



ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี
ในสตรีอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



พรศิริ ชันติภูตานนท์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ในสตรีอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

**THE FACTOR THAT INFLUENCING THE DECISION-
MAKING IN CERVICAL CANCER SCREENING IN
NONGCHIK DISTRICT, PATTANI PROVINCE**



PHONSIRI KNANTIKULANON

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

2013

COPYRIGHT OF GRADUATE SCHOOL SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน
อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

THE FACTOR THAT EFFECT THE DECISION-MAKING IN CERVICAL
CANCER CHECKING OF WOMEN IN NONGJIK DISTRICT, PATTANI

ผู้วิจัย นางพรศิริ ชันติกุลานนท์

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน)

..... ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(ดร.บุษยพงศ์ หล้ายา)

..... กรรมการและเลขานุการหลักสูตร
(ดร.จิราพัชร พลอยนิลเพชร)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
(ดร.กัลยา ตันสกุล)

..... กรรมการจากบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา รับรองวิทยานิพนธ์แล้ว

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
ผู้วิจัย	นางพรศิริ ชันติกุลานนท์ ปีการศึกษา 2556
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเพื่อเปรียบเทียบ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ของสตรีที่ตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี ที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปี พ.ศ. 2553-พ.ศ. 2556 จำนวน 388 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่เข้ารับการคัดกรองจำนวน 220 คน และไม่เข้ารับการคัดกรองจำนวน 168 คน เลือกแบบเจาะจงจำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 15 คน เพื่อจัดทำสนทนากลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ หากความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ด้วย สถิติไคสแคว้ และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์รับรู้อุปสรรคและการรับรู้ในภาพรวม มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ในภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีปัจจัยการรับรู้สมรรถนะและปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า ผลการสัมภาษณ์ สนทนากลุ่มพบว่า เหตุผลที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด คือมีความกลัว เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และต้องการดูแลสุขภาพ สำหรับเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะมีความอาย กลัวผลการตรวจผิดปกติ และไม่มีปัจจัยเสี่ยง

Thesis Title	The Factor that Influencing The Decision-Making in Cervical Cancer Screening in Nongchik District, Pattani Province
Researcher	Mrs.Phonsiri Khantikulanon Academic year: 2013
Degree	Master of Public Health Program in Community Health
Advisors	1. Associate Professor Teppagone Pittayapinune 2. Associate Professor Tasanee Prathan

Abstract

This descriptive research aims to study and compare it with personal, perception and influence factor with the decision - making in cervical cancer check up in Nongchik district, Pattani province. The experimental group were women between the ages of 30-60 years old and went to cervical cancer check up between 2010-2013. Random sample of 388 women was divided into two groups 1) 220 who had cervical cancer check up, and 2) 168 who did not have cervical cancer check up who were by using selected specific samples (purposive sampling). Technique to interview a focus group of 30 women, This research divided the participants in to groups of 15 women. The questionnaire in data collection with reliability coefficient (alpha) of 0.90. The statistics had in data analysis were chi-square and t-test.

Results show that marriage status has a significant relation with cervical cancer check up with a significant at level 0.01. beneficial perception, obstacle perception, and perception overall statistically significant related with a cervical cancer significant at level 0.01 and relative with ability perception, situational factor statistically significant related with a cervical cancer significant at level 0.05. Women that go for cervical cancer scanning and people that not go for cervical cancer scanning perception overall, beneficial perception, obstacle perception and situational factor significant at level 0.05. Women that go for cervical cancer scanning have higher than average. The results from the interview, group interview show that fear is the main reason why volunteers want to go cervical cancer check. There is fear of Cervical cancer and they need health care. These are shame and fear of uncertainty were reasons why people did not attend the cervical cancer check up.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยานินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำและตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่งและขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง ดร.ยุทธพงศ์ หลียา ดร.จิราพัชร พลอยนิลเพชร และดร.กัลยา ดันสกุล คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาเสนอแนวคิด และ ให้ข้อเสนอแนะในมุมมองต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ ดร.เสาวคนธ์ ภักดี แพทย์หญิงรัชนิดา คำรงค์ษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองจิก และนางศิริพร จินดารัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหนองจิก ที่กรุณาสละเวลาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบคุณภาพ ให้ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็นในการสร้าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ นายโสภณ เกตุพัฒน์พันธุ์ สาธารณสุขอำเภอหนองจิก นายประสพพร สังข์ทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาเกตุ นายอรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ นักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก นางสาวสุรีนา แวตะ เจ้าพนักงาน สาธารณสุขชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเขา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกตำบล ของ อำเภอหนองจิก ที่ให้การสนับสนุน และให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและ เก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบพระคุณ พี่ น้อง สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน รุ่นที่ 3 เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย และ กัลยาณมิตรทุกท่านที่ไม่สามารถกล่าวนามในที่นี้ได้หมด ที่คอยช่วยเหลือเป็นกำลังใจ ผู้วิจัยจึง ขอขอบคุณท่านเหล่านี้ไว้ ณ โอกาสนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณแม่ ท่านเจ้าคุณ พระราชวิสุทธิคุณ เจ้าอาวาสวัดหลักเมือง เจ้าคณะจังหวัดปัตตานี ที่ให้ความรัก ความห่วงใย และสนับสนุนในการศึกษาตลอดมา รวมทั้งญาติ พี่น้องทุกท่านที่ให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจในความสำเร็จครั้งนี้

พรศิริ ชันติกุลานนท์

พฤษภาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(2)
กิตติกรรมประกาศ	(3)
สารบัญ	(4)
สารบัญตาราง	(6)
สารบัญภาพ	(7)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
สมมติฐานการวิจัย	4
ขอบเขตการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
ข้อมูลทั่วไปของอำเภอหนองจิก	9
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	14
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ	21
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	42
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	46
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล	48
ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้	49
ส่วนที่ 3 ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์	50
การสัมภาษณ์กลุ่ม (FOCUS GROPS)	52
บทที่ 5 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	56
สรุปผล	57
อภิปรายผล	60
ข้อเสนอแนะ	63
บรรณานุกรม	64
ภาคผนวก	69
ภาคผนวก ก ราชานามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	70
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ	72
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	76
ประวัติผู้วิจัย	86

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงสถิติชีพของประชาชน อำเภอหนองจิก ปี 2551– 2555	12
2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวน กลุ่มตัวอย่างสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตาม สถานบริการสาธารณสุข	38
3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้ารับ การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	46
4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี	48
5 ร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี	49
6 ร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลต่อ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	50
7 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี	52

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย	6
2 อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี	9
3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (ปรับปรุง ค.ศ. 2002)	26
4 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	31



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของประเทศไทย คนไทยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ 58,076 ราย (สถิติสาธารณสุข ปี 2553) และตั้งแต่ปี 2541 สาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็ง (จากมรณะบัตร ปี 2545) และแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งยังสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน จากรายงานของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ร่วมกับ International Agency for Research on Cancer (IARC) ซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดองค์การอนามัยโลก (World Health Organization – WHO) พบว่าในปี 2551 ประเทศไทย มีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ประมาณ 10,556 ราย คิดเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 33 เมื่อเทียบกับปี 2539 โดยแบ่งเป็นเพศชาย 5,636 ราย และเพศหญิง 4,920 ราย ซึ่งอุบัติการณ์และชนิดของโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นในประชาชนไทยจะมีความแตกต่างไปตามพฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยเสี่ยงในแต่ละพื้นที่ จากการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุขในปี 2542 พบว่า โรคมะเร็งทำให้เกิดการสูญเสียจำนวนปีของการดำรงชีวิตร้อยละ 11 ในเพศชาย และร้อยละ 15 ในเพศหญิง ของจำนวนปีในการดำรงชีวิตที่สูญเสียไปทั้งหมด (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลกมาจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีทั่วโลกมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด ในปัจจุบันมีการศึกษาทางการแพทย์ยืนยันแล้วว่าสาเหตุสำคัญของมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) ที่ปากมดลูก องค์ความรู้ดังกล่าวนี้มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาวิธีการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผนวกกับความก้าวหน้าในการผ่าตัด การรักษาด้วยรังสีและยาเคมีบำบัดทำให้ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีโอกาสรอดชีวิตสูงขึ้น มีภาวะแทรกซ้อนลดลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ภาวะและอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกทั่วโลก และในประเทศไทย สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ (International Agency for Research on Cancer, IARC) ขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 275,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 88 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน (จตุพล ศรีสมบุญ, 2555)

สำหรับในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านม และปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ (age-standardized incidence rate) เท่ากับ 24.5 ต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี ในแต่ละปีมีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือประมาณร้อยละ 52 ถ้าคิดเป็นวันแล้วจะตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยวันละประมาณ 27 คนและมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 14 คน ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีไทยนั้น สตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองมาจากมะเร็งตับ (จตุพล ศรีสมบุญ, 2555) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข ได้ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้จัดทำโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 76 จังหวัด ฟรีในโรงพยาบาลของรัฐเริ่มตั้งแต่ปี 2548 – 2552 โดยให้กลุ่มเป้าหมายที่มีอายุที่กำหนดคือ 35, 40, 45, 50, 55 และ 60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 1 ครั้ง และในช่วงที่ 2 คือในปี 2553 – 2557 มีเป้าหมายให้ผู้หญิงอายุ 30 – 60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้ง ให้ได้ร้อยละ 20 ต่อปีและเมื่อสิ้นสุดโครงการปี 2557 ต้องคัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุมร้อยละ 80 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกเห็นความสำคัญ และเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง รวมถึงผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556)

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของจังหวัดปัตตานี สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปัตตานีได้มีการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข โดยให้ทุกอำเภอจัดทำแผนงานและโครงการ เพื่อเสนอของบประมาณจากโรงพยาบาลของแต่ละอำเภอหรือจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล เพื่อใช้ในการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ปี 2553 จนถึงปัจจุบัน ในแต่ละปีจะเร่งรัดการตรวจคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายในไตรมาส 2 และ 3 เพื่อต้องการให้กลุ่มเป้าหมายที่ตรวจพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อพบแพทย์ทุกคน นอกจากนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ยังมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้แต่ละอำเภอได้ทราบแนวทางการดำเนินงานใหม่ ๆ และนวัตกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสภาพปัญหาของแต่ละอำเภอ ดังนั้นเพื่อให้ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ของกระทรวง กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองครอบคลุมมากที่สุด อำเภอหนองจิกจึงได้ดำเนินการตามนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานีที่ได้กำหนดให้ทุกสถานบริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแก่กลุ่มเป้าหมายให้ได้ตามเกณฑ์ของกระทรวง คือ ร้อยละ 20 ต่อปีและครอบคลุมร้อยละ 80 ในปี 2557 ซึ่งมีผลการดำเนินงานดังนี้คือ ปีงบประมาณ 2553 กลุ่มเป้าหมาย 12,987 คน ได้รับการคัดกรอง 1,572 คน คิดเป็นร้อยละ 12.10 พบความผิดปกติ 8 คนป่วยเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 1 คน ปี 2554 กลุ่มเป้าหมาย 13,058 คน ได้รับการคัดกรอง

2,181 คน คิดเป็นร้อยละ 16.70 พบความผิดปกติ จำนวน 2 คน ปีงบประมาณ 2555 กลุ่มเป้าหมาย 13,221 คน ได้รับการคัดกรอง 1,769 คน คิดเป็นร้อยละ 13.38 พบความผิดปกติ 4 คนป่วยเป็นโรคมะเร็ง 2 คน เสียชีวิต 1 คน ปีงบประมาณ 2556 กลุ่มเป้าหมาย 12,662 คน ได้รับการคัดกรอง 1,603 คน คิดเป็นร้อยละ 12.65 พบความผิดปกติ 1 คน ป่วยเป็นโรคมะเร็ง 1 คน (สาธารณสุขอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี, 2556) จากข้อมูลดังกล่าวนี้พบว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาของอำเภอหนองจิก ดังนั้นปี 2556 โดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก (คปสอ.) ได้จัดทำแผนงานปฏิบัติการ ในแผนยุทธศาสตร์ของอำเภอหนองจิก ในการพัฒนาระบบและศักยภาพของบุคลากรผู้ให้บริการ เพื่อให้การบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ในระดับตำบล โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 86 ได้จัดทำโครงการในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา ซึ่งมีกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ เช่น การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและการสร้างแรงจูงใจ ทำให้มีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้เพิ่มมากขึ้น แต่ยังมีบางรพ.สต.ที่คัดกรองกลุ่มเป้าหมายได้น้อยมาก ส่งผลให้ความครอบคลุมในการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายของอำเภอหนองจิกยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในด้านคุณลักษณะบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) และด้านความรู้ความเข้าใจและอิทธิพลที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) (Pender, N.J.,1987) มาใช้ในการศึกษา เพื่อทราบถึงปัจจัยที่สามารถตอบสนองความต้องการของสตรีได้ตรงจุด ซึ่งจะเป็นประโยชน์ด้านข้อมูลและแนวทางในการวางแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
2. เพื่อเปรียบเทียบ ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. การรับรู้อุปสรรคของตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
5. ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
6. ปัจจัยด้านอิทธิพลสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
7. สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และ ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัยเกี่ยวกับประชากร ตัวแปร และเนื้อหา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้เป็น สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในช่วงปีงบประมาณ 2553 - 2556 จำนวน 12,592 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในช่วงปีงบประมาณ 2553 - 2556 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 388 คน ดำเนินการสุ่มโดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1) อายุ
- 2) ศาสนา
- 3) สถานภาพสมรส
- 4) ระดับการศึกษา
- 5) รายได้

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย

- 1) การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก

2.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์

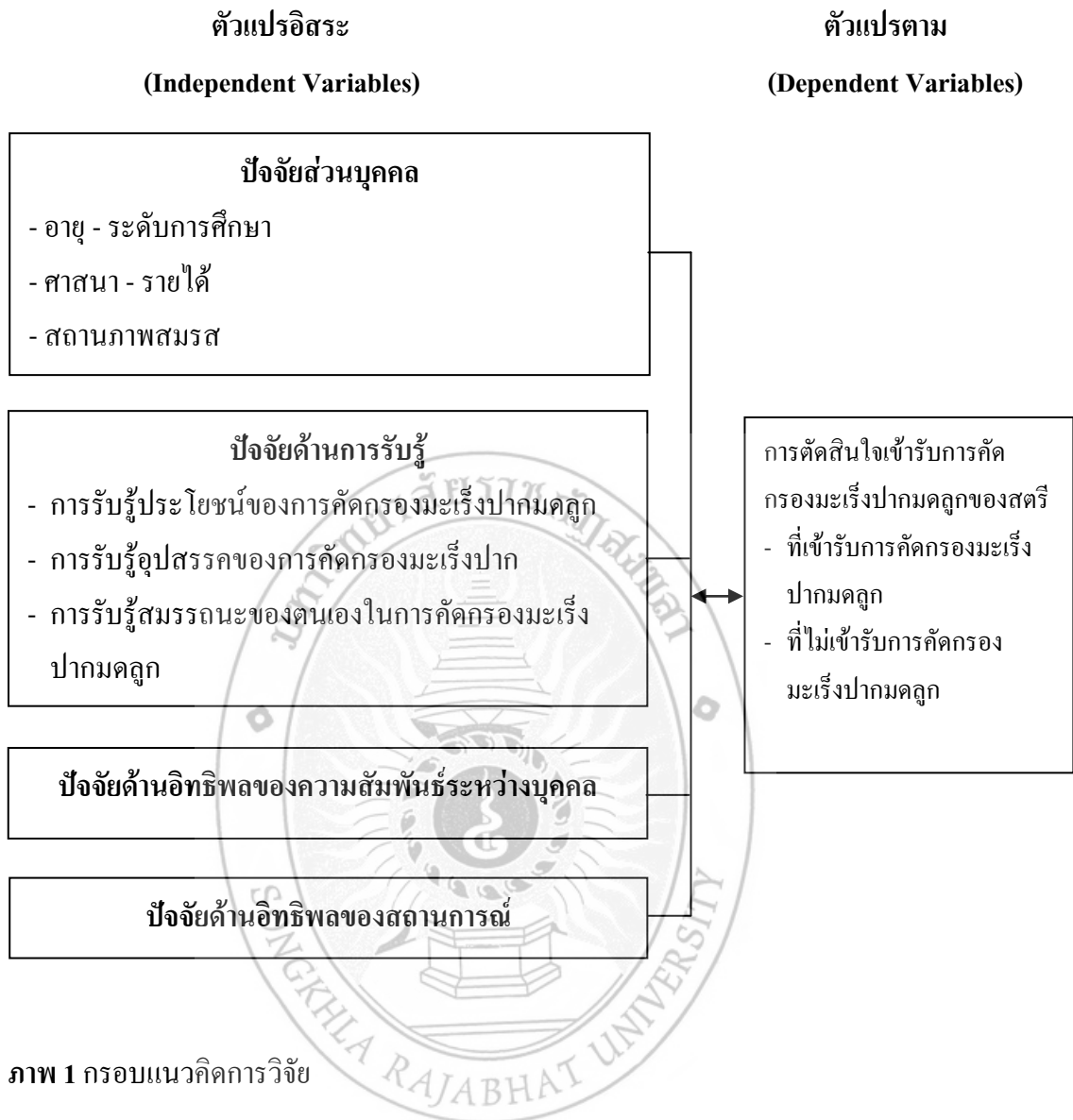
2.5 การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ขอบเขตเนื้อหา

เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี โดยผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยที่จะศึกษาคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรค ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ โดยได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลสถานการณ์ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรบ้างที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้



นิยามศัพท์เฉพาะ

ปัจจัย หมายถึง ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้สมรรถนะของตนเอง อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์ ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี กลุ่มตัวอย่าง

การตัดสินใจ หมายถึง การเลือกปฏิบัติจากสองทางเลือกหรือมากกว่า เช่น การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ (Pap Smear หรือ Pap Test) โดยแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม จะใช้เครื่องมือสอดผ่านและถ่างช่องคลอด จากนั้นจะทำการป้ายเซลล์จากมดลูก จากหน่วยบริการทางการแพทย์ ในช่วงปีงบประมาณ 2553 - 2556 โดยมีผลการตรวจมายืนยัน

หน่วยบริการทางการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงพยาบาล หรือสถานบริการเอกชน เช่น คลินิกแพทย์ โรงพยาบาลเอกชน

สตรี หมายถึง ผู้หญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในปีงบประมาณ 2553 - 2556

สตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ผู้หญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่ได้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งในช่วง ปีงบประมาณ 2553 - 2556

สตรีที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ผู้หญิงที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่ไม่ได้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งในช่วง ปีงบประมาณ 2553 - 2556

ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึง อายุ ศาสนา สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา และรายได้

การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเข้าใจหรือความรู้ต่อนิวกิจของสตรีถึงผลดีหรือคุณค่าที่จะได้รับเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกรู้สึกหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พอใจ เข้าใจผิด ค่าใช้จ่าย ไม่สะดวก สภาพอากาศ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตัดสินใจ ความสามารถของตนเองในการไปรับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกให้ได้ เช่น มั่นใจว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้

อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญกับสตรี เช่น ครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข

อิทธิพลสถานการณ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สถานการณ์หรือบริบทที่สตรีคิดว่าเอื้อต่อการเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูก

เชื้อ HPV หมายถึง เชื้อไวรัส HPV ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรี

วัคซีนป้องกันการติดเชื้อ HPV หมายถึง วัคซีนที่ฉีดให้กับสตรีที่มีอายุ 9-26 ปี ในการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนายุทธศาสตร์การดำเนินงานมะเร็งปากมดลูกของอำเภอหนองจิก
2. นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากลวิธีในการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น
3. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นที่เกี่ยวข้องกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



บทที่ 2

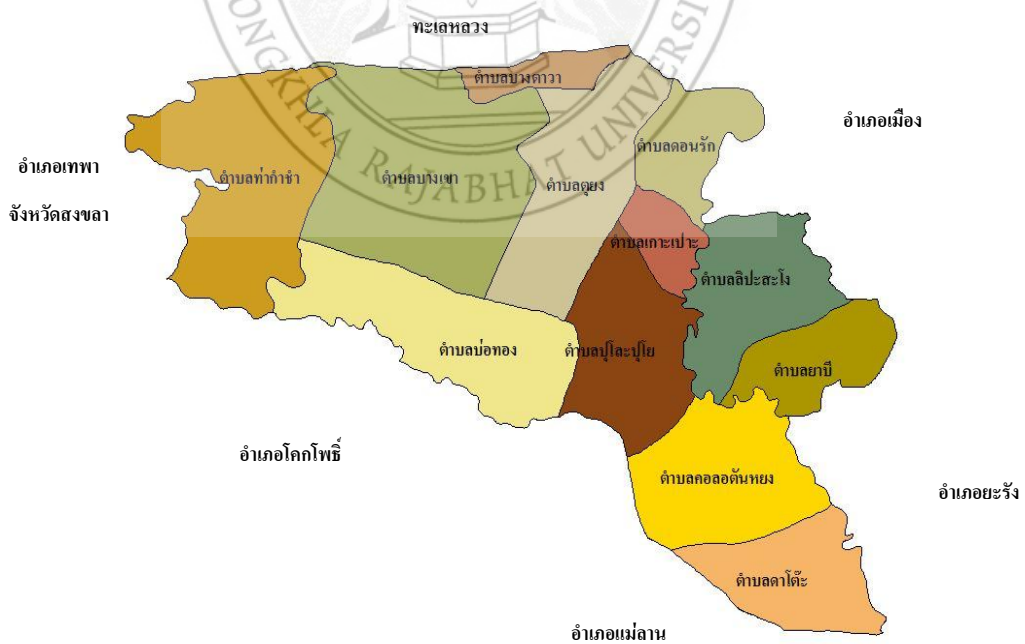
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของอำเภอหนองจิก
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลทั่วไปของอำเภอหนองจิก

อำเภอหนองจิก เดิมเรียกว่า เมืองหนองจิก ซึ่งเป็นเมืองหนึ่งใน 7 หัวเมือง ได้รับการจัดตั้งเป็นอำเภอตั้งแต่ปี พ.ศ. 2444 จนถึงปัจจุบัน เมืองหนองจิกเป็นเมืองหน้าด่าน ประตูสู่จังหวัดปัตตานี มีการคมนาคมสะดวก ประชาชนส่วนใหญ่ยึดถือปฏิบัติตามหลักศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี ท้องถิ่น มีรูปแบบ การดำเนินชีวิตที่เรียบง่าย มีลักษณะสภาพการณ์ทั่วไปและสภาพการณ์ด้านสุขภาพดังนี้



ภาพ 2 อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

ขนาดและที่ตั้ง อำเภอหนองจิก ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกของจังหวัดปัตตานี ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 1 ตำบลคูยง มีเนื้อที่ประมาณ 231 ตารางกิโลเมตร และมีอาณาเขตดังนี้คือ

ทิศเหนือ ติดต่ออำเภอไทย

ทิศใต้ ติดต่ออำเภอยะรัง อำเภอโคกโพธิ์ อำเภอแม่ลาน จังหวัดปัตตานี

ทิศตะวันออก ติดต่ออำเภอเมืองปัตตานี อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี

ทิศตะวันตก ติดต่ออำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี และอำเภอเทพา จังหวัดสงขลา

การเมืองการปกครอง อำเภอหนองจิก แบ่งการปกครอง เป็น 12 ตำบล 76 หมู่บ้าน มีเทศบาล จำนวน 2 เทศบาลตำบล มีองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 11 แห่ง

การคมนาคม อำเภอหนองจิก มีการคมนาคมติดต่อกับอำเภออื่น ๆ และจังหวัดใกล้เคียง โดยแบ่งการคมนาคมดังนี้

ทางบก มีทางหลวงแผ่นดิน สายที่ 42 ซึ่งผ่านมาจากอำเภอโคกโพธิ์ เข้าสู่ตัวจังหวัดปัตตานีและถนนเพชรเกษม/สายเอเชีย ที่ 18 ซึ่งเชื่อมกับจังหวัดสงขลาและนราธิวาส อำเภอหนองจิกมีระยะทางห่างจากจังหวัดปัตตานี 8.7 กิโลเมตร ห่างจากกรุงเทพฯ โดยทางรถไฟประมาณ 1,055 กิโลเมตร

ทางอากาศ มีสนามบิน จำนวน 1 แห่งคือ สนามบินบ่อทอง ห่างจากอำเภอหนองจิก ประมาณ 6 กิโลเมตร ขนาดทางวิ่ง $40 \times 1,400$ เมตร แต่หยุดดำเนินการเชิงพาณิชย์ ตั้งแต่ปี 2538 เนื่องจากประชาชนนิยมใช้ท่าอากาศยานหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ปัจจุบันใช้เฉพาะในการกิจทางราชการทหาร

ลักษณะภูมิอากาศ จังหวัดปัตตานี อยู่ภายใต้อิทธิพลของลมมรสุมตะวันออกเฉียงใต้ และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ อุณหภูมิเฉลี่ยตลอดปีประมาณ 27.30 ภูมิอากาศแบ่งออกเป็น 2 ฤดู คือ ฤดูร้อน จะเริ่มตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ถึง เดือนเมษายน และฤดูฝนจะเริ่มตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนมกราคม

ด้านประชากร โครงสร้างประชากรอำเภอหนองจิกมีประชากรทั้งหมด 74,289 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2555) โดยสัดส่วนของประชากรในวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี) มีแนวโน้มสูงขึ้น จาก ร้อยละ 58.88 ในปี 2544 เป็นร้อยละ 62.92 ในปี พ.ศ. 2555 และสัดส่วนของประชากรใน วัยผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.80 ในปี 2544 เป็น ร้อยละ 11.4 ในช่วงเวลาเดียวกัน

ด้านศาสนาและวัฒนธรรม ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 87.81 ศาสนาพุทธ ร้อยละ 12.17 และศาสนาอื่น ๆ ร้อยละ 0.02 ศิลปวัฒนธรรม ประเพณีในอำเภอหนองจิก ได้แก่ งานวันอนุรักษ์มรดกไทย จัดขึ้นในวันที่ 2 เมษายน ของทุกปี งานเทศกาลเดือนสิบ จัดขึ้นในวันขึ้น 15 ค่ำ และแรม 15 ค่ำ เดือนสิบ งานเทศกาลฮารีรายอ ของชาวไทยมุสลิมหลังถือศีลอด ในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง สิงหาคม เป็นเวลา 30 วัน นอกจากนี้ประชาชนหนองจิกมีตั้งคคมความเป็น

เครือญาติสูง ยึดถือผู้นำโดยเฉพาะผู้นำศาสนา และผู้นำท้องถิ่น การติดต่อสื่อสารในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูท้องถิ่น มีการอ่าน พุด เขียน ภาษาไทยน้อย ยึดมั่นในหลักคำสอนศาสนา อย่างเคร่งครัด จึงนิยมส่งบุตรหลานเข้าเรียนในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม และยังคงสืบทอด ประเพณีวัฒนธรรมที่สำคัญไว้ เช่น การแต่งกายของชาวไทยมุสลิมทั้งชายและหญิง การถือศีลอด การเข้าพิธีสุนัต และประเพณีวันฮารีรายอ ส่วนศาสนสถานของศาสนาต่าง ๆ มีดังนี้คือ มีวัด จำนวน 6 แห่ง, มัสยิด จำนวน 74 แห่ง, สุเหร่า จำนวน 36 แห่ง

ด้านเศรษฐกิจ สภาพเศรษฐกิจของอำเภอหนองจิก ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม การปศุสัตว์ และการประมงทั้งประเภทประมงชายฝั่ง (ประมงพื้นบ้าน) และอุตสาหกรรม การประมง รวมถึงอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการประมง นอกจากนี้ยังมีฟาร์มตัวอย่างตามโครงการ พระราชดำริของสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ที่บ้านน้ำดำ ตำบลบุโละปุโย และบ้านโคกหมัก ตำบลคาโต๊ะ และโรงงานผลิตอาหารฮาลาล ซึ่งรับผลผลิตจากเกษตรกรในพื้นที่มาแปรรูป ซึ่งตั้งอยู่ที่ หมู่ที่ 1 ตำบลบ่อทอง ประชากรในอำเภอหนองจิก มีรายได้เฉลี่ยต่อหัวต่อปี 20,333 บาท

ด้านการศึกษา อำเภอหนองจิก มีโรงเรียนสังกัดประถมศึกษา จำนวน 41 แห่ง และ โรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 2 แห่ง วิทยาลัยสังกัดกรมอาชีวศึกษา จำนวน 1 แห่ง วิทยาลัยประมง จำนวน 1 แห่ง ถึงแม้จะมีสถานศึกษาจำนวนมากแต่จากการสำรวจข้อมูลสถานสุขภาพ พบว่า ประชาชน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.43 ส่วนใหญ่ผู้ปกครองนิยมส่งบุตรหลานศึกษาต่อ ในโรงเรียนสอนศาสนา สำหรับคนที่ศึกษาตามระบบการศึกษาปกติ เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบ ทำให้มีการปิดโรงเรียนบ่อยครั้ง นักเรียนได้รับการศึกษาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพการศึกษาของ ประชาชน

ด้านทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมของ อำเภอหนองจิก ประกอบด้วย ป่าชายเลน สัตว์น้ำ ประมงชายฝั่ง และที่ดินชายทะเล สำหรับสภาพ ปัญหาทรัพยากรชายฝั่งของอำเภอหนองจิกเกิดจากการลักลอบใช้วอนรุน ทำให้มีผลกระทบกับ ระบบนิเวศ และการประกอบอาชีพประมงชายฝั่งของประชาชน

2. สภาพการณ์ด้านสุขภาพ

2.1 สถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในอำเภอหนองจิก ประกอบด้วย

- 1) โรงพยาบาลชุมชน 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง
- 2) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม จำนวน 1 แห่ง
- 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 15/1 แห่ง
- 4) ร้านขายยาแผนปัจจุบัน จำนวน 2 แห่ง

2.2 บุคลากรสาธารณสุข ในอำเภอหนองจิก ประกอบด้วย

- 1) แพทย์ จำนวน 6 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 16,209
- 2) ทันตแพทย์ จำนวน 3 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 21,612
- 3) เภสัชกร จำนวน 6 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 16,209
- 4) พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 53 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 1,581
- 5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 107 คน สัดส่วนต่อประชากร 1 : 1,351

จากข้อมูลพบว่าบุคลากรสาธารณสุขในภาครัฐของอำเภอหนองจิก ยังขาดแคลนในกลุ่มแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (เจ้าพนักงานสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข)

ตาราง 1 แสดงสถิติชีพของประชาชน อำเภอหนองจิก ปี 2551– 2555

รายการข้อมูล	2551	2552	2553	2554	2555
อัตราเกิด : 1,000 ประชากร	9.99	16.47	13.23	14.85	13.64
อัตราตาย : 1,000 ประชากร	2.62	3.46	3.04	3.25	3.09
อัตราเพิ่ม (ร้อยละ)	0.74	1.30	1.02	1.16	1.06
อัตรามารดาตาย : 100,000 การเกิดมีชีพ	142.65	0	99.40	0	215.98
อัตราทารกตาย : 1,000 ประชากร	0.04	0.23	0.20	0.89	1.10

ที่มา: สุนธิบัตร, มรณบัตร, รายงาน ก.1, ก.2

ข้อมูลปี 2551-2555 จากตารางพบว่า อัตราการเกิดและอัตราการตาย มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยและอัตราการเพิ่มของประชากรก็ลดลงเล็กน้อยเช่นกัน จาก 1.16 เป็น 1.06 ในปี 2554 และปี 2555 ตามลำดับ อัตราทารกตายต่อพันประชากร มีอัตราเพิ่มขึ้นจาก 0.89 ในปี 2554 เป็น 1.10 ในปี 2555 ตามลำดับ สำหรับอัตราการตายของมารดา ยังมีมารดาตาย ในปี 2551 , 2553 และ ปี 2555 มีอัตราเพิ่มสูงมากที่สุด สาเหตุเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์และการคลอด เช่น มีภาวะโลหิตจาง ระหว่างตั้งครรภ์ มีโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง และ เบาหวาน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของอำเภอหนองจิก

3. สถานการณ์แนวโน้มด้านสุขภาพ

สาเหตุการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่มีแนวโน้มสูงขึ้น คือโรกระบบไหลเวียนเลือด โรคผิวหนัง โรกระบบย่อยอาหาร ส่วนโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา และมีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ โรคอุจจาระร่วง ตาแดง โรคปอดบวม ไข้เลือดออก ไข้สวกใส ตามลำดับ โดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรค ยังมีผลกระทบจากภาวะโลหิตจาง ในหญิงตั้งครรภ์ ในปี 2551 – 2555 เป็น 19.42, 21.02 ,16.98, 14.36 และ 16.11 ตามลำดับ ส่วนภาวะโภชนาการที่ต่ำกว่าเกณฑ์มีอัตราลดลง จากปี 2554 ร้อยละ 7.08 เป็นร้อยละ 13.39 ในปี 2555 ในขณะที่ ภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 4.42 ในปี 2554 เป็นร้อยละ 2.14 ในปี 2555 สำหรับการป้องกันและการควบคุมโรค พบว่ายังมีโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ยังพบในพื้นที่ คือ โรคหัด (ในทุกกลุ่มอายุ) แต่มีแนวโน้มลดลง และโรคที่เป็นปัญหาสำคัญที่กลับมาระบาดซ้ำในปี 2554 คือ โรคคอตีบ แต่มีอัตราลดลงในปี 2555 และในปี 2555 พบการระบาดของหัดเยอรมันกับทหารพรานในค่ายพญาอินทรีรา ตำบลบ่อทอง เป็นต้น

โรคติดต่อที่ยังคงพบอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรควัณโรคปอด และโรคเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มการเกิดโรคสูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็ง

4. การส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

อำเภอหนองจิก ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ/โครงการตามยุทธศาสตร์ อย่างต่อเนื่องทุกปี ตามรายละเอียดดังนี้

กลุ่มเด็กและสตรี มีการรณรงค์ให้ออกฉีดวัคซีนเชิงรุกในพื้นที่แก่เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนหรือได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ การเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและพัฒนาการเด็ก การรณรงค์การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์หรือฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และการคลอด เช่น ภาวะโลหิตจาง ส่งผลให้เกิดการตกเลือดในระยะคลอดหรือคลอด

กลุ่มนักเรียนหรือเยาวชน การส่งเสริมและเฝ้าระวังด้านทันตสาธารณสุข การตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิในเด็กนักเรียน จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ เพศศึกษา ยาเสพติด และโรคเอดส์ เพื่อให้เยาวชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและลดปัญหาการติดยาเสพติด การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น

กลุ่มผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 2 ส. และตรวจสุขภาพประจำปี การคัดกรองโรค เช่น คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน โรคตาต้อกระจก

กลุ่มผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส การติดตามเยี่ยมดูแลแบบองค์รวม โดยเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ

กลุ่มวัยทำงาน มีการรณรงค์และส่งเสริมให้ตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน แก่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่กลุ่มเสี่ยงตามหลัก 3 อ. 2 ส. ส่งเสริมการตรวจคัดกรองเต้านมตนเองอย่างต่อเนื่องของสตรีอายุ 30 – 70 ปี เพื่อให้ผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติได้รับการรักษาอย่างทันถ่วงที ลดการป่วยเป็นระยะลุกลามและลดอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม และส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีอายุ 30 – 60 ปี อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบ 5 ปี (ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553- พ.ศ.2557) ปีละ 20 % ครอบคลุมสตรีกลุ่มเป้าหมายให้ได้ร้อยละ 80 ในปี 2557

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งในสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของสตรีเป็นอันดับ 3 ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีทั่วโลก รองมาจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกทั่วโลกและในประเทศไทย สำนักงานวิจัยมะเร็งนานาชาติ ขององค์การอนามัยโลก ได้รายงานสถิติของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 530,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 85 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 275,000 คนต่อปี ซึ่งประมาณร้อยละ 88 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนาเช่นกัน (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2555; ชูศักดิ์ งามไพบุลย์, 2555)

สำหรับในประเทศไทยมะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับที่ 2 รองมาจากมะเร็งเต้านม และปัจจุบันยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ โดยมีอุบัติการณ์ปรับมาตรฐานตามอายุ เท่ากับ 24.5 ต่อประชากรสตรี 100,000 คนต่อปี ในแต่ละปี มีจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณ 10,000 คน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกประมาณ 5,200 คน หรือประมาณร้อยละ 52 ถ้าคิดเป็นวันแล้วจะตรวจพบมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยวันละประมาณ 27 คน และมีสตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเฉลี่ยวันละ 14 คน ในการเสียชีวิตจากมะเร็งของสตรีไทยนั้น สตรีไทยเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกเป็นอันดับ 2 รองมาจากมะเร็งตับ

สาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคือ การติดเชื้อ human papillomavirus (HPV) ชนิดก่อมะเร็ง จากการตรวจชิ้นเนื้อมะเร็งปากมดลูกของผู้ป่วย 22 ประเทศ จำนวนมากกว่า 1,000 ราย รวมทั้งจากประเทศไทยโดยตรวจด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) พบว่าตรวจพบ DNA ของเชื้อ HPV สูงถึงร้อยละ 99.7 การติดเชื้อ HPV ชนิดความเสี่ยงสูง หรือชนิดก่อมะเร็ง โดยเฉพาะการติดเชื้อแบบฝังแน่น ที่ปากมดลูก เป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเกิดมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ของการติดเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศจะเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อ HPV ซึ่งส่วนใหญ่จะไม่มีอาการทั้งในผู้หญิงและในผู้ชาย โรคมะเร็งปากมดลูกจึงเป็นมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ จากการที่เชื้อ HPV โดยมีสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกได้มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ควรเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกันอาการของโรค วิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา มีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูกมี 3 ปัจจัยสำคัญ คือ ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย และปัจจัยอื่น มีรายละเอียดแต่ละปัจจัย ดังนี้ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2555; หน่วยสาสนสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

1.1 ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวช

ปัจจัยเสี่ยงทางนรีเวชส่วนใหญ่แล้วเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศของสตรี ได้แก่

1.1.1 การมีคู่นอนหลายคน ความเสี่ยงจะสูงขึ้นตามจำนวนของคู่นอนที่เพิ่มขึ้น

1.1.2 การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นช่วงอายุ 14 - 17 ปี โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก หลังจากเริ่มมีระดูจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงที่เซลล์เยื่อเมือกปากมดลูกมีการกลายรูปจาก columnar epithelium เป็น squamous epithelium อย่างมาก ช่วงที่เซลล์มีการกลายรูปนี้ จะมีความไวสูงต่อสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะเชื้อ HPV (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2555)

1.1.3 การตั้งครรภ์หรือมีลูกหลายคน จำนวนครั้งของการคลอดลูกมีชีพมากกว่า 4 ครั้ง จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-3 เท่า

1.1.4 การมีประวัติเป็นกามโรค การติดเชื้อกามโรคบางชนิด เช่น herpes simplex, syphilis, gonorrhea, nongonococcal infection, trichomoniasis, candidiasis และ condyloma acuminata อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV สูงขึ้นด้วย

1.1.5 การรับประทานยาคุมกำเนิดเป็นเวลานาน ความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่ติดเชื้อ HPV จะสูงขึ้น ตามระยะเวลาที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด โดยมีความเสี่ยงสัมพัทธ์ = 0.9, 1.3 และ 2.5 ถ้าใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดนานไม่เกิน 5 ปี นาน 5-9 ปี และนานกว่า 10 ปี ตามลำดับ การคุมกำเนิดแบบวางก้น เช่น ถุงยางอนามัย หรือแผ่นครอบปากมดลูกช่วยลดความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.1.6 การไม่มารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้อุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกยังคงสูงอยู่ในประเทศไทย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเลย

1.1.7 ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคและการเจริญพันธุ์ เช่น อายุเมื่อมีระดูครั้งแรก อายุเมื่อหมดระดู จำนวนครั้งของการแท้งเอง และการทำแท้ง จำนวนครั้งของการผ่าตัดคลอดลูก ทางหน้าท้อง ไม่มีความสัมพันธ์อย่างชัดเจนกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.2 ปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย

ภูมิภาคที่มีอุบัติการณ์ของมะเร็งปากมดลูกสูงจะมีอุบัติการณ์ของมะเร็งองคชาตสูงด้วยเช่นกัน สตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เป็นมะเร็งองคชาตมีความเสี่ยงต่อมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น รวมทั้งสตรีที่แต่งงานกับผู้ชายที่เคยมีภรรยาเป็นมะเร็งปากมดลูกจะมีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้นด้วย คู่นอนของสตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกอาจจะมีประวัติว่ามีคู่นอนหลายคน หรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคหนองใน ริม หรือหูดหงอนไก่ และชอบเที่ยวโสเภณี ซึ่งจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HPV ผู้ชายเหล่านี้ส่วนใหญ่จะมีการติดเชื้อ HPV อยู่ในท่อปัสสาวะที่องคชาตหรือที่อวัยวะเพศภายนอกแต่ไม่มีอาการ

1.3 ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ

เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของสตรีหรือปัจจัยเสี่ยงทางนิเวศและปัจจัยเสี่ยงทางฝ่ายชาย ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยงดังนี้คือ

1.3.1 การสูบบุหรี่ สตรีที่ติดเชื้อ HPV ถ้าสูบบุหรี่ด้วยจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 2-10 เท่า ขึ้นกับปริมาณและระยะเวลาที่สูบ สตรีที่ไม่ได้สูบบุหรี่แต่ได้รับควันบุหรี่โดยอ้อม ก็มีความเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.3.2 ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ สตรีที่ได้รับยากดภูมิคุ้มกันสตรีที่ได้รับการปลูกถ่ายไต และสตรีที่ติดเชื้อ HIV จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HPV แบบฝังแน่น และเป็นมะเร็งปากมดลูกได้สูงขึ้น

1.3.3 สตรีที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ มีความชุกของการติดเชื้อ HPV สูงกว่า และมีความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกสูงขึ้น 5 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีที่มีฐานะสูงกว่า

1.3.4 พันธุกรรม จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่า มะเร็งปากมดลูกเกิดขึ้นได้บ่อยในมารดาและพี่สาว หรือน้องสาวของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการมีหน่วยพันธุกรรมที่ไวต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูกหรืออาจจะเป็นผลจากสิ่งแวดล้อมในครอบครัวที่เหมือนกันก็ได้ อย่างไรก็ตามผลของกรรมพันธุ์ต่อมะเร็งปากมดลูกมีน้อยมากจนไม่น่าวิตกกังวล

1.3.5 การขาดสารอาหารบางชนิด การรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอ วิตามินซี และกรดโฟลิกต่ำ อาจเกี่ยวข้องกับการเป็นมะเร็งปากมดลูก แต่โดยทั่วไปแล้ว การขาดสารอาหารดังกล่าวมีผลน้อยมากต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก

1.3.6 การรับประทานฮอร์โมนรักษาในสตรีวัยหมดระดูไม่มีผลต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก สตรีที่เป็นมะเร็งปากมดลูกสามารถรับประทานฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ตามข้อบ่งชี้จำเป็นของการให้ฮอร์โมนรักษา

2. การป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การป้องกันมะเร็งปากมดลูกมีจุดประสงค์หลักเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย และการเสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก การป้องกันแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556)

2.1 การป้องกันปฐมภูมิ คือ การหลีกเลี่ยงสาเหตุหรือลดปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก ซึ่งก็คือการป้องกันไม่ให้ปากมดลูกติดเชื้อ HPV เช่น การละเว้นการมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิด การซื้อสัต์ยต์ก่อนโดยการมีคู่นอนคนเดียวและหลีกเลี่ยงคู่นอนที่มีคู่นอนหลายคน และการฉีด HPV vaccine เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อ HPV

สำหรับการฉีด HPV vaccine เป็นการป้องกันแบบปฐมภูมิ เพื่อช่วยป้องกันการติดเชื้อ HPV และลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะยาว ผลการศึกษา เกี่ยวกับ HPV vaccine พบว่ามีความปลอดภัยสูง กระตุ้นภูมิคุ้มกันได้แรงกว่าการติดเชื้อ HPV ตามธรรมชาติ และมีประสิทธิภาพสูงมากอย่างมีนัยสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อ HPV จากเชื้อ HPV สายพันธุ์เดียวกับวัคซีนที่ฉีด อย่างไรก็ตามการตรวจ คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก็ยังคงมีความจำเป็นอยู่เนื่องจาก HPV 16/18 vaccine สามารถครอบคลุมเชื้อ HPV 16/18 ที่เป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกได้ประมาณร้อยละ 70 (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2551; ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย, 2555)

นอกจากนี้ สิ่งที่ต้องพิจารณาก่อนการฉีด HPV Vaccine คือ

- 2.1.1 การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อ HPV หูดหงอนไก่ได้ทุกสาย
 - 2.1.2 การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ HPV สายพันธุ์อื่นที่ไม่ได้มีในวัคซีน
 - 2.1.3 ถ้ามีการติดเชื้อ HPV แล้วประสิทธิภาพของวัคซีนจะลดลงหรือได้ประโยชน์ไม่สูงเท่าที่ควร
 - 2.1.4 การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถใช้รักษาหูดหงอนไก่ รอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก รอยโรคก่อนมะเร็งของช่องคลอดและรอยโรคก่อนมะเร็งปากช่องคลอดได้ ถ้ามีรอยโรคดังกล่าว ควรรักษาให้หายก่อน
 - 2.1.5 การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถป้องกันโรคอื่น ๆ ของอวัยวะเพศที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ HPV เช่น โรคเริม และตกขาวจากเชื้อโรคชนิดต่าง ๆ เป็นต้น
 - 2.1.6 ถ้ามีภูมิคุ้มกันต่ำหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง การตอบสนองทางภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนอาจจะลดลง
 - 2.1.7 หลังจากฉีดวัคซีน HPV แล้ว ถ้ามีเพศสัมพันธ์ควรจะมีเพศสัมพันธ์ในเชิงป้องกันการติดเชื้อ HPV ด้วย เช่น การมีคู่นอนคนเดียว หรือ การคุมกำเนิด โดยการใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น
 - 2.1.8 ฉีดวัคซีนแก่เด็กวัยรุ่นหญิง ผู้หญิงอายุ 9-26 ปี ช่วงอายุช่วงที่ดีที่สุดคือช่วงอายุ 11-15 ปี เพราะพบว่าเป็นอายุที่เหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุด เนื่องจากเป็นอายุก่อนเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ยังไม่ติดเชื้อ HPV
 - 2.1.9 การฉีดวัคซีน HPV ไม่สามารถใช้ทดแทนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ หลังฉีดวัคซีน HPV แล้ว ควรมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามที่แพทย์นัด
- ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงประโยชน์ของ HPV Vaccine และเปรียบเทียบกับราคาของวัคซีน ซึ่งในปัจจุบันราคา 3 เข็ม ประมาณ 7,000 – 8,000 บาท จึงทำให้กระทรวงสาธารณสุขไม่มีนโยบายในการใช้วิธีป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายด้วยการฉีดวัคซีน HPV ในสถานบริการทุกแห่ง

2.2 การป้องกันทุติยภูมิ คือ การตรวจหาและรักษาความผิดปกติในระยะเริ่มแรกของการเกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเรียกว่าระยะก่อนมะเร็ง หรือระยะก่อนลุกลาม ได้แก่

- 2.2.1 การตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูก หรือ Pap smear เพื่อหามะเร็งในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง อย่างน้อยทุก 5 ปี (ถ้าเป็นไปได้ สตรีที่มีเพศสัมพันธ์แล้วทุกคน ควรตรวจทุก 1-2 ปี หากผลปกติ 2-3 ครั้งก็สามารถเว้นระยะห่างออกไปได้) และการให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของปากมดลูกที่ถูกต้อง ผู้หญิงทุกคนที่อายุ 30 ปีขึ้นไป และผู้ที่มี

เพศสัมพันธ์แล้วควรต้องได้รับการตรวจคัดกรอง Pap smear สามารถทำได้ระหว่างการตรวจภายใน ใช้เพียงเวลา 1-2 นาที ในการเก็บตัวอย่างเซลล์เยื่อผิวจากบริเวณปากมดลูกและช่องคลอดด้านใน ป้ายลงบนแผ่นสไลด์แก้ว ก่อนจะนำแผ่นสไลด์ส่งไปย้อมสีด้วยวิธีการเฉพาะแล้วให้พยาธิแพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจหาเซลล์ที่ผิดปกติผ่านกล้องจุลทรรศน์ โดยต้องมีการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการตรวจ ดังนี้คือ ไม่มีการตรวจภายในมาก่อน 24 ชั่วโมง ไม่มีการเหน็บยาในช่องคลอดมาก่อน 48 ชั่วโมง ห้ามล้างหรือทำความสะอาดภายในช่องคลอดมาก่อน 24 ชั่วโมง และงดการมีเพศสัมพันธ์ก่อนเข้ารับการตรวจ

2.2.2 การตรวจด้วยน้ำส้มสายชู หรือ VIA เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจภายในและน้ำส้มสายชูรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ.1982 VIA สามารถทำได้โดยการตรวจภายในให้เห็นปากมดลูกและขลุ่ยปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5 % ภายหลังจากรอเวลา 1 นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณปากมดลูก ซึ่งมีลักษณะเป็นสีขาว ซึ่งแสดงความผิดปกติในระยะก่อนที่ จะเป็นมะเร็ง

2.3 การป้องกันตติยภูมิ คือ การรักษามะเร็งปากมดลูกเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค และการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3. อาการของมะเร็งปากมดลูก

อาการของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจะมากหรือน้อยขึ้นกับระยะของมะเร็ง ในระยะแรก อาจไม่มีอาการผิดปกติและตรวจพบจากการตรวจคัดกรองหรือการตรวจด้วยกล้องขยายร่วมกับการตัดเนื้อออกตรวจทางพยาธิวิทยา อาการที่อาจพบในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2556)

3.1 การตกเลือดทางช่องคลอด เป็นอาการที่พบได้มากที่สุดประมาณร้อยละ 80 - 90 ของผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะเลือดที่ออกอาจจะเป็น เลือดออกกะปริบกะปรอยระหว่างรอบเดือน เลือด ออกหลังมีเพศสัมพันธ์ มีน้ำออกปนเลือด ตกขาวปนเลือด เลือดออกหลังวัยหมดประจำเดือน

3.2 อาการในระยะหลังเมื่อมะเร็งลุกลามมากขึ้น ได้แก่ ขาบวม ปวดหลังรุนแรง ปวดก้นกบและต้นขา ปัสสาวะเป็นเลือด ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด

ระยะของมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกได้เป็น 2 ระยะใหญ่ ๆ คือ

1) ระยะก่อนมะเร็งหรือระยะก่อนลุกลาม ระยะนี้เซลล์มะเร็งยังอยู่ภายในชั้นเยื่อผิวปากมดลูก ไม่ลุกลามเข้าไปในเนื้อปากมดลูก ผู้ป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติเลย แต่ตรวจพบได้จาก การตรวจคัดกรองโดยการตรวจทางเซลล์วิทยาของปากมดลูกที่เรียกว่า แพปสเมียร์

2) ระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 4 ระยะย่อย คือ

2.1) ระยะที่ 1 มะเร็งลุกลามอยู่ในปากมดลูก

2.2) ระยะที่ 2 มะเร็งลุกลามไปที่เนื้อเยื่อข้างปากมดลูก และ / หรือผนังช่องคลอด

ส่วนบน

2.3) ระยะที่ 3 มะเร็งลุกลามไปที่ด้านข้างของเชิงกราน และ / หรือผนังช่องคลอด

ส่วนล่าง หรือกดท่อไตจนเกิดภาวะไตบวมน้ำ

2.4) ระยะที่ 4 มะเร็งลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ไส้ตรง หรืออวัยวะอื่น ๆ เช่น ปอด กระดูก และต่อมน้ำเหลืองนอกเชิงกราน เป็นต้น

4. วิธีการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามประกอบด้วยขั้นตอนและหลักการสำคัญ ดังนี้ (หน่วยสาสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552)

4.1 การตรวจภายในพบก้อนมะเร็งปากมดลูกชัดเจน ซึ่งต้องยืนยันการวินิจฉัยโรคโดยการทำการ biopsy เพื่อตรวจทางพยาธิวิทยา ก่อนที่จะวางแผนการรักษาต่อไป

4.2 การตรวจทางเซลล์วิทยา หรือ “แปปสเมียร์” เป็นการตรวจภายในร่วมกับการเก็บเอาเซลล์บริเวณปากมดลูกไปตรวจทางเซลล์วิทยา

4.3 การตรวจด้วยกล้องขยาย หรือ คอลโปสโคป ร่วมกับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจทางพยาธิวิทยา

4.4 หัตถการอื่น ๆ ที่อาจช่วยในการวินิจฉัยมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ การขูดภายในปากมดลูก การตัดปากมดลูกออกด้วยห้วงไฟฟ้า การตัดปากมดลูกออกเป็นรูปกรวยด้วยมีด

5. การรักษา

แบ่งออกเป็น 4 วิธี ตามระยะของมะเร็ง ได้แก่ (จตุพล ศรีสมบูรณ์, 2555)

5.1 การผ่าตัด ใช้สำหรับมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก เป็นส่วนใหญ่

5.2 รังสีรักษา ใช้รักษาได้ทุกระยะของมะเร็งปากมดลูก

5.3 เคมีบำบัด ใช้รักษาในระยะลุกลามมาก และในกรณีที่มีมะเร็งกลับเป็นซ้ำ ที่ไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่น

5.4 การรักษาพร้อม โดยใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้เคมีบำบัดพร้อมกับรังสีรักษา เรียกว่า “concurrent chemoradiation” ปัจจุบันเป็นวิธีมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามที่จะรักษาด้วยรังสี ซึ่งแนะนำให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษา การให้ยา

เคมีบำบัดก่อนการรักษาด้วยวิธีมาตรฐาน เช่น ก่อนผ่าตัด เรียกว่า “neoadjuvant chemotherapy” มีจุดประสงค์เพื่อทำให้ก้อนมะเร็งเล็กลงหรือระยะของมะเร็งลดลงทำให้สามารถผ่าตัดได้ และอาจจะช่วยทำลายเซลล์มะเร็งที่เริ่มแพร่กระจายและยังมีขนาดเล็ก ประสิทธิภาพของการให้ยาเคมีบำบัดก่อนผ่าตัดอาจจะสูงขึ้นจากการที่ยาสามารถไปออกฤทธิ์ได้มากขึ้นเพราะยังไม่มีการรบกวนเส้นเลือดที่มาเลี้ยงก้อนมะเร็ง การให้รังสีรักษาเมื่อพบว่ามะเร็งแพร่กระจายออกไปนอกปากมดลูกหลังการผ่าตัด เรียกว่า “adjuvant radiation therapy” ซึ่งปัจจุบันจะให้ยาเคมีบำบัดร่วมด้วยเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการรักษาการให้ยาเคมีบำบัดก่อน หรือหลังรังสีรักษา ปัจจุบันไม่นิยมใช้รักษามะเร็งปากมดลูก เพราะไม่ได้ทำให้ประสิทธิภาพของการรักษาสูงขึ้น และอาจมีผลเสียต่อการรักษา

จากการศึกษาความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จะพบว่า ถ้าหากสตรีกลุ่มเป้าหมายมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค รวมทั้งไปรับการตรวจคัดกรองตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะทำให้สามารถลดอัตราการเกิดโรคในระยะลุกลามและลดอัตราการสูญเสียชีวิตได้ เพราะเมื่อสตรีตรวจคัดกรองแล้ว พบความผิดปกติหรือเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้และลดการสูญเสียงบประมาณ ค่าใช้จ่าย ในการดูแลรักษาได้เป็นจำนวนมาก ทั้งของผู้ป่วยและงบประมาณของประเทศ และยังไม่เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคอีกด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไปรับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นสิ่งที่บุคลากรสาธารณสุขต้องให้ความสำคัญ มีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจต้องการทราบว่าปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี จึงได้ศึกษาทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model)

จากสถิติข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน พบว่า ในแต่ละปีประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ โดยเฉพาะโรคมะเร็งปากมดลูก แต่ถ้าหากประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ มีความตระหนัก ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม เช่น ไม่มีคู่นอนหลายคน และการไปรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการส่งเสริมสุขภาพของสตรี เพื่อให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการดูแลสุขภาพตนเอง ป้องกันก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยเป็นโรคหรือมีอาการผิดปกติในระยะลุกลาม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีรูปแบบแนวคิดประกอบด้วยลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ เช่น พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล ความคิดและอารมณ์จำเพาะต่อพฤติกรรม เช่น การรับรู้ประโยชน์

ของการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น และผลลัพธ์ของพฤติกรรม ซึ่งเหมาะสมกับการใช้ในการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ในการทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ความหมายของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม ด้วยดี ไม่ใช่เพียงแต่ความปราศจากโรคหรือทุพพลภาพเท่านั้น (องค์การอนามัยโลก, 2491)

ความหมายของ "สุขภาพ" ในปัจจุบัน มีองค์ประกอบ 4 ส่วน ด้วยกันคือ

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตใจเบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งผู้มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายดีด้วย ดังที่ John Lock ได้กล่าวไว้ว่า “A Sound mind is in a sound body” คือ “จิตใจที่แจ่มใส ย่อมอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์”

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่น หรือสังคมเดือดร้อนสามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง สภาวะที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทัน และความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเพื่อเพื่อ

สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกับเป็นองค์รวมอย่างสมดุล(พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550)

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ได้ให้คำนิยามว่า “สุขภาพ หมายถึง ความต้องการสูงสุดของมนุษย์ และต้องใช้ความพยายามในการสร้างพฤติกรรม การมีความสามารถดูแลตนเอง และสัมพันธ์ภาพที่นำพึงพอใจกับบุคคลอื่น ขณะที่มีการปรับตัวเพื่อให้การคงอยู่ของโครงสร้างและความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์” จะเห็นว่าสุขภาพเป็นสิ่งที่บุคคลต้องสร้างด้วยตนเอง และสิ่งแวดล้อมมีความสำคัญสัมพันธ์ใกล้ชิดกับการเกิดสุขภาพดี

การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

องค์การอนามัยโลก (1986) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพให้บรรลุถึงความสมบูรณ์จิตใจ สังคม กลุ่มชุมชน และบุคคลต้องเข้าใจปัญหาความอยากได้ ความต้องการ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมของสังคมและธรรมชาติ

เพนเดอร์ (Pender, 1987: 4, 57) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับความสมบูรณ์ และการบรรลุเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม นอกจากนี้เพนเดอร์ได้อธิบายถึงองค์ประกอบที่สำคัญของวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งสององค์ประกอบนี้มีพื้นฐานในการตั้งใจและมุ่งมั่นหมายที่แตกต่างกัน

สำหรับการประชุมครั้งสำคัญที่นับเป็นจุดแรกเริ่มของการส่งเสริมสุขภาพในประเทศต่าง ๆ รวมทั้งเป็นที่มาของ OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION ได้แก่ การประชุมที่เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา เป็นการประชุมระหว่างประเทศเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่จัดขึ้นเป็นครั้งแรก ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน ค.ศ. 1986 โดยมีชื่อการประชุมว่า "The first International Conference on Health promotion" และที่ประชุมได้ออกกฎบัตร (charter) ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 การประชุมครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความเคลื่อนไหวในวงการสาธารณสุขทั่วโลก Ottawa Charter for Health promotion ที่กำหนดขึ้น นับว่าได้จุดแนวคิดและที่มาของนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพของหลายประเทศ

กฎบัตรนี้ได้กำหนดกลยุทธ์และการดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

1. Advocate เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อสร้างกระแสทางสังคม และสร้างแรงกดดันให้แก่ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจได้กำหนดนโยบายในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ

2. Enable เป็นการดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี โดยกำหนดให้มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างทั่วถึง มีทักษะในการดำเนินชีวิต และมีโอกาสที่จะเลือกทางเลือกที่มีคุณภาพเพื่อสุขภาพ ทั้งนี้ประชาชนจะต้องสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้

3. Medicate เป็นสื่อกลางในการประสานงานระหว่างกลุ่ม/หน่วยงานต่าง ๆ ในสังคมทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์และสาธารณสุข และหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ สังคม และสื่อมวลชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

ในกฎบัตรนี้ยังได้เสนอแนะว่า การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion Action) ควรจะต้องมีกิจกรรมที่สำคัญ คือ

1. สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)

การส่งเสริมสุขภาพ มิใช่เป็นความรับผิดชอบของหน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ดังนั้นการมีนโยบายในระดับกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น จึงไม่เพียงพอจำเป็นต้องมีนโยบายสาธารณะที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องยอมรับและมีการปฏิบัติอย่างเป็นจริง นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จะเกี่ยวข้องกับ กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การเงิน การคลัง การเก็บภาษี รวมทั้งการจัดตั้งองค์กรที่แน่ชัดเพื่อรับผิดชอบ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนี้ จะมีความหมายใน 2 นัยยะ คือ ในนัยยะแรก หมายถึงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในระดับชุมชน ระดับประเทศ และระดับโลก ทั้งนี้เนื่องจากสมดุลของธรรมชาติย่อมมีผลโดยตรงต่อการมีสุขภาพดีของมวลมนุษย์ ส่วนในอีกนัยยะหนึ่งคือการจัดสิ่งแวดล้อมให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิต การทำงานและการใช้เวลาว่าง โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (Healthy society) การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (Healthy city) การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (Healthy school) เป็นต้น

3. การเพิ่มความสามารถของชุมชน (Strengthen Community Action)

หัวใจสำคัญของกระบวนการเพิ่มความสามารถของชุมชน คือ การสร้างพลัง-อำนาจให้กับชุมชน ให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงานและเป้าหมายของชุมชนเองได้ ซึ่งหมายความว่าชุมชนจะต้องได้รับข้อมูลข่าวสาร โอกาสในการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการสนับสนุนทางด้านการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)

การส่งเสริมสุขภาพ ควรช่วยให้บุคคลและสังคมเกิดการพัฒนามีความรู้และทักษะในการดำรงชีวิต (life skills) ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับประชาชนที่จะควบคุมสุขภาพของตนเองและควบคุมสิ่งแวดล้อม ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ

5. การปรับระบบบริการสาธารณสุข (Reorient Health Services)

ระบบการบริการสาธารณสุขในปัจจุบัน ควรมีการปรับระบบให้มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น มีการสื่อสารกับหน่วยงานภายนอกให้กว้างขวางยิ่งขึ้น เช่น หน่วยงานด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม ด้านการเมือง และเศรษฐกิจ นอกเหนือจากการให้บริการด้านการรักษาพยาบาลเท่านั้น นอกจากนี้ยังต้องให้ความสนใจเกี่ยวกับการวิจัยเพื่อปรับเปลี่ยนระบบและการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

มิติทั้ง 4 ของงานส่งเสริมสุขภาพ (4 Dimension of Health Promotion)

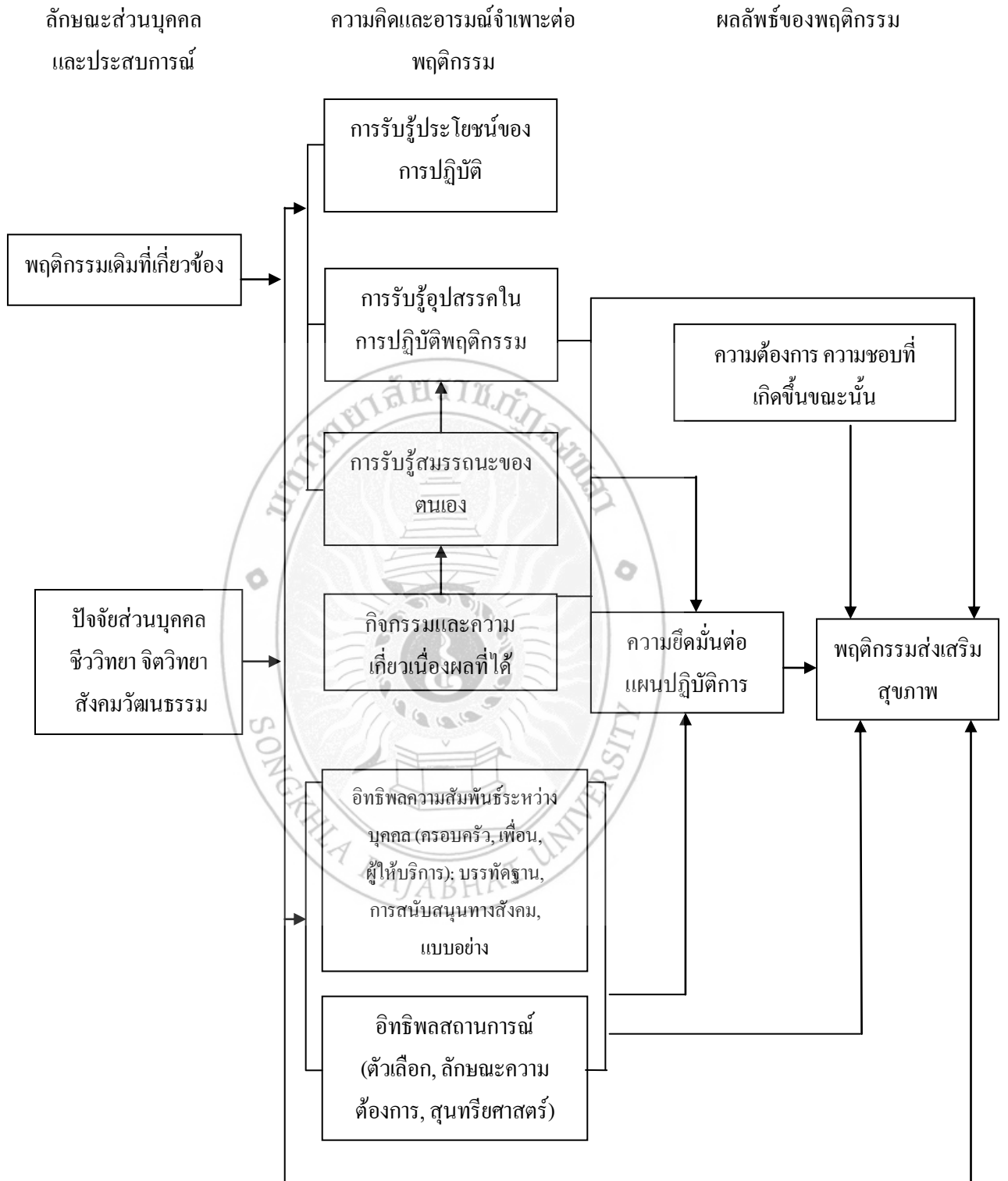
ในการดำเนิน โครงการส่งเสริมสุขภาพสามารถดำเนินการ โดยเริ่มต้นจากมิติใดมิติหนึ่ง กล่าวคือ

1. มิติของการพัฒนาสุขภาพ (Health enhancement) แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ
 - 1.1 แบ่งตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย การไม่ตรวจสุขภาพร่างกายเพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก
 - 1.2 แบ่งตามการเกิดโรค ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจ ปัญหาพันธุกรรมสุขภาพ ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาโรคที่เกิดจากเพศสัมพันธ์
2. มิติของกลุ่มเป้าหมาย (Population groups) ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิง กลุ่มคนพิการ และกลุ่มผู้สูงอายุ
3. มิติของพื้นที่เป้าหมาย (Key settings) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอาจเริ่มต้นจากครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เขตเมือง หรือ การให้การสนับสนุน การกีฬาและศิลปวัฒนธรรมต่าง ๆ
4. มิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies) ได้แก่ การจัดกิจกรรมสุขภาพ การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน, การตลาดเชิงสังคม การสร้างกระแสสังคมเพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจ กำหนดนโยบายการรวมตัวกันเป็นองค์กรเพื่อเคลื่อนไหวทางสังคม และการสร้างเครือข่าย การพัฒนาชุมชน ให้เข้มแข็ง การมีสถานบริการที่มีกิจกรรมการป้องกันโรค มีการพัฒนานโยบายสาธารณะ การออกกฎหมาย และกฎระเบียบต่าง ๆ การใช้นโยบายการเงินการคลัง เช่น การเพิ่มภาษีบุหรี่ การนำเงินส่วนหนึ่งจากภาษีบุหรี่เพื่อจัดตั้งเป็นกองทุนส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพ ต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรมหรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002 อ้างถึงใน สุรีย์ ธรรมิกบวร, ม.ป.ป.) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ได้ การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อ สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของ ปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะแสดงรายละเอียดของทฤษฎีตามภาพประกอบต่อไปนี้



ภาพ 2 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ (ปรับปรุง ค.ศ. 2002)

จากภาพประกอบ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเคอร์ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1. บุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ส่วนดังนี้

1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior)

พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิม ทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัย จนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตน ประโยชน์ อุปสรรค และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล Bandura ได้ บอกว่าการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถ สิ่งที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรค จะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้ พยายามมีส่วนร่วมช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรม สอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors)

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรม มีการจัดกลุ่มดังนี้ ชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลัง ด้านจิตวิทยาประกอบด้วย แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้นแต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่ได้นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2. การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

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

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

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self – Efficacy) แบบดูรา ให้คำจำกัดความ Self – efficacy ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเองมีทักษะ และสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติซึ่งตัดสินอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล 4 ประการ

2.3.1 การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเอง หรือการประเมินจากบุคคลอื่น

2.3.2 การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่น และการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ

2.3.3 การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้

2.3.4 สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว รุ่มง่าม ความสงบ

2.4 กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity – related affect)

สภาวะความรู้สึก ก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง กิจกรรม ขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มากระตุ้น ความรู้สึกอาจมากหรือน้อย อยู่ที่ระดับความรู้ ความทรงจำ และเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ สิ่งเร้า การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อมมีงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีความรู้สึกสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารู้สึกไม่น่ายินดี มีความรู้สึกอึดอัด ก็จะไม่ปฏิบัติแต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยพบว่า ทั้ง 2 ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง 2 ความรู้สึกก่อนระหว่างและหลังการปฏิบัติ

2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบคลุม เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational influences)

การรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งใดที่เอื้อต่อการปฏิบัติ จากงานของ Kaplan และ Kaplan ที่พยายามรักษาสุขภาพธรรมชาติสิ่งแวดล้อม มาจากการตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมไม่สูบบุหรี่จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

3. ผลลัพธ์ของพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วนคือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การคิดริเริ่มและอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ความยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การยึดมั่นที่จะดำเนินตามการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล 2) แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติ การปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความเข้าใจ มีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่บุคคลนั้นถนัด หรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมากมักจะล้มเหลวในการสร้างพฤติกรรม

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 แต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้หรือหลีกเลี่ยง บุคคลบางคนอาจจะสามารถโน้มน้าวง่าย การที่จะต่อสู้กับความชอบ ต้องการการจัดการที่ดี และมีความสามารถในการควบคุม

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promoting behavior)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดี ในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาลจะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหา ปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป และการจะใช้ทฤษฎีใดนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี และข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1. บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี
2. บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้ และการประเมินความสามารถของตน นั่นคือบุคคลสามารถหาความเข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน
3. บุคคลมองคุณค่าของการเติบโต ในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลง และความคงที่ นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท และสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย

4. บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดี นั่นคือเชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

5. บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือบุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายใน และภายนอกคน ต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ

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 นำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

1. พฤติกรรมก่อนหน้านี และยังคงอยู่ มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาสิ่งที่บุคคลรับรู้ ฟังพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2. ความเชื่อมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้นการค้นหาสิ่งที่บุคคลเชื่อมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการทำให้เกิดพฤติกรรม

3. การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความเชื่อมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4. การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5. ผลในทางบวกต่อพฤติกรรม ทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6. เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความน่าจะเป็นต่อความเชื่อมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

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

จากข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่ต้องแสวงหาเพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ คือการประเมินสิ่งที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ชอบตัวบุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับหรือให้ความสำคัญ การทำให้เห็นประโยชน์ การรับรู้ต่อสมรรถนะของตน อิทธิพลภายนอกที่จะมีผลต่อพฤติกรรม และการให้กิจกรรมที่ส่งเสริมต่อการคิดรู้เพื่อสร้างแรงจูงใจเป็นต้น

จากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ผู้วิจัยได้นำมาเป็นตัวแปรในการทำวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี คือ

1. บุคคล และประสบการณ์ของบุคคล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษาและรายได้
2. การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย
 - 2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ
 - 2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ
 - 2.3 การรับรู้ความสามารถของตน
 - 2.4 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 2.5 อิทธิพลของสถานการณ์

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ จากการศึกษาของยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กุศลธิดา กีฬาเปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์ ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ระดับการศึกษา จากการศึกษาของ จินตนา ต้นประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปีในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ วรณี อู่สกุล (2553) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สถานีอนามัย อำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส พบว่า ระดับการศึกษา มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า การศึกษา มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กุศลธิดา กีฬาเปง (2548) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อาทิตยา วรรณชาดา (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบว่าการศึกษา แตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สถานภาพสมรส จากการศึกษาของธนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ อาทิตยา วรรณชาดา (2553) พบว่า สถานภาพสมรสแตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รายได้ จากการศึกษาของจินตนา ต้นประเสริฐ (2549) พบว่า รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และธนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศาสนา จากการศึกษาของวรรณิ อู่สกุล (2553) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สถานีอนามัย อำเภอสุคีริน จังหวัดนราธิวาส พบว่า ศาสนามีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยด้านการรับรู้

การรับรู้ประโยชน์ จากการศึกษาของยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ส่งเสริมให้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จินตนา ต้นประเสริฐ (2549) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำปี ช่างวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ อุสมาน แวหะยี (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรค จากการศึกษาของยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) ธเนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) และ วรรณิ อู่สกุล (2553) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จำปี ช่างวัฒนา (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ อุสมาน แวหะยี (2551) พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงในด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้สมรรถนะ จากการศึกษาของ ธิดารัตน์ พลแสน (2550) ศึกษาแรงสนับสนุนจากสามีเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูกในเขตสถานีอนามัยบ้านเหล่าหลวง อำเภอนิคมน้ำอ้น จังหวัดมุกดาหาร พบว่า ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ทำให้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านอิทธิพล

อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จากการศึกษาของ อูรวรรณ สุพรรณอ่วม (2551) ได้ศึกษาการใช้แรงสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อนสตรีที่ผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกแล้วในการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้านที่ศึกษามีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกจำนวน 74 คน ร้อยละ 100 จอมขวัญ วนะกรรม (2551) ศึกษาพฤติกรรมบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าอิทธิพลแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70 ชิดารัตน์ พลแสน (2550) พบว่าแรงสนับสนุนจากสามีกระตุ้นเตือนทำให้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ จินตนา ต้นประเสริฐ (2549) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อิทธิพลของสถานการณ์ จากการศึกษาของ นิตยา ภาโนมัย (2552) ศึกษาการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง พบว่า ปัจจัยขัดขวางที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่เพียงพอในการตัดสินใจไปรับการตรวจ นอกจากนี้การให้บริการในชุมชนมีการจัดรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นช่วง ๆ ชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย ส่วนการจัดบริการในคลินิก สถานที่และระบบยังไม่เอื้อต่อการมารับการตรวจคัดกรอง อาทิตยา วรรณชาติ (2553) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบว่า สถานที่ตรวจ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก มีความเป็นอิสระต่อการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ กุลธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย

เหตุผลที่สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของ จิรนนท์ มงคลดี (2548) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่าความคิดเห็นในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะความกลัวไม่อยากจะมะเร็งปากมดลูก การชักชวนของสตรีด้วยกันเอง และประสบการณ์จากการเห็นผู้อื่นเป็นมะเร็งปากมดลูก และจอมขวัญ วนะกรรม (2551) พบว่า มีความผิดปกติของอวัยวะเพศที่มีอาการคัน ตกขาว สีผิดปกติและมีกลิ่นเหม็น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70

เหตุผลของสตรีที่ตัดสินใจไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากการศึกษาของ จิรนนท์ มงคลดี (2548) ได้ศึกษาความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีที่ไม่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความเห็นว่า เป็นเพราะตนเองไม่มีความผิดปกติใด ๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยมากหรือไม่มีเลย ไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม และไม่มีเวลา และ นิตยา ภาโนมัย

(2552) พบว่า ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกคือ ความกลัว ความอาย และวิถีการดำเนินชีวิต และการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาไปตรวจ นอกจากนี้การให้บริการในชุมชนมีการจัดรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นช่วง ๆ ชุมชนยังมีส่วนร่วมน้อย

จากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ด้านปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และรายได้ พบว่า

อายุ และการศึกษา ยังหาข้อสรุปที่ชัดเจนไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) อายุ มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ศาสนา มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณิ อุษสกุล (2553) พบว่า ศาสนา มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีนานามัย อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ต้นประเสริฐ (2549) พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และอาทิตยา วรรณธาดา (2553) พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รายได้ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ต้นประเสริฐ (2549) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ ยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า รายได้ มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สถานภาพสมรส หาข้อสรุปที่ชัดเจนไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของชนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) พบว่า มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของจอมขวัญ วนะกรรม (2551) พบว่า สถานภาพสมรสคู่ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา วรรณธาดา (2553) พบว่าสถานภาพสมรสแตกต่างกันไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ยังหาข้อสรุปที่ชัดเจนไม่ได้ว่ามีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ ยูภาพร ศรีจันทร์ (2548) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีคะแนนเฉลี่ยที่ส่งเสริมให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของธิดา พลแสน (2550) พบว่า ทำให้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและ จำปี ยังวัฒนา (2551) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของจำปี ยังวัฒนา (2551) พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และชเนตร เอื้อเพื่อพันธ์ (2552) มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ อูสมาน แวะหะยี พบว่า สตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงด้านการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรค ในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยอิทธิพลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ พบว่า

อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ จีรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่า ความคิดเห็นในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การชักชวนของสตรีด้วยกันเอง และประสบการณ์จากการเห็นผู้อื่นเป็นมะเร็งปากมดลูก และสอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ตันประเสริฐ (2549) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดา พลแสน (2550) พบว่า และแรงสนับสนุนจากสามี กระตุ้นเตือนทำให้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อิทธิพลของสถานการณ์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ กุศลธิดา กีฬาแปง (2548) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีอิทธิพลต่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับทุติยภูมิ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานีครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปีงบประมาณ 2553 – 2556 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในช่วงปีงบประมาณ 2553 - 2556 จำนวน 12,592 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ในช่วงปีงบประมาณ 2553 – 2556 ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรยามานะ (Yamane) (ชาอุซัย เรื่องขจร, 2550: 154) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 388 คนมีรายละเอียดดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร
 N = จำนวนประชากรในการวิจัย
 e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนด

แทนค่า

$$n = \frac{12,592}{1 + 12,592(0.05)^2} = 388$$

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่ของสถานบริการสาธารณสุขดำเนินการ โดยนำจำนวนประชากร คือ 12,592 คน หารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ 388 คน สัดส่วนที่ได้คือ 32.45 ต่อ 1 คน ดังนั้น สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 7,125 คน จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 220 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 5,467 คน จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 168 คน แล้วนำกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาหาสัดส่วนของแต่ละสถานบริการ และสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีเจาะจง เพื่อให้ได้กลุ่มที่จะเก็บข้อมูล ดังนี้

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข	ประชากร		กลุ่มตัวอย่าง	
	เข้ารับ	ไม่เข้ารับ	เข้ารับ	ไม่เข้ารับ
	การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	การคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก
รพ.สต.เกาะเปาะ	343	98	11	3
รพ.สต.คอลลตันหยง	403	164	12	5
รพ.สต.ดอนรัก	684	280	21	7
รพ.สต.ดาโต๊ะ	324	234	10	7
รพ.สต.ท่ากำชำ	380	192	12	6
รพ.สต.บ้านตันหยงเปาว์	453	149	14	5
รพ.สต.บ่อทอง	333	639	10	20
รพ.สต.บางเขา	1171	119	36	3
รพ.สต.บางตาวา	225	444	7	14
รพ.สต.บุโละบุโย	620	132	19	4
รพ.สต.บ้านท่ากูโบ	217	387	7	12
รพ.สต.ยารบี	379	335	12	10
รพ.สต.ลิปะสะโง	214	372	7	12
รพ.สต.บ้านโคกโตนด	299	85	9	3
รพ.สต.บ้านทุ่งนเรนทร์	451	131	14	4
ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลคูยง	629	1706	19	53
รวม	7,125	5,467	220	168

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและปัจจัยต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีของเพนเดอร์และสร้างเครื่องมือโดยใช้ตัวแปรของเพนเดอร์ แล้วสร้างเป็นแบบสอบถามตาม กรอบแนวคิดการวิจัยและกำหนดขอบเขตของคำถามในแบบสอบถาม ให้ครอบคลุมประกอบของ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเครื่องมือที่ใช้รวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วยส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 สำหรับส่วนที่ 3 เป็นเครื่องมือที่ใช้รวบรวม ข้อมูลเชิงคุณภาพ คือแบบสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วยข้อความทั้งสิ้น 39 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยการรับรู้ มีข้อความทั้งหมด 21 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านคือการรับรู้ ประโยชน์ จำนวน 9 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 9 ข้อ และการรับรู้สมรรถนะ จำนวน 3 ข้อ ลักษณะของข้อความ มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ มีคำตอบให้เลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริง หรือ ความรู้สึกเพียงคำตอบเดียวจาก 2 คำตอบ ดังนี้

ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

ไม่ใช่ หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความคิดเห็นของผู้ตอบ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก

ใช่ ได้ 1 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ข้อคำถามเชิงลบ

ใช่ ได้ 0 คะแนน

ไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ปัจจัยการรับรู้ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์เฉลี่ยของระดับปัจจัยการรับรู้จากค่ามัธยฐานเลขคณิตของคะแนนที่ได้ คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนสูงกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ตอนที่ 2 ปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล จำนวน 11 ข้อและอิทธิพลของสถานการณ์ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะข้อความเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้เลือกตอบเพียงข้อเดียว คือ

มากที่สุด หมายถึง มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากที่สุด

มาก หมายถึง มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาก

ปานกลาง หมายถึง มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปานกลาง

น้อย หมายถึง มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล

คำถามเชิงบวก

มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย เท่ากับ 2 คะแนน

น้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ

มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

มาก เท่ากับ 2 คะแนน

ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

น้อย เท่ากับ 4 คะแนน

น้อยที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้
เกณฑ์เฉลี่ยของระดับปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจจากค่ามัธยมาเลขคณิต
ของคะแนนที่ได้คือ $\bar{X} \pm \frac{1}{2} S.D.$ ซึ่งมีระดับคะแนนดังนี้

ระดับสูง หมายถึง คะแนนสูงกว่า $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$ ถึง $\bar{X} + \frac{1}{2} S.D.$

ระดับต่ำ หมายถึง คะแนนต่ำกว่า $\bar{X} - \frac{1}{2} S.D.$

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ สันทนาการกลุ่ม ใช้สัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
ตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบเจาะลึกและสนทนากลุ่ม มีประเด็นคำถาม ดังนี้

- 1) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน
- 2) วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร
- 3) ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ปากมดลูก

- 4) ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ)

- 5) เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง

ปากมดลูก มากขึ้น

- 6) ท่านคิดว่า การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

และการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น
หรือไม่ อย่างไร

2. การสร้างและคุณภาพเครื่องมือ

2.1 ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์

2.2 กำหนดขอบเขตของคำถามแล้วสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้า
รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการผู้ควบคุมตรวจสอบความถูกต้อง
และรับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

2.4 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคมะเร็งปากมดลูก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงาน โรคมะเร็งปากมดลูก และผู้เชี่ยวชาญ ด้านการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความถูกต้องของสำนวน ภาษา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ .50 ขึ้นไป ซึ่งผลการตรวจสอบของผู้เชี่ยวชาญได้ปรับปรุงแบบสอบถาม โดยได้จัดกลุ่มข้อคำถามในแต่ละปัจจัยและได้ตัดข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องต่ำกว่า .50 ขึ้นไป ออกจำนวน 1 ข้อ แล้วปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

2.5 นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ที่ตำบลนาเกตุ อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี แล้วตรวจให้คะแนนความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรของ Cronbach เรียกว่า “สัมประสิทธิ์แอลฟา” ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.57 ด้านการรับรู้อุปสรรค เท่ากับ 0.72 การรับรู้สมรรถนะ เท่ากับ 0.71 และปัจจัยการรับรู้รวม เท่ากับ 0.74 ปัจจัยอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เท่ากับ 0.90 ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ เท่ากับ 0.76 และปัจจัยอิทธิพลรวม เท่ากับ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ถึงสำนักงานสาธารณสุข อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยได้เชิญเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลหนองจิก ซึ่งเป็นผู้เก็บข้อมูล เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูล อย่างละเอียด เพื่อลดความผิดพลาด ในการเก็บข้อมูลและเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
3. เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูกของ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ในสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 220 คน และสตรีที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 168 คน โดยกำหนดเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์
4. ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบแบบสอบถามทุกฉบับ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ความสมบูรณ์ และนำไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ
2. ข้อมูลระดับการรับรู้ อธิธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์ ของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการจัดกลุ่มระดับการรับรู้ อธิธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด และวิเคราะห์ร้อยละของจำนวนสตรีในแต่ละระดับ
3. วิเคราะห์และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยสถิติ Cramer's V และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้วยสถิติ Chi- Square
4. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t- test dependent สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีสูตรการคำนวณดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา

1.1 ค่าร้อยละ

$$\text{สูตร} \quad p = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ p แทน ค่าร้อยละหรือเปอร์เซ็นต์

f แทน ความถี่ที่สำรวจได้

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมดหรือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.2 ค่าเฉลี่ย

$$\text{สูตร} \quad \bar{X} = \frac{\sum x}{n} \times 100$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าเฉลี่ย

x แทน คะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมดหรือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$\text{สูตร } SD = \sqrt{\frac{n \sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ	SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	x	แทน	คะแนนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน
	n	แทน	จำนวนความถี่ทั้งหมดหรือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติเชิงอนุมาน

2.1 ไคว์สแควร์ (Chi-Square)

$$\text{สูตร } \chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}, \quad df = (r-1)(c-1)$$

เมื่อ	O_{ij}	แทน	ค่าความถี่ที่ได้จากข้อมูลแถวที่ i คอลัมน์ที่ j
	E_{ij}	แทน	ค่าความถี่คาดหวังของแถวที่ i คอลัมน์ที่ j
	E_{ij}	แทน	$\frac{(\text{ผลรวมของความถี่แถวที่ } i) \times (\text{ผลรวมของความถี่คอลัมน์ที่ } j)}{\text{ผลรวมของความถี่ทั้งหมด}}$
	df	แทน	ชั้นความอิสระ
	r	แทน	จำนวนระดับของตัวแปรด้านแถว
	c	แทน	จำนวนระดับของตัวแปรด้านคอลัมน์

2.2 การหาระดับความสัมพันธ์ของ Cramer's V

$$\text{สูตร } \text{Cramer's } V = \sqrt{\frac{\chi^2}{n(t-1)}}$$

เมื่อ	Cramer's V	แทน	สัมประสิทธิ์ Cramer's V
	χ^2	แทน	ค่าของ χ^2 จากการทดสอบความเป็นอิสระต่อกัน
	n	แทน	ขนาดของตัวอย่าง
	t	แทน	จำนวนแถวหรือจำนวนสดมภ์ที่มีค่าน้อย

3. สถิติเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย

3.1 กรณีความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

$$\text{สูตร } t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)SD_1^2 + (n_2 - 1)SD_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left[\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]}}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

3.2 กรณีความแปรปรวนของประชากร 2 กลุ่มแตกต่างกัน

$$\text{สูตร } t = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left[\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2} \right]^2}{\left[\frac{SD_1^2}{n_1} \right]^2 + \left[\frac{SD_2^2}{n_2} \right]^2}$$

$$\frac{n_1 - 1}{n_1 - 1} + \frac{n_2 - 1}{n_2 - 1}$$

เมื่อ \bar{X}_1, \bar{X}_2 แทน ค่าเฉลี่ยกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
 SD_1^2, SD_2^2 แทน ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ
 n_1, n_2 แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะ ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างสตรีอายุ 30-60 ปี จำนวน 388 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถาม โดยแยกเป็นกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 220 คน และไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 168 คน สำหรับการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม จำนวน 30 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ โดยแยกเป็นกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 15 คน และไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 15 คน และคัดเลือกพื้นที่ จำนวน 4 แห่ง ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา ผ่านเกณฑ์คือร้อยละ 80 จำนวน 1 แห่ง คือ รพ.สต.บางเขา พื้นที่ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง คือ รพ.สต.ดอนรัก และพื้นที่ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับต่ำ จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.บ่อทองและศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลดอย ซึ่งผลการวิจัย นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยาย ดังต่อไปนี้

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
ต่ำกว่า 45 ปี	136	61.80	95	56.50
45 ปี ขึ้นไป	84	38.20	73	43.50
ศาสนา				
พุทธ	36	16.40	33	19.60
อิสลาม	184	83.60	135	80.40

ตาราง 3 (ต่อ)

สถานภาพ	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส				
โสด	3	1.40	19	11.30
สมรสและอยู่ด้วยกัน	180	81.80	125	74.40
หม้าย/หย่าร้าง	37	16.80	24	14.30
วุฒิการศึกษา				
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	109	49.50	96	57.10
มัธยมศึกษา	74	34.50	50	29.80
อนุหรือเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35	15.90	22	13.10
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000	43	19.50	37	22.00
5,000 – 19,999	155	70.50	114	67.90
มากกว่า 20,000	22	10.00	17	10.10

จากตารางพบว่า กลุ่มสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ อายุ ต่ำกว่า 45 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 61.80) รองลงมาอายุ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38.20) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 83.60) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 16.40) สถานภาพสมรส สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 81.80) รองลงมา สถานภาพหม้ายและหย่าร้าง (ร้อยละ 16.80) มีวุฒิการศึกษาไม่ได้เรียนและประถมศึกษา (ร้อยละ 49.50) รองลงมา ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 34.50) รายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 19,999 บาท (ร้อยละ 70.50) รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 19.50)

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ อายุ ต่ำกว่า 45 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ (ร้อยละ 56.50) รองลงมา อายุ 45 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 43.50) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 80.40) ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 19.60) สถานภาพสมรส สมรสและอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 74.40) รองลงมา สถานภาพหม้ายและหย่าร้าง (ร้อยละ 14.30) มีวุฒิการศึกษาไม่ได้เรียนและประถมศึกษา (ร้อยละ 57.10) ระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 29.80) และ รายได้ อยู่ระหว่าง 5,000 – 19,999 บาท (ร้อยละ 67.90) รองลงมาต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 22.00)

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยส่วนบุคคล	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง		Cramer's v	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
อายุ					0.053	1.098	0.295
ต่ำกว่า 45 ปี	136	61.80	95	56.50			
45 ปีขึ้นไป	84	38.20	73	43.50			
ศาสนา					0.042	0.701	0.403
พุทธ	36	16.40	33	19.60			
อิสลาม	184	83.60	135	80.40			
สถานภาพสมรส					0.213	17.673**	0.000
โสด	3	1.40	19	3			
สมรสและอยู่ด้วยกัน	180	81.80	125	180			
หม้าย/หย่าร้าง	37	16.80	24	37			
วุฒิการศึกษา					0.076	4.787	0.571
ไม่ได้เรียนและประถมศึกษา	109	49.50	96	57.10			
มัธยมศึกษา	74	34.50	50	29.80			
อนุหรือเทียบเท่าปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35	15.90	22	13.10			
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)					0.031	2.481	0.648
ต่ำกว่า 5,000	43	19.50	37	22.00			
5,000 – 19,999	155	70.50	114	67.90			
มากกว่า 20,000	22	10.00	17	10.10			

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จากตาราง 4 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสถานภาพสมรสกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์สัมพันธ์ 0.213

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้

ตาราง 5 ร้อยละความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยการรับรู้	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง		Cramer's v	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรอง					0.311	37.485**	0.000
มะเร็งปากมดลูก							
ระดับสูง	119	54.10	56	33.30			
ระดับปานกลาง	76	34.50	50	29.80			
ระดับต่ำ	25	11.40	62	36.90			
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรอง					0.194	16.611**	0.001
มะเร็งปากมดลูก							
ระดับสูง	46	20.90	26	15.50			
ระดับปานกลาง	149	67.70	98	58.30			
ระดับต่ำ	25	11.40	44	26.20			
การรับรู้สมรรถนะของตนเองใน					0.128	6.340*	0.042
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
ระดับสูง	90	40.90	48	28.60			
ระดับปานกลาง	67	30.50	61	36.30			
ระดับต่ำ	63	28.60	59	35.10			
การรับรู้โดยรวม					0.284	31.214**	0.000
ระดับสูง	99	45.00	48	28.60			
ระดับปานกลาง	73	33.20	38	22.60			
ระดับต่ำ	48	21.80	82	48.80			

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและการรับรู้โดยรวม อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 54.10 ,40.90 และ 45.00

ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.50 ,30.50 และ 33.20 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.70 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.90

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้โดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.90 และ 48.80 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.30 และ 28.60 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.30 และ 36.30 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 26.20 และ 35.10 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้โดยรวม มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.311, 0.194 และ 0.284 ตามลำดับ ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.128

ส่วนที่ 3 ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์

ตาราง 6 ร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลต่อ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง		Cramer's v	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
ระดับอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล					0.086	2.846	0.241
ระดับสูง	69	31.40	45	26.80			
ระดับปานกลาง	91	41.40	64	38.10			
ระดับต่ำ	60	27.30	59	35.10			
ระดับอิทธิพลสถานการณ์					0.154	9.242*	0.010
ระดับสูง	81	36.80	45	26.80			
ระดับปานกลาง	93	42.30	66	39.30			
ระดับต่ำ	46	20.90	57	33.90			

ตาราง 6 (ต่อ)

ปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์	คัดกรอง		ไม่คัดกรอง		Cramer's v	χ^2	p-value
	n	%	n	%			
ระดับอิทธิพลโดยรวม							
ระดับสูง	62	28.20	35	20.80	0.124	5.957	0.051
ระดับปานกลาง	113	51.40	82	48.80			
ระดับต่ำ	45	20.50	51	30.40			

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีระดับอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์และอิทธิพลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 41.40, 42.30 และ 51.40 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 31.40, 36.40 และ 28.20 ตามลำดับ

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่มีระดับอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์และอิทธิพลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 38.10, 39.30 และ 48.80 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 35.10, 33.90 และ 30.40 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิทธิพลของการตัดสินใจกับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.154

ตาราง 7 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัย	กลุ่มสตรีที่เข้ารับ การคัดกรอง (n=220)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับ การคัดกรอง (n=168)		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
	การรับรู้ประโยชน์	6.5045	1.9167	5.8214		
การรับรู้อุปสรรค	6.6667	1.65716	5.6548	2.01785	5.277**	0.000
การรับรู้สมรรถนะ	2.0955	.87845	1.8988	.85919	2.206*	0.028
การรับรู้ในภาพรวม	15.2648	2.76166	13.3750	3.07528	6.261**	0.000
อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	34.1727	8.04708	32.8333	8.27207	1.605	0.109
อิทธิพลสถานการณ์	24.4545	3.84194	23.1310	4.99288	2.851**	0.005
อิทธิพลของการตัดสินใจในภาพรวม	58.6273	10.3816	55.9643	11.94343	2.345*	0.020

** ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

จากตาราง 7 พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ในภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมและปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสตรีกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองทุกปัจจัยการรับรู้และปัจจัยด้านอิทธิพล

การสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม (FOCUS GROUP)

ประเด็นที่ 1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์พบว่า

กลุ่มสตรีที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่ให้ความเห็นที่ตรงกันว่าเมื่อทราบถึงสถานการณ์การเกิดโรค ทำให้เกิดความวิตกกังวลกลัวจะเป็นโรค เพราะปัจจุบันมีประชาชน

ในชุมชน/หมู่บ้านป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สำหรับโรคมะเร็งปากมดลูก ก็มีสตรีกลุ่มเป้าหมายป่วยเพิ่มมากขึ้น มีทั้งญาติที่ใกล้ชิดและเพื่อนบ้านใกล้เคียง ซึ่งในอดีตในชุมชน/หมู่บ้านไม่เคยมีผู้ป่วย ทำให้รู้สึกกลัวว่าตนเองจะป่วยเป็นโรค เพื่อความปลอดภัยจากโรคและลดความวิตกกังวล จึงต้องการไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามที่เจ้าหน้าที่และ อสม. ให้คำแนะนำ เพราะถ้าหากตรวจแล้วพบความผิดปกติหรือป่วยเป็น โรคก็จะได้รับการรักษาทันที

กลุ่มสตรีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ไม่กลัวต่อสถานการณ์ของโรค เพราะมั่นใจว่าตนเองไม่เป็น โรคมะเร็งปากมดลูกอย่างแน่นอน เนื่องจากมีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยต้องเข้าอนรักษาด่วนในโรงพยาบาล ไม่มีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น เป็นคนโสด ไม่มีบิดามารดาหรือญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีคู่นอนหลายคน สามัญลีนหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ (ผู้ชายที่นับถือศาสนาอิสลาม) สำหรับกลุ่มที่กลัวต่อสถานการณ์ของโรค เหตุผลที่ไม่ตรวจเป็นเพราะมีความอาย เช่น อายที่จะเปิดของลับให้ผู้อื่นดู อายเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ประเด็นที่ 2 วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรบ้าง จากการสัมภาษณ์ พบว่า

วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มที่ไม่เคยคัดกรองที่ดีที่สุดคือการให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้รับรู้การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือเพื่อนบ้าน แต่ไม่ได้รับรู้ถึงรายละเอียดของโรคมะเร็งปากมดลูก รายละเอียดขั้นตอนการคัดกรองและประโยชน์ของการตรวจ ดังนั้นผู้ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลข่าวสารตามรายละเอียดข้างต้นคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยวิธีการเยี่ยมบ้านหรือจัดประชุมกลุ่มในชุมชน เพราะกลุ่มเหล่านี้จะไม่ชอบเปิดเผยความลับของตนเองให้คนอื่นรับรู้ นอกจากนี้การให้คำแนะนำ โดย อสม. หรือแกนนำสตรีที่เคยผ่านการตรวจคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ ด้วยเสียงตามสายของชุมชน/หมู่บ้าน การปิดป้ายประชาสัมพันธ์บริเวณชุมชนและหมู่บ้านวิธีเหล่านี้เหมาะสำหรับกลุ่มที่มีทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้ให้สัมภาษณ์สำหรับเอกสารหรือแผ่นพับ ไม่ควรนำมาใช้ เพราะกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ชอบอ่านหนังสือและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นไทยมุสลิม อ่านข้อความทางวิชาการแล้วไม่ค่อยเข้าใจความหมาย ต้องมีบุคคลอื่นอ่านและแปลให้ฟังอีกครั้งหนึ่งและบางคนอ่านหนังสือไม่ได้ เพราะไม่ได้เรียนหนังสือ

ประเด็นที่ 3 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จากการสัมภาษณ์ พบว่า

ความอาย เป็นเหตุผลสำคัญมากที่สุด ที่ทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ไม่เกี่ยวข้องกับการผิดหลักศาสนา การขัดขวางจากสามี

โดยเฉพาะผู้ที่มีสถานภาพโสด และผู้ที่ไม่เคยคลอดบุตรที่โรงพยาบาล ถึงแม้จะทราบถึงความรุนแรงและอันตรายของ โรคมะเร็งปากมดลูก แต่มีกลุ่มเป้าหมายบางคนกล่าวว่ายอมตายดีกว่ายอมตรวจ นอกจากนี้ยังมีเหตุผลหรือปัญหา อุปสรรคที่ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งปากมดลูก คือ ความกลัว กลัวผลการตรวจที่ผิดปกติ เมื่อทราบผลแล้วทำให้เกิดความเครียด การไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก เช่น เป็นคนโสด มีสามีคนเดียว สามีขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศ ไม่มีบิดา มารดาและพี่น้อง ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีเวลา เพราะต้องไปประกอบอาชีพ เช่น ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม รับจ้างตามร้านค้าในตัวเมือง มีวันหยุดเพียง 1 วัน แต่เจ้าหน้าที่ให้บริการเฉพาะในวัน เวลา ราชการ ทำให้ไม่สามารถมารับบริการตามวัน เวลา ที่เจ้าหน้าที่ให้บริการได้ กลุ่มเป้าหมายไม่อยู่ในพื้นที่ เช่น ไปรับจ้างที่ประเทศมาเลเซีย ไปประกอบอาชีพต่างจังหวัด ต่างอำเภอ มีอาการเจ็บเวลาสอดใส่อุปกรณ์การตรวจ (เจ้าหน้าที่อาจใช้อุปกรณ์การตรวจที่มีขนาดไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย) จึงทำให้ไม่อยากไปตรวจอีกต่อไป แต่จะมีปัญหาเฉพาะในรายที่ผู้ตรวจคัดกรองเป็นคนโสด และไม่มีอาการผิดปกติใดๆ เกี่ยวกับระบบอวัยวะสืบพันธุ์

ประเด็นที่ 4 ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ) จากการสัมภาษณ์ พบว่า

ความกลัว กลัวจะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก และต้องการดูแลสุขภาพ เป็นเหตุผลสำคัญมากที่สุด แต่ยังมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. หรือจากแหล่งอื่น ๆ ทำให้ทราบถึงลักษณะของการเกิดและอันตรายของ โรค การที่มีญาติหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการเตือนสติตนเองให้หันมาใส่ใจกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การได้รับคำแนะนำและชักชวน จากเพื่อนบ้านที่เคยผ่านการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้เกิดความมั่นใจที่จะเข้ารับการตรวจเพิ่มมากขึ้น การต้องการของรางวัล เพราะ รพ.สต. บางแห่งนอกจากจะมอบของที่ระลึกแล้วยังมีการจับสลากรางวัลใหญ่เพื่อเสริมแรงจูงใจ สำหรับผู้ที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ผู้เขียนพัดลม หม้อหุงข้าว เป็นต้น และมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มีอาการคันอวัยวะเพศ

ประเด็นที่ 5 เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มากขึ้น จากการสัมภาษณ์ พบว่า

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรออกไปเยี่ยมบ้านบุคคลที่ไม่ตรวจคัดกรอง เพราะกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว ได้รับการติดตาม แนะนำ ชักชวน จากอสม.หรือเพื่อนบ้านมาหลายครั้ง และเป็นเวลาหลายปี (ตั้งแต่มีนโยบายให้ตรวจคัดกรอง) แต่ไม่ยินยอมมาตรวจ เพราะความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ และความศรัทธา เป็นพฤติกรรมส่วนบุคคล จึงจำเป็นต้องอาศัยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในการอธิบายถึง

เหตุผลการตรวจและรายละเอียดของโรคมะเร็งปากมดลูกและมีทักษะในการจูงใจ และอาจจะต้องใช้เวลาในการติดตามหลาย ๆ ครั้ง รวมทั้งบูรณาการกับการให้บริการสุขภาพด้านอื่น ๆ เมื่อมีโอกาสเจ้าหน้าที่ควรจัด Focus Group เพื่อให้ความรู้และชี้แจงหรือรายงานสถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน ทั้งในระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ ในกลุ่มที่ไม่เคยตรวจคัดกรอง เจ้าหน้าที่ควรออกให้บริการตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชนและหมู่บ้าน ควรให้บริการในเวลาที่ประชาชนสามารถมารับบริการได้สะดวกหรือวันหยุดราชการ การส่งเสริมหรือจัดหาบุคคลต้นแบบที่ผ่านการคัดกรองหรือผู้ป่วยที่รักษาหายมาเป็นผู้แนะนำและติดตามกลุ่มเป้าหมาย ควรสับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายมีความใกล้ชิดสนิทสนม และทำให้เกิดความอาย ไม่กล้าตรวจคัดกรอง

ประเด็นที่ 6 ท่านคิดว่าการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร จากการสัมภาษณ์ พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่า ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น เพราะผู้ที่เคยผ่านการตรวจคัดกรอง เป็นคนที่มีประสบการณ์ในการตรวจคัดกรอง สามารถให้ความรู้ คำแนะนำ และเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายให้ไปตรวจคัดกรองได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยตรวจกลุ่มเป้าหมาย iva วังใจ เชื่อถือและพร้อมจะปฏิบัติตามคำแนะนำ

สำหรับผู้นำศาสนา เป็นบุคคลที่ประชาชนให้ความเคารพ นับถือ และ ศรัทธา สามารถนำหลักศาสนา (อิสลาม) มาเป็นประโยชน์ในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ และการดูแลสุขภาพของประชาชน เพราะถ้าหากผู้นำศาสนาบอกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สามารถทำได้ ไม่ผิดหลักศาสนา เพราะเป็นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งจำเป็น เพื่อป้องกันไม่ให้เจ็บป่วยจากโรคหรือถ้าหากป่วย ก็จะได้รักษาทันที กลุ่มเป้าหมายที่ไม่อยากตรวจ แต่มักจะอ้างว่าตรวจไม่ได้ ผิดหลักศาสนา ก็ไม่สามารถเอาศาสนามาอ้างได้อีก

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีและเพื่อเปรียบเทียบ ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง สตรีอายุ 30-60 ปี ที่คัดกรองและไม่คัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2556 ในเขตอำเภอหนองจิก จำนวน 388 คน โดยแยกเป็นกลุ่มที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 220 คน และกลุ่มไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 168 คน และกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เข้ารับการสัมภาษณ์โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากสตรีอายุ 30-60 ปี ที่คัดกรองและไม่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก กลุ่มละ 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
 - ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 - ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยอิทธิพลการตัดสินใจ
 - ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ
2. แบบสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ ได้แก่
 - 2.1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน
 - 2.2 วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไรบ้าง
 - 2.3 ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.4 ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเรียงลำดับความสำคัญ
- 2.5 เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

2.6 ท่านคิดว่า การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพรรณาลักษณะบุคคลและตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา ได้แก่ สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Chi- Square เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t- test (Independent)

สรุปผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง มีสถานภาพสอดคล้องกันโดยส่วนใหญ่ อายุต่ำกว่า 45 ปี ซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 61.82 และ ร้อยละ 56.55 ตามลำดับ นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 83.60 และ ร้อยละ 80.40 ตามลำดับ สถานภาพสมรส สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 81.80 และ ร้อยละ 74.40 ตามลำดับ วุฒิการศึกษาไม่ได้เรียนและประถมศึกษา ร้อยละ 49.50 และร้อยละ 57.10 ตามลำดับ รายได้อยู่ระหว่าง 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 70.50 และร้อยละ 67.90 ตามลำดับ

2. ปัจจัยการรับรู้ เกี่ยวกับการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่ การรับรู้ในภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 45.00, 54.10 และ 40.90 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการรับรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.20, 34.50 และ 30.50 ตามลำดับ การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.70 รองลงมาเป็นระดับสูง ร้อยละ 20.90 ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ในภาพรวมในระดับต่ำมากที่สุดมีร้อยละ 36.90 และ 48.80 ตามลำดับ รองลงมาเป็นการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 33.30 และร้อยละ 28.60 ตามลำดับ

3. ปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวม ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.40, 41.40 และร้อยละ 42.30 ตามลำดับ รองลงมาเป็นระดับสูงโดยมีร้อยละ 28.20, 31.40 และ 36.80 ตามลำดับ ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัย

อิทธิพลโดยภาพรวม ปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ ในระดับปานกลางโดยมีร้อยละ 48.80, 38.10 และ 39.30 ตามลำดับ รองลงมาเป็นระดับต่ำมีร้อยละ 30.40, 35.10 และ 33.90 ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรี ผลการวิจัยในแต่ละปัจจัยมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.213 ส่วน อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ พบว่า การรับรู้โดยรวม การรับรู้ประโยชน์และรับรู้อุปสรรค ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.311, 0.194 และ 0.284 ส่วนการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.128

4.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ พบว่า ปัจจัยอิทธิพลโดยรวม และปัจจัยด้านอิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์ต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีค่าสหสัมพันธ์สัมพัทธ์ 0.154

5. เปรียบเทียบปัจจัยระหว่างสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง พบว่า สตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรองและไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ในภาพรวม การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมและปัจจัยการรับรู้สมรรถนะแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 โดยสตรีกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองทุกปัจจัยการรับรู้และปัจจัยด้านอิทธิพล

ผลการสัมภาษณ์ สันทนา กลุ่ม ของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน 4 ที่ผ่านมา จำนวน 30 คน ประกอบด้วย 6 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 ความคิดเห็นต่อโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน พบว่า กลุ่มที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใน 4 ปีที่ผ่านมา มีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องน่ากลัว เป็นภัยต่อสุขภาพ กลัวว่าตนเองจะป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก เมื่อได้รับคำแนะนำและนัดหมายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. และเพื่อนบ้าน จะตัดสินใจไปตรวจคัดกรองทันที สำหรับกลุ่มที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูก ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการกลัวต่อโรค และไม่ได้เข้ารับการตรวจคัดกรอง เพราะมีความอาย เป็นประเด็นสำคัญ มีการดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี ไม่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น เป็นคนโสด ไม่มีบิดามารดา หรือญาติป่วยเป็นโรคมะเร็ง ไม่มีคู่นอนหลายคน จึงทำให้มั่นใจว่าตนเองไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างแน่นอน ไม่จำเป็นต้องไปตรวจก็ได้

ประเด็นที่ 2 วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี พบว่า วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มที่ไม่เคยคัดกรองที่ดีที่สุด คือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้การให้คำแนะนำ โดย อสม. หรือแกนนำสตรีที่ผ่านการตรวจคัดกรอง การประชาสัมพันธ์ ด้วยเสียงตามสายของชุมชน/หมู่บ้าน การปิดป้ายประชาสัมพันธ์ บริเวณชุมชนและหมู่บ้านวิธีเหล่านี้เหมาะสำหรับกลุ่มที่มีทัศนคติ ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สำหรับเอกสารหรือแผ่นพับ ไม่ควรนำมาใช้ เพราะกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ชอบอ่านหนังสือและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นไทยมุสลิม อ่านข้อความทางวิชาการแล้วไม่ค่อยเข้าใจความหมาย ต้องมีบุคคลอื่นอ่านและแปลให้ฟังอีกครั้งหนึ่ง และบางคนอ่านหนังสือไม่ได้ เพราะไม่ได้เรียนหนังสือ

ประเด็นที่ 3 สาเหตุทำให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความอายเป็นเหตุผลสำคัญมากที่สุด ซึ่งเป็นความรู้สึกส่วนบุคคล ไม่เกี่ยวข้องกับความคิดหลักศาสนา โดยเฉพาะกลุ่มสถานภาพโสด และผู้ที่ไม่เคยคลอดบุตรที่โรงพยาบาล ความกลัว กลัวยอมรับไม่ได้กับผลการตรวจที่ผิดปกติ มีการดูแลสุขภาพเป็นอย่างดีและไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีเวลา กลุ่มเป้าหมายไปอยู่นอกพื้นที่ มีอาการเจ็บเวลาสอดใส่อุปกรณ์ในการตรวจ และไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ จึงทำให้ไม่อยากจะไปตรวจอีกต่อไป

ประเด็นที่ 4 เหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าเพราะไม่ต้องการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ถ้าหากเป็นโรคหรือมีความผิดปกติจะได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน เป็นเหตุผลสำคัญที่สุด การได้รับข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. การมีญาติหรือเพื่อนบ้านป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับการชักชวนจากเพื่อนบ้านที่ผ่านการตรวจคัดกรอง การได้รับของที่ระลึกและของรางวัล และมีอาการผิดปกติเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ เช่น มีอาการคันอวัยวะเพศ มีน้ำออกจากรองคลอด เป็นต้น

ประเด็นที่ 5 เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก มากขึ้น พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรออกไปเยี่ยมบ้านบุคคลที่ไม่ตรวจคัดกรอง การจัด Focus Group ในกลุ่มที่ไม่คัดกรอง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข บุคคลต้นแบบที่ผ่านการตรวจคัดกรองหรือเคยป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก หรือผู้นำศาสนา มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้สำหรับกลุ่มที่มีอุปสรรคไม่สามารถไปรับบริการที่สถานบริการได้ เจ้าหน้าที่ควรออกให้บริการ

ตรวจคัดกรองแก่กลุ่มเป้าหมายในชุมชน/หมู่บ้าน ในเวลาที่ประชาชนมารับบริการได้สะดวก และ การจัดหาและส่งเสริมบุคคลต้นแบบที่ผ่านการคัดกรองไปแนะนำ ติดตามกลุ่มเป้าหมาย และควร ปรับเปลี่ยนเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในกรณีที่กลุ่มเป้าหมายอายุ

ประเด็นที่ 6 การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา พบว่า ทำให้มีกลุ่มเป้าหมายมาตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น เพราะ ผู้ที่ เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นผู้ที่มีความประสงค์ ทำให้กลุ่มเป้าหมาย ไว้วางใจ เชื่อถือ และพร้อมจะปฏิบัติตาม สำหรับผู้นำศาสนา เป็นบุคคลที่ประชาชนให้ความเคารพ นับถือ และ ศรัทธา สามารถนำหลักศาสนา(อิสลาม) มาให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้ประชาชน ปรับเปลี่ยนแนวคิดในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสม

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี อภิปรายผลดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ สตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ จอมขวัญ วนะกรรม (2551) ศึกษาพฤติกรรมมารับบริการตรวจ มะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอตะกั่วทุ่ง จังหวัดพังงา พบว่า สถานภาพสมรส สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมได้ร้อยละ 29.70 และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ธเนตร เอื้อเฟื้อพันธ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า สถานภาพสมรส มี ความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

อายุ ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สอดคล้อง กับการศึกษาของกุลธิดา กีฬาแปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบบต่อพฤติกรรมป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัด ลำพูน พบว่า อายุ และ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

ระดับการศึกษา ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา กีพาแพง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

รายได้ ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ดันประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35 - 60 ปีในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศาสนา ไม่สัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณี อยู่สกุล (2553) ได้ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สถานีอนามัย อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ศาสนา มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สถานีอนามัย อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปัจจัยการรับรู้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี สอดคล้องกับการศึกษาของ จำปี ยังวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอ เมือง จังหวัดสมุทรสงครามพบว่า การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และสอดคล้องกับการศึกษาของ อูสมาน แวหะยี (2551) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีมุสลิมในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี พบว่าสตรีมุสลิมมีความเชื่อด้านสุขภาพสูงในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษา ของยุภาพร ศรีจันทร์ (2548) ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ธเนตร เอื้อเพื่อพันธุ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร พบว่า การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2.3 การรับรู้สมรรถนะ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดารัตน์ พลแสน (2550) พบว่าหลังการทดลองสตรีกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ในการตรวจมะเร็งปากมดลูก ทำให้มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงซึ่งเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ปัจจัยอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

3.1 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่าความคิดเห็นในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะการชักชวนของสตรีด้วยกันเองและประสบการณ์จากการเห็นผู้อื่นเป็นมะเร็งปากมดลูก และการศึกษาของ จินตนา ดันประเสริฐ (2549) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 อิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 และการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. ผลจากการสัมภาษณ์ สันทนากลุ่ม

เหตุผลที่สตรีตัดสินใจเข้าตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า ความกลัว ไม่อยากเป็น โรคมะเร็งปากมดลูก การชักชวนของเพื่อนบ้านที่ผ่านการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมีญาติและเพื่อนบ้านเป็นมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษา จิรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่า ความคิดเห็นในการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะความกลัวไม่อยากเป็นมะเร็งปากมดลูก การชักชวนของสตรีด้วยกันเอง และประสบการณ์จากการเห็นผู้อื่นเป็นมะเร็งปากมดลูก

การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูก จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. สอดคล้องกับการศึกษาของ กุสธิดา กีฬาแปง (2548) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

เหตุผลที่สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า

ความอาย ความกลัว ผลการตรวจผิดปกติ ไม่มีเวลาว่าง ต้องไปประกอบอาชีพ มีสอดคล้องกับการศึกษา นิตยา ภาโนมัย (2552) ศึกษาการส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความกลัว ความอาย และการประกอบอาชีพ ทำให้ไม่มีเวลาไปตรวจ เป็นปัจจัยขัดขวางที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

การไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ และการไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรนนท์ มงคลดี (2548) พบว่า สตรีที่ไม่มารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูก มีความเห็นว่า เป็นเพราะตนเองไม่มีความผิดปกติใด ๆ มีโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกน้อยมากหรือไม่มีเลย และไม่มีปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

- 1.1 การให้ความรู้ รายละเอียดของโรคมะเร็งปากมดลูก วิธีการและขั้นตอนการตรวจอย่างละเอียดแก่กลุ่มที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง โดยวิธีการให้สุขศึกษารายบุคคล
- 1.2 ควรสำรวจความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น สถานที่ เวลาที่เหมาะสม
- 1.3 ควรประสานความร่วมมือกับแกนนำในชุมชน ในการให้ความรู้ คำแนะนำ แก่กลุ่มเป้าหมาย
- 1.4 ควรมีการออกตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน เพื่อให้กลุ่มที่มีอุปสรรคไม่สามารถมาตรวจคัดกรองในสถานบริการได้รับการตรวจคัดกรองครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 2.1 ควรมีการศึกษาวิจัยการใช้โปรแกรมสุขศึกษามาช่วยในการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ในการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2.2 ควรมีการศึกษาในกลุ่มสตรีโสด ถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคและข้อคิดเห็นในการรับบริการและไม่รับบริการ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการให้บริการและกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองต่อไป



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กุลธิดาพร กีฬาแปง. (2548). ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของ
แรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน. ปรินญา
ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จตุพล ศรีสมบูรณ์. (2555). ฉีดวัคซีนป้องกันมะเร็งปากมดลูกดีจริงหรือ. (Online).
<http://www.med.cmu.ac.th>, เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2557.
- _____. (2555). มะเร็งปากมดลูก. (Online). <http://www.med.cmu.ac.th>, เข้าถึงเมื่อ
11 มีนาคม 2557.
- จอมขวัญ วนกรรม. (2551). พฤติกรรมการรับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอตะกั่ว
ทุ่ง จังหวัดพังงา. วิทยานิพนธ์ ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- จำปี ยังวัฒนา. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอ
เมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์ ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา).
สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์สำนัก
พัฒนาสุขภาพจิต.
- จินตนา ดันประเสริฐ. (2549). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีของ
สตรีอายุ 35 - 60 ปีในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จิรนนท์ มงคลดี. (2548). ความคิดเห็นต่อการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีตำบลหลวงอำเภอแม่
ริม จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศักดิ์ งามไพบูลย์ (2555). โรคมะเร็งปากมดลูก. (Online). http://phyathai.com/women_cancer.html,
เข้าถึงเมื่อ 11 มีนาคม 2557.
- ชเนตร เอื้อเพื่อพันธุ์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก
มดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธิดารัตน์ พลแสน. (2550). แรงสนับสนุนจากสามีเพื่อส่งเสริมการมารับการตรวจโรคมะเร็งปาก
มดลูกในเขตสถานีอนามัยบ้านเหล่าหลวง อำเภอนิคมน้ำอ้อย จังหวัดมุกดาหาร.
วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- ธีรวุฒิ คูหาเปรมะ และคณะ. (2548). การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา ภาโนมัย. (2552). การส่งเสริมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในชุมชนเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2535). การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มหาสารคาม.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2533). สถิติวิจัย II. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์.
- ปฐม สวรรค์ปัญญาเลิศ และเบญจพร พิณสมบัติ. 2532. ประสิทธิภาพของทางเซลล์วิทยา ของแปบสเมียร์ โดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติระยะสั้น : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลศรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- ประภาพร สุวรรณ. (2520). ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีระพินา.
- ยุภาพร ศรีจันทร์. (2548). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลป่าสัก กิ่งอำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก. (Online). http://www.rtcog.or.th/html/articles_details., เข้าถึงเมื่อ 9 มกราคม 2557.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมรีเวชไทย. (2551). วัคซีนเอชพีวีกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก. (Online). http://www.rtcog.or.th/html/articles_details., เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2557.
- วรรณิ อุษสกุล. (2552). ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่สถานีอนามัย อำเภอสุคิริน จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วรารณ ค่ำรศ. (ม.ป.ป.). ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ. ใน เอกสารประกอบการสอนรายวิชาหลักการและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.

- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2541). **ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ**. ในนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ. อนุวัฒน์ ศุภชุตีกุล และงามจิตต์ จันทร์สาธิต (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์จำกัด.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2547). **คู่มือโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับประชาชน**. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2555). **การดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด**. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี. (2556). **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ (2556)**. ใน สรุปผลการดำเนินงานมะเร็งปากมดลูกสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ปีงบประมาณ 2556. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก. (2556). **ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2556**. ใน สรุปผลการดำเนินงานมะเร็งปากมดลูก อำเภอหนองจิก ปีงบประมาณ 2556. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก.
- สุริย์ ธรรมิกบวร (ม.ป.ป). **ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์**. (Online). <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>, เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2554.
- หน่วยสารสนเทศมะเร็ง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2552) **มะเร็งปากมดลูก**. (Online). <http://medinfo2.psu.ac.th/cancer.>, เข้าถึงเมื่อ 15 มกราคม 2557.
- อาทิตยา วรรณชาติ. (2553). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัยเจริญพันธุ์ สถานีอนามัยตำบลปราสาททอง อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- อุรวรรณ สุพรรณอ่วม. (2551). **การส่งเสริมสตรีให้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอวังบูรพา จังหวัดร้อยเอ็ด**. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุสมาน แวะหะยี. (2551). **ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Pender, N.J. **The Health Promotion Model Manual**. (Online). http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1, December 24, 2012.
- Pender, N.J. **Health Promotion in Nursing Practice**. Connecticut: Appleton & Lange 1996.

Pender, N.J. (2012). **Revised Health Promotion Model**. University of Michigan, School of Nursing (Online). <http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>, December 24, 2012.

World Health Organization. (2013). **Cancer**. (Online). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, January 25, 2013.





ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษา

1. นางสาวเสาวคนธ์ ภัคดี ตำแหน่ง ดร.
สถานที่ทำงาน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตปัตตานี

ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ

2. นางสาวรัชนิดา ดำรงค์รักษ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลหนองจิก

ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย

3. นางศิริพร จินดารัตน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลหนองจิก





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน ดร.เสาวคนธ์ ภักดี

ด้วย นางพรศิริ ขันดีกุลานนท์ รหัส 52G2771010 นักศึกษาหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

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

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนต์ ชาติทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948

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



ที่ ศษ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน แพทย์หญิงรัชนิดา คำรงค์ภัย

ด้วย นางพรศิริ ขันตัญญานนท์ รหัส 52G2771010 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

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

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัท ชาติทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948

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



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เรียน นางศิริพร จินคาร์ตัน

ด้วย นางพรศิริ ขันตฤฎานนท์ รหัส 52G2771010 นักศึกษาหลักสูตรสาขารณศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาขารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

1. รศ.เทพกร พิทยาภินันท์ 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.มนต์ ชาติทอง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดี

โทรศัพท์/โทรสาร 0 7433 6948

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



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี

คำชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานและวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใดและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความกรุณาท่าน โปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้	จำนวน 21 ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ	จำนวน 18 ข้อ
ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ	

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี นับถือศาสนา.....

2. สถานภาพสมรสของท่าน

- | | | | |
|--------------|-----------------|---------------------|--------------------|
| () 1. โสด | () 2. สมรส | 2.1 () อยู่ด้วยกัน | 2.2 () แยกกันอยู่ |
| () 3. หม้าย | () 4. หย่าร้าง | | |

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 ปีที่ผ่านมาท่านได้ไปตรวจมะเร็งเรื้องปากมดลูกหรือไม่

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| <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"/> 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/ไวนิล | <input type="checkbox"/> 1.2. วิทยุ / โทรทัศน์ |
| <input type="checkbox"/> 1.4. โปสเตอร์..... | |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร | |

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและเชื่อถือได้		
2	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
3	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกช่วยให้สามารถตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้		
4	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้		
5	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง		
6	จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ		
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก		
8	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง		
9	การทำความสะอาดและดูแลรักษาบริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
การรับรู้อุปสรรค			
10	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายเนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด		
11	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น		
12	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก		
13	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้เจ็บจนไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน		
14	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที		

15	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้ติดเชื้อมือที่ตรวจ		
16	เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
17	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
18	เมื่อมีการณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
การรับรู้สมรรถนะ			
19	สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีจำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี		
20	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ		
21	หากไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ตรวจคัดกรองใหม่		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
สถานการณ์ข้างล่างมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกเพียงใด						
ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจระหว่างบุคคล						
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก					
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรุดโทรมจากการฉีดคีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก					
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
8	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน					
9	เจ้าหน้าที่มีอริยาศรัยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
10	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
11	การเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท					
ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจของสถานการณ์						
12	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์					
13	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก					
14	การให้ข้อมูลจากผู้ที่ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้วว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน					
15	สถานที่ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกสะดวก สะอาด มิดชิด					
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข					
17	การไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิดความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง					
18	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับการตรวจในสถานบริการสาธารณสุข					

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

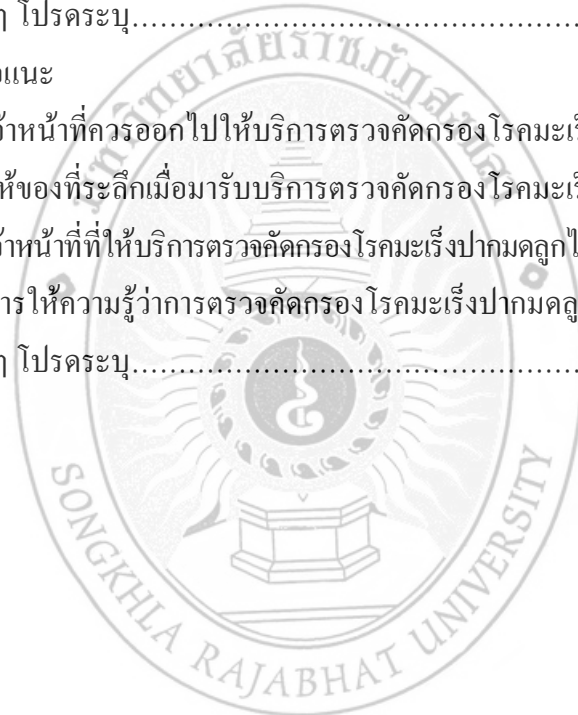
ท่านกรุณาตอบในข้อที่ต้องการเสนอแนะให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหา อุปสรรค

- () ไม่มีเวลา
- () ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ
- () ความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....

ข้อเสนอแนะ

- () 1. เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน
- () 2. ให้ของที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
- () 3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและสนิท
- () 4. การให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนา
- () อื่นๆ โปรดระบุ.....



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางพรศิริ ชันติกุลานนท์
วัน เดือน ปีเกิด	10 ตุลาคม 2509
สถานที่เกิด	บ้านเลขที่ 17 หมู่ที่ 2 ตำบลดาโตะ อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 78 หมู่ที่ 1 ตำบลคอนรัก อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองจิก
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2525	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) โรงเรียนประจักษ์โพธิ์วิทยา จังหวัดปัตตานี
พ.ศ. 2528	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6) โรงเรียนเคหะปัตตานยานุกูล จังหวัดปัตตานี
พ.ศ. 2530	ประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา
พ.ศ. 2538	ปริญญาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สศ.บ.) วิชาเอกสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
พ.ศ. 2556	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา