สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

THE EFFECTS OF HEALTH BELIEVES MODIFYING PROGRAM TOWARD THE ATTENTION CERVICAL CANCER SCREENING AMONG WOMEN IN KAMYAI SUB-DISTRICT, HUAIMEK DISTRICT, KALASIN PROVINCE

แม้นมาศ เฉิดเรียง

TH 00 19526

30 ส.ค. 2556
324893 เริ่มบริการ - 4 พ.ย. 2556

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
ตุลาคม 2555

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์ของ แม้นมาส เฉิดเรียง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษา

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์)

..... กรรมการ

(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์)

..... กรรมการ

(อาจารย์ ดร.ศักดิภัทร พวงคต)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก อาจารย์ ดร.นิภา มหารัชพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ที่กรุณาให้คำปรึกษาและแนะนำแนวทางตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาระเบียบวิธีการวิจัย ด้วยความเอาใจใส่และความกรุณากับนิสิตเสมอมา

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์พิสิทธิ์ เอื้อวงศ์กูล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ดร.สม นาสอ้าน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และ รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ได้จัดให้มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตขึ้น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์

ขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานในการจัดการเรียนการสอน

ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกคน ที่สนับสนุนและให้กำลังใจ ผู้ศึกษาเสมอมา

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญูกตเวทิตาแด่บุพการี บูรพาจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนตราบเท่าทุกวันนี้

แม้นมาศ เฉิดเรียง

ตุลาคม 2555

54920113: ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ/ มะเร็งปากมดลูก/ การตรวจคัดกรอง

แม้นมาศ เฉิดเรียง : ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ (THE EFFECTS OF HEALTH BELIEVES MODIFYING PROGRAM TOWARD THE ATTENTION CERVICAL CANCER SCREENING AMONG WOMEN IN KAMYAI SUB-DISTRICT, HUAIMEK DISTRICT, KALASIN PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์: นิภา มหารัชพงศ์, Ph.D., 93 หน้า, ปี พ.ศ. 2555.

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ร้ายแรงแต่สามารถตรวจพบได้ในระยะเริ่มแรกและสามารถป้องกันได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงใน ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยสตรีกลุ่มเสี่ยงมีอายุระหว่าง 30-59 ปี และไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 5 ปีที่ผ่านมา จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 36 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ก่อนและหลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, One sample t-test, Paired samples t-test, Independent sample t-test และ Chi-square

จากการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบว่า หลังการทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพและความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และดีว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมนี้ สามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อ ความตั้งใจและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงได้ ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมไปปรับใช้ เพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อื่นต่อไป

54920113 : M.P.H. (PUBLIC HEALTH)
KEYWORDS: HEALTH BELIEF/ CERVICAL CANCER/ SCREENING
MANMAS CHERDRIENG: THE EFFECTS OF HEALTH BELIEVES MODIFYING PROGRAM TOWARD THE ATTENTION CERVICAL CANCER SCREENING AMONG WOMEN IN KAMYAI SUB-DISTRICT, HUAIMEK DISTRICT, KALASIN PROVINCE. ADVISOR: NIPA MAHARACHPHONG, Ph.D., 93 P. 2012.

Cervical cancer is the one major public health problem today. Screening for cervical cancer can reduce the incidence of cervical cancer and increase survival rate for the earliest stage of invasive cervical cancer. This study aimed to modify health belief to uptake cervical cancer screening among women in Kamyai Sub-district, Huaimek District, Kalasin Province. Seventy-two women aged 30 to 60 years and not screened within past five years, were invited and were divided in two groups, an experimental group and a comparison group, each comprised of 36 women. The experimental group was received a health beliefs modifying program related to the perceived susceptibility and severity of cervical cancer, and perceived benefit and barriers to uptake the cervical cancer screening. Data were collected before, immediately after experiment and four weeks after experiment by using interviewing questionnaire. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, One sample t-test, Paired samples t-test and Independent sample t-test.

The results revealed that after experiment and 4 weeks after experiment, the experimental group had mean score of health belief and intention of having cervical cancer screening more than before the experiment ($p< 0.001$) and more than comparison group ($p<0.05$). And 4 weeks after the experiment, women in experimental group had attended cervical screening more than women in comparison group.

The finding suggested that modifying health beliefs could change the beliefs, intention and the attention of women for having cervical cancer screening. Therefore this program could be applicable to other group to increase the cervical cancer screening.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

สารบัญ ..... ฉ

สารบัญตาราง ..... ซ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่

1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์ของการศึกษา 2

สมมติฐานของการศึกษา 3

กรอบแนวคิดในการศึกษา 4

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 4

ขอบเขตของการศึกษา 5

ข้อจำกัดของการศึกษา 5

นิยามศัพท์เฉพาะ 5

2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

โรคมะเร็งปากมดลูก 7

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 14

ความเชื่อด้านสุขภาพ 16

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 22

3 วิธีดำเนินการศึกษา 25

รูปแบบการศึกษา 25

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 26

เครื่องมือการทดลอง 29

สารบัญ (ต่อ)

บทที่		หน้า
	เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล	32
	การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	34
	การวิเคราะห์ข้อมูล	35
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	36
4	ผลการศึกษา	37
	ข้อมูลส่วนบุคคล	37
	ความเชื่อด้านสุขภาพ	40
	ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	44
	การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	48
	ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ	49
5	สรุปและอภิปราย	50
	สรุปผลการศึกษา	52
	อภิปรายผล	53
	ข้อเสนอแนะ	57
บรรณานุกรม		58
ภาคผนวก		63
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	64
	ภาคผนวก ข แบบสอบถาม	66
	ภาคผนวก ค แผนการจัดกิจกรรม	74
	ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ	80
ประวัติย่อของผู้ศึกษา		93

สารบัญตาราง

ตารางที่ หน้า

1 ความจำเพาะและความไวของ Pap smear 15

2 การเปรียบเทียบความถี่การตรวจ Pap smear กับ การลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง 16

3 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล 38

4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูก 41

5 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 4 สัปดาห์ 42

6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ 42

7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ 43

8 ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 44

9 จำนวนและร้อยละของระดับความตั้งใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ 45

10 คะแนนความตั้งใจเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 4 สัปดาห์ 45

11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของสตรีกลุ่มทดลอง ระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ 46

12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ 47

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ หน้า

13 ขนาดผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อความตั้งใจระหว่างหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ 48

14 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ 48

15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ 49

16 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง เทียบค่าเฉลี่ยเกณฑ์ที่ร้อยละ 80 50

17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง 81

18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง 82

19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองทันที 83

20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะติดตามผล (หลังทดลอง 4 สัปดาห์) 86

21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะการทดลอง 4 สัปดาห์ 87

22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะติดตามผล (4 สัปดาห์) 88

23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง จำแนกตามความตั้งใจ 89

24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองทันที จำแนกตามความตั้งใจ 90

25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ จำแนกตามความตั้งใจ 91

26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง หลังทดลองทันที จำแนกตามความพึงพอใจรายข้อ 92

สารบัญภาพ

ภาพที่ หน้า

1 กรอบแนวคิดในการศึกษา 4

2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคการรับรู้ของบุคคล 19

3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย 20

4 การสุ่มตัวอย่างประชากร 29

5 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา 31

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับต้นของมะเร็งในสตรีไทยรองลงมาจากมะเร็งเต้านม โดยพบว่าอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องซึ่งในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 6,000 ราย ส่วนใหญ่มีอายุประมาณ 45-50 ปี (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) โดยที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ป่วยไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติและพบว่าระยะของโรคนั้นได้เข้าสู่ระยะลุกลามแล้ว ทำให้การรักษาเป็นไปได้ยาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงเพื่อใช้ในการรักษา ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมตามมา อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่มักไม่มีอาการ แต่สามารถตรวจพบเซลล์ผิดปกติและช่วยให้สามารถตรวจพบเซลล์มะเร็งได้ในระยะเริ่มต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและป้องกันไม่ให้กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลามและสามารถรักษาให้หายขาดได้ (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, และดรุณี บุญชื่น, 2555) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอจึงเป็นการลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปากมดลูกได้ ซึ่งในปัจจุบันการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีหลายวิธี แต่วิธีที่ง่ายและเป็นที่ยอมรับคือการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปบเสมียร์ (Pap Smear) ซึ่งเป็นการค้นหาความผิดปกติที่บริเวณปากมดลูกในระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการแสดงของโรคเป็นวิธีที่ทำได้ง่าย รวดเร็ว ค่าใช้จ่ายต่ำ จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการรณรงค์ให้สตรีอายุ 30-60 ปี ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear อย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะเวลา 5 ปี นั้น มีสตรีบางส่วนที่ไปรับการตรวจคัดกรอง แต่สตรีบางคนยังมีความรู้สึกอายที่จะไปพบแพทย์และตรวจภายในเพื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แม้จะทราบถึงความร้ายแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก หรือมีการให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์และรณรงค์กระตุ้นให้สตรีไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก็ตาม

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยที่ทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ คิดว่าตนเองยังมีอายุน้อย ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพ (เจตนา ศรีใส, 2540) ยังไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น เกิดความกลัว ความอายต่อเจ้าหน้าที่ กลัวเจ็บ (จำปี ยังวัฒนา, 2551) ไม่มีญาติพี่น้องสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก การไม่ยอมรับต่อการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก คิดว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งที่น่าอายทำให้สตรีเกิดความ

ลังเลใจที่จะไปรับการตรวจได้ (จุฑามาศ บัวลอย, 2553) จากการศึกษาของสุมาลี ครุฑทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค และการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) เรื่อง ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 – 60 ปี มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองกลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาหาแนวทางในการกระตุ้นให้สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-59 ปี ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพื่อส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเสี่ยงไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น และนำผลไปสู่การขยายในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้ต้องการประเมินผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยเปรียบเทียบ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ระหว่างก่อน หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

2. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ระหว่างก่อน หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

3. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง

4. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อน หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

5. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อนหลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

6. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

7. ความพึงพอใจของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง

สมมติฐานของการศึกษา

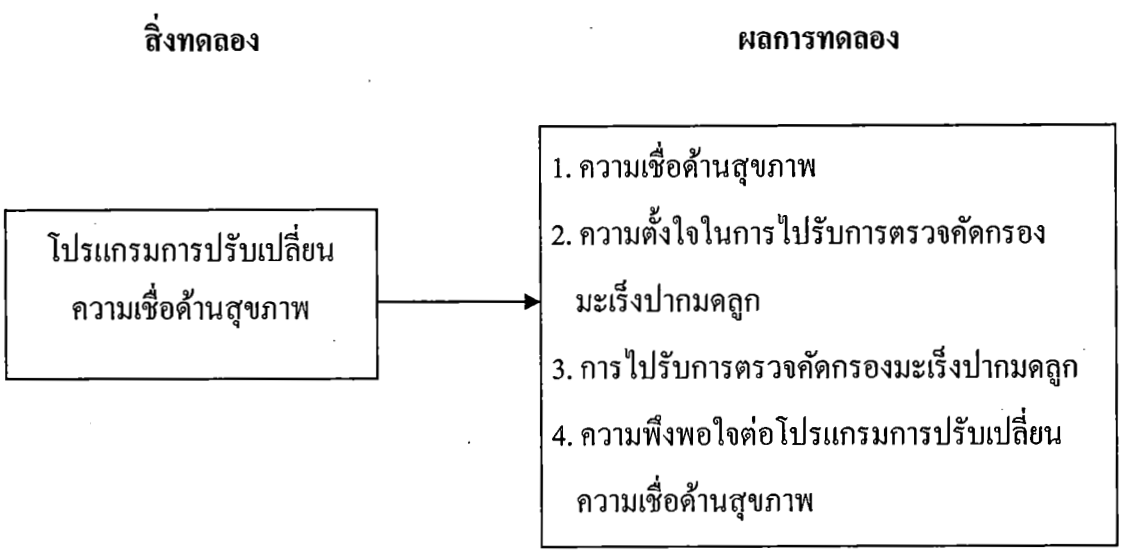
1. สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองทันที และติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ จะมีความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจดีกว่าก่อนทดลอง แต่ระหว่างหลังทดลองทันทีกับติดตามผล 4 สัปดาห์จะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจไม่แตกต่างกัน

2. หลังทดลองทันทีและติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สตรีกลุ่มทดลองจะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบริการตามปกติ

3. ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบริการตามปกติ

4. สตรีกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปามดลูก ร้อยละ 80

กรอบแนวคิดในการศึกษา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปามดลูก

2. สตรีกลุ่มเสี่ยง มีการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อโรคมะเร็งปากมดลูก และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. นำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้แก่สตรี

4. เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก และโรคอื่นอีกต่อไป

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบ่งกลุ่มการทดลองเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group Pretest-Posttest design) มุ่งศึกษาผลของการการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-59 ปี ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง โดยการทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่ในช่วงเดือนกรกฎาคมถึง เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2555

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ทำการทดลองภาคสนาม โดยเก็บข้อมูลก่อนทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ แล้วจึงทำการศึกษาตามโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทำการเก็บข้อมูลหลังทดลองทันที และติดตามการทดลอง 4 สัปดาห์ จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรภายนอกที่อาจมีผลต่อการทดลองได้ เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสาร สื่อต่าง ๆ วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ หรือบุคคลอื่น นอกเหนือจากโปรแกรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง โปรแกรมสุขศึกษาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นที่ปรับเปลี่ยนให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เหมาะสมในเรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองและรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรอง

ผลของโปรแกรม หมายถึง ผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจ การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการไปตรวจคัดกรอง และการรับรู้ประโยชน์ของการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ความตั้งใจ หมายถึง ความรู้สึก นึกคิดที่ต้องการ คาดหวัง เห็นด้วยที่จะไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเองหรือบุคคลอื่นชักชวน

การไปรับการตรวจคัดกรอง หมายถึง การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ด้วยวิธีการตรวจ Pap smear โดยการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกและบริเวณช่องคลอดไปตรวจดูลักษณะของเซลล์มะเร็ง

ความพึงพอใจ หมายถึง ความคิดเห็นของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโปรแกรมต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สตรีกลุ่มเสี่ยง หมายถึง สตรีที่มีอายุตั้งแต่ 30 ถึง 59 ปี ที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่เคยมารับบริการเลยในช่วง 5 ปี ที่ผ่านมา

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าตำรา เอกสารและทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1. โรคมะเร็งปากมดลูก
2. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่เกิดขึ้นบริเวณปากมดลูกที่มีการเจริญเติบโตของเซลล์ผิดปกติ สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคได้

สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง

1. การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์โดยตรงกับการมีเพศสัมพันธ์ โดยพบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น

2. การมีเพศสัมพันธ์และการแต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะในอายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกมีความไวในการเปลี่ยนแปลง โดยพบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี มีความเสี่ยงสูงขึ้น 2.7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหลังอายุ 22 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (อารีย์ พันธุ์ศาสตร์, 2541) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่มีถึงร้อยละ 77.60 ที่แต่งงานและมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 10-20 ปี

3. ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่า 1 ครั้งหรือสตรีที่ขายบริการทางเพศ จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป จะเสี่ยงมากขึ้นประมาณ 3-4 เท่า ของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

4. อายุของการตั้งครรภ์ครั้งแรกกับจำนวนการคลอดบุตร สตรีที่มีการตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี เนื่องจากการเจริญเติบโตของร่างกายยังไม่เต็มที่ และสตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเนื่องจากมีการฉีกขาดของปากมดลูกจากการคลอดบุตรหลายครั้ง

5. สามีหรือคู่นอน พบว่ามีพฤติกรรมของสามีหรือคู่นอนมีผลต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกในสตรี ได้แก่

5.1 ผู้ชายที่เป็นมะเร็งที่องคชาติ ภรรยาจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

5.2 สตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูก จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป 3.5 เท่า

5.3 ผู้ชายที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยและมีการสำส่อนทางเพศ จะทำให้ภรรยามีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

6. การคุมกำเนิด ในสตรีที่ใช้ยาคุมกำเนิดติดต่อกันเป็นระยะเวลา 10 ปี หรือมากกว่าจะมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเป็น 2 เท่า

7. การสูบบุหรี่ การได้รับควันบุหรี่เข้าสู่ร่างกาย จะโดยการสูบเองหรือได้รับควันจากการสูบของผู้อื่น สารทาร์หรือน้ำมันดินจะถูกขับออกมาบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดการระคายเคืองของปากมดลูก ซึ่งถ้าได้รับเป็นระยะเวลานานเซลล์เยื่อบุปากมดลูกอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงไปเป็นเซลล์มะเร็งได้ (สมาน บุญช่วย, 2550) ผู้ที่สูบบุหรี่เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากกว่าผู้ที่ไม่ได้สูบประมาณ 1.5-2.3 เท่า ถ้าสูบตั้งแต่ 40 มวนขึ้นไปหรือสูบนานกว่า 39 ปีขึ้นไป การสูบบุหรี่สัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปากมดลูกเฉพาะชนิด Squamous Cell

8. การติดเชื้อ การติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์จะทำให้สตรีมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูง ได้แก่ เชื้อไวรัสหงอนไก่ (Human Papiloma Virus: HPV) เป็นที่ทราบกันดีว่าไวรัสตัวนี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บุเยื่อปากมดลูกและกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเกิดจากการต่อกันทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอดส์ สตรีที่มีการติดเชื้อเอดส์มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก และพบว่าการเป็นมะเร็งปากมดลูกร่วมกับการติดเชื้อเอดส์จะทำให้มะเร็งเกิดการลุกลามเร็วขึ้น การติดเชื้ออื่น ๆ ที่พบว่าอาจเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ซิฟิลิสทริโคโมแนส เชื้อหนองใน และการติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศ

9. สตรีที่มีภูมิต้านทานต่ำและการได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จะมีอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นและมักมรการติดเชื้อของระบบอวัยวะสืบพันธุ์ได้ง่าย ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะและผู้ป่วยที่ได้รับไตเทียม

10. พฤติกรรมการบริโภค พบว่า การบริโภคเบตาแคโรทีน วิตามินเอ โฟเลต วิตามินซี ซึ่งเป็นสารต้านมะเร็งในปริมาณที่สูง มีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งทุกชนิดได้

11. การตั้งครรภ์ พบว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ถือว่าอยู่ในภาวะที่ภูมิต้านทานของร่างกายลดลง และมีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

12. ยาบางประเภท มีผลทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ยาจำพวกฮอร์โมน เป็นต้น

สรุปสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกนั้น ยังไม่มีการยืนยันที่แน่นอน แต่เชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อไวรัสที่อวัยวะสืบพันธุ์ การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีบุตรยาก ปัจจัยด้านพันธุกรรม รวมถึงยาบางชนิด

อาการและอาการแสดง แบ่งได้ดังนี้ (ชวลิต เลิศบายานุกูล, และดรุณี บุญชื่น, 2555)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการแสดง เป็นสิ่งที่พบมากที่สุดในผู้ป่วย ผู้ป่วยที่เริ่มจะมีการเปลี่ยนแปลงผิดปกติของเซลล์บริเวณปากมดลูก หรือที่เรียกว่า Cervical intraepithelial neoplasia (CIN) หรือระยะก่อนลุกลาม (Precancerous) ตั้งแต่ระยะ Mild, Moderate, Severe dysplasia จนถึงระยะ Carcinoma in situ (CIS) ส่วนใหญ่อาจจะไม่มีอาการที่แสดงว่า มีความผิดปกติออกมาชัดเจน แพทย์มักจะตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ จากการตรวจทำPap smear (Pap smear) ในรายที่มาตรวจร่างกายประจำปี มาตรวจตามนัด มาใช้บริการวางแผนครอบครัว พบว่าถ้าปากมดลูกยังไม่มีแผล ผู้ป่วยก็จะไม่มีอาการผิดปกติเกิดขึ้น

2. ระยะตกขาว ระยะเริ่มต้น ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการมีตกขาว มีมูกใส หรือเป็นน้ำไหลออกมาทางช่องคลอด จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูก คล้ายกับที่เกิดการอักเสบทั่ว ๆ ไป หรือมีการติดเชื้อซึ่งเป็นอาการนำอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ระยะลุกลามและระยะท้ายของโรค เมื่อมะเร็งมีการลุกลามและโตมากขึ้นจะมีการทำลายผิวหน้าบริเวณปากมดลูกทำให้เกิดแผลติดเชื้อ ร่วมกับการเน่าตายของเซลล์ ทำให้เกิดตกขาวที่มีกลิ่นเหม็นเน่ามาก

3. เลือดออกมากผิดปกติหรือการตกเลือด ระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติเป็นหยด ๆ หรือมีเลือดออกขณะร่วมเพศ (Post coital bleeding) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีแผลถลอกที่ปากมดลูกเกิดขึ้น ระยะท้ายของโรค ผู้ป่วยอาจมาด้วยอาการตกเลือดมากกว่าปกติ ในบางรายอาจตกเลือดจนซีดมาก ถ้ามะเร็งลุกลามมาก มีแผลใหญ่ ก็จะมีฉีกขาดของหลอดเลือดร่วมกับการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้มีการเน่าหลุดออกมา อาจมีลักษณะเป็นเลือดปนหนองเนื่องจากมีการติดเชื้อร่วมด้วย อย่างไรก็ดี อาการเลือดออกนี้ นอกจากจะแตกต่างกันตามระยะของโรคที่ผู้ป่วยเป็นแล้วยังอาจขึ้นกับลักษณะของรอยโรคว่าเป็นชนิดใดด้วย ถ้าเป็นชนิด

เอ็กโซไฟทิค ไทพ์ (Exophytic type) ก็มักจะมีอาการนำมาก่อน เช่น อาจจะตกเลือดจากการร่วมเพศ หรือออกได้ง่าย เกิดอาการเน่าตายมีกลิ่นเหม็น ซึ่งอาการตกเลือดนี้อาจจะล่าช้าและพบช้าในรายที่เป็นชนิด เอ็นโดไฟทิค ไทพ์ (Endophytic type) โดยเฉพาะ น็อดดิวล่า ไทพ์ (Nodular type)

4. อาการเจ็บปวด จะเกิดในระยะท้ายของโรคที่เป็นมาก และมีการลุกลามแพร่กระจายของมะเร็งไปกดทับเส้นประสาท อ๊อบทิวเรเทอะ (Obturator nerve) หรือเส้นประสาทสเซียทิค (Sciatic nerve) หรือไปที่กระดูกเชิงกราน กระดูกสันหลัง บางรายอาจมีอาการปวดท้องน้อยมาก ซึ่งเกิดจากการอักเสบของปากมดลูก จนเกิดหลอดโลหิตดำที่เชิงกรานอักเสบ (Pelvicthormbophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphadinitis) หรือเซลล์เนื้อเยื่ออักเสบ (Celllulitis)

5. อาการของมะเร็ง อาการระยะสุดท้าย จะเกิดจากการแพร่กระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ กระเพาะปัสสาวะ ลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ต่อมน้ำเหลืองทั้งในอุ้งเชิงกราน บริเวณขาหนีบและเหนือกระดูกไหปลาร้า ไปที่อวัยวะอื่น เช่น กระดูก ปอด และตับอาการทั่วไปเกิดอาการซีด ผอมแห้ง (Cahexia) อ่อนเพลียมากแพร่กระจายไปกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะบ่อย หรือปัสสาวะเป็นเลือดแพร่กระจายไปลำไส้ใหญ่ช่วงปลาย ทำให้อุจจาระปนเลือดแพร่กระจายไปที่ตับทำให้เกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ท้องอืดแพร่กระจายไปที่ปอด ทำให้เกิดอาการไอ เหนื่อยหอบ หรือไอเป็นเลือดแพร่กระจายไปที่กระดูก ทำให้เกิดอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก

ระยะของโรคมะเร็งปากมดลูก

1. ระยะก่อนลุกลามสามารถรักษาให้หายขาดได้
2. ระยะลุกลามมี 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1-4

ระยะที่ 1 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 80

ระยะที่ 2 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 60

ระยะที่ 3 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 30

ระยะที่ 4 มีอัตราการอยู่รอดถึง 5 ปี = ร้อยละ 10

การวินิจฉัย ในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ต้องอาศัยข้อมูลหลายประการ (ชัญวลี ศรีสุโข, 2552) ดังนี้

1. ประวัติ ประวัติผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกมักไม่มีอาการ อาจตรวจพบจากการที่ผู้ป่วยไปรับการตรวจภายใน และทำ Pap smears ประจำปี ตรวจหลังคลอด หรือตรวจปรึกษาในการวางแผนครอบครัวในผู้ป่วยที่มีอาการ บางส่วนอาจมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับมะเร็งปากมดลูกได้ และใช้ประกอบกับอาการที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เช่น ประวัติการแต่งงาน การมีบุตร การประกอบอาชีพ ตลอดจนประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน ได้แก่อาการตกขาว อาจมีเพียงของเหลวสี

ชมพู จาง ๆ หรือเลือดจาง ๆ ออกมาหลังปัสสาวะ ในรายที่เป็นมากอาจมีตกขาวคล้ายหนอง มีกลิ่นเหม็น หรือมีลักษณะคล้ายมีน้ำไหลออกมาตลอดเวลาเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ได้แก่ มีระดูนานกว่าปกติ ระดูออกมากในแต่ละวัน หรือเลือดออกกะปริดกะปรอย ในรายที่มีระดูออกมากอาจตกเลือดจนมีภาวะซีดและเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แต่ลักษณะของเลือดออกที่ชวนให้คิดถึงโรคนี้คือ เลือดออกหลังการร่วมเพศ (Postcoitalbleeding) หรือ Contact bleeding ประวัติการอักเสบของมดลูกบ่อย อาการปวดพบในผู้ป่วยที่เป็นระยะท้ายหรือมีการกระจายไป แล้ว โดยปวดบริเวณหลัง ก้น หน้าขา และร้าวไปหัวเข่า ตามทิศทางของ Sciatic nerve มักแสดงว่ามีการกระจายของมะเร็งไปยังกระดูกหรือกดเส้นประสาทแล้ว แต่จะไม่พบอาการปวดในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกทั่วไป โดยเฉพาะในระยะแรก

2. การตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายโดยทั่ว ๆ ไป ดูว่ามีต่อมน้ำเหลืองบริเวณใดที่โตกว่าปกติ โดยเฉพาะต่อมน้ำเหลืองเหนือกระดูกไหปลาร้า (Supraclavicular node) ตรวจดูว่าตับ ม้ามโตหรือไม่ ผู้ป่วยมีเลือดออกมาจากอุ้งเชิงกรานหรือไม่ บางรายผู้ป่วยจะมาด้วยอาการขาบวม ถ้าตรวจพบน้ำในช่องท้องมักจะเป็นระยะสุดท้ายของโรคแล้ว การตรวจภายในอย่างละเอียดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในระยะก่อนลุกลาม หรือ Earlyinvasive อาจตรวจไม่พบสิ่งผิดปกติด้วยตาเปล่า หรืออาจมีลักษณะแดง ๆ ที่ปากมดลูกที่เรียกว่าCervical erosion เท่านั้น ต้องอาศัยการตรวจคัดกรองโดย Pap smear พบมีความผิดปกติ จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพิ่มเติม โดยการตัดชิ้นเนื้อหรือด้วย Colposcope หรือการผ่าตัด Conization ถ้าเป็นมะเร็งลุกลาม อาจพบลักษณะของมะเร็งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

- Exophytic (Proliferative) lesion จะเป็น friable polypoid mass หรือมีลักษณะคล้ายดอกกระหล่ำ (Cauliflower-like appearance) ยื่นออกมาจากปากมดลูก

- Endophytic (Ulcerating) lesion จะเห็นลักษณะเป็นแผลมีเลือดออกง่าย ถ้าเป็นมากอาจจะเป็นลักษณะคล้ายโพรงบริเวณปากมดลูกและส่วนบนของช่องคลอดเรียกว่า Crater มีการติดเชื้อและตกขาวได้มาก

- Infiltrative lesion อาจเห็นเป็นแผลเล็ก ๆ ที่บริเวณปากมดลูก เมื่อคลำจะพบว่า ปากมดลูกแข็งและมีขนาดโตขึ้น เนื่องจากมะเร็งเกิดขึ้นภายใน Endocervical canal ซึ่งอาจจะลุกลามไปถึง Lower uterine segment ปกมดลูกจะมีลักษณะคล้ายถังเบียร์ (Barrel-shaped cervix)ชนิดนี้อาจทำให้วินิจฉัยผิดพลาด จนทำให้การรักษาล่าช้าไปได้ เนื่องจากรอยโรคบริเวณปากมดลูกด้านนอกมีเพียงเล็กน้อยเท่านั้นนอกจากการตรวจปากมดลูกแล้ว ยังต้องตรวจภายในผนังช่องคลอดเพื่อดูการลุกลามของมะเร็ง การตรวจที่สำคัญอีกประการ คือ การตรวจ Recto-vaginal โดยการสอดนิ้วชี้เข้าไปในช่องคลอด พร้อมกับนิ้วกลางเข้าไปในทวารหนักเพื่อประเมิน Parametrial extension ซึ่งจะ

คลำได้เป็นเนื้อแข็ง ๆ และมี Nodularity ทางด้านข้างของปากมดลูก การกระจายของมะเร็งปากมดลูกไปยังกระเพาะปัสสาวะ มักเป็นบริเวณ Vesicovaginal septum และเกิด Bullous edema ของกระเพาะปัสสาวะก่อนการกระจายไปที่Bladder mucosa ส่วนการกระจายไปยังทวารหนักมักเป็นบริเวณRectovaginal septum แต่การกระจายไปยัง Rectal mucosa มักเป็นเฉพาะในระยะท้ายเท่านั้น

3. การตรวจพิเศษ การตรวจพิเศษเพื่อวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะในระยะก่อนลุกลาม ซึ่งไม่สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่านั้น จำเป็นต้องใช้วิธีการที่ละเอียดรอบคอบ และได้ผลการตรวจชัดเจน มีด้วยกันหลายวิธี เช่น การตรวจ Pap smear (Papanicolaou smear) การตรวจด้วยวิธี Schiller test การตรวจ Biopsy การตรวจด้วยวิธี Conization การตรวจเพื่อการจัดระยะของโรค

การรักษา การรักษามะเร็งปากมดลูกโรคมะเร็งปากมดลูก มีการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น การผ่าตัด ถ้ามะเร็งอยู่เฉพาะปากมดลูกอาจจะตัดแค่บริเวณปากมดลูก แต่ถ้ามะเร็งแพร่กระจายมาก แพทย์อาจจะตัดมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ รวมทั้งต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง การให้รังสีรักษาทำได้ 2 วิธี โดยการให้รังสีรักษาจากเครื่องแพทย์จะให้รังสีเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง 5วัน/สัปดาห์เป็นเวลา 5-6 สัปดาห์ โดยการฝังแร่อาบรังสีบริเวณปากมดลูกฝังแต่ละครั้งนาน 1-3 วัน ต้องอยู่โรงพยาบาลใช้เวลารักษา 1-2 สัปดาห์ การให้เคมีบำบัด โดยการให้เคมีเข้าในเลือดเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็ง การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อให้ภูมิคุ้มกันทำลายมะเร็ง ยาที่ใช้บ่อย คือ Interferon การใช้เคมีบำบัดมักใช้รักษามะเร็งที่แพร่กระจายไปมากแล้ว หรือระยะกลับเป็นใหม่ ในบางรายอาจใช้หลาย ๆ วิธีร่วมกัน เรียกว่า Adjuvant therapy การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกขึ้นอยู่กับระยะของโรคเป็นสำคัญ คือ

ระยะที่ 0 Carcinoma in situ รักษาโดยทำการผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด (Total abdominal hysterectomy) ในรายที่ไม่ต้องการมีบุตรแล้ว สามารถรักษาหายขาดได้เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์ สำหรับในผู้ป่วยที่อายุยังน้อยมักจะเก็บรังไข่ไว้เพื่อการผลิตฮอร์โมน ในบางรายที่ต้องการมีบุตรอีกจะทำการผ่าตัดโดยวิธีคว้านเฉพาะปากมดลูกออกเป็นรูปกรวย (Conization) การใช้รังสีรักษาในผู้ป่วยที่หมดประจำเดือนแล้ว และมีปัญหาเรื่องการให้ยาระหว่างผ่าตัดสามารถรักษาให้หายขาดได้ ระยะ 1a Microinvasive carcinoma ถ้าเป็นมะเร็งเริ่มแรก (Early carcinoma of cervix) สามารถทำผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมด (Radical hysterectomy) โดยการตัดช่องคลอดส่วนบนไม่น้อยกว่า 3 ซม. ถ้าโรคแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองน้อยกว่า 1 เปอร์เซ็นต์ ในรายที่โรคลุกลามไปเกินกว่า 5 มม. จำเป็นต้องผ่าตัดมดลูกออกทั้งหมดพร้อมทั้งเลาะต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานออกด้วย (Radical hysterectomy with pelvic node dissection หรือ Wertheim's operation) ในกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการผ่าตัดหรือมีข้อห้ามต่อการผ่าตัด หรือดมยาสลบ แพทย์จะรักษาโดยการสอดใส่แร่เรเดียม(Radium-226) 75 มิลลิกรัมเป็นเวลา 72 ชั่วโมง 2 ครั้ง ในระยะเวลา 10 วัน หรือใส่แร่ซีเซียม (Cesium-137)

8000-9000 มิลลิกรัม/ชั่วโมง (mgh) 2 ครั้ง การรักษาทางรังสีได้ผลดีเท่า ๆ กับการผ่าตัดระยะ1b Invasive cancer confined to the cervix รักษาโดยการใช้รังสีหรือการผ่าตัด (Irradiation or radical hysterectomy) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย ลักษณะของเนื้องอกและอายุของผู้ป่วย การผ่าตัดมักจะทำในผู้ป่วยที่มีอายุน้อย เพราะว่าต้องการที่จะรักษาหน้าที่ของรังไข่ไว้และต้องตัดปากมดลูก มดลูก ผนังช่องคลอดบางส่วน และต่อมน้ำเหลืองในช่องเชิงกรานออกอาจมีอาการแทรกซ้อนเกิดขึ้น คือ กระเพาะปัสสาวะทะลุ ซึ่งต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ สำหรับอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด คือ มีเลือดออก (Hemorrhage) เกิดการติดเชื้อ (Infection) และลำไส้อุดตัน (Bowel obstruction)การใช้รังสีรักษาจะเลือกใช้กับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1b ที่มีแผลขนาดใหญ่อยู่ด้านนอก (Large exophytic lesion) หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถผ่าตัดได้ โดยการฉายแสงด้วยโคบอลท์ (Co-60) ร่วมกับการสอดใส่แร่เรเดียม (Ra-226) หรือ ซีเซียม (Cs-137) ทางช่องคลอด ถ้าผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาน้อยกว่าที่กำหนดไว้ จำเป็นต้องผ่าตัดมดลูกอีกครั้งหลังได้รับรังสีรักษา ระยะ 2a ส่วนมากผู้ป่วยในระยะนี้จะได้รับการรักษา โดยการใช้รังสีรักษาเพียงอย่างเดียว (Radiation therapy) มีบางรายที่รักษาด้วยการผ่าตัดด้วยเทคนิคการผ่าตัดและการใช้รังสีรักษาคล้าย ๆ กับระยะที่ 1a และ 1b ผู้ป่วยในระยะนี้มีโอกาสหายได้มากระยะ 2b ระยะ 3a และ ระยะ 3b เป็นระยะที่โรครุนแรงมากขึ้น รักษาด้วยรังสีรักษาโดยการฉายรังสีโคบอลท์ (Co-60) บริเวณช่องเชิงกรานด้านนอก จำนวน 4000-5000 แรดส์ (rads) และตามด้วยการสอดใส่แร่เรเดียม (Ra-226) หรือ ซีเซียม (Cs-137) หนึ่งถึงสองครั้งจำนวน 4000-5000 มิลลิกรัม/ชั่วโมงระยะ 4a เป็นระยะที่โรคมะเร็งขยายขอบเขตออกไปยังกระเพาะปัสสาวะ (Bladder) หรือช่องทวารหนัก (Rectum) ซึ่งต้องรักษาด้วยการฉายรังสีปริมาณสูงอาจถึง 6000 แรดส์

แนวทางการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

1. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นปฐมภูมิ (Primary prevention) หมายถึง การป้องกันการเกิดมะเร็งในประชากร โดยการควบคุมสาเหตุและสิ่งที่อาจก่อให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกเช่น การควบคุมการดำเนินชีวิตโดยเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่อาจะเป็นอันตราย ควบคุมจำนวนสารที่อาจก่อให้เกิดโรคหรือลดปริมาณลง ซึ่งมาตรการในการป้องกัน (สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ได้แก่

- เผยแพร่ข้อมูลสุขศึกษา เพื่อให้ความรู้แก่ประชาชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น การสำส่อนทางเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพยามหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว เพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

- ปรับปรุงสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธ์หลังการขับถ่ายและหลังมีเพศสัมพันธ์

- แนะนำการใช้ถุงยางอนามัย (Comdom) เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันการได้รับเชื้อไวรัส Human papiloma virus

- ควรขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เพื่อสะดวกในการทำความสะอาด

- เมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เลือดออกหลังการมีเพศสัมพันธ์ เลือดออกก่อนวัยหมดประจำเดือน ตกขาวมีกลิ่นเหม็น มีเลือดปน ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

- ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่

2. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) หมายถึง ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วย และลดอัตราตายด้วยโรคมะเร็งในประชากร โดยการดำเนินงานตรวจค้นหามะเร็งในระยะเริ่มแรก (Early detection) หรือการค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในประชากรปกติ (Screening) โดยการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก (Pap smear) อีกทั้งมีการปรับปรุงบริการทางด้านการแพทย์ เพื่อแก้ไขบกพร่องในเทคนิคการตรวจ การเตรียมสิ่งตรวจและพัฒนาการปฏิบัติงานเซลล์วิทยา ให้สามารถตรวจวินิจฉัย และรายงานผลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ

3. การรักษาบรรเทาอาการเจ็บปวดและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Tertiary prevention) เป็นการให้การรักษาผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งด้วยวิธีที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวตามสภาพของชีวิตต่อไป มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในประเทศไทยและประเทศที่กำลังพัฒนา ก่อให้เกิดการสูญเสียและเป็นอันตรายแก่ชีวิตและสุขภาพ แต่ก็เป็นโรคที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้ามีการตรวจพบและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรกด้วยการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงของเซลล์บริเวณปากมดลูก และถ้าตรวจพบว่าเซลล์บริเวณปากมดลูกมีอาการผิดปกติในระยะเริ่มแรก ก็สามารถรักษาได้ทันท่วงที (ชวลิต เลิศบุษยานุกูล, และดรุณี บุญชื่น, 2555) จึงถือว่าการตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกเป็นประจำ จะสามารถลดอัตราเสี่ยงการเกิดมะเร็งปากมดลูกได้จากการศึกษาเรื่องการมารับบริการการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear เป็นการตรวจคัดกรองเพื่อหาภาวะก่อมะเร็งหรือมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น เพื่อการรักษาอย่างทันท่วงที คือหากมีเซลล์ที่ผิดปกติขึ้นที่ปากมดลูกเซลล์เหล่านี้จะถูกเก็บรวบรวมด้วยเครื่องมือตรวจแล้วป้ายลงบนสไลด์กระจก เพื่อตรวจดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ การตรวจได้มีการพัฒนามาเรื่อย ๆ แต่ข้อเท็จจริงของการตรวจคัดกรอง

นั้น ทำให้เกิดผลลบลวง (false negative rate)ได้ ผลลบลวงจากการตรวจคัดกรองมีสาเหตุที่สำคัญ คือ Sampling error พบได้ 2/3 อาจเกิดจากการที่เซลล์ผิดปกติไม่ได้ถูกเก็บเพื่อการคัดกรองหรือถูกเก็บมาอยู่ที่เครื่องมือไม่ได้ถูกป้ายลงบนสไลด์กระจก และ inter pretation error ซึ่งพบได้ 1/3 ซึ่งอาจเกิดจากปริมาณงานที่มากเกินเกินไปของผู้อ่านผลเซลล์วิทยาแต่ละคน ที่อาจทำให้เกิดความผิดพลาดได้สูงแต่เมื่อพิจารณาถึงอัตราการตายที่ลดลงจากการใช้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และระยะเวลาในการพัฒนากลายเป็นมะเร็งปากมดลูกที่ยาวนาน เช่น จาก CIS กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลา 5-10 ปี และ จาก CIN 1 กลายเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้เวลา 10-17 ปี จึงทำให้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีนี้ยังคงใช้อยู่ในปัจจุบัน เพียงแต่ มีความพยายามที่จะนำวิธีอื่นมาร่วมด้วยเพื่อลดอัตราผลลบลวงของการตรวจคัดกรองให้มากขึ้นด้วย(สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, 2555) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความจำเพาะและความไวของ Pap smear

	Sensitivity(%)	Specificity(%)
For screening	58	69
For detect ASCUS:CIN 1	68	75
For detect LSIL:CIN2,3	81	77

ดังนั้น สมาคมสูตินรีแพทย์อเมริกัน (ACOG recommendation) จึงแนะนำให้สตรีที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุกปีถ้าผลปกติติดต่อกัน 3 ปี อาจจะตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 3 ปี และจากข้อมูลของ IARC ปี 1986 เกี่ยวกับ การลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูก เทียบกับความถี่ของการตรวจคัดกรอง จึงแนะนำให้ตรวจคัดกรองในสตรีระหว่างอายุ 35-60 ปี ทุก 3 ปี แต่เนื่องจากกลุ่มประชากรดังกล่าวในประเทศไทยประมาณ 10.5 ล้านคน และ จำนวนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง น่าจะเป็นเหตุผลที่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544)ในเรื่องการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เริ่มต้นตรวจตั้งแต่อายุ 35 ปี และตรวจทุก 5 ปี ดังตารางที่

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความถี่การตรวจ Pap smear กับ การลดอุบัติการณ์การเกิดมะเร็ง

ความถี่ของการตรวจคัดกรอง (ปี)	ลดอุบัติการณ์ (%)
10	4.1
5	83.6
3	90.8
2	92.5
1	93.5

จากการศึกษาขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2535 อายุที่ควรได้รับการตรวจ และความถี่ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear โดยคำนึงถึงอายุ ความถี่ และการครอบคลุมของการตรวจคัดกรอง พบว่า การทำ Pap smear ในประชากรหญิง 35 - 60 ปี โดยการตรวจทุก 5 ปี และมีความครอบคลุมร้อยละ 50 จะสามารถลดอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกลงได้ถึงร้อยละ 44 ดังนั้นการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear จึงเป็นวิธีการที่สามารถยืนยันได้ว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราตายของมะเร็งปากมดลูกได้ โดยก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดเสียค่าใช้จ่ายไม่สูงเป็นที่ยอมรับ และใช้กันอย่างแพร่หลาย (ชำนาญ เกียรติพีรกุล, 2549)

การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจค้นหามะเร็งในระยะแรกด้วยการตรวจแป๊ปสเมียร์ ควรไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหลังประจำเดือนหมดแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ สำหรับผู้ที่ไม่มีประจำเดือนแล้วให้มาได้ตามสะดวก ไม่ควรมีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง ห้ามสวนล้างภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง ควรงดการมีเพศสัมพันธ์วันก่อนมารับการตรวจภายในไม่ควรเหน็บยาใด ๆ ในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง ควรนุ่งกระโปรงมาตรวจไม่นุ่งกางเกง

ความเชื่อด้านสุขภาพ

ความเชื่อด้านสุขภาพ การแสดงพฤติกรรมของบุคคล อาศัยตัวแปรทางจิตสังคมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมอนามัยของบุคคลส่งผลต่อบุคคลในลักษณะแตกต่างกันเช่นเดียวกับด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยความเชื่อจะเป็นส่วนประกอบด้านความคิดความเข้าใจในตัวบุคคล ความเชื่อดังกล่าวอาจเป็นเพียงความรู้สึกนึกคิดที่เป็นผลจากการที่บุคคลได้รับประสบการณ์ทั้งทางตรงหรือทางอ้อมรวมทั้งการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะความเชื่อด้านสุขภาพที่จะเป็นตัวกำหนด

พฤติกรรมอนามัยของการป้องกันโรคต่างๆ ตลอดจนการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์(กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2542)

แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ (จุฬาภรณ์ โสตะ, 2552) ได้เริ่มมีการพัฒนาขึ้นมาประมาณปี ค.ศ.1950-2003 โดยนักจิตวิทยาสังคมของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยช่วงแรกแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพนำใช้เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน โดยมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ไปบริการโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายหรือเสียน้อยมาก แต่กลับพบว่ามีประชาชนไปรับบริการจำนวนน้อย จึงเกิดคำถามว่าทำไมประชาชนจึงไม่ค่อยสนใจพฤติกรรมการป้องกันโรค และมีปัจจัยอะไรบ้างที่มีอิทธิทำให้ประชาชนปฏิบัติตัวหรือไม่ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ได้มีนักจิตวิทยาสังคมกลุ่มหนึ่งเชื่อว่าน่าจะเกิดจากความเชื่อของประชาชน จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพขึ้น เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของประชาชน องค์ประกอบพื้นฐานการสร้างของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลจะแสวงและปฏิบัติตามคำแนะนะด้านสุขภาพภายใต้สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้และแรงจูงใจต่อสุขภาพจะต้องเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวการณ์เจ็บป่วยและเชื่อว่าการศึกษาเป็นวิธีที่สามารถควบคุมได้ ตลอดจนเชื่อว่าค่าใช้จ่ายของการควบคุมโรคไม่สูงเกินไป เมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ความเชื่อว่าโรคที่เป็นสามารถรักษาให้หายได้ และการรับรู้เกี่ยวกับราคาค่าใช้จ่าย

ต่อมา Becker and Maiman (1980) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและได้เพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factors) และสิ่งชักจูงใจไปสู่การปฏิบัติ (Cues to Action) นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพื่อประกอบการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมาได้มีการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อนำไปใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์

องค์ประกอบหลักของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยมีดังนี้

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้องเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึง ความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่า ตนเองง่ายต่อการเป็นโรค

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการเสียชีวิตความยากลำบาก

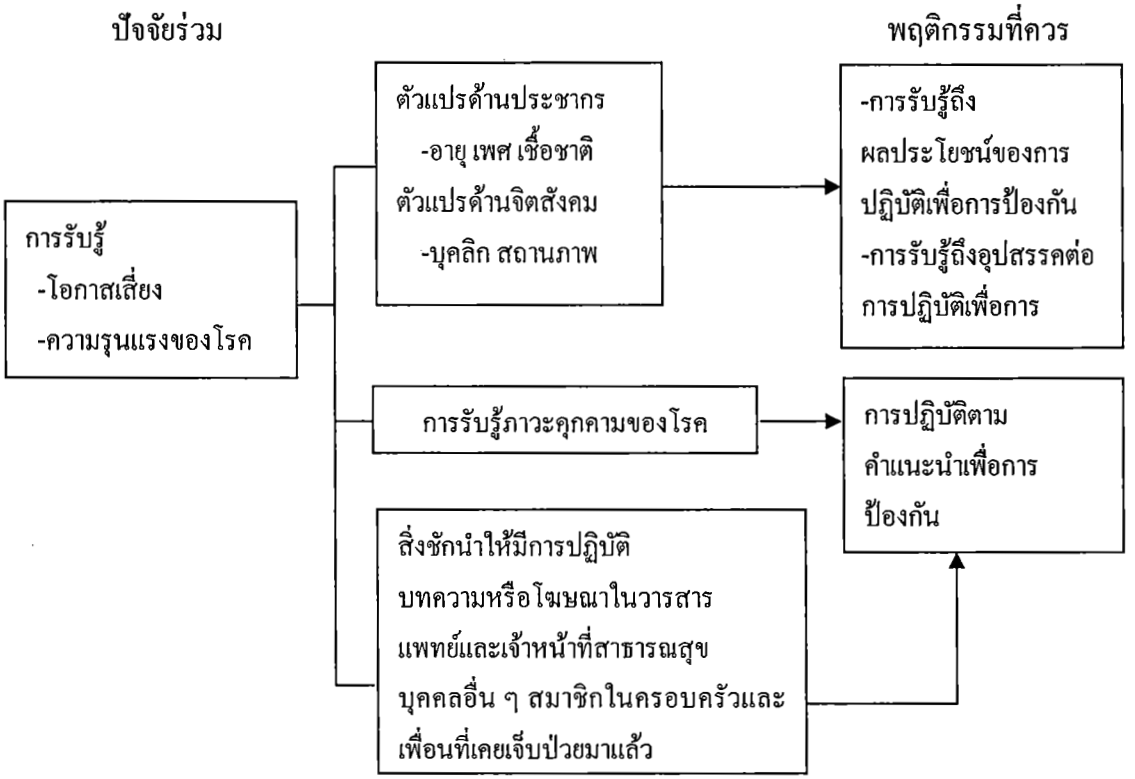
และการใช้ระยะเวลานานในการรักษาการเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตนเอง ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคดังกล่าว อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน ดังการศึกษาของ เนื้อทิพย์ ศรีอุดร (2550) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างติ้ว อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 91.30

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่าย/อุปสรรค (Perceived benefits and cost/barriers) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดี และข้อเสียของพฤติกรรมนั้น ๆ โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้ผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจในคำแนะนำ รวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วย ดังการศึกษาของ จำปี ยังวัฒนา (2551) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง

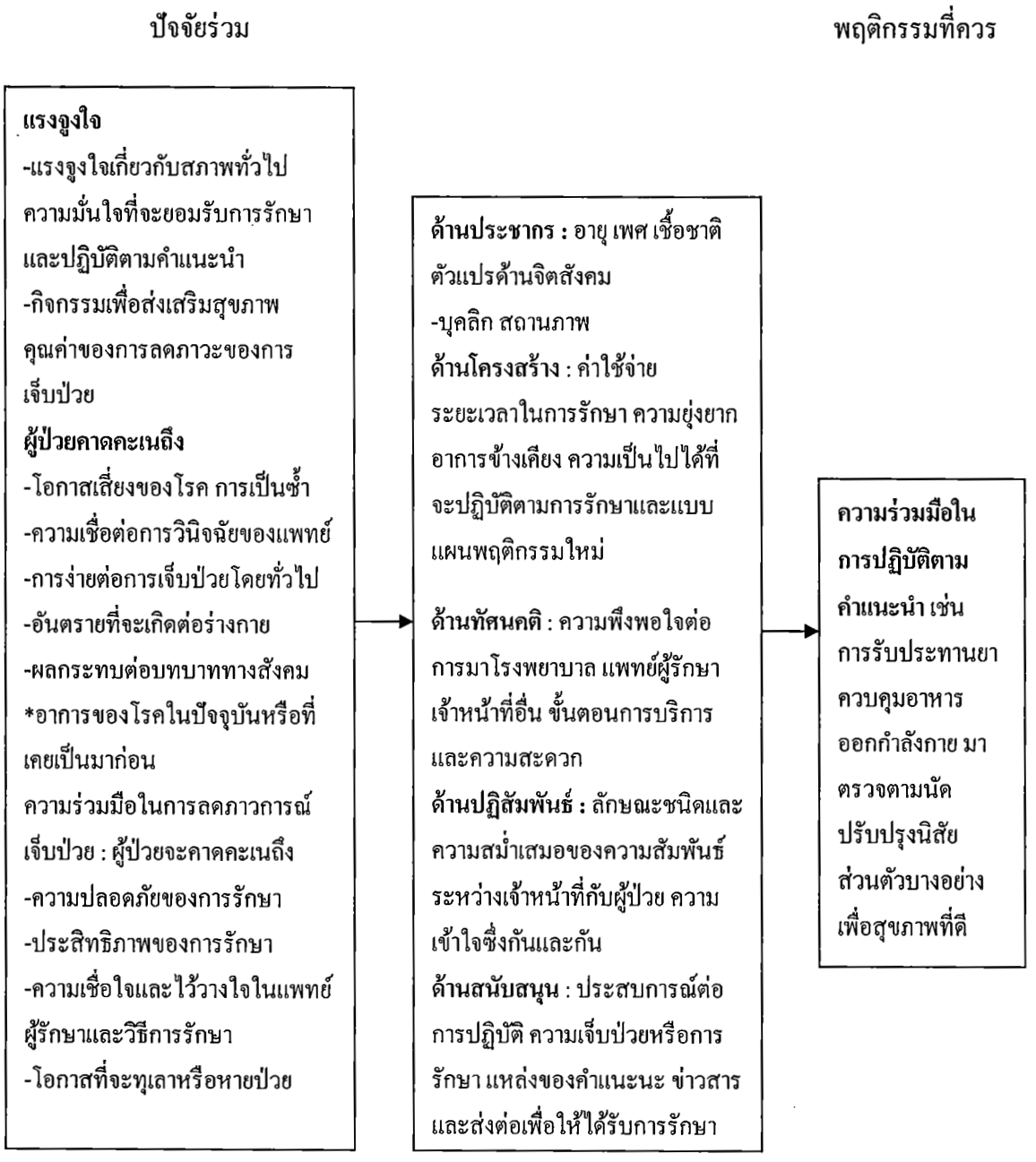
4. แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกอารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลซึ่งเกิดขึ้นจากการกระตุ้นจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล สิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนะ ความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก ส่วนสิ่งเร้าภายนอก เช่น ข่าวสาร เอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพจะเป็นผลผลักดันร่วมกับความรู้ด้านต่าง ๆ ให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในระดับความพึงพอใจความต้องการความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ

ของเจ้าหน้าที่ แรงจูงใจในการถูกนำมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยในลักษณะความปรารถนาหรือตั้งใจที่จะยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่เพื่อป้องกันและรักษาโรคนั้น

5. ปัจจัยร่วม ปัจจัยร่วมเป็นส่วนที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ ของบุคคล ระดับการศึกษา ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความซับซ้อนและผลข้างเคียงของการรักษา ลักษณะของความยากง่ายของการปฏิบัติตามการให้บริการ ตัวแปรด้านประชาสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ ตัวแปรด้านสนับสนุน หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ สิ่งกระตุ้นที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลีย ที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์ข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่นที่ให้คำแนะนำการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น



ภาพที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค
การรับรู้ของบุคคล (อ้างในจุฬาภรณ์ โสตะ, 2552)



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทำนายและอธิบายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย (อ้างในจุฬาภรณ์ โสตะ, 2552)

โดยภาพรวมแล้วแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้ความสำคัญกับปัจจัยในตัวของบุคคลและมีแนวคิดหลักว่า พฤติกรรมด้านสุขภาพของคนขึ้นอยู่กับการรับรู้ของคน การรับรู้ของคนเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรม บุคคลจะกระทำและเข้าใกล้สิ่งที่ตนพอใจถ้าคิดว่าเป็นผลดีต่อตน สมมติฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่กลมกลืนสอดคล้อง 3 ปัจจัย คือ

1. บุคคลจะต้องมีสภาวะการจูงใจที่เพียงพอ หรือมีความตระหนักในเรื่องสุขภาพซึ่งแสดงว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ

2. มีความเชื่อว่าตนเองหรือครอบครัวมีโอกาสที่จะมีปัญหารุนแรงเกี่ยวกับสุขภาพ

3. มีความเชื่อว่าการปฏิบัติตามคำแนะนะเรื่องสุขภาพจะเกิดประโยชน์ที่จะช่วยปัญหาในด้านค่าใช้จ่ายในรูปของเวลา แรงงาน เงินทอง และจะต้องเป็นสิ่งที่บุคคลนั้นยอมรับได้

การปฏิบัติตัวของบุคคลในการป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรค จะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุน ให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการสาธารณสุขสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจำเป็นต้องมีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์หรือค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยอื่นที่มีส่วน กระตุ้นการปฏิบัติตัวของบุคคล หลังจากนั้นจึงจัดโปรแกรมสุขศึกษาที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมบุคคลให้มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำร่วมกับการให้บริการที่มีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยาก หลีกเลี่ยงการทำให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกกลัว อาย รวมถึงค่าใช้จ่าย การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อบริการ การเลือกสิ่งชักนำเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งได้มีการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองเป็นจำนวนมาก ที่ให้ผลสนับสนุนว่าการจัดรูปแบบโครงการส่งเสริมสุขภาพหรือโปรแกรมสุขศึกษาตามกรอบแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค หรือร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรคได้ดียิ่งขึ้น

การรับรู้ของบุคคล

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีผู้ทำการศึกษาวิจัยไว้ดังนี้

ศรายุทธ อินทรักษ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เนื้อทิพย์ ศรีอุดร (2550) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างติ้ว อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 91.30

สมาน บุญช่วย (2550) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงว่ามีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรี

จำปี ยังวัฒนา (2551) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา
ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
3
676.994
ศ875ศ

ศรีนวล แกว่นเชิงค้า (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุมาลี ครุฑทิน (2551) ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรคสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001

ชัชฎาพร รัตนถาวร (2552) ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด พบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

324893

สังวร ฉิมมาลา (2552) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.5

อานันตยา พรมรังกา (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

จุฑามาศ บัวลอย (2553) ศึกษาการรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า สตรีมีระดับการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดีมาก การเปรียบเทียบการรับรู้กับข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าสตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์เลยมีการรับรู้น้อยกว่าสตรีที่ตั้งครรภ์ สตรีที่เคยไปรับบริการมีการรับรู้มากกว่าสตรีที่ไม่เคยไปรับบริการ

จากการศึกษางานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีผู้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี การประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทั้งการให้สุขศึกษารายกลุ่มต่อทัศนคติและความตั้งใจต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงมีการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรค เพื่อให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้มีพฤติกรรมการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงได้ประยุกต์ใช้ความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มเสี่ยงให้เห็นความสำคัญของการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเห็นความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูก รับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรง รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น

บทที่ 3
วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two- group pretest- posttest design) โดยศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ รวบรวมข้อมูลตามตัวแปรในการศึกษา ซึ่งมีแผนการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O1	X	O2	O3
กลุ่มเปรียบเทียบ	O4	(X)	O5	O6

เมื่อ

O หมายถึง การเก็บข้อมูลด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ การไปรับการตรวจคัดกรอง

O_1 และ O_4 หมายถึง การเก็บข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ ก่อนการทดลอง

O_2 หมายถึง การเก็บข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ และความพึงพอใจหลังการทดลองทันที

O_5 หมายถึง การเก็บข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ หลังการทดลองทันที

O_3 และ O_6 หมายถึง การเก็บข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ การไปรับการตรวจคัดกรอง ติดตามผล 4 สัปดาห์

X หมายถึง การให้การทดลองด้วยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

(X) หมายถึง การได้รับการบริการตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรเป้าหมาย ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ สตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30 – 59 ปี อาศัยอยู่ในเขตตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นสตรีกลุ่มเป้าหมายในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ที่ยังไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก) จำนวน 969 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าและคัดเลือกออก ดังนี้

1. เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Include criteria) คือ

1.1. เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงอายุ 30-59 ปี

1.2 ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาอย่างน้อย 5 ปีที่ผ่านมา

1.3 อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ตำบลคำใหญ่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2555

1.4 มีความสามารถในการรับรู้และให้ความร่วมมือ

1.5 ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เกณฑ์การคัดเลือกออก (Exclude Criteria) คือ

2.1 ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

2.2 อยู่ในระหว่างตั้งครรภ์

2. ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่มีลักษณะงานวิจัยเหมือนกับการศึกษาครั้งนี้ โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันด้วยสูตร (อ้างใน อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2550, หน้า 300) ดังนี้

$$n = \frac{2\sigma^2\left(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}\right)^2}{\left(\mu_1 - \mu_2\right)^2}$$

เมื่อ

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

α = ระดับนัยสำคัญ (Type I error) กำหนดให้ที่ 0.05

B = ความเชื่อถือได้ (Type II error) กำหนดให้ที่ 95 %

Z_α= คะแนนมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า 1.96

$Z\beta$ = คะแนนมาตรฐานที่ 95 % มีค่า 1.64

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของประชากรกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สำหรับค่า μ_1, μ_2 และ σ ได้จากการศึกษาของเสาวลักษณ์ สัจจา (2551) เกี่ยวกับประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-59 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 39 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 39 คน หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก 33.54 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.48) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก 27.74 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.83) จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเนื่องจากมีลักษณะงานวิจัยคล้ายคลึงกัน

สูตร

$$S_p^2 = \frac{(n_1-1)sd_1^2 + (n_2-1)sd_2^2}{n_1+n_2-2}$$

แทนค่าในสูตร

$$\text{ความแปรปรวนร่วม} = \frac{(39-1)2.48^2 + (39-1)2.83}{39+39-2}$$

$$= 7.08$$

กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ดังนั้น

$Z_\alpha = 1.96$ และกำหนดระดับความเชื่อมั่น 90 %

$Z_\beta = 1.28$

$$n = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2\sigma^2}{\mu_1-\mu_2}$$

$$= \frac{2(1.96+1.28)^2 7.08^2}{(33.54-27.74)^2}$$

$$= 31.28$$

$$= 32$$

แสดงว่าการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 32 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะขนาดใหญ่หรือเล็กต้องยึดจำนวนสมาชิก ความเสมอเหมือนกันของสมาชิกประชากร ความคลาดเคลื่อนที่ยอบรับได้ และระดับความเชื่อมั่นในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในทางปฏิบัติ ถ้ายึดทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theorem) กลุ่มตัวอย่างต้องมีจำนวนตั้งแต่ 30 ขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ เพราะเมื่อกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนตั้งแต่ 30 ขึ้นไป การกระจายของค่าสถิติตัววอย่างจะมีค่าใกล้เคียงกับการกระจายแบบ

โค้งปกติ (อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, หน้า 86) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 36 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และ กลุ่มเปรียบเทียบอีก 36 คน รวม 72 คน

3. การสุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างโดยมีเกณฑ์การคัดเลือกตามคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 เกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในการศึกษา เป็นหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

3.2 เป็นหมู่บ้านที่มีความครอบคลุมต่ำในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 12 หมู่บ้าน

3.3 คัดเลือกผู้มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับสลากบัญชีรายชื่อสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่เคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มละ 36 คน

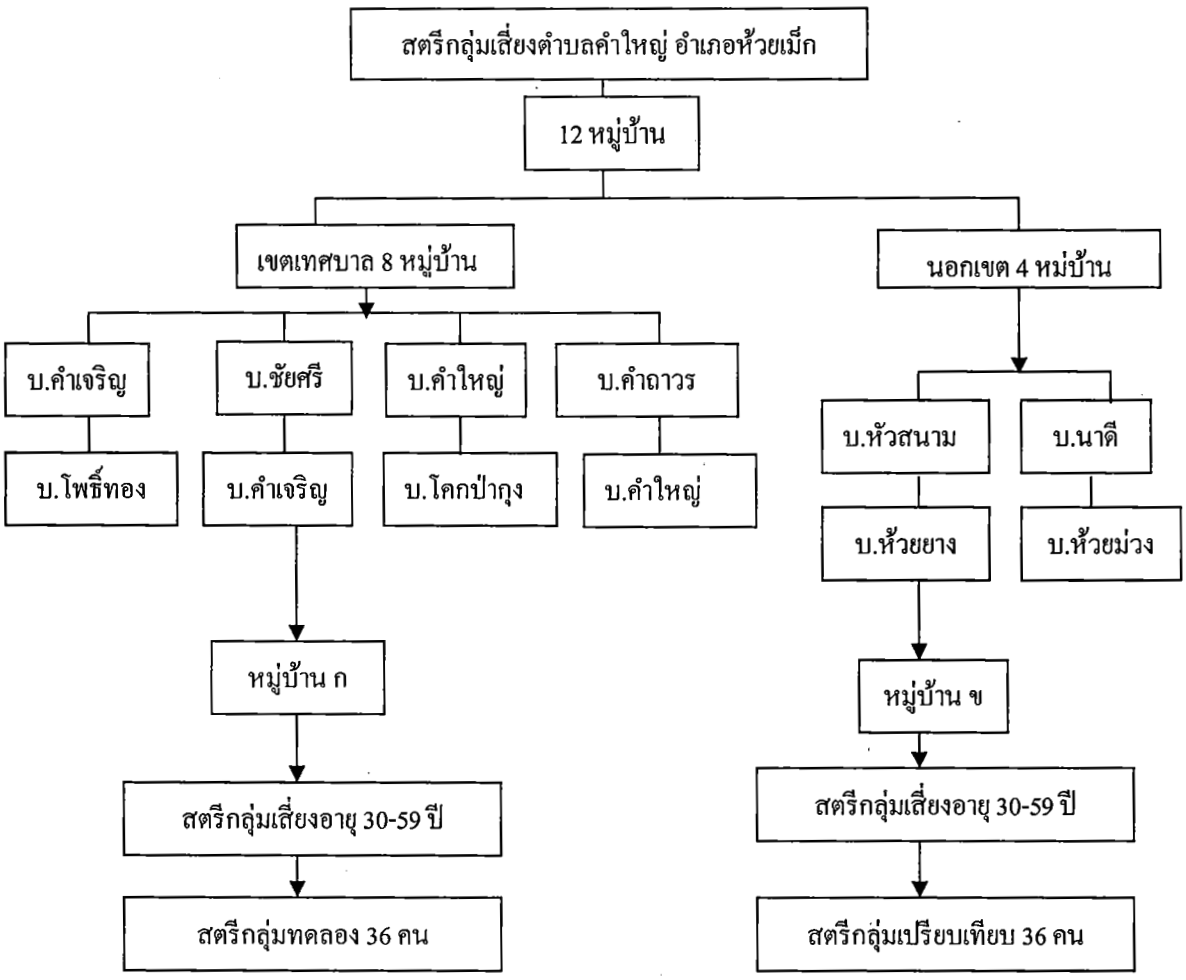
3.4 ทำการสุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi Stage Sampling) โดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งประชากรทั้งหมดออกเป็นสองเขต คือเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล เพื่อป้องกันการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งอาจทำให้การทดลองเกิดความผิดพลาด จึงทำการสุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากได้เขตเทศบาลเป็นกลุ่มทดลอง นอกเขตเทศบาลเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

ขั้นตอนที่ 2 หมู่บ้านของเขตเทศบาล 8 หมู่บ้าน และนอกเขตเทศบาล 4 หมู่บ้าน ทำการสุ่มตามหมายเลขหมู่บ้านที่มีสตรีกลุ่มเสี่ยง โดยสุ่มเลือกหมู่บ้านมา 1 หมู่บ้าน ในแต่ละเขต กรณีหมู่บ้านที่จับสลากได้ในแต่ละเขตมีจำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงน้อยกว่า 36 คน จะจับสลากหมายเลขของหมู่บ้านเพิ่มจนกว่าจะได้จำนวนรวมของตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมีจำนวนมากกว่าหรือเท่ากับ 36 คน

ขั้นตอนที่ 3 ทำการสุ่มโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ตามบัญชีรายชื่อของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตามคุณสมบัติข้างต้น โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน จนครบจำนวนตัวอย่าง ถ้ามีกลุ่มเสี่ยงปฏิเสธให้สุ่มหยิบจากบัญชีรายชื่อที่สำรวจไว้เพิ่มจนครบจำนวนตัวอย่าง

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 72 คน โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง คือ หมู่บ้าน ก จำนวน 36 คนและกลุ่มเปรียบเทียบหมู่บ้าน ข จำนวน 36 คน



ภาพที่ 4 การสุ่มตัวอย่างประชากร

เครื่องมือการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อส่งเสริมการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยการศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพโดยปรับปรุงกิจกรรมและเนื้อหาให้เหมาะสมกับพื้นที่ที่ทำการศึกษา

1. หลักการและเหตุผล โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกัน และรักษาให้หายขาดได้ หากได้รับการค้นพบความผิดปกติจากการตรวจคัดกรองในระยะเริ่มแรก ซึ่งสามารถทำให้มีการรักษาได้อย่างทันท่วงที จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเป็นโรค การเป็นโรคจะก่อให้เกิด

ความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง และการกระทำจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมทั้งการสนับสนุนสู่การปฏิบัติ บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและให้ความร่วมมือในการรักษา การศึกษาในครั้งนี้จึงได้มีการนำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นเครื่องมือในการทดลอง โดยคาดหวังว่าการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกจะทำให้สตรีกลุ่มเสี่ยงรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติ อุปสรรคของการปฏิบัติ เห็นความสำคัญของปัญหา และไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (อ้างใน จุฬาภรณ์ โสตะ, 2552) ได้เสนอแนะว่า บุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเป็นโรค การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง และการกระทำจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค รวมทั้งการสนับสนุนสู่การปฏิบัติบุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคและให้ความร่วมมือในการรักษาด้วย

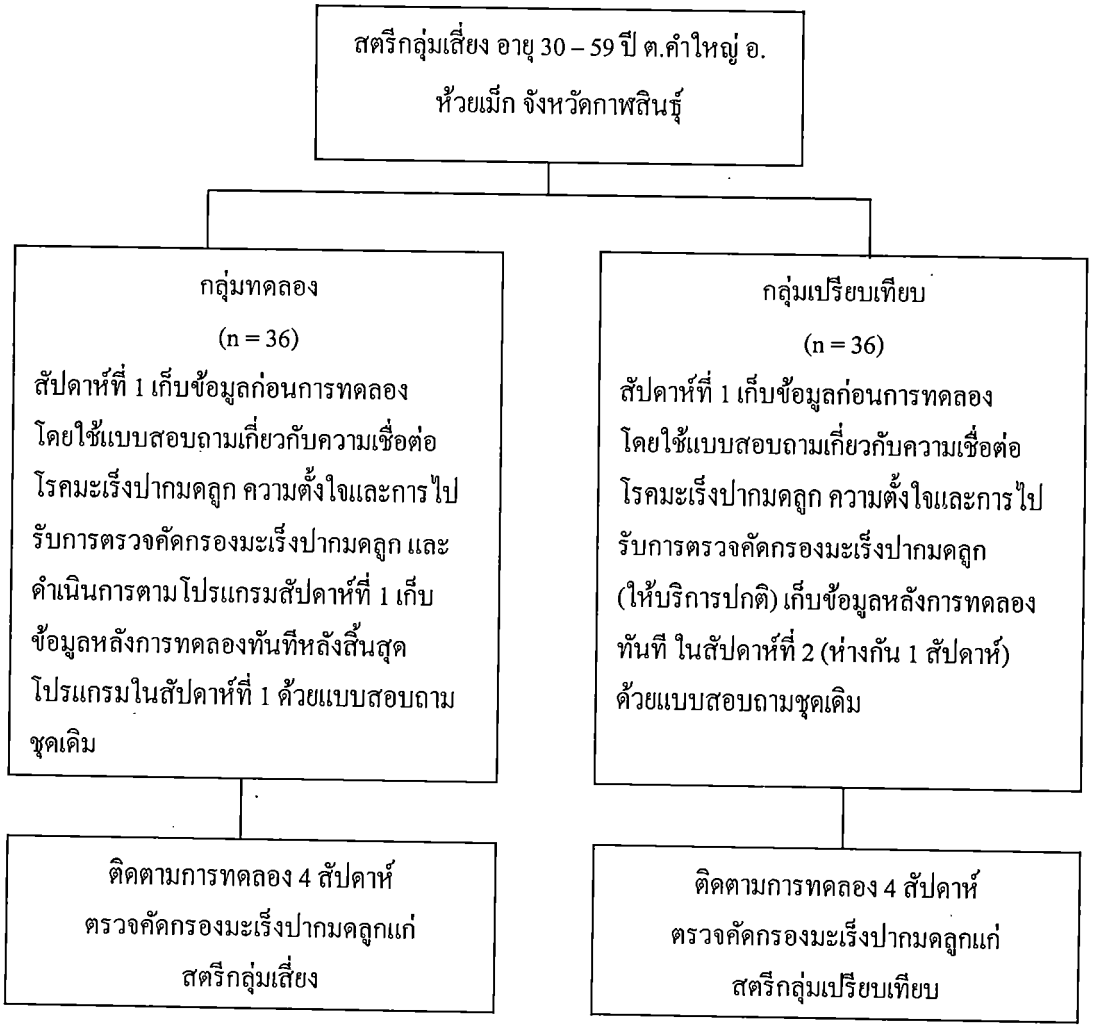
2. วัตถุประสงค์ เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการไปตรวจคัดกรอง และไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. เนื้อหา เนื้อหาของโปรแกรมประกอบด้วย ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกสถานการณ์ ความรุนแรง ความเสี่ยงและความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โดยกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนตระหนักถึงสถานการณ์ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถระบุปัจจัยเสี่ยงของสตรีต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และบอกถึงความแตกต่างของมะเร็งในระยะเริ่มแรกและระยะลุกลาม การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกรวมทั้งสามารถบอกขั้นตอนและวิธีการเตรียมตัวก่อนไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

4. วิธีการ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จัดกิจกรรมสุขศึกษาจำนวน 1 วัน ใช้รูปแบบการบรรยายประกอบ Power point วิดิทัศน์เรื่อง โรคมะเร็งปากมดลูก อุบัติการณ์ของโรค สาเหตุ อาการของโรค วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยเสี่ยงของโรค ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ รวมถึงเสนอตัวแบบบุคคล และทำการแบ่งกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน ประเมินผลระหว่างดำเนินการ โดยการสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ความสนใจ การซักถามและการอภิปราย ทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามการทดลอง 4 สัปดาห์

5. สื่อที่ใช้ ได้แก่ บรรยายประกอบวิดิทัศน์เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก สื่อโปสเตอร์ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก แผ่นพับความรู้เรื่องโรคมะเร็งปาก สื่อวิดิทัศน์พยาธิสภาพของปากมดลูกและการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูกจากปกติจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูก การถ่ายทอดประสบการณ์จากผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก การเสนอตัวแบบทางบวกที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี คู่มือความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

6. การประเมินผล สังเกตจากการมีสัมพันธภาพระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น การซักถาม การตอบคำถาม



ภาพที่ 5 ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษา

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ การศึกษาในครั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร การคุมกำเนิด รายได้และเหตุผลการไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีลักษณะคำถามแบบเปิดและปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของสตรีในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ถามความคิดเห็นเกี่ยวกับ เนื้อหาที่ใช้ในโปรแกรม วิธีการสอน สื่ออุปกรณ์การสอน ผู้สอนและบรรยากาศการจัดการเรียนการสอน จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความเชิงบวก	ข้อความเชิงลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3
ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรอง และความพึงพอใจแบ่งคะแนนที่ได้เป็น 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ของบลูม Benjamin Bloom (อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2553, หน้า 207)

ระดับมาก ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม

ระดับปานกลาง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60 -79 ของคะแนนเต็ม

ระดับน้อย ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

2. การสร้างเครื่องมือ ในการศึกษามีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 ทำการค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้น โดยศึกษารายละเอียดจาก หนังสือทางวิชาการ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.2 กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์และสมมติฐานการศึกษา

2.3 นำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น เสนอประธานกรรมการที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบโครงสร้าง เนื้อหาของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขเพื่อนำไปใช้

2.4 ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปใช้ในการศึกษา

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Valility) โดยการนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิผู้มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และประสบการณ์ 3 ท่าน แล้วทำการปรับปรุงแก้ไขตามที่ได้รับคำแนะนำ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนในเนื้อหา การเรียงลำดับคำถาม ก่อนนำไปใช้ต่อไป

3.2 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปใช้กับสตรีตำบลพิมูล อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน ในวันที่ 18 เดือนกรกฎาคม 2555

และนำมาหาความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเท่ากับ 0.69

การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในการดำเนินการศึกษา มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานและแจ้งขั้นตอนการศึกษาต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขอความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.2 จัดประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข เกี่ยวกับวัตถุประสงค์และรูปแบบในการดำเนินการศึกษาตามโปรแกรมที่กำหนดให้รับทราบ รวมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้

1.3 ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการสอบถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือก โดยให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินดีเข้าร่วมโครงการตามโปรแกรมสุขศึกษา

1.4 จัดเตรียมสื่อและเครื่องมือ เพื่อใช้ในการประกอบกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษา ได้แก่ อุปกรณ์ในการถ่ายทอดความรู้ วิดิทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ ตัวแบบ (กรณีตัวอย่างเชิงบวก)

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ก่อนทดลอง เก็บข้อมูลรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้จัดสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวโรคมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจในการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

2.2 ดำเนินการตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่กำหนดไว้

2.3 เก็บข้อมูลด้วยการแจกแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจ และการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มทดลองหลังทดลองทันที

3. ขั้นหลังดำเนินการ

3.1 เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจ และการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดการทดลอง 4 สัปดาห์

3.2 ผู้ศึกษาวิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมดแล้วตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของการตอบคำถามในแต่ละข้อในแบบสอบถามทุกชุด เพื่อดูความครบถ้วนสมบูรณ์ ความถูกต้อง นำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการตั้งครรภ์ การมีบุตรการคุมกำเนิดและเหตุผลการไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่ หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ การไปรับบริการ ความพึงพอใจ วิเคราะห์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลองทันที และติดตามการทดลอง 4 สัปดาห์ ด้วย paired sample t-test

4. การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการให้โปรแกรมด้วย Indepentdent Sample t-test

5. การเปรียบเทียบสัดส่วนการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลอง ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ด้วย Z - test

6. การหาขนาดผลการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Valentine & Cooper, 2003) โดยใช้สูตร

$$ES = \frac{\overline{X_1} - \overline{X_2}}{S}$$

เมื่อ $\overline{X_1}$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\overline{X_2}$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ

S = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มเปรียบเทียบ

หมายเหตุ ถ้าความแปรปรวน (S^2) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่เท่ากัน ต้องใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานรวมของกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบรวมกัน

กรณีขนาดตัวอย่างของ 2 กลุ่มเท่ากัน $S=\sqrt{\frac{S_1^2+S_2^2}{2}}$

กรณีขนาดตัวอย่างของ 2 กลุ่มไม่เท่ากัน $S=\sqrt{\frac{(n_1-1)S_1^2+(n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2}}$

7. ความพึงพอใจ หาความพึงพอใจรายข้อด้วยการทำแจกแจงความถี่ หาจำนวนและร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อ หาระดับความพึงพอใจด้วยการให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละของคะแนนเต็ม และทดสอบค่าเฉลี่ยกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็มด้วย One Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทุกคน จะได้รับการชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโครงการและเป็นการตัดสินใจโดยอิสระ การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่างประกอบด้วย ข้อมูลที่เก็บมาทุกข้อมูลในแบบสอบถาม จะปกปิดเป็นความลับหากนำไปเผยแพร่จะ นำข้อมูลทั้งหมดไปใช้โดยไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลไปเผยแพร่ เช่น ข้อมูลในแบบสอบถาม จะไม่มีชื่อ ที่อยู่ หรือสัญลักษณ์ใด แสดงความเป็นตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลได้ขออนุญาตพร้อมกับชี้แจงและยินดีให้ความร่วมมือ ผู้ศึกษาได้มีการสอบถามยืนยัน โดยชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวระหว่างการศึกษา โดยไม่เกิดผลเสียหายใด ๆ พร้อมกับชี้แจงประโยชน์และผลกระทบในการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อมีการนำเสนอผลการศึกษาจะแสดงผลเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น

บทที่ 4
ผลการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง(Two- group pretest- posttest design) โดยศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ศึกษากลุ่มตัวอย่าง 72 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 36 คน ทำการศึกษาในช่วงเดือน กรกฎาคม - สิงหาคม 2555 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (หลังการทดลอง 4 สัปดาห์) นำเสนอโดยการบรรยายประกอบตารางตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความเชื่อด้านสุขภาพ
3. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. ความพึงพอใจต่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อมูลส่วนบุคคล

จากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ศึกษาครั้งนี้มีคุณลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลดังนี้ อายุ พบว่า ในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 37 – 51 ปี จำนวน 15 คน (41.7%) รองลงมามีอายุต่ำกว่า 36 ปี จำนวน 10 คน (22.2%) โดยมีอายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 58 ปี และมีอายุเฉลี่ย 44.53 ปี ในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 37 – 51 ปี จำนวน 19 คน (52.8%) รองลงมามีอายุต่ำกว่า 36 ปี จำนวน 10 คน (27.8%) โดยมีอายุต่ำสุด 32 ปี อายุสูงสุด 55 ปี และมีอายุเฉลี่ย 42.25 ปี ระดับการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน18 คน (50%) รองลงมาระดับประถมศึกษา 17 คน (47.2%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาจำนวน 20 คน(55.6%)รองลงมาระดับประถมศึกษาจำนวน 13 คน (36.1%) การประกอบอาชีพพบว่ากลุ่มทดลองมีอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 13 คน (36.1%) รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้านจำนวน 10 คน (27.8%) และรับจ้างจำนวน 10 คน (27.8%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีอาชีพเกษตรกรรม 15 คน (41.7%) รองลงมามีอาชีพแม่บ้าน

จำนวน 11คน (30.6%) และรับจ้างจำนวน 6 คน (16.7%) สถานภาพสมรสพบว่าในกลุ่มทดลองมีคู่ จำนวน 25 คน (69.4%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีคู่จำนวน 22 คน (61.1%) จำนวนบุตรพบว่า ในกลุ่ม ทดลองมีบุตรน้อยกว่า 2 คน จำนวน 28 คน (77.8%) ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จำนวน 8 คน (22.2%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีบุตรต่ำกว่า 2 คน 29 คน (80.6%) ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป จำนวน 7 คน (19.4%) การคุมกำเนิด พบว่า กลุ่มทดลองทำหมันจำนวน 18 คน (50.0%) รองลงมายาเม็ดคุมกำเนิดจำนวน 6 คน (16.7%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีคุมกำเนิดด้วยการทำหมันจำนวน 13 คน (36.1%) รองลงมายา เม็ดคุมกำเนิดจำนวน 12 คน (33.3%) รายได้พบว่า ในกลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท จำนวน 16 คน (44.4%) รองลงมามีรายได้ 5,000-10,000 บาท จำนวน 13 คน (36.1%) ในกลุ่ม เปรียบเทียบมีรายได้ 5,000-10,000 บาทจำนวนร้อยละ 18 คน (50.0%) รองลงมามีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาทจำนวน 14 คน (38.9%) กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบทั้งหมดไม่เคยตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา เหตุผลในการไม่ไปตรวจพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่อาย จำนวน 14 คน (38.9%) ไม่มีอาการผิดปกติจำนวน 7 คน (19.4%) และกลัวเจ็บจำนวน 5 คน (13.9%) ในกลุ่มเปรียบเทียบอายจำนวน 13 คน (36.1%) และกลัวเจ็บจำนวน13 คน (36.1%) ไม่มีอาการผิดปกติจำนวน 8 คน (22.2%) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	n	%	n	%
อายุ				
ต่ำกว่า 36 ปี	8	22.2	10	27.8
37 – 51 ปี	15	41.7	19	52.8
52 ปีขึ้นไป	13	36.1	7	19.4
กลุ่มทดลอง เฉลี่ย 44.53 ปี สูงสุด 58 ปี ต่ำสุด 32 ปี S.D. = 8.31				
กลุ่มเปรียบเทียบ เฉลี่ย42.25ปี สูงสุด 55 ปี ต่ำสุด 32 ปี S.D.=7.58				

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	n	%	n	%
การศึกษา				
ประถมศึกษา	17	47.2	20	55.6
มัธยมศึกษา	18	50.0	13	36.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	2.8	3	8.3
อาชีพ				
เกษตรกรรม	13	36.1	15	41.7
รับจ้าง	10	27.8	6	16.7
แม่บ้าน	10	27.8	11	30.6
ค้าขาย	3	8.3	4	11.1
สถานภาพสมรส				
โสด	2	5.6	4	11.1
คู่	25	69.4	22	61.1
หย่า	4	11.1	2	5.6
หม้าย	3	8.3	3	8.3
แยกกันอยู่	2	5.6	5	13.9
จำนวนบุตร				
จำนวน 1-2 คน	28	77.8	29	80.6
ตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป	8	22.2	7	19.4
การคุมกำเนิด				
ยาเม็ดคุมกำเนิด	6	16.7	12	33.3
ยาฉีดคุมกำเนิด	5	13.9	8	22.2
ทำหมัน	18	50.0	13	36.1
อื่น ๆ	7	19.4	2	5.6

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
<5,000	16	44.4	14	38.9
5,000-10,000	13	36.1	18	50.0
10,000 ขึ้นไป	6	16.7	4	11.1
ประวัติการตรวจคัดกรอง				
เคย	0	0.0	0	0.0
ไม่เคย	36	100.0	36	100.0
เหตุผลในการไม่ไปตรวจ				
อาย	14	38.9	13	36.1
กลัวเจ็บ	5	13.9	13	36.1
ไม่มีอาการผิดปกติ	7	19.4	8	22.2
อื่น ๆ	10	27.8	2	5.6

ความเชื่อด้านสุขภาพ

1. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองส่วนมากมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลางจำนวน 17 คน (47.2%) รองลงมาระดับมากจำนวน 14 คน (38.9%) และระดับน้อยจำนวน 5 คน (13.2%) ในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนมากมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลางจำนวน 17 คน (47.2%) รองลงมาระดับมากจำนวน 12 คน (33.3%) และระดับน้อยจำนวน 7 คน (19.47%) หลังทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับมากจำนวน 28 คน (77.8%) รองลงมาระดับปานกลางจำนวน 7 คน (19.4) และในกลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากจำนวน 19 คน (52.8%) รองลงระดับปานกลางจำนวน 10 คน (27.8%) และระดับน้อยจำนวน 7 คน (19.4) ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับมากจำนวน 30 คน (83.3%) รองลงมามีความเชื่อด้านสุขภาพระดับ

ปานกลางจำนวน 6 คน (16.7%) และในกลุ่มเปรียบเทียบมีความเชื่อด้านสุขภาพระดับมาก จำนวน 24 คน (66.7%) รองลงมามีความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลางจำนวน 7 คน (19.4%) และความเชื่อด้านสุขภาพระดับน้อยจำนวน 5 คน (13.2%) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ จำแนกตามระดับความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูก

ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	14	38.9	5	13.2	17	47.2
กลุ่มเปรียบเทียบ	12	33.3	7	19.4	17	47.2
หลังทดลองทันที						
กลุ่มทดลอง	28	77.8	1	2.8	7	19.4
กลุ่มเปรียบเทียบ	19	52.8	7	19.4	10	27.8
ติดตามผล 4 สัปดาห์						
กลุ่มทดลอง	30	83.3	0	0.0	6	16.7
กลุ่มเปรียบเทียบ	24	66.7	5	13.2	7	19.4

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

2. เมื่อพิจารณาระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวม พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย 67.78 ของคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล มีความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย 71.33 และ 75.31 คะแนน ของคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งสองระยะ และในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย 67.11 ของคะแนนเต็ม 100 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล มีความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย 68.89 และ 71.69 ของคะแนนเต็ม 100 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งสองระยะ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 4 สัปดาห์

กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		หลังติดตามผล	
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.
ทดลอง (n=32)	67.78	2.85	71.33	3.75	75.31	3.03
เปรียบเทียบ (n=33)	67.11	3.16	68.89	4.80	71.69	4.05

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง จำนวน 36 คน พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 67.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.85 คะแนน) หลังทดลองทันทีมีคะแนนเฉลี่ย 71.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.75 คะแนน) และติดตามผล 4 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ย 75.31 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์มีความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองและหลังทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{D}$	S_d	t	p
ก่อนทดลอง	67.78	2.85	3.56	4.01	5.32	<.001
หลังทดลองทันที	71.33	3.75				
ก่อนทดลอง	67.78	2.85	7.53	4.59	9.84	<.001
ติดตามผล 4 สัปดาห์	75.31	3.03				
หลังทดลองทันที	71.33	3.75	3.97	5.50	4.33	<.001
ติดตามผล 4 สัปดาห์	75.31	3.03				

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 100 คะแนน

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 67.78 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.85 คะแนน) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 67.11 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.16 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 71.33 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.75 คะแนน) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 68.89 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.80 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของทั้ง 2 กลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังทดลองทันทีของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.44 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 75.31 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.03 คะแนน) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพ 71.69 คะแนน(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.05 คะแนน) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.61 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 เมื่อนำมาหาขนาดผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 0.51 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มขึ้น 0.89 เท่าในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{D}$	S_d	t	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	67.78	2.85	0.67	0.71	0.94	0.350
กลุ่มเปรียบเทียบ	67.11	3.16				
หลังทดลองทันที						
กลุ่มทดลอง	71.33	3.75	2.44	1.02	2.41	0.019
กลุ่มเปรียบเทียบ	68.89	4.80				
ติดตามผล 4 สัปดาห์						
กลุ่มทดลอง	75.31	3.03	3.61	0.79	4.28	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	71.69	4.05				

ตารางที่ 8 ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีต่อความเชื่อด้านสุขภาพระหว่างหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ความเชื่อด้านสุขภาพ	$\overline{X}$ กลุ่มทดลอง	S.D. กลุ่มทดลอง	$\overline{X}$ กลุ่มเปรียบเทียบ	S.D. กลุ่มเปรียบเทียบ	ES
หลังทดลองทันที	71.33	3.75	68.89	4.80	0.51
ติดตามผล 4 สัปดาห์	75.31	3.03	71.69	4.05	0.89

ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. จำนวนและร้อยละของความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองส่วนมากมีความตั้งใจระดับน้อยจำนวน 35 คน (97.2%) รองลงมาระดับปานกลางจำนวน 1 คน (2.8%) และในกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจระดับน้อยจำนวน 32 คน (88.9%) รองลงมามีความตั้งใจระดับปานกลางจำนวน 4 คน (11.1%) หลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความตั้งใจระดับมากจำนวน 25 คน (69.4%) รองลงมามีความตั้งใจระดับปานกลางจำนวน 11 คน (30.6) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจระดับปานกลางจำนวน 28 คน (77.8%) และมีความตั้งใจระดับปานกลาง และระดับน้อยเท่ากันจำนวน 4 คน (11.1%)

ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีความตั้งใจระดับมากจำนวน 28 คน (77.8%) รองลงมามีความตั้งใจระดับปานกลางจำนวน 7 คน (19.4%) และระดับน้อยจำนวน 1 คน (2.8%) ในกลุ่มเปรียบเทียบมีความตั้งใจระดับปานกลางจำนวน 26 คน (72.2%) รองลงมามีระดับมากจำนวน 9 คน (25.0) คะแนนดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของระดับความตั้งใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์

ระดับความตั้งใจ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	n	%	n	%	n	%
ก่อน						
กลุ่มทดลอง	0	0.0	1	2.8	35	97.2
กลุ่มเปรียบเทียบ	0	0.0	4	11.1	32	88.9
หลังทดลองทันที						
กลุ่มทดลอง	25	69.4	11	30.6	0	0.0
กลุ่มเปรียบเทียบ	4	11.1	28	77.8	4	11.1
ติดตามผล 4 สัปดาห์						
กลุ่มทดลอง	28	77.8	7	19.4	1	2.8
กลุ่มเปรียบเทียบ	9	25.0	26	72.2	1	2.8

2. เมื่อพิจารณาระดับความตั้งใจโดยรวม พบว่ากลุ่มทดลอง ก่อนทดลองมีความตั้งใจเฉลี่ย 12.25 หรือร้อยละ 49 ของคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับน้อย หลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล มีความตั้งใจเฉลี่ย 19.97 คะแนน (79.88%) และ 16.25 คะแนน (65.0%) ของคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้งสองระยะ และในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลองมีความตั้งใจเฉลี่ย 12.58 หรือร้อยละ 50.32 ของคะแนนเต็ม 25 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง หลังทดลองทันทีและหลังติดตามผล มีความตั้งใจ 17.19 คะแนน (68.72%) และ 14.89 คะแนน (59.56%) ของคะแนนเต็ม 25 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางทั้งสองระยะ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 คะแนนความตั้งใจเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 4 สัปดาห์

กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลองทันที		หลังติดตามผล	
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.
ทดลอง (n=32)	12.25	1.32	19.97	1.50	16.25	2.82
เปรียบเทียบ (n=33)	12.58	2.22	17.19	1.63	14.89	1.41

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 คะแนน) หลังทดลองทันทีมีคะแนนเฉลี่ย 19.97 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 คะแนน) และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์มีคะแนนเฉลี่ย 16.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความตั้งใจของกลุ่มทดลองระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์ พบว่า หลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลอง 7.72 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยลดลงจากหลังทดลองทันที 3.72 คะแนน อาจเนื่องจากกลุ่มทดลองไม่ได้รับการกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจากหลังทดลองทันที ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของสตรีกลุ่มทดลอง ระหว่าง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์

กลุ่มทดลอง	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{D}$	S_d	t	p
ก่อนทดลอง	12.25	1.32	7.72	1.54	30.04	< .001
หลังทดลองทันที	19.97	1.50				
ก่อนทดลอง	12.25	1.32	4.00	2.64	6.99	<.001
ติดตามผล 4 สัปดาห์	16.25	2.82				
หลังทดลองทันที	19.97	1.50	-3.72	2.49	10.26	<.001
ติดตามผลการทดลอง	16.25	2.82				

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

3.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อนทดลอง หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 12.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.32 คะแนน) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 12.58 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.22 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับ 0.05 (p=0.442) หลังทดลองทันที พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 19.97 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.50 คะแนน)

กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 17.19 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.63 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีความตั้งใจหลังทดลองทันทีดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 16.25 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.82 คะแนน) กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจ 14.89 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.41 คะแนน) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความตั้งใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่ากลุ่มทดลองมีความตั้งใจระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ดีกว่ากลุ่มเปรียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อนำมาหาขนาดผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นเป็น 1.71 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มขึ้นเป็น 0.96 เท่าในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ ดังตารางที่ 12 และตารางที่ 13

ตารางที่ 12 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์

ข้อความ	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{D}$	S_d	t	p
ก่อนทดลอง						
กลุ่มทดลอง	12.25	1.32	-0.33	0.43	-0.33	0.442
กลุ่มเปรียบเทียบ	12.58	2.22				
หลังทดลองทันที						
กลุ่มทดลอง	19.97	1.50	2.78	0.37	2.78	<.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.19	1.63				
ติดตามผล 4 สัปดาห์						
กลุ่มทดลอง	16.25	2.82	1.36	0.53	1.36	0.012
กลุ่มเปรียบเทียบ	14.89	1.41				

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 25 คะแนน

ตารางที่ 13 ขนาดผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อความตั้งใจระหว่างหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

ความเชื่อด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ES
	$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.	
หลังทดลองทันที	19.97	1.50	17.19	1.63	1.71
ติดตามผล 4 สัปดาห์	16.25	2.82	14.89	1.41	0.96

การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า สตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 27 คน (75.0%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง 11 คน (30.6.0%) เป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 โดยสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีโอกาสไปรับบริการมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

	ตรวจ		ไม่ตรวจ		ผลเปรียบเทียบ	
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	Z	p
กลุ่มทดลอง	27	0.75	9	0.25	3.77	<0.01
กลุ่มเปรียบเทียบ	11	0.31	25	0.69		

ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลอง โดยให้คะแนนเต็ม 50 คะแนน พบว่ากลุ่มทดลอง จำนวนมากสุดมีความพึงพอใจในระดับ พอใจมาก และพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 72.2 (26 คน) ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน	ร้อยละ
พึงพอใจมาก (46 คะแนนขึ้นไป)	26	72.2
พึงพอใจปานกลาง (44-45 คะแนน)	9	25.0
พึงพอใจน้อย (น้อยกว่า 43 คะแนน)	1	2.8
รวม	36	100.0

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 45.31 คะแนน สูงสุด 47 คะแนน ต่ำสุด 43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.31 คะแนน

5.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อผลของโปรแกรมของกลุ่มทดลอง กับค่าเฉลี่ยเกณฑ์ที่ร้อยละ 80

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มทดลอง กับค่าเฉลี่ยเกณฑ์ที่ร้อยละ 80 (42 คะแนน) พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงว่าคะแนนความพึงพอใจของกลุ่มทดลองที่มีต่อผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าร้อยละ 80 ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 ผลการเปรียบเทียบความพึงพอใจของกลุ่มทดลอง เทียบค่าเฉลี่ยเกณฑ์ที่ร้อยละ 80

กลุ่ม	จำนวน	ค่าเฉลี่ยเกณฑ์ที่ 80%	$\overline{X}$	S.D.	t	p
กลุ่มทดลอง	36	42	45.31	1.31	16.41	<.001

หมายเหตุ คะแนนเต็ม 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 45.31 คะแนน สูงสุด 47 คะแนน ต่ำสุด 43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.31 คะแนน

บทที่ 5
สรุปและอภิปรายผล

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ร้ายแรง แต่สามารถตรวจพบได้ในระยะแรกและสามารถป้องกันได้โดยการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear ซึ่งปัจจุบันสตรีกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีป้องกันโรคมากขึ้น รวมถึงมีสถานบริการที่ให้บริการใกล้บ้าน เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน สามารถเดินทางไปถึงในเวลาอันไม่นาน แต่ยังพบว่ามีสตรีที่เจ็บป่วยและไปรับการรักษาด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ถึงแม้จะมีการให้ความรู้ การประสัมพันธ์ให้ทราบถึงวิธีการป้องกันและเชิญชวนให้ไปรับการตรวจคัดกรอง แต่จำนวนสตรีกลุ่มเสี่ยงที่ไปรับการตรวจยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two- group pretest- posttest design) กลุ่มละ 36 คน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นสตรีกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ทำการสุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน โดยทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจากหมู่บ้านในเขตเทศบาล 8 หมู่บ้านและนอกเขตเทศบาล 4 หมู่บ้าน สุ่มอย่างง่ายคัดเลือกหมู่บ้านเขตละ 1 หมู่บ้านเป็นตัวแทนกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อลดโอกาสที่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบปะและแลกเปลี่ยนกัน ซึ่งกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและกลุ่มเปรียบเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ดำเนินการศึกษาในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2555

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษามี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก แบบสอบถามความเชื่อที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความพึงพอใจต่อโปรแกรมซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีการนำไปทดลองใช้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด นำมาหาความเที่ยง(Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเท่ากับ 0.69

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามใน 3 ระยะ คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยความถี่ จำนวนและร้อยละ การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพความตั้งใจ ในกลุ่มเดียวกันใช้ paired sample t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มใช้ Independent Sample t - test วิเคราะห์ข้อมูลการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Z – test และวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ด้วย One Sample t-test

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 37 – 51 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่พบว่ามีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีสถานภาพสมรสคู่ มีบุตรส่วนใหญ่ 1-2 คน การคุมกำเนิดด้วยการทำหมัน พบว่ามีรายได้ส่วนมากประมาณ 5,000-10,000 บาท ไม่เคยไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา เหตุผลในการไม่ไปตรวจส่วนใหญ่พบว่ามีความอาย ไม่มีอาการผิดปกติกลัวเจ็บ

2. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังทดลองทันทีมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองและเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (p=0.019) และติดตามผลทดลอง 4 สัปดาห์มีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองและหลังทดลองทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 โดยพบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นเป็น 0.51 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มขึ้น 0.89 เท่าในระยะติดตามผลทดลอง 4 สัปดาห์

3. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก พบว่ากลุ่มทดลอง หลังทดลองทันทีและติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยหลังทดลองทันทีมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองมากกว่าการเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความตั้งใจลดลงจากหลังทดลองทันที อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p=0.012) โดยพบว่าหลังทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความตั้งใจเพิ่มขึ้นเป็น 1.71 เท่าของกลุ่มเปรียบเทียบ และเพิ่มขึ้น 0.96 เท่าในระยะติดตามผลทดลอง 4 สัปดาห์

4. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 27 คน (75.0%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง 11 คน (30.6.%) เป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 โดยสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลข่าวสาร การกระตุ้นเตือนและมีโอกาสไปรับบริการมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพรายข้อของกลุ่มทดลอง พบว่าด้านเนื้อหากิจกรรมมีความเหมาะสม เข้าใจง่ายชัดเจนระดับมาก 13 คน (63.9%) ด้านสื่อที่น่าสนใจมีความเหมาะสม ระดับมาก 26 คน (72.2%) ด้านเทคนิคการสอนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ระดับมากที่สุด 22 คน (61.1%) ด้านประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมระดับมากที่สุด 30 คน (83.3%) วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็นระดับมากที่สุด 21 คน (58.3%) ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรมระดับมากที่สุด 21 คน (58.3%) ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมที่ความเหมาะสมระดับมาก 22 คน (61.1%) สถานที่จัดกิจกรรม/สถานที่ตรวจมีความเหมาะสมระดับมากที่สุด 29 คน (80.6%) ผู้ร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อวิทยากรระดับมากที่สุด 22 คน (61.1%) อยากให้มีการจัดกิจกรรมนี้ขึ้นอีกระดับมาก 27 คน (75.0%) ศึกษาความพึงพอใจโดยรวม พบว่ากลุ่มทดลองส่วนมากมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมากจำนวน 26 คน (72.2%)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจต่อผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลอง กับค่าเกณฑ์ที่ร้อยละ 80 พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงว่ากลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลของโปรแกรมมากกว่าร้อยละ 80

อภิปรายผล

ผลการศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งได้นำผลมาอภิปรายตามสมมติฐาน ดังต่อไปนี้

สมมติฐานข้อ 1 สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังทดลองทันที และติดตามผล จะมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความตั้งใจดีกว่าก่อนทดลอง แต่ระหว่างหลังทดลองทันทีกับติดตามผลจะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที และติดตามผล 4 สัปดาห์พบว่า หลังการทดลองทันทีกลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับจำปี ยังวัฒนา (2551) ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนอยู่ในระดับปานกลาง และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตนอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของชัชฎาพร รัตนถาวร (2552) ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด พบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม

2. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างก่อน หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง จากการศึกษา พบว่าความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีความตั้งใจดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับศรายุทธ อินทรักษ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้ทัศนคติและความตั้งใจต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 2 หลังทดลองทันทีและติดตามผล สตรีกลุ่มทดลองจะมีความเชื่อด้านสุขภาพ ความตั้งใจ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการเรียนรู้ตามปกติ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง หลังทดลองทันทีและติดตามผลการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองทันที กลุ่มทดลองมีความเชื่อด้านสุขภาพดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับ เสาวลักษณ์ สัจจา (2551) ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35-60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ การรับรู้ถึงอุปสรรคสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และกลุ่มทดลองทุกคนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.001 และสังวร ฉิมมาลา (2552) ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น จังหวัดสระบุรี พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.5

2. ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ก่อน หลังทดลองทันทีและติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังทดลองทันที กลุ่มทดลองมีความตั้งใจดีกว่ากลุ่มเปรียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับศรายุทธ อินทรักษ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจ มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สตรีกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่ม มีความรู้ทัศนคติ และความตั้งใจต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกดีกว่าก่อนการให้โปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อ 3 ระยะติดตามผลหลังทดลอง 4 สัปดาห์ สตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการบริการตามปกติ จากการศึกษา ผลการเปรียบเทียบสัดส่วนการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยงระยะติดตามผลหลัง

ทดลอง 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า สตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 27 คน (75.0%) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียง 11 คน (30.6.0%) เป็นสัดส่วนที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01 สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองมีโอกาสไปรับบริการมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสอดคล้องกับอัญชลี จุติดำรงพันธุ์ (2539) ศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนกลุ่มในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอพรหมศีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 100 คน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลอง จำนวน 50 คน มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและมีการรับรู้ผลดีในการไปรับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีความตั้งใจไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีอัตราการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับเนื้อทิพย์ ศรีอุดร (2550) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างติ่ว อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกและความคาดหวังในความสามารถที่จะควบคุมป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคิดเป็นร้อยละ 91.30 สอดคล้องกับการศึกษาของอานันตยา พรมรังกา (2552) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอป๊ว จังหวัดน่าน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ของการปฏิบัติ สูงกว่าสตรีกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสตรีในกลุ่มทดลองมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มควบคุม

สมมติฐานข้อ 4 สตรีกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80 จากการศึกษาความพึงพอใจของสตรีกลุ่มทดลองต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อผลของการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าร้อยละ 80

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

1.1 การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคและรับรู้ความรุนแรงของโรคได้อย่างชัดเจน แต่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำยังไม่ชัดเจน ควรมีการเพิ่มกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มเติม

1.2 การปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองปากมดลูก ในครั้งนี้เป็นหลักสูตร 1 วัน การจัดกิจกรรมครั้งต่อไปควรมีการขยายระยะเวลาเพิ่มขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีเวลาเรียนรู้ด้วยตนเองและผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ในการศึกษาครั้งต่อไปในรูปแบบเดียวกันควรจัดให้มีแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มตัวอย่างถึงความเชื่อของตนเองเกี่ยวการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อเป็นการเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปปรับใช้ในการดำเนินกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อต่อไป และควรเน้นกิจกรรมที่สร้างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในเรื่องของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลการตรวจ การรักษา เป็นต้น

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2544). *การป้องกันมะเร็งปากมดลูกในสภาวะที่มีทรัพยากรจำกัด*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ครุสภาลาดพร้าว.

กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2547). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา สำนักงานกระทรวงสาธารณสุข. (2542). *แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2547). *มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัยและการรักษา*. กรุงเทพฯ: พี.บี.ฟอ เรนบุ๊คส์เซ็นเตอร์.

จุฑามาศ บัวลอย. (2553). *การรับรู้ความสามารถตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์*. การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

จำปี ยังวัฒนา. (2551). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาเกษตรศาสตร์.

จุฬาภรณ์ โสตะ. (2552). *แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เจตนา ศรีใส. (2540). *ปัจจัยที่มีผลต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน*. การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ชวลิต เลิศบุษยานุกูล และดรุณี บุญชื่น. (2555). *รู้จักรู้เรื่อง รู้รักษา โรคมะเร็ง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : ธนาเพลส จำกัด.

ชัชฎาพร รัตนวาร. (2552). *ผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-59 ปี อำเภอเมืองตราด จังหวัดตราด.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.

ชัญวลี ศรีสุโข. (2552). *ต้าน 4 มะเร็งร้ายในผู้หญิง.* กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชำนาญ เกียรติพีรกุล. (2549). *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก : สถานการณ์ในประเทศไทยและการทบทวนวรรณกรรม.* ศรีนครินทร์เวชสาร คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

นภาลัย โกมลวาสี. (2554). *นับหนึ่งกับมะเร็ง.* กรุงเทพฯ : sanamya publishing.

นันทิราภรณ์ ถิ่นลออ. (2553). *การตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 59 ปี ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เนื้อทิพย์ ศรีอุดร. (2550). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างติ่ว อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.

_____. (2551). *การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ : จามจุรีโปรดักท์.

_____. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

ประนอม ปิ่นทอง. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก สตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ลลิตา ธีระสิริ. (2553). *สุขภาพสตรี ธรรมชาติบำบัดมดลูกรังไข่.* กรุงเทพฯ : รวมทรรศน์.

วิมลพรรณ วรรณพฤกษ์. (2552). *รู้จักโรคมะเร็ง: โรคร้ายที่ป้องกันรักษาได้.* กรุงเทพฯ : Feel good Publishing.

ศรายุทธ อินธรักษ์. (2549). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทัศนคติ และความตั้งใจมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่.* การค้นคว้าอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีนวล แกว่นเชิงค้า. (2551). *ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจที่มีผลต่อการไปรับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.

ศูนย์มะเร็งลพบุรี. (2546). *คู่มือมะเร็งปากมดลูกฉบับประชาชน.* กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติการพยาบาล.* นครศรีธรรมราช : มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). *โครงการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูก.* สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.

สมาน บุญช่วย. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกของสตรีกลุ่มเสี่ยง จังหวัดอุบลราชธานี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

สังวร ฉิมมาลา. (2552). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการจัดการระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *แนวทางการปฏิบัติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด

สุปรียา ตันสกุล และคณะ. (2548). *ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ ฯ : ยุทธรินทร์การพิมพ์

สุมาลี ครุฑทิน. (2551). *ความรู้และความเชื่อสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุรางค์ ตรีรัตนชาติ. (2554). *การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแนวใหม่.* วันที่ค้นข้อมูล 18 สิงหาคม 2555, เข้าถึงได้จาก http://thailisdb.car.chula.ac.th/CU_DC/JouralNov2005/feb041.pdf

เสาวลักษณ์ สัจจา. (2551). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35 – 59 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมมดลุก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย.* วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรุณ จีรวัฒน์กุล. (2550). *ชีวสถิติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา.

อานันตยา พรมรังกา. (2552). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรี อำเภอปัว จังหวัดน่าน.* ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อารีย์ พันธุศาสตร์. (2541). *ปัจจัยที่พบร่วมกับโรคมะเร็งปากมดลุก.* เชียงใหม่: ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิยาลัยเชียงใหม่.

Becker, M.H. (1974). *The health belief model and personal health behavior.* New Jersey: Charles B.Slack

Becker, M.H., Drachman, Robert H., & Kirscht, John P. (1974). A New Approach to Explain in Sick-Rok Behavior in Low-Income Population. *American Journal of Public Health, 64*, 205-215.

Becker, M.H., & Maiman, Lois A. (1980). Strategies for Enhancing Patient Compliance. *Journal of Community Health, 6*, 113-131.

Cobb B. (1997). Communication types and sexual protective practices of college women. *Public Health Nurs, 14*, 293-301.

Cohen, J. (1998). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd.ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Dawson-Saunder, B., & Trapp, R.G. (1993). *Basic & Biostatistics* (2nd .ed.). Norwalk, Connecticut : Appleton & Lange.

Kasl, Stanislav V. (1974). The health belief model and Behavior Related Chronic Illness. *Health Education Monographs*, *2*, 433-449.

Kirseht, John P. (1974). Research Related to the Modification of Heal Beliefs. Health Education *Monographs*, *2* (b), 455-469.

Maiman, Lois A. (1974). The health belief Model : Origin sand Correlates in Psychological Theory. *Health Education Monographs*, *2*, 337-353.

Rosenstock, Irwin. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, *2* (a), 328-335.

Rosenstock, Irwin. M. (1974). The Health Belief Model and Prevention Health Behavior. *Health Education Monographs*, *2* (b), 355-385

Valentine,J.C & Cooper, H. (2003). *Effect Size Substantive Interpretation Guidelines: Issues in the Interpretation of effect Size*. Washington, DC.: What Works Clearinghouse.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ดร.สม นาสอ้าน	นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ส.บ. (บริหารสาธารณสุข) ส.บ. (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) ศ.ม. (บริหารการพัฒนา) ปร.ด. (สิ่งแวดล้อมศึกษา)
นายคำเติม นระศรี	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยเม็ก ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์) ส.ม. (อนามัยสิ่งแวดล้อม)
นางศิริพร มิ่งพันธ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู สบ. (สาธารณสุขศาสตร์) สม. (สุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ)

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

□ □ □

สำหรับเจ้าหน้าที่
หมายเลขแบบสอบถาม
( ) กลุ่มทดลอง ( ) กลุ่มเปรียบเทียบ
( ) ก่อนทดลอง
( ) หลังทดลองทันที
( ) ติดตามผลการทดลอง

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมข้อมูลในเรื่องความเชื่อสุขภาพในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง เพื่อประกอบการทำสารนิพนธ์ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและเป็นข้อมูลในการวางแผนจัดการดำเนินงานสุขศึกษาให้แก่สตรี เพื่อให้สตรีมีการรับรู้ในเรื่องความเชื่อสุขภาพในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกให้ดีขึ้น

2. แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ

การตอบแบสอบถามให้ท่านตอบคำถามที่ตรงกับความความคิดเห็นและความจริงที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านที่สุดเพียงข้อเดียว ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามเป็นข้อมูลที่จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาเท่านั้นจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อท่านผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี และขอขอบคุณในความร่วมมือมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

<u>คำชี้แจง</u> โปรดทำเครื่องหมาย √ ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด พร้อมเติมข้อความลงในช่องว่าง

1. อายุ.....ปี

2. ระดับการศึกษา

( ) 1.ประถมศึกษา ( ) 2. มัธยมศึกษา

( ) 3. ปริญญาตรี ( ) 4. สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

( ) 1. เกษตรกรรม ( ) 2. แม่บ้าน ( ) 3. รับจ้าง

( ) 4. ค้าขาย ( ) 5. รับราชการ

4. สถานภาพสมรส

( ) 1. โสด ( ) 2. คู่ ( ) 3. หย่า

( ) 4. หม้าย ( ) 5. แยกกันอยู่

5. ท่านมีบุตรจำนวน.....คน (รวมทั้งแท้งและคลอดปกติ)

6. ปัจจุบันท่านคุมกำเนิดด้วยวิธีอะไร

( ) 1. ยาเม็ดคุมกำเนิด ( ) 2. ยาฉีดคุมกำเนิด ( ) 3. ทำหมัน

( ) 4. ใส่ห่วงอนามัย ( ) 5. ถุงยางอนามัย ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

7. ระบุรายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

8. ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

( ) 1. เคย เมื่อปี..... ( ) 2. ไม่เคย

9. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเพราะอะไร (ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

( ) 1. อาย ( ) 4. กลัวว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก

( ) 2. กลัวเจ็บ ( ) 5. ไม่มีเวลาไปตรวจ

( ) 3. ไม่มีอาการผิดปกติ ( ) 6. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพต่อมะเร็งปากมดลูกของสตรี

คำชี้แจง 1. โปรดพิจารณาข้อความต่อไปนี้และเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว โดยทำเครื่องหมายถูก (/) ใน ช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

2. การเลือกคำตอบมีหลักเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกเห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ท่านรู้สึกไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
1. ผู้หญิงที่มีอาการตกขาว หรือเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
2. ผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัว มียาย แม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
3. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าผู้หญิงที่แต่งงานอายุมาก					
4. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้น จึงจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
5. ผู้หญิงที่มีสามีสูบบุหรี่ จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
6. โรคมะเร็งปากมดลูกอาจำทำให้เสียชีวิตได้					
7. โรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อเป็นนานๆจะสามารถลุกลามไปอวัยวะที่อื่นได้					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
8. ผู้ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้					
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะเจ็บปวดทุกข์ทรมานมาก					
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาจต้องผ่าตัดเอามดลูกออก					
11. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอาจจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น					
12. การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้ง เป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก					
13. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ทำให้มีโอกาสในการรักษามากขึ้น					
14. การตรวจหาโรคมเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไม่จำเป็น เพราะหากรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจำทำให้เสียกำลังใจและเสียชีวิตเร็วขึ้น					
15. การตรวจมะเร็งปากมดลูก มีส่วนช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัยจากโรคมะเร็งไปแล้วครึ่งหนึ่ง 16. เมื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผลตรวจปกติ ปีต่อไปไม่จำเป็นต้องไปตรวจอีก					

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
17. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว หรือมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกมากหรือกระปิดกระปอย จะช่วยตรวจสอบการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้					
18. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก					
19. การไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย					
20. ท่านไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองโรคมเร็งปากมดลูกเพราะกลัวเจ็บ					

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

<u>คำชี้แจง</u> ให้ท่านตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นและการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุด

ความตั้งใจ	ระดับความตั้งใจ				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง (5)	เห็นด้วย (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่เห็นด้วย (2)	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1)
1. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปามดลูกเมื่อมีการรณรงค์ในพื้นที่เท่านั้น					
2. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ					
3. ท่านจะไปพบแพทย์เพื่อตรวจมะเร็งปากมดลูกเสมอ เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้องน้อย ตกขาวมีกลิ่นเหม็น เลือดออกกระปิดกระปอย					
4. ท่านจะชักชวน เพื่อน ญาติ ให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยกัน					
5. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในปีนี้					

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง

<u>คำชี้แจง</u> โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วพิจารณาเลือกแสดงความคิดเห็นโดยใส่เครื่องหมาย ✓ลงในช่องว่าง หลังข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นที่แท้จริงของท่านมากที่สุด

ประเด็นความคิดเห็น	ระดับความพึงพอใจ				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1. เนื้อหากิจกรรมมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย ชัดเจน					
2. สื่อที่ใช้น่าสนใจ มีความเหมาะสม					
3. มีเทคนิคการสอนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้					
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม					
5. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น					
6. ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม					
7. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม					
8. สถานที่จัดกิจกรรม/ สถานที่ตรวจ มีความเหมาะสม					
9. ผู้ร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อวิทยากร					
10. อยากให้มีการจัดกิจกรรมนี้ขึ้นอีก					

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

ภาคผนวก ค

แผนการจัดกิจกรรม

แผนการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยง ตำบลคำใหญ่ อำเภอห้วยเม็ก จังหวัดกาฬสินธุ์

กิจกรรมที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
1. เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	1. สตรีกลุ่มทดลองรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก 2. สตรีกลุ่มทดลองประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเองได้ 3. สตรีกลุ่มเสี่ยงมีความเชื่อว่าโอกาสเสี่ยงนั้นทำให้เกิดความเจ็บป่วยจากโรคมะเร็งปากมดลูก	**การรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก** คนที่มีโอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก - สตรีอายุ 30ปีขึ้นไปที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก่อน --สตรีที่มีประวัติรับประทานยาคุมเป็นระยะเวลานาน -การมีบุตรหลายคน -การสูบบุหรี่หรือสัมผัสกับควันบุหรี่ -การถ่ายทอดทางพันธุกรรม	-นำเสนอตัวแบบบุคคลที่เคยตรวจแล้วพบความผิดปกติของมดลูกที่ได้รับการส่งต่อ มาเล่าประสบการณ์ในการตรวจ -สตรีกลุ่มทดลองร่วมกันอภิปราย สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างตัวแบบและสตรีกลุ่มเสี่ยง	-ตัวแบบ -กระดาษ -ปากกา	-การมีส่วนร่วมในการซักถาม - การเข้าร่วมกิจกรรม -การแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
1. เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกได้	1. สตรีกลุ่มทดลองสามารถอธิบายความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ 2. สตรีกลุ่มทดลองเกิดความเชื่อว่าโรคมะเร็งปากมดลูกมีความรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม	**การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก** อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะแรกอาจไม่มีอาการผิดปกติ -มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามทำให้เสียชีวิตได้ -ความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานต่อร่างกาย -ผลต่อสุขภาพจิต ของตัวเองและคนใกล้ชิด -ผลกระทบต่อบทบาททางสังคม -เสียค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการรักษา -เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ **มะเร็งระยะลุกลาม** - ระยะที่ 1 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 80 - 95 - ระยะที่ 2 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 60 – 70 - ระยะที่ 3 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 40 -50 - ระยะที่ 4 มีอัตราการอยู่รอด 5 ปี ร้อยละ 10 – 20	-นำเสนอวิดิทัศน์เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก -นำเสนอตัวแบบคนที่ป่วยหรือญาติผู้ป่วย บอกเล่าประสบการณ์ อาการ ความเจ็บป่วย ทรมาน การรักษา ระยะเวลา ค่าใช้จ่าย -ให้สตรีกลุ่มทดลองสนทนากัน ซักถามตัวแบบ แสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนกันและกัน	-วิดิทัศน์ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก -โปสเตอร์/รูปภาพแสดงอาการมดลูกที่เป็นมะเร็ง -แผ่นพับ เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก -กระดาษ -ปากกา	-การมีส่วนร่วมในการซักถาม -การเข้าร่วมกิจกรรม -การแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
3. เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. สตรีกลุ่มทดลองสามารถบอกถึงประโยชน์ของการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ 2. สตรีกลุ่มทดลองเกิดความเชื่อว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์ต่อตนเอง	มะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งโดยการทำPap smear มะเร็งปากมดลูกระยะแรกหรือก่อนระยะลุกลาม -รักษาให้หายขาดได้ -ไม่จำเป็นต้องตัดมดลูก -ภาวะแทรกซ้อนมีน้อย -เสียค่าใช้จ่ายไม่มาก -ไม่เสียเวลาในการรักษา -ไม่เป็นภาระของสังคม	ร่วมกันอภิปรายถึงประโยชน์ของการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก -เสนอตัวแบบทางบวกที่มีการตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปีบอกเล่าประสบการณ์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก -เปิดโอกาสให้สตรีกลุ่มทดลองและตัวแบบพูดคุยซักถามแลกเปลี่ยนประสบการณ์	-ตัวแบบ -กระดาษ -ปากกา	-การมีส่วนร่วมในการซักถาม - การเข้าร่วมกิจกรรม -การแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
4. เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองรับรู้ถึงอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. สตรีกลุ่มทดลองบอกอุปสรรคของการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. สตรีกลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนความเชื่อที่เป็นอุปสรรคต่อการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	**การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก** -ปัญหาและอุปสรรคของการไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย กลัวเจ็บ ไม่มีเวลา ความคุ้นเคยกับจนท. รายได้น้อย การศึกษาน้อย กังวลค่าใช้จ่าย ขาดข้อมูล ไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระยะทางจากสถานที่ตรวจ	-ระดมความคิด ในหัวข้อ อะไรที่ทำให้ท่านไม่ไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก -ร่วมกันแสดงความคิดเห็น เปรียบเทียบอุปสรรคกับสิ่งที่จะได้รับจากไปตรวจคัดกรอง	-ตัวแบบ -กระดาษ -ปากกา	-สตรีกลุ่มเสี่ยงสามารถบอกอุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ -การมีส่วนร่วมในการซักถาม การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น

กิจกรรมที่ 5 แรงจูงใจต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์	วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อและอุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
5. เพื่อให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	1. สตรีกลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจในการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 2. สตรีกลุ่มทดลองไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	**การให้แรงจูงใจ** -สร้างความสนใจ -ให้คำแนะนำ -ให้ข้อมูล -กระตุ้นเตือน	-อภิปรายกลุ่มร่วมกันการจัดกิจกรรมโดยซักถามปัญหาและทบทวนสิ่งที่ได้--สรุปแนวคิดตามประเด็นที่ต้องการในการรับปริการตรวจมะเร็งปากมดลูก -สรุปขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนไปตรวจมะเร็งปากมดลูก -นัดหมาย วัน เวลาที่ต้องการตรวจลงในบัตรนัดพร้อมให้เบอร์โทรศัพท์ เพื่อติดต่อนัดหมายหรือแจ้งผลการตรวจ	-บรรยายประกอบ PowerPoint -แจกเอกสารแผ่นพับ -จดหมายกระตุ้นเตือน -บัตรนัด -กระดาษ -ปากกา	-การมีส่วนร่วมในการซักถาม การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความคิดเห็น -การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ภาคผนวก ง

ตารางวิเคราะห์ข้อมูลรายข้อ

ตารางที่ 17 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. ผู้หญิงที่มีอาการตกขาว หรือ	4	12	13	7	4	4	15	16	4	0
เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มี	11.1	33.3	36.1	19.4	11.1	11.1	41.7	44.4	11.1	0.0
โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง										
ปากมดลูก										
2. ผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัวยาย	0	10	18	6	0	0	11	16	0	4
แม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็น	0.0	27.8	50.0	16.7	0.0	0.0	30.6	44.4	0.0	11.1
โรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาส										
เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปาก										
มดลูก										
3. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย มี	0	16	20	0	0	0	12	24	0	0
โอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	0.0	44.4	55.6	0.0	0.0	0.0	33.3	66.7	0.0	0.0
4. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นจึงจะ	0	15	6	0	0	0	12	18	0	0
มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	0.0	41.7	16.7	0.0	0.0	0.0	33.3	50.0	0.0	0.0
5. ผู้หญิงที่สามีสูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อ	0	2	17	17	0	0	6	20	0	0
การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	0.0	5.6	47.2	47.2	0.0	0.0	16.7	55.6	0.0	0.0
6. โรคมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้	0	15	18	3	0	0	16	18	0	0
เสียชีวิตได้	0.0	41.7	50.0	8.3	0.0	0.0	44.4	50.0	0.0	0.0
7. โรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็น	0	14	18	4	0	0	19	14	0	0
นาน ๆ จะสามารถลุกลามไป	0.0	38.9	50.0	11.1	0.0	0.0	52.8	38.9	0.0	0.0
อวัยวะอื่นได้										
8. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกใน	0	6	26	3	0	0	3	20	0	0
ระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้	0.0	16.7	72.2	8.3	0.0	0.0	8.3	55.6	0.0	0.0
หายได้										
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะ	7	19	8	2	0	7	12	17	7	0
เจ็บปวดและทุกข์ทรมานมาก	19.4	52.8	22.2	5.6	0.0	19.4	33.3	47.2	19.4	0.0
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก	3	14	17	2	0	3	18	15	0	1
อาจต้องผ่าตัดเอามดลูกออก	8.3	38.9	47.2	5.6	0.0	8.3	50.0	41.7	0.0	2.8

ตารางที่ 17 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอาจจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น	3 8.3	6 16.7	21 58.3	3 8.3	3 8.3	3 8.3	21 58.3	21 58.3	3 8.3	2 5.6
12. การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้งเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	0 0.0	24 66.7	12 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	12 33.3	12 33.3	0 0.0	0 0.0
13. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ทำให้มีโอกาสในการรักษามากขึ้น	0 0.0	14 38.9	16 44.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	16 44.4	16 44.4	0 0.0	1 2.8

ตารางที่ 18 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพก่อนการทดลอง

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
14. การตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะหากรู้ว่าเป็นแล้วจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น	4 11.1	16 44.4	13 36.1	3 8.3	4 11.1	16 44.4	18 50.0	13 36.1	4 11.1	0 0.0
15. การตรวจมะเร็งปากมดลูก มีส่วนช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัยจากโรคมะเร็งไปแล้วครึ่งหนึ่ง	0 0.0	1 2.8	20 55.6	12 33.3	0 0.0	1 2.8	14 38.9	15 41.7	0 0.0	3 8.3
16. เมื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผลตรวจปกติปีต่อไปไม่จำเป็นต้องไปตรวจอีก	4 11.1	18 50.0	12 33.3	2 5.6	4 11.1	18 50.0	15 41.7	4 11.1	4 11.1	0 0.0
17. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว หรือมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดจะช่วยตรวจสอบการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	0 0.0	13 36.1	20 55.6	3 8.3	0 0.0	13 36.1	22 61.1	2 5.6	0 0.0	0 0.0

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	3	4	3	2	1	5	4	3	2	1
18. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก	5	19	11	1	0	1	11	21	21	3
เพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก	13.9	52.8	30.6	28.0	0.0	2.8	30.6	58.3	58.3	8.3
19. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	11	22	0	3	0	2	24	8	2	0
เป็นเรื่องน่าอาย	30.6	61.1	0.0	8.3	0.0	5.6	66.7	22.2	5.6	0.0
20. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปาก	14	18	4	0	0	9	13	14	0	0
มดลูกเพราะกลัวเจ็บ	38.9	50.0	11.1	0.0	0.0	25.0	36.1	38.9	0.0	0.0

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพหลังการทดลองทันที

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. ผู้หญิงที่มีอาการตกขาว หรือ	0	0	7	15	7	0	7	12	15	2
เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ	0.0	0.0	19.4	41.7	19.4	0.0	19.4	33.3	41.7	5.6
มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น										
โรคมะเร็งปากมดลูก										
2. ผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัวยาย	9	19	7	12	0	0	9	7	12	8
แม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็น	25.0	52.8	19.4	33.3	0.0	0.0	25.0	19.4	33.3	22.2
โรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาส										
เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปาก										
มดลูก										
3. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย มี	14	20	2	6	0	4	13	13	6	0
โอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	38.9	55.6	5.6	16.7	0.0	11.1	36.1	36.1	16.7	0.0
4. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นจึงจะ	9	24	3	2	0	4	26	4	2	0
มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	25.0	66.7	8.3	5.6	0.0	11.1	72.2	11.1	5.6	0.0
5. ผู้หญิงที่สามีสูบบุหรี่จะเสี่ยงต่อ	9	20	7	0	0	4	27	5	0	0
การเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	25.0	55.6	19.4	0.0	0.0	11.1	75.0	13.9	0.0	0.0
6. โรคมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้	5	21	8	5	0	0	22	9	5	0
เสียชีวิตได้	13.9	58.3	22.2	13.9	0.0	0.0	61.1	25.0	13.9	0.0

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7. โรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นนาน ๆ จะสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่นได้	27 75.0	28 77.8	1 2.8	8 22.2	0 0.0	8 22.2	27 75.0	1 2.8	0 0.0	0 0.0
8. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้	42 66.7	22 61.1	2 5.6	10 27.8	0 0.0	10 27.8	42 66.7	2 5.6	0 0.0	0 0.0
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมาก	19 52.8	20 55.6	3 8.3	14 38.9	0 0.0	14 38.9	19 52.8	3 8.3	0 0.0	0 0.0
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกอาจต้องผ่าตัดเอามดลูกออก	19 52.8	22 61.1	6 16.7	0 0.0	11 30.6	0 0.0	19 52.8	6 16.7	11 30.6	0 0.0
11. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอาจจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น	19 52.8	20 55.6	6 16.7	2 5.6	9 25.0	2 5.6	19 52.8	6 16.7	9 25.0	0 0.0
12. การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้งเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	17 47.2	23 63.9	8 22.2	2 5.6	9 25.0	2 5.6	17 47.2	8 22.2	9 25.0	0 0.0
13. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ทำให้มีโอกาสในการรักษามากขึ้น	24 66.7	19 52.8	1 2.8	11 30.6	0 0.0	11 30.6	24 66.7	1 2.8	0 0.0	0 0.0
14. การตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะหากรู้ว่าเป็นแล้วจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น	16 44.4	0 0.0	8 22.2	7 19.4	3 8.3	7 19.4	16 44.4	8 22.2	3 8.3	2 5.6
15. การตรวจมะเร็งปากมดลูก มีส่วนช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัยจากโรคมะเร็งไปแล้วครึ่งหนึ่ง	1 2.8	16 44.4	4 11.1	0 0.0	30 83.3	0 0.0	1 2.8	4 11.1	30 83.3	1 2.8
16. เมื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผลตรวจปกติปีต่อไปไม่จำเป็นต้องไปตรวจอีก	11 30.6	0 0.0	17 47.2	11 30.6	7 19.4	11 30.6	11 30.6	17 47.2	7 19.4	1 2.8

ตารางที่ 19 (ต่อ)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
17. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการ	9	9	4	0	0	0	7	0	16	3
ตกขาว หรือมีประจำเดือนผิดปกติ	25.0	25.0	11.1	0.0	0.0	0.0	19.4	0.0	44.4	8.3
มีเลือดออกทางช่องคลอดจะช่วย										
ตรวจสอบการเป็นมะเร็ง										
ปากมดลูกได้										
18. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปาก	2	2	13	13	1	7	26	1	2	0
มดลูก เพราะกลัวเป็นมะเร็งปาก	5.6	5.6	36.1	36.1	2.8	19.4	72.2	2.8	5.6	0.0
มดลูก										
19. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก	0	0	8	18	10	4	8	10	14	2
มดลูกเป็นเรื่องน่าอาย	0.0	0.0	22.2	50.0	27.8	11.1	22.2	27.8	38.9	5.6
20. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง	3	3	8	13	7	2	6	7	23	0
ปากมดลูกเพราะกลัวเจ็บ	8.3	8.3	22.2	36.1	19.4	5.6	16.7	19.4	63.9	0.0

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะติดตามผล (หลังทดลอง 4 สัปดาห์)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1. ผู้หญิงที่มีอาการตกขาว หรือ	17	19	0	0	0	13	23	0	0	0
เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ	47.2	52.8	0.0	0.0	0.0	36.1	63.9	0.0	0.0	0.0
มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็น										
โรคมะเร็งปากมดลูก										
2. ผู้หญิงที่มีประวัติครอบครัว	15	21	0	0	0	11	24	1	0	0
ยาย แม่ พี่สาว หรือน้องสาวเป็น	41.7	58.3	0.0	0.0	0.0	30.6	66.7	2.8	0.0	0.0
โรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาส										
เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปาก										
มดลูก										
3. ผู้หญิงที่แต่งงานเมื่ออายุน้อย	0	2	3	20	11	0	15	7	20	3
มีโอกาสเป็นโรคมะเร็งปาก	0.0	5.6	8.3	55.6	30.6	0.0	41.7	19.4	55.6	8.3
มดลูก										
4. ผู้หญิงที่มีบุตรแล้วเท่านั้นจึง	4	26	4	2	0	4	24	8	2	0
จะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็ง	11.1	72.2	11.1	5.6	0.0	11.1	66.7	22.2	5.6	0.0
ปากมดลูก										
5. ผู้หญิงที่สามีสูบบุหรี่จะเสี่ยง	14	21	1	0	0	1	24	11	0	0
ต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	38.9	58.3	2.8	0.0	0.0	2.8	66.7	30.6	0.0	0.0
6. โรคมะเร็งปากมดลูกอาจทำ	17	18	3	0	0	6	21	9	0	0
ให้เสียชีวิตได้	47.2	50.0	2.8	0.0	0.0	16.7	58.3	25.0	0.0	0.0

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะการทดลอง 4 สัปดาห์

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7. โรคมะเร็งปากมดลูกเมื่อเป็นนาน ๆ จะสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่นได้	1 2.8	25 69.4	10 27.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	16 44.4	0 0.0	10 27.8	0 0.0
8. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายได้	9 25.0	26 72.2	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	23 63.9	0 0.0	1 2.8	0 0.0
9. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกจะเจ็บปวดและทุกข์ทรมานมาก	10 27.8	25 69.4	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	23 63.9	0 0.0	1 2.8	0 0.0
10. ผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาจต้องผ่าตัดเอามดลูกออก	14 38.9	19 52.8	3 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	20 55.6	0 0.0	3 8.3	0 0.0
11. โรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกอาจจะไม่มีอาการแสดงให้เห็น	7 19.4	28 77.8	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	23 63.9	0 0.0	1 2.8	0 0.0
12. การตรวจหาเซลล์มะเร็งปากมดลูกอย่างน้อยปีละครั้งเป็นการเฝ้าระวังการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	5 13.9	30 83.3	1 2.8	0 0.0	0 0.0	0 0.0	24 66.7	0 0.0	1 2.8	0 0.0
13. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ทำให้มีโอกาสในการรักษามากขึ้น	4 11.1	26 72.2	6 16.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	16 44.4	0 0.0	6 16.7	0 0.0

ตารางที่ 22 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามความเชื่อด้านสุขภาพระยะติดตามผล (4 สัปดาห์)

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
14. การตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นสิ่งไม่จำเป็นเพราะหากรู้ว่าเป็นแล้วจะทำให้เสียชีวิตเร็วขึ้น	15 41.7	15 41.7	0 0.0	0 0.0	0 0.0	4 11.1	0 0.0	4 11.1	0 0.0	0 0.0
15. การตรวจมะเร็งปากมดลูกมีส่วนช่วยให้ท่านรู้สึกมั่นใจว่าปลอดภัยจากโรคมะเร็งไปแล้วครึ่งหนึ่ง	15 41.7	15 41.7	2 5.6	2 5.6	2 5.6	3 8.3	2 5.6	10 27.8	2 5.6	0 0.0
16. เมื่อตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแล้ว ผลตรวจปกติปีต่อไปไม่จำเป็นต้องไปตรวจอีก	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	5 13.9	0 0.0	5 13.9
17. การไปพบแพทย์ทุกครั้งที่มีอาการตกขาว หรือมีประจำเดือนผิดปกติ มีเลือดออกทางช่องคลอดจะช่วยตรวจสอบการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	20 55.6	20 55.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 16.7	0 0.0	14 38.9	0 0.0	0 0.0
18. ท่านไม่ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเพราะกลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก	1 2.8	1 2.8	23 63.9	23 63.9	23 63.9	8 22.2	23 63.9	14 38.9	23 63.9	0 0.0
19. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย	9 25.0	9 25.0	1 2.8	1 2.8	1 2.8	21 58.3	1 2.8	0 0.0	1 2.8	0 0.0
20. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองเพราะกลัวเจ็บ	0 0.0	0 0.0	4 11.1	4 11.1	4 11.1	0 0.0	4 11.1	4 11.1	4 11.1	8 22.2

ตารางที่ 23 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนทดลอง จำแนกตามความตั้งใจ

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีการรณรงค์ในพื้นที่	0 0.0	0 0.0	5 13.9	25 69.4	6 16.7	2 5.6	3 8.3	7 19.4	17 47.2	7 19.4
2. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ	1 2.8	1 2.8	0 0.0	33 91.7	1 2.8	0 0.0	2 5.6	3 8.3	25 69.4	6 16.7
3. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้องน้อย ตกขาว มีกลิ่น เลือดออกกระปิดกระปอย	0 0.0	1 2.8	0 0.0	31 86.1	4 11.1	0 0.0	2 5.6	3 8.3	25 69.4	6 16.7
4. ท่านจะชักชวน เพื่อน ญาติ ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกัน	0 0.0	0 0.0	4 11.1	26 72.2	6 16.7	0 0.	9 25.0	15 41.7	9 25.0	3 8.3
5. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในปีนี้	13 36.1	20 55.6	3 8.3	0 0.0	0 0.0	1 2.8	16 44.4	14 38.9	5 13.9	0 0.0

ตารางที่ 24 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังทดลองทันที จำแนกตามความตั้งใจ

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีการรณรงค์ในพื้นที่	10 27.8	21 58.3	5 13.9	0 0.0	0 0.0	[illegible] [illegible]	11 30.6	3 8.3	0 0.0	0 0.0
2. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ	8 22.2	16 44.4	12 33.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	6 16.7	30 83.3	0 0.0	0 0.0
3. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูก เมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้องน้อย ตกขาว มีกลิ่น เลือดออกกระปิดกระปอย	13 36.1	19 52.8	4 11.1	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 27.8	11 30.6	[illegible] [illegible]	0 0.0
4. ท่านจะชักชวน เพื่อน ญาติ ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกัน	22 61.1	11 30.6	3 8.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	10 27.8	26 72.2	0 0.0	0 0.0
5. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในปีนี้	0 0.0	6 16.7	30 83.3	0 0.0	0 0.0	0 0.0	13 36.1	23 63.9	0 0.0	0 0.0

ตารางที่ 25 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ จำแนกตามความตั้งใจ

ข้อความ	กลุ่มทดลอง					กลุ่มเปรียบเทียบ				
	3	4	3	2	1	5	4	3	2	1
	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %	n %
1. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเมื่อมีการรณรงค์ในพื้นที่	0 0.0	1 2.8	1 2.8	33 91.7	1 2.8	1 2.8	0 0.0	0 0.0	34 94.4	1 2.8
2. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ	0 0.0	1 2.8	1 2.8	33 91.7	1 2.8	1 2.8	0 0.0	0 0.0	34 90.4	1 2.8
3. ท่านจะไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเมื่อพบอาการผิดปกติ เช่น อาการปวดท้องน้อย ตกขาว มีกลิ่น เลือดออกกระปิดกระปอย	0 0.0	1 2.8	0 0.0	26 72.2	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0	28 77.8	8 22.2
4. ท่านจะชักชวน เพื่อน ญาติ ให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยกัน	0 0.0	23 63.9	16 44.4	0 0.0	16 44.4	16 44.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0
5. ท่านจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกภายในปีนี้	0 0.0	29 80.5	11 30.6	0 0.0	11 30.6	11 30.6	0 0.0	0 0.0	0 0.0	0 0.0

ตารางที่ 26 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง หลังทดลองทันที จำแนกตามความพึงพอใจรายข้อ

ความพึงพอใจ	5		5		5		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. เนื้อหากิจกรรมมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย ชัดเจน	13	36.1	13	63.9	13	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
2. สื่อที่ใช้น่าสนใจ มีความเหมาะสม	10	27.8	10	72.2	10	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
3. มีเทคนิคการสอนและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้	22	61.1	22	38.9	22	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
4. ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม	30	83.3	30	16.7	30	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
5. วิทยากรเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมกิจกรรมร่วมแสดงความคิดเห็น	21	58.3	21	41.7	21	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
6. ความพร้อมของวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดกิจกรรม	21	58.3	21	41.7	21	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
7. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	14	38.9	14	61.1	14	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
8. สถานที่จัดกิจกรรม/สถานที่ตรวจมีความเหมาะสม	29	80.6	29	19.4	29	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
9. ผู้ร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจต่อวิทยากร	22	61.1	22	38.9	22	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10. อยากให้มีการจัดกิจกรรมนี้ขึ้นอีก	9	25.0	9	75.0	9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0