



ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา



นรี พุ่มจันทร์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

FACTORS EFFECTED THE DECISION-MAKING IN CERVICAL CANCER
SCREENING IN YALA, UNREST SOUTHERN PROVINCE :
BANNANG SATA DISTRICT



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE
DEGREE OF MASTER OF PUBLIC HEALTH PROGRAM IN COMMUNITY HEALTH
OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

2013

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา
ผู้วิจัย	นางสาวนรี พุ่มจันทร์ ปีการศึกษา 2556
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (2) เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจระหว่างสตรีที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 391 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง 107 คน และกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง 284 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ แบบเจาะลึกรายบุคคลและแบบสอบถาม ซึ่งมีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติ ร้อยละ สถิติ Chi-Square และ สถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม และปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาถึงระดับการรับรู้และระดับอิทธิพลของสถานการณ์ที่แตกต่างกัน พบว่า การเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี แตกต่างกัน ส่วนระดับอิทธิพลระหว่างบุคคลที่แตกต่างกัน พบว่า การเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คิดเห็นว่าหลังหลังการเข้ารับการตรวจคัดกรองจะมีความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ ร้อยละ 73.83 ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ให้เหตุผลที่ไม่เข้ารับ เพราะไม่มีเวลา ร้อยละ 41.2 ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจและความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ ร้อยละ 38.03

Thesis Title	Factors Effected the Decision-Makin in Cervical Cancer Screening in Yala, Unrest Southern Province : Bannang Sata District
Researcher	Miss Nree Pumjanth Academic year: 2013
Degree	Master of Public Health Program in Community Health
Advisors	1. Associate Professor Teppagone Pittayapinune 2. Associate Professor Tasanee Prathan

Abstract

The aims of this research were to study relations of personal factor, perceptual factor affecting behaviors, influence of interpersonal relationship and influence of conditions affecting decision to be screened cervical cancer by screened and unscreened women in area of Bannang Sata district, Yala province and 2) to compare factors affecting making decision by women who were screened and unscreened cervical cancer.

The 391 samples were women aged during 30-60 years who lived in Bannang Sata district, Yala province at the budget year of 2010-2013. They were divided into two groups, namely 107 of screened women as well as 284 of unscreened women. The tools used in data collection were individual in-depth interview and questionnaires. It composed of 4 parts – the first was general information, the second was perceived factors, the third was factors influencing making decision and the last was problems, the obstacles and the suggestions. The statistics used in data analysis were percentage, Chi-square and t-test.

The results found were that the individual factors such as religion, income were correlated with statistically significant level at 0.05. The information received from public health officers and educational level had correlation with statistically significant level at 0.01. The perceptual factors affecting behaviors and influence of conditions had correlation with statistically significant level at 0.01. When considering on the levels of perception and influence of conditions under the different situations, it was found being screened and unscreened cervical cancer by the women was different. For the levels of influence by different people, it was explored being screened and unscreened cervical cancer by the women was not statistically different. The 73.83 percent of screened group of women viewed after being screened they worried about its result. The reason why the 41.2 percent of unscreened women did not want to be screened was they had free time, and the 38.03 percent of them sensed unreliable on the screening process and worried about its result.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาช่วยเหลือ แนะนำ และให้คำปรึกษาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ แนวคิด วิธีการ คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดีตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนันท์ ธาตุทอง คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย ดร.ยุทพงษ์ หลี่ยา ประธานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ดร.จีราพัชร พลอยนิลเพชร เลขาธิการหลักสูตรฯ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะแนวคิด ซึ่งทำให้การทำวิจัยฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจน อาจารย์ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอด ความรู้ แนวคิด ตลอดระยะเวลา

ขอขอบพระคุณ ดร.กัลยา ต้นสกุล ที่กรุณาเสียสละเวลาเป็นกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิในการศึกษา วิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณคุณทัศนีย์ สมสมาน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ นายวิเชียร สงอักษร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา และนางสาวจินตนา หาญวัฒนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบันนังสตา ที่กรุณาสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการสร้างเครื่องมือ ที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ขอขอบพระคุณ คุณปิยะพล อุเชิงแม สาธารณสุขอำเภอบันนังสตา ที่ได้ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการศึกษา ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อประจำ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา และสตรี กลุ่มอายุ 30-60 ปี ในอำเภอบันนังสตาที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ทุกคนในครอบครัว กำลังใจจากคุณพ่อและคุณแม่กำลังใจจากเพื่อน ๆ ร่วม หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 3 เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย และกัลปียานมิตรทุกท่าน ที่ไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ที่คอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจผู้วิจัยจึงขอขอบคุณท่านไว้ ณ โอกาสนี้

คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นความกตัญญูทศเวทที่ แต่บิดา มารดา บุรพจารย์ที่ให้ความรัก ความหวังใย ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

นรี พุ่มจันทร์

พฤษภาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง	(6)
สารบัญภาพ	(7)

บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
บริบทอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา	10
สถานการณ์ความไม่สงบอำเภอบันนังสตา และผลกระทบ	16
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	18
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)	26
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	35
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	39
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	39
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	46
ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้และอิทธิพลสถานการณ์	50

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์	52
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	58
สรุปผล	58
อภิปรายผล	61
บรรณานุกรม	66
ภาคผนวก	71
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือและรายชื่อผู้ช่วยนักวิจัย....	72
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	75
ภาคผนวก ค แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามของแบบสอบถาม กับวัตถุประสงค์การวิจัย	79
ภาคผนวก ง การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC	85
ภาคผนวก จ แบบสอบถาม	90
ประวัติผู้วิจัย	98



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับและไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข	40
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	46
3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	47
4 จำนวน ร้อยละกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะจำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	49
5 ระดับการรับรู้ต่อการตัดสินใจเข้ารับการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา	50
6 ระดับอิทธิพลของสถานการณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา	51
7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา	52
8 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา	53
9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา	54
10 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ...	55

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 แสดงผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	3
2 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	

(Pender's Health Promotion Model) 7

3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) 33



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

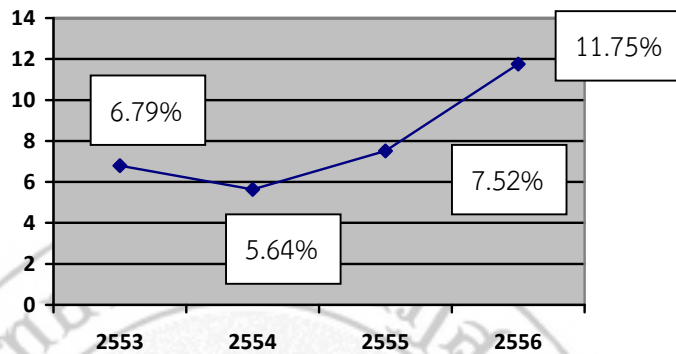
สถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งทำให้สังคมที่เคยอยู่อย่างสมานฉันท์บนความหลากหลายทางความเชื่อและวัฒนธรรมเปลี่ยนแปลงไป (รติวรรณ วังธนากร, 2550) จากรายงานสถานการณ์ความไม่สงบปี 2555 มีเหตุการณ์ความรุนแรง 838 ครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ 403 คน และผู้เสียชีวิต 121 คน ในปี 2556 มีเหตุการณ์ความรุนแรง 1,188 ครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ 510 คน และเสียชีวิต 123 คน โดยเมื่อแยกเป็นจังหวัดพบว่าจังหวัดยะลามีจำนวนเหตุการณ์ลอบวางเพลิงสูงสุดใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ (ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้, 2557) และในปี 2555-2556 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง 188 ครั้ง และ 320 ครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ 95 คนและ 138 คน และจำนวนผู้เสียชีวิต 15 คนและ 30 คนตามลำดับ ในขณะที่แยกเป็นรายอำเภอพบว่า อำเภอบันนังสตา ในปี 2555-2556 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง 45 ครั้ง และ 47 ครั้ง จำนวนผู้บาดเจ็บ 31 คนและ 57 คน และจำนวนผู้เสียชีวิต 11 คนและ 17 คนตามลำดับ จากเหตุการณ์ความไม่สงบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรง จำนวนผู้บาดเจ็บ และจำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ประชาชนที่ยังคงอาศัยอยู่ในพื้นที่ไม่สามารถทราบได้ว่าสถานการณ์ความไม่สงบ จะเกิดขึ้นเวลาไหน สถานที่ใด และจะสิ้นสุดลงเมื่อไหร่ ก่อให้เกิดบรรยากาศของความหวาด-ระแวง ความไม่ไว้วางใจซึ่งกันและกัน อีกทั้งต้องประสบปัญหาในด้านการดำเนินชีวิต ด้านเศรษฐกิจ และด้านสุขภาพที่ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ผลกระทบดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ประชาชนในพื้นที่จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนเวลา รวมทั้งเส้นทางในการออกไปทำงานเกิดการย้ายถิ่นฐานไปอยู่ที่อื่น ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของชุมชน เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัย ด้านจิตใจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกทำให้ความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเอง ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้อื่นและชุมชน และด้านร่างกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง ไม่สามารถจัดการกับความเจ็บป่วยและความไม่สุขสบายของร่างกายได้

จากเหตุการณ์ดังกล่าวความใส่ใจด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องรอง จากการระวังไม่ให้ตนเองตกเป็นเหยื่อความไม่สงบ นอกจากนี้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม วิถีชีวิตของผู้คนใน 3 จังหวัด ซึ่งกว่าร้อยละ 90 นับถือศาสนาอิสลามนั้น ยิ่งทำให้การดูแลสุขภาพกลายเป็นเรื่องที่มีมิติทางความรู้สึกที่ซับซ้อนกว่าประชากรในภูมิภาคอื่น ดังนั้น การดำเนินงาน ด้านสุขภาพในพื้นที่ดังกล่าว จึงเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน โดยเฉพาะในสตรีมุสลิม ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องศึกษาและเข้าใจในอัตลักษณ์ของกลุ่มเป้าหมายอย่างลึกซึ้ง จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการทำงานสูงสุด ในอำเภอบันนังสตาประชาชนกลุ่มสตรีทั้งที่นับถือศาสนาพุทธและมุสลิม ละเลยการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ ไม่ตระหนักถึงการป้องกันตนเองจาก

การเกิดโรค และพบว่า สตรีในวัย 30-60 ปี ซึ่งเป็นจำนวน 1:3 ของสตรีทั้งหมด ยังคงมีปัญหาสุขภาพ ด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ไม่ว่าจะเป็น โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน โรคมะเร็งเต้านม และ โรคมะเร็งปากมดลูก ล้วนแล้วแต่เป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม กลุ่มเป้าหมาย จากผลการดำเนินงานคัดกรองโรคดังกล่าว พบว่า โรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และโรคมะเร็งเต้านม คัดกรองได้ตามเป้าหมายแต่โรคมะเร็งปากมดลูกผลการคัดกรองย้อนหลัง 4 ปี ต่ำกว่าเป้าหมาย

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า โรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเพศหญิง ก็คือโรคมะเร็งปากมดลูกในแต่ละปีพบผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 6,000 ราย ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 35-50 ปี ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรักษา อันได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปาก-อักเสบ ผมหงอก ผิวหนังมีสีคล้ำขึ้น มีอาการระลอกออกมาทางช่องคลอดก่อให้เกิดการติดเชื้อ ภาวะท่อไตตีตัน ภาวะอุดตันของลำไส้ อาการปวดท้องรุนแรงที่ต้องกินยา morphine ชนิดแรงเพื่อระงับการเจ็บปวด การตัดมดลูกทิ้งทั้งหมด สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปีละประมาณ 350 ล้านบาท สถานการณ์การเสียชีวิตในเพศหญิงจากโรคมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เฉลี่ยปีละประมาณ 5,000 คน หรือมีผู้เสียชีวิตคิดเป็นวันละ 14 คน ความพยายามที่จะลดจำนวนผู้ป่วยและอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูก โดยการจัดให้มีการตรวจค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก โดยที่โรคมะเร็งยังไม่แสดงอาการ (early detection) โดยวิธี Pap smear เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันการป่วยและการตายของสตรีจากโรคมะเร็งปากมดลูกได้ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553) เนื่องจากมีการดำเนินของโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปใช้เวลาดีก่อนช้านาน และเป็นอวัยวะที่อยู่ในตำแหน่งที่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ง่ายกว่า อวัยวะอื่นๆ ในอุ้งเชิงกราน ทำให้สามารถตรวจวินิจฉัย และรักษาได้ตั้งแต่ระยะเซลล์เริ่มผิดปกติหรือก่อนที่จะเป็นโรคมะเร็งระยะลุกลาม (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2553) แต่เป็นที่น่าเสียดายที่สตรีไทยจำนวนมากอายุและกลัวที่จะทำการรักษา จึงมาพบแพทย์ช้าทำให้เสียโอกาสในการรักษาอย่างทัน่วงที (วรรณิดา นวลจำรัส, 2550)

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข (ปี 2556) ในข้อที่ 3 เปร่งรัดมาตรการสร้างสุขภาพโดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราป่วย ตาย และผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง และข้อที่ 6 จัดให้มีการดูแลกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ สำหรับกลุ่มสตรีในเรื่องของโรคมะเร็งปากมดลูกเน้นการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear สำหรับสตรีอายุมากกว่า 30 ปี (ตรวจทุก 5 ปี) เป้าหมายปีละ 2.6 ล้านคน หรือปีละ 20% (ปี 2553-2557) จังหวัดยะลา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้นำนโยบายดังกล่าวมาขับเคลื่อนผ่านตัวชี้วัดอัตราการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี สะสม 5 ปี โดยมีเป้าหมาย 100% มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน ให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี กำหนดให้ทุกสถานบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ร้อยละ 20 ต่อปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2557 ผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2553, 2554, 2555 และ 2556 คัดกรองได้ ร้อยละ 18.89, 14.26, 13.03 และ 11.35 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2556) สำหรับการดำเนินงานตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในปีงบประมาณ 2553-2556 พบว่า ร้อยละของสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ดังนี้



ภาพ 1 แสดงผลการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ที่มา : สรุปผลการดำเนินงานเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา, 2556

จะเห็นว่าผลงานในแต่ละปีนั้น ล้วนแล้วแต่ต่ำกว่าเป้าหมายทั้งสิ้น ทั้งที่รัฐบาลและเอกชนได้มีการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ จัดอบรมรณรงค์ค้นหาทุกรูปแบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการผลิตสื่อ สิ่งพิมพ์ และผ่านสื่อมวลชน รวมถึงการออกให้บริการตรวจคัดกรองในเชิงรุกตามหมู่บ้านที่กลุ่มเป้าหมายอาศัยอยู่ โดยที่ไม่ต้องเดินทางมาเข้ารับการตรวจคัดกรองยังสถานบริการสาธารณสุข อีกทั้งการสร้างแรงจูงใจโดยการให้ของตอบแทนทั้งผู้มาเข้ารับการตรวจคัดกรอง ผู้ชักชวนและให้ในภาพรวมของหมู่บ้าน สำหรับหมู่บ้านที่มีกลุ่มเป้าหมายมาเข้ารับการตรวจคัดกรองในอัตราที่มากที่สุด แต่อัตรการมารับบริการยังต่ำเช่นเดิม

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปรับปรุง ปี ค.ศ. 1987 (Health Promotion Model) (Pender, N.J. 1987) มาใช้ในการศึกษา เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้กำหนดนโยบาย และบรรจุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ตามกลุ่มอายุ 30-60 ปี ร้อยละ 100 ได้รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม ปัจจัยด้านอิทธิพล

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ระหว่างสตรีที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
ปัจจัยด้านอิทธิพลสถานการณ์ ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์
ระหว่างบุคคลและด้านอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัด
กรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา
2. สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปาก
มดลูก มีปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม แตกต่างกัน
3. สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปาก
มดลูก มีปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล แตกต่างกัน
4. สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปาก
มดลูก มีปัจจัยด้านอิทธิพลสถานการณ์แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเปรียบเทียบ
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อยู่
ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบันนังสตา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง รวมทั้งหมด
11 แห่ง ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 10,092 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-
60 ปี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 โดยใช้สูตรของ Yamane
ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 385 คน

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1) อายุ

- 2) สถานภาพสมรส
 - 3) ระดับการศึกษา
 - 4) รายได้
 - 5) ศาสนา
- 2.2 ปัจจัยด้านเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย
- 1) การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 2) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก
- 2.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
- 2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์
- 2.5 การตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ขอบเขตเนื้อหา

เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปรับปรุง ค.ศ.1987 (Health Promotion Model) (Pender, N.J. 1987) ที่ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเงื่อนไขที่มีผลต่อพฤติกรรม ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา ในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของทฤษฎีจากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ปรับปรุง ค.ศ.1987 (Health Promotion Model) (Pender, N.J. 1987) ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษา 3 องค์ประกอบดังนี้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

1. ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences)

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

1.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (ชีววิทยา, จิตวิทยา, สังคมวัฒนธรรม) เป็นลักษณะทั่วไปของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จัดกลุ่มได้ดังนี้

- 1) ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลัง
- 2) ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย การแข่งขัน แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ
- 3) ด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

แต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่นำมา

เป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

2. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect)

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action)

เป็นการรับรู้ผลบวกหรือผลดีที่ตามมาของการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ โดยประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มในสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง จะมีอิทธิพลมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าวและระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและการเกิดประโยชน์นั้น

2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barrier to Action)

การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลควบคุมไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลือง ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น

2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

ความสามารถในการตัดสินใจจัดการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ หรือมั่นใจว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จได้ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณภาพตนเองมีทักษะ และสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติ ซึ่งตัดสินใจอยู่บนฐานของข้อมูล 4 ประการ

2.3.1 การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเอง หรือการประเมินจากบุคคลอื่น

2.3.2 การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่น และการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ

2.3.3 การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้

2.3.4 สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว งุ่มง่าม ความสงบ

2.4 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

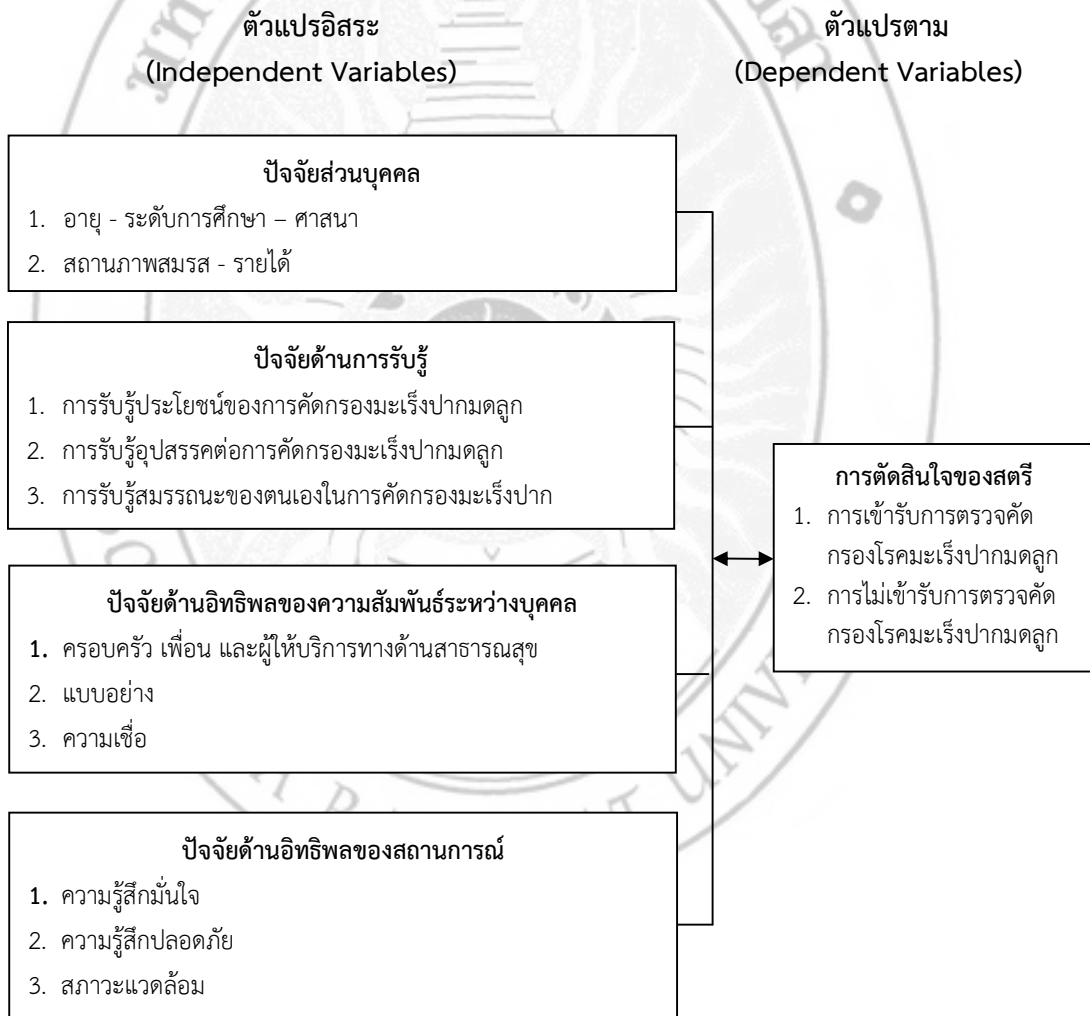
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข คือ แหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว รองลงมา คือ บรรทัดฐาน การสนับสนุนทางสังคม แบบอย่าง ความเชื่อหรือการคาดหวังของคนอื่น จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

2.5 อิทธิพลสถานการณ์ (Situational influences)

สถานการณ์ที่มีสิ่งที่มีต่อการปฏิบัติ (ตัวเลือก) ตรงกับความต้องการ ความรู้สึก เป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมไม่สุขสบายหรือ จะส่งผลให้บุคคลไม่สุขสบายหรือ

จากข้อความเป็นจริงของทฤษฎีจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ต้องแสวงหาเพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ คือ การประเมินสิ่งที่มีผู้ให้ความสำคัญ ให้การยอมรับ การทำให้เห็นประโยชน์ การรับรู้ต่อสมรรถนะของตน อิทธิพลภายนอกที่จะมีผลต่อพฤติกรรม และการให้กิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการคิดริ้วเพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นต้น ทั้งนี้การทำความเข้าใจข้อความเป็นจริงของทฤษฎี จะทำให้มองเห็นแนวทางการใช้ทฤษฎีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์ มาเป็นตัวแปรอิสระ เพื่อประเมินว่าปัจจัยอะไรบ้างที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้



ภาพ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

นิยามศัพท์เฉพาะ

สถานการณ์ความไม่สงบ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์มีทั้งการทำร้ายร่างกาย การลอบวางเพลิง การวางระเบิด การก่อเหตุการณ์ก่อวินาศกรรม ที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินในพื้นที่อำเภอบันนังสตา

สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอบันนังสตา 11 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบันนังสตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาเจาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน กม. 26 ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าบง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทะเล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะบิงตัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทรายแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกือลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันติ 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปือชู

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจภายใน เพื่อหาความผิดปกติบริเวณปากมดลูกด้วยวิธีเซลล์วิทยา (Pap Smear Cytology) จากโรงพยาบาลบันนังสตา หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบันนังสตา แต่ในกรณีที่ไม่ได้คัดกรองในสถานบริการดังกล่าว ต้องมีผลการตรวจมาแสดง

สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ตรวจภายใน เพื่อหาความผิดปกติบริเวณปากมดลูกด้วยวิธีเซลล์วิทยา (Pap Smear Cytology) 1 ครั้งในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556

สตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ไม่ตรวจภายใน เพื่อหาความผิดปกติบริเวณปากมดลูกด้วยวิธีเซลล์วิทยา (Pap Smear Cytology) เลยในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556

ปัจจัยด้านการรับรู้ หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นั่นคือตนเองจะได้รับสิ่งที่ดี หรือมีคุณค่าจากการคัดกรอง การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือสิ่งขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของคนอื่น ที่มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เช่น ทักษะที่มีต่อผู้ให้บริการ ความคาดหวังของสังคม(เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา) การสนับสนุนของคนในครอบครัว การเห็นแบบอย่าง และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ

ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ หมายถึง สถานการณ์ หรือบริบท ที่มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น อาการและการเจ็บป่วย ความสะดวกในการเข้าคัดกรอง ความคุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจในประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับการตรวจคัดกรอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ของสตรีอายุ 30-60 ปี ในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ในอำเภอบ้านนังस्ता จังหวัดยะลา
2. โรงพยาบาลบ้านนังस्ता และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอบ้านนังस्ता จังหวัดยะลา สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สตรีไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูกได้ตามตัวชี้วัด
3. สามารถนำผลการวิจัยไปวางแผนการดำเนินงานโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบทั้ง 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา และจังหวัดนราธิวาส



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา : อำเภอบันนังสตา ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา
 - 1.1 ลักษณะภูมิประเทศ
 - 1.2 ลักษณะทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม
 - 1.3 ลักษณะทางเศรษฐกิจ
2. สถานการณ์ความไม่สงบอำเภอบันนังสตา และผลกระทบ
 - 2.1 สถานการณ์ความไม่สงบอำเภอบันนังสตา
 - 2.2 ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบ
3. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.1 สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.4 การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.5 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 3.6 การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
4. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)
 - 4.1 พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.2 ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 4.3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา เดิมชื่อว่า “อำเภอบาเจาะ” ขึ้นกับเมืองรามันตั้งขึ้นเมื่อราว พ.ศ. 2450 ณ บริเวณบ้านบาเจาะ หมู่ที่ 2 ตำบลบาเจาะ ต่อมาได้ประกาศยกเลิกหัวเมืองต่าง ๆ (เมืองปัตตานี เมืองยะหริ่ง เมืองยะลา เมืองรามัน เมืองหนองจิก และเมืองระแงะ) จึงได้ย้ายอำเภอมายัง ณ แห่งใหม่ที่บันนังสตา หมู่ที่ 2 ตำบลบันนังสตา ซึ่งอยู่บนฝั่งตะวันตก (ฝั่งซ้าย) ของแม่น้ำปัตตานี และเปลี่ยนชื่อใหม่ว่า “อำเภอบันนังสตา” เป็นภาษามลายูพื้นเมืองแปลว่า “นามะปราง” อยู่ห่างจากจังหวัดยะลาไปทางทิศใต้ตามเส้นทางหลวง ถนนสุขยางค์ สายยะลา-เบตง ระยะทางประมาณ 39 กิโลเมตร

1. ลักษณะภูมิประเทศ

สภาพพื้นที่เป็นป่าดิบชื้น ส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูงชัน บางแห่งเป็นภูเขาหินล้วน มีแม่น้ำปัตตานีเป็นแม่น้ำสายสำคัญเพียงสายเดียว ต้นน้ำอยู่ในเขตอำเภอเบตง มีอาณาเขตติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอกรงปินัง และ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอธารโต จังหวัดยะลา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอรีโอสาเะ อำเภอศรีสาคร จังหวัดนราธิวาส
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอยะหา จังหวัดยะลา และรัฐเคดาห์ (ไทรบุรี) ประเทศมาเลเซีย

2. ลักษณะทางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม

2.1 การปกครอง

อำเภอบันนังสตา แบ่งเขตการปกครองเป็น 6 ตำบล 50 หมู่บ้าน ดังนี้

ตำบลบันนังสตา	มี	11	หมู่บ้าน
ตำบลบาเจาะ	มี	5	หมู่บ้าน
ตำบลตลิ่งชัน	มี	13	หมู่บ้าน
ตำบลตานะปูเต๊ะ	มี	10	หมู่บ้าน
ตำบลถ้ำทะลุ	มี	5	หมู่บ้าน
ตำบลเขื่อนบางลาง	มี	6	หมู่บ้าน

มีเทศบาล 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลบันนังสตา และเทศบาลตำบลเขื่อนบางลาง มีองค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง คือ องค์การบริหารส่วนตำบลบันนังสตา องค์การบริหารส่วนตำบลบาเจาะ องค์การบริหารส่วนตำบลตานะปูเต๊ะ องค์การบริหารส่วนตำบลถ้ำทะลุ และ องค์การบริหารส่วนตำบลตลิ่งชัน

2.2 ประชากร

มีประชากรทั้งสิ้น 60,184 คน แยกเป็นชาย 30,115 คน หญิง 30,069 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ยต่อพื้นที่ประมาณ 90 คน/ตารางกิโลเมตร นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 85.75 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 14.24 และอื่น ๆ ร้อยละ 0.06

2.3 การศึกษา

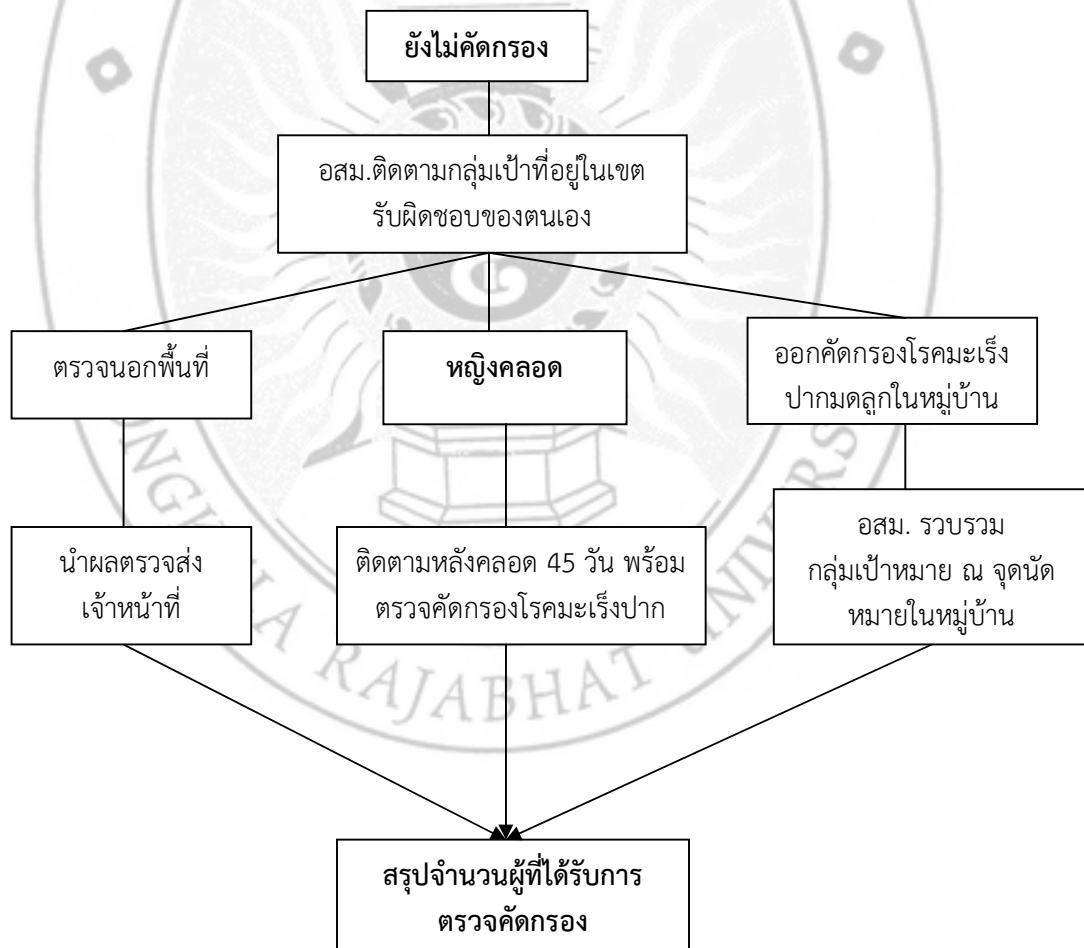
อำเภอบันนังสตา มีการจัดการศึกษา ตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย ดังนี้ ที่ตั้งสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษายะลา เขต 2 ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียน 1 แห่ง โรงเรียนเอกชนสอนศาสนา 6 แห่ง โรงเรียนปอเนาะ 3 แห่ง โรงเรียนตาดีกา 52 แห่ง มีครูผู้สอนตาดีกา 152 คน นักเรียนตาดีกา 11,323 คน

2.4 การสาธารณสุข

อำเภอบันนังสตา มีสถานบริการสาธารณสุข ทั้งหมด 11 แห่ง ดังนี้ โรงพยาบาล บันนังสตา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาเจาะ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกม. 26 ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำนบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำทะลุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านตะบิงดิงงี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทรายแก้ว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสายตาเอียด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกือลอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันติ 1 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปือชู

การดำเนินงานคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่อำเภอบันนังสตา

สำรวจข้อมูลประชากรกลุ่มเป้าหมายจากฐานข้อมูล ของแต่ละสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบ แบ่งสตรีกลุ่มเป้าหมายเป็น 2 กลุ่ม คือ 1. กลุ่มที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกตามเกณฑ์ และ 2. กลุ่มที่ได้รับการตรวจคัดกรองแล้วหากผลตรวจผิดปกติก็จะส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายทำการตรวจรักษาต่อไป



2.5 วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณี

ด้านวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีของประชาชนอำเภอบันนังสตา ซึ่งส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม เรียกว่า “มุสลิม” ประเพณีของอิสลาม เมื่อมีคนเสียชีวิตชาวบ้านก็จะช่วยกันขุดหลุมศพ บินลูกดินขนาดใหญ่เพื่อใส่ในหลุม จะมีผู้คนไปร่วมหลบนอนในบ้านที่มีคนเสียชีวิต และจะมีการจุดไฟสว่างไสวเพื่อให้เกียรติแก่ผู้เสียชีวิตไปแล้ว ในการอาบน้ำศพผู้เสียชีวิตญาติที่เป็นชายหรือบุตรผู้ตายจะเข้าไปช่วยอาบน้ำศพให้พ่อ ส่วนบุตรสาวหรือญาติที่เป็นสตรีจะเป็นผู้อาบน้ำศพ ให้แม่ ผู้ชายเมื่อเสียชีวิตจะห่อด้วยผ้าขาว 3 ผืน ส่วนผู้หญิงจะห่อด้วยผ้าขาว 5 ผืน ในส่วนของการปฏิบัติตามหลักศาสนาจะเหมือนกันหมดสำหรับมุสลิมในประเทศไทย เช่น การถือศีลอด (ถือบวช) เมื่อถึงเดือน “รอมฎอน” หรือเดือนที่ 9 ของปีฮิจเราะห์ศักราชชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลามทุกคนจะถือศีลอด นับเป็นเวลา 1 เดือนเต็มในช่วงระยะเวลาดังกล่าว เขาจะไม่ยอมให้อาหารและน้ำ หรือน้ำลายล่องล้ำเข้าไปในลำคอ นับตั้งแต่ตะวันสางไปจนถึงตะวันตก ขอบฟ้า และจะเริ่มรับประทานอาหารเมื่อถึงเวลาตะวันตกขอบฟ้าล่องไปแล้วจนถึงก่อนสว่าง ทั้งนี้ได้หมายความว่า ในเวลากลางคืนจะมีการร่วมวงรับประทานอาหารกันอย่างเต็มที่เช่นปกติ เพียงแต่ประทังความหิวเท่านั้น การไปประกอบพิธีฮัจญ์ที่นครเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย การออกทานบังกั๊บหรือชะกาตร้อยละ 2.5 ในสังคมมุสลิมถือว่ามศยิตเป็นศูนย์รวมของจิตใจ ฉะนั้นมศยิตจึงเป็นสัญลักษณ์ที่สำคัญเป็นสถานที่รวมตัวกัน จึงมีคำสอนของอิสลามว่าเวลาละหมาดไปทำที่มศยิต ความมุ่งหมายเพื่อให้คนได้มารวมตัวกันให้รู้จักกันและอิสลามนั้นไม่มีการแบ่งสีผิวเผ่าพันธุ์ ไม่มีการแบ่งชั้นวรรณะ ลักษณะเช่นนี้ทำให้ศาสนาอิสลามมีความเรียบง่ายและการสักการะบูชานั้นจะสักการะเฉพาะพระผู้เป็นเจ้าพระองค์เดียว คำสอนทางศาสนาอิสลามก็มีความคล้ายคลึงกันกับหลักของศาสนาพุทธและศาสนาคริสต์ แต่ของอิสลามสอนย้ำให้มีความศรัทธาและเชื่อมั่นในพระเป็นเจ้าด้วยการไป “ละหมาด” วันละ 5 เวลา และจะไม่ทำประพฤติปฏิบัติ อะไรที่ผิดไปจากคำสอนในคัมภีร์อัลกุระอานล์ ถ้าทำก็เป็นบาปและพระเป็นเจ้าจะพิพากษาและลงโทษคนบาปนั้น

วัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพในมิติบริบทของชุมชนมุสลิม อำเภอบันนังสตา มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีมศยิตเป็นศูนย์กลางของชุมชน มีอิหม่ามเป็นผู้นำชุมชนอิสลาม เป็นวิถีการดำเนินชีวิต มุสลิมทุกคนมีหน้าที่ในการถ่ายทอดวัฒนธรรมอิสลามให้ดำรงอยู่ต่อไป โดยไม่ปรับปรุงเปลี่ยนแปลงไปตามค่านิยมของคนในสังคม ตามกาลเวลาและสถานที่ มุสลิมถือว่าพระผู้เป็นเจ้าได้มอบหน้าที่อันทรงเกียรตินี้ให้แก่มุสลิมทุกคนทั้งชายและหญิง (สาเหอะฮับดุลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2545) ด้วยเหตุนี้ชาวไทยมุสลิมจึงอยู่บนครรลองของวัฒนธรรมอิสลามที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว เช่น ภาษา การแต่งกายสำหรับชาวไทยที่นับถือศาสนาอิสลาม การแต่งกายตามหลักศาสนาอิสลามที่เรียกว่า ฮิญาบ (Hijab) มีการแต่งกายเหมือนกับประชาชนที่อาศัยอยู่ชายแดนภาคใต้อื่น ๆ โดยถือกันว่า การเปิดเผยอวัยวะบางส่วนของร่างกายที่บัญญัติไว้ทางศาสนาถือว่า ผิดหลักศาสนาและมารยาทอันดีงาม โดยทั่วไปผู้ชายนิยมนุ่งโจง หรือกางเกงขายาว สวมเสื้อแขนยาวและสวมหมวกกาปิเยาะ ส่วนผู้หญิงก็สวมเสื้อแขนยาวถึงข้อมือ และนุ่งผ้า กรอมเท้าตลอดจนคลุมศีรษะ เปิดเผยเฉพาะใบหน้าและมือจนถึงข้อมือ ตามที่ศาสนาบัญญัติไว้ ขนบธรรมเนียมประเพณี การบริโภคอาหาร เป็นต้น โดยไม่โอนอ่อนผ่อนตามค่านิยม ชีวิตทั้งชีวิตของคนมุสลิมเต็มไปด้วยกิจกรรมทางศาสนา เช่น การละหมาดวันละ 5 เวลา เป็นหลักปฏิบัติเพื่อให้เกิดความศรัทธา ที่สำคัญที่สุดคือศรัทธาว่าอัลลอฮ์เป็นพระเจ้าองค์เดียว

และนบีมุฮัมมัดคือศาสนทูตของพระองค์ มุสลิมทุกคนจะต้องนำเอาอิสลามมาไว้ในตัว ในหัวใจไปด้วยกัน ในทุกอย่างก้าวของชีวิต ทุกเวลา ทุกสถานที่ และมีหน้าที่จะต้องถ่ายทอดวัฒนธรรมไปสู่คนรุ่นต่อไป สำหรับวัฒนธรรมความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในมิติของสตรีมุสลิมนั้น ศาสนาอิสลามไม่ได้บัญญัติไว้ว่าห้ามสตรีตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่เกิดจากความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อคือสิ่งที่บุคคลพึงใจยึดถือในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเชื่อโดยมีเหตุผลให้เชื่อได้ เพราะเห็นข้อเท็จจริงต่าง ๆ เพียงพอแล้ว หรือเชื่อเพราะคล้อยตามคนที่เราชอบ คนที่เรากลัว หรือเชื่อเพราะไม่รู้ข้อเท็จจริง (ประสาท หลักศिला, 2514) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าความเชื่อเป็นองค์ประกอบหนึ่งของวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อบุคคลให้ประพฤติปฏิบัติตาม สำหรับวัฒนธรรมสุขภาพ ตามทัศนะอิสลามนั้น ไม่แตกต่างไปจากทัศนะอื่น ๆ คือเป็นการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ความคิดและจิตใจ ไม่ใช่เฉพาะปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บเท่านั้น การรักษาสุขภาพและอนามัยเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้องถือปฏิบัติทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่น ตั้งแต่ในครอบครัว ชุมชน ไปถึงบุคคลภายนอกโดยส่วนรวม (สาเห อับดุลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2545) ชาวมุสลิมมีหลักคำสอนของศาสนาอิสลามที่เข้มข้นทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นศรัทธาต่อพระเจ้าที่มั่นคง การเจ็บป่วยเป็นพระประสงค์โดยตรงของพระเจ้า การรักษาแบบพื้นบ้านของชุมชนมุสลิมใช้การทอุงคาตาจากคัมภีร์อัลกุรอานล้วน ๆ โดยไม่มีตัวยาใดๆร่วมด้วยเลย นอกจากนี้คำสอนในพระคัมภีร์ยังมีส่วนที่ทำให้ชาวมุสลิมยอมรับวิธีการรักษาของแพทย์แผนปัจจุบัน (รวมทั้งการแพทย์พื้นบ้านของท้องถิ่นอื่น) ได้ยาก ชุมชนจึงยังคงรักษาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของตนเองไว้ได้ (เลิศชาย ศิริชัยและอุดม หนูทอง, 2544) จากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังไม่มีการศึกษาในเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีมุสลิม แต่จากการปฏิบัติงานรณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ชุมชนมุสลิมที่ผ่านมา พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อว่าการเปิดเผยอวัยวะที่เป็นของลับให้ผู้อื่นเห็นโดยนอเหนือจากการเป็นโรคแล้ว ห้ามเปิดเผยให้ผู้อื่นเห็นนอกจากสามีของตนเท่านั้น เพราะศาสนาอิสลามให้สตรีมุสลิมปกปิดสิ่งพึงสงวน สังกัดได้จากการแต่งกายให้ปกปิดร่างกายให้มิดชิด ยกเว้นใบหน้า มือและเท้า ไม่สวมเสื้อผ้าบางหรือรัดรูป ไม่สวมเครื่องประดับหรือแต่งกายที่เรียกร่องความสนใจจากต่างเพศ ห้ามแต่งกายผิดเพศตนหรือแต่งกายเลียนแบบเพศตรงข้าม (มานี ชูไทย, 2544) จากข้อห้ามของสตรีทั้ง 13 ข้อ ดังนี้ 1) ห้ามสตรีออกจากบ้านโดยใส่ของหอม ห้ามบรรดาสตรีออกจากบ้านโดยใส่ของหอม เนื่องจากการใส่ของหอมต่อหน้าบรรดาผู้ชายนั้น เป็นการกระตุ้นอารมณ์ของพวกเขาดังนั้น จึงจำเป็นต่อสตรีทุกคน อย่าย่อออกจากบ้านนอกจากความเป็นจำเป็นตามหลักของศาสนา และให้ประดับประดาด้วยจรรยา มารยาทของศาสนา โดยการคลุมฮิญาบ สวมใส่อาภรณ์หลวม ๆ ไม่รัดรูป ปรากฏาลักษณะที่ทำให้เกิดการยั่วชวน ไม่ใส่น้ำหอมในขณะออกจากบ้าน แต่ทว่า เมื่อกลับถึงบ้าน ก็อนุญาตให้ใส่น้ำหอมได้ตามที่ต้องการ โดยมีเงื่อนไขว่า ต้องไม่ให้ชายอื่นได้กลิ่นหอมนั้น 2) ห้ามภรรยาปฏิเสธการร่วมหลับนอนกับสามี เมื่อเขาร้องขอ ภรรยาต้องมิลิทธิพึงปฏิบัติต่อผู้เป็นสามี และส่วนหนึ่งจากบรรดาสิทธิต่าง ๆ ก็คือ สิทธิในการแสวงหาความสุขจากภรรยา และถือเป็นสิ่งต้องห้ามแก่ภรรยาที่ให้การปฏิเสธสิทธิดังกล่าวที่มีต่อสามี และการปฏิบัติต่าง ๆ ของภรยานั้นได้ถูกนำเสนอ ซึ่งส่วนหนึ่งนั้นนั้นมีการประพฤติที่ชั่วจนเป็นเหตุให้ต้องได้รับการลงโทษด้วยสาเหตุของบาปนั้นแต่หากว่า ภรรยาอยู่ในสภาวะที่ป่วย มีประจำเดือน และถือศีลอดในเดือนรอมะฎอน ก็อนุญาตให้ปฏิเสธในสิ่งดังกล่าวได้ 3) ห้ามสตรีพรรณนาหญิงอื่นให้สามีของนางรับฟัง 4) ห้ามสตรีทำการถือศีลอดสุนัต โดยที่สามีอยู่

นอกจาก ได้รับการอนุญาตจากเขา 5) ห้ามสตรีรอดความสวยงามต่อหน้าบรรดาบุรุษ 6) ห้ามขอดูอาอ์ให้ประสบความสำเร็จแก่บุตรหลาน 7) ห้ามเปิดเผยความลับการร่วมสุขระหว่างสามีภรรยา 8) ห้ามสตรีทำการใช้จ่ายทรัพย์สินของสามีนอกจากได้รับการอนุญาตเสียก่อน 9) ห้ามสตรีทำการ สัก ถอนขนที่ใบหน้า และถ่างฟัน 10) ห้ามสตรีฝ่าฝืนสามีของนาง สมควรแก่ภรรยาที่ดีทำการอยู่ร่วมชีวิตกับสามีด้วยความเพียงพอ เชื่อฟังและรักดีต่อเขาด้วยความดีงาม บรรดาภรรยาปฏิบัติดีแก่สามีของพวกนาง ห้ามทำการฝ่าฝืนและปฏิบัติในแง่ลบกับพวกเขา คือสตรีที่รักดี เมื่อเขา (สามีของนาง) ได้สั่งใช้ เธอมีความปิติยินดีเมื่อเขาได้มอง และเธอจะคอยดูแลรักษาเขา เกี่ยวกับตัวของนางและทรัพย์สินของเขา ปฏิบัติดีกับเขาในทั้งคำพูดและการกระทำ เพราะฉะนั้นสามีจึงเป็นดังกล่าวสวรรค์และนรกของภรรยา หมายถึงหากปฏิบัติดีต่อสามีก็จะได้รับสวรรค์และหากปฏิบัติไม่ดีก็จะได้รับสิ่งตรงกันข้าม 11) ห้ามสตรีปฏิเสธตัดพ้อต่อสามีผู้ร่วมชีวิต เพราะเป็นผู้ที่ให้ความอานวยสุข ห้ามพวกนางปฏิเสธต่อสามีผู้ร่วมชีวิต ปฏิเสธต่อการปฏิบัติอันดีงาม 12) ห้ามบรรดาสตรีของหย่ากับสามีโดยไร้เหตุผล 13) ห้ามสตรีอยู่ตามลำพังกับชายอื่น ด้วยเหตุดังกล่าวทำให้ผลการรณรงค์ตรวจคัดกรองไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่ได้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยการเดินรณรงค์ประชาสัมพันธ์ จัดอบรมให้ความรู้และบรรยาย การกระจายข่าวตามมัสยิดในชุมชน มีบริการรถไปรับและส่งถึงที่ มีการแนะนำบุคลากรทางการแพทย์ที่จะตรวจ เพื่อให้กลุ่มสตรีเกิดความคุ้นเคย และมีความศรัทธาต่อเจ้าหน้าที่ นอกจากนี้ยังพบว่า สตรีมุสลิมที่ไม่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ให้เหตุผลว่ามีความเขินอาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสังคมไทยมุสลิมยังปลูกฝังด้วยการให้ทัศนคติเชิงลบต่อเรื่องเพศ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมที่สั่งสอนให้ผู้หญิงต้อง “เจี๊ยบ” และต้องเป็น “ผู้ตาม” ในเรื่องเพศ จนกระทั่งไม่กล้าที่จะเรียนรู้และสัมผัสร่างกายตัวเอง เพราะกลัวจะกลายเป็นผู้หญิงไม่ดีลามก ทำให้การพูดจาบอกเล่าหรือปรึกษาปัญหาสุขภาพทางเพศของตัวเองเป็นเรื่องลำบากใจ รวมทั้งความเชื่อความคิดเกี่ยวกับร่างกายที่สังคมได้อิงกับระบบชายเป็นใหญ่ก็ยังคงมีปรากฏอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้หญิงไม่มีสิทธิตัดสินใจเกี่ยวกับเนื้อตัวร่างกายของตนเอง เช่น ต้องขออนุญาตสามีหรือแอบไปตรวจไม่ให้สามีรู้ เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่าศาสนาอิสลามมีหลักเรื่องการปกปิดอวัยวะ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อซึ่งทำให้มีผลต่อการตัดสินใจเลือกประพฤติปฏิบัติของแต่ละบุคคลได้

หลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อการดูแลสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรคของสตรีมุสลิมโดยทั่วไป อิสลามกล่าวถึงโรคทางกายและโรคทางใจอย่างกว้าง ๆ ไม่ได้เจาะจงโรคใดโรคหนึ่ง เชื่อว่าทุกๆ โรคนั้นมียารักษา เมื่อเป็นโรคให้ไปรับการรักษา แต่ห้ามรักษาด้วยเวทมนต์คาถา ห้ามการนวดด้วยไฟ เมื่อเจ็บป่วยให้ไปหาผู้มีความรู้ทางด้านการรักษาโรค (แพทย์) ให้ใช้โภชนาบำบัด ให้อดทน และขอพรจากอัลลอฮ์ให้หายจากโรค มุสลิมทุกคนยอมรับว่าความเจ็บป่วยและความตายนั้นเป็นการทดสอบของพระเจ้าในการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและไม่เจ็บป่วย และการมีสุขภาพที่ดีนั้นเป็นผลมาจากการปฏิบัติตามแนวทาง 3 ด้าน คือ บทบัญญัติของศาสนา กฎข้อห้ามทางศาสนาและการไม่ปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงอันตรายในด้านต่าง ๆ

2.6 การคมนาคม

การคมนาคมติดต่อระหว่างอำเภอและจังหวัด รวมทั้งการคมนาคมภายในตำบลและหมู่บ้านมีรายละเอียดดังนี้

ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 410 สายยะลา-บันนังสตา-ธารโต-เบตง

3. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ประชาชนชาวบันนังสตาประกอบอาชีพเกษตรกรรม (สวนยางพารา) เป็นส่วนใหญ่ ทำสวนผลไม้ ค้าขาย รับราชการ ตามลำดับ

การอุตสาหกรรม มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตดำเนินการและประกอบการจำนวน 5 แห่ง ล้วนแล้วแต่ตั้งอยู่ในเขตตำบลบันนังสตา ดังนี้ บริษัท สามดาวพาราวั๊ด จำกัด ที่หมู่ 4 บริษัท สตาร์พาราวั๊ด จำกัด และ บริษัท เอกวนกิก จำกัด ที่หมู่ 1 บริษัท เค.พี.ยะลา พาราวั๊ด จำกัด หมู่ 9 บริษัท ยะลา วี.อาร์.ซัพพลาย หมู่ 3

การพาณิชย์ มีสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขนาดใหญ่ จำนวน 3 แห่ง มีธนาคาร จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์ ธนาคารออมสิน ธนาคารกรุงไทย และธนาคารอิสลาม มีสหกรณ์ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ สหกรณ์การเกษตรบันนังสตา

สถานการณ์ความไม่สงบอำเภอบันนังสตาและผลกระทบ

1. สถานการณ์ความไม่สงบอำเภอบันนังสตา

สถานการณ์ความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ในช่วง 8 ปีที่ผ่านมา (ปี 2547-2555) ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ลักษณะเหตุการณ์ความรุนแรงยังคงเป็นรูปแบบการลอบทำร้าย ลอบยิง วางระเบิด และทำลายทรัพย์สินของประชาชนและสถานที่ราชการ สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างยืดเยื้อยาวนานมีการเคลื่อนไหวและเปลี่ยนแปลงมาอย่างต่อเนื่องและทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น ได้นำมาซึ่งความสูญเสียทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองอย่างมากในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ และสังคมไทยในภาพรวม (ศรีสมภพ, 2555) จากข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังการบาดเจ็บรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ตั้งแต่ มกราคม 2547 ถึง มกราคม 2557 พบว่ามีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ จำนวน 8,540 ครั้ง มีบาดเจ็บจำนวน 9,965 คน และ ผู้เสียชีวิตจำนวน 5,352 คน รวมผู้ได้รับผลกระทบที่ได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจำนวน 15,317 คน มีผู้สูญเสียที่มากที่สุด คือผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ 8,585 คน บาดเจ็บ 6,326 คนและเสียชีวิต 2,259 คน ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม 6,108 คน บาดเจ็บ 3,146 คน และเสียชีวิต 2,962 คน และไม่ระบุศาสนา 642 คน บาดเจ็บ 493 คน และเสียชีวิต 131 คน (ไทยรัฐออนไลน์, 2557) ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ จังหวัดยะลาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาความรุนแรงจากสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อสภาพแวดล้อมทุกด้านเช่นรูปแบบการดำเนินชีวิต การเผชิญกับภาวะความเครียด ความหวาดกลัว เป็นต้น ประชาชนทุกคนมีโอกาสตกเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ความรุนแรงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกระจายอยู่ในหลายพื้นที่ จากรายงานระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจาก

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 - เดือนมีนาคม 2556 พบว่ามีเหตุการณ์ความไม่สงบจำนวน 432 ครั้ง มีผู้เสียชีวิตจำนวน 39 ราย ผู้บาดเจ็บจำนวน 212 ราย มีผู้ได้รับผลกระทบในช่วงผู้ใหญ่จนถึงวัยกลางคน พบมากที่สุดในช่วงอายุ 26-40 ปีและ 41-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.92 และ 31.42 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนในจังหวัดยะลา ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความไม่สงบที่ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน ทำให้ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปโดยสิ้นเชิง

อำเภอบันนังสตา จากการรายงานเหตุการณ์ความไม่สงบของงานป้องกัน อำเภอบันนังสตา พบว่า ในปี 2555 เกิดเหตุชุ่่มยิง 22 ครั้ง เหตุระเบิด 16 ครั้ง เหตุก่อกวน 7 ครั้ง รวมทั้งหมด 45 ครั้ง ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต 31, 11 ราย ตามลำดับ ในปี 2556 เกิดเหตุชุ่่มยิง 19 ครั้ง เหตุระเบิด 11 ครั้ง เหตุก่อกวน 10 ครั้ง ยิงเข้าฐาน 6 ครั้ง ปิดล้อม 1 ครั้ง รวมทั้งหมด 47 ครั้ง ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและเสียชีวิต 57, 17 ราย ตามลำดับ และจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในเขตอำเภอบันนังสตา พบว่าจากปีที่ผ่านมา ผู้ก่อการร้ายมีการเพิ่มวิธีการก่อเหตุ การปรับเปลี่ยนช่วงเวลา การเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมาย มีการส่งสัญญาณก่อนการก่อเหตุเพื่อการสร้างมวลชน เช่น การปล่อยใบปลิว การเขียนข้อความบนถนน การติดป้ายผ้าแสดงสัญลักษณ์ว่าเป็นเขตอิทธิพลของแนวร่วม ด้วยความเชื่อที่ว่า ยิ่งสร้างมวลชนกับชาวบ้านมากเท่าไรยิ่งก่อเหตุได้มากเท่านั้น และแนวคิดที่ว่าไม่มี ความเชื่อมั่นในตัวเจ้าหน้าที่ว่าจะสามารถดูแลประชาชนได้ เพราะเกิดเหตุความไม่สงบได้ไม่เว้นแต่ละวัน และแนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่มักดำเนินการหลังการเกิดเหตุเสมอ ทำให้ประชาชนมองว่าเจ้าหน้าที่เอวเป็นผู้ถูกกระทำมากกว่า และทำงานภายใต้ขอบเขตของกฎหมายและหลักของมนุษยชน ไม่สามารถระงับการรุนแรงได้โดยไม่มีหลักฐาน ส่งผลให้ชาวบ้านก็ไม่กล้าให้เบาะแสเกี่ยวกับผู้ก่อการร้ายเพราะเกรงกลัวอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเอง หากถูกมองว่าเป็นสายของเจ้าหน้าที่ และเมื่อเหตุการณ์เริ่มเงียบก็จะเริ่มก่อเหตุความไม่สงบอีก คาดว่ามีแนวทางเดียวที่จะทำให้สงบลงได้คือ การกวาดล้างเท่านั้น

จากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้น ทำให้ชาวบ้านนังสตาต้องดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวาดระแวงโดยที่ไม่รู้ว่าใครเป็นใคร วันไหนที่อาจจะเกิดเหตุการณ์ กับตนเอง ครอบครัว หรือผู้ใกล้ชิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้เลย แต่จากสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น น้อยนักที่จะเป็นสาเหตุให้ชาวบ้านอพยพย้ายไปอยู่ที่อื่น ส่วนใหญ่ด้วยคิดว่าเป็นสถานที่เกิดและเติบโตในพื้นที่นี้ รักและผูกพัน จำต้องใช้ชีวิตต่อไปในพื้นที่ภายใต้ความไม่สงบ ทำให้การดูแลหรือการมองปัญหาในเรื่องของสุขภาพน้อยลง จะตระหนักก็ต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเท่านั้น

2. ผลกระทบของสถานการณ์ความไม่สงบ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ สรุปผลที่เกิดขึ้นกับผู้ได้รับผลกระทบได้ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย จากสถานการณ์ความไม่สงบการก่อการร้ายเกิดขึ้นรายวัน ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบเกิดอาการทางกายที่มีผลมาจากปัญหาสุขภาพจิตเช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ใจสั่น เป็นหวัด รู้สึกตบตันในลำคอและหน้าอก และมีปัญหาด้านระบบย่อยอาหาร เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2550) นอกจากนี้ผู้ได้รับผลกระทบเกิดการบาดเจ็บ บางรายทุพพลภาพ และสูญเสียอวัยวะ

มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (กันตพร, ปิ่นทิพย์, และเพลินพิศ, 2550) เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ประชาชนคำนึงถึงการรักษาร่างกายเมื่อได้รับบาดเจ็บเท่านั้น แต่ขาดความตระหนักในการป้องกันการเจ็บป่วยของร่างกายด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ด้วยสถานการณ์บ้านเมืองที่เปลี่ยนไป อันตราย ที่อาจเกิดขึ้นเมื่อไหร่ไม่มีใครบอกได้ จึงทำให้ประชาชนไม่กล้าออกจากบ้านหากไม่จำเป็นจริง ๆ

2.2 ด้านจิตใจ จากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบมีอาการ วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ รู้สึกไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน และชีวิต หวาดกลัว ขาดขวัญและกำลังใจในการทำงาน เกิดความเครียดจากการสูญเสีย เช่น ทรัพย์สิน บุคคลอันเป็นที่รักในครอบครัว (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2553)

2.3 ด้านสังคม จากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ได้รับผลกระทบไม่ยอมออกนอกบ้าน หรือสถานที่ที่มีผู้คนจำนวนมาก และการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยปฏิบัติในชุมชน หรือสังคมน้อยลง ความสัมพันธ์กับเพื่อนและสังคมลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ได้รับผลกระทบในพื้นที่เช่น การไปวัด การไปละหมาด การย้ายถิ่นฐาน (อังคณา, 2552) การเปลี่ยนแปลงบทบาทและโครงสร้างในครอบครัว เช่น จากบทบาทแม่บ้านเป็นหญิงหม้ายที่ต้องเป็นผู้นำครอบครัว มีความเสี่ยงภัยในการเดินทาง และประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ของไทยพบว่าผู้ดูแลต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว มีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นในการหารายได้เป็นค่าใช้จ่ายในครอบครัว (อาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล, 2551)

2.4 ด้านเศรษฐกิจ จากสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดการสูญเสียทรัพย์สินของประชาชนและทางราชการ จากการระเบิดและลอบวางเพลิง (รติวรรณ, 2550) ส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบเกิดการบาดเจ็บ โดยเฉพาะผู้ได้รับผลกระทบที่เป็นหัวหน้าครอบครัวและผู้หารายได้มาเลี้ยงครอบครัวทั้งหมด จะทำให้ขาดรายได้ ต้องมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าอาหารพิเศษ ค่าเดินทางไปโรงพยาบาล (อาภาภรณ์, 2551) ถ้าครอบครัวไม่มีเงินออม หรือรายได้เสริมจะทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินและก่อให้เกิดภาระหนี้สิน

สรุปได้ว่าจากสถานการณ์ความไม่สงบ ส่งผลกระทบต่อผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะผู้ได้รับผลกระทบด้านจิตใจโดยตรงที่เป็นผู้บาดเจ็บ ซึ่งผลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ได้รับผลกระทบต้องเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก ในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ในแถบเอเชียใต้ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และทั่วโลก ดังนั้นการตรวจคัดกรองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากพบรอยโรคได้ในระยะเริ่มแรกและระยะก่อนเป็นมะเร็งปากมดลูก ก็จะช่วยให้การรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) คือเนื้องอกบริเวณปากมดลูกที่ประกอบไปด้วยเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว สามารถลุกลามทำลายเนื้อเยื่อปกติและอวัยวะใกล้เคียง รวมทั้งสามารถลุกลามเข้าเส้นเลือด และต่อมน้ำเหลืองทำให้เกิดการกระจายของโรค ไปยัง

ต่อมน้ำเหลืองและอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายได้ (นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทิชัย, 2546) ในระยะเริ่มแรก จะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใดจนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งจะใช้เวลานานประมาณ 5-10 ปี หากพบอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษามีโอกาสหายขาดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระยะที่พบโรคและการรักษาติดตามผลที่ครบถ้วน กล่าวคือ ถ้าค้นพบโรคได้เร็วเท่าไร การรักษาจะได้ผลดีและอัตราการหายจากโรคใช้เวลา 5 ปี (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551)

1. สาเหตุของโรคมะเร็งปากมดลูก

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อ Human Papiloma Virus (HPV) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ HPV ได้แก่ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุ ยังน้อย การมีคู่นอนหลายคน การมีคู่นอนที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นหลายคน และการมีภูมิคุ้มกันร่างกายที่ลดลง ส่วนสตรีที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1.1 การแต่งงานหรือการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงที่อายุต่ำกว่า 17 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่ปากมดลูกไวต่อการเปลี่ยนแปลง (ธีระ ทองสงและ, 2539)

1.2 จำนวนการตั้งครรภ์และการมีบุตรมาก พบว่า จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย ๆ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

1.3 การมีเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาพบว่า การที่สตรีมีคู่นอนหลายคนมีความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 2-3 เท่า ของสตรีที่มีคู่นอนคนเดียว และพบว่า ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สูงมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก

1.4 อายุ พบว่าสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกมักพบในอายุประมาณ 35 ปี และในปัจจุบันนี้พบว่า มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มการเกิดโรคในคนอายุน้อยลง คือพบได้บ่อยขึ้นในสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี และในระยะลุกลามพบมากในสตรีที่มีอายุระหว่าง 45-55 ปี

1.5 สตรีที่มีการฉีกขาดจากการคลอด และมีการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

1.6 สามีหรือคู่นอนที่ไม่ได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ทำให้มีการหมักหมมของ สเมกมา (smegma) สิ่งสกปรกที่อวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่าสเมกมาเป็นตัวทำให้เกิดมะเร็ง

1.7 การสูบบุหรี่ จากการศึกษาพบอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2 เท่า ในสตรีที่สูบบุหรี่เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ โดยพบความเสี่ยงสูงขึ้นในสตรีที่สูบบุหรี่มาก สูบมาเป็นเวลานาน และสูบชนิดที่ไม่มีก้นกรองหรือสัมผัสกับควันบุหรี่ทางอ้อมมากกว่าวันละ 3 ชั่วโมง (จตุพล ศรีสมบุญ, 2540)

1.8 การคุมกำเนิด สตรีที่ใช้ยาชนิดเม็ดในการคุมกำเนิดนาน ๆ มีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น 1.2 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ถ้ารับประทานยาคุมมานานกว่า 5 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าถ้ารับประทานยาคุมมานานกว่า 10 ปีและการใช้ฮอร์โมนชนิดฉีดในการคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ถ้าผู้ใช้ติดต่อกันเกินกว่า 5 ปีขึ้นไป

1.9 เชื้อชาติ ศาสนา และวัฒนธรรม การศึกษาพบว่า มะเร็งปากมดลูกในสตรีมีดำมากกว่าสตรีผิวขาว (วสันต์ ลีนะสมิต และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2542)

1.10 ผู้ชายที่มีลักษณะของหัวอสุจิมิโปรตีนชนิด โปรตามีน (protamine) ซึ่งมีผลต่อดีเอ็นเอ (DNA) ของเซลล์ปากมดลูกให้เปลี่ยนแปลงเป็น ดิสเพลเซีย (dysplasia) ได้ และพบว่าสารโปรตามีนมีสูงในอสุจิของผู้ชายที่มีฐานะทางสังคมต่ำ

2. อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก

อาการและอาการแสดงที่อาจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก จะเริ่มด้วยอาการของมะเร็งในระยะก่อนลุกลามจนถึงในระยะลุกลาม ดังนี้ (ยุพิน เพ็ชรมงคล, 2547)

2.1 ไม่มีอาการอะไร มักพบในระยะก่อนลุกลาม เนื่องจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นยังไม่รุนแรงมีขนาดเล็ก ยังไม่มีการติดเชื้อหรือมีเส้นเลือดมาหล่อเลี้ยงมาก

2.2 มีตกขาวเป็นมูกใส จากปฏิกิริยาของเซลล์แต่ละต่อมบนพื้นผิวปากมดลูกคล้ายการอักเสบทั่วไป

2.3 เลือดออกผิดปกติ ระยะเริ่มต้นอาจมาด้วยอาการมีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด เป็นหยด ๆ ในขณะหรือหลังการร่วมเพศ เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากการฉีกขาดหรือการบาดเจ็บของก้อน มะเร็ง แผลถลอกที่ปากมดลูก

2.4 จากการตรวจภายในจะไม่มีลักษณะเฉพาะ อาจพบการเปลี่ยนแปลงของปากมดลูก ลักษณะใดลักษณะหนึ่ง คือ

2.4.1 ปากมดลูกลักษณะที่เคยมีเพศสัมพันธ์หรือเคยมีบุตรมาแล้ว

2.4.2 ปากมดลูกที่แสดงถึงอาการอักเสบเรื้อรัง

2.4.3 ปากมดลูกที่มีแผลถลอก (erosion)

2.5 ตกเลือด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกในระยะลุกลาม อาจมาด้วยอาการเลือดออกมากทางช่องคลอด มีอาการซีด อ่อนเพลีย บางรายถ้ามีการติดเชื้อร่วมด้วยจะทำให้เลือดที่ออกมา มีลักษณะเป็นเลือดปนหนองและมีกลิ่นเหม็น

2.6 อาการปวด มักจะเกิดในระยะท้ายที่โรคเป็นมากและลุกลามไปไกล โดยเฉพาะมะเร็งที่กระจายถึงเส้นประสาท obturator และ sciatic บางรายมีอาการปวดท้องน้อย เนื่องจากการอักเสบของปากมดลูกจนเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำ ในอุ้งเชิงกราน (pelvic thrombophlebitis) หลอดน้ำเหลืองอักเสบ (limphangitis)

3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ทำโดยอาศัยการตรวจทางพยาธิวิทยา (Pathological diagnosis) เท่านั้น การวินิจฉัยการตรวจเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีการตัดชิ้นเนื้อ (clinical diagnosis) ยังไม่เป็นที่ยอมรับ เพราะว่ามีภาวะบางอย่าง เช่น การอักเสบ การติดเชื้อไวรัส ซึ่งทำให้ลักษณะที่ตรวจพบจะคล้ายกับมะเร็งปากมดลูก (สมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ, และณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา, 2542) มะเร็งปากมดลูกในระยะแรกสามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทาง พยาธิวิทยา เช่น การตรวจด้วยกล้องขยาย (colposcope)

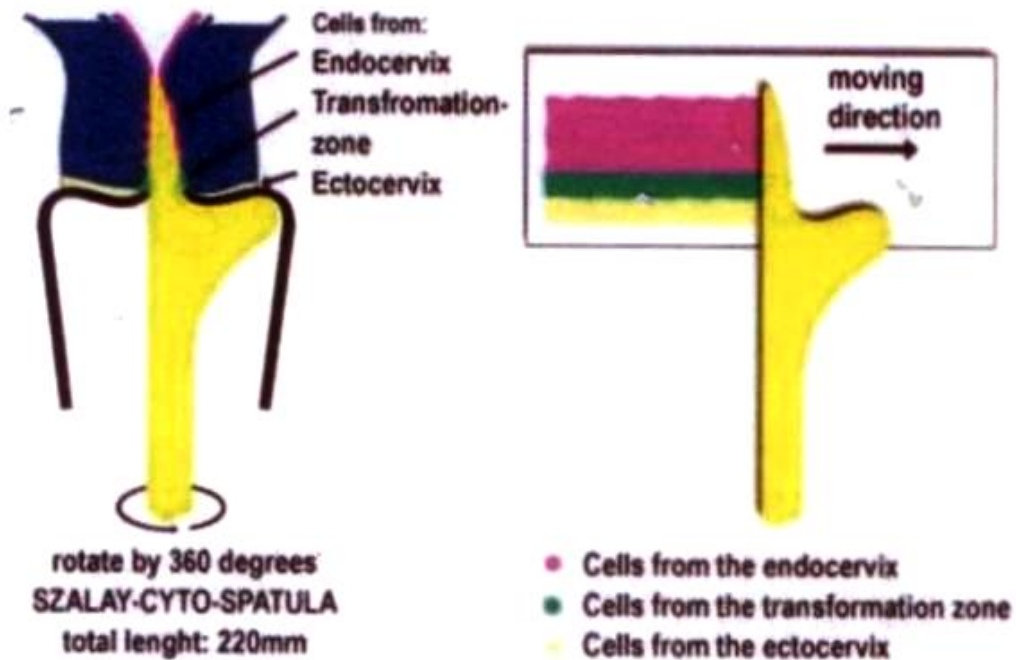
4. การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไร มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจไว้ 2 วิธี คือ การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีโดยใช้กรดน้ำส้มสายชู VIA (Visual Inspection with Acetic acid) และการตรวจคัดกรองโดยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547) ส่วนอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ดำเนินการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเพียงวิธีเดียว คือ การตรวจคัดกรองโดยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear)

การตรวจคัดกรองโดยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear) ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี ค.ศ.1930 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยา เหตุที่ต้องใช้วิธีดังกล่าวในการตรวจ เพราะเป็นวิธีการมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่กันทั่วโลก การตรวจทำได้ง่าย สะดวก ไม่เจ็บปวด เสียค่าใช้จ่ายน้อย และผลการตรวจแม่นยำ เชื่อถือได้ มีการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีรวิมล คุหะเปรมะ, 2549) วิธีการตรวจทำโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากตำแหน่งที่ต้องการไปป้ายลงบนแผ่นกระจกใส (glass slide) fixed ย้อมสีแล้วดูเซลล์ด้วยกล้องจุลทรรศน์ นอกเหนือจากการตรวจมะเร็งปากมดลูกยังมีผลพลอยได้ โดยอาจพบเซลล์มะเร็งของเยื่อบุมดลูก ท่อรังไข่ รังไข่ และช่องคลอดด้วย ปัจจัยที่ทำให้การตรวจแปปสเมียร์ มีประสิทธิภาพ ได้ผลถูกต้องแม่นยำ คือ

4.1 ผู้ตรวจปฏิบัติได้ตามหลักการทำแปปสเมียร์

- 4.1.1 จัด Position ของผู้รับการตรวจ (ท่านอน Lithotomy) ให้พอเหมาะสมสะดวกต่อการใส่ speculum และมองเห็นภายในช่องคลอดชัดเจน
- 4.1.2 Adequate Smear โดยต้องเก็บเซลล์จาก
- 4.1.3 Ectocervix เพื่อตรวจ Squamous cell
- 4.1.4 Endocervix เพื่อตรวจ Endocervical cell หรือ Glandular cell
- 4.1.5 Transformation Zone เพื่อตรวจ Metaplastic cell



ที่มา : การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548: หน้า 18

1) ในกรณีที่ผู้มารับการตรวจมีเลือดออกที่ไม่ใช่ประจำเดือนหรือหมดประจำเดือนไปแล้ว และมีเลือดออกกะปริดกะปรอย ต้องเก็บเซลล์จาก Posterior vaginal fornix นำมาป้ายบน slide ด้วย เนื่องจากเซลล์เยื่อผนังมดลูก (Endometrium) อาจหลุดลงมาอยู่ที่ Posterior vaginal fornix

1.1) เก็บเซลล์เยื่อปากมดลูก โดยใช้ Spatula แล้วนำมา smear บน slide ทำการป้ายจากด้าน frosted end ไปทางด้านใส โดยป้ายให้เรียบ บาง พลิก spatula ป้ายอีกด้านของ spatula ป้ายไปในทางเดียวกันไม่กดแรงมาก ป้ายอย่างรวดเร็วจึง

1.2) นำ Slide ไปแช่ใน fixative (น้ำยารักษาสภาพเซลล์)

2) ระยะเวลา / ช่วงเวลา ที่เหมาะสมในการเก็บเซลล์มาตรวจ

2.1) ในวัยเจริญพันธุ์ แนะนำให้มารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากระยะนี้จะเป็นระยะที่มีระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง (high estrogen level) ซึ่งภาวะนี้จะมีจำนวน endocervical cell ออกมามาก ระยะที่มีจำนวน endocervical cell ออกมาจำนวนน้อย คือ ระยะ high progesterone ผู้ที่อยู่ในกลุ่ม high progesterone ได้แก่

2.1.1) ผู้หญิงที่คุมกำเนิดโดยใช้ Depo-provera หรือ oral contraception pill ที่มี high progesterone

- 2.1.2) ผู้หญิงที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ หลังคลอด และ กำลังให้นมบุตร
- 2.2) Post menopausal women มี low estrogen จะมี endcervical cell ออกมาน้อย
- 2.3) ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน มารับการตรวจได้ทุกระยะเวลา
- 2.4) ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้ว รับการตรวจได้ทุกเวลา
- 2.5) ในรายที่มีเลือดออกตลอดเวลา ไม่ควรจะรอจนเลือดหยุด เพราะเลือดอาจไม่หยุด ควรมารับการตรวจหรือปรึกษาแพทย์ทางสูตินรีเวช แพทย์จะให้ยาบางชนิดเพื่อให้เลือดหยุดชั่วคราว
- 3) ผู้รับการตรวจ มีการเตรียมตัว/ปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง การเตรียมตัวก่อนรับการตรวจ Pap Smear
- 3.1) ต้องไม่มีการตรวจภายในมาก่อน (ในช่วง 24 ชั่วโมง) เพราะอาจมีสารหรือยาปนเปื้อนอยู่
- 3.2) ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดก่อนมาตรวจ 48 ชั่วโมง
- 3.3) ห้ามล้างหรือทำความสะอาดในช่องคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ก่อนมาตรวจเพราะอาจไม่มีเซลล์เหลือให้ตรวจ
- 3.4) งดการมีเพศสัมพันธ์ ก่อนมารับการตรวจ 48 ชั่วโมง
- 3.5) ถ้ายังอยู่ในระหว่างการรักษาปากมดลูกอักเสบ (cervicitis) ให้รักษา ก่อน แล้วจึงทำ Pap smear ซ้ำภายใน 4-6 สัปดาห์
- 4) อุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจ
- 4.1) เตียง ใช้เตียงตรวจภายในธรรมดา อาจใช้เตียงสำหรับตรวจโรคธรรมดา ก็ได้และมีสิ่งช่วยหนุนกันคนไข้ให้สูงขึ้น
- 4.2) ไฟ ควรเป็นชนิดรวมแสง ส่องเฉพาะที่
- 4.3) กระจกมือ ขนาดต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับขนาดมือผู้ที่จะทำการตรวจ
- 4.4) Speculum ขนาดต่าง ๆ ตั้งแต่เล็ก กลาง ใหญ่ สั้นและยาว
- 4.5) Spatula สำหรับเก็บหรือป้ายเอาเซลล์ที่ต้องการตรวจ จะต้องมีความเหมาะสมสามารถเก็บเซลล์จากจุดก่อตัวของมะเร็งปากมดลูกทั้ง จากปากมดลูกส่วนนอก (ectocervix) ส่วนใน (endocervix) และ T-Zone

4.2 ลักษณะของ Spatula

Spatula แบบที่นิยมใช้กันมากในขณะนี้ เป็นแบบ ที่เรียกว่า Modified Ayre's Spatula มีลักษณะ

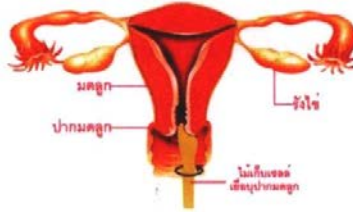
4.2.1 เป็นไม้ หรือ Plastic ยาวประมาณ 15-20 ซม. ควรมีขนาดเล็กด้วย

4.2.2 ข้างหนึ่งจะเป็นปลายแหลมยื่นออกไปประมาณ 1-2 ซม. เพื่อเก็บเซลล์ปากมดลูก ส่วนใน (endocervix)

4.2.3 ส่วนโค้งที่ตกลงมาจากปลายแหลมจะเป็นส่วนที่เก็บเซลล์ จากปากมดลูกส่วน

นอก (ectocervix หรือ squamo – columnar junction)

4.2.4 ส่วนปลายอีกข้างจะเป็นปลายที่มีรอยเว้าเล็กน้อยตรงกลาง ปลายข้างนี้มีไว้สำหรับเก็บเซลล์จากช่องคลอด Posterior fornix หรือ ในรายที่ตัดมดลูกไปแล้ว



Modified Ayre's Spatula

(โปรดสังเกตปลายขวาที่เรียวแหลมเพื่อสอดเข้าช่องคอมดลูก)



Ayre's Spatula

ที่มา : การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี pap smear สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2548: หน้า 20

- 1) เหตุผลที่นิยมใช้ Spatula ที่มีปลายแหลมยาวเก็บเซลล์ใน Endocervix
 - 1.1) เซลล์บุผิวของ endocervix เป็นชนิด Glandular cell หรือ Columnar cell
 - 1.2) มะเร็งที่เกิดจาก Glandular cell หรือ Columnar cell จะเป็นชนิด “Adenocarcinoma”
 - 1.3) มีรายงานผู้ป่วยสตรีอายุต่ำกว่า 35 ปี เป็น Invasive adenocarcinoma เพิ่มขึ้น

1.4) มีรายงานผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (ปี ค.ศ. 1970)

4.2.6 Cytobrush เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเก็บเซลล์จาก endocervix หรือ endometium หรือสำหรับเก็บเซลล์เพื่อตรวจหา HPV (Human Papilloma Virus)

4.3.7 Frosted end glass slide เป็น slide สำหรับป้ายเซลล์ ลักษณะของแผ่น Slide คือ มีปลายด้านหนึ่งเป็นผ้า เพื่อเขียน ชื่อ นามสกุล อายุ HN. และ วันที่ตรวจโดยเขียนด้วย ดินสอดำ ห้ามใช้หมึกทุกชนิด

4.2.8 Fixative เป็น น้ำยารักษาสภาพเซลล์ โดยใช้

- 1) Alcohol 95% อย่างเดียว หรือ
- 2) Ether กับ Alcohol 95% หนึ่งต่อหนึ่งส่วน หรือ
- 3) น้ำยารักษาสภาพเซลล์ Thin Prep สำหรับการตรวจวิธีการใหม่

4.2.9 ภาชนะสำหรับใส่ slide ที่ smear แล้ว สำหรับใส่น้ำยารักษาสภาพเซลล์ อาจใช้ขวดที่มีฝาปิด

4.2.10 น้ำยาทำความสะอาดบริเวณ Vulva ก่อนใส่ speculum

4.2.11 uterine packing forceps, Biopsy forceps

4.2.12 สำลี (ก้อนเล็ก, ใหญ่), ผ้าก๊อซ (พับขนาดประมาณ 4.5x4.5) และ ไม้พันสำลี ชนิดก้านยาว

4.2.13 Antiseptic solution (น้ำยาฆ่าเชื้อโรคอ่อน ๆ) อ่างหรือขัน สำหรับใส่น้ำเกลือ (Normal saline)

4.2.14 ผ้าคลุม สำหรับคลุมหน้าห้องและขาทั้งสองข้าง

5. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีวิธีการรักษาดังนี้

5.1 การผ่าตัด ได้ผลดีในระยะที่เป็นระยะเริ่มแรกจะหาย 100%

5.2 รังสีบำบัด ใช้รักษามะเร็งในระยะที่ลุกลามแล้วเพื่อให้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็ง

5.3 เคมีบำบัด ใช้รักษาในรายที่มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว อาจใช้ร่วมกับรังสีบำบัด ที่บริเวณปากมดลูกและในช่องเชิงกราน

5.4 รังสีบำบัดและการผ่าตัด รักษาในรายที่เป็นมะเร็งตรงปากมดลูกก้อนใหญ่มาก หลังได้รับรังสีบำบัดแล้วจะให้การรักษาต่อโดยการผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคกลับขึ้นมาใหม่

6. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ

6.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกหรือการทำให้ร่างกายสามารถต่อต้านสารก่อมะเร็ง การป้องกันระดับปฐมภูมิสำหรับมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

6.1.1 การหลีกเลี่ยงการมีคู่นอนหลายคน

6.1.2 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย

6.1.3 การคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย

6.1.4 การหลีกเลี่ยงการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อ HPV

6.1.5 งดการสูบบุหรี่

6.1.6 การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV

6.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การค้นหามะเร็งในระยะแรกเริ่ม ซึ่งการรักษาได้ผลดี สำหรับมะเร็งปากมดลูก และสามารถตรวจคัดกรองได้โดย

6.2.1 การทดสอบแพป หรือ Pap smear

6.2.2 การตรวจหาเชื้อ HPV มีความไวสูงถึงร้อยละ 95-100 ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบัน สามารถตรวจหาเชื้อชนิดก่อมะเร็งได้แล้ว แต่ในประเทศไทยยังมีค่าใช้จ่ายสูง

6.2.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือการหยุดยั้งการแพร่กระจายเชื้อของมะเร็งและภาวะแทรกซ้อนที่โรครากฎลักษณะทางคลินิก โดยการให้ยาและรักษาตามอาการ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

1. พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิบัติการ หรือกิจกรรมทุกชนิดของสิ่งมีชีวิต จะสังเกตได้หรือสังเกตไม่ได้ก็ตาม ซึ่งทั้งที่มีอยู่ภายในหรือแสดงออกมาภายนอก นักพฤติกรรมศาสตร์บางคนเรียกการเคลื่อนไหวของสิ่งไม่มีชีวิตว่าเป็นพฤติกรรมด้วย (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์, 2530)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530) แบ่งพฤติกรรมมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายในซึ่งหมายถึงกิจกรรมหรือปฏิกริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ การฉีกเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ความคิด ความรู้สึก ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม พฤติกรรมภายในมักไม่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่สามารถใช้เครื่องมืออย่างอื่นวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การยืน เดิน นั่ง เป็นต้น

สุขภาพ (Health) หมายถึงภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและทุพพลภาพ (อุดมศักดิ์ กำไลเพชร, 2544)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1986) ได้บัญญัติคำจำกัดความของคำว่าสุขภาพ ไว้ว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย สังคม และจิตใจประกอบกันไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการเท่านั้น ภายใต้บริบทแห่งการส่งเสริมสุขภาพ คำว่า สุขภาพมีน้ำหนักในการตีความเชิงนามธรรมน้อยกว่ากระบวนการไปสู่จุดมุ่งหมาย ซึ่งสามารถอธิบายในลักษณะของชุมพลัง ที่จะผลักดันให้คนเราสามารถใช้เวลาที่มีคุณค่า ทั้งทางด้านส่วนตัว สังคม และเศรษฐกิจ สุขภาพเป็นชุมพลังแห่งชีวิต มิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต เป็นแนวคิดเชิงบวกที่เน้นความสำคัญของทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสรรณภาพทางร่างกาย (Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, 1986 อุดมศักดิ์ กำไลเพชร, 2544)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจ ความรู้สึก ความเชื่อ รูปแบบพฤติกรรมแสดงออกและนิสัยที่ปรากฏชัดเจนของบุคคลในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การทำนุบำรุง สุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ บุคคลจะกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์, 2547)

คาลล์และโคบี (1996, อ้างถึงใน เปร่งนภา กาญจนสิงห์, 2547) ได้เสนอรูปแบบของพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ หรือพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ

1) พฤติกรรมป้องกันโรคหรือพฤติกรรมสุขภาพ (Preventive Health Behavior or Health Behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดขึ้น และเป็นการกระทำ

หรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีอาการของการเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และการส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ดูแลสุขภาพให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำเมื่อรู้ว่าตนเองเจ็บป่วย หรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่ออาการหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย ซึ่งบุคคลมีความเชื่อว่าเป็นอาการของความเจ็บป่วย โดยอธิบายหรือตีความหมายของอาการที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตนเอง จากการปรึกษาญาติพี่น้อง เพื่อน และแสวงหาการช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้อาการของความเจ็บป่วยนั้นลดลงหรือหายไปก่อนที่จะมาพบแพทย์

3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเป็นโรค (Sick Role Behaviors) หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นการปฏิบัติของบุคคลที่กระทำโดยที่ตนเองหรือบุคคลอื่นกำหนด เช่น การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง การหยุดจากการทำงานตามปกติ เพื่อให้อาการเจ็บป่วยนั้นหายไป รวมถึงการลดหรือเลิกกิจกรรมที่จะทำให้มีอาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เป็นต้น

เพนเดอร์ (กุลธิดาพร กีฬาแบ่ง, 2548) ได้ระบุว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

กฎบัตรออตตาวาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกและนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

2) เป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชน คือเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

3) เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและของบุคคล

4) เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้าน การศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อม มาใช้ เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

ความหมายการปกป้องสุขภาพ (Health Protection)

การปกป้องสุขภาพในตำราหลายๆ เล่มอาจเรียกว่าการป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) เพนเดอร์ ได้พยายามแยกแยะความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพหรือภาวะแห่งความสุขในทุก ๆ ด้านทั้งกาย จิตวิญญาณ สังคม และปัญญาของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น

การปกป้องสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary protection) การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary protection) และการป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary protection)

การป้องกันขั้นปฐมภูมิ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉาะ หรือป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการป้องกันภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉาะ ได้แก่ การนำเด็กไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้ การปฏิบัติตามระเบียบและกฎจรรยาอย่างเคร่งครัดในการขับขี่ยานพาหนะ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่รับประทานยาบ้า ใช้ความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด คาดเข็มขัดนิรภัย ถ้าขับรถยนต์ หรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ เป็นต้น หรือการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น คู่สามี ภรรยาตรวจเลือดก่อนภรรยาตั้งครรภ์เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กที่จะเกิดมาไม่มีความผิดปกติ เสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือพิการ กิจกรรมเพื่อป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล เช่น การอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างพอเหมาะเพื่อป้องกันความเสื่อมของสายตา การยกของหนักโดยใช้ท่าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเสื่อมของกระดูกสันหลัง เป็นต้น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ คือ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรกและปฏิบัติการเพื่อหยุดยั้งกระบวนการทางพยาธิสภาพอย่างทันท่วงที มีผลให้ลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคที่จะเกิดขึ้นกับบุคคล หรือเพื่อช่วยให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพเดิมได้โดยเร็วที่สุด ตัวอย่างกิจกรรมการป้องกันขั้นทุติยภูมิ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์ (mammography) ในผู้หญิง เพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก การทำ pap smear เพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การป้องกันขั้นตติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ตั้งนั้นจุดมุ่งหมายของการป้องกันในระดับนี้คือ การฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เพียงแต่หยุดยั้งการดำเนินของโรค แต่ยังช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข และใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ให้ได้อย่างเต็มที่

เพนเดอร์ (Pender, 1996: 51) ได้สรุปข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีจุดเน้นที่โรค หรือปัญหาเฉพาะที่เกิดจากโรค เช่นเดียวกับการป้องกันโรค

2) การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ปรารถนา (approach behavior) ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค เป็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา (avoidance behavior)

3) การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้านสุขภาพ ในขณะที่การปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรคเป็นการมุ่งจัดการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งทำลายสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี

4) ในส่วนของแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น การส่งเสริมสุขภาพมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self - actualizing) ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวกและสัมพันธ์กับพัฒนาการสูงสุดในแต่ละช่วงระยะของชีวิต ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค มีแรงจูงใจมาจาก ความต้องการที่จะรักษาเสถียรภาพ (stabilizing tendency) คือหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย ซึ่งผลักดันให้บุคคลและครอบครัวกระทำพฤติกรรมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของชีวิตซึ่งการรักษาภาวะสมดุลของชีวิตนั้นประกอบด้วยกลไกของร่างกายเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ให้อยู่ในระดับที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างไรก็ดีแม้ว่าเพนเดอร์ได้พยายามแยกแยะความ

แตกต่างระหว่างความหมาย และพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพ หรือป้องกันโรค แต่ในความเป็นจริงแยกกันค่อนข้างยาก และมีความซ้ำซ้อนกันเพราะพฤติกรรมอย่างเดียวกันสามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้แรงจูงใจทั้งสองประการ และอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่อาจช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ในขณะเดียวกันทำให้ร่างกายแข็งแรงด้วย นอกจากนี้ในเด็กที่สุขภาพดีเท่านั้น ที่ยังคงเป็นตัวอย่างของการปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียว

2. ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรม จะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรม เพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะ และความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ความเป็นมาของทฤษฎี Health Promotion Model ทฤษฎีนี้มีฐานความคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ซึ่งสนใจในกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม และจากทฤษฎี Fishbein's theory ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บอกการกระทำอย่างมีเหตุผลและบรรทัดฐานสังคม ทฤษฎีนี้มีส่วนคล้ายกับ Health Belief Model แต่ไม่มีข้อจำกัดในการอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรม ที่นำมาซึ่ง สุขภาพดี จากที่ท่านมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ การทดลองด้านจิตวิทยาจึงทำให้มีการนำจิตวิทยาสังคม และทฤษฎีการเรียนรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

2.1 การพัฒนาของทฤษฎี

Health Promotion Model ฉบับปี ค.ศ. 1987 แบ่งส่วนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับองค์ประกอบ นำมาสู่การประยุกต์ตามบุคคล สถานการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ เกิดเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ต่อมา Health Promotion Model ฉบับปี 1996 ได้มีการทบทวนและเพิ่ม 3 ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อบุคคลคือ activity-related affect commitment to a plan of action และ immediate competing demand and preferences

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

1) การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

2) รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived control of health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

3) รับรู้ความสามารถของตน (Perceive self – efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่าง

มาก ว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

4) คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5) การรับรู้สถานะสุขภาพ (Perceived health status) สถานะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived benefits of behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้นๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7) การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived barriers to health promoting behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้ความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศ สภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผนสุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และปี ค.ศ.1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่ม ดังนี้

1) พฤติกรรมเดิม (Prior related behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตน พฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-related affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3) การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a plan of action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4) ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate competing demands and preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซับซ้อนหลากหลายปัจจัย ที่จะต้องประเมิน ดังนั้นเพื่อความชัดเจนจึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่าง ๆ ตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในหัวข้อถัดไป

3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รายละเอียดทฤษฎี

3.1 คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ส่วนดังนี้

3.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิม ทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัย จนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย

ผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตน ประโยชน์ อุปสรรค และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล เป็นการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถ สิ่งใดที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรค จะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะตั้งประสบการณ์มาใช้ พยาบาลมีส่วนช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรม สอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

3.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรม มีการจัดกลุ่มดังนี้ ชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วิทยุคประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลังกาย ด้านจิตวิทยาประกอบด้วย แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้นแต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่ได้นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action) การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งในด้าน intrinsic และ extrinsic เช่น ด้าน intrinsic ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้า ด้าน extrinsic ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญขณะที่ intrinsic ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived barriers to action) การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการ หรือความจริง เช่น หาได้ยาก ไม่สะดวกใช้แพง ทำยาก หรือใช้เวลามาก อุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกั้นเป็นเครื่องกีดขวาง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self – Efficacy) แบนดูรา ให้คำจำกัดความ Self – efficacy ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติ และความสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล 4 ประการ

1) การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่น

2) การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่นและการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ

3) การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้

4) สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว งุ่มง่าม ความสงบ

3.2.4 กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity-related affect) สภาวะความรู้สึกก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง กิจกรรม ขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มากระตุ้น ความรู้สึกอาจมากหรือน้อย อยู่ที่ระดับความรู้ ความทรงจำ และเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ สิ่งเร้า การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมมีงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีความรู้สึกสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารู้สึกไม่

นำยีนดี มีความรู้สึกอึดอัด ก็จะไม่ปฏิบัติแต่อย่างไรก็ตามในบางงานวิจัยพบว่า ทั้ง 2 ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง 2 ความรู้สึก ก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติ

3.2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข คือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติ และบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

3.2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งที่มีต่อการปฏิบัติ การตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมไม่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

3.3 ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วนคือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

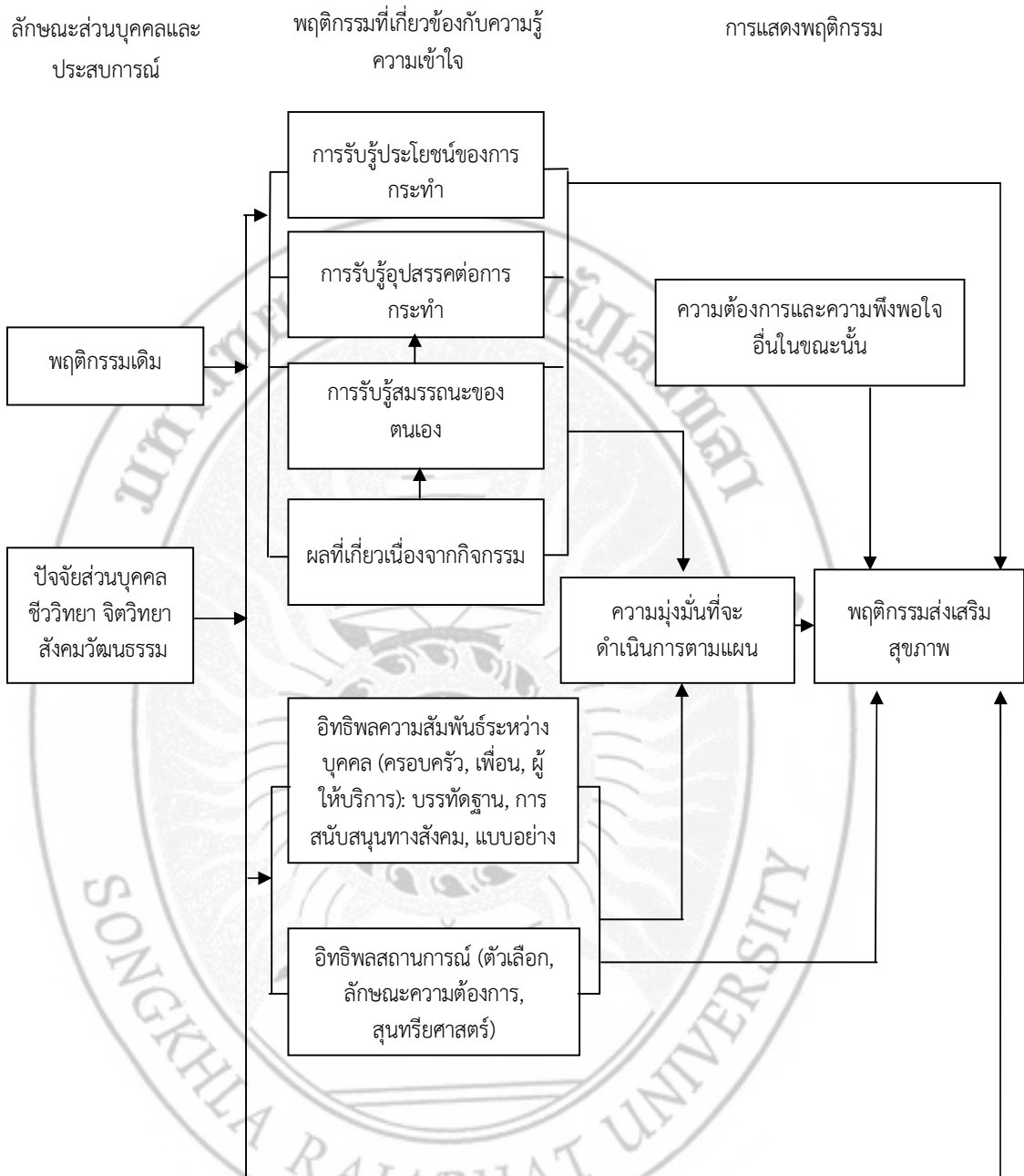
3.3.1 ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ ประกอบด้วย

- 1) การยึดมั่นที่จะดำเนินตามการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล
- 2) แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติ การปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความ

เข้าใจ มีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่บุคคลนั้นถนัด หรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมากมักจะล้มเหลวในการสร้างพฤติกรรม

3.3.2 ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) การที่จะเลือกพฤติกรรมใดปฏิบัติ มี 2 ประเด็นคือ Competing demands หมายถึง ประเด็นที่ 1 บุคคลสามารถเอาชนะได้บ้าง เช่น จากสภาพแวดล้อม เช่น ในงาน ครอบครัว ล้มเหลวที่จะตอบสนองความต้องการมีผลต่อตนเองและผู้อื่น และ ประเด็นที่ 2 Competing preferences หมายถึง บุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมเล็กน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถ การจัดการ เช่น ความชอบในการที่จะกินอาหารไขมันสูง แทนที่จะเลือกไขมันต่ำ ต้องการพลังและความสามารถในการจัดการสูง แต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้ หรือหลีกเลี่ยง บุคคลบางคนอาจจะสามารถโน้มน้าวง่าย การที่จะต่อสู้กับความชอบ ต้องการการจัดการที่ดี และมีความสามารถในการควบคุม

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดี ในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาล จะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหา ปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป และการจะใช้ทฤษฎีใดนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี และข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป



ภาพ 3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือ มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี

2. บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้ และการประเมินความสามารถของตน นั่นคือ บุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน

3. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโต ในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือ ความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลง และความคงที่ นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท และสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย

4. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดี นั่นคือเชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

5. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือ บุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายใน และภายนอกตน ต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใดๆ

6. บุคลากรทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั่นคือ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม

7. การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นคือ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเป็นการริเริ่ม ตั้งต้นโดยตัวบุคคลนั้น ๆ จากข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าวในขั้นตอนการประเมินเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาล สิ่งที่เหมาะสมมีดังนี้ วิถีชีวิตของบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความคิด ความเชื่อ การตระหนักรู้ของบุคคล

ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model) เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ข้อความทฤษฎี นำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1. พฤติกรรมก่อนหน้า และยังคงอยู่ มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาสิ่งที่บุคคลรับรู้ พึงพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2. ความยึดมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความยึดมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้นการค้นหาสิ่งที่บุคคลยึดมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการ ทำให้เกิดพฤติกรรม

3. การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4. การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5. ผลในทางบวกต่อพฤติกรรม ทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6. เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความน่าจะเป็นต่อความยึดมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

7. บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรม และความช่วยเหลือ สนับสนุนต่อพฤติกรรม

8. ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9. สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเพิ่มหรือลดความยึดมั่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

10. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติที่มาก นำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน

11. ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติจะลดลง เมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของบุคคล สามารถควบคุมได้ลดลง

12. ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่น น่าสนใจมากกว่า หรือชอบมากกว่า

13. บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ ความรู้สึก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติ

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ฉบับปี ค.ศ. 1996 เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีทางสังคมและมีการศึกษาวิจัยมาอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ มองคนอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง และระบุแนวทางการพยาบาลไว้ชัดเจน จึงเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

แสงเดือน พัฒนิกิติ (2554) ศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวการปฏิบัติของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพและสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายระบุว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงานอยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 5 ราย ระบุว่าข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติมีความง่ายในการใช้ และการปฏิบัติตามอยู่ในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่าง 4 ใน 5 ราย ระบุว่าข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติมีความชัดเจน และช่วยให้ประหยัด ลดต้นทุน (ด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ) ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก

แซมซีเยห์ มูซอ (2551) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในพื้นที่ตำบลถ้ำทะลุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา พบว่า สถานภาพสมรส เจตคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ความสะดวกในการเดินทาง คำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จรรยา พรหมอินทร์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรัง ปากมดลูกของสตรีในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และเจตคติมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรศรี สุวิมล (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของสตรี อำเภอลำปวยมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของ สตรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยรวมของสตรีอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรง โดยรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ประโยชน์โดยรวมของการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการรับรู้อุปสรรค ในการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับมาก

สุภาพร รัชชีสุวรรณ (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ กับ การตรวจหามะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของผู้หญิงที่อาศัยในชนบท ตำบลนาโสน อำเภอภูซำ จังหวัดยโสธร ศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว จำนวน 240 คน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็ง เรื้อรังปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่าผู้หญิงในชนบทส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกถึงร้อยละ 66.3 จำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงมี ความเชื่อว่ามีโอกาสการตกขาวผิดปกติและมีกลิ่นเหม็นมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกมาก ที่สุด รองลงมาคือ สามีสำส่อนทางเพศและไม่รักษาความสะอาดอวัยวะเพศมีผลเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง เรื้อรังปากมดลูกมาก ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ถึงร้อยละ 65.4 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกมีอันตรายคุกคามต่อ ร่างกาย ครอบครัว และเศรษฐกิจมากที่สุด รองลงมา คือการป่วยด้วยมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกจะมีชีวิตไม่ยืน ยาว ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจหามะเร็งเรื้อรังปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจ ถึงร้อยละ 66.2 เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่เชื่อว่าการตรวจคัดกรองช่วยให้ทราบว่าเป็น มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกหรือไม่มากที่สุด รองลงมาคือการตรวจมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกตามกำหนดช่วยให้รู้ผลมะเร็ง ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการตรวจหามะเร็งเรื้อรังปากมดลูกส่วนใหญ่รับรู้ด้าน อุปสรรคของการตรวจถึงร้อยละ 58.3 เมื่อจำแนกรายข้อ คือ การจัดสถานที่ตรวจไม่มิดชิดมากที่สุด รองลงมาคือบริการตรวจหามะเร็งเรื้อรังปากมดลูกมีขั้นตอนที่ยุ่งยาก

หทัยรัตน์ แสงจันทร์ (อ้างถึงในอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาการเสริมสร้างการรับรู้เกี่ยวกับ โรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมุสลิมไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรอง มะเร็งเรื้อรังปากมดลูกคือมีข้อจำกัดเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนาและกลัวผิดหลักศาสนาถึงร้อยละ 70 และยังพบว่ามีความละอายที่จะเปิดเผยร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็น จึงทำให้ รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับบริการตรวจและเห็นว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือไม่เจ็บป่วยก็ไม่มีความจำเป็น ที่จะต้องไปรับบริการตรวจ

อุสมาน แวหะยี (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกของ สตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดนราธิวาส พบว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพใน ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงใน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเรื้อรังปากมดลูก ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนใน การป้องกันโรค มะเร็งเรื้อรังปากมดลูก และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปาก

มดลูก สำหรับความเชื่อด้านสุขภาพระดับปานกลาง คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก และด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

มารียะ จาดาเร๊ะ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ในเขตตำบลจะเกวี่ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ผลการศึกษาพบว่าอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว เวลาที่ใช้ในการไปรับบริการ และ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

วารุณี สุตแสง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของสตรีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูกคือ มีการรณรงค์ให้ไปตรวจและเหตุผลในการไม่ไปตรวจคือไม่มีอาการผิดปกติ และมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่ สตรีกลุ่มตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องนี้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนการคุมกำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูก

สาวตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่ พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมโดยส่วนร่วมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม สามารถอธิบายพฤติกรรมกานไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม ได้ร้อยละ 32 ส่วนตัวแปรใน 3 กลุ่มปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์และสามารถอธิบายพฤติกรรมกานไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิมได้มากที่สุด คือ ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก รองลงมา ได้แก่ อายุ เป็นต้น

จากการรวบรวมผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่ให้ข้อสรุปในทิศทางเดียวกัน คือ การศึกษาอาชีพ ประวัติการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว สถานภาพสมรส เจตคติต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูก ความสะดวกในการเดินทาง คำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก สถานภาพทางเศรษฐกิจ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และด้านการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก ส่วนสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงมุสลิมไม่ไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือมีข้อจำกัดเรื่องการปฏิบัติตามหลักศาสนา และกลัวผิดหลักศาสนา และมีความละอายที่จะเปิดเผยร่างกายโดยเฉพาะบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ให้ผู้อื่นเห็น จึงทำให้รู้สึกลำบากใจที่จะไปรับบริการตรวจ และเห็นว่าเมื่อไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือไม่เจ็บป่วยก็ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องไปรับบริการตรวจ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในพื้นที่ สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา: อำเภอบันนังสตา ครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

เป็นกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลบันนังสตา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง รวมทั้งหมด 11 สถานบริการสาธารณสุข ในอำเภอ บันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 10,092 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 385 คน ซึ่งใช้วิธี กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตร Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (ชาลูนชัย เรื่องขจร, 2550: 154) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n : ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร
N : จำนวนประชากรในการวิจัย
e : ค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนด

แทนค่า

$$n = \frac{10,092}{1 + 10,092 (0.05)^2}$$
$$= 385$$

การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการกำหนดสัดส่วนของประชากรแต่ละสถานบริการสาธารณสุข จากวิธีกำหนด สัดส่วนทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 391 เนื่องจากปัดเศษตัวเลขให้เป็นจำนวนเต็มของคนแต่ละพื้นที่ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับและไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการ	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
------------	---------	---------------

	คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	คัดกรอง	ไม่คัดกรอง
รพ.สต. บาเจาะ	293	1,065	11	41
รพ.สต. บ้านกม.26 ใน	117	198	5	8
รพ.สต. บ้านท่าบ	258	1,111	10	43
รพ.สต. ถ้ำทะลุ	153	506	6	20
รพ.สต. บ้านตะบิงตังจี	236	655	9	25
รพ.สต. บ้านทรายแก้ว	284	369	11	14
รพ.สต. บ้านสายตาเอียด	83	222	3	9
รพ.สต. บ้านกือลอง	194	669	8	26
รพ.สต. สันติ 1	150	595	6	23
รพ. บ้านนังस्ता	759	1,585	29	61
รพ.สต. บ้านบือซู	241	349	9	14
รวม	2,768	7,324	107	284

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยประเด็นคำถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

ตอนที่ 2 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ จำนวนบุตร อายุ ตอนมีบุตรคนแรก การเข้ารับการรักษาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในรอบ 4 ปี ที่ผ่านมา การมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และช่องทางการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ข้อคำถามมีลักษณะแบบเชิงบวกและเชิงลบ และมีตัวเลือกให้เลือกตอบเพียงสองตัวเลือกที่ตรงกับความจริง หรือความรู้สึกเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก ข้อคำถามเชิงลบ

ใช่ ได้ 1 คะแนน ใช่ ได้ 0 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้และความคิดของสตรีต่อเหตุการณ์หรือสภาพแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วยความรู้เกี่ยวกับทางเลือกที่มีอยู่ว่าเป็นทางเลือกที่ง่าย ส่งผลต่อการปฏิบัติ รวมทั้งรับรู้สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งทางบวก และทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (likert's scales) แบ่งระดับการให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง สถานการณ์นั้นตรงกับความคิดเห็นหรือตรงกับความเป็นจริงที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่านมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก หมายถึง สถานการณ์นั้นตรงกับความคิดเห็นหรือตรงกับความเป็นจริงที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่าน มากเท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าสถานการณ์นั้นตรงกับความคิดเห็นหรือตรงกับความเป็นจริงที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่าน ในระดับปานกลางเท่ากับ 3 คะแนน

น้อย หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่าน น้อยเท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง สถานการณ์นั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นหรือความเป็นจริงที่มีผลต่อการตัดสินใจของท่านอย่างแน่นอน เท่ากับ 1 คะแนน

กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ระดับการรับรู้ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ แบ่งระดับความสัมพันธ์ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยจัดกลุ่มแบบอิงกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มน้อย มีคะแนนต่ำกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S$

กลุ่มปานกลาง มีคะแนน $\bar{X} - \frac{1}{2} S$ ถึง $\bar{X} + \frac{1}{2} S$

กลุ่มสูง มีคะแนนมากกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S$

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

1.2 แบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิดเพื่อศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประเด็น การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก แรงจูงใจที่ทำให้สตรี

เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค และสาเหตุที่ทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรค นำมากำหนดข้อคำถาม ทั้งหมด 6 ข้อ ดังนี้ 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน 2) ท่านคิดว่าวิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีควรใช้วิธีการให้ข้อมูลรูปแบบใด และควรมีสาระเกี่ยวกับประเด็นใดบ้าง 3) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีบางส่วนไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 4) ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ) 5) เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และ 6) ท่านคิดว่าการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

2. การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

- 2.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์
- 2.2 กำหนดขอบเขตของคำถามแล้วสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อคำถามวัดการรับรู้ จำนวน 20 ข้อ และข้อคำถามอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 18 ข้อ
- 2.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการผู้ควบคุมตรวจสอบความถูกต้องและรับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข
- 2.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคมะเร็งปากมดลูก เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของสำนวนภาษา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไปผลการประเมินมีค่าความสอดคล้อง 0.67 ขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 17 ข้อ และข้อคำถามที่ต้องปรับแก้ จำนวน 5 ข้อ รวมข้อคำถามวัดการรับรู้ จำนวน 22 ข้อ และข้อคำถามด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีคุณภาพ จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามที่ต้องปรับแก้ จำนวน 4 ข้อ รวมข้อคำถามด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 20 ข้อ แล้วปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จึงได้ข้อคำถามวัดการรับรู้ที่มีคุณภาพทั้งหมด 20 ข้อ และข้อคำถามด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจที่มีคุณภาพทั้งหมด 18 ข้อ
- 2.5 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คน แล้วตรวจให้คะแนนนำวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) สำหรับแบบวัดการรับรู้ ด้วยสูตรของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson: KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.69 และแบบวัดอิทธิพลต่อการตัดสินใจ โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach มีค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดอิทธิพลด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87 ด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 และรวมทั้งฉบับ ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.91

3. วิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถาม และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ถึงโรงพยาบาล บ้านนังस्ता และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านนังस्ता จังหวัดยะลา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือ ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บ ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.2 ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 107 คน และสตรีที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 284 คน

3.3 ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

3.4 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยสัมภาษณ์สตรีที่เข้า รับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ปากมดลูก จำนวน 20 คน

4. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ

4.2 ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Cramer's V และทดสอบความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Chi-Square

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E}$$

เมื่อ O แทน ความถี่ที่สังเกต (observed frequency)

E แทน ความถี่ที่คาดหวัง (Expected frequency)

4.3 เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่าง สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระจากกัน เพื่อทดสอบสมมติฐาน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

กรณีความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่มเท่ากัน

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{\frac{s_1^2}{n_1} + \frac{s_2^2}{n_2}}}$$

กรณีความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่มเท่ากัน

4.4 ความเชื่อมั่นของแบบวัด

สูตร KR - 20

$$r_{tt} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum pq}{s^2} \right)$$

เมื่อ	r_{tt}	แทน	ความเที่ยงของแบบทดสอบ
	k	แทน	จำนวนข้อของแบบทดสอบ
	s^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ
	p	แทน	สัดส่วนของคนทำถูกแต่ละข้อ
	q	แทน	สัดส่วนของคนทำผิดแต่ละข้อ ($q = 1 - p$)

และสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

เมื่อ	α	แทน	ความเที่ยงของแบบสอบถาม
	k	แทน	จำนวนข้อคำถาม
	$\sum S_i^2$	แทน	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

5. ขั้นตอนการทำวิจัย

5.1 การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1.1 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อหลัก ๆ ประกอบการตัดสินใจเลือก

เรื่องและกำหนดปัญหาการวิจัย บุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยะลา
โรงพยาบาลบันนังสตา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา

5.1.2 การสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดตัวแปร

5.1.3 การกำหนดกรอบแนวคิด

5.1.4 การเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

5.1.6 การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

5.2 การเผยแพร่และนำผลการวิจัยไปใช้ โดยการเขียนบทความวิชาการ นำเสนอผลงาน
ทางวิชาการ



บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดยะลา: อำเภอบันนังสตา กลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 391 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 107 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 284 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 10,092 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึก สรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการวิจัยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 391 คน ได้มีการเก็บข้อมูลทั่วไป โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา รายได้ และข้อมูลความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ จำนวนบุตร อายุตอนมีบุตรคนแรก การมีญาติหรือผู้ใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดสถานภาพ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
อายุ				
30-44 ปี	75	70.09	180	63.38
45-59 ปี	31	28.97	100	35.21
60 ปี	1	0.94	4	1.41
ศาสนา				
พุทธ	38	35.51	135	47.55
อิสลาม	69	64.49	149	52.45
สถานภาพสมรส				
โสด	6	5.60	30	10.56
ไม่โสด	101	94.40	254	89.44
อยู่ด้วยกัน	90	95.74	232	97.07
แยกกันอยู่	4	4.26	7	2.93

ตาราง 2 (ต่อ)

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
วุฒิการศึกษา				
ประถมศึกษา	39	36.45	123	43.31
มัธยมศึกษา	55	51.40	101	35.56
เทียบเท่าหรือมากกว่าอนุปริญญา	13	12.15	60	21.13
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)				
1-10,000	65	60.77	214	75.35
มากกว่า 10,000	42	39.23	70	24.65
รวม	107	100	284	100

จากตาราง พบว่า สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ทั้งหมด 391 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 107 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 284 คน พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมีสถานภาพส่วนใหญ่สอดคล้องกัน โดยที่มีกลุ่มอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 70.09 และ ร้อยละ 63.38 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นวัยหมดประจำเดือน (ร้อยละ 28.97 และ ร้อยละ 35.21 ตามลำดับ) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 64.49 และร้อยละ 52.45 ตามลำดับ มีสถานภาพไม่โสดมากที่สุด (ร้อยละ 94.40 และร้อยละ 89.44 ตามลำดับ) โดย ร้อยละ 95.74 สมรสและอยู่ด้วยกัน มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 60.77 และร้อยละ 75.35 ตามลำดับ) ส่วนวุฒิทางการศึกษาพบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.40 มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 43.31 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
การมีบุตร (คน)				
1-2	24	36.63	76	30.52
3-4	40	39.6	86	34.54
มากกว่า 5	1	23.77	87	34.49
อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)				
น้อยกว่า 20	65	60.75	174	61.27
20-34	42	39.25	109	38.38
มากกว่า 35	-	-	1	0.35

ตาราง 3 (ต่อ)

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	21	19.63	45	15.84
ไม่มี	86	80.37	239	84.16
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	25	23.36	58	20.42
ไม่มี	82	76.64	226	79.58
การรับข้อมูลข่าวสาร				
ไม่เคย	2	1.87	15	5.28
จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	93	86.92	206	72.54
จาก อสม.	63	58.88	175	61.62
แผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวนิล	30	28.04	64	22.45
วิทยุ/โทรทัศน์	30	28.04	78	27.46
อื่นๆ	3	2.8	3	1.06

จากตารางพบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 3-4 คน (ร้อยละ 39.6 และร้อยละ 34.54 ตามลำดับ) และขณะมีบุตรคนแรกส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ 60.75 และร้อยละ 61.27 ตามลำดับ) รองลงมาอายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 39.25 และร้อยละ 38.38 ตามลำดับ) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วย (ร้อยละ 80.37 และร้อยละ 84.16 ตามลำดับ) ประวัติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกของเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักส่วนใหญ่ ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วย (ร้อยละ 76.64 และร้อยละ 79.58 ตามลำดับ) การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จากสื่อด้านบุคคลมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 86.92 และร้อยละ 72.54 ตามลำดับ) และ อสม. (ร้อยละ 58.88 และร้อยละ 61.62 ตามลำดับ)

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละกลุ่มตัวอย่าง ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะจำแนกตามกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ตัวแปร	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ
ปัญหา อุปสรรค				
ไม่มีเวลา	33	30.84	117	41.2
ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ	18	16.82	108	38.03
ความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ	79	73.83	108	38.03
อื่นๆ	13	12.15	34	11.97
ข้อเสนอแนะ				
เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	62	57.94	167	58.8
ให้ของที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	51	47.66	123	43.31
เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและสนิท	47	43.93	73	25.7
การให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนา	64	59.81	121	42.6
อื่นๆ	6	5.6	9	3.17

จากตาราง พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงความคิดเห็นหลังจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองว่า มีความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจมากที่สุด (ร้อยละ 73.83) ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ให้เหตุผลที่ไม่เข้ารับ ส่วนใหญ่ เพราะไม่มีเวลา (ร้อยละ 41.2) รองลงมาไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจและความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ (ร้อยละ 38.03) และ อื่นๆ ร้อยละ 11.97 มีความอายที่จะไปตรวจ

ส่วนที่ 2 ระดับการรับรู้ และอิทธิพลสถานการณ์

ตาราง 5 ระดับการรับรู้ ต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในอำเภอบันนังสตา

การรับรู้	เข้ารับการคัดกรอง (ร้อยละ)	ไม่เข้ารับการคัดกรอง (ร้อยละ)
การรับรู้โดยรวม		
ระดับสูง	35.51	19.72
ระดับปานกลาง	39.25	58.80
ระดับต่ำ	25.24	21.48
การรับรู้ประโยชน์		
ระดับสูง	40.19	21.48
ระดับปานกลาง	28.97	38.03
ระดับต่ำ	30.84	40.49
การรับรู้อุปสรรค		
ระดับสูง	39.25	25.70
ระดับปานกลาง	34.58	58.45
ระดับต่ำ	26.17	15.85
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง		
ระดับสูง	27.10	16.55
ระดับปานกลาง	62.62	58.10
ระดับต่ำ	10.28	25.35

จากตาราง พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อพิจารณาระดับการรับรู้โดยรวมแล้ว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.25) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 35.51) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 40.19) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 30.84) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.25, 34.58 ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.62) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 27.10) สตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า การรับรู้โดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.80) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 21.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 38.03) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 40.49) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 58.45, 25.70 ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 58.10) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 25.35)

ตาราง 6 ระดับอิทธิพลของสถานการณ์ ต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบ้านนิงस्ता

อิทธิพลของสถานการณ์	เข้ารับการคัดกรอง (ร้อยละ)	ไม่เข้ารับการคัดกรอง (ร้อยละ)
ระดับอิทธิพลโดยรวม		
ระดับสูง	41.12	27.11
ระดับปานกลาง	33.64	42.96
ระดับต่ำ	25.24	29.93
ระดับอิทธิพลบุคคล		
ระดับสูง	39.25	32.75
ระดับปานกลาง	28.04	31.69
ระดับต่ำ	32.71	35.56
ระดับอิทธิพลของสถานการณ์		
ระดับสูง	36.45	19.72
ระดับปานกลาง	43.93	53.87
ระดับต่ำ	19.62	26.41

จากตาราง พบว่า สตรีกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีระดับอิทธิพลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.12) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.64) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 39.25) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.71) อิทธิพลของสถานการณ์ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 43.93, 36.45 ตามลำดับ) สตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับอิทธิพลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.96) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 29.93) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 35.56) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 32.75) อิทธิพลของสถานการณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางรองลงมาในระดับต่ำ (ร้อยละ 53.87, 26.41 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์

ตาราง 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา

ปัจจัยส่วนบุคคล	คัดกรอง (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง (ร้อยละ)	χ^2	<i>v</i>	Sig.
อายุ (ปี)			1.577	.063	.455
30-44 ปี	70.09	63.38			
45-59 ปี	28.97	35.21			
60 ปี	0.94	1.41			
ศาสนา			4.553*	.108	.033
พุทธ	35.51	47.55			
อิสลาม	64.49	52.45			
สถานภาพสมรส			5.730	.121	.126
โสด	5.60	10.56			
ไม่โสด	94.40	89.44			
ระดับการศึกษา			9.124**	.153	.010
ประถมศึกษา	36.45	43.31			
มัธยมศึกษา	51.40	35.56			
เทียบเท่าหรือมากกว่าอนุปริญญา	12.15	21.13			
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)			7.382**	.140	.007
1-10,000	60.77	75.35			
มากกว่า 10,000	39.23	24.65			
อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)			.571	.040	.752
น้อยกว่า 20	60.75	61.27			
20-34	39.25	38.38			
มากกว่า 35	-	0.35			
ญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก			.792	.045	.374
มี	19.63	15.84			
ไม่มี	80.37	84.16			
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก			.402	.032	.526
มี	23.36	20.42			
ไม่มี	76.64	79.58			

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คัดกรอง (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง (ร้อยละ)	χ^2	ν	Sig.
ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็ง			2.176	.075	.140
ปากมดลูก					
เคย	98.13	94.72			
ไม่เคย	1.87	5.28			

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ศาสนา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้ การรับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตาราง 8 ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา

การรับรู้	เข้ารับการคัดกรอง		ไม่เข้ารับการคัดกรอง		χ^2	ν	Sig.
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ			
การรับรู้โดยรวม					14.11**	.190	.001
ระดับสูง	38	35.51	56	19.72			
ระดับปานกลาง	42	39.25	167	58.8			
ระดับต่ำ	27	25.24	61	21.48			
การรับรู้ประโยชน์					17.817**	.213	.000
ระดับสูง	43	40.19	61	21.48			
ระดับปานกลาง	31	28.97	108	38.03			
ระดับต่ำ	33	30.84	115	40.49			
การรับรู้อุปสรรค					13.932**	.189	.001
ระดับสูง	42	39.25	73	25.7			
ระดับปานกลาง	37	34.58	166	58.45			
ระดับต่ำ	28	26.17	45	15.85			
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง					13.037**	.201	.001
ระดับสูง	29	27.1	47	16.55			
ระดับปานกลาง	67	62.62	165	58.1			
ระดับต่ำ	11	10.28	72	25.35			

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า การรับรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นกัน

ตาราง 9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพล กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบันนังสตา

อิทธิพลของสถานการณ์	เข้ารับการคัดกรอง		ไม่เข้ารับการคัดกรอง		χ^2	p	Sig.
	n	ร้อยละ	n	ร้อยละ			
ระดับอิทธิพลโดยรวม					6.944*	.134	.031
ระดับสูง	44	41.12	77	27.11			
ระดับปานกลาง	36	33.64	156	42.96			
ระดับต่ำ	27	25.24	85	29.93			
ระดับอิทธิพลบุคคล					1.387	.06	.500
ระดับสูง	42	39.25	93	32.75			
ระดับปานกลาง	30	28.04	90	31.69			
ระดับต่ำ	35	32.71	101	35.56			
ระดับอิทธิพลของสถานการณ์					11.68**	.173	.003
ระดับสูง	39	36.45	56	19.72			
ระดับปานกลาง	47	43.93	153	53.87			
ระดับต่ำ	21	19.62	75	26.41			

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

เมื่อพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า อิทธิพลโดยรวม มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ อิทธิพลสถานการณ์ มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ

ตาราง 10 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง		t-test	Sig.
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ปัจจัยการรับรู้	10.869	4.198	9.828	3.209	2.324*	.021
อิทธิพลระหว่างบุคคล	22.5889	6.793	21.426	6.292	1.592	.112
อิทธิพลของสถานการณ์	39.654	7.988	37.475	7.183	2.589**	.010

* ค่าระดับนัยสำคัญ 0.05 ** ค่าระดับนัยสำคัญ 0.01

จากตารางพบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง มีระดับการรับรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีระดับอิทธิพลของสถานการณ์ที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนระดับอิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

สรุปข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากการสัมภาษณ์สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 10 คนและกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 20 คน ได้ข้อสรุปการสัมภาษณ์ ดังนี้

สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 60 ให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับโรคมะเร็งว่า ถ้าพูดถึงคำว่า “มะเร็ง” ไม่ว่าจะเป็นที่ส่วนไหนของร่างกายก็น่ากลัวและยากที่จะรักษาให้หายได้ และมีความรู้สึกว่า “ถ้าใครเป็นมะเร็งแล้วจุดจบก็คือการเสียชีวิต” อีกร้อยละ 40 คิดเห็นว่าโรคมะเร็งแม้เป็นแล้วก็ยังมีโอกาสหายได้ถ้าตรวจพบว่าเป็นในระยะแรกๆ แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่เคยมาตรวจ คัดกรองเลยก็จะไม่สามารถรู้ได้ว่าเป็นหรือไม่ เมื่อมารู้อีกทีก็เป็นในระยะที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกคิดเห็นว่า “มะเร็ง” เป็นเรื่องไกลตัว ไม่น่าจะเป็นกันได้ง่าย ๆ กว่าร้อยละ 80 ที่เหลือคิดเห็นว่าเป็นโรคที่น่ากลัวเพราะเป็นแล้วต้องเสียชีวิตอย่างเดียว ในเรื่องของความรู้เกี่ยวกับโรคนั้นร้อยละ 90 ขาดความรู้และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรครวมทั้งการป้องกันได้หรือไม่ ถ้าเป็นแล้วจะมีทางรักษาให้หายขาดได้จริงหรือ และร้อยละ 25 คิดว่าเป็นโรคที่เกิดจากสำมนำมาติดจากการร่วมเพศ ไม่เคยคิดว่าเกิดจากตัวเองเป็น ฉะนั้นกลุ่มเป้าหมายจึงให้ความเห็นว่า ควรมีการให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่าง เช่น ควรมีการแจกแผ่นพับเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก “แต่ต้องเน้นใช้สื่อที่เป็นรูปภาพชัดเจนบ่งชี้ถึงความน่ากลัวของโรค แทนตัวอักษรเพราะบางคนไม่ชอบอ่าน” เพราะจะทำให้สื่อที่น่าสนใจกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายอยากรู้มากขึ้น การประกาศเสียงตามสายในหมู่บ้าน แต่ใช้คำพูดที่น่าสนใจ จูงใจ กระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมาย อยากรู้ อยากเห็น อาจนำมาเปิดในวิทยุชุมชนประจำหมู่บ้าน วันละหลายๆ รอบจนฟังติดหู การเดินเคาะประตูบ้านบอกข่าว ให้ความรู้กระตุ้นเตือน ส่งเสริมการดูแลตนเองผ่านการเยี่ยมบ้านทุกบ้านที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย และในขณะที่เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองในหมู่บ้าน ก็ต้องมีเวทีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคด้วยวิธีการที่ไม่ใช่การอบรมให้ความรู้

เพราะ “นั่งฟังเฉยๆ แป็บเดียวก็ง่วง” และเน้นให้ อสม.ที่ประจำอยู่ในแต่ละหมู่บ้านออกไปชักชวนกลุ่มเป้าหมายให้เข้ามารับการตรวจคัดกรองอย่างจริงจัง แม้เคยไปบอกบ้างแล้วก็ตาม ควรไปอีกหรือเมื่อพบเจอทุกครั้งให้ชักชวนเพราะในกลุ่มตัวอย่างที่มาเข้ารับการตรวจคัดกรองร้อยละ 40 ตรวจเพราะเกรงใจ “อสม.ที่ตามมาบอกถึงบ้านหลายครั้งแล้ว” แม่เจ้าหน้าที่จะมีการให้ข้อมูลตามช่องทางดังกล่าวแล้วนั้น ก็ยังมีสตรีหลายท่านยังไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง โดยสตรีให้ความเห็นว่าเนื่องจากเพราะคิดว่าตัวเองไม่ได้มีอาการที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ บ่งบอกว่าเป็น และการเดินทางไปตรวจก็ทำให้เสียเวลาด้วย บางท่านก็ขับรถไม่จำเป็นต้องรอให้คนในครอบครัวไปตรวจ ไม่มีเวลาที่จะไปตรวจ “กว่าจะกลับมาจากกริตยาก็เกือบเที่ยงแล้ว” กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าเมื่อไปโรงพยาบาลต้องใช้ระยะเวลาในกระบวนการตรวจ ไม่ทราบว่าจะสาเหตุการเกิดโรคการจากอะไร โรคนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่ ถ้าเป็นแล้วจะมีทางรักษาให้หายขาดได้จริงหรือ การอายุที่จะต้องไปตรวจ มองว่าเป็นอวัยวะที่ไม่ควรเปิดเผย และยิ่งถ้าต้องตรวจกับเจ้าหน้าที่ ๆ สนับสนุนคนเคยยิ่งทำให้อายมากขึ้น โดยเฉพาะคนโสดอายุการเปิดเผยอวัยวะเพศต่อคนที่รู้จัก บางคนอายเพราะยังไม่เคยมีบุตร การเข้าใจว่าสาเหตุของการเกิดโรคนั้นเกิดจากสามีเป็นผู้นำเชื้อมาติด ไม่ได้คิดว่าจะเกิดจากตัวเอง และบางท่านก็ไม่เห็นว่าคนใกล้ชิดป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะ เป็น คนในครอบครัว ญาติพี่น้อง คนในหมู่บ้าน หรือคนอื่น ๆ ที่รู้จัก หรือเมื่อทราบผลจากการที่ไปตรวจอาจรับไม่ได้ต่อแท้ ถ้าผลตรวจออกมาว่าป่วยเป็นโรค แต่ถ้าไม่ตรวจก็จะเป็นหรือไม่รู้ว่าเป็นหรือไม่ “ก็ไม่ต้องเครียดอะไร” การกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายเมื่อต้องออกมาตรวจในสถานบริการเอกชน เพราะสถานบริการของรัฐใกล้บ้านไม่กล้าตรวจเนื่องจากรู้จักและคุ้นเคยกันเป็นอย่างดีกับเจ้าหน้าที่ การขาดแรงจูงใจและการได้รับการสนับสนุน เพราะกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 60 ไม่คิดที่จะไปตรวจด้วยตนเองต้องอาศัยแรงกระตุ้นโดยการชักชวนจากบุคคลอื่น ส่วนเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองนั้น เพราะ เจ้าหน้าที่ ๆ ตรวจต้องไม่รู้จักและเป็นเพศหญิงเท่านั้น ก่อนที่จะลงไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน ควรมีการประชาสัมพันธ์ ว่าเจ้าหน้าที่มาให้บริการตรวจในวันนี้เป็นเจ้าหน้าที่ ๆ มาจากที่ไหนอย่างไร เพื่อเป็นการสร้างความเชื่อมั่นว่าเจ้าหน้าที่มีความชำนาญและความเชี่ยวชาญในการตรวจ เป็นอย่างดี การเห็นสื่อที่ทำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ว่าถ้าคุณป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว และไม่มาตรวจคัดกรองมารู้ว่าเป็นในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ สุดท้ายคุณต้องเสียชีวิต ก็จะทำให้อยากเข้าไปตรวจคัดกรองมากขึ้น การมีสิ่งผิดปกติออกมาจากช่องคลอด เช่น มูกสีขาวขึ้นมีกลิ่นคาวปริมาณมาก เลือดออกกะปริดกะปรอยทั้งที่ไม่ได้เป็นเมน เกิดอาการเจ็บบริเวณมดลูก จากการที่ อสม.ในหมู่บ้านเข้าไปบอกให้ไปตรวจหลาย ๆ ครั้งจนเกิดความเกรงใจ และของที่ระลึกหลังการตรวจก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งทำให้อยากมาตรวจมากขึ้น ส่วนเจ้าหน้าที่เองควรมีวิธีการเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น เช่น ควรมีการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นรายบุคคลก่อนที่จะให้มาตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูก หากเจอในรายที่เสี่ยงก็ควรให้ความรู้เพิ่มเติมว่า ถ้าคุณไปเข้ารับการตรวจคัดกรองจะเกิดผลดีอย่างไร และในทางกลับกันถ้ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแล้วไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองจะเกิดผลเสียที่รุนแรงอย่างไรบ้าง ซึ่งการอธิบายให้เข้าใจเป็นรายบุคคลจะทำให้ “เรากล้าที่จะซักถามหมอมากขึ้น” และมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและวิธีการเข้าถึงให้ชัดเจน มีการสนับสนุนให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการตรวจและร่วมวางแผนแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่ไม่มาเข้ารับการตรวจ ควรมีการสลับเจ้าหน้าที่จากที่อื่นมาตรวจ เมื่อไม่รู้จัก ก็จะได้ไม่คอยอาย และการแจกของที่ระลึกเมื่อมาเข้ารับ

การตรวจคัดกรองเป็นแนวทางที่ดีอยู่แล้ว เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ เห็นควรปฏิบัติต่อไป ร้อยละ 100 นอกจากเจ้าหน้าที่แล้วบุคคลข้างเคียงที่อาจจะมีส่วนกระตุ้นให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก หรือผู้นำทางศาสนา สตรีกลุ่มเป้าหมาย ให้ความเห็นว่า จากการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ข้อมูลจากเพื่อนบ้านที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ให้ความเห็นว่า มันไม่ใช่เรื่องที่น่าอาย หรือน่ากลัวอย่างที่คิด ใช้เวลาในการตรวจน้อยมาก หลังการตรวจก็จะได้รับรู้ว่าตัวเองเป็นโรคหรือไม่ จะได้สบายใจแบบไม่ต้องคิดไปเองอันนี้มีอะไรก็บอกกันแบบตรงไปตรงมาไม่ปิดบังเพราะไม่มีเหตุผลอะไรที่จะต้องพูดเพื่อโน้มน้าวให้ไปตรวจเพราะสุขภาพร่างกายเป็นของใครของมัน จากคำพูดนั้นทำให้ผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง เกิดความเชื่อมากกว่า เพราะว่าถ้าเปรียบเทียบแล้วก็เป็นชาวบ้านเหมือน ๆ กันคือไม่ใช่เจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูล และจากน้องสาวที่เคยไปตรวจบอกว่า “เจ็บมากกลับมาไม่สามารถไปกรีดยางได้ประมาณ 1-2 วัน” และจากการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา หากผู้นำทางศาสนาให้ข้อมูลว่าผิดหลักศาสนานั้น ร้อยละ 100 จะไม่มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างแน่นอน ในทางกลับกันหากผู้นำศาสนา เชิญชวน กระตุ้นบ่อย ๆ ก็จะไปตรวจเพราะด้วยความเกรงใจ



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบ้านนั้งस्ता จังหวัดยะลา โดยปัจจัยที่ทำการศึกษาคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรม ด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านอิทธิพลของสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดกลุ่มตัวอย่าง สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ในอำเภอบ้านนั้งस्ता จังหวัดยะลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 391 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่มคือ สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 107 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จำนวน 284 คน จากจำนวนประชากรทั้งหมด 10,092 คน โดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบกำหนดสัดส่วนของประชากรแต่ละสถานบริการสาธารณสุข จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 10 แห่ง และโรงพยาบาลบ้านนั้งस्ता เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ปรับปรุง ปี ค.ศ. 1987 (Health Promotion Model) (Pender, N.J. 1987) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีทั้งหมด 4 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ และแบบสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล (In-depth interview) โดยได้รับการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

สรุปผล

1. ข้อมูลทั่วไป

สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอบ้านนั้งस्ता จังหวัดยะลา ทั้งหมด 391 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 107 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 284 คน พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมีสถานภาพส่วนใหญ่สอดคล้องกัน โดยที่มีกลุ่มอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 70.09 และร้อยละ 63.38 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นวัยหมดประจำเดือน (ร้อยละ 28.97 และ ร้อยละ 35.21 ตามลำดับ) นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 64.49 และร้อยละ 52.45 ตามลำดับ มีสถานภาพไม่โสดมากที่สุด (ร้อยละ 94.40 และร้อยละ 89.44 ตามลำดับ) โดย ร้อยละ 95.74 สมรสและอยู่ด้วยกัน มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 60.77 และร้อยละ 75.35 ตามลำดับ) ส่วนวุฒิทางการศึกษาพบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.40 มีวุฒิการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ร้อยละ 43.31 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีจำนวนบุตร 3-4 คน (ร้อยละ 39.6 และร้อยละ 34.54 ตามลำดับ) และขณะมีบุตรคนแรกส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี

(ร้อยละ 60.75 และร้อยละ 61.27 ตามลำดับ) รองลงมาอายุ 20-34 ปี (ร้อยละ 39.25 และร้อยละ 38.38 ตามลำดับ) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกของญาติ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วย (ร้อยละ 80.37 และร้อยละ 84.16 ตามลำดับ) ประวัติการเจ็บป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกของเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักส่วนใหญ่ ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วย (ร้อยละ 76.64 และร้อยละ 79.58 ตามลำดับ) การได้รับข้อมูลข่าวสาร พบว่า ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก จากสื่อด้านบุคคลมากที่สุด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 86.92 และร้อยละ 72.54 ตามลำดับ) และ อสม. (ร้อยละ 58.88 และร้อยละ 61.62 ตามลำดับ) สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก แสดงความคิดเห็นหลังหลังจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองว่า มีความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจมากที่สุด (ร้อยละ 73.83) ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ให้เหตุผลที่ไม่เข้ารับส่วนใหญ่เพราะไม่มีเวลา (ร้อยละ 41.2) รองลงมาไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจและความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ (ร้อยละ 38.03) และ อื่น ๆ ร้อยละ 11.97 มีความอายที่จะไปตรวจ

2. การรับรู้

สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.25) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 35.51) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ร้อยละ 40.19 มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 30.84) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง และระดับปานกลาง (ร้อยละ 39.25, 34.58 ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.62) และระดับสูง (ร้อยละ 27.10) ส่วนสตรีกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน (ร้อยละ 58.8) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 21.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า สตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ร้อยละ 40.49 มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 38.03) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง และระดับสูง (ร้อยละ 58.45, 25.70 ตามลำดับ) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 58.1) และระดับต่ำ (ร้อยละ 25.35)

สรุปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีการรับรู้โดยรวมสอดคล้องกันคืออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในระดับที่สูงกว่า ในขณะที่การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง รับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูงตรงข้ามกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการคัดกรองรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทั้ง 2 กลุ่มสอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง

3. อิทธิพลต่อการตัดสินใจ

สตรีกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 41.12) รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 33.64) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 39.25) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 32.71) อิทธิพลของสถานการณ์ อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง (ร้อยละ 43.93, 36.45 ตามลำดับ) ส่วนสตรีกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีปัจจัยที่มีระดับอิทธิพลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.96) รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 29.93) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 35.56) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 32.75) อิทธิพลของสถานการณ์ อยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำ (ร้อยละ 53.87, 26.41 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่าระดับอิทธิพลโดยรวมของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างไม่สอดคล้องกันคือ กลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูง และกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจะอยู่ในระดับที่สูง ตรงข้ามกับกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ส่วนอิทธิพลของสถานการณ์สอดคล้องกันคืออยู่ในระดับปานกลาง

4. ปัญหา อุปสรรค

สตรีกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความคิดเห็นเกี่ยวกับหลังจากการเข้ารับการตรวจคัดกรองว่า มีความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ (ร้อยละ 73.83) ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ให้เหตุผลที่ไม่เข้ารับ เพราะไม่มีเวลา (ร้อยละ 41.2) รองลงมาไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจและความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ (ร้อยละ 38.03) และร้อยละ 11.97 มีความอายที่จะไปตรวจ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการนับถือศาสนา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้โดยรวม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าอิทธิพลโดยรวมและปัจจัยอิทธิพลสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ

สรุปได้ว่าการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านการนับถือศาสนา รายได้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ระดับการศึกษา การรับรู้โดยภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ปัจจัยอิทธิพลโดยภาพรวม และอิทธิพลสถานการณ์

6. เปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้โดยภาพรวมและปัจจัยของสถานภาพ แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 31.65 คิดเป็นร้อยละที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่า ศาสนาพุทธ ซึ่งเข้ารับเพียง ร้อยละ 21.97 เนื่องจากโดยแนวทางการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อสตรีเข้ารับการคลอดในสถานบริการสาธารณสุขนั้น หลังคลอด 45 ก็จะมีการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังคลอดรวมถึงกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติหลังคลอดทุกรายคือ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และจากอัตราการคลอดของสตรีในเขตพื้นที่อำเภอบ้านนิงस्ता พบว่า หญิงมุสลิมมีอัตราการคลอดมากกว่าหญิงที่นับถือศาสนาพุทธ จึงเป็นสาเหตุให้ศาสนาอิสลามเข้ารับการตรวจคัดกรองมากกว่าศาสนาพุทธ จากแนวทางการดำเนินงานดังกล่าว สามารถอธิบายได้ว่า หากมีการดำเนินงานการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังคลอดอย่างเข้มแข็ง ติดตามได้ทุกราย ก็จะทำให้แนวโน้มของสตรีในกลุ่มอายุ 30-60 ปีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีจำนวนเพิ่มขึ้น รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจรรยา พรหมอินทร์ (2552) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา รายได้ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมารีเยะ จาดาเร๊ะ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ในเขตตำบลกะวี้อะ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา ผลการศึกษา พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ข่าวสาร พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อด้านบุคคลมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของวารุณี สุดแสวง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี ทั้งนี้เพราะเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและคุ้นชินกับประชาชนในพื้นที่เป็นอย่างดี เนื่องจากระบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่จะมีการออกเยี่ยมบ้านและให้สุขศึกษาทุกครั้ง

ออกไปคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการประชุมประจำเดือนในหมู่บ้าน ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของสาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 86.6

2. การรับรู้

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่กำหนดแนวโน้มของการปฏิบัติหรือกระตุ้นให้บุคคลเกิดการปฏิบัติในกิจกรรมนั้นๆ เพื่อให้สุขภาพของตนเองดีขึ้นเมื่อบุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่ดีขึ้น (Pender, 1987) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุสมาน แวหะยี (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองอยู่ในระดับสูงเช่นกัน และการศึกษาของสาวิตรี พรสินศิริรักษ์ (2550) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ต่อการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในขณะที่การศึกษาของวารุณี สุดแสง (2551) พบว่า สตรีกลุ่มเป้าหมายรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ถูกต้องในข้อความที่ว่า การตรวจมะเร็งปากมดลูกปีละครั้งจะช่วยให้พบมะเร็งปากมดลูกได้ตั้งแต่ยังไม่เป็นมาก รองลงมาการไปตรวจมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทุกปีเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์และควรทำ แม้ประชาชนมีการรับรู้ว่าการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น มีประโยชน์แต่ขาดความสนใจส่วนใหญ่ก็ยังไม่ยอมไปตรวจ โดยให้เหตุผลว่าไม่มีเวลา ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจและความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ ทั้งนี้โดยปกติ บุคคลจะเลือกรับรู้และสนใจในสิ่งที่ตรงกับความคิดของตนเอง ดังนั้น เมื่อเจ้าหน้าที่ให้ความรู้และคำแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งเป็นสิ่งที่ขัดแย้งกับความคิดของตนเอง คือไม่อยากไปตรวจ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้ประชาชนไม่สนใจและไม่ไปเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะปกติคนเรามักไม่ค่อยยอมเปลี่ยนแปลงความรู้ที่นึกคิด เมื่อมีความเชื่ออย่างไร มีความคิดอย่างไร ก็มักจะยึดมั่นถือมั่น ในความคิดและความเชื่อนั้นทั้ง ๆ ในความเป็นจริงแล้วสิ่งต่าง ๆ ในโลกนี้มีความเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา (มณฑล ไบบัว, 2536) ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองแม้จะพบว่า อยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แต่จะพบว่าที่กลุ่มตัวอย่างยอมเข้ารับการตรวจคัดกรองก็เพราะรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้เกิดความตระหนักถึงผลเสียที่จะเกิดขึ้นหากไม่ตรวจและรับรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องตรวจมากกว่าอุปสรรคเนื่องจากมีความอาย ความเข้าใจที่ผิดว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพน้อยกว่าในสถานบริการสาธารณสุข และคิดว่าสามารถตรวจคัดกรองได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์มะเร็งเท่านั้น การตรวจทำให้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน และการดูแลรักษาความสะอาดบริเวณปากมดลูกเป็นอย่างดีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุสมาน แวหะยี (2551) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ แสงจันทร์ (2550) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับบริการตรวจหา มะเร็งปากมดลูก ด้านการรับรู้อุปสรรค คือ เนื่องจากมีความอาย ไม่มีความผิปกดีใด ๆ ไม่คิดว่าจะ

เป็นโรค ไม่มีเวลาไปตรวจ กลัวเจ็บเดินทางไม่สะดวก ไม่มีคนไปเป็นเพื่อนหรือพาไปตรวจกลัวพบว่าเป็นโรคมะเร็งและกลัวเสียค่าใช้จ่าย ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้ง 2 กลุ่มสอดคล้องกันอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า แม้เป็นกลุ่มที่เข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกนั้น จะต้องได้รับแรงจูงใจและการสนับสนุนจากบุคคลอื่นไม่ได้ไปเพราะ การตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันโรคด้วยตนเอง

3. อิทธิพลต่อการตัดสินใจ

อิทธิพลสถานการณ์ กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทันที หรือเมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรค สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์ ไขแก้วและคณะ (2550) พบว่ามะเร็งเป็นแล้วต้องตายลูกเดียว รักษาไม่ได้ แข็งแรงดีอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องไปตรวจ ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีระดับอิทธิพลของบุคคลในระดับสูง กล่าวคือ ร้อยละกลุ่มตัวอย่างของสตรีมุสลิม นอกจากที่ต้องเข้ารับการตรวจคัดกรองด้วยสาเหตุที่ต้องตรวจหลังคลอดอยู่แล้วนั้น อีกหนึ่งเหตุผลที่ทำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ใกล้ชิด คือสามี หากสามีเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญที่ต้องตรวจคัดกรองโรค โดยยินยอมหรือเป็นผู้สั่งให้ภรรยาของตนเองไปตรวจภรรยา ก็จะเข้ารับการตรวจคัดกรอง ดังจะเห็นได้จากข้อห้ามของสตรีทั้ง 13 ข้อในข้อที่ 10) ห้ามสตรีฝ่าฝืนสามีของนาง สมควรแก่ภรรยาที่ดีทำการอยู่ร่วมชีวิตกับสามีด้วยความเพียงพอ เชื่อฟังและภักดีต่อเขาด้วยความดีงาม บรรดาภรรยาปฏิบัติดีแก่สามีของพวกนาง ห้ามทำการฝ่าฝืนและปฏิบัติในแง่ลบกับพวกเขา คือสตรีที่ภักดี เมื่อเขา (สามีของนาง) ได้สั่งใช้ เธอมีความปิติยินดีเมื่อเขาได้มอง และเธอจะคอยดูแลรักษาเขา เกี่ยวกับตัวของนางและทรัพย์สินของเขา ปฏิบัติดีกับเขาในทั้งคำพูดและการกระทำ เพราะฉะนั้นสามีจึงเป็นดังกล่าวสวรรค์และนรกของภรรยา หมายถึงหากปฏิบัติดีต่อสามีก็จะได้รับสวรรค์และหากปฏิบัติไม่ดีก็จะได้รับสิ่งตรงกันข้าม

4. เปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ทั้งการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีส่งผล แตกต่างกัน ซึ่งตรงกับสมมติฐานข้อที่ 2. สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยด้านการรับรู้ที่มีผลต่อพฤติกรรมแตกต่างกัน ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ญาติเพื่อนสนิท เพื่อนบ้าน เพื่อจัดการหรือตั้งเป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร่วมกันนั้น พบว่า ไม่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนหรือกระตุ้นเตือนให้ไปเข้ารับการตรวจคัดกรอง นั่นคือ สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่แตกต่างกันและอิทธิพลของสถานการณ์ ไม่ว่าจะเป็นการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ จากสื่อสิ่งพิมพ์ การให้ของที่ระลึก

เมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านและมีอัยยาศัยติขณะให้บริการตรวจคัดกรอง การให้ข้อมูลจากผู้ที่ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน สถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะดวก สะอาด มิดชิด ตลอดจนการให้ความเชื่อมั่นในความชำนาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข และเชื่อว่าการไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ได้ก่อให้เกิดความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดและสนิท สถานการณ์เหล่านี้ทำให้ตัดสินใจต่างกัน สอดคล้องกับสมมติฐาน ในข้อที่ 4. สตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยด้านอิทธิพลสถานการณ์แตกต่างกัน

อภิปรายผลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากการสัมภาษณ์กลุ่มสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 10 คนและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก 20 คน มีข้อสรุปและอภิปรายผลดังนี้

ทั้ง 2 กลุ่มแสดงความคิดเห็นสอดคล้องว่าโรคมะเร็งเป็นสิ่งที่น่ากลัว ยากที่จะรักษาให้หายได้ ถ้าเป็นแล้วต้องเสียชีวิต และแสดงความคิดเห็นแตกต่างกันในเรื่องของการรับรู้เกี่ยวกับโรค ในกลุ่มที่เข้ารับการคัดกรองรับรู้ว่ามีโอกาสหายได้ถ้าตรวจพบว่าเป็นในระยะแรก ๆ แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่เคยมาตรวจคัดกรองเลย ก็จะไม่สามารถรู้ได้ว่าเป็นหรือไม่ เมื่อมารู้อีกทีก็เป็นในระยะที่ไม่สามารถรักษาได้แล้ว ส่วนกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกคิดเห็นว่า ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคเกิดจากอะไร และโรคนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่ ถ้าเป็นแล้วจะมีทางรักษาให้หายขาดได้จริงหรือ และบางส่วนเชื่อว่าเกิดจากสามีนำมาติดจากการร่วมเพศ ไม่คิดว่าเกิดจากตัวเองเป็นแรงจูงใจในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่ ๆ ตรวจต้องไม่รู้จักและเป็นเพศหญิงเท่านั้น อธิบายได้ว่าจากลักษณะของวัฒนธรรมประเพณีและกระบวนการหล่อหลอมทางสังคมของไทย ที่ใช้วัฒนธรรมเป็นตัวสร้างความเป็นเพศ และบอกว่าควรปฏิบัติอย่างไร คิดอย่างไร และหวังอะไรจากผู้อื่นซึ่งวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดว่าผู้หญิงและผู้ชายควรต้องทำตัวอย่างไร (วารุณี ภูริสินสิทธิ์, 2548) เช่นผู้หญิงถูกสอนมาให้มีความรักภักดีสงวนตัว รักษาพรหมจรรย์ ควรละอายที่จะเปิดเผยอวัยวะเพศของตนเองต่อคนอื่น หรือเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนบุคคลไม่ควรเปิดเผยให้ใครทราบ และการเห็นสื่อที่ทำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรค ว่าถ้าคุณป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกแล้ว และไม่มาตรวจคัดกรองมารู้ว่าเป็นในระยะที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ สุดท้ายคุณต้องเสียชีวิต สภาพพฤติกรรมของมนุษย์โดยธรรมชาติ เมื่อรับรู้ถึงความรุนแรง ความไม่ปลอดภัย ก็จะหาวิธีการป้องกันตนเองจากสิ่งนั้น ก็จะทำให้อยากเข้าไปตรวจคัดกรองมากขึ้น

สาเหตุที่ทำให้ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ส่วนใหญ่ไม่มีเวลาไปตรวจ ซึ่งการที่กลุ่มเป้าหมายไม่มีเวลาไปตรวจชี้ให้เห็นว่า กลุ่มสตรีอาจให้ความสำคัญกับการไปรับบริการตรวจคัดกรองน้อยกว่างานที่ตนเองทำอยู่จึงไม่ยอมละทิ้งงานเพื่อไปตรวจคัดกรอง และการรับรู้ที่ ไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรค การป้องกัน การรักษา จึงทำให้สตรีไม่เห็นความสำคัญของการตรวจคัดกรอง

เท่าที่ควร อีกอย่างคือขาดความรู้และความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และความสำคัญในการตรวจพบระยะแรก ๆ ซึ่งก่อนที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหนึ่งพฤติกรรมใด ที่เกิดจากความสมัครใจย่อมต้องผ่านการประเมินผลจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ทั้งในด้านประโยชน์และอุปสรรค ที่มีผลต่อตนเอง แล้วเมื่อบุคคลได้ประเมินแล้วว่า พฤติกรรมนั้นมีผลในทางบวก บุคคลจะตั้งใจแสดงพฤติกรรมนั้น (วิณา ศิริสุข, 2534)

กลวิธีในการดำเนินงานเพื่อเพิ่มอัตราการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีเจ้าหน้าที่ควรเพิ่มกระบวนการค้นหากลุ่มเป้าหมาย ด้วยการคัดกรองความเสี่ยงของการเกิดโรคเป็นรายบุคคลก่อนที่จะให้มาตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูก แบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง หลังจากนั้นให้ความรู้เพิ่มเติมในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เกิดความตระหนัก และเล็งเห็นความสำคัญของการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในขณะเดียวกันก็ชี้ให้เห็นถึงผลเสียเมื่อไม่เข้ารับการคัดกรองให้เห็นภาพอย่างชัดเจน ก็จะทำให้สตรีมาเข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น และการแจกของที่ระลึกเมื่อมาเข้ารับการตรวจคัดกรองเป็นแนวทางที่ติดอยู่แล้ว เพื่อเป็นขวัญกำลังใจ เห็นควรปฏิบัติต่อไป อธิบายได้ว่าการจูงใจเป็นกระบวนการที่บุคคลถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าโดยจูงใจให้กระทำหรือดิ้นรนเพื่อให้บรรลุจุดประสงค์บางอย่าง นอกจากเจ้าหน้าที่เองจะมีส่วนช่วยกระตุ้นแล้ว ผู้ที่ใกล้ชิดบางท่านก็มีส่วนช่วยให้เกิดการตัดสินใจด้วย จากการให้ความรู้ของผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากคนในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิท หรือเพื่อนบ้านที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง หากได้รับข้อมูลเชิงบวก เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ใช่เรื่องที่น่าอาย หรือน่ากลัว ใช้เวลาในการตรวจน้อย เมื่อทราบผลการตรวจจะทำให้สามารถวางแผนการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง เหล่านี้จะทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองในทางกลับกัน ถ้าได้รับข้อมูลในด้านลบ เช่น เป็นเรื่องน่าอายเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด การตรวจทำให้เจ็บมาก ใช้เวลาค่อนข้างนาน ก็จะทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่ยอมเข้ารับการตรวจ อธิบายได้ว่าความตระหนักที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเองมีน้อย จากการกระตุ้นของผู้นำทางศาสนา ซึ่งเห็นด้วยและส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรอง เนื่องจากเล็งเห็นความสำคัญ ก็ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจมากขึ้น อธิบายได้ว่า ผู้นำทางศาสนาเป็นที่เคารพและศรัทธาของชาวบ้าน



บรรณานุกรม

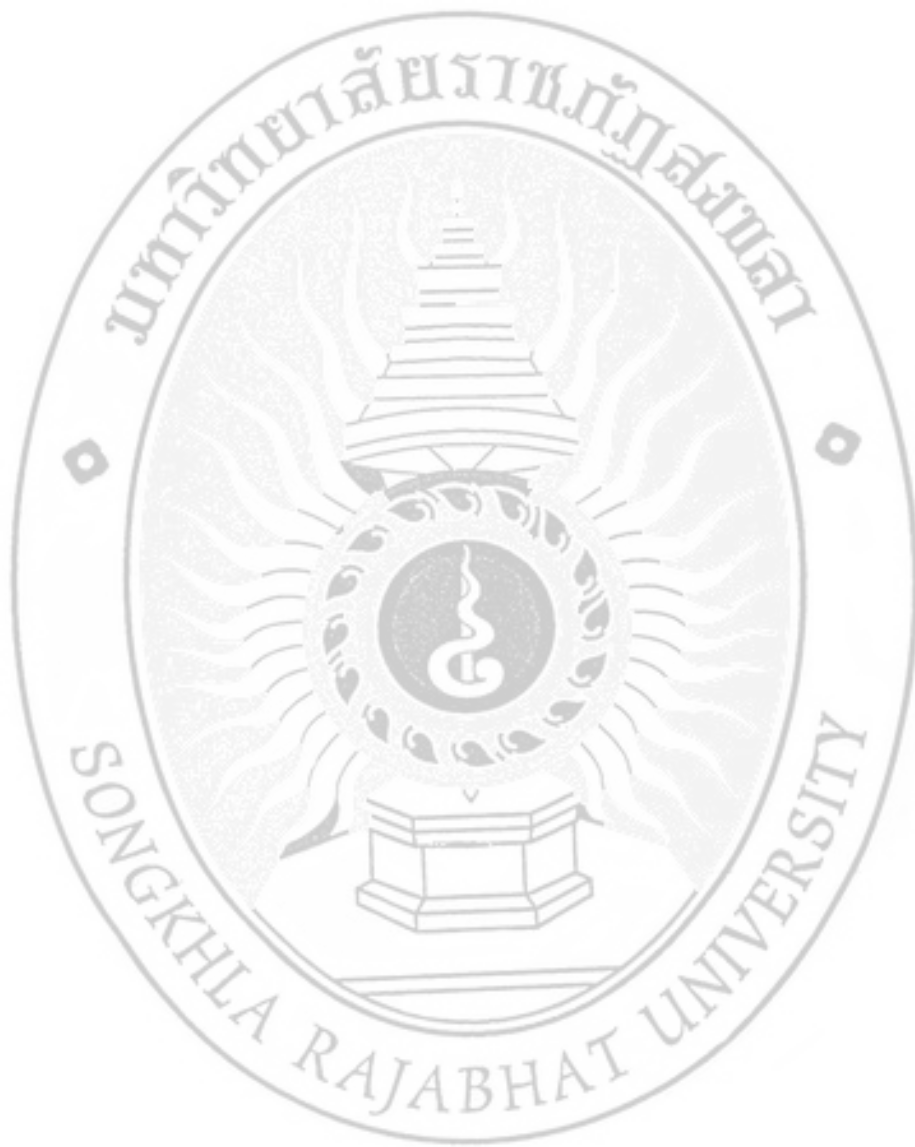
บรรณานุกรม

กุลธิดาพร กีฬาแปง. (2548). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของ
แรง งานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือจังหวัดลำพูน. ปรินญา
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่.

- กรมสุขภาพจิต. (2550). **ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติและบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคคลครอบครัวและชุมชน : องค์ความรู้และการช่วยเหลือ**. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทยจำกัด.
- กันตพร ยอดไชย, ปิ่นทิพย์ นาคดำ, และเพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์. (2550). **ประสบการณ์การบาดเจ็บผลกระทบ และการจัดการการบาดเจ็บของผู้ได้รับบาดเจ็บและครอบครัวจากเหตุระเบิดในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา**. สงขลานครินทร์เวชสาร.
- จรรยา พรหมอิทร์. (2552). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในสถานบริการสาธารณสุข อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา**. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2540). **มะเร็งนรีเวชวิทยา**. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- จุฬารักษ์ ไสตะ. (2554). **แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แซมซีย๊ะห์ มูซอ. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 35-60 ปี ในพื้นที่ตำบลท่าชะลุ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา**. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- มารีเย จาดาเร๊ะ. (2553). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย ในเขตตำบลกะวีระ อำเภอรามัน จังหวัดยะลา**. ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน. วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา.
- ชาญชัย เรื่องขจร. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยพื้นฐาน**. สงขลา: เหมการพิมพ์
- ธีรวิภา คุหะเปรมะและคณะ. (2549). **การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear**. กรุงเทพมหานคร: สยามออฟเซ็ท
- ธีระ ทองสงและคณะ. (2539). **นรีเวชวิทยาดับสองบอร์ด**. เรียบเรียงครั้งที่ 2. ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พัสมนต์ คุ้มทวีพร. (2553). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง: การป้องกันและการดูแลผู้ป่วย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ฮายาบุสะ กราฟฟิก.
- มานี ชูไทย. (2544). **หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข**. รายงานการวิจัยภาควิชาสุขศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร. กรุงเทพมหานคร.
- มณฑล ไบบัว. (2536). **หลักและทฤษฎีการสื่อสาร**. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2553). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- ยุพิน เพ็ชรมงคล. (2547). **การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก**. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นันทกานต์ เอี่ยมวานานนทิชัย. (2546). (Online) <http://www.cccthai.org/th/Boock/book05.pdf>, เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2556.
- นโยบายกระทรวงสาธารณสุข. (2556). (Online) <http://www.moph.go.th./ops/oic/darla/20130>

- 8131157161.htm, เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2556.
- รติวรรณ วังธนากร. (2550). **สิ่งรบกวนครอบครัว ระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว และ ภาวะสุขภาพครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้ายในจังหวัดภาคใต้ของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลครอบครัวและชุมชน) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา. โรงพยาบาลบันนังสตา. (2556). ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2556. ใน **สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา ปีงบประมาณ 2556.** โรงพยาบาลบันนังสตา.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2553). **คู่มือมาตรฐานบริการเยี่ยมเยียนฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้.** โรงพยาบาลจิตเวช สงขลาราชนครินทร์. สงขลา.
- เลิศชาย ศิริชัยและอุดม หนูทอง. (2544). **การแพทย์พื้นบ้านภาคใต้กับบริบททางสังคมและกระบวนการรักษาผู้ป่วย.** รายงานการวิจัย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย กรุงเทพมหานคร.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2551). **ผู้หญิงไทยกับโรคมะเร็งปากมดลูก.** (Online) <http://www.uniserv.bbu.ac.th/>, เข้าถึงเมื่อ 10 มีนาคม 2556.
- ประสาท หลักศิลา. (2511). **สังคมวิทยา.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ก้าวหน้า.
- ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และเบญจพร พิณสมบัติ. (2532). **ประสิทธิผลของทางเซลล์วิทยาของแป็บ-สเมียร์โดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติระยะสั้น ในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัด อุดรธานี.** รายงานวิจัยโรงพยาบาลศรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2530). **พฤติกรรมสุขภาพ.** เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษาหน่วยที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วสันต์ ลีนะสมิตและณัฐพงศ์ อิศรางกูร ณ อยุธยา. (2542). **ระบาดวิทยา มะเร็งนรีเวช.** ใน วสันต์ ลีนะสมิตและสมเกียรติ ศรีสุพรรณดิฐ (บก). กรุงเทพมหานคร: โฮลอสติก พับลิชชิ่ง.
- วรรณิดา นวลจำรัส. (2550). **การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการตรวจคัดหามะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาใช้บริการจากฝ่ายวางแผนครอบครัว โรงพยาบาลสงขลา. ภาคินพนธ์ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. สาขานโยบายและการวางแผนสังคม มหาวิทยาลัยทักษิณ.**
- วารุณี สุดแสง. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี. ภาคินพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาวิทยาการสังคมและการจัดการระบบสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.**
- สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ. (2545). **การรักษาสุขภาพอนามัยตามแนวทางของอิสลาม. คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.**
- สาวิตรี พรสินศิริรักษ์. (2550). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกานตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยมุสลิม จังหวัดกระบี่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาเอกสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2548). **การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี PAP SMEAR. กรมการแพทย์.**

- กระทรวงสาธารณสุข.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2530). **แนวคิดและประเภทของพฤติกรรม**. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 4. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2547). **คู่มือโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับประชาชน**. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- แสงเดือน พัฒนิกิติ. (2554). **การพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโรงพยาบาลแม่ข่าย อำเภอแม่ข่าย จังหวัดเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2556). **แผนปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา**. งบประมาณ (2556). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2547). **มนต์ศพพื้นฐานการพยาบาล**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา.
- ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต). (2557). **รายงานการเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ (VIS)**. (Online) <http://medipe2.psu.ac.th/vis/>, เข้าถึงเมื่อ 3 มี.ค. 2557
- อังคณา วังทอง. (2552). **การได้รับการสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลและพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองของผู้สูญเสียบุคคลในครอบครัวในสถานการณ์ความไม่สงบสามจังหวัดชายแดนภาคใต้**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา.
- อาภาภรณ์ ดำรงสุสกุล. (2551). **ประสบการณ์ของผู้หญิงที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับบาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ของไทย**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- อุดมศักดิ์ กำไลเพชร. (2544). **กระบวนการเพื่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพของเยาวชนที่อาศัยอยู่ในกองบิน 41 จังหวัดเชียงใหม่**. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุสมาน แหวะยี่. (2551). **ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีสมภาพ จิตรภิมย์ศรี. (2555). **9 เดือนของปีที่ 9: ในสถานการณ์ความรุนแรงอันยอกย้อนกระบวนการสันติภาพปาตานียังคงก้าวเดินไปข้างหน้า**. (Online) <http://deepsouthwath.org/index.php? 1=conten&id=162>, เข้าถึงเมื่อ 14 มี.ค. 2557





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

- รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ
- รายชื่อผู้ช่วยนักวิจัย

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

- | | | |
|----------------------------|-------------------------|--|
| 1. นางทัศนีย์ สมสมาน | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา |
| 2. นายวิเชียร สงอักษร | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา |
| 3. นางสาวจินตนา หาญวัตนกุล | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลบันนังสตา |



รายชื่อผู้ช่วยนักวิจัย

- | | | |
|--------------------------------|--------------|--|
| 1. นางสาวอรฮารี เจะแม | ตำแหน่ง | นักวิชาการสาธารณสุข |
| | สถานที่ทำงาน | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบันนังสตา |
| 2. นางสาวยุรีณี มูเนาะ | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุข |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันติ 1 |
| 3. นางสาวกุสุมา สาและ | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกือลอง |
| 4. นางสาวชिरาภรณ์ โกวิทดำรงกิจ | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ้ำทะลุ |
| 5. นางมยุรา ปีมา | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบ |
| 6. นางสาวรอยมี ยะผา | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุข |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกิโลเมตร 26ใน |
| 7. นางสาวอาชีเย๊ะ อาเย๊ะแซ | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปือชู |
| 8. นางสาวนูวานี มะสามแม | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายแก้ว |
| 9. นางสาวอานีชา สนิเจ๊ะนะ | ตำแหน่ง | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายตาเอียด |
| 10. นางสาวนุรฮัยนี เลาะยะผา | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตะบิงตัง |
| 11. นางสาวฟิอะ อุเซ็ง | ตำแหน่ง | เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน |
| | สถานที่ทำงาน | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบาเจาะ |



ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0044

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

8 เมษายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นายวิเชียร สงอักษร

ด้วย นางสาวนารี พุ่มจันทร์ รหัส 52G2771007 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง **“ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา”**

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | | |
|---------------|--------------|---------------------------------|
| 1. รศ.เทพกร | พิทยาพินันท์ | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| 2. รศ.ทัศนีย์ | ประธาน | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี
โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948
<http://bundit.skru.ac.th/>
www.facebook.com/gsskru



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0044

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

8 เมษายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางสาวจินตนา หาญวัฒนกุล

ด้วย นางสาวนารี พุ่มจันทร์ รหัส 52G2771007 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.เทพกร พิทยาพินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
2. รศ.ทัศนีย์ ประธาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948

<http://bundit.skru.ac.th/>

www.facebook.com/gsskru



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0044

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

8 เมษายน 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางทัศนีย์ สมสมาน

ด้วย นางสาวนารี พุ่มจันทร์ รหัส 52G2771007 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัย ให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

- | | | |
|---------------|--------------|---------------------------------|
| 1. รศ.เทพกร | พิทยาพินันท์ | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก |
| 2. รศ.ทัศนีย์ | ประธาน | อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม |

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948

<http://bundit.skru.ac.th/>www.facebook.com/gsskru



ภาคผนวก ค
แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อความของแบบสอบถาม
กับวัตถุประสงค์การวิจัย



แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อความของแบบสอบถาม
กับวัตถุประสงค์การวิจัย

เรื่อง **ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี
ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา**

คำชี้แจง 1. โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ ว่ามีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย
ครอบคลุมขอบเขตตามที่ระบุไว้หรือไม่ แล้วกรูณาเขียนเครื่องหมาย / ลงในแบบประเมินความ
เหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหาแบบสอบถาม ซึ่งมีค่าน้ำหนัก 3 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|----|---------|---|
| +1 | หมายถึง | แน่ใจว่าถูกต้อง/สอดคล้อง/ตรงตามวัตถุประสงค์ |
| 0 | หมายถึง | ไม่แน่ใจ |
| -1 | หมายถึง | แน่ใจว่ายังไม่ถูกต้อง/ไม่สอดคล้อง/ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ |

2. ข้อคำถามใดที่มีข้อเสนอแนะกรูณาระบุในช่องข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นประโยชน์ในการ
ปรับปรุงแก้ไข

ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ปัจจัยด้านการรับรู้

ให้เลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเพียงคำตอบเดียวจาก 2 คำตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและเชื่อถือได้				
2	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
3	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้				
4	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้				
5	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง				
6	จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ				
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก				
8	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง				
9	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายเนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด				
10	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับการตรวจในสถานบริการสาธารณสุข				
11	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น				
12	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก				
13	สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีจำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี				
14	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บอย่างแรงและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน				
15	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที				
16	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ติดเชื้อมือที่ตรวจ				

ข้อ	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
17	การทำความสะอาดและดูแลรักษาบริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
18	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ				
19	เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
20	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
21	เมื่อมีการรณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
22	หากไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ตรวจคัดกรองใหม่				

ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ให้เลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเพียงคำตอบเดียวจาก 5 คำตอบ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อ	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก				
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรุดโทรมอย่างมากจากการฉีดคีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก				
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ				
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อสิ่งพิมพ์				

ข้อ	ข้อความ	ค่าน้ำหนัก			ข้อเสนอแนะ
		+1	0	-1	
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
11	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน				
12	เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมด				
13	การให้ข้อมูลจากผู้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้วว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน				
14	สถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะดวก สะอาด มิดชิด				
15	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก				
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข				
17	การไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง				
18	การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท				

ลงชื่อ.....
(.....)





แบบประเมินความสอดคล้องระหว่างข้อความของแบบสัมภาษณ์
กับวัตถุประสงค์การวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา

คำชี้แจง 1. กรุณาแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไข

แบบสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ข้อ	ข้อความ	ข้อเสนอแนะ
1	ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน	
2	วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรบ้าง	
3	ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก	
4	ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ)	
5	เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มากขึ้น	
6	ท่านคิดว่า การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูกและการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนาจะ ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาก ขึ้นหรือไม่ อย่างไร	

ลงชื่อ.....
(.....)



ภาคผนวก ง
การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC)

การหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC)
แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี
กรณีศึกษา: อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Consistency หรือ IOC) เป็นการประเมินความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งจะใช้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเป็นผู้ทำการตรวจสอบ สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ มีผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ร่วมตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำนวน 3 คน ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการหาค่า IOC ของเครื่องมือ ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นมาให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านตรวจสอบและให้คะแนนรายข้อตามดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ โดยการให้คะแนนรายข้อของผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญนั้นจะมี 3 ค่า คือ

ค่า + 1 คือ ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

ค่า 0 คือ ผู้ตรวจสอบไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ต้องปรับปรุงข้อคำถามนั้นให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น

ค่า - 1 คือ ผู้ตรวจสอบแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเนื้อหาไม่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย ต้องแก้ไขข้อคำถามนั้นใหม่ หรือ ยกเลิกไปเลย

เมื่อได้ผลคะแนนจากผู้ทรงคุณวุฒิครบทุกท่านแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณตามสูตรหาค่าดัชนีความสอดคล้อง ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

IOC	หมายถึง	ดัชนีความสอดคล้อง
R	หมายถึง	ค่าคะแนนรายข้อตามดุลยพินิจของผู้ทรงคุณวุฒิ
N	หมายถึง	จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิ

ผลที่ได้จากการคำนวณนั้นควรมีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า + 0.50 ขึ้นไปจึงถือเป็นข้อคำถามที่สามารถนำไปใช้ได้ แต่หากค่า IOC น้อยกว่า + 0.50 และผู้วิจัยอาจมีความจำเป็นต้องใช้ข้อคำถามนั้น สามารถทำได้โดยให้ผู้วิจัยทำการพัฒนาปรับปรุงข้อคำถามนั้นให้เหมาะสมขึ้นตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ/ผู้เชี่ยวชาญ ที่ทำการตรวจสอบ ซึ่งผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: อำเภอกาบัง จังหวัดยะลา ดังนี้

ข้อความ	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
ปัจจัยด้านการรับรู้						
1. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
2. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
3. การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
4. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
5. จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปีแม้ผลตรวจปกติ	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
6. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
7. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
8. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายเนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
9. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพน้อยกว่าการตรวจคัดกรองในสถานบริการสาธารณสุข	0	+1	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
10. การมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความไม่สะดวกเนื่องจากมีบริการตรวจคัดกรองเฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
11. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
12. สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีจำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้งใน 5 ปี	+1	+1	0	3	0.67	นำไปใช้ได้
13. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บอย่างแรงและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
13. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้เจ็บอย่างแรงและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
14. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
15. การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้ติดเชื้อมือที่ตรวจ	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
16. การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณปากมดลูกเป็นอย่างดีสามารถป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
17. ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
18. เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทันที	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
19. เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
20. หากไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ตรวจคัดกรองใหม่	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
สถานการณ์ข้างล่างมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเพียงใด						
1. ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
2. เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
3. เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่างมากจากการฉีดคีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
4. สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
5. ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
6. ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้

ข้อคำถาม	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			รวม	ค่า IOC	สรุปการประเมิน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3			
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาชนสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	0	+1	2	0.67	นำไปใช้ได้
8. การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
9. การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อสิ่งพิมพ์	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
10. การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
12. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอัธยาศัยยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
13. การให้ข้อมูลจากผู้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้วว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
14. สถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะดวก สะอาด มิดชิด	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
15. ความเชื่อมั่นในความชำนาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้
16. การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
17. การไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง	+1	+1	+1	3	1	นำไปใช้ได้
18. การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดและสนิท	+1	+1	0	2	0.67	นำไปใช้ได้



ภาคผนวก จ
แบบสอบถาม



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา

คำชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อธิพลงระหว่างบุคคล และอธิพลงของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานและวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใดและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

- | | |
|--|--------------|
| ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป | จำนวน 9 ข้อ |
| ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ | จำนวน 20 ข้อ |
| ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอธิพลงต่อการตัดสินใจ | จำนวน 18 ข้อ |
| ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ | |

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี นับถือศาสนา.....
2. สถานภาพสมรสของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. โสด	<input type="checkbox"/> 2. สมรส
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง

2.1 () อยู่ด้วยกัน 2.2 () แยกกันอยู่
3. วุฒิการศึกษาของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/เทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆระบุ.....
4. ท่านมีบุตรจำนวนคน มีบุตรคนแรกเมื่อท่านอายุ.....ปี
5. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. ในรอบ 4 ปีที่ผ่านมาท่านได้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. ตรวจ	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ตรวจ
----------------------------------	-------------------------------------
7. ท่านมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
--------------------------------	-----------------------------------
8. ท่านมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่

<input type="checkbox"/> 1. มี	<input type="checkbox"/> 2. ไม่มี
--------------------------------	-----------------------------------
9. ท่านเคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกบ้างหรือไม่ หากเคยได้รับข่าวสารจากที่ใดบ้าง

<input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร	
<input type="checkbox"/> 1. เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ระบุแหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="checkbox"/> 1.1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	<input type="checkbox"/> 1.2. อสม.
<input type="checkbox"/> 1.3. แผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวเนล	<input type="checkbox"/> 1.2. วิทยุ / โทรทัศน์
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
2	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้		
3	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้		
4	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง		
5	จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ		
6	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก		
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง		
8	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายเนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด		
9	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพน้อยกว่าการตรวจคัดกรองในสถานบริการสาธารณสุข		
10	การมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความไม่สะดวกเนื่องจากมีบริการตรวจคัดกรองเฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น		
11	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก		
12	สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีจำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี		
13	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บอย่างแรงและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน		
14	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที		
15	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ติดเชื้อจากเครื่องมือที่ตรวจ		
16	การดูแลรักษาความสะอาดบริเวณปากมดลูกเป็นอย่างดีสามารถป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกได้ไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
17	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ		
18	เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทันที		

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
19	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
20	หากไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ตรวจคัดกรองใหม่		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	สถานการณ์ข้างล่างมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเพียงใด					
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก					
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่างมากจากการฉีดคีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก					
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ					
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อสิ่งพิมพ์					
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน					
12	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอัยาศัยดิขณะให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมด					
13	การให้ข้อมูลจากผู้ที่ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน					
14	สถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะดวก สะอาด มิดชิด					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
15	ความเชื่อมั่นในความชำนาญของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ปากมดลูก					
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข					
17	การไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง					
18	การเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดและสนิท					

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ท่านกรุณาตอบในข้อที่ต้องการเสนอแนะให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหา อุปสรรค

- () ไม่มีเวลา
 () ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ
 () ความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ
 () อื่นๆ โปรด

ระบุ.....

ข้อเสนอแนะ

- () 1. เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน
 () 2. ให้ของที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 () 3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและ

สนิท

- () 4. การให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนา
 () อื่นๆ โปรด

ระบุ.....



แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาโทของสตรี ในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา

คำชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาโทของสตรีในอำเภอบ้านนิงस्ता จังหวัดยะลา การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติงานและวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใดและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน

.....

.....

.....

2. วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรบ้าง

.....

.....

.....

3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีบางส่วนไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

.....

.....

.....

4. ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ)

.....

.....

.....

5. เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

.....

.....

.....

6. ท่านคิดว่า การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

.....

.....

.....

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นางสาวนรี พุ่มจันทร์
วัน เดือน ปีเกิด	10 มิถุนายน 2528
สถานที่เกิด	อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	26 ซอยวสันพัฒนา 2 ตำบลสะเตง อำเภอเมือง จังหวัดยะลา 95000
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลบันนังสตา จังหวัดยะลา
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2544	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนราชมนิรังษณ์ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี
พ.ศ. 2547	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนคณะราษฎรบำรุงจังหวัดยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2551	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) (วท.บ.) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2556	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา