

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

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 – 59 ปี จังหวัดขอนแก่น
**HEALTH BELIEF FACTORS AFFECTING CERVICAL CANCER
SCREENING ATTENDANCE AMONG WOMEN AGED
30 - 59 YEARS, KHONKAEN PROVINCE**

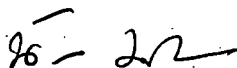
อรปรียา วงศ์ศิริรักษ์

30 ส.ค. 2556 324929
TH0019578 เริ่มบริการ
13 พ.ย. 2556

งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
มิถุนายน 2555
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

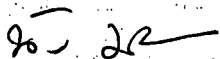
อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์และคณะกรรมการสอบงานนิพนธ์ ได้พิจารณางานนิพนธ์
ของอรรพรียา วงศ์ศิริรักษ์ ฉบับนี้แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาได้

อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์

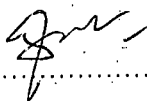


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์ ดร. นิภา มหารัชพงศ์)

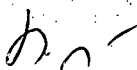
คณะกรรมการสอบงานนิพนธ์



..... ประธานกรรมการ
(อาจารย์ ดร. นิภา มหารัชพงศ์)



..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. วสุธร ตันวัฒนกุล)

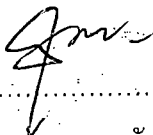


..... กรรมการ
(นางศิริ วัฒนธีรางกูร)

วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

คณะสาธารณสุขศาสตร์ อนุมัติให้รับงานนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



..... คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วสุธร ตันวัฒนกุล)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2555

ประกาศคุณูปการ

งานนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาจาก ศาสตราจารย์บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล อาจารย์ศิริ วัฒนธีรางกูร ผศ.พิศมัย เสรีจรกิจเจริญ และ ดร.นิภา มหารัชพงศ์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ในงานนิพนธ์นี้สำเร็จ ผู้ศึกษาขอกราบขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ นายณัฐ จ่ากลาง สาธารณสุขอำเภอชุมแพ นางเครือวัลย์ ทาแดง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายสุทน อามาตรสมบัติ นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ และนายจิตรกัญฐ์ สาลิง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ที่ได้กรุณาให้ ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือในการศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ใน การทำงานนิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตำบลโนนอุดม ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ทำให้งานนิพนธ์นี้ สำเร็จได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณนางอ่อน สมภาร ผู้เป็นมารดา นายสิงห์ สมภาร ผู้เป็นบิดา สมาชิกใน ครอบครัวทุกคน และเพื่อน ๆ ส.ม.บูรพาพร้อมห้องทุกคน ที่ให้กำลังใจ และสนับสนุนผู้ศึกษาเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลทุกท่านและผู้ช่วยสัมภาษณ์ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ต่องานนิพนธ์ ทำให้งานนิพนธ์นี้สำเร็จได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของงานนิพนธ์ฉบับนี้ ผู้ศึกษาขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จ มาจนตราบเท่าทุกวันนี้

อรปรียา วงศ์ศิริรักษ์

มิถุนายน 2555

53920908: ส.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

คำสำคัญ: ความเชื่อด้านสุขภาพ/ การตรวจคัดกรอง/ มะเร็งปากมดลูก/ สตรี

อรรปรียา วงศ์ศิริรักษ์: ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น (HEALTH BELIEF FACTORS AFFECTING CERVICAL CANCER SCREENING ATTENDANCE AMONG WOMEN AGED 30 - 59 YEARS, KHONKAEN PROVINCE) อาจารย์ที่ปรึกษางานนิพนธ์: นิภา มหารัชพงษ์, Ph.D., 81 หน้า, ปี พ.ศ. 2555.

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น ในสตรีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน จากทะเบียนประชากรของโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็ง จังหวัดขอนแก่น เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square

ผลการศึกษา พบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุ 4 - 49 ปี ร้อยละ 45.1 อายุเฉลี่ย 44.7 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.7 อาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 69.8 ส่วนมากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 44.3 ปี จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 68.4 ไม่เคยมีอาการผิดปกติทางโรคนรีเวช ร้อยละ 63.9 และ เคยมีการไปรับการตรวจ ร้อยละ 80 โดยสถานที่ไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง คือ สถานีอนามัย ร้อยละ 80.4 ด้วยเหตุผลของการเข้ารับการตรวจคัดกรอง คือ กลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45.9 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการส่งเสริมให้สตรีรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น โดยกาส่งเสริมให้สตรีมีความเชื่อสุขภาพที่สัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

53920908: M.P.H. (PUBLIC HEALTH)

KEYWORDS: HEALTH BELIEF FACTORS/ CERVICAL CANCER SCREENING TEST/
CERVICAL CANCER

AONPREYA WONGSIRIRAK: HEALTH BELIEF FACTORS AFFECTING
CERVICAL CANCER SCREENING ATTENDANCE AMONG WOMEN AGED 30 - 59 YEARS,
KHONKAEN PROVINCE. ADVISOR: NIPA MAHARACHPONG, Ph.D., 81 P. 2011.

This descriptive study was to determine health belief factors that relate to getting cervical cancer screening among women in Khonkean Province. Two hundred and fifty-five women aged 35-59 years from Pap Registry program were interviewed using a constructed questionnaire. Data analysis consisted of frequency, percentage, mean, standard deviation and Chi-square.

The results showed that 45.1 percent women were between 40 to 49 years of age and average age was 44.7 years. Seventy four percent had only primary education, 69.8 percent worked in agriculture, 44.3 percent had first intercourse at 20 to 24 of aged, 68.4 percent had been pregnant 1 to 2 times, 36.1 percent had history of gynecological illness and 80 percent of women had attended cervical cancer screening. The level of overall health belief was high. Significant factors related to the attention to cervical cancer screening were number of pregnancies, the perceived of susceptibility, perceived of severity, benefit and barrier in the attention to cervical cancer screening, at the level of $p < 0.05$.

The result of this study illustrate that it is necessary to promote the perception of susceptibility, as well as perceptions of severity, benefits and barriers in the attention to cervical cancer screening to women who never got screened in order to encourage women to attend cervical cancer screening clinic.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	3
สมมติฐานของการศึกษา.....	3
กรอบแนวคิดในการศึกษา	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
ขอบเขตของการศึกษา	5
ข้อจำกัดของการศึกษา	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
โรคมะเร็งปากมดลูกและสถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก	8
การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	11
ความเชื่อด้านสุขภาพ	15
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	21
3 วิธีการดำเนินการศึกษา	25
รูปแบบการศึกษา.....	25
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล.....	32

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
การเก็บรวบรวมข้อมูล	32
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	32
การพิทักษ์สิทธิ์ตัวอย่าง.....	33
4 ผลการศึกษา.....	34
ข้อมูลทั่วไป	34
การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	37
ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	40
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30 - 59ปี จังหวัดขอนแก่น	50
5 สรุป อภิปรายและข้อเสนอแนะ	54
สรุปผลการศึกษา	54
อภิปรายผล.....	56
ข้อเสนอแนะ	60
บรรณานุกรม	61
ภาคผนวก	67
ภาคผนวก ก	68
ภาคผนวก ข	79
ประวัติย่อของผู้ศึกษา.....	81

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 สมรรถนะ (Performance) และคุณลักษณะของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีต่าง ๆ	13
2 จำนวนสตรีและจำนวนสตรีตัวอย่าง จำแนกรายหมู่บ้าน	29
3 จำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามข้อมูลทั่วไป.....	35
4 จำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก.....	38
5 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง.....	41
6 จำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	43
7 จำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง.....	44
8 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง	45
9 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์	46
10 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์.....	47
11 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามการรับรู้อุปสรรค	48
12 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค.....	50
13 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับการมารับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี.....	50
14 จำนวนและร้อยละของสตรีจำแนกตามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อ การตรวจมะเร็งปากมดลูกกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-59 ปีในจังหวัดขอนแก่น.....	52

สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษา.....	4
2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ Rosenstock.....	16
3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค.....	19
4 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย.....	20
5 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบ Cluster sampling ระดับ โชน.....	27
6 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบ Cluster sampling ระดับอำเภอ.....	27
7 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบ Cluster sampling ระดับตำบล.....	28

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 50 (WHO, 2005; อ้างใน จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

สำหรับประเทศไทยพบว่ามะเร็งปากมดลูกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของมะเร็งในสตรีไทย โดยพบผู้ป่วยราว 6,192 รายต่อปี พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมามากที่สุดคือ 19 - 24 ต่อแสนประชากร และจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของมะเร็งปากมดลูกที่ตรวจพบจะเสียชีวิต (จตุพล ศรีสมบุญ และคณะ, 2551) โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยในปี 2551 อยู่ที่ 9,700 ราย และเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยในอีกห้าปีข้างหน้าจะพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกสะสมสูงถึง 12,500 ราย

มะเร็งปากมดลูก พบได้ในสตรีอายุ 25 ปีขึ้นไป และพบมากที่สุด ในสตรีอายุระหว่าง 35 ปี และพบจนถึง 60 ปี มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะเสียชีวิตร้อยละ 80 ทั้ง ๆ ที่มะเร็งชนิดนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบและได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะที่มะเร็งยังไม่ลุกลาม ซึ่งในระดับภาคอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกพบสูงที่สุดในภาคเหนือ โดยเฉพาะที่จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีอุบัติการณ์เท่ากับ 25.7 ในขณะที่ภูมิภาคอื่น ๆ เช่นที่จังหวัดกรุงเทพฯ ฯ ขอนแก่น และสงขลา พบอุบัติการณ์เท่ากับ 18.5, 18.0 และ 15.8 ตามลำดับ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547) ทั้งนี้ หากพิจารณาถึงความรุนแรงและความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วจะเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความสูญเสียต่อชีวิตและทรัพย์สินของผู้ป่วยเองของครอบครัวรวมทั้งประเทศชาติด้วย ในด้านจิตใจผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลและเกิดความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยส่วนในด้านครอบครัวก็จะมี ความวิตกกังวลห่วงใยในการเจ็บป่วยสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ส่วนในด้านเศรษฐกิจต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายทั้งของส่วนตัวและของรัฐในการวินิจฉัยการรักษาและค่ายาที่มีราคาแพง ในด้านสังคมผู้ป่วยอาจพยายามปกปิดเพราะกลัวถูกรังเกียจทอดทิ้ง (กองอนามัยครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

มะเร็งปากมดลูกสามารถป้องกันได้ เนื่องจากระยะเวลาดังแต่เยื่อปากมดลูกเกิดความผิดปกติจนกลายเป็นมะเร็งปากมดลูกใช้ระยะเวลานานถึง 10 – 15 ปี ดังนั้นหากได้รับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง จะสามารถตรวจพบผู้มีความผิดปกติของเยื่อปากมดลูกและให้การรักษาที่เหมาะสมได้แต่เนิ่น ๆ ก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็ง ดังนั้นการตรวจมะเร็งปากมดลูกควร

ตรวจหาให้พบตั้งแต่อยู่ในระยะเริ่มแรกและในระยะก่อนเป็นมะเร็ง ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษามะเร็งในระยะลุกลาม ทำให้ลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้อย่างเป็นรูปธรรม (เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ และสมยศ ศิริสมิ, 2574) และพบว่าคนที่ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ดีจะต้องมีการตรวจให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรอายุ 30 - 65 ปีให้ได้มากที่สุดจะให้ผลดีกว่าเน้นความถี่ของการตรวจ ซึ่งถ้าตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูกได้ครอบคลุมร้อยละ 80 โดยการทำให้ Pap smear ทุกปี จะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ 61% หากทำทุก 3 ปี ลดอัตราการตายได้ 61% เช่นกัน แต่หากทำทุก 5 ปี ก็ยังสามารถลดอัตราการตายได้ถึง 55% แต่ในทางกลับกันถ้าทำการตรวจคัดกรองได้เพียงร้อยละ 30 แม้จะทำการตรวจ Pap smear ทุกปี ก็ลดอัตราการตายของมะเร็งปากมดลูกได้เพียง 15% เท่านั้น (ธีรวุฒิ คุหะเปรมะ และคณะ, 2548)

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด ตั้งแต่ปี 2547 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย ค่อนข้างต่ำ ทั้ง ๆ ที่สตรีไทยสามารถขอตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ฟรีที่สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งทั่วประเทศ (สุวิทย์ วัฒนผลประเสริฐ, 2551) ซึ่งเกณฑ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งไว้ที่ร้อยละ 60 และในจังหวัดขอนแก่น มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 - 60 ปี เพียงร้อยละ 21.72 เท่านั้น ต่ำกว่าเกณฑ์ สปสช. ถึงร้อยละ 38.28 ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2553)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าความเชื่อด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการรับรู้ ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความเข้าใจและยอมรับความรู้ที่ถูกต้องเมื่อบุคคลมีความเชื่ออย่างใดความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มการแสดงพฤติกรรมของบุคคลและชักนำให้บุคคลยินดีที่จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น ๆ (จุฬาร ใสตะ, 2552) จากการศึกษาของสุมาลี คุรุททิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรค ยุกาพร ศรีจันทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีตำบลป่าสักคี กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่าเหตุผลหลักของการที่ไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่างคือ ไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ตัวแปรด้านจิตสังคมและการรับรู้อุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผู้

ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรี อายุ 30 - 59 ปี ในเขต จังหวัดขอนแก่น เพื่อให้ทราบปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ 30 - 59 ปี และจะได้ดำเนินแก้ไขให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ พร้อมทั้งเป็นข้อมูลในการปรับปรุงการดำเนินงานต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น
4. เพื่อศึกษาปัจจัยประชากรสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคทางนรีเวช ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง ที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

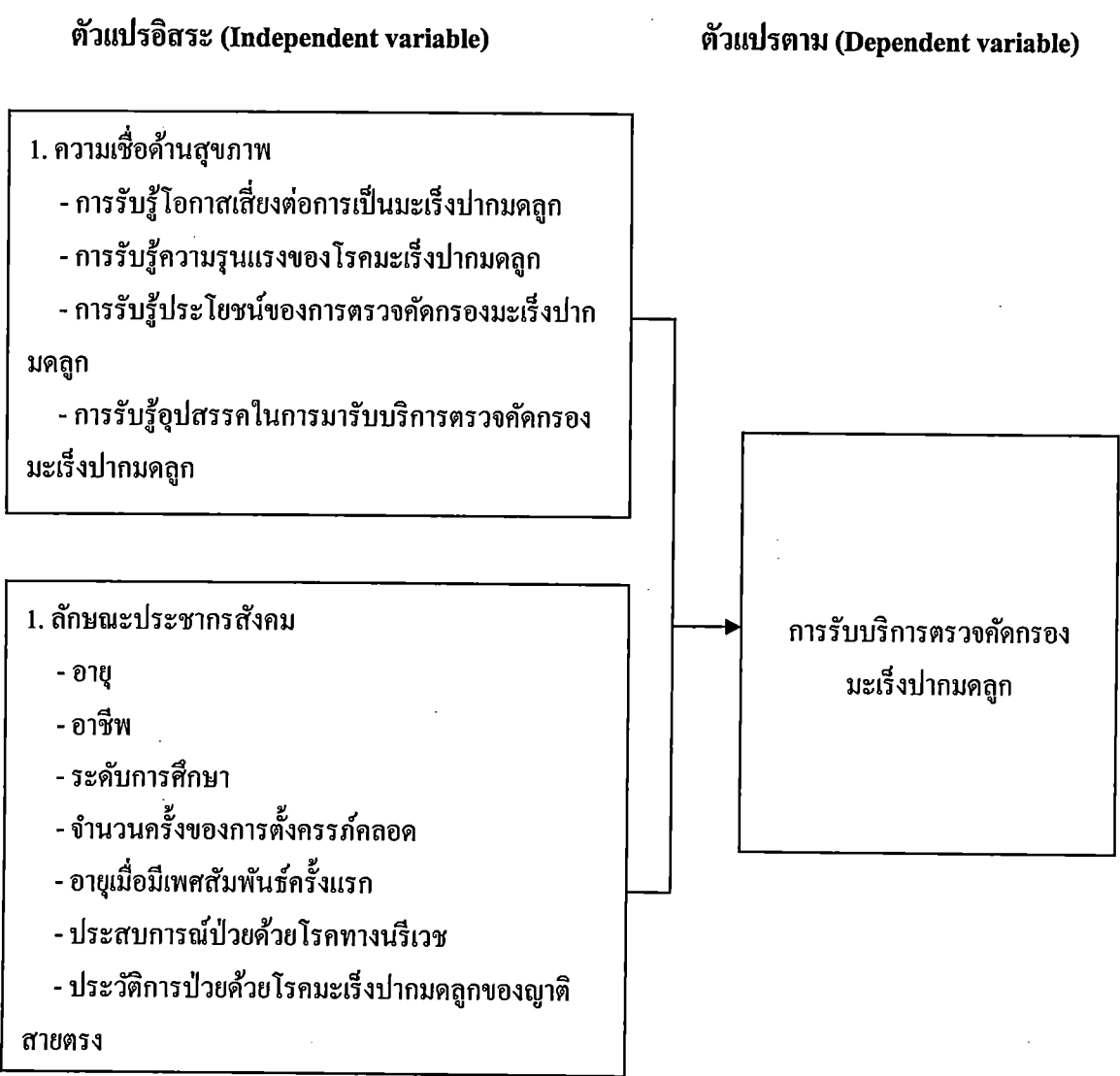
สมมติฐานการศึกษา

1. ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 60 ปี จังหวัดขอนแก่น
2. ปัจจัยประชากรสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคทางนรีเวช ประวัติการป่วยด้วย

โรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันโรคใช้ 4 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพดังแสดงในกรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงอัตราการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่ทำให้สตรีมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้สตรีอายุ 30 - 59 ปี รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขอบเขตการศึกษา

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่สตรีที่มี อายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่นซึ่งแต่งงานแล้วและอาศัยอยู่จริงในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

1. **ขอบเขตการศึกษา** การศึกษาในครั้งนี้ต้องการศึกษาการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในเขตจังหวัดขอนแก่น มุ่งศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ทางด้านารับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์ การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของสตรีด้วยวิธีการสัมภาษณ์

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรตาม ได้แก่ การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.2 ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ การศึกษา อาชีพ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประสบการณ์ป่วยด้วยโรคทางนรีเวช ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง

ข้อจำกัดของการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มีอายุ 30-59 ปี แต่งานแล้วมีภูมิสำเนาในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ซึ่งศึกษาความเชื่อสี่ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ศึกษาลักษณะประชากรสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ครั้งแรก ประสบการณ์ป่วยด้วยโรคทางนิเวศ ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติ
โดยตรง โดยไม่รวมศึกษาเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการได้รับข้อมูลจากสื่อต่าง ๆ อาจทำ
ให้มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพได้

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจ และการรับรู้ของสตรี
อายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น ต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ถึงตนเองเสี่ยง
ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึง
ประโยชน์ของการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการมารับบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจะช่วยให้มาหรือไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของ
บุคคลว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีปัจจัยด้านอายุ การมีเพศสัมพันธ์
กรรมพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทาง
เพศสัมพันธ์ของสามี เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เป็นมะเร็งปากมดลูก

1.2 การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของ
บุคคลที่มีต่อความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อร่างกาย เมื่อเป็นแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบต่อ
สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ความสามารถในการทำงาน กระทั่งกระทบกระเทือนฐานะทาง
เศรษฐกิจ เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน เจ็บปวดทุกข์ทรมาน รักษาไม่หาย ทำให้
เสียชีวิตได้

1.3 การรับรู้ประโยชน์ หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกนึกคิดหรือมีความเข้าใจ
เกี่ยวกับประโยชน์ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีประโยชน์ในด้านการรักษาหากตรวจพบ
ในระยะแรก ว่าสามารถรักษาให้หายได้ สามารถลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาในการรักษา ตรวจพบอาการ
ผิดปกติอย่างอื่นด้วย เช่น เชื้อรา ปากมดลูกอักเสบ พยาธิในช่องคลอด ปลอดภัยจากการลุกลามของ
โรค ลดความกังวลของตนเองและคนในครอบครัว

1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของ
บุคคลต่ออุปสรรคสิ่งขัดขวางต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก เช่น ความมั่นใจประกอบด้วยความมั่นใจในเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจ มั่นใจใน
ความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่ และผลการตรวจ มั่นใจในสถานที่ตรวจ ความสะดวกประกอบด้วย
สะดวกในการเข้ารับบริการ เช่น เวลา ระยะทาง ไม่ขัดต่อภาระงานประจำ ปัจจัยส่วนบุคคล
ไม่เสียรายได้และค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ความกลัวเจ็บ ความอาย การไม่ได้รับอนุญาตจากสามี

การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร

2. สตรีอายุ 30 - 59 ปี หมายถึง สตรีที่มีอายุ 30 ปี ถึง 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่แต่งงานหรือมีคู่แล้วทั้งเคยและไม่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

3. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาสูงสุดของสตรีอายุ 30 - 59 ปี โดยแบ่งเป็น จากไม่ได้เรียน ชั้นประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

4. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หมายถึง อายุเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ว่าจะผ่านพิธีการแต่งงานหรือไม่ผ่านพิธีแต่งงาน ไม่ว่าจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่ได้จดทะเบียนสมรส

5. การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การมารับบริการตรวจคัดกรองหาเซลล์มะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap smear (โดยวิธีป้ายเซลล์รอบบริเวณปากมดลูกโดยใช้ไม้สเปาสุทาร์ แล้วมาป้ายใส่แผ่นสไลด์กระจกใสแช่ในแอลกอฮอล์ 95% แล้วส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่ออ่านผล) และต้องรับการตรวจจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐ เอกชน หรือคลินิก

6. โรคทางนรีเวช หมายถึง ประวัติการป่วยด้วยโรคระบบสืบพันธุ์ของสตรี ประกอบด้วย ตุ่มใสคัน หูดหงอนไก่ คันช่องคลอด ตกขาวมากหรือมีกลิ่นเหม็น ตกขาวปนเลือดหรือสีเหมือนหนอง มีเลือดออกกระปริดกระปรอย มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ ปวดหน่วงท้องน้อย ปวดเอว มากกว่าปกติ

7. จำนวนการตั้งครรภ์ หมายถึง จำนวนที่สตรีมีการตั้งครรภ์ทั้งหมดนับรวมการตั้งครรภ์ที่คลอดทั้งหมดและจำนวนการตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง

8. อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่เป็นอาชีพหลักทำให้มีรายได้และไม่มีรายได้ ได้แก่ รับราชการ เกษตรกร ค้าขาย รับจ้าง แม่บ้านไม่มีรายได้

9. ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง หมายถึง ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติ ได้แก่ ยาย พี่สาวหรือน้องสาวของมารดา มารดา พี่สาว น้องสาวของสตรีกลุ่มตัวอย่าง

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสารและบททวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โรคมะเร็งและสถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.1 สถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.2 พยาธิสภาพของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 1.3 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูก
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 การป้องกันมะเร็งปากมดลูก
2. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1 สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 2.2 วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 2.3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.1 แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ
 - 3.2 องค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งและสถานการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูก

1. สถานการณ์โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่ทำให้สตรีไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งปีละกว่า 3,000 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 9 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในอายุระหว่าง 35 - 50 ปีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยประมาณ 250 ล้านบาท สถิติผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ปี 2547 – 2549 พบว่า ปี 2547 พบผู้ป่วย 9,774 ราย อัตราป่วย 17.56 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1,537 ราย อัตราตาย 5.0 ในปี 2548 พบผู้ป่วย 10,515 ราย อัตราป่วย 18.59 ผู้ป่วยเสียชีวิต 1,484 ราย อัตราตาย 4.7 และในปี 2549 พบผู้ป่วย 12,584 ราย อัตราป่วย 22.10 พบผู้ป่วยเสียชีวิต 1,639 ราย อัตราตาย 5.2 ตามลำดับ และพบว่าแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี (วารสารหมออนามัย, 2551)

2. พยาธิสภาพของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูก เกิดจากเซลล์บุปากมดลูกบริเวณรอยต่อของเยื่อบุสแควมัสกับเยื่อบุคอลัมน์นา (Squamous-Columnar junction) มีการเจริญเติบโตผิดปกติทั้งขนาด รูปร่าง และ องค์ประกอบภายในเซลล์กลายเป็นรอยโรค และเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ควบคุมไม่ได้และเข้าสู่มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม สามารถแทรกซึมทำลายเนื้อเยื่อข้างเคียง จนกระทั่งกระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ได้ทางหลอดเลือดและระบบน้ำเหลืองของร่างกาย ชนิดของมะเร็งปากมดลูกที่พบมากที่สุดคือ สแควมัส (Squamous cell carcinoma) โดยพบได้ประมาณร้อยละ 85 นอกจากนั้นเป็นชนิดอะดีโนคาร์ซิโนมา (Adenocarcinoma) และซาร์โคมา (Sarcoma) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

3. สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งปากมดลูก สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่ามีพฤติกรรมทางระบาดวิทยาคล้ายโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก มีหลายประการ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547)

3.1 ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ โดยทั่วไปพบว่าสตรีที่มีฐานะยากจนมีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงกว่า ทั้งนี้สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำส่วนใหญ่มักมีการศึกษาน้อยขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทำให้การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลไม่ดีพอ

3.2 การแต่งงานและการมีเพศสัมพันธ์พบว่าเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวข้องกับ

3.2.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก หรือการแต่งงานตั้งแต่อายุน้อยโดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ำกว่า 17 ปี พบว่ามีอัตราเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูงเนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด

3.2.2 ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน สตรีที่แต่งงานมากกว่า 1 ครั้ง หรือสตรีที่ขายบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป สตรีที่มีคู่นอนหลายคนจะเสี่ยงมากขึ้นประมาณ 3 - 4 เท่าของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว

3.2.3 การตั้งครรภ์ครั้งแรกกับจำนวนการคลอดบุตรสตรีที่ตั้งครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุ 20 ปี สตรีที่มีบุตรหลายคนมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงเนื่องจากมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมของเนื้อเยื่อปากมดลูกบ่อย

4. อาการและอาการแสดง อาการและอาการแสดงที่อาจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก

จะเริ่มด้วยอาการมะเร็งปากมดลูกในระยะก่อนลุกลามจนถึงในระยะลุกลาม ดังนี้ (ยุพิน เพียรมงคล, 2547)

4.1 ระยะก่อนลุกลามจะไม่พบอาการอะไร เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรง เซลล์มะเร็งมีขนาดเล็ก ยังไม่มีอาการติดเชื้อมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก

4.2 มีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายกับการอักเสบทั่วไป

4.3 เลือดออกผิดปกติ ระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นหยด ๆ ในขณะหรือหลังการร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีการฉีกขาดหรือบาดเจ็บของ ก้อนมะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก

4.4 จากการตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจพบการเปลี่ยนแปลงของ ปากมดลูกลักษณะใดลักษณะหนึ่ง

4.4.1 ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว

4.4.2 ปากมดลูกที่แสดงถึงการมีอาการอักเสบเรื้อรัง

4.4.3 ปากมดลูกมีแผลถลอก (Erosion)

4.5 ตกเลือด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม อาจมาด้วยอาการ เลือดออกมากทางช่องคลอด มีอาการซีด อ่อนเพลีย บางรายถ้ามีการติดเชื้อมักร่วมด้วยจะทำให้เลือดที่ ออกมามีลักษณะเป็นเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็น

4.6 อาการปวด มักจะเกิดในระยะสุดท้ายที่โรคเป็นมากและลุกลามไปไกล โดยเฉพาะ มะเร็งที่กระจายถึงเส้นประสาท Obturator และ Sciatic บางรายมีอาการปวดท้องน้อยเนื่องจากการ อักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำในอุ้งเชิงกราน (Pelvic thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (Lymphangitis)

5. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้า พบในระยะเริ่มแรก แต่การป้องกันไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยทั่วไปหลักการ ป้องกันมะเร็งปากมดลูกมี 3 แบบได้แก่ การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกัน แบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) และการป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention) (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547; สุมิตรา ทองประเสริฐ และสิริกุล นภาพันธุ์, 2545)

5.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยหลีกเลี่ยง สาเหตุนั้น ๆ ได้แก่

5.1.1 การงดสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงจากบริเวณที่มีควันบุหรี่

5.1.2 การคุมกำเนิดด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด เป็นต้น

5.1.3 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน

5.1.4 การดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ

5.1.5 การละเว้นต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง

5.1.6 การเพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความสะอาดของร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดภาวะเครียด

5.2 การป้องกันทุติยภูมิ คือ การค้นหาและเริ่มรักษาเนื้องอกในระยะเริ่มแรก โดยใช้วิธีการค้นหาและเริ่มรักษาเนื้องอกโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งมีหลายวิธี วิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) ซึ่งทำได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย และราคาถูกให้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ

5.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือการให้สารเคมีที่ที่ได้จากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ ขึ้นไปเพื่อยับยั้งหรือทำให้เกิดการย้อนกลับของกระบวนการเกิดมะเร็ง เพื่อให้หายจากโรคมะเร็ง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ดังนั้นการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกสตรีควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และเพิ่มความตระหนักการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำแปปสเมียร์ (Pap smear) เนื่องจากวิธีการป้องกันโดยวัคซีนยังไม่สามารถนำมาให้บริการได้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. สถานการณ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจุบันประเทศไทยมีหญิงอายุ 35 ปีขึ้นไปประมาณ 10 ล้านคน แต่มีหญิงที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงร้อยละ 25 หรือประมาณ 2 ล้านคน ซึ่งนับว่าน้อยมาก ในประชากรที่มีการตรวจแปปสเมียร์ (Pap smear) พบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามประมาณ 5 ใน 100,000 คน แต่ในประชากรที่ไม่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกพบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม 46 ใน 100,000 คน หรือมากกว่า 10 เท่า (นันทิราภรณ์ ถิ่นละออ, 2553)

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามโครงการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด ตั้งแต่ปี 2547 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทย ค่อนข้างต่ำประมาณ ร้อยละ 20 – 30 ทั้ง ๆ ที่หญิงไทยสามารถขอตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ที่สถานพยาบาลภาครัฐทุกแห่งทั่วประเทศ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2551) ซึ่งเกณฑ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ตั้งไว้ที่ร้อยละ 60 และในจังหวัดขอนแก่น มีความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30 – 60 ปี เพียงร้อยละ 21.72 เท่านั้น ต่ำกว่าเกณฑ์ สปสช. ถึงร้อยละ 38.28 ทำให้เป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดขอนแก่น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2553)

โดยสรุปแล้วมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่รักษาให้หายได้หากตรวจพบระยะเริ่มแรกและได้รับการรักษาทันเวลาที่ ดังนั้นการป้องกันและการควบคุมมะเร็งปากมดลูกมีแนวทางในการป้องกันได้หลายวิธี สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะศึกษาการป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกโดยการตรวจเพปสเมียร์ (Pap smear) อย่างสม่ำเสมอเพื่อคัดกรองผู้ที่เป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากเป็นวิธีการที่ตรวจง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อยและสามารถวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกได้ถูกต้องถึงร้อยละ 98

2. วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหมายถึงวิธีการหรือเทคโนโลยีที่ใช้ตรวจหารอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก เพื่อที่จะทำการบำบัดรอยโรคนั้นโดยวิธีที่ไม่ยุ่งยากได้อย่างมีประสิทธิภาพ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันมะเร็งปากมดลูกขั้นทุติยภูมิ มีจุดประสงค์เพื่อตรวจหารอยโรคให้ได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และให้การรักษาไม่ให้อายุโรคคืบหน้าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบันมีหลายวิธี ได้แก่ การตรวจทางเซลล์วิทยา การตรวจด้วยกล้องกำลังขยายทางช่องคลอด การตรวจหาเชื้อฮิวแมนแพปพิลโลมาไวรัส การตรวจปากมดลูกหลังจากขโมมด้วยน้ำส้มสายชู การถ่ายภาพปากมดลูกหลังจากขโมมด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจด้วยแท่งกำเนิดแสงหลังจากขโมมด้วยน้ำส้มสายชู การตรวจช่วงความถี่โดยใช้แสงอินฟราเรดผ่านปากมดลูก การตรวจความต่างศักย์และการนำแสงของปากมดลูก การวัดระดับการเรืองแสงของปากมดลูก และการตรวจปากมดลูกด้วยตา (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2547) แต่วิธีที่ใช้ในประเทศไทยส่วนมากมีสองวิธี คือ

1. การตรวจทางเซลล์วิทยาโดยการทำเพปสเมียร์ (Pap smear) เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นที่ยอมรับ
2. การตรวจด้วยวีไอเอเป็นวิธีที่กำลังมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีอื่น ๆ แม้จะมีความไวสูง แต่ยังไม่

เหมาะสมในการนำมาใช้เป็นวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยทั่วไป เนื่องจากปัญหาในเรื่องภาระค่าใช้จ่าย บุคลากร และความพร้อมทางเทคโนโลยีในการให้บริการ (ชำนานู เกียรติพิรกุล, 2549)

ตารางที่ 1 สมรรถนะ (Performance) และคุณลักษณะของวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีต่าง ๆ

วิธีการตรวจคัดกรอง	ความไว (Sensitivity)	ความจำเพาะ (Specificity)	คุณลักษณะ
Pap smear : Conventional cytology	44 – 78 %	91 – 96 %	เป็นเทคโนโลยีที่ต้องมีโครงสร้างด้านสาธารณสุขภายในประเทศที่ดีเพียงพอ มีห้องปฏิบัติการ มีการฝึกอบรม และมีการประกันคุณภาพ
VIA : visual inspection with acetic acid	66 – 79 %	49 – 86 %	เป็นเทคโนโลยีที่ไม่สูง มีค่าใช้จ่ายต่ำ สามารถเชื่อมต่อการรักษาได้ทันที
HPV DNA testing	66 – 100 %	61 – 96 %	เป็นเทคโนโลยีที่ต้องการห้องปฏิบัติการ สามารถทำได้ครั้งละมาก ๆ เป็นรูปธรรม ตรวจซ้ำได้ผลไม่เอนเอียง ปัจจุบันราคายังสูงมาก

จากตารางที่ 1 จะเห็นว่าวิธี VIA : visual inspection with acetic acid มีความไวที่ไม่ค่อยไปกว่า (หรือดีกว่า) วิธีPap smear: Conventional cytology แต่มีความจำเพาะที่ดีกว่าวิธี Pap smear: Conventional cytology ฉะนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะมีการบำบัดที่มากเกินไปตามผลการตรวจที่เป็นผลบวกหลวง (False positive) ซึ่งทั้งสองวิธีดังกล่าวข้างต้น มีค่าใช้จ่ายในการตรวจไม่สูงมากนัก ส่วนวิธี HPV DNA testing มีความไวสูง และมีความจำเพาะปานกลาง แต่ในปัจจุบันค่าใช้จ่ายในการตรวจยังสูงมาก

3. การตรวจคัดกรองโดยวิธีแพพสมียร์ (Pap smear) ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี 8.L.1993 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยา เหตุที่ต้องใช้วิธีดังกล่าวในการตรวจ เพราะเป็นวิธีมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่หลายกันทั่วโลก การตรวจทำได้ง่าย สะดวก ไม่เจ็บปวด เสียค่าใช้จ่ายน้อย ผลการตรวจแม่นยำ เชื่อถือได้ มีการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีระวุฒิ กุหะเปรมะ, 2549) สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมและวิธีในการตรวจ Pap smear คือ (ธีระวุฒิ กุหะเปรมะ, 2549)

3.1 เก็บตัวอย่างเซลล์จากบริเวณ Squamocolumnar junction ป้ายบาง ๆ บนแผ่นกระจก (Slide) ไม่ควรเก็บตัวอย่างเซลล์จากแอ่งใต้ปากมดลูก (Vaginal pool)

3.2 หลังจากป้ายเซลล์ลงบนแผ่นสไลด์กระจกแล้วอย่าปล่อยให้แห้งควรรีบใส่ในน้ำยา 95% Alcohol แต่ถ้าไม่มีอาจใช้น้ำยาพ่นบนแผ่นกระจกแบบ Hair spray ก็ได้ และควรแจ้งให้ห้องปฏิบัติการทราบว่าจะใช้ Hair spray

3.3 ไม่ควรทำ Pap smear ในขณะที่กำลังมีระดู แต่ถ้าผู้ป่วยมาด้วยเรื่องเลือดออกผิดปกติและสงสัยเป็นมะเร็งปากมดลูกควรตรวจภายใน ถ้าเห็นก้อนเนื้องอกที่ปากมดลูกให้ทำการตัดชิ้นเนื้อ (Biopsy) ถ้าไม่เห็นควรทำการตรวจประเมินหาสาเหตุว่าเลือดออกจากอะไร อาจจะทำ Pap smear ในภายหลังถ้าคิดว่าเลือดออกจากมะเร็งปากมดลูก ถ้าทำ Pap smear ได้ถูกต้องแล้ว การตรวจนี้ถูกต้องและมีความเชื่อมั่นได้มากกว่าร้อยละ 90 สำหรับการตรวจคัดกรองเป็นกิจวัตร (Routine pap smear) ในการป่วยทั่ว ๆ ไปการตรวจเพียงปีละ 1 - 2 ครั้ง ก็พอที่จะเป็น Early detection ของมะเร็งปากมดลูกแล้ว โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้ตรวจแล้วผลเป็นปกติ 2 ครั้งติดต่อกัน แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นกลุ่มที่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งได้สูงหรือผลตรวจครั้งก่อน ๆ ผิดปกติหรือน่าสงสัย ควรจะตรวจบ่อยขึ้น

4. ข้อบ่งชี้และความถี่ของการตรวจ Pap smear สมาคมและสถาบันต่าง ๆ ในสหรัฐอเมริกา ได้ประชุมและสรุปคำแนะนำในการตรวจ Pap smear ไว้ คือ สตรีทุกคนที่มีอายุ 18 ปี หรือเคยมีเพศสัมพันธ์ ควรได้รับการตรวจภายในและทำ Pap smear ปีละครั้ง หลังจากผลปกติมากกว่า 3 ครั้งติดต่อกัน ให้ตรวจห่างออกไปได้ ขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ นอกจากนี้ยังมีองค์กรต่าง ๆ ได้เสนอแนะถึงข้อบ่งชี้และความถี่ในการตรวจ Pap smear ไว้ เช่น

4.1 สมาคมมะเร็งแห่งสหรัฐอเมริกา (American cancer society: ACS) แนะนำให้ตรวจครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปี หรือเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำ ถ้าผลตรวจครั้งแรกปกติให้ตรวจซ้ำภายใน 1 ปี ถ้าผลตรวจยังปกติให้ตรวจซ้ำทุก 3 ปี จนกระทั่งอายุ 65 ปี ถ้าสตรีนั้นยังมีความเสี่ยงสูงควรตรวจถี่กว่านี้

4.2 สถาบันสุขภาพแห่งชาติ (National institute of health) แนะนำให้ตรวจเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์เป็นประจำและตรวจซ้ำภายใน 1 ปี ถ้าผลตรวจปกติ 2 ครั้ง ให้ตรวจซ้ำทุก 1 - 3 ปี

4.3 สำหรับประเทศไทยในอดีตแนะนำให้สตรีตรวจ Pap smear เมื่ออายุ 35 ปี หรือภายหลังคลอดบุตร แต่ในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา มะเร็งปากมดลูกพบในสตรีที่มีอายุน้อยลง ทั้งนี้เพราะการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2540) ดังนั้นในปัจจุบันสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (2544) ได้แนะนำให้ตรวจ Pap smear เมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์โดยไม่คำนึงถึงอายุ ถ้าหากไม่มีเพศสัมพันธ์ก็ควรตรวจเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป และมารับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เนื่องจากสตรีไทยมีอุบัติการณ์ของการเกิดมะเร็งปากมดลูกสูง

4. การเตรียมตัวในการตรวจ Pap smear เพื่อให้การตรวจอยู่ในช่วงเวลาที่เหมาะสม และทำให้การเก็บเซลล์ส่งตรวจมีคุณภาพ ส่งผลถึงความแม่นยำในการตรวจ ไม่ควรมารับการตรวจในขณะที่มีประจำเดือน (ยุพิน เพียรมงคล, 2543) โดยควรมารับการตรวจหลังจากหมดประจำเดือนไปแล้วประมาณ 7-10 วัน (กรมการแพทย์, 2545) และสตรีผู้ที่รับการตรวจต้องเตรียมตัวก่อนตรวจ โดยก่อนตรวจ 24 - 48 ชั่วโมงควรงดร่วมเพศ งดใช้ผ้าอนามัยแบบสอดหรือยาสอดทางช่องคลอด ตลอดจนงดการสวนล้างช่องคลอด ทั้งนี้เพื่อให้ผลการตรวจเชื่อถือได้มากยิ่งขึ้น

ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแบบแผน ที่อธิบายพฤติกรรมที่ป้องกันโรคของบุคคล โดยอธิบายแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคกล่าวคือ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขาเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เชื่อว่าความรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิต เห็นประโยชน์ในการกระทำเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคและประเมินความสามารถในการแก้ไขปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งถ้าบุคคลมีการรับรู้ถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวแล้วจะช่วยให้มีแนวโน้มที่จะดูแลสุขภาพสนใจสุขภาพตนเองมากขึ้น

เนื่องจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมชาวสหรัฐอเมริกา มีความสนใจที่จะศึกษาว่า ทำไมประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรคทั้ง ๆ ที่การบริการไม่ได้คิดค่าบริการหรือเสียบ้างเล็กน้อย จึงได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นในปี ค.ศ.1950 และประกอบกับนโยบายสาธารณสุขในสมัยนั้น (ค.ศ. 1950 - 1960) เน้นการป้องกันโรคมกกว่าการรักษา Becker and Maiman, (1974, อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2546) โดยได้มีข้อสมมติฐานว่า บุคคลจะแสวงหาผลและและปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสภาพ ภายใต

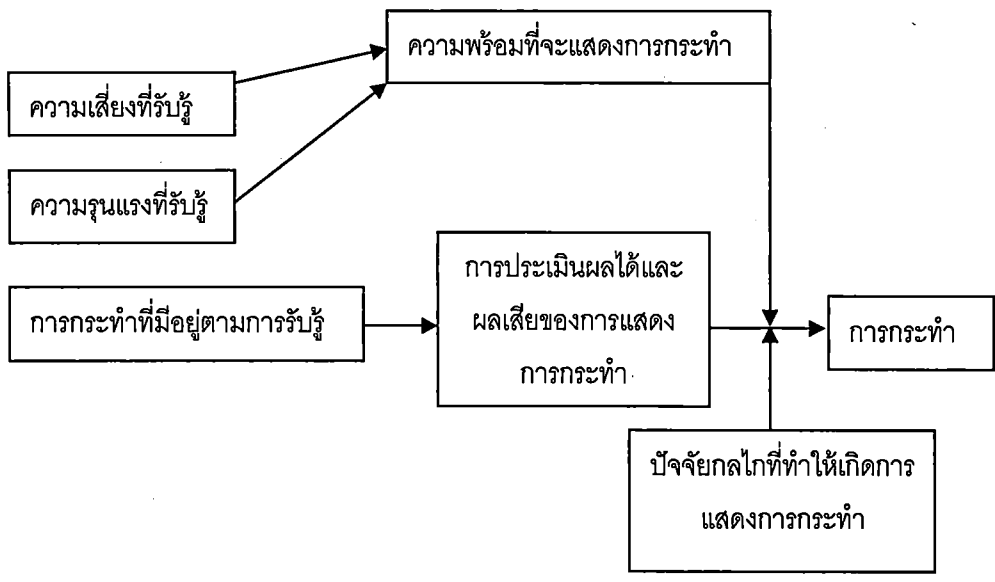
สถานการณ์เฉพาะอย่างเท่านั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อสุขภาพ จะต้องเชื่อว่าตนมีความเสี่ยงต่อภาวะความเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรค ไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532) เป็นการเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งได้มีการนำแบบแผนความเชื่อนี้ไปใช้อย่างต่อเนื่อง เพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยงพฤติกรรมความเจ็บป่วย พฤติกรรมการรักษา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งได้มีการสร้างแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและได้กำหนดองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพขึ้นดังนี้

1. แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ จากการที่แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพถูกเสนอขึ้นเพื่ออธิบาย พฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งอาจถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมการตัดสินใจภายใต้เงื่อนไขที่ยังขาดความแน่นอน (Decision-making under condition of uncertainty) เงื่อนไขทฤษฎีที่เป็นหลักการของรูปแบบนี้มี 2 ประการด้วยกัน

1.1 บุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำพฤติกรรม (Readiness to take action) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ และเงื่อนไขทางสุขภาพถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น (Perceptions of susceptibility and severity)

1.2 บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลได้เสียของการกระทำนั้นตามการรับรู้และให้น้ำหนักหักกลับอุปสรรค หรือค่าใช้จ่ายที่คาดการณ์

ดังนั้น Rosenstock จึงได้สรุปองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในแบบแผนความเชื่อสุขภาพระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ดังแสดงในแผนภูมิแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แบบจำลองความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของ Rosenstock และคณะ (1974)
(จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

นอกจากนี้ Rosenstock (1974) ยังกล่าวว่าบุคคลจะหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคก็ต่อเมื่อเขามีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การเป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง และการกระทำจะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าองค์ประกอบความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรกคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา Becker และคณะ (1975) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying factor) และปัจจัยสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามียุทธวิธีต่อการป้องกันโรคภายหลังจากนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค จนเป็นที่ยอมรับแล้ว Becker จึงได้นำมาอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย

2. องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึงความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติ

และภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกันจึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือการง่ายที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคว่ามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูงกว่าปัจจัยอื่น ๆ โดยจะส่งผลให้ปฏิบัติเพื่อสุขภาพ ดังนั้น Becker จึงได้สรุปว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล

2.2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของ (Perceived severity) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและใช้เวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อนหรือการกระทบกระเทือนทางสังคมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลอาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องตามคำแนะนำ Janz and Becker (1984, อ้างใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่างปี ค.ศ. 1974 - 1984 พบว่า การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

2.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกัน (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็ขึ้นอยู่กับการเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้น ความเข้าใจในคำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้วยและ Janz and Becker (1984, อ้างใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2546) ได้สรุปผลการศึกษาระบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือใน

การรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษทำให้เกิดความไม่สบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมอนามัยนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้ง บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลได้

2.5 สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติเป็น เหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่ง Becker, Maiman (1975) ได้กล่าวว่า เพื่อให้แบบแผนความเชื่อมีความสมบูรณ์นั้นจะต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งมี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือ การเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา เป็นต้น

2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่

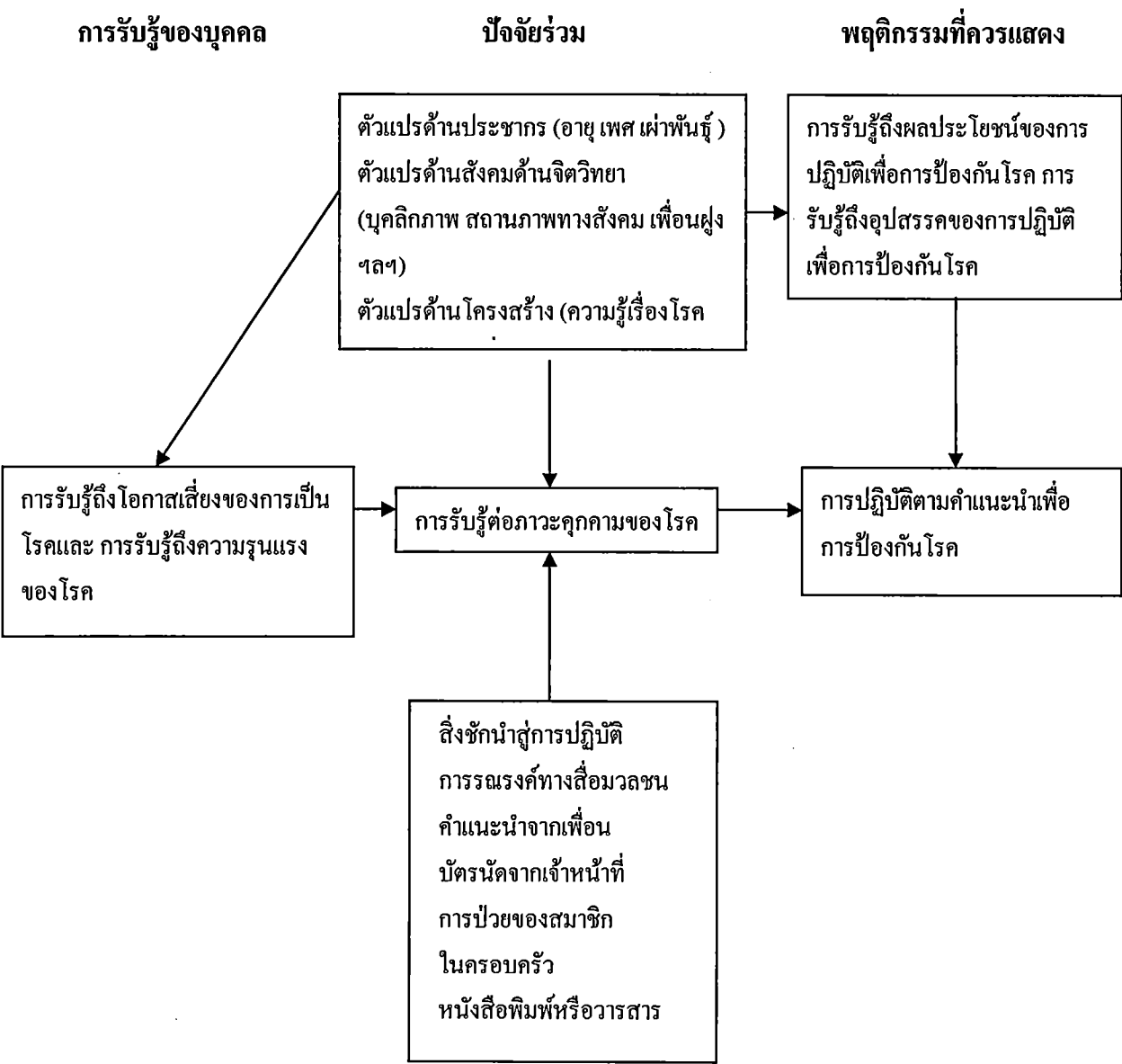
2.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2.6.2 ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อนกลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม ค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

2.6.3 ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสพการณ์เกี่ยวกับโรค

2.7 แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) แรงจูงใจ หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกสิ่งเร้าภายใน เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยโดยทั่วไป ความพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำความร่วมมือและปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพในทางบวก สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอกได้แก่ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น

เมื่อบุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคแรงจูงใจด้านสุขภาพ เป็นสิ่งผลักดันร่วมกับปัจจัยการรับรู้ต่าง ๆ เป็นต้น ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พัฒนารุ่น โดย Becker และคณะ เพื่อใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรค (จุฬารักษ์ โสตะ, 2546)

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อรศรี สุวิมล (2544) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอลำปายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้โอกาสเสี่ยงว่าการติดเชื้อกามโรค หนองในหรือหูดหงอนไก่ ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมารับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกแล้วจะมีชีวิตไม่ยืนยาว รองลงมารับรู้ว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะใดก็สามารถรักษาได้ เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้การตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งจะช่วยให้ค้นพบมะเร็งตั้งแต่ยังเป็นไม่มาก รองลงมารับรู้ว่าการตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บปวดมากเมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับรู้อุปสรรคของการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้ว่าการไปตรวจมะเร็งปากมดลูกทำให้เสียเวลามาก รองลงมารับรู้ว่าการทำความสะอาดอวัยวะเพศหลังการร่วมเพศเป็นเรื่องยุ่งยาก เมื่อพิจารณาโดยรวมพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

จุฬารณ สุวัชรชัยดวงศ์ (2546) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมของอำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน พบว่าร้อยละ 61 ของสตรีมุสลิมไม่มารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูก สำหรับสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่ามีเพียงร้อยละ 13 ที่มารับบริการตรวจปีละครั้ง ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก พบว่า โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เหตุผลที่ไม่มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากมีความเขินอายมากที่สุด รองลงมา คือ ไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สุภาพร รังสีสุวรรณ (2547) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบทตำบลนาไโ่ อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ศึกษาในผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว จำนวน 240 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรค

มะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า ผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 66.3 จำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงมีความเชื่อว่าเมื่อมีอาการตกขาวผิดปกติและมีกลิ่นเหม็นมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด รองลงมาคือสามีสำล่อนทางเพศและไม่รักษาความสะอาดอวัยวะเพศมีผลเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถึงร้อยละ 65.4 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีมะเร็งปากมดลูกมีอันตรายคุกคามต่อร่างกาย ครอบครัวยุและเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมา คือ การป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูกจะมีชีวิตไม่ยืนยาว ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจร้อยละ 66.2 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการตรวจคัดกรองช่วยให้ทราบว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่มากที่สุด รองลงมา คือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกตามกำหนดช่วยให้รู้ผลมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจหามะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้อุปสรรคของการตรวจถึงร้อยละ 58.3 เมื่อจำแนกรายข้อ คือ การจัดสถานที่ตรวจไม่มีติดชิดมากที่สุด รองลงมา คือ การบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก

เจษฎา ศรีงาม (2547) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า ในภาพรวมสตรีมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 38.11 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์และคณะ (2548) ศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยรวมทุกด้านยังอยู่ในระดับต่ำ

ยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.4 คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง คิดว่าอาการของโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกจะไม่มีอาการผิดปกติ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมาตรวจอยู่ใน

ระดับสูงร้อยละ 88 รับรู้ถึงประโยชน์ของการมาตรวจจากการประชาสัมพันธ์และรณรงค์ในพื้นที่ และการรับรู้ด้านอุปสรรคของการมาตรวจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 คิดว่าการตรวจ มะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บในขณะตรวจ

กรรณิการ์ เกตุทิพย์ (2549) ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรีอำเภอ ลำสนธิ จังหวัดลพบุรี กลุ่มสตรีอายุ 35 - 60 ปี รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 66 คน แบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 33 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 33 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลอง ได้รับกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ การสื่อบุคคล ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจัดกิจกรรมกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) สัดส่วนผู้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์ (2549) ศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมและการจัดการคุณภาพต่อการมาตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 – 60 ปี อำเภอหาดุพนม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังทดลองมีการรับรู้มากขึ้น มากกว่าก่อนการทดลองและมากขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p < 0.05$) ในเรื่องของการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์และค่าใช้จ่ายของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการมาตรวจมะเร็งปากมดลูก และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม สัดส่วนของการไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มทดลองมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคมภายใต้การจัดการคุณภาพ สามารถเพิ่มการรับรู้และความครอบคลุมในการรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้เป็นอย่างดี

อุสมาน แวหะยี (2551) ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี ผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิม โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาแต่ละรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับสูง คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก และ ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับความเชื่อที่อยู่ในระดับปานกลางคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิด

โรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

สังวร จิมมาลา (2552) การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจ
มะเร็งปากมดลูก ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้า
ร่วมโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
สุขภาพ และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มทดลองมา
รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 67.5

การนำความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิบัติของบุคคลใน
การป้องกันโรค หรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหรือไม่นั้นจะขึ้นอยู่กับความเชื่อด้าน
สุขภาพ แรงจูงใจ และปัจจัยร่วมที่ชักนำหรือสนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้นการจัดโครงการ
สาธารณสุขสำหรับประชาชนหรือผู้ป่วยที่มุ่งให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนั้น จำเป็นต้อง
มีการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับ
โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคของการ
ปฏิบัติให้ผลสนับสนุนตามแนวความคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามที่ได้กล่าวมาแล้ว

จากเหตุผลดังกล่าว สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมายว่า เกี่ยวข้องกับการได้รับความรู้เกี่ยวกับ ความเสี่ยงต่อการเป็น
โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์
ในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการรับรู้ถึงอุปสรรคในการมารับบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่งผลให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตระหนักเห็นความสำคัญของการตรวจ
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก และให้ความร่วมมือตลอดจนมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ในที่สุด

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) แบบการศึกษา ณ จุดเวลาหนึ่ง (Cross – sectional study) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง เพื่อศึกษาถึงปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีอายุ 30 – 59 ปี ที่แต่งงานแล้ว และมีชื่ออยู่ในทะเบียนประชากรของโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็ง ฐานข้อมูลจังหวัดขอนแก่น (โปรแกรม Cervical screening program CxS 2010) และไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 250,693 คน

1.1 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรเข้า

1.1.1 เป็นสตรีอายุ 30 – 59 ปี

1.1.2 มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์

1.1.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์

1.1.4 สามารถสื่อสารได้

1.1.5 ให้ความร่วมมือและยินดีให้ข้อมูล

1.2 เกณฑ์การคัดเลือกประชากรออก

1.2.1 สตรีหมายเลขลำดับที่สุ่มได้ ในวันที่ออกสัมภาษณ์ไม่อยู่บ้านจะคัดชื่อออกแล้วคัดเลือกสตรี ลำดับต่อไปมาแทน ผู้ที่คัดเข้าแทนจะต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกเข้า

1.2.2 ไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูลในวันนั้น

2. กลุ่มตัวอย่าง จากคุณสมบัติประชากรเป้าหมายจำนวน 250,693 คน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ได้จากการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนโดยใช้สูตรของ Daniel (อ้างใน บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2551, หน้า 113) ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{Z^2 pqN}{(N - 1)d^2 + Z^2 pq}$$

เมื่อ n แทน จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนสมาชิกประชากร = 250,693 คน

Z แทน ค่ามาตรฐานโค้งปกติที่ระดับนัยสำคัญแบบสองหาง = 1.96

p แทน สัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (โอกาสที่เกิดขึ้น) การศึกษาครั้งนี้สัดส่วนการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบปี 2553 จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 21.72 $= \frac{21.72}{100} = 0.21$

q แทน โอกาสที่จะไม่เกิดขึ้น = $1 - p$

d แทน ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ในขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้ได้ไม่เกินร้อยละ 5 หรือ $= 0.05$

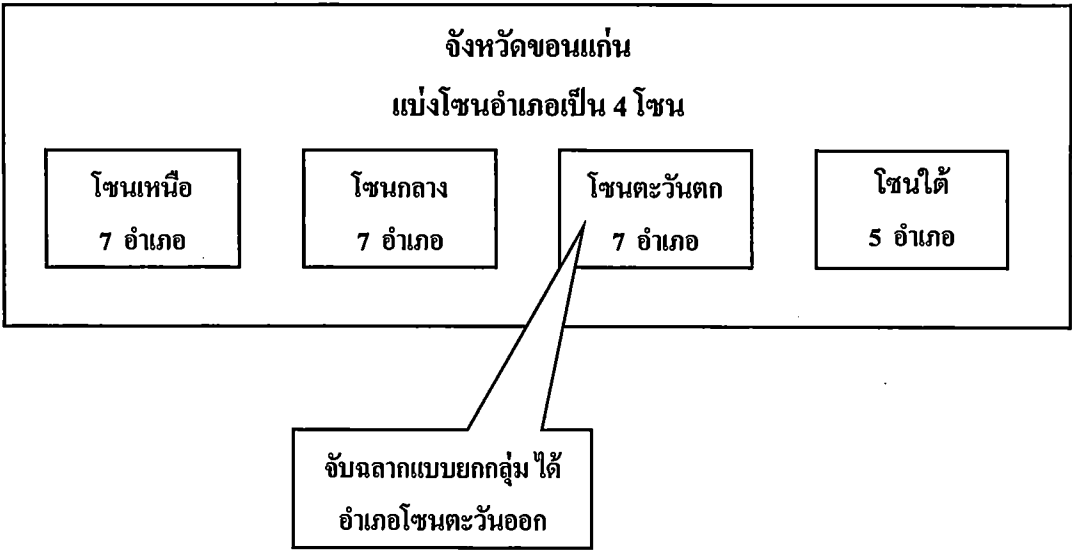
แทนค่าต่าง ๆ จากสูตรข้างต้นเพื่อหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังต่อไปนี้

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.21)(1 - 0.21)(250,693)}{(250,693)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.21)(1 - 0.21)}$$
$$n = \frac{159772.023757}{627.36732144}$$
$$n = 254.67$$

ฉะนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้จำนวนสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน

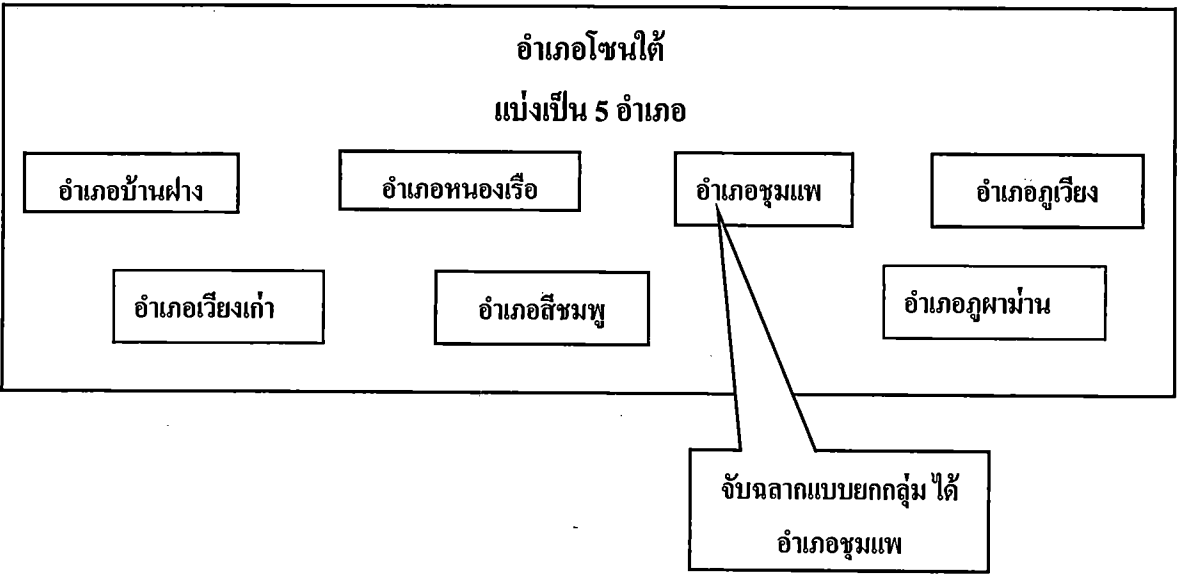
3. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งสตรีอายุ 30 – 59 ปี ของจังหวัดขอนแก่น ตามกลุ่มโซนอำเภอ ซึ่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นกำหนดขึ้นใช้ในการติดตามนิเทศงานตามตัวชี้วัดของจังหวัด เป็น 4 โซนอำเภอ คือ อำเภอโซนเหนือ อำเภอโซนกลาง อำเภอโซนตะวันตก และอำเภอโซนใต้ สุ่มด้วยการจับฉลากแบบยกลกลุ่ม (Cluster sampling) ได้อำเภอโซนใต้ ดังภาพที่ 5



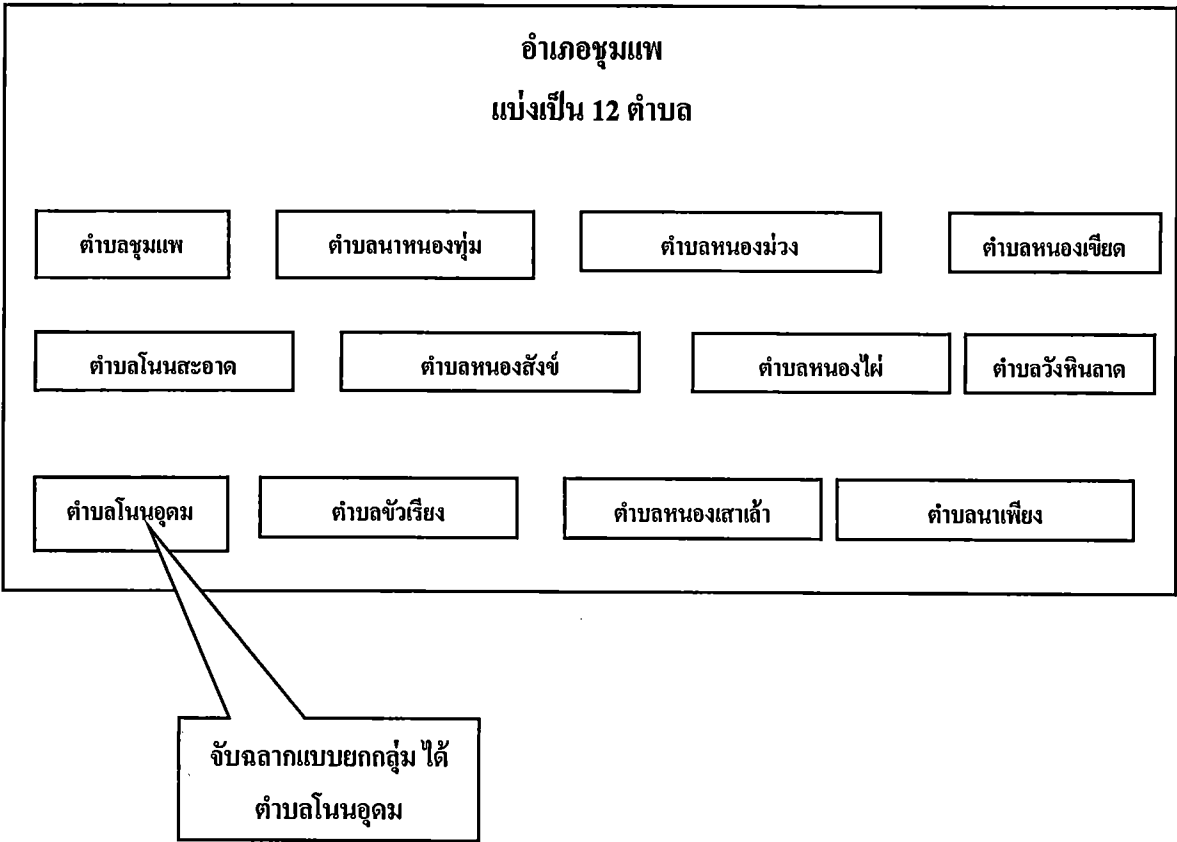
ภาพที่ 5 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบยกกลุ่ม (Cluster sampling) ของโซนอำเภอในจังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 2 แบ่งสตรีอายุ 30 – 59 ปี ของจังหวัดขอนแก่นในอำเภอโซนตะวันตก ตามอำเภอของการปกครองกระทรวงมหาดไทย เป็น 7 อำเภอ คือ อำเภอชุมแพ อำเภอหนองเรือ อำเภอภูเวียง อำเภอเวียงเก่า อำเภอสีชมพู อำเภอภูผาม่าน อำเภอบ้านฝาง สุ่มด้วยการจับฉลากยกกลุ่ม (Cluster sampling) ได้อำเภอชุมแพ ดังภาพที่ 6



ภาพที่ 6 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบยกกลุ่ม (Cluster sampling) ของอำเภอในโซนตะวันตก จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 3 แบ่งสตรีอายุ 30 – 59 ปี ของจังหวัดขอนแก่นในอำเภอชุมแพ ตามตำบลของการปกครองกระทรวงมหาดไทย เป็น 12 ตำบล คือ ตำบลชุมแพ ตำบลนาหนองทุ่ม ตำบลหนองม่วง ตำบลหนองเขียด ตำบลโนนสะอาด ตำบลหนองสังข์ ตำบลหนองไผ่ ตำบลวังหินลาด ตำบลโนนอุดม ตำบลข้าวเรียง ตำบลหนองเสาเล้า และตำบลนาเพียง สุ่มด้วยการจับฉลากยกกกลุ่ม (Cluster sampling) ได้ตำบลโนนอุดม ดังภาพที่ 7



ภาพที่ 7 การสุ่มตัวอย่างด้วยการจับฉลากแบบยกกกลุ่ม (Cluster sampling) ของตำบลในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนที่ 4 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) มีวิธีการสุ่มตัวอย่างโดย $I = N/n$

I = ช่วงของการเลือกตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด

n = จำนวนขนาดตัวอย่าง

จะได้ $I = 1,389/255 = 5.4$ ปัดเป็น 5

โดยจัดเรียงรายชื่อสตรีที่มีอายุ 30 – 59 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ จำนวน 11 หมู่บ้าน จำนวน 1,389 คน มาเรียงลำดับตามหมู่บ้านและอายุ (ตามทะเบียนของโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดขอนแก่น โปรแกรม CXS2010) โดยสุ่มอย่างง่ายเพื่อหาตำแหน่งเริ่มต้นของตัวอย่างแรกได้ตำแหน่งที่ 2 เมื่อได้ตำแหน่งเริ่มต้นแล้ว จากนั้นเลือกตัวอย่างในลำดับถัดไป (2, 7, 12, 17.....I_n+5) จนได้ขนาดตัวอย่าง 255 คน ดังตารางที่2

ตารางที่ 2 จำนวนสตรีและจำนวนสตรีตัวอย่าง จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่บ้าน	จำนวนสตรี (คน)	การคำนวณกลุ่ม	จำนวนสตรีตัวอย่าง
		ตัวอย่าง	(คน)
บ้านคอน หมู่ที่ 1	172	<u>255x172</u> 1389	32
บ้านหอย หมู่ที่ 2	137	<u>255x137</u> 1389	25
บ้านโคกสูงหมู่ที่ 3	190	<u>255x190</u> 1389	35
บ้านโนนสว่างหมู่ที่ 4	133	<u>255x133</u> 1389	24
บ้านบัวสิมมาหมู่ที่ 5	97	<u>255x97</u> 1389	18
บ้านโนนอุดมหมู่ที่ 6	107	<u>255x107</u> 1389	20
บ้านโนนอุดมหมู่ 7	190	<u>255x190</u> 1389	35
บ้านโนนตูมหมู่ที่ 8	82	<u>255x82</u> 1389	15
บ้านหินตั้งหมู่ที่ 9	52	<u>255x52</u> 1389	9
บ้านโนนสูงหมู่ที่ 10	108	<u>255x108</u> 1389	20
บ้านหอยหมู่ที่ 11	121	<u>255x121</u> 1389	22
รวม	1,389		255

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชนิดและลักษณะของเครื่องมือ การศึกษาในครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่ศึกษาเป็นแบบ สัมภาษณ์ มีทั้งหมด 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนครั้งในการตั้งครรภ์ ประวัติการป่วยด้วยโรคทางนรีเวช จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 40 ข้อ

2. การสร้างเครื่องมือ ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎี ความเชื่อด้านสุขภาพ ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยมีวิธีการสร้างข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยด้านประชากรสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประสบการณ์การป่วยด้วยโรคทางนรีเวช ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติสายตรง ที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพที่เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกดังนี้

2.1 ทำตารางวิเคราะห์เนื้อหาหาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 วิเคราะห์เนื้อหาของข้อคำถามตามนิยามศัพท์

2.3 กำหนดรูปแบบคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	5
เห็นด้วย	ระดับคะแนน	4
ไม่แน่ใจ	ระดับคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	1

ข้อคำถามเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	1
เห็นด้วย	ระดับคะแนน	2
ไม่แน่ใจ	ระดับคะแนน	3
ไม่เห็นด้วย	ระดับคะแนน	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ระดับคะแนน	5

2.4 สร้างข้อคำถามตามเนื้อหาด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองหามะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก เช่น ท่านคิดว่าสตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีโอกาasเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงกว่าสตรีที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

3. การแปรผลคะแนนรายด้าน พิจารณาโดยใช้แบบประเมินค่าแบบอันตรภาคชั้นการแบ่งกลุ่มโดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุด แล้วหารด้วยจำนวนกลุ่มที่ต้องการแบ่ง
เชื่อน้อย เชื่อปานกลาง เชื่อมาก (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2553)

คะแนนสูงสุด (Maximum)

คะแนนต่ำสุด (Minimum)

อันตรภาคชั้น = $\frac{\text{Maximum} - \text{Minimum}}{3} = \frac{50 - 10}{3} = 13.33$ ดังรายละเอียด

ระดับที่	ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงรายข้อ
1	น้อยกว่า 24	เชื่อน้อย
2	24 - 36	เชื่อปานกลาง
3	37-50	เชื่อมาก

4. การตรวจสอบความตรง

4.1 การตรวจสอบความตรง แบบสัมภาษณ์นี้ เมื่อสร้างแล้วได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญการวิจัย 3 ท่าน คือ นายณัติ จ่ากลาง ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นางเครือวัลย์ ทาแดง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นายสุทนต์ อามาตรสมบัติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ช่วยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องตามหลักวิชาการ และความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำถามคำตอบทุกข้อ หลังจากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามที่ผู้เชี่ยวชาญ

เสนอแนะ จัดทำเป็นต้นฉบับ และนำไปทดลองใช้ กับสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของข้อคำถามดังนี้

ลักษณะคำถามแบบประเมินค่าให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อของแต่ละคน

บันทึกข้อมูลใส่โปรแกรมสำเร็จรูปและประมวลผล นำไปหาความเที่ยงแบบคงที่ภายใน ด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) (อ้างในบุญธรรมกิจปริดาบริสุทธิ, 2551, หน้า 279) โดยมีค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.68-0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้ศึกษาประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนอุดม พร้อมทั้งชี้แจงทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแบบสัมภาษณ์ ขั้นตอนในการตอบแบบสอบถาม และการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กับพนักงานสัมภาษณ์ จำนวน 3 คน ซึ่งผู้ศึกษาได้มีการอบรมทำความเข้าใจก่อนลงเก็บข้อมูล และได้ฝึกการใช้แบบสัมภาษณ์ร่วมกับผู้ศึกษาก่อนให้ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมกับสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 255 คน

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ และนำข้อมูลไปบันทึกและทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแยกการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป เป็นการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ นำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบบรรยายประกอบตาราง

2. อธิบายแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา พร้อมนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบบรรยายประกอบตาราง

3. ทำการทดสอบสมมุติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง

4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งปากมดลูก การรับรู้ถึงอุปสรรคในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก จังหวัดขอนแก่น โดยใช้สถิติเชิงอ้างอิงด้วย Chi-square, Fisher' Exact Test พร้อมนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบบรรยายประกอบตาราง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้คุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาให้แก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ และความสำคัญของการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตในการตอบคำถาม การปกปิดและรักษาความลับของผู้ป่วย การวิเคราะห์และการนำเสนอผลการวิจัย ผู้เข้าร่วมเป็นตัวอย่างการศึกษาจะได้รับข้อมูลถึงสิทธิต่าง ๆ ดังนี้ คือสิทธิในการถอนตัวจากการศึกษา ข้อมูลต่าง ๆ ผู้ศึกษาจะเก็บเป็นความลับ การเผยแพร่ผลการศึกษาจะนำเสนอเป็นทางวิชาการ และไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมเป็นตัวอย่างการศึกษาโดยเด็ดขาด

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาถึงความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น มีรูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยมีผลการศึกษาตามลำดับต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป
2. การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษาสตรีอายุ 30 - 59 ปีในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 255 คน พบว่า

1. อายุ พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนมากมีอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 45.1 รองลงมา คือ มีอายุ 50 - 59 ปี ร้อยละ 30.2 และอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 24.7 ตามลำดับ ซึ่งมีอายุต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 59 ปี อายุเฉลี่ย 44.7 ปีและอายุแตกต่างกันโดยเฉลี่ย 7 ปี
2. ระดับการศึกษา พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนใหญ่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.8 รองลงมา คือ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 13.7 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 10.2 ตามลำดับ นอกนั้น มีการศึกษาระดับอนุปริญญาขึ้นไป
3. อาชีพ พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม ทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 69.8 รองลงมา คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 19.6 ค้าขาย ร้อยละ 5.9 นอกนั้น คือ แม่บ้าน ร้อยละ 2.8 รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจและไม่ได้ทำงาน ตามลำดับ
4. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนมากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 44.3 ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง 15 - 19 ปี ร้อยละ 38.4 ปี และช่วงอายุ 25 ปีขึ้นไป ร้อยละ 16.5 ปี นอกนั้น คือ ซึ่งมีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 37 ปี อายุเฉลี่ย 21 ปี และอายุแตกต่างกันโดยเฉลี่ย 3 ปี

5. ประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า สตรีที่ศึกษา ตั้งครรภ์ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.30 ครั้ง โดยส่วนใหญ่จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 1 - 2 ครั้ง ร้อยละ 68.4 รองลงมา คือ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 3 - 4 ครั้ง ร้อยละ 30.4 และจำนวนครั้งการตั้งครรภ์อยู่ระหว่าง 5 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ

6. อาการผิดปกติเกี่ยวกับโรคนรีเวช พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 63.9 และเคยมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 36.1 และเมื่อแยกพิจารณารายชื่อ ปรากฏว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการผิดปกติและเป็นปัญหาอยู่ 3 อาการแรก คือ มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยมากกว่าปกติที่เคยเป็น ร้อยละ 20.9 คันช่องคลอด ร้อยละ 20.0 และตกขาวเป็นเม็ดขาว ๆ เหมือนแป้งหรือเหมือนยางมะละกอ ร้อยละ 19.6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
1. อายุ		
30 - 39 ปี	63	24.7
40 - 49 ปี	115	45.1
50 - 59 ปี	77	30.2
อายุเฉลี่ย = 44.7 ปี, S.D. = 7.01 ปี, อายุต่ำสุด = 30 ปี, อายุสูงสุด = 59 ปี		
2. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	188	73.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	26	10.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	35	13.7
3. อาชีพ		
ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เกษตรกรรม	178	69.8
รับจ้าง	50	19.6
ค้าขาย	15	5.9
แม่บ้าน	7	2.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
ข้าราชการ	4	1.6
ไม่ได้ทำงาน	1	0.4
4. อายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก		
ต่ำกว่า 15 ปี	2	0.8
15 - 19 ปี	98	38.4
20 - 24 ปี	113	44.3
25 ปีขึ้นไป	42	16.5
อายุเฉลี่ย = 21 ปี, S.D. = 3.54 ปี, อายุต่ำสุด = 14 ปี, อายุสูงสุด = 37 ปี		
5. ประวัติการตั้งครรภ์		
ไม่เคยตั้งครรภ์	8	3.1
เคยตั้งครรภ์	247	96.9
1 - 2 ครั้ง	169	68.4
3 - 4 ครั้ง	75	30.4
5 ครั้งขึ้นไป	3	1.2
เฉลี่ย = 2.30 ปี, S.D. = 0.85 ปี, ต่ำสุด = 1 ปี, สูงสุด = 6 ปี		
6. อาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคนรีเวช		
ไม่เคยมีอาการผิดปกติ	163	63.9
เคยมีอาการผิดปกติ	92	36.1
ตกขาวมากผิดปกติมีกลิ่นเหม็น		
เคยมีอาการ	20	7.8
ไม่เคยมีอาการ	235	92.2
ตกขาวมีเลือด/สีเหมือนหนองสีเหมือนนมข้น		
เคยมีอาการ	7	2.7
ไม่เคยมีอาการ	248	97.3
ตกขาวเป็นเม็ดขาว ๆ เหมือนแป้ง/ ยางมะละกอ		
เคยมีอาการ	50	19.6
ไม่เคยมีอาการ	205	80.4

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (n=255)	ร้อยละ
ปวดหน่วงท้องน้อยมากกว่าปกติที่เคยเป็น		
เคยมีอาการ	53	20.9
ไม่เคยมีอาการ	202	79.1
คันช่องคลอด		
เคยมีอาการ	51	20.0
ไม่เคยมีอาการ	204	80.0
มีเลือดออกกระปริดกระปรอย		
เคยมีอาการ	14	5.5
ไม่เคยมีอาการ	241	94.5
มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์		
เคยมีอาการ	9	3.5
ไม่เคยมีอาการ	246	96.5
มีตุ่มคันในบริเวณอวัยวะเพศ		
เคยมีอาการ	5	2.0
ไม่เคยมีอาการ	250	98.0

การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ประวัติการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่ศึกษา ส่วนใหญ่เคยมีการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80.0 นอกนั้น ไม่เคยรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20.0
2. เหตุผลของการไม่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษา รู้สึกอาย ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 25.8 ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 14.9 กลัวเจ็บ ร้อยละ 9.4 นอกนั้น คือ ไม่มีเวลาไปตรวจ กลัวจะพบว่าตนเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่รู้ว่าตนเองต้องมาตรวจ การเดินทางลำบากไม่สะดวกและไม่มีเพื่อนพาไปตรวจ ตามลำดับ
3. ช่วงปีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปีสุดท้าย พบว่า สตรีที่ศึกษา ส่วนใหญ่เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเมื่อ ปี 2554 ร้อยละ 60.8 รองลงมา คือ ปี 2553

ร้อยละ 27.5 ปี 2552 ร้อยละ 64 นอกนั้น เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายในปี 2551 และ ปี 2550 ตามลำดับ ซึ่งช่วงปีของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำสุด 1 ปี สูงสุด คือ 5 ปี เฉลี่ย 1.58 ปี และ S.D. 1 ปี

4. สถานที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่ศึกษาไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนอนามัย ร้อยละ 80.4 รองลงมา โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 9.3 โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 2.0 และอื่น ๆ (คลินิกเอกชน) ร้อยละ 5.4 นอกนั้น คือ ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ตามลำดับ

5. เหตุผลของการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษาส่วนมากกลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45.9 รองลงมา คือ มีการณรงค์ให้ไปตรวจ ร้อยละ 19.2 มีเจ้าหน้าที่แจ้งรายชื่อมาให้ไปตรวจ ร้อยละ 16.5 ตามลำดับ นอกนั้น เป็นการตรวจสุขภาพประจำปี มีอาการผิดปกติ มีคนชวนให้ไปตรวจและไปตามที่แพทย์นัด

6. การมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษาเกือบทั้งหมดไม่เคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 97.6 นอกนั้นเคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 2.4 (มารดา, พี่สาวหรือน้องสาวของแม่, ยาย) รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
เคยรับการตรวจ	204	80.0
ไม่เคยรับการตรวจ	51	20.0
เหตุผลของการไม่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=51)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อาย	49	34.2
ไม่มีอาการผิดปกติ	38	25.8
ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก	22	14.9
กลัวเจ็บ	14	9.4
ไม่มีเวลาไปตรวจ	11	7.4
กลัวจะพบว่าตนเป็นมะเร็งปากมดลูก	5	3.3

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
ไม่รู้ว่าตนเองต้องมาตรวจ	4	2.6
การเดินทางลำบากไม่สะดวก	3	1.8
ไม่มีเพื่อนพาไปตรวจ	1	0.6
ช่วงระยะเวลาของการตรวจคัดกรอง (n=204)		
ปี 2554	124	60.8
ปี 2553	56	27.5
ปี 2552	13	6.4
ปี 2551	7	3.4
ปี 2550	4	1.9
สถานที่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=204)		
สถานีอนามัย	164	80.4
โรงพยาบาลของรัฐ	19	9.3
โรงพยาบาลเอกชน	4	1.9
ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก	3	1.5
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	3	1.5
ไม่ระบุสถานที่	11	5.4
เหตุผลของการรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (n=204)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก	170	45.9
มีการรณรงค์ให้ไป	71	19.2
เจ้าหน้าที่แจ้งรายชื่อให้มาตรวจ	61	16.5
ตรวจสอบสุขภาพประจำปี	27	7.3
มีอาการผิดปกติ	25	6.8
มีคนชักชวนให้ไปตรวจ	10	2.7
ไปตามที่แพทย์นัด	6	1.6

ตารางที่ 4 (ต่อ)

การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก		
ของญาติสายตรง (n=255)		
ไม่เคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก	249	97.6
เคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก	6	2.4
ญาติสายตรงที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก (n=6)		
(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มารดา	5	62.5
พี่สาวหรือน้องสาวของแม่	2	25.0
ยาย	1	12.5

ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยง

1.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการศึกษาพบว่าสตรีที่ศึกษา มากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในประเด็นที่เชื่อว่า สตรีทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 87.0 สตรีที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึง ร้อยละ 91.4 สตรีที่ มารดาหรือพี่สาว น้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น โดยเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 93.7 สตรีที่ไม่เคยมีลูกก็เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 83.1 สตรีที่มีลูกหลายคนมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 84.7 สตรีที่ติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์ เช่น ริม หนองในทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 96.5 สตรีที่มีสามีหลายคนเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 81.9 สตรีที่มีสามีเข้าสู่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 90.6

ทั้งนี้ พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 30 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในประเด็นที่เชื่อว่า สตรีที่สูบบุหรี่หรือมีบุคลลในครอบครัว

สับสนหรือจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น โดยบอกว่า ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 43.5 และการมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น
ได้โดยบอกว่าไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 36.5 รายละเอียด ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามการรับรู้โอกาสเสี่ยง (n = 255)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าสตรีทุกคนมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	57 (22.3)	165 (64.7)	31 (12.2)	2 (0.8)	0 (0.0)
2. ท่านคิดว่าสตรีที่ผ่านการมี เพศสัมพันธ์ยิ่งทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อ การเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น	121 (47.5)	112 (43.9)	22 (8.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
3. ท่านคิดว่าสตรีที่ มารดาหรือพี่สาว น้องสาวเป็น โรคมะเร็งปากมดลูกจะ มีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ สูงขึ้น	184 (72.2)	64 (25.1)	7 (2.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านคิดว่าสตรีที่ไม่เคยมีลูกก็เสี่ยง ต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	70 (27.4)	142 (55.7)	40 (15.7)	3 (1.2)	0 (0.0)
5. ท่านคิดว่าสตรีที่มีลูกหลายคนมี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปาก มดลูกได้สูง	82 (32.2)	134 (52.5)	38 (14.9)	1 (0.4)	0 (0.0)
6. ท่านคิดว่าสตรีที่ติดเชื้ทาง เพศสัมพันธ์เช่น เริม หนองในทำให้ เสี่ยงต่อการเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก ได้สูงขึ้น	158 (62.0)	88 (34.5)	9 (3.5)	0 (0.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 5 (ต่อ)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
7. ท่านคิดว่าสตรีที่มีสามีหลายคน เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ สูงขึ้น	89 (34.9)	120 (47.0)	44 (17.3)	2 (0.8)	0 (0.0)
8. สตรีที่สูบบุหรี่หรือมีบุคลลใน ครอบครัวสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	23 (9.0)	121 (47.5)	84 (32.9)	27 (10.6)	0 (0.0)
9. ท่านคิดว่าสตรีที่มีสามีเจ้าชู้เปลี่ยน คู่นอนบ่อย ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการ เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	136 (53.3)	95 (37.3)	24 (9.4)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ท่านคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์ บ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง ปากมดลูกสูงขึ้นได้	40 (15.7)	122 (47.8)	75 (29.4)	18 (7.1)	0 (0.0)

1.2 ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการศึกษาพบว่า สตรีที่ศึกษามีความเชื่อ
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ร้อยละ 84.3 นอกนั้นเป็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 15.7 โดยมีคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 41.88
จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และ S.D. = 5.107 รายละเอียด ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค
มะเร็งปากมดลูก

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
มาก	215	84.3
ปานกลาง	40	15.7
น้อย	0	0.0
รวม	255	100

ต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน เฉลี่ย 41.88 S.D. = 5.107

2. การรับรู้ความรุนแรง

2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค

มะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษามากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในเกือบทุกประเด็น ได้แก่ การป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีอันตรายทำให้เสียชีวิตได้โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 98.0 สตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแลโดย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 93.7 สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีความเจ็บปวดรุนแรงโดยเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 98.8 มะเร็งปากมดลูกกระยะลุกลามจะไม่มีทางรักษาได้โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 89.4 โรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียเงินในการรักษาพยาบาลสูง โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 85.5 โรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 91.0 สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ดูแลครอบครัวได้น้อยลง โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 96.1 โรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 87.4 และหากตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกท่านจะรู้สึกกังวลใจมาก โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 95.7 นอกนั้นมีสตรีเพียงส่วนน้อย มากกว่าร้อยละ 10 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยต่อความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ในประเด็น มะเร็งปากมดลูกกระยะลุกลามจะไม่มีทางรักษาได้ โรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียเงินในการรักษาพยาบาลสูง โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถลุกลามไปที่อวัยวะส่วนอื่นได้และโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน รายละเอียด ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามการรับรู้ความรุนแรง (n = 255)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีอันตรายทำให้เสียชีวิตได้	165 (64.7)	85 (33.3)	4 (1.6)	0 (0.0)	1 (0.4)
2. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล	148 (58.0)	91 (35.7)	15 (5.9)	0 (0.0)	1 (0.4)
3. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีความเจ็บปวดรุนแรง	206 (80.8)	46 (18.0)	3 (1.2)	0 (0.0)	0 (0.0)
4. ท่านคิดว่ามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะไม่มีทางรักษาได้	176 (69.0)	52 (20.4)	27 (10.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียเงินในการรักษาพยาบาลสูง	68 (26.7)	105 (58.8)	37 (14.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
6. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ	67 (26.3)	165 (64.7)	22 (8.6)	1 (0.4)	0 (0.0)
7. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ดูแลครอบครัวได้น้อยลง	137 (53.7)	108 (42.4)	9 (3.5)	1 (0.4)	0 (0.0)
8. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถลุกลามไปที่อวัยวะส่วนอื่นได้	69 (27.0)	119 (46.7)	54 (21.2)	13 (5.1)	0 (0.0)
9. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน	83 (32.5)	140 (55.0)	32 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ท่านคิดว่าหากตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกท่านจะรู้สึกกังวลใจมาก	185 (72.6)	59 (23.1)	11 (4.3)	0 (0.0)	0 (0.0)

2.2 ระดับการรับรู้ความรุนแรง จากการศึกษา พบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 89.8 นอกนั้น คือ ความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 โดยมีคะแนนต่ำสุด 31 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 44.13 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และ S.D. = 5.107 รายละเอียด ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้ความรุนแรง

ระดับการรับรู้ความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
มาก	229	89.8
ปานกลาง	26	10.2
น้อย	0	0.0
รวม	255	100

ต่ำสุด 31 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน เฉลี่ย 44.13และ S.D.= 5.107

3. การรับรู้ประโยชน์

3.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในประเด็น

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 71.3 การมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัวโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 80.7 การตรวจคัดกรองพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 79.6 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ครอบครัวสบายใจโดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งถึงร้อยละ 80.7 การตรวจพบมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะแรกทำให้เสียเงินในการรักษาน้อย โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 81.5 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยลดการลุกลามของโรคได้ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 82.3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบอาการผิดปกติอย่างอื่นได้ เช่น เชื้อรา มดลูกอักเสบ พยาธิในช่องคลอด โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 93.3 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ได้รับการรักษาอาการผิดปกติอย่างอื่นได้ เช่น เชื้อรา คันช่องคลอด

โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 89.4 ความสบายใจไม่วิตกกังวลถ้าผลตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกปกติ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึงร้อยละ 92.1

และพบว่า สตรีมากกว่าร้อยละ 30 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกจะเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามการรับรู้ประโยชน์ (n = 255)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการ	24 (9.4)	158 (61.9)	70 (27.5)	2 (0.8)	1 (0.4)
2. ท่านคิดว่าการมารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านได้รับความรู้ เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัว	59 (23.1)	147 (57.6)	45 (17.7)	4 (1.6)	0 (0.0)
3. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองพบมะเร็ง ปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้ หายขาดได้	105 (41.2)	98 (38.4)	42 (16.5)	10 (3.9)	0 (0.0)
4. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกจะทำให้ครอบครัวสบายใจ	59 (23.1)	147 (57.6)	49 (19.3)	0 (0.0)	0 (0.0)
5. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกจะเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแล สุขภาพ	38 (14.9)	120 (47.1)	77 (30.2)	20 (7.8)	0 (0.0)
6. ท่านคิดว่าการตรวจพบมะเร็งปาก มดลูกตั้งแต่ระยะแรกทำให้เสียเงินในการ รักษาน้อย	33 (12.9)	175 (68.6)	46 (18.1)	1 (0.4)	0 (0.0)
7. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกจะช่วยลดการลุกลามของโรคได้	118 (46.2)	92 (36.1)	40 (15.7)	5 (2.0)	0 (0.0)

ตารางที่ 9 (ต่อ)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถตรวจพบอาการผิดปกติอย่างอื่น ได้เช่นเชื้อรา มดลูกอักเสบ พยาธิในช่อง คลอด	190 (74.5)	48 (18.8)	17 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำ ให้ได้รับการรักษาอาการผิดปกติอย่างอื่น ได้เช่นเชื้อรา คันช่องคลอด	176 (69.0)	52 (20.4)	27 (10.6)	0 (0.0)	0 (0.0)
10. ท่านจะสบายใจไม่วิตกกังวลถ้าผล ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ	166 (65.1)	69 (27.0)	16 (6.3)	0 (0.0)	4 (1.6)

3.2 ระดับการรับรู้ประโยชน์ จากการศึกษาพบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อ
ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองในระดับมาก ร้อยละ 81.9 และรับรู้
ประโยชน์ในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.1 โดยมีคะแนนต่ำสุด 28 คะแนน คะแนนสูงสุด 50 คะแนน
คะแนนเฉลี่ย 41.73 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และ S.D.= 5.383 รายละเอียด ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้ประโยชน์

ระดับการรับรู้ประโยชน์	จำนวน	ร้อยละ
มาก	209	81.9
ปานกลาง	46	18.1
น้อย	0	0
รวม	255	100

ต่ำสุด 28 คะแนน สูงสุด 50 คะแนน เฉลี่ย 41.73 และ S.D.= 5.383

4. การรับรู้อุปสรรค

4.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษา น้อยกว่า ร้อยละ 20 โดยเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ในประเด็น ไม่มั่นใจว่าอุปกรณ์การตรวจสะอาดปราศจากเชื้อ โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงร้อยละ 2.4 ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ผลการตรวจที่ไม่แน่นอน โดยเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงร้อยละ 1.6 การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านเสียเวลาในการทำมาหากิน โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงร้อยละ 19.2 และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายสำหรับผู้หญิง โดยเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง เพียงร้อยละ 19.2 และยังพบว่าสตรีมากกว่า ร้อยละ 80 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ในประเด็น สถานที่ตรวจไม่มีฉัตร โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 87.7 การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากเสียเวลา โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 82.3 กล่าวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการมาตรวจแต่ละครั้ง โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 97.6 กล่าวว่าจะเจ็บเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจ โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 90.2 กล่าวว่าเมื่อตรวจแล้วจะพบว่า เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 87.8 กล่าวว่าสามีจะไม่พอใจเมื่อท่านมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ถึงร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามการรับรู้อุปสรรค (n = 255)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านคิดว่าสถานที่ ตรวจไม่มีฉัตร	8 (3.1)	31 (12.2)	10 (3.9)	59 (23.1)	147 (57.6)
2. ท่านรู้สึกไม่มั่นใจว่าอุปกรณ์การตรวจ สะอาดปราศจากเชื้อ	0 (0.0)	6 (2.4)	46 (18.0)	92 (36.1)	111 (43.5)
3. ท่านคิดว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกให้ผลการตรวจที่ไม่แน่นอน	1 (0.4)	3 (1.2)	62 (24.3)	125 (49.0)	64 (25.1)

ตารางที่ 11 (ต่อ)

ข้อความ/ความเห็น	ระดับความคิดเห็น n (%)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
4. การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้ท่านเสียเวลาในการทำมาหากิน	34 (13.3)	15 (5.9)	6 (2.4)	76 (29.8)	124 (48.6)
5. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายสำหรับผู้หญิง	45 (17.6)	4 (1.6)	5 (2.0)	44 (17.3)	157 (61.6)
6. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกยุ่งยากเสียเวลา	27 (10.6)	18 (7.1)	7 (2.7)	64 (25.1)	139 (54.5)
7. ท่านกลัวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการ มาตรวจแต่ละครั้ง	2 (0.8)	4 (1.6)	37 (14.5)	81 (31.8)	131 (51.4)
8. ท่านกลัวว่าจะเจ็บเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจ	10 (3.9)	15 (5.9)	24 (9.4)	140 (54.9)	66 (25.9)
9. ท่านกลัวว่าเมื่อตรวจแล้วจะพบว่าเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก	15 (5.9)	16 (6.3)	11 (4.3)	30 (11.8)	183 (71.8)
10. ท่านกลัวว่าสามีจะไม่พอใจเมื่อท่าน มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	0 (0.0)	0 (0.0)	29 (11.4)	42 (16.5)	184 (72.2)

4.2 ระดับการรับรู้อุปสรรค จากการศึกษาพบว่าสตรีที่ศึกษา มีความเชื่อด้านการรับรู้
อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 80.4 และระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 19.6 ตามลำดับ โดยมีคะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 42 คะแนน
คะแนนเฉลี่ย 18.36 จากคะแนนเต็ม 50 คะแนน และ S.D. = 9.598 รายละเอียด ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวนและร้อยละของสตรี จำแนกตามระดับการรับรู้อุปสรรค

ระดับการรับรู้อุปสรรค	จำนวน	ร้อยละ
มาก	0	0.0
ปานกลาง	50	19.6
น้อย	205	80.4
รวม	255	100

ต่ำสุด 10 คะแนน สูงสุด 42 คะแนน เฉลี่ย 18.36 และ S.D.= 9.598

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อายุ 30 - 59 ปีในจังหวัดขอนแก่น**

1. ปัจจัยส่วนประชากรสังคม จากการวิเคราะห์เบื้องต้น พบตัวแปรที่ให้กับการมารับ
บริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีขนาดของค่าคาดหวังไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น
ของข้อตกลงการใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) จึงใช้สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซค เทสต์ (Fisher’s Exact
Test) พบว่าปัจจัยทางประชากรสังคม ซึ่งประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ช่วงอายุมี
เพศสัมพันธ์ครั้งแรก ประวัติการตั้งครรภ์ โรคทางนรีเวช และมีญาติสายตรงป่วย มีความสัมพันธ์กัน
อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กับการมาตรวจรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก รายละเอียด
ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามปัจจัยส่วนประชากรสังคมกับการมารับบริการ
ตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปีในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ทางประชากร	รับบริการตรวจคัดกรอง		X^2	p-value
	เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ		
	(n/%)	(n/%)		
อายุ				
30 - 45 ปี	116 (78.4)	32 (21.6)	0.50	0.446
46 - 59 ปี	88 (82.2)	19 (17.8)		

ตารางที่ 13 (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร	รับบริการตรวจคัดกรอง		X^2	p-value
	เคยตรวจ (n/%)	ไม่เคยตรวจ (n/%)		
ระดับการศึกษา				
≥ ประถมศึกษา	147 (78.2)	41 (21.8)	1.46	0.226
< ประถมศึกษา	57 (85.1)	10 (14.9)		
อาชีพ				
เกษตรกร	144 (80.9)	34 (19.1)	0.29	0.552
อาชีพอื่น	59 (77.6)	17 (22.4)		
ช่วงอายุมีเพศสัมพันธ์ครั้ง				
≥19 ปี	78 (78.0)	22 (22.0)	0.41	0.521
20 ปีขึ้นไป	126 (81.3)	29 (18.7)		
ประวัติการตั้งครรภ์				
เคย	200 (81.0)	47 (19.0)	4.64	0.053
ไม่เคย	4 (50.0)	4 (50.0)		
โรคทางนรีเวช				
เคยมีอาการ	79 (85.9)	13 (14.1)	3.09	0.078
ไม่เคยมีอาการ	125 (76.7)	38 (23.3)		
มีญาติสายตรงป่วย				
มี	4 (66.7)	2 (33.3)	0.68	0.344
ไม่มี	200 (80.3)	49 (19.7)		

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีรายละเอียด คือ

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง พบว่า สตรีที่ศึกษา ที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับมากมีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 155.85$, P-value = <0.001)

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น พบว่า สตรีที่ศึกษา ที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่เป็นกลุ่มที่มีการรับรู้ความรุนแรงในระดับปานกลาง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 104.90$, P-value = <0.001)

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่ศึกษา ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับปานกลาง โดยพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 199.92$, P-value = <0.001)

ด้านการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการระดับน้อย มีการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับปานกลางและในระดับมาก โดยพบว่ามี ความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 224.52$, P-value = <0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 จำนวน (ร้อยละ) ของสตรี จำแนกตามปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกกับการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร	รับบริการตรวจคัดกรอง		X^2	p-value
	เคยตรวจ	ไม่เคยตรวจ		
	(n/%)	(n/%)		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง (n=255)				
มาก	201 (93.5)	14 (6.5)	155.85	<0.001*
ปานกลาง	3 (7.5)	37 (92.5)		

ตารางที่ 14 (ต่อ)

ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ทางประชากร	รับบริการตรวจคัดกรอง		X^2	p-value
	เคยตรวจ (n/%)	ไม่เคยตรวจ (n/%)		
การรับรู้ความรุนแรง (n=255)				
มาก	203 (88.6)	26 (11.4)	104.94	<0.001*
ปานกลาง	1 (3.8)	25 (96.2)		
การรับรู้ประโยชน์ (n=255)				
มาก	202 (96.6)	7 (3.4)	199.92	<0.001*
ปานกลาง	2 (4.3)	44 (95.7)		
การรับรู้อุปสรรค (n=255)				
น้อย	202 (98.5)	3 (1.5)	224.52	<0.001*
ปานกลาง	2 (4.0)	48 (96.0)		

หมายเหตุ * หมายถึง ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น โดยศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 255 คน จากจำนวนประชากร 250,693 คน ของกลุ่มสตรีอายุ 30 – 59 ปี ที่แต่งงานแล้ว และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนประชากรของโปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสถาบันมะเร็ง จังหวัดขอนแก่น และไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบหาความเที่ยงตรง โดยปรึษาความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับสตรีจำนวน 30 ราย พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Coefficient Alpha) = .68 รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน ตุลาคม - พฤศจิกายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมานหาค่า Chi-square, Fisher's Exact Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผล ได้ดังต่อไปนี้

สรุปผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 45.1 อายุเฉลี่ย 44.7 ปี และอายุแตกต่างกันโดยเฉลี่ย 7 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.8 มีอาชีพเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ ทำสวน ร้อยละ 69.8 และยังพบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุอยู่ระหว่าง 20 - 24 ปี ร้อยละ 44.3 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 14 ปี สูงสุด 37 ปี อายุเฉลี่ย 21 ปี และอายุแตกต่างกันโดยเฉลี่ย 3 ปี ส่วนประวัติการตั้งครรภ์ พบว่า ตั้งครรภ์ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 6 ครั้ง เฉลี่ย 2.30 ครั้ง อาการผิดปกติที่เกี่ยวกับโรคเนื้องอก (โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ในสตรี) พบว่า เคยมีอาการผิดปกติ ร้อยละ 36.1 ซึ่งเมื่อแยกพิจารณารายชื่อเกี่ยวกับโรคเนื้องอก ปรากฏว่า สตรีในกลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับโรคเนื้องอกและเป็นปัญหาหลักอยู่ 3 อาการแรก คือ มีอาการปวดหน่วงท้องน้อยมากกว่าปกติที่เคยเป็น ร้อยละ 20.9 คันช่องคลอด

ร้อยละ 20.0 และตกขาวเป็นเม็ดขาว ๆ เหมือนแป้งหรือเหมือนยางมะละกอ ร้อยละ 19.6

จากการประเมินด้วยตัวบุคคลเองนั้น พบประวัติการเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยมีการไปรับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 80.0 และ ไม่เคยรับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 20.0 ซึ่งมีสาเหตุของการไม่รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกสตรีที่ศึกษา ผู้ที่อายุ ร้อยละ 34.2 รองลงมา คือ ไม่มีอาการผิดปกติ ร้อยละ 25.8 ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 14.9 และสถานที่ไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่เป็นสถานีนามัย ร้อยละ 80.4 รองลงมือ โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 9.3 ด้วยเหตุการณ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ส่วนมาก กลัวการเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 45.9 ส่วนประวัติการมีญาติสายตรงป่วยที่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เป็น กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดไม่เคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 97.6 และมีเพียง ร้อยละ 2.4 ที่เคยมีญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

2. ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ

2.1 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง จากการศึกษาพบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่งต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ พบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 30 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อการรับรู้ โอกาสเสี่ยงในประเด็นที่เชื่อว่า สตรีที่สูบบุหรี่หรือมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็น มะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้นและการมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก สูงขึ้นได้

2.2 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค มะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วย และเห็นด้วยในเกือบ ทุกประเด็น ซึ่งมีเพียงสตรีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยประมาณ ร้อยละ 10 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วยต่อ ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นในชีวิตจากการป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในประเด็น มะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามจะไม่มีทางรักษาได้ โรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียเงินในการรักษาพยาบาลสูง โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถลุกลามไปที่อวัยวะส่วนอื่นได้และโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้เวลา ในการรักษานาน

2.3 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างใน ประเด็น การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ยังไม่แสดง อาการการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัว

การตรวจคัดกรองพบมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ เป็นต้น และพบสตรีกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 30 ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย กับประเด็นที่ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะเป็นตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ

2.4 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มากกว่า ร้อยละ 20 โดยเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งในเกือบทุกประเด็น และยังพบว่าสตรีมากกว่าร้อยละ 80 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ในประเด็น สถานที่ ตรวจไม่มีจิต การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากเสียเวลากว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการมาตรวจแต่ละครั้ง กลัวว่าจะเจ็บเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจ กลัวว่าเมื่อตรวจแล้วจะพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก กลัวว่าสามีจะไม่พอใจเมื่อท่านมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

กล่าวโดยสรุป คือ ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับมาก ร้อยละ 84.3 การรับรู้ความรุนแรงในระดับมาก ร้อยละ 89.8 การรับรู้ประโยชน์ในระดับมาก ร้อยละ 81.9 และการรับรู้อุปสรรคในระดับน้อย ร้อยละ 80.4

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก หลังจากวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนปัจจัยด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรอง และตัวแปรการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คน ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาดังนี้

1. การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี ในจังหวัดขอนแก่นนั้น ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันกับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า 4 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง มีการประเมินว่าตนเองได้เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมีถึงร้อยละ 80 เนื่องมาจากสตรีมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของ

การเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับที่มีความเชื่อมากและการรับรู้อุปสรรคในการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับน้อย ทำให้มีการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณียุ้ยสกุล (2552) ที่พบว่า โอกาสของสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก และสังวร จิมมาลา (2552) ที่ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ผลการศึกษา พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพ กลุ่มทดลองมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ถึงร้อยละ 67.5 แต่การศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ จุฬารักษ์ สุวัชรชัยดิวงศ์ (2546) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมของอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา พบว่า ร้อยละ 61 ของสตรีมุสลิมไม่มารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก สำหรับสตรีที่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกพบว่ามีเพียงร้อยละ 13 เท่านั้น ที่มารับบริการตรวจปีละครั้ง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี การศึกษานี้ พบว่า การตั้งครรภ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรอง เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มตัวอย่าง

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) หมายถึง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกโดยมีปัจจัยด้านอายุ การมีเพศสัมพันธ์ กรรมพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของสามี เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เป็นมะเร็งปากมดลูก และถือว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัจจัยที่สำคัญและมีอิทธิพลสูง ซึ่งจะส่งผลให้ปฏิบัติเพื่อสุขภาพจากการศึกษานี้ พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงนั้นพบสตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงว่า มารดาหรือพี่สาว น้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น รวมถึงประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยงของสตรีที่ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์เช่น เริม หนองในทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น และสตรีที่มีสามีเข้าสู่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ จะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Becker ที่อธิบายว่า บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันและ

ส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญของการทำนาย พฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันการรักษาโรคของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรศรี สุวิมล (2544) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผลการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าสตรีส่วนใหญ่รับรู้ โอกาสเสี่ยงว่าการติดเชื้อกามโรค หนองในหรือหูดหงอนไก่ ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด แต่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรณีย์ อยู่สกุล (2552) ที่พบว่า โอกาสของสตรีที่มีการรับรู้ อุปสรรคน้อยจะไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคมาก ส่วนอายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ครอบครัว การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และแรงจูงใจด้านสุขภาพไม่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับ วิภาวดี ศรีทอง (2553) ผลการศึกษารายงานถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกว่า อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ และการ รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ อาหามะ สมาแอ (2552) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกส่วนของการรับรู้โอกาสเสี่ยงไม่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ต่อความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก (Perceived severity)

หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อร่างกาย เมื่อเป็นแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบตอสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ความสามารถในการ ทำงาน กระทั่งกระทบกระเทือนฐานะทางเศรษฐกิจ เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน เจ็บปวดทุกข์ ทรมาน รักษาไม่หายทำให้เสียชีวิตได้ และจากการศึกษาครั้งนี้ ถือเป็นปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 เห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วยในเกือบทุกประเด็น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการรับรู้ต่อความ รุนแรงของโรค ที่อธิบายว่าผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และพบว่า การรับรู้ต่อความ รุนแรงของโรค สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้ป่วยได้ Janz and Becker (1984; อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาวดี ศรีทอง (2553) ผล การศึกษารายงานถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การป้องกัน โรค และการรับรู้อุปสรรคของ การป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับบริการตรวจคัดกรอง แต่การศึกษานี้ไม่ สอดคล้องกับ อาหามะ สมาแอ (2552) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนของการรับรู้ความรุนแรงไม่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Perceived benefits) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกรู้สึกนึกคิดและมีความเข้าใจและรับประโยชน์ว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในระยะแรกเพื่อประโยชน์ในการรักษา มะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายได้ถ้าตรวจพบในระยะแรก สามารถลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาในการรักษาตรวจพบอาการผิดปกติอย่างอื่นด้วยเช่น เชื้อรา ปากมดลูกอักเสบ พยาธิในช่องคลอด ปลอดภัยจากการลุกลามของโรค ลดความกังวลของตนเองและคนใน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบสตรีกลุ่มตัวอย่างมากกว่า ร้อยละ 70 เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็น ความสบายใจไม่วิตกกังวลถ้าผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปกติ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ได้รับการรักษาอาการผิดปกติอย่างอื่นได้เช่น เชื้อรา คันช่องคลอด และ ความคิดที่ว่า การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจะช่วยลดการลุกลามของโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับ แนวคิดของ Janz and Becker (1984, อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2552) อธิบายผลการศึกษาด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยผลการศึกษาสอดคล้องกับ วิภาวดี ศรีทอง (2553) ผลการศึกษารายงานถึงความเชื่อด้านสุขภาพกับการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการรับบริการตรวจคัดกรอง และ อาหามะ สมาแอ (2552) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนของการรับรู้ประโยชน์ เป็นความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (Perceived barriers) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจและการรับรู้ของบุคคลต่ออุปสรรคสิ่งขัดขวางต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกหรือการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ความมั่นใจประกอบด้วยความมั่นใจในเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ในการตรวจ มั่นใจในความรู้ความสามารถเจ้าหน้าที่และผลการตรวจ มั่นใจในสถานที่ตรวจ ความสะดวก ประกอบด้วย สะดวกในการเข้ารับบริการเช่นเวลา ระยะทางไม่ขัดต่อภาระงานประจำ ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่เสียรายได้และค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ความกลัวเจ็บ ความอาย การไม่ได้รับอนุญาตจากสามี การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วย การประชาสัมพันธ์

ดังนั้นการรับรู้อุปสรรค จึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยพบว่าสตรีมากกว่าร้อยละ 70 ที่ประเมินตนเองด้วยการไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย และไม่แน่ใจ ในรายข้อด้าน สถานที่ ตรวจไม่มีติด การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากเสียเวลา กล่าวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการมาตรวจแต่ละครั้ง กล่าวว่าเจ็บเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจ กล่าวว่าเมื่อตรวจแล้วจะพบว่าเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก กล่าวว่าสามีจะไม่พอใจเมื่อท่านมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วิภาวดี ศรีทอง (2553) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมารับบริการตรวจคัดกรองที่นัยสำคัญ < 0.01 ซึ่งอธิบายว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างได้เล็งเห็นประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก เช่นเดียวกับการศึกษาของ วรณีย์ อุษยสกุล (2552) พบว่าโอกาสของสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคน้อยจะไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้มากกว่าสตรีที่มีการรับรู้อุปสรรคมากเป็น 1.04 เท่า

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีและให้สุขศึกษาเพิ่มเติมสำหรับผู้ที่มิมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะสตรีที่ผ่านการมีบุตรมาแล้ว และผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคนี้เวช รวมทั้งกระตุ้นให้สตรีเห็นถึงความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มมากขึ้นเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและป้องกันปัญหาของโรคมะเร็งปากมดลูกที่อาจจะเกิดตามมา

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเหตุผลของการไม่รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อาจ รองลงมาคือไม่มีอาการผิดปกติและไม่คิดว่าตนเองจะป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ คือ ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อให้ความรู้สร้างความเชื่อปรับเปลี่ยนความคิดในเรื่องความอายโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเข้ามาช่วยพร้อมทั้งควรให้ข้อเท็จจริงว่าการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่จำเป็นต้องมีอาการผิดปกติแล้วจึงมาตรวจทำให้ประชาชนทราบว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการทำเพื่อสุขภาพ

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2545). มะเร็งปากมดลูก คู่มือสำหรับพยาบาล เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข คนไข้และญาติคนไข้. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรรณิการ์ เกตุทิพย์. (2549). การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการเรียนรู้แบบ
มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อสตรี อำเภอสำสนธิ
จังหวัดลพบุรี, วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2553). รายงานสาธารณสุข
ประจำปี 2553. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
- ไกรสิทธิ์ ตันประเสริฐ และคณะ. (2548). รายงานผลการวิจัยโครงการแม่บทและ โครงการย่อย
ภายใต้โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาสุขภาพคนไทย. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2547). มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัยและการรักษา. กรุงเทพฯ:
พี.บี. ฟอเรนบุ๊กเซนเตอร์.
- จำปี ยังวัฒนา. (2551). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม, วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จินตนา นามประเสริฐ. (2549). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก
ของสตรี 35 – 60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร, วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน,
มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- จุฬารักษ์ สุวัชรชัยติวงศ์. (2546). ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับ
บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิมในอำเภोजะนะ จังหวัดสงขลา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่,
บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่.
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2552). แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เจษฎา ศรีงาม. (2547). พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอท่าเรือ
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาจิตวิทยาชุมชน, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

- ชำนาญ เกียรติพิรุณ. (2549). การตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 21(3).
- ชุติมา นามกุล. (2550). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีในการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก
ตำบลเมืองพล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ พลแสน. (2550). แรงสนับสนุนจากสามีเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก
ในเขตสถานีอนามัยบ้านเหล่าหลวง อำเภอนิคมน้ำอโยธย จังหวัดมุกดาหาร.
วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ,
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ. (2550). *สตรีไทยห่างไกลโรคมะเร็ง*. วันที่ค้นข้อมูล 5 มิถุนายน 2554,
เข้าถึงได้จาก <http://www.healthcours.com>.
- ธีรวุฒิ อุทะเปรมะ. (2548). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี *Pap smear* (พิมพ์ครั้งที่ 2).
นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2549). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี *Pap samea*. กรุงเทพฯ: สยามออฟเซต.
- นวลปรางค์ ดวงสว่าง. (2553). สถานการณ์โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ
30 - 60 ปี จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- นันทกา คำวิสิทธิ์ และคณะ. (2550). แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความต้องการตรวจ
เซลล์มะเร็งปากมดลูกของสตรีที่แต่งงานแล้ว ตำบลมะค่า อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม. วันที่ค้นข้อมูล 5 มิถุนายน 2554, เข้าถึงได้จาก
<http://www.thaiphc.net/>
- นันทิราภรณ์ ถิ่นละอ. (2553). การตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปี
ในเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เนือทิพย์ ศรีอุดร. (2550). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคม
เพื่อส่งเสริมให้สตรีรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยสร้างตัว
อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2551). การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 9).
กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- _____. (2551). การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์ (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- _____. (2551). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- _____. (2553). *สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- เพชรินทร์ ศรีวัฒนกุล, ชีรวิทย์ กุหลาบประม และสมยศ ศิริสมิ. (2547). *แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ยุพาพร ศรีจันทร์. (2548). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญา* สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการส่งเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ยุพิน เพียรมงคล. (2547). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกเชียงใหม่. เชียงใหม่ :* โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรณู กาลวิละ. (2537). *ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอสันป่าตองจังหวัดเชียงใหม่.* วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วารสารหมออนามัย. (2551). *สงครามปราบมะเร็งปากมดลูกทำอะไรจึงจะไปถูกทาง. วารสารหมออนามัย, กันยายน-ตุลาคม (11).*
- วิจิตร ท้าวนิล. (2547). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปีในศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแขง กิ่งอำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น.* วารสารสาธารณสุขขอนแก่น, 3(7).
- วิภาวดี ศรีทอง. (2553). *ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลลำพาน อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์.* งานนิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริกาญจน์ ชิวเรื่องโรจน์. (2549). *แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคม และการจัดการคุณภาพต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 - 60 ปี อำเภอธาตุพนม จังหวัดนครพนม, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.*

ศูนย์มะเร็งลำปาง, (2551). โปรแกรมตรวจหามะเร็งปากมดลูก. วันที่ค้นข้อมูล 23 มิถุนายน 2553.

เข้าถึงได้จาก www.Lampang cancer.com

ศูนย์มะเร็งอุดรธานี. (2552). สถิติโรคมะเร็ง 2551. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา.

สง่า ไชยนา. (2547). การจัดการของศูนย์สุขภาพชุมชนในงานตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

จังหวัดหนองบัวลำภู. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาวิชาการบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2550). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี *Pap smear*. นนทบุรี:

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2553). สถานการณ์มะเร็งปากมดลูก 2551 และ 2552. นนทบุรี:

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ.

สมใจ พรภิกานนท์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59 ปี

เขตอำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยบูรพา.

สังวร จิมมาลา. (2552). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ตำบลห้วยขมิ้น อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ, มหาวิทยาลัย

มหาสารคาม.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2548). รายงานวิจัยและข้อมูลสถิติ. วันที่ค้นข้อมูล

5 มิถุนายน 2554, เข้าถึงได้จาก <http://www.nhoso.go.th>.

สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2547). แนวทางเวชปฏิบัติการ

ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูก.

กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

สิริญา รูปดี. (2553). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็ง

ปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย โดยการใช้มีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลบ้านแก่ง

อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาการพยาบาลชุมชน, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุภาพร รังสีสุวรรณ. (2547). ความเชื่อด้านสุขภาพ ปัจจัยกระตุ้นการกระทำ และปัจจัยทาง

วัฒนธรรม กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบทตำบลนาโง

อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต,

สาขาการพยาบาลชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สุมาลี ครุฑทิน. (2551). *ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก*. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรินทร์ นิยมางกูร. (2553). *การวิเคราะห์ข้อมูลตัวอย่างความพึงพอใจในสภาพความเป็นอยู่ปัจจุบันของเกษตรกรในชนบทแห่งหนึ่ง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฐานบัณฑิต.
- สุวิมล บุญจันทร์. (2550). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 – 60 ปี ตำบลกุดน้ำใส อำเภอน้ำใส จังหวัดขอนแก่น. (ระหว่าง 1 - 31 กรกฎาคม 2550), เทศบาลกุดน้ำใส*.
- เสาวลักษณ์ ตั้จจา. (2551). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมสตรีอายุ 35 - 60 ปี เพื่อมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 เทศบาลเมืองหนองคาย จังหวัดหนองคาย, วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น*.
- อุสมาน แวะะฮิ. (2551). *ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- Amy, S. Kloeblen & Sonoli S. Batish. (1999). Understanding the intention to permanently follow a high folic diet among a sample of low-income pregnant women according to the Heath Belief Model. *Health education research*, 14, 327-338.
- Becker, MH., et al. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New jersey: Charles B. Slace.
- Becker, M.H., Drachman, R.H., & Kirscht, J.P. (2006). "A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Popution." *American Journal of Public Health*, 64(3) Department of Obsertrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Naresan University, Phitsanulok, Thailand.* For correspondence:dr_shina@hotmail.com.
- Hoeman SP, et al. (1996). *Health Belief And Early Detection Among Chinese women*. Retrived Oct 1, 2007, from <http://ccbs.edu.tw/fulltext/JR-MDL/hoeman.htm>.
- J Winkler, et al. (2003). *Women's participation in a cervical cancer screening program in northern Peru*. Retrived Sep 10, 2007, from <http://her.oxfordjournals.org/cgi/content>.
- Nemcek, M.A. (1990). Health beliefs and preventive behavior. *Journal of American Association of Occupational Health Nurses*, 38(3), 127-138.

Rosenstock, I.M. (1974). The Health belief model and preventive health behavior.

Health Education Monographs, 2(4), 354-386.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30 - 59ปี จังหวัดขอนแก่น

คำชี้แจงแบบสัมภาษณ์

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้เป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการวิจัยชุดนี้ผู้วิจัย ได้ทำการศึกษา
วิจัยเรื่อง ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ
สตรีอายุ 30 - 59 ปี จังหวัดขอนแก่น ผู้ทำการศึกษาได้ให้ผู้ช่วยสัมภาษณ์ออกทำการสัมภาษณ์ตาม
รายชื่อจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านตอบคำถามตามที่ผู้ช่วยสัมภาษณ์ถามให้ครบทุกข้อตรงกับ
ความรู้สึกและความเป็นจริงของท่าน แบบสัมภาษณ์นี้ ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มี
ผลกระทบใด ๆ ต่อท่าน ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในภาพรวม และจะนำไปเป็นแนวทางในการ
ปรับปรุงพัฒนางานส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมการมารับบริการ
ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

แบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการรับบริการ 6 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมวดที่ 1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก 10 ข้อ

หมวดที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก 10 ข้อ

หมวดที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 10 ข้อ

หมวดที่ 4 การรับรู้ต่ออุปสรรคในการมารับบริการตรวจคัดกรอง

โรคมะเร็งปากมดลูก 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ จำนวน 2 ข้อ

ขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

นางอรปรียา วงศ์ศิริรักษ์

นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตรงกับคำตอบของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

1. ปัจจุบันท่านอายุกี่ปี.....ปี (จำนวนเต็ม นับตามปี พ.ศ.) A1.....
2. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่านคือ A2
- ☐ 1 ไม่ได้เรียน ☐ 2 ประถมศึกษา
☐ 3 มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 4 มัธยมศึกษาตอนปลาย , ปวช.
☐ 5 อนุปริญญา , ปวส. ☐ 6 ปริญญาตรี
☐ 7 สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8 อื่น ๆ ระบุ.....
3. อาชีพหลักในปัจจุบัน.....A3.....
- ☐ 1 ไม่ได้ทำงาน ☐ 2 ทำนา/ทำไร่/ทำสวน/เกษตรกรรม
☐ 3 ค้าขาย ☐ 4 รับจ้าง
☐ 5 ข้าราชการ ☐ 6 รัฐวิสาหกิจ
☐ 7 เป็นแม่บ้านอยู่บ้านไม่มีรายได้ ☐ 8 อื่น ๆ ระบุ.....
4. ท่านมีหรือมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ.....ปี A4.....
5. ท่านตั้งครรภ์ทั้งหมดกี่ครั้ง A5 1= เคย 2= ไม่เคย
- ☐ ไม่เคยตั้งครรภ์
☐ เคย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ทั้งหมด.....ครั้ง A5.1....ครั้ง
 แท้ง.....ครั้ง
 คลอด.....ครั้ง
6. ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เกี่ยวกับโรคทางนรีเวช (โรคเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ในสตรี) เหล่านี้หรือไม่ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ A6 1= เคย 2= ไม่เคย
- ☐ 1 ตกขาวมากผิดปกติมีกลิ่นเหม็น A6.1 1= เคย 2= ไม่เคย
☐ 2 ตกขาวมีเลือดหรือสีเหมือนหนองสีเหมือนนมข้น A6.2 1=เคย 2= ไม่เคย
☐ 3 ตกขาวเป็นเม็ดขาว ๆ เหมือนแป้งหรือเหมือนยางมะละกอ A6.3 1= เคย 2= ไม่เคย
☐ 4 ปวดหน่วงท้องน้อยมากกว่าปกติที่เคยเป็น A6.4 1= เคย 2= ไม่เคย
☐ 5 คันช่องคลอด A6.5 1= เคย 2= ไม่เคย
☐ 6 มีเลือดออกกระปริดกระปรอย A6.6 1= เคย 2= ไม่เคย
☐ 7 มีเลือดออกหลังมีเพศสัมพันธ์ A6.7 1= เคย 2= ไม่เคย

- () 8 มีคู่มั่นในๆบริเวณอวัยวะเพศ A6.8 1= เคย 2=ไม่เคย
 () 9 เป็นหูด A6.9 1= เคย 2=ไม่เคย
 () 10 อื่น ๆ (ระบุ) A6.10 1= เคย 2= ไม่เคย

ส่วนที่ 2 การรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1. ภายในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันท่านเคยไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

B1เคยตรวจ

B2 ไม่เคยตรวจ

() 1. เคยตรวจ (ข้ามไปตอบข้อ2)

() 2. ไม่เคยตรวจ (ตอบเหตุผลข้อ 1.1 – 1.10)

เหตุผลที่ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- | | |
|---|----------------------|
| () 1.1 อายุ | B1.1 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.2 ไม่มีอาการผิดปกติ | B1.2 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.3 ไม่คิดว่าจะเป็นมะเร็งปากมดลูก | B1.3 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.4 กลัวเจ็บ | B1.4 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.5 ไม่รู้ว่าตนเองต้องมาตรวจ | B1.5 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.6 ไม่มีเวลาไปตรวจ | B1.6 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.7 ไม่มีเพื่อนพาไปตรวจ | B1.7 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.8 กลัวจะพบว่าตนเป็นมะเร็งปากมดลูก | B1.8 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1.9 การเดินทางลำบากไม่สะดวก | B1.9 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 1. 10. อื่นๆระบุ..... | B1.10 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |

2. ท่านเคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกครั้งสุดท้ายเมื่อปี.....

B2...

3. สถานที่ ๆ ท่านไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ

B3....

- () 1. สถานีอนามัย
 () 2. โรงพยาบาลของรัฐ
 () 3. โรงพยาบาลเอกชน
 () 4. ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก
 () 5. โรงพยาบาลศรีนครินทร์
 () 6. อื่นๆระบุ.....

4. เพราะอะไรท่านจึงไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|----------------------|
| () 4.1. กลัวเป็นมะเร็งปากมดลูก | B4.1. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.2. ไปตามที่แพทย์นัด | B4.2. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.3. มีอาการผิดปกติ | B4.3. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.4. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี | B4.4. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.5. มีการณรงค์ให้ไปตรวจ | B4.5. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.6. เจ้าหน้าที่แจ้งรายชื่อให้มาตรวจ | B4.6. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.7. มีคนชักชวนให้ไปตรวจ | B4.7. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |
| () 4.8. อื่น ๆ ระบุ..... | B4.8. 1=ใช่ 2=ไม่ใช่ |

5. ท่านเคยมี ญาติสายตรงป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ (ถ้าเคยตอบข้อ 6) B5 1=มี 2=ไม่มี

- () 1. เคย
() 2. ไม่เคย

6. ญาติของท่านที่ป่วยเป็นใคร

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| () 1. ยาย | B6.1 1=มี 2=ไม่มี |
| () 2. มารดา | B6.2 1=มี 2=ไม่มี |
| () 3. พี่สาวหรือน้องสาวแม่ | B6.3 1=มี 2=ไม่มี |
| () 4. พี่สาว หรือน้องสาวของท่าน | B6.4 1=มี 2=ไม่มี |

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย / ลงในช่องที่เป็นความเชื่อของท่าน เพียงเครื่องหมายเดียวในแต่ละข้อ เกณฑ์การตอบมี ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

หมวดที่ 1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องหรือความเข้าใจของบุคคลว่าตนเองมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีปัจจัยด้าน การมีเพศสัมพันธ์ กรรมพันธุ์ การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร การติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การสูบบุหรี่ หรือบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ของสามี เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เป็นมะเร็งปากมดลูก

ข้อคำถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ท่านคิดว่าสตรีทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก	5	4	3	2	1	C1
2. ท่านคิดว่าสตรีที่ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ยิ่งทำให้มีโอกาสรเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น	5	4	3	2	1	C2
3. ท่านคิดว่าสตรีที่ มารดาหรือพี่สาวน้องสาวเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสรเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	5	4	3	2	1	C3
4. ท่านคิดว่าสตรีที่ไม่เคยมีลูกก็เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้	5	4	3	2	1	C4
5. ท่านคิดว่าสตรีที่มีลูกหลายคนมีโอกาสรเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูง	5	4	3	2	1	C5
6. ท่านคิดว่าสตรีที่ติดเชื้ทางเพศสัมพันธ์เช่น เริม หนองในทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	5	4	3	2	1	C6
7. ท่านคิดว่าสตรีที่มีสามีหลายคนเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	5	4	3	2	1	C7
8. สตรีที่สูบบุหรี่หรือมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่จะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	5	4	3	2	1	C8
9. ท่านคิดว่าสตรีที่มีสามีเจ้าชู้เปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น	5	4	3	2	1	C9
10. ท่านคิดว่าการมีเพศสัมพันธ์บ่อยครั้งทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นได้	5	4	3	2	1	C10

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมวดที่ 2. การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลที่มีต่อความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกที่มีต่อร่างกาย เมื่อเป็นแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบตอ่สัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม ความสามารถในการทำงาน กระทบกระเทือนฐานะทางเศรษฐกิจ เวลาในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน เจ็บปวดทุกข์ทรมาน รักษาไม่หายทำให้เสียชีวิตได้

ข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ท่านคิดว่าการป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมีอันตรายทำให้เสียชีวิตได้.	5	4	3	2	1	D1
2. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกจะเป็นภาระของครอบครัวที่ต้องดูแล	5	4	3	2	1	D2
3. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีความเจ็บปวดรุนแรง (ทุกข์ทรมาน)	5	4	3	2	1	D3
4. ท่านคิดว่ามะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจะไม่มีทางรักษาได้	5	4	3	2	1	D4
5. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้เสียเงินในการรักษาพยาบาลสูง	5	4	3	2	1	D5
6. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ	5	4	3	2	1	D6

ข้อคำถามการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
7. ท่านคิดว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ดูแลครอบครัวได้น้อยลง	5	4	3	2	1	D7
8. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกสามารถกลุ่ลามไปที่อวัยวะส่วนอื่นได้	5	4	3	2	1	D8
9. ท่านคิดว่าโรคมะเร็งปากมดลูกจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน	5	4	3	2	1	D9
10. ท่านคิดว่าหากตนเองเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกท่านจะรู้สึกกังวลใจมาก	5	4	3	2	1	D10

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมวดที่ 3. การรับรู้ประโยชน์ของการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อคำถามการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
1. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสามารถตรวจพบมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ยังไม่แสดงอาการ	5	4	3	2	1	E1
2. ท่านคิดว่าการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านได้รับความรู้เพิ่มขึ้นในการปฏิบัติตัว	5	4	3	2	1	E2

ข้อความการรับรู้ประโยชน์ของ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	
3. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองพบ มะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถ รักษาให้หายขาดได้	5	4	3	2	1	E3
4. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกจะทำให้ ครอบครัวสบายใจ	5	4	3	2	1	E4
5. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกจะเป็นตัวอย่างที่ดี ในการดูแลสุขภาพ	5	4	3	2	1	E5
6. ท่านคิดว่าการตรวจพบมะเร็ง ปากมดลูกตั้งแต่ระยะแรกทำให้ เสียเงินในการรักษาน้อย	5	4	3	2	1	E6
7. ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกจะช่วยลดการ ลุกลามของโรคได้	5	4	3	2	1	E7
8. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกสามารถตรวจพบอาการ ผิดปกติอย่างอื่นได้เช่นเชื้อรา มดลูกอักเสบ พยาธิในช่องคลอด	5	4	3	2	1	E8
9. การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกทำให้ได้รับการรักษาอาการ ผิดปกติอย่างอื่นได้เช่นเชื้อรา คัน ช่องคลอด	5	4	3	2	1	E9
10. ท่านจะสบายใจไม่วิตกกังวลถ้า ผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปกติ	5	4	3	2	1	E10

ส่วนที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพ

หมวดที่ 4. การรับรู้อุปสรรคในการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก

ข้อคำถามการรับรู้อุปสรรคของการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1.ท่านคิดว่าสถานที่ ตรวจไม่มีมิติ	5	4	3	2	1
2.ท่านรู้สึกไม่มั่นใจว่าอุปกรณ์การตรวจสะอาดปราศจากเชื้อ	5	4	3	2	1
3.ท่านคิดว่าผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ผลการตรวจที่ไม่แน่นอน	5	4	3	2	1
4.การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้ท่านเสียเวลาในการทำมาหากิน	5	4	3	2	1
5.ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายสำหรับผู้หญิง	5	4	3	2	1
6.ท่านคิดว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยุ่งยากเสียเวลา	5	4	3	2	1
7.ท่านกลัวว่าต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงในการมาตรวจแต่ละครั้ง	5	4	3	2	1
8.ท่านกลัวว่าจะเจ็บเวลาเจ้าหน้าที่ตรวจ	5	4	3	2	1
9.ท่านกลัวว่าเมื่อตรวจแล้วจะพบว่า เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	5	4	3	2	1
10.ท่านกลัวว่าสามีจะไม่พอใจเมื่อท่านมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	5	4	3	2	1

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

1) ปัญหาและอุปสรรคของท่านในการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) ข้อเสนอแนะในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ข
หนังสือถึงผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ มีดังนี้

นายถนิต จ่ากลาง	สาธารณสุขอำเภอรุณแพ จังหวัดขอนแก่น
นางเครือวัลย์ ทาแดง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรุณแพ จังหวัดขอนแก่น
นายสุทนต์ อามาตรสมบัติ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรุณแพ จังหวัดขอนแก่น
นายจิตรกัณฐ์ สาลิง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรุณแพ จังหวัดขอนแก่น