรี-สามี และพยายามมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เกิดความไว้วางใจ โดยที่พยายามจะต้องรับฟังอย่างตั้งใจเกี่ยวกับเรื่องราว

ความคิดเห็น ความเชื่อของสตรีและสามีเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่ตัดสิ้นความคิด ความเชื่อของสตรีและสามี จะช่วยให้สตรีและสามีสามารถเปิดเผยความเชื่อและสะท้อนคิด ซึ่งจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการตรวจและการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างไรก็ตามพยาบาลที่จะประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ต้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อจนเกิดความมั่นใจ ก่อนที่จะลงมือปฏิบัติจริง

2. ผู้บริหารทางการแพทย์ควรสนับสนุนการประยุกต์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อ ไปใช้ปรับเปลี่ยนความเชื่อในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และกำหนดเป็นนโยบายเพื่อส่งเสริมให้สตรีที่ไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป มาเข้าโปรแกรมนี้เพื่อเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3. ควรศึกษาวิจัยโดยประยุกต์โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อนี้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ของครอบครัวโดยเน้นให้สมาชิกครอบครัวเข้าร่วมโปรแกรมพร้อมกันเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เข้าใจบริบทครอบครัว และสมาชิกครอบครัวจะกระตุ้นสนับสนุนซึ่งกันและกัน และอาจทดลองดำเนินกิจกรรมสนับสนุนบำบัดแบบกลุ่มครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

กานกนุช ชื่นเลิศสกุล. (2542). เคล็ดลับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 1 (2), 297-311.

กระทรวงสาธารณสุข. (2545). ผลการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยระดับจังหวัดครั้งที่ 3 พ.ศ. 2544. July 2, 2002, from http://203.157.10.4/healthSurvey/04c_ShowData.php

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ. (2546). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจตคติและความตั้งใจในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เจดนา ศรีโส. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีโรงพยาบาลน่านจังหวัดน่าน*. การค้นคว้าอิสระสาขารัฐศาสตร์มหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎีการพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี. ชลบุรีการพิมพ์ :

จินตนา วัชรสินธุ์, พิสมัย หอมจำปา และ ชิดรัตน์ สุวรรณ. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องปัญหาความต้องการศักยภาพและรูปแบบในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในระดับครอบครัวในเขตจังหวัดระยอง*. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา.

รุจิรา ดวงสงค์. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อหญิงเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

รัชนิพร เจิงสืบสันต์. (2543). *ความรู้และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในผู้รับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เรณู กาวีละ. (2537). *ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าดอง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วารารณ อ่ำช้าง. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปาก*

มดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงาน ในสำนักงานปลัด
กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ
แห่งชาติ. (2548). *การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี
pap smear*. กรุงเทพฯ : บริษัทสยามออฟเซ็ทจำกัด

สมเด็จพระติ ศรีสุพรรณดิฐ และณัฐพงศ์ อิศรางกูร
ณ อยุธยา. (2542). *การตรวจคัดกรองและการวินิจฉัย
ในระยะเริ่มแรก*. ใน วสันต์ สีนะสมิต และ สมเด็จพระติ
ศรีสุพรรณดิฐ (บรรณาธิการ), *มะเร็งนรีเวชวิทยา* (หน้า
181-199). กรุงเทพฯ : โฮลิสติก แพบลิชชิ่ง.

สวรรส เสนาศูนย์. (2546). *ปัจจัยที่มีผลต่อ
การตัดสินใจเข้ารับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกใน
โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก
จังหวัดชลบุรี : กรณีศึกษาเฉพาะเขต อำเภอเมือง
ชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหา
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. (2550).
สรุปรายงานประจำปี พ.ศ. 2549. สระแก้ว : สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังน้ำเย็น. (2550).
ข้อมูลประชากร. สระแก้ว : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วังน้ำเย็น.

สุภาพร รังษีสวรรณ. (2539). *ความรู้ความเชื่อ
ด้านสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นการกระทำ และปัจจัยทาง
วัฒนธรรมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ
ผู้หญิงที่อาศัยอยู่ในชนบท ตำบลนาโสน อำเภอกุศุม
จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อุทุมพร ตรังคสมบัติ. (2545). *จิตบำบัดและ
การให้คำปรึกษาครอบครัว*. กรุงเทพฯ : ชันด้าการ
พิมพ์.

Friedman, M.M., Bowden, V.R., & Jones,
E.G. (2003). *Family nursing: Research, theory,
and practice*. (5th ed.). New Jersey : Upper Saddle
River.

Houger Limacher, L., & Wright, L.M.
(2003). Commendations : Listening to the si-
lent side of a family intervention. *Journal of
Family Nursing*, 9(2), 130-135.

McLeod, D.L., & Wright, L.M. (2001).
Conversations of spirituality : Spirituality in
family systems nursing Making the case
with four clinical vignettes. *Journal of Family
Nursing*, 7(4), 391-415.

Tapp, D. M. (2000). Therapeutic con-
versations that count. *Canadian Nurse*, 96(6),
29-32.

Tapp, D. M. (2000). The Ethics of
Relational Stance in Family Nursing : Resisting
the view of "Nurse as Expert" *Journal of
Family Nursing*, 6(1), 69-91.

Tapp, D. M. (2001). Conserving the
vitality of suffering : Addressing family
constraints to illness conversations. *Nursing
Inquiry*, 8(4), 254.

Wright, L. M. (2005). *Spirituality,
suffering, and illness : Ideas for healing*.
Philadelphia : F. A. Davis.

Wright, L. M., & Bell, J.M. (2009).
Beliefs and illness : A model for healing.
Calgary, Alberta, Canada : 4th Floor Press.