

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก และเป็นสาเหตุการตายร้อยละ 13 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ.2020 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง ประมาณ 11 ล้านคน ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 9 ล้านคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) เมื่อเปรียบเทียบอุบัติการณ์ในการเกิดโรคมะเร็งในปี ค.ศ.1981 และปี ค.ศ.2015 พบว่า ในประเทศที่พัฒนาแล้ว จะมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มจาก 4 ล้านคน เป็น 5 ล้านคน ประเทศกำลังพัฒนาผู้ป่วยใหม่จะเพิ่มจาก 5 ล้านคนเป็น 10 ล้านคน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2548) จะเห็นว่าโรคมะเร็งเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย พบว่าสาเหตุการตายด้วยโรคมะเร็งในปี พ.ศ.2548 มีจำนวน 45,759 ราย รองลงมาคือ อุบัติเหตุและโรคหัวใจ (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โรคมะเร็งที่พบมากที่สุดของสตรีไทยและเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก รองลงมาคือมะเร็งเต้านม และมะเร็งตับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547) พบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-50 ปี จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการตายต่อแสนประชากรด้วยมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น จากปี พ.ศ.2542 ถึงปี พ.ศ.2546 มีจำนวน 672 871 1,081 1,258 และ 1,636 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2547)

โรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง การรักษาต้องใช้เวลาและเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก รวมทั้งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้บทบาทของสตรี เช่น บทบาทการเป็นภรรยา บทบาทการเป็นมารดา หรือบทบาทการเป็นบุตรต้องเปลี่ยนแปลงไป (จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ, 2546) นอกจากนี้มะเร็งปากมดลูกยังก่อให้เกิดความเสียหาย ต่อทรัพย์สิน ทั้งของตัวผู้ป่วย ครอบครัว ตลอดจนเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ แต่ก็สามารถรักษาให้หายขาดได้ หากให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยโรคมะเร็งระยะเริ่มแรก (Early Detection) การพบพยาธิสภาพนำก่อนที่จะเป็นมะเร็ง (Pre-cancerous) จะช่วยให้สตรีได้รับการรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกได้เร็วขึ้น ซึ่งสามารถรักษาให้หายขาดได้ (สมเกียรติ ศรีสุวรรณดิฐ และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2542)

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดแนวนโยบายเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (2550-

2554) โดยกำหนดมาตรการในการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกด้วยการให้บริการตรวจคัดกรองโดยมีเป้าหมายร้อยละ 60 ของสตรีที่มีอายุ 35 40 45 50 55 และ 60 ปี ต้องได้รับข่าวสารและได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละ 1 ครั้ง ถ้าภายหลังการตรวจพบว่าผลปกติติดต่อกัน 3 ปี ค่อยไปให้ตรวจอย่างน้อยทุก 3 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2548) พบว่าการดำเนินงานป้องกันมะเร็งปากมดลูก ที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร พบว่า การตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรียังอยู่ในอัตราต่ำ จากสถิติการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีทั่วประเทศในปี 2546 พบอัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 5.78 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2546)

จังหวัดตราด เป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออก โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขและเป็นสาเหตุการป่วย การตายที่สำคัญของประชาชน จากการศึกษาสาเหตุการตายที่สำคัญ 5 อันดับแรก ด้วยโรคไม่ติดต่อ ปี 2549 ของจังหวัดตราด พบว่า โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญเป็นอันดับ 2 รองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และมีแนวโน้มของอัตราการตาย สูงขึ้นจาก 2.29 ต่อแสนประชากร ในปี 2547 เป็น 1.84 และ 3.65 ต่อแสนประชากรในปี 2548 และ ในปี 2549 จากการดำเนินการรณรงค์ตรวจหาและมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก ในกลุ่มสตรีอายุ 35-60 ปี ของจังหวัดตราด ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (2545-2549) โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2547 ถึงปี 2549 พบว่ามีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมีความครอบคลุม ร้อยละ 42.56 ในปี 2547 ร้อยละ 42.03 และร้อยละ 50.39 ในปี 2548 และปี 2549 ตามลำดับ แม้ว่าอัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูกจะมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ก็ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ร้อยละ 60 ของสตรีอายุ 35-60 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี รองลงมาคือ อายุ 40-49 ปี และอายุ 50-59 ปี ตาม ลำดับ แสดงให้เห็นว่าพบมากอย่างชัดเจนในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปและเริ่มพบน้อยลงหลังอายุ 59 ปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2549) ดังนั้นกลุ่มสตรีที่มีอายุ ระหว่าง 35-60 ปี จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ควรส่งเสริมให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ในระยะเริ่มแรกเพื่อรักษาให้หายขาดได้ทันเวลาที่ และป้องกันไม่ให้เข้าสู่ระยะลุกลาม

อำเภอเมืองตราด ได้ดำเนินการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูก มีอัตราความครอบคลุมเพียงร้อยละ 38.02 ในปี 2549 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด, 2550) ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด กิจกรรมในการดำเนินงานตรวจหาและมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองตราด ที่ผ่านมานั้น ในแต่ละสถานีนอมนำดำเนินการเหมือนกันคือ จัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร ให้สุศึกษา ประชาสัมพันธ์ สํารวจสตรีกลุ่มเป้าหมาย และเจ้าหน้าที่สถานีนอมนำ ทำการนัดกลุ่มเป้าหมายมารับบริการในสถานบริการ

โดยมีการสลับเจ้าหน้าที่จากสถานอนามัยอื่น มาทำการตรวจมะเร็งปากมดลูกเพื่อลดความอายของผู้รับบริการ จากการดำเนินงานเชิงรุกดังกล่าว สตรีส่วนใหญ่ ยังขาดความเข้าใจที่ถูกต้อง ในเรื่อง การเกิดและการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและไม่ให้ความสนใจที่จะมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเท่าที่ควร อุปสรรคที่สำคัญ ที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ขาดความตระหนักถึงอันตรายของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก อีกทั้งไม่กลัวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากขาดการประชาสัมพันธ์ต่อเนื่อง สถานบริการของรัฐมีการบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกเฉพาะในเวลาราชการทำให้สตรีบางคนที่ต้องประกอบอาชีพตรงกับเวลาราชการบางคนขาดโอกาสในการเข้ามารับบริการสาธารณสุข (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2540, หน้า 9) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ อ่ำช่วง (2544, หน้า 64) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกครั้งแรกของสตรีที่ปฏิบัติงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า กลุ่มที่ไปตรวจมีโอกาสที่เกี่ยวข้อและคิดว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องไปตรวจร้อยละ 18.1 กลุ่มที่มีความตั้งใจไม่ไปตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกให้เหตุผลว่าอายและไม่มีอาการที่เกี่ยวข้อร้อยละ 30.6 จากการศึกษาของ ปาจริย์ จันทร์เพ็ง (2541) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของแม่บ้านเกษตรกรเขตภาคใต้ตอนบน พบว่าการที่สตรีไม่มารับการตรวจคัดกรองสม่ำเสมอทุกปีเนื่องจากไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 74.60 ที่เป็นเช่นนี้เพราะสตรีไม่มีความรู้ถึงอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละระยะของโรค นอกจากการขาดความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแล้ว ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะต้องใส่เครื่องมือเข้าไปในช่องคลอด เป็นการเปิดเผยอวัยวะเพศ ซึ่งสตรีมีความรู้สึกว่าเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด ทำให้มีความอายที่จะไปรับการตรวจ (Holroyd, Twinn & Shia, 2001)

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัญหาอุปสรรคที่ทำให้สตรีไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ จากการศึกษาของ พรทิพย์ โคท่าโรง (2541, หน้า 6) ได้ศึกษาการส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี โดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการจูงใจในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลกในกลุ่มที่แต่งงานแล้วอายุ 30-59 ปี พบว่าปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้แก่ ขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักเกี่ยว กับโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ทราบเกี่ยวกับสาเหตุ อาการตลอดจนการรักษาโรคมะเร็ง ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค พบว่าสตรีร้อยละ 73.4 คิดว่าถ้าไม่มีอาการตกขาวหรือเลือดออกผิดปกติแสดงว่าตนเองปลอดภัย ร้อยละ 60.0 คิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรง พบว่าสตรี ร้อยละ 64.4 คิดว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะใดก็สามารถรักษาหายขาดได้ และร้อยละ 47.0 บอกว่าการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก เสียค่า ใช้

จ่ายและเวลาในการรักษาไม่นาน การรับรู้ผลดีและอุปสรรคจากการปฏิบัติตามคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ พบว่า สตรี ร้อยละ 93.3 คิดว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งจำเป็น ช่วยให้พบมะเร็งตั้งแต่ยังเป็น ไม่มาก และสามารถ รักษาให้หายขาดได้ สำหรับการรับรู้อุปสรรค สตรีทั้งหมดไม่มีอุปสรรคในเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทาง มารับการตรวจ และร้อยละ 26.7 รู้สึกอายเจ้าหน้าที่ในการตรวจ

จากการศึกษาของจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) เรื่องผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เจดคติ และความตั้งใจในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีที่แต่งงานแล้ว ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถส่งเสริมให้สตรีมีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีเจดคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีความตั้งใจในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากยิ่งขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของสมบุรณ์ บุญเกียรติ (2546) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนจากสามี ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผลการวิจัย พบว่า ระดับของการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงต่อมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนจากสามี ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อยู่ในระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 55.35 66.87 55.11 และ 53.54 ตามลำดับ

การสร้างเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับภาระหน้าที่หลักของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมคือความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในอำเภอเมืองตราด เป็นการนำทรัพยากรของชุมชนมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้มีประสิทธิภาพ งานวิจัยครั้งนี้จึงทำการศึกษาศักยภาพการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก จะช่วยให้พยาบาลชุมชน มีรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สอดคล้องปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก จากการสอบถามสตรี สาเหตุที่ไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสาเหตุที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ยังขาดการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้สตรีมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้อง ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1975) เป็นกรอบแนวคิด เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการตระหนักถึงปัญหาของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก รับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายให้ความร่วมมือในการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ผลการเรียนรู้แบบ

มีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนสามารถนำไปใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ การจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ของตนเอง และร่วมตัดสินใจ ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ และการรับรู้การลดอุปสรรค เป็นการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้อง และเป็นแนวทางในการทำงานของพยาบาลชุมชนต่อไป

คำถามการวิจัย

1. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือไม่
2. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หรือไม่
3. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
4. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีผลต่อพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบ ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยควบคุมค่าคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ก่อนการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สตรีกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม และการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สตรีกลุ่มทดลองมีอัตราการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน กลุ่มควบคุม 50 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ.2551

ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่
 - การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก
 - 2.4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก
 - 2.5 พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก
3. ตัวแปรควบคุม ได้แก่
 - 3.1 อายุ
 - 3.2 ระดับการศึกษา
 - 3.3 สถานภาพสมรส

3.4 รายได้

3.5 อาชีพ

3.6 จำนวนบุตร

3.7 การติดเชื้ออวัยวะสืบพันธุ์

3.8 การใช้ยาคุม

นิยามศัพท์เฉพาะ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หมายถึง การจัดกิจกรรมเกี่ยวกับกรให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีวิธีการและขั้นตอนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสตรีที่ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและส่งเสริมป้องกันสุขภาพ การที่สตรีจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องมีการรับรู้ 4 อย่าง ได้แก่

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อของสตรีว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเกิดจาก การมีเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อของอวัยวะสืบพันธุ์ การรับประทานยาคุมกำเนิด การตั้งครรภ์และการมีบุตรของตน ประเมินผลการรับรู้โดยใช้แบบสัมภาษณ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ เกือบมาก เกือบปานกลาง เกือบน้อย ไม่เสี่ยง

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อของสตรีว่ามะเร็งปากมดลูกสามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนและทุกข์ทรมานหรือเสียชีวิต ครอบครัวต้องคอยดูแล ใช้เวลาในการรักษาโรค มีผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจและสังคม ประเมินผลการรับรู้โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปาก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ รุนแรงมาก รุนแรงปานกลาง รุนแรงน้อย ไม่รุนแรง

3. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อของสตรีคือการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูก จะเกิดผลต่อตนเองในทางบวก ได้แก่ การตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีทำให้สามารถค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้ หากตรวจพบสามารถรักษาหายขาดได้ ประเมินผลการรับรู้โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่เลย

4. การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อของสตรีต่อการปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกซึ่งจะเกิดผลต่อตนเองในทางลบ ได้แก่ เกิดความเจ็บปวดไม่สุขสบาย เสียค่าใช้จ่าย การเดินทางไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ประเมินจากการรับรู้โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยแบ่งค่าคะแนนการรับรู้เป็น 4 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย ไม่เลย

พฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การกระทำที่แสดงถึงการตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีแพปสเมียร์ (Pap Smear) วัดจากการไปตรวจและไม่ไปตรวจ

อายุ หมายถึง จำนวนเต็มนับเป็นปีของสตรีตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษาดังกล่าว

ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ศึกษานับตั้งแต่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาสูงสุดของการศึกษาในและนอกโรงเรียน และไม่นับปีการศึกษาที่ซ้ำชั้น

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะทางครอบครัวเกี่ยวกับการสมรสของสตรีอายุ 35-60 ปี ในปัจจุบัน โดยแบ่งออกเป็น

สถานภาพสมรสโสด คือบุคคลที่ยังไม่ได้ผ่านการสมรส

สถานภาพสมรสคู่ คือ บุคคลที่สมรสแล้วยังอยู่กับสามี

สถานภาพสมรสหย่าร้าง คือบุคคลที่ผ่านการสมรสแล้วหย่าร้างหรือคู่สมรสเสียชีวิต

รายได้ หมายถึง จำนวนเงินที่ได้จากการประกอบอาชีพหลัก รวมถึงเงินที่ได้จากการสนับสนุนจากบุคคลอื่น เฉลี่ยต่อเดือน โดยมีหน่วยนับเป็นบาท

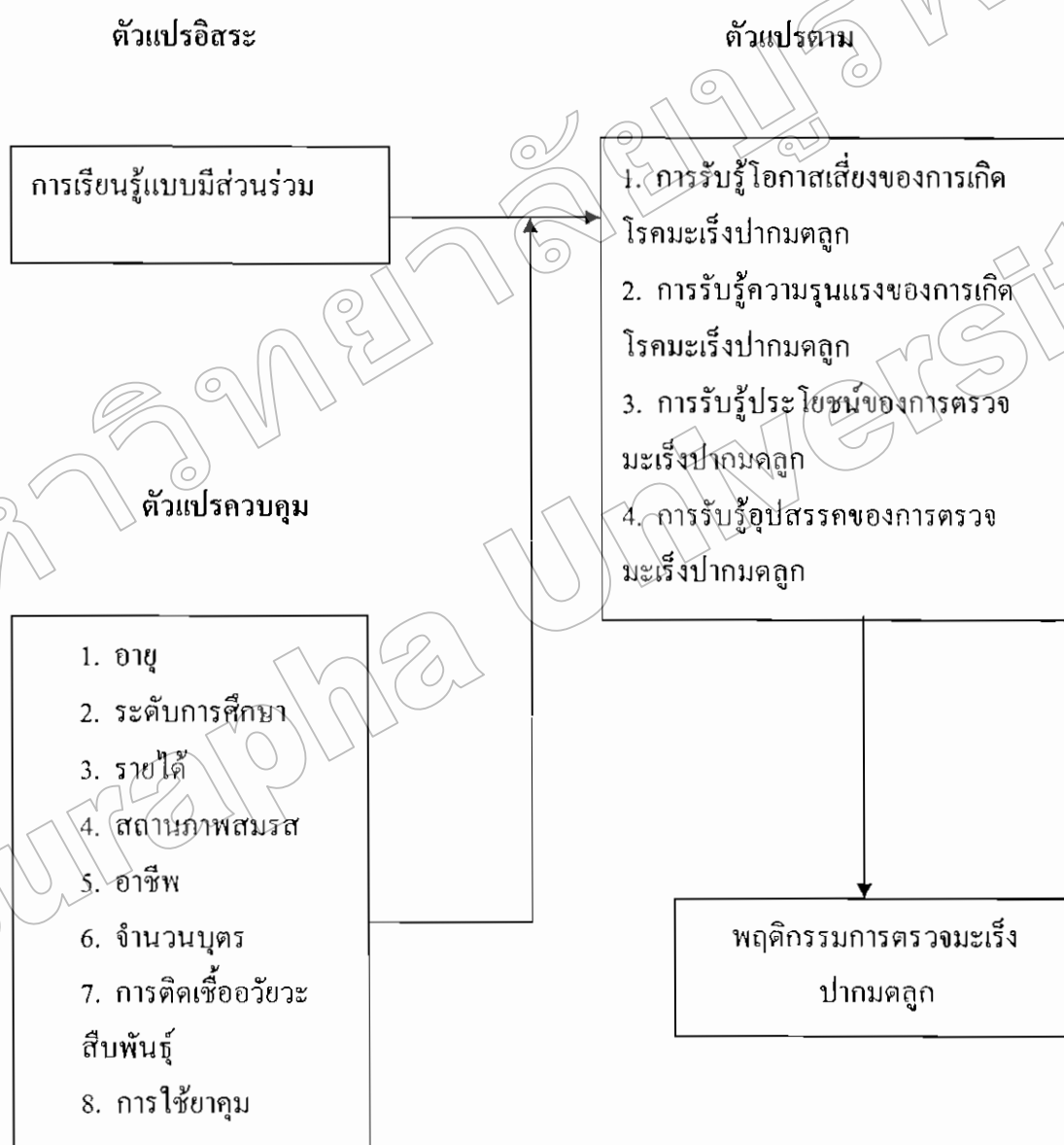
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ได้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. เป็นแนวทางให้สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้เพื่อส่งเสริมการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้บรรลุตามเป้าหมาย
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาทฤษฎีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และมุ่งให้ผู้รับบริการได้มีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อให้สตรีได้รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

รับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูก รับรู้
อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะส่งผลให้สตรีมาตรวจมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น
ดังรายละเอียดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมตรวจมะเร็งปากมดลูก ตามกรอบแนวคิดในการวิจัย