



รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
Factors Affected the Decision for Cervical Cancer Screening
among Women in Singhanakhon District, Songkhla Province

เทพกร พิทยาภินันท์
ฤดีดาว ช่างสาน
สมมาศ วิไลประสงค์

รายงานวิจัยฉบับนี้ได้รับเงินอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณกองทุนวิจัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2557

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลและหน่วยงาน ดังนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์จรูญศักดิ์ บุญญาพิทักษ์ อาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ดร.นิรชร ชูดีพัฒนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ดร.กัลยา ต้นสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์ ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเครื่องมือวิจัย เพื่อให้ได้มาซึ่งแนวคำถามที่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษา

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสนอแนวคิดและข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆที่เป็นประโยชน์ ที่ขาดเสียไม่ได้โดยเฉพาะคุณประไพ มณี และนักศึกษาปริญญาโท ภาคปกติ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสิงหนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงงาม ประธาน อสม. ตำบลม่วงงาม ที่อนุเคราะห์นักวิชาการช่วยงานวิจัยและเก็บข้อมูลจนสำเร็จสมบูรณ์ และขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนงานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาที่ให้ทุนการศึกษารายปีในครั้งนี้ คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากงานวิจัยฉบับนี้ ขอมอบเป็นกตัญญูแด่แม่บิดา มารดา และครู-อาจารย์ ตลอดจนผู้มีพระคุณทุกท่าน

เทพกร พิทยาภินันท์ และคณะผู้วิจัย

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

มิถุนายน 2559

หัวข้อวิจัย	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา	
ชื่อผู้วิจัย	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
	นางฤดีดาว ช่างसान	มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
	นายสมมาศ วิไลประสงค์	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงงาม
คณะ	วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	
ปีการศึกษา	2557	

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีจำนวน 429 คน ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 88 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 341 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลาและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน เพื่อสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีความเชื่อมั่น = 0.8681 และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล สถานภาพสมรส รายได้ อายุขณะมีบุตรคนแรก การเจ็บป่วยของญาติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านอิทธิพลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ส่วนผลการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่าสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งนี้มีปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่ากลัว รวมถึงวิธีการตรวจของโรคนี้นี้ยังทำให้โรคนี้น่ากลัวมากยิ่งขึ้น เหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ การรับรู้อันตรายของโรค และอาการแสดงของโรค ส่วนเหตุผลของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย และกังวลว่าเจ้าหน้าที่ใกล้ชิดจะเป็นคนตรวจ นอกจากนี้วิธีการให้ข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การอบรมให้ความรู้และนำเสนอภาพอาการแสดงของโรคให้มากเพื่อให้ได้รู้ถึงความอันตรายของโรค

Research Factors Affected the Decision for Cervical Cancer Screening among Women in Singhanakhon District, Songkhla Province

Name Assoc.Pro.Teppagone Pittayapimune SongkhlaRajabhat University
Mrs.Ruedidao Changsan SongkhlaRajabhat University
MR.Sommart Wilaiprasong Tombon Maungham Health Promoting Hospital

Faculty Science and Technology

Year 2014

Abstract

This study was descriptive research. The aims were to study factors (personal factor, perceived disease, influencing factor) related to decision for cervical cancer screening, and to compare factors (perceived disease, influencing) between decision for cervical cancer screenings' group and no decision for cervical cancer screenings' group. Sample size was 429 women in Singhanakhon District, Songkhla Province, consisted of 88 women under decision for cervical cancer screening and 341 women of no decision for cervical cancer screening, and selected by quota sampling. In addition, 30 women were focus-group discussion and selected by purposive sampling. The instruments included questionnaire and interview schedule. Data were analyzed by frequency, percent, standard deviation, Pearson coefficient, Chi-Square, and t-test.

The result revealed that personal factor, perceived disease, and influencing factor were not related to decision for cervical cancer screening. When comparison between factors (i.e., perceived disease, interpersonal influencing, influencing of situation) on decision for cervical cancer screenings' group and no decision for cervical cancer screenings' group, women who had decision for cervical cancer screening showed average of score of perceived disease, interpersonal influencing, and influencing of situation were higher than another group significantly at 0.05.

For focus group discussion, women mostly thought that cervical cancer was horrible disease, and method of investigation made more horrible. The motivation of decision for cervical cancer screening included perception of dangerous disease. Whereas, women who did not have decision for cervical cancer screening felt embarrassed, and concerned investigating person might be closed staff. Furthermore, method of informational giving was conducted by training, and showing symptoms in order to be awareness of danger.

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก โดยในปี ค.ศ. 2008 มะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 13 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด องค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี ค.ศ. 2030 ทั่วโลกจะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นถึงกว่า 13.1 ล้านคน (World Health Organization, 2013) และรายงานสถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ระบุว่า เฉพาะในปี 2551 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปีนี้มีจำนวน 7.6 ล้านคน และมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ จำนวน 12.5 ล้านคน ผู้ป่วยที่เป็นผู้ชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปอด ผู้หญิงเป็นโรคมะเร็งเต้านม (หัชชา ศรีปลั่ง, 2553) สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งต่อเนื่องมานานกว่า 10 ปี ตั้งแต่ปี 2543 ข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ. 2554 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 61,082 คน คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 95.2 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งที่ทำให้ผู้หญิงไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ รองลงมา คือ โรคมะเร็งหลอดคอหลอดลมใหญ่และปอด โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก แต่สาเหตุสำคัญที่ตรวจพบทางการแพทย์ คือ เกิดจากเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้มีการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อมักจะใช้เวลาในการก่อตัวของโรคนานกว่า 5-10 ปี นับจากช่วงแรกที่เซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจนถึงระยะที่ภาวะของโรคอยู่ในระดับที่รุนแรงมากขึ้น โดยไม่ปรากฏอาการหรือสัญญาณใด ๆ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวเลยว่าได้ป่วยเป็นโรคนี้น จนเมื่อเริ่มมีอาการปรากฏ แต่นั่นก็อาจหมายถึงโรคร้ายนี้ได้ลุกลามเข้าสู่ระดับที่รุนแรงและยากต่อการรักษาให้หายขาดได้ วิธีการดูแลตนเองสำหรับโรคนี้นี้ที่สำคัญ คือ อาย่อาศัยที่จะพบหมอเพื่อตรวจคัดกรองเป็นประจำเพื่อตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่ และพยายามลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อย การมีคู่นอนหลายคน การสูบบุหรี่ เป็นต้น

จากการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า หากสามารถทำให้สตรีไทยเข้ารับการตรวจเป็นประจำสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ปีละประมาณ 350 ล้านบาท ดังนั้น สถาบันมะเร็งแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงผนึกกำลังจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัดฟรี ในโรงพยาบาลรัฐทุกจังหวัด เริ่มตั้งแต่ปี 2548-2552 และสานต่อในช่วงที่ 2 คือในปี 2553-2557 โดยมีเป้าหมายเป็นสตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี คิดเป็นปีละ 2,600,000 คน หรือร้อยละ 20 ต่อปี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เห็นความสำคัญ และเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง รวมถึงผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และทัน่วงที ซึ่งผลการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติรวบรวมไว้ในช่วงที่ผ่านมา พบสตรีที่มีอาการผิดปกติมากยิ่งขึ้น ในช่วงที่ 1 ปี 2548-2552 คัดกรองร้อยละ 69.2 พบผิดปกติ ร้อยละ

1.15 และใน 3 ปีแรกของช่วงที่ 2 คือปี 2553-2555 พบผิปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.30 จากคัดกรอง ร้อยละ 55.68 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

จังหวัดสงขลาได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด มีการกำหนด เป้าหมายในการดำเนินงาน ให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2553-2557 กำหนดให้ทุกสถานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ร้อยละ 20 ต่อปี และคัดกรองให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ภายในปีงบประมาณ 2557 ผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2553, 2554, 2555 และ 2556 คัดกรองได้ ร้อยละ 34.49, 23.83, 22.42 และ 14.52 ตามลำดับ จากการคัดกรองทั้ง 4 ปีที่ผ่านมา จำนวน 166,805 พบผิปกติ 623 คน คิดเป็นร้อยละ 0.37 ของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรอง หลังจากส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็ง ปากมดลูกจำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 12.51 ของจำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองที่ผิปกติที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2556)

สำหรับการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ใน ปีงบประมาณ 2556-2557 พบว่า มีสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 17,647 คน เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 944 คน คิดเป็นร้อยละ 5.34 ในปี 2556 ที่ผ่านมา สตรีกลุ่มเป้าหมาย 17,674 เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 236 คน คิดเป็นร้อยละ 1.34 พบผิปกติ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.42 (สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุข อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา, 2556) จากข้อมูลการคัดกรองที่ได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้ เจ้าหน้าที่อำเภอสิงหนครทุกคนให้ความสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างยิ่ง จึงได้เพิ่ม การประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่าง ๆ จัดรณรงค์ค้นหาทุกรูปแบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการผลิตสื่อ สิ่งพิมพ์ และผ่านสื่อมวลชน รวมถึงการจัดทีมเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรอง ในระดับอำเภอ เพื่อไปให้บริการคัดกรองแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายในสถานบริการสาธารณสุขทั่วทั้งอำเภอ สิงหนครเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้สะดวกรวดเร็ว และประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่อัตราการมารับบริการยังต่ำเช่นเดิม

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) (Pender N.J., 1987) มาใช้ ในการศึกษา แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรม อย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้าน ด้วยกัน คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และการแสดง พฤติกรรม (Behavioral Outcome) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็น แนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แบบจำลองนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เพื่อเป็นแนวทางใน การวางแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของกระทรวง สาธารณสุขที่ได้กำหนดนโยบายและบรรจุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึง ปัจจุบันที่ระบุ ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ตามกลุ่มอายุ 30-60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
2. ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตามตัวชี้วัดต่อไป
3. ทำให้ทราบเทคนิคในการจูงใจให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับ สตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 17,356 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 429 คน ที่ได้จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

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

2.1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย

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

2.1.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

- 1) ทักษะคิดที่มีต่อผู้ให้บริการ
- 2) ความคาดหวังของสังคม
- 3) การสนับสนุนของคนในครอบครัว
- 4) การเห็นแบบอย่าง
- 5) การได้รับข้อมูลข่าวสาร

2.1.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์

- 1) ความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจ
- 2) ความคุ้นเคยกับสถานที่และบุคลากร
- 3) การรับรู้ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการตรวจ

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. ขอบเขตเนื้อหา

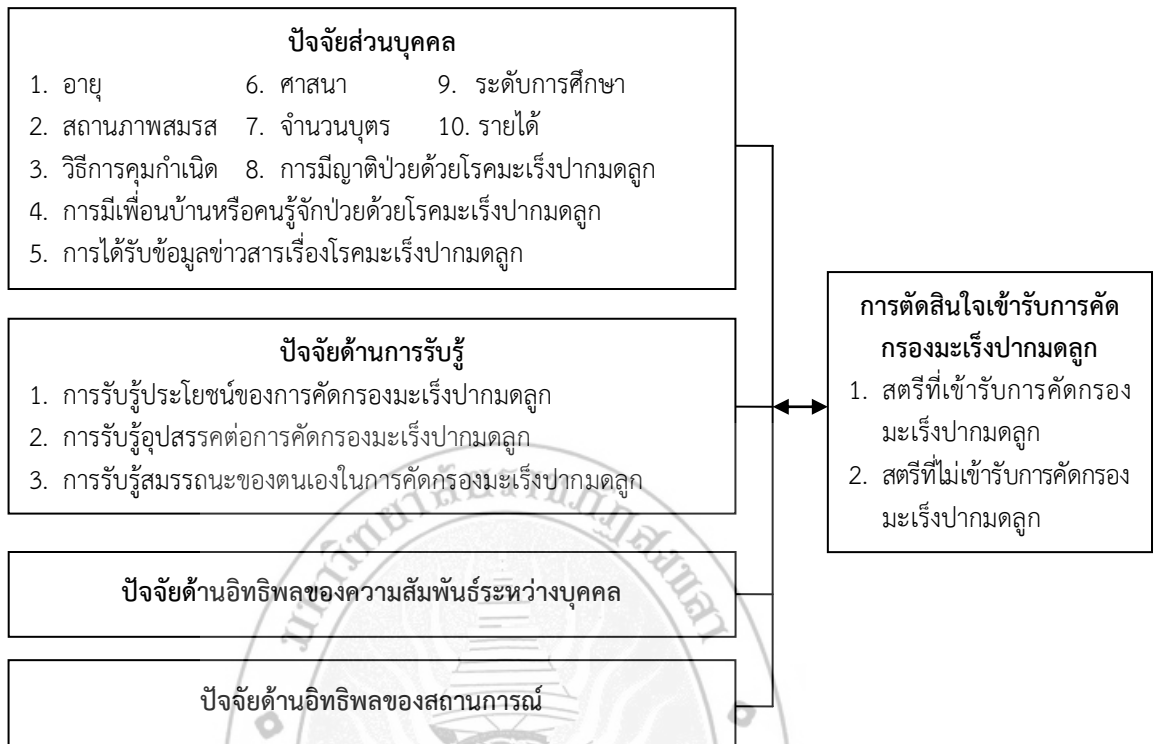
เป็นการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ในส่วนที่ 2 คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) มาใช้ในการวิจัย ซึ่งในส่วนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจมีทั้งหมด 6 ปัจจัย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษา 1 ปัจจัย คือ ผลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากกิจกรรม (Activity-related affect) เนื่องจากเป็นสภาวะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีสิ่งอื่นเข้ามากระตุ้นอีกที ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาแค่ 5 ปัจจัย ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived benefits of action)
2. การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barrier to Action)
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)
4. อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)
5. อิทธิพลสถานการณ์ (Situational influences)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ (Health Promotion Model) โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์ มาเป็นตัวแปรอิสระ เพื่อประเมินว่าปัจจัยอะไรใดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจภายในสตรีที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร เพื่อหาความผิดปกติบริเวณปากมดลูกด้วยวิธีเซลล์วิทยา (Pap Smear Cytology) หรือวิธีการใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) จากโรงพยาบาลสิงหนคร หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสิงหนคร แต่ในกรณีที่ไม่ได้คัดกรองในอำเภอสิงหนครต้องมีผลการตรวจมาแสดง

1. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ตัดสินใจไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งในช่วง ปีงบประมาณ 2553-2556

2. สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ตัดสินใจไม่ไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในช่วง ปีงบประมาณ 2553-2556 ทั้ง ๆ ที่ได้รับทราบข้อมูลกำหนดการการให้บริการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ อสม. แผ่นป้ายประกาศ และหนังสือเชิญ

การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกหรือคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดี หรือมีคุณค่าจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่กังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พอใจเข้าใจผิด อายุเจ้าหน้าที่ ไม่สะดวก ไม่ปลอดภัย สภาพอากาศ

การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ ทั้งในกรณีที่ไม่มีเงื่อนไขใด ๆ เช่น มั่นใจในตนเอง มั่นใจหากมีบุคคลอื่น ๆ มาชักชวน หรือมีเอกสารที่ระบุชื่อตนเองอย่างชัดเจน และกรณีที่มีเงื่อนไขเป็นของรางวัลตอบแทน

อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความรู้สึกหรือพฤติกรรมของคนอื่นที่มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เช่น ทศนคติที่มีต่อผู้ให้บริการ ความคาดหวังของสังคม (เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้นำศาสนา) การสนับสนุนของคนในครอบครัว การเห็นแบบอย่าง และการได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางต่าง ๆ

อิทธิพลของสถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ หรือบริบท ที่มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ความสะดวกในการเข้าคัดกรอง ความคุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจในประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับการตรวจคัดกรอง



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
 - 1.1 ลักษณะภูมิประเทศ
 - 1.2 ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม
 - 1.3 ลักษณะทางเศรษฐกิจ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.1 สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.4 การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.5 การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.6 การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 2.7 รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model)
 - 3.1 พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 3.3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

1. ประวัติศาสตร์ความเป็นมา

เมื่อปี พ.ศ. 2530 นายบัญญัติ จันทน์เสนะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงมหาดไทย ครั้งดำรงตำแหน่งนายอำเภอเมืองสงขลา ร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และราษฎรฝั่งเขาแดง รวม 11 ตำบล ได้พิจารณาว่าสภาพทางภูมิศาสตร์ ลักษณะความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ แนวโน้มมีความเจริญในอนาคต และความเห็นชอบของคณะกรรมการหมู่บ้าน สภาตำบล หัวหน้าส่วนราชการประจำอำเภอ จังหวัด สภาจังหวัด สมาชิกสภาผู้แทนราษฎร และกระทรวงมหาดไทย จึงได้ประกาศเขตท้องที่อำเภอเมืองสงขลา เมื่อวันที่ 27 มกราคม 2531 ขอตตั้งเป็นกิ่งอำเภอ เรียกว่า “กิ่งอำเภอสิงหนคร” ตั้งที่ว่าการกิ่งอำเภออยู่ที่หมู่ที่ 5 ตำบลสทิงหม้อ ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2531

สำหรับการกำหนดชื่อกิ่งอำเภอสิงหนครนั้น เนื่องจากในสมัยก่อนมีบรรดาพ่อค้าวาณิชย์ เช่น ชาวเปอร์เซีย อินเดีย อาหรับ แล่นเรือเข้ามาค้าขายตามหัวเมืองชายทะเล เมื่อมาถึงปากอ่าวทะเลสาบจะเข้าเมืองสงขลา จะเห็นเกาะอยู่ 2 เกาะ คือ เกาะหนู และเกาะแมว เมื่อมองดูจากทะเลด้านนอกจะเห็น เป็นรูปสิงห์ 2 ตัว นอนหมอบในท่าผยองเฝ้าปากทวารเมืองอยู่ ต่างเรียกขานว่า เมือง “สิงหลา” แต่ออกเสียงตามภาษาของตนว่า “เซ็งกอรา” ซึ่งแปลว่า สิงห์ และจากพระบรมราชวินิจฉัยในพระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 5 ว่า สงขลาเดิมชื่อ “สิงหนคร” อ่านว่า “สิง-หะ-นะ-คะ-ระ” เมื่อเสียงสระอะอยู่ท้าย พวกมาลาญไม่ชอบ จึงเปลี่ยนเป็นสระอา และชาวมาลาญพูดเสียงเร็ว จึงตัด หะ และ นะ ออก คงเหลือ สิงคะรา แต่ออกเสียงเป็น ชิงหะรา หรือ สิงโครา จากประวัติความเป็นมาข้างต้นจึงขอใช้ชื่อ “สิงหนคร” เป็นชื่อกิ่งอำเภอที่ตั้งใหม่

ครั้งต่อมาเมื่อปี พ.ศ. 2534 ได้มีพระราชกฤษฎีกา ยกฐานะกิ่งอำเภอสิงหนคร เป็น “อำเภอสิงหนคร” ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 108 ตอนที่ 107 ลงวันที่ 9 มิถุนายน 2534 โดยมีผลตั้งแต่วันที่ 18 กรกฎาคม 2534 เป็นต้นมา

2. ที่ตั้งและอาณาเขต

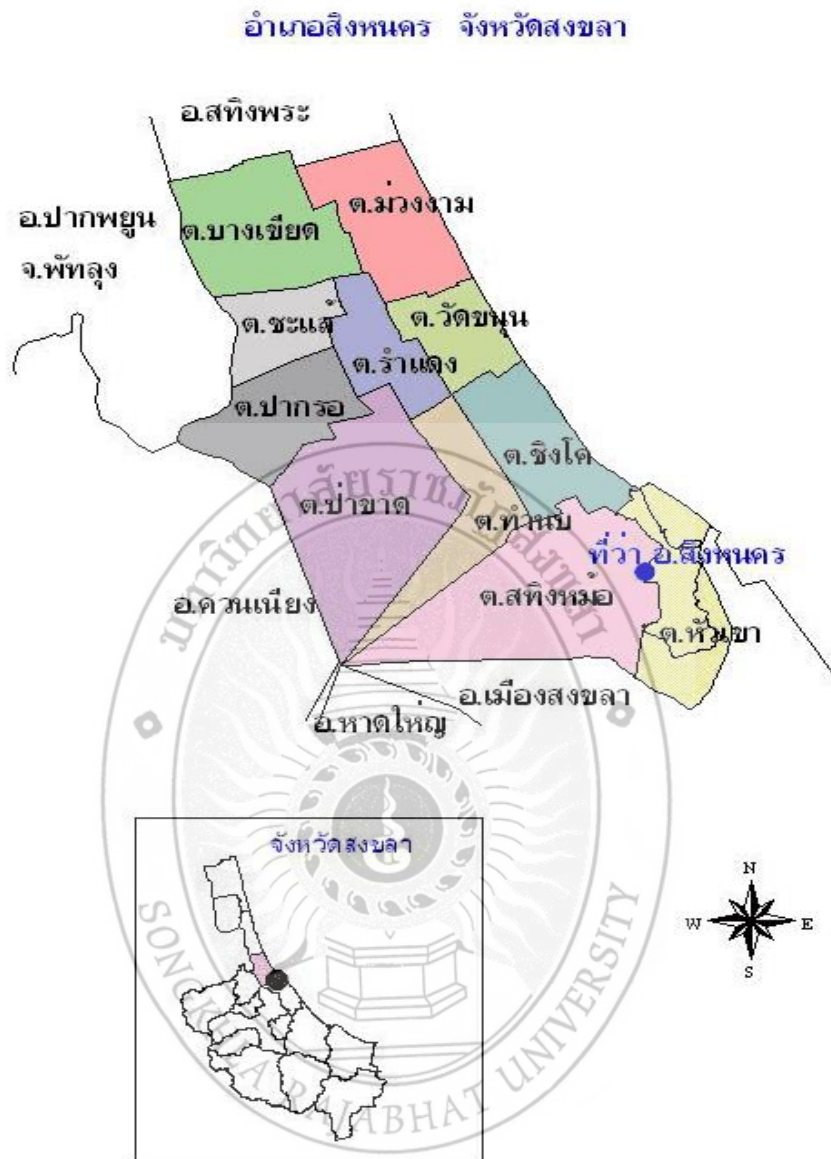
อำเภอสิงหนครมีอาณาเขตติดต่อกับเขตการปกครองข้างเคียงดังต่อไปนี้

ทิศเหนือ ติดต่อกับอำเภอสทิงพระ

ทิศตะวันออก จรดอ่าวไทย

ทิศใต้ ติดต่อกับอำเภอเมืองสงขลาและอำเภอหาดใหญ่

ทิศตะวันตก ติดต่อกับอำเภอควนเนียง และอำเภอปากพะยูน (จังหวัดพัทลุง)



ภาพ 2 แผนที่อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

ที่มา: แผนพัฒนาเทศบาลอำเภอสิงหนคร

3. ด้านการปกครอง

การปกครองส่วนภูมิภาค แบ่งการปกครองออกเป็นทั้งหมด 10 ตำบล 59 หมู่บ้าน ดังนี้

- | | | |
|-----------------|----|------------|
| 3.1 ตำบลรำแดง | มี | 7 หมู่บ้าน |
| 3.2 ตำบลชิงโค | มี | 6 หมู่บ้าน |
| 3.3 ตำบลป่ากรอ | มี | 6 หมู่บ้าน |
| 3.4 ตำบลท่าหมอบ | มี | 7 หมู่บ้าน |
| 3.5 ตำบลป่าขาด | มี | 5 หมู่บ้าน |

3.6 ตำบลชะแล้	มี 5 หมู่บ้าน
3.7 ตำบลบางเขียด	มี 5 หมู่บ้าน
3.8 ตำบลวัดขนุน	มี 8 หมู่บ้าน
3.9 ตำบลม่วงงาม	มี 10 หมู่บ้าน
3.10 ตำบลหัวเขา	มี 8 หมู่บ้าน

4. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

อาชีพหลัก ได้แก่ การเกษตร

อาชีพเสริม ได้แก่ รับจ้าง

จำนวนธนาคาร มี 2 แห่ง ได้แก่ ธนาคารกรุงไทย และธนาคารออมสิน

5. ด้านสังคม

โรงเรียนมัธยม ได้แก่ โรงเรียนสงขลาวิทยาคม และโรงเรียนชะแล้มนิมิต

6. ด้านทรัพยากรธรรมชาติที่สำคัญของอำเภอ

ป่าชายเลน

7. ด้านประชากร

7.1 จำนวนประชากรทั้งสิ้น รวม 43,972 คน

7.2 จำนวนประชากรชาย รวม 21,603 คน

7.3 จำนวนประชากรหญิง รวม 22,369 คน

8. เขตการปกครอง

เขตพื้นที่การปกครองของเทศบาลเมืองสิงหนคร ตามพระราชบัญญัติฐานะเปลี่ยนแปลงท้องที่สุขาภิบาลสิงหนคร เป็นเทศบาลตำบลสิงหนคร พ.ศ. 2542 พื้นที่ 33.90 ตร.กม. ประกอบด้วยตำบลหัวเขา (หมู่ที่ 1-8) ตำบลสทิงหม้อ (หมู่ที่ 1-6) ตำบลชิงโค (หมู่ที่ 1-4 และบางส่วนของหมู่ที่ 5 และ 6) ตำบลท่ายาง (บางส่วนของหมู่ที่ 1 และ 3) รวมพื้นที่ในเขตการปกครองของเทศบาลเมืองสิงหนครทั้งสิ้น 4 ตำบล 22 หมู่บ้าน ต่อมาได้ประกาศเปลี่ยนแปลงฐานะเป็นเทศบาลเมืองสิงหนคร ตั้งแต่วันที่ 23 พฤศจิกายน 2548

ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

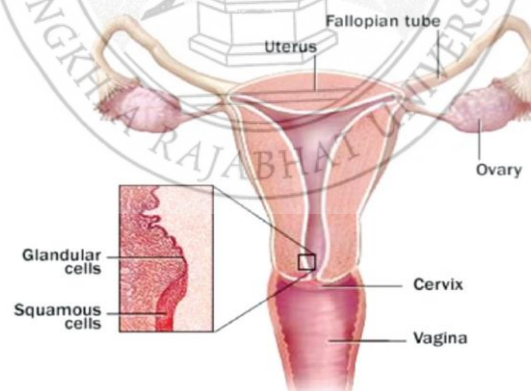
มะเร็งปากมดลูกเป็นเนื้อร้ายชนิดหนึ่งที่เกิดในบริเวณปากมดลูก พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ เป็นผลให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใด จนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี และจะแพร่กระจายไปอวัยวะ

อื่น ๆ เช่น กระจายไปตามระบบทางเดินน้ำเหลือง ระบบไหลเวียนโลหิตและไปสู่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ไต ลำไส้ กระดูกและอวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกาย หากพบอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษามีโอกาสหายขาดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระยะที่พบโรคและการรักษา ติดตามผลที่ครบถ้วน กล่าวคือ ถ้าค้นพบโรคได้เร็วเท่าไร การรักษาจะได้ผลดีและอัตราการหายจากโรคใช้เวลา 5 ปี (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551)

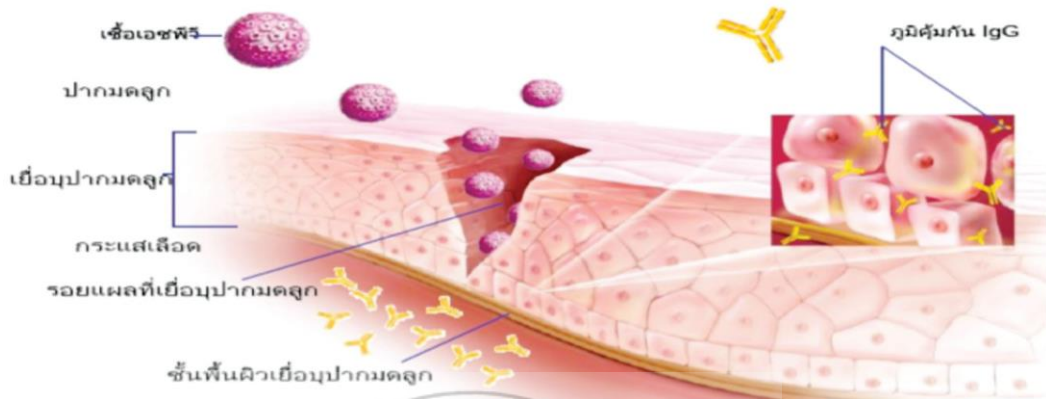
1. สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูกเกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ เมื่อได้รับเชื้อ HPV เชื้อชนิดนี้จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมภายในเซลล์ปากมดลูก จนกลไกการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ถูกกระตุ้นขึ้น ตามมาด้วยการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เนื้องอก ซึ่งไม่ว่าอายุเท่าไรก็สามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ทั้งนั้น แต่ที่ส่วนใหญ่พบมะเร็งชนิดนี้ในหญิงสูงอายุ ก็เพราะกว่าเชื้อ HPV จะปรากฏอาการผิดปกติจนกระทั่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็ง อาจใช้เวลานานกว่า 5-10 ปี สำหรับผู้ชายหากมีการติดเชื้อ HPV จะกลายเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสนี้ไปสู่บุคคลที่รักโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ผู้ชายที่ได้รับเชื้อดังกล่าวอาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนัก และมะเร็งอวัยวะเพศชายได้เช่นกัน

วงจรชีวิตของเชื้อ HPV ที่บริเวณปากมดลูก การติดเชื้อ HPV จะเกิดบริเวณรอยบาดแผลเล็ก ๆ ของเยื่อปากมดลูก เชื้อจะเข้าไปในเซลล์ชั้นในล่ำสุดติดกับชั้นพื้นผิวเยื่อปากมดลูก จนมีการขยายแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์สู่ชั้นบน เชื้อเหล่านี้จะถูกปล่อยออกจากผิวเยื่อปากมดลูก แพร่ไปยังเนื้อเยื่ออื่น ๆ ต่อไป ใช้เวลา 10-12 ปี จึงจะเกิดโรค



ภาพ 3 แสดงส่วนประกอบของมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง
ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 5, 2555.



ภาพ 4 แสดงการติดเชื้อ HPV บริเวณเยื่อปากมดลูก
ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 5, 2555.

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สตรีที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอายุน้อย คือ ต่ำกว่า 20 ปี พบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูง เนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงไวมากที่สุด

1.2 การมีบุตรมากหรือมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย

1.3 การสำส่อนทางเพศและเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน หรือสตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพขายบริการทางเพศ จะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป

1.4 การเป็นโรคติดเชื้อทางการร่วมเพศ เช่น กามโรค และเริมซึ่งเกิดจากเชื้อไวรัสชนิดต่าง ๆ ที่บริเวณอวัยวะเพศ

1.5 สตรีที่มีการฉีกขาดจากการคลอด และมีการอักเสบเรื้อรังของปากมดลูก ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

1.6 สามีหรือคู่นอนที่ไม่ได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ทำให้มีการหมักหมมของ smegma สิ่งสกปรกที่อวัยวะเพศ เพราะเชื่อว่า smegma เป็นตัวทำให้เกิดมะเร็ง

1.7 สามีที่สูบบุหรี่จัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเยื่อเมือก (Mucous) บริเวณปากมดลูกทำให้เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีภูมิคุ้มกันต่ำลง

1.8 การคุมกำเนิด สตรีที่ใช้ยาชนิดเม็ดในการคุมกำเนิดนาน ๆ มีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้น 1.2 เท่า และเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 เท่า ถ้ารับประทานยาคุมมานานกว่า 5 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่า ถ้ารับประทานยาคุม นานกว่า 10 ปี และการใช้ฮอร์โมนชนิดฉีดในการคุมกำเนิด มีโอกาสเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ถ้าผู้ใช้ ติดต่อกันเกินกว่า 5 ปีขึ้นไป

2. อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

2.1 ระยะก่อนแสดงอาการหรือเรียกว่าระยะศูนย์ เป็นระยะที่ตรวจพบ โดยการตรวจเช็ค ภายในห้องปฏิบัติการที่เรียกทั่วไปว่า การตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ระยะนี้สามารถรักษา ให้หายขาดได้โดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีทั้งผ่าตัดเฉพาะปากมดลูก หรือผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกันด้วย ตามแต่ภาวะการณ์ของโรคและผู้ที่ เป็น

2.2 ระยะแสดงอาการหรือที่เรียกว่าระยะที่ 1-2 จะมีลักษณะผิดปกติเกิดขึ้นที่ปากมดลูก เช่น มีเนื้อเยื่ออกหนาผิดปกติจากปากมดลูก มีเลือดออกทางช่องคลอด ในช่วงที่ไม่ใช่ระยะเวลามี ประจำเดือนหรือมีอาการตกขาวเรื้อรังปนเลือด มีกลิ่น เป็นต้น การรักษาระยะนี้มีทั้งการผ่าตัดปากมดลูก พร้อมมดลูกและระบบต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออกหมด หรืออาจร่วมกับใช้การรักษาด้วยการฉายแสงควบคู่ไปกับการฝังแร่

2.3 ระยะลุกลามไปยังบริเวณข้างเคียง หรือระยะที่ 3 ขึ้นไป ช่วงนี้อวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่บริเวณ ใกล้กับปากมดลูกมีส่วนรับการกระจายโรคได้ทั้งสิ้น เช่น อาจลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ทางเดิน ลำไส้ที่อยู่ใกล้กับทวารหนัก และตัวมดลูกเอง เช่น รังไข่ และท่อไตทั้งสองข้าง อาการช่วงนี้จะขึ้นอยู่กับ การกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ถ้าลุกลามไปยังไต ทั้งสองข้าง อาจทำให้เกิดการอุดตันของปัสสาวะทำให้เกิดอาการไตวายได้ การรักษาทำได้เพียงใช้วิธี ฝังแร่ ฉายแสง อาจทำร่วมกับการใช้เคมีบำบัดหรือผ่าตัดบรรเทาอาการแต่ได้ผลไม่แน่นอน

2.4 ระยะลุกลามไปยังบริเวณนอกจากบริเวณข้างเคียง เรียกว่าระยะที่ 4 ขึ้นไป เชื่อว่าช่วงนี้ จะมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระแสเลือดและต่อมน้ำเหลือง ทำให้มะเร็งกระจายไปยังส่วน ต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ กระดูกเชิงกราน ปอด ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น การรักษาทำได้เพียงฝังแร่ ฉายแสง ใช้เคมีบำบัดเพื่อประทุงอาการเท่านั้น

3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถวินิจฉัยได้จาก

3.1 ประวัติ ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก อาจตรวจพบจากการตรวจภายใน การตรวจหลังคลอดโดยการทำ Pap Smear และในรายที่มีอาการนำ ให้มาพบแพทย์บ่อยที่สุด ได้แก่ เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาว ปวดหลัง ก้น หน้าขาและร้าวไปหัวเข่า

3.2 การตรวจร่างกายทั่วไปและตรวจภายในอย่างละเอียด

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการ Pap Smear พบเซลล์ผิดปกติ จะทำการตรวจ ทางกล้อง colposcope และตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

4. การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไร มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่วัยเริ่มแรก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจไว้ 2 วิธี คือ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547)

4.1 การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้กรดน้ำส้มสายชู และดูด้วยตาเปล่า หรือ VIA (Visual Inspection with Acetic acid) ใช้สำหรับสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี มีวิธีการตรวจโดยใช้กรดน้ำส้มสายชูความเข้มข้น 3-5% ป้ายบริเวณปากมดลูกเพื่อดูว่าเนื้อเยื่อปากมดลูกมีความผิดปกติหรือไม่ หากเซลล์ผิดปกติจะเห็นว่ามีฝ้าสีขาว (ภาพ 5) ขอบเขตชัดเจนและตำแหน่งที่แน่นอนสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หลังจากป้ายน้ำส้มสายชูทิ้งไว้ 1 นาที ก็สามารถตอบได้ว่าปากมดลูกปกติหรือผิดปกติ เมื่อพบว่าปากมดลูกมีฝ้าสีขาว เจ้าหน้าที่จะทำการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกก่อนที่จะเป็นมะเร็งโดยการจี้เย็นทันที ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 13 นาที โดยไม่ต้องใช้ยาชา ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล ไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่เจ็บปวดหลังการรักษา สำหรับสตรีที่มีความผิดปกติมีฝ้าขาวที่เห็นขอบเขตไม่ครบหรือมีขนาดกว้างมาก จะได้รับการส่งต่อไปรักษาโดยวิธีอื่น



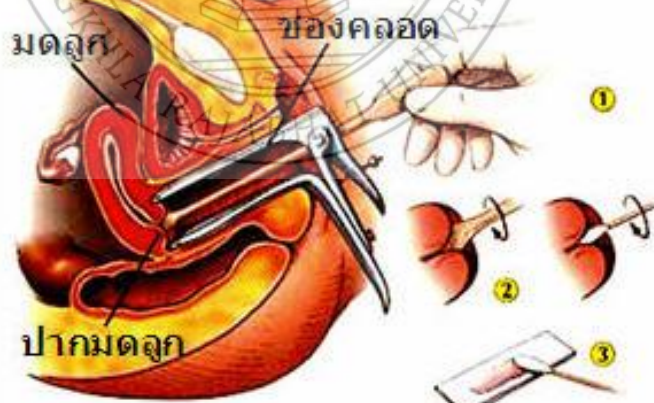
ภาพ 5 แสดงฝ้าสีขาวบริเวณปากมดลูก

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (cervical intraepithelial neoplasia; CIN) โดยวิธีจี้เย็น (cryotherapy) แบบ double freeze technique มีประสิทธิภาพร้อยละ 86-95 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ซึ่งไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีการตัดปากมดลูกโดยห้วงลวดไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP), LASER หรือ cold-knife conization ขนาดของรอยโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะมีหรือไม่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่หลังการรักษา วิธีจี้เย็นโดยใช้ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (บางแห่งอาจใช้ก๊าซไนตรัสออกไซด์ซึ่ง

แพงกว่า) เป็นวิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย มีผลแทรกซ้อนน้อย เครื่องมือที่ใช้มีราคาไม่แพง และสามารถให้บริการได้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมและนิเทศงานที่ได้มาตรฐาน สำหรับข้อดีของ VIA คือไม่มีชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้กรดน้ำส้มสายชู VIA วิธีนี้ให้ความแม่นยำสูง สามารถใช้ในการคัดกรองแทนวิธี Pap smear เพราะทำได้ง่าย รู้ผลใน 1 นาที การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA มีความไว ร้อยละ 79-82 มีความจำเพาะ ร้อยละ 91-92 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ดังนั้นจึงมีโอกาที่จะทำการรักษาเกินความจำเป็นจากผลการตรวจที่เป็นผลบวกหลวง (false positive) ได้ร้อยละ 8-9 ข้อจำกัดของการตรวจวิธีนี้อีกอย่างหนึ่งคือ ไม่สามารถประเมินความผิดปกติหรือรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูก (cervical canal) ได้ ดังนั้นจึงพิจารณาตรวจเฉพาะในรายที่เห็น squamo-columnar junction (SCJ) ครอบคลุมเท่านั้น ทำให้ไม่เหมาะที่จะใช้วิธีนี้ในสตรีวัยหมดระดู และมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทัดเทียมกับวิธี Pap smear (ปฐมสุวรรณค์ปัญญาเลิศ และเบญจพร พิณสมบัติ, 2532; สมยศ เจริญศักดิ์, 2551)

4.2 การตรวจคัดกรองโดยวิธี Pap Smear ค้นพบโดย Dr.George Papanicolaou เมื่อปี ค.ศ. 1930 ซึ่งเป็นบิดาของวิชาเซลล์วิทยา Pap Smear คือ การป้ายเซลล์จากปากมดลูกแล้วส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะรู้ผลใน 1-4 สัปดาห์ โดยการนำเนื้อเยื่อของปากมดลูกไปตรวจย้อมเชื้อหาความผิดปกติ เมื่อพบความผิดปกติจะแจ้งผลตรวจให้สตรีผู้นั้นทราบและให้มาตรวจปากมดลูกซ้ำ โดยใช้น้ำส้มสายชู 3-5% ป้ายที่ปากมดลูก แล้วใช้กล้องส่องขยาย (Colposcope) จะเห็นความผิดปกติของปากมดลูกชัดเจน และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ จึงจะนำไปรักษาความผิดปกติของปากมดลูกโดยวิธีจี้เย็นหรือวิธีอื่นตามแต่ขนาดของความผิดปกติที่พบ



ภาพ 6 แสดงการตรวจ Pap smear

ที่มา: ศูนย์อนามัยที่ 5, 2555.

การตรวจหาความผิดปกติของปากมดลูกด้วยวิธี Pap smear จะใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ จึงจะทราบผลและใช้เวลาอีกประมาณ 1-2 เดือน กว่าที่จะได้รับการรักษา เหตุที่ต้องใช้วิธีดังกล่าวในการตรวจ เพราะเป็นวิธีการมาตรฐานที่รู้จักและใช้แพร่กันทั่วโลก การตรวจทำได้ง่าย สะดวก และผลการตรวจแม่นยำ เชื่อถือได้ แต่ใช้เวลาในการทราบผลนาน มีการศึกษาวิจัย พบว่า สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีรฤทธิ คุหะเปรมะ และคณะ, 2548) สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap Smear มีดังนี้

4.2.1 ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้สตรีมารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุกฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูก ส่วนในการสร้างมูกเหนียว ๆ ออกมาจำนวนมาก ถ้าทำในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียวและจะได้เซลล์น้อยมากหรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไข่สุกก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะหนึ่งคือ 3-4 วันก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้มีเป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจกซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่านค่าได้

4.2.2 ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนชนิดเม็ดหรือชนิดฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

4.2.3 ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถ้าในรายที่หมดประจำเดือนมาเป็นเวลานานแล้วเยื่อปากมดลูกอาจบางและอักเสบ ควรได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจนเฉพาะที่หรือชนิดเม็ดสำหรับรับประทานประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ให้ใส่ Premarin Cream ในช่องคลอดก่อนเข้านอนวันละ ½-1 กรัม หรือให้ Tab Premarin (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ดหลังอาหารเย็น จะช่วยให้ผลการตรวจที่ได้แน่นอนยิ่งขึ้น

5. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีวิธีการรักษาดังนี้

- 5.1 การผ่าตัด ได้ผลดีในระยะที่เป็นระยะเริ่มแรกจะหาย 100%
- 5.2 รังสีบำบัด ใช้รักษามะเร็งในระยะที่ลุกลามแล้วเพื่อให้รังสีไปทำลายเซลล์มะเร็ง
- 5.3 เคมีบำบัด ใช้รักษาในรายที่มะเร็งกระจายไปอวัยวะอื่นแล้ว อาจใช้ร่วมกับรังสีบำบัดที่บริเวณปากมดลูกและในช่องเชิงกราน
- 5.4 รังสีบำบัดและการผ่าตัด รักษาในรายที่เป็นมะเร็งตรงปากมดลูกก้อนใหญ่มาก หลังได้รับรังสีบำบัดแล้วจะให้การรักษาต่อโดยการผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคกลับขึ้นมาใหม่

6. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะเริ่มแรก แต่การป้องกันไม่ให้เป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยทั่วไปหลักการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมี 3 แบบ ได้แก่ การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) และการป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention) (จตุพล ศรีสมบุญ, 2547)

6.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุนั้น ๆ ได้แก่

6.1.1 การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่และบริเวณที่มีควันบุหรี่

6.1.2 การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด และยาฉีดคุมกำเนิด ควรได้รับการตรวจหามะเร็งทุก 6 เดือน

6.1.3 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุยังน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน

6.1.4 ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ

6.1.5 ละเว้นต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง (Chemical factors)

6.1.6 การเพิ่มภูมิคุ้มกันร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง ทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดภาวะเครียด

6.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือ การค้นหาและวินิจฉัยโรคมะเร็งในระยะเริ่ม โดยใช้วิธีการค้นหาและวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งวิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การตรวจ Pap Smear ทำได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย และราคาถูกให้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ

6.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือ การให้สารเคมีที่ได้จากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้นไปเพื่อยับยั้งหรือทำให้เกิดการย้อนกลับของกระบวนการเกิดมะเร็ง เพื่อทำให้หายจากโรคมะเร็งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ปัจจุบันวิทยาการของการแพทย์สมัยใหม่ โดยองค์การอาหารและยาแห่งสหรัฐอเมริกา (US.FDA) ได้ผลิตวัคซีน HPV Vaccine เพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิงที่มีความเสี่ยงสูงที่ทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูก ซึ่งโดยมีหลักฐานว่าผู้ติดเชื้อ HPV ที่ปากมดลูก ซึ่งติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อให้เกิดมะเร็งปากมดลูกประมาณร้อยละ 70 โดยเชื้อ HPV สายพันธุ์ที่พบว่าเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดคือ เชื้อ HPV 16 และ HPV 18 โดยเชื้อ HPV ทั้ง 2 ชนิด คือ สายพันธุ์ 16 และ 18 สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ร้อยละ 100 และได้รับการยอมรับและผ่านการอนุมัตินำมาใช้ในประเทศไทยได้แต่มีราคาแพง

ดังนั้นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสตรีควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และเพิ่มความตระหนักการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ Pap Smear เนื่องจากวิธีการป้องกันโดยการใช้วัคซีนยังไม่สามารถนำมาให้บริการได้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

7. รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในปีงบประมาณ 2553-2556 ที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ได้ใช้วิธีการดำเนินงานหลายวิธีเพื่อให้ได้สตรีเข้ารับการคัดกรองมากที่สุด ดังนี้

7.1 การเตรียมเจ้าหน้าที่ คือ การเตรียมความพร้อมให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งปากมดลูก โดยการนำเจ้าหน้าที่ไปอบรมส่งเสริมความรู้เรื่องการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากหน่วยงานต่าง ๆ และการเชิญวิทยากรจากข้างนอกหน่วยงานมาเป็นวิทยากรให้ความรู้ในพื้นที่และร่วมฝึกทักษะการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA และ Pap Smear ในพื้นที่ด้วยเช่นกัน ซึ่งเจ้าหน้าที่ทุกคนจะได้รับการฝึกฝนจนชำนาญจึงสามารถให้บริการแก่สตรีกลุ่มเป้าหมายได้ จากนั้นทีมเจ้าหน้าที่จึงรวมกลุ่มเป็นทีมคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอสิงหนคร จำนวน 8 คน เพื่อเข้าไปคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้สตรีกลุ่มเป้าหมายในทุกสถานบริการสาธารณสุข

7.2 การเตรียมสตรี คือ การที่เจ้าหน้าที่แจ้งสตรีในพื้นที่ให้ทราบว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการคัดกรองในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะแจ้งเป็นเอกสารหนังสือเชิญฝากไปกับอสม. เมื่อสตรีเข้ารับการคัดกรอง รพ.สต. จะมอบของที่ระลึกให้กับสตรีที่เข้ารับการคัดกรองทุกคน เช่น ผ้าถุง ร่ม และมีบาง รพ.สต. ให้ค่าตอบแทน อสม. ที่นำสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการคัดกรองด้วย

7.3 การให้ความรู้สตรี เมื่อสตรีเข้ารับการคัดกรองในวันที่กำหนด เจ้าหน้าที่จะซักประวัติสตรีทุกคน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีทุกคน สตรีที่ได้รับความรู้แล้วจะทยอยเข้ารับการคัดกรองด้วยวิธี VIA หรือ Pap Smear ในห้องที่มีติดชุด สตรีที่คัดกรองด้วยวิธี VIA เมื่อพบว่าปากมดลูกผิดปกติมีฝ้าสีขาว เจ้าหน้าที่จะทำการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกก่อนที่จะเป็นมะเร็งโดยการจี้เย็นทันที สำหรับสตรีที่มีความผิดปกติมีฝ้าขาวที่เห็นขอบเขตไม่ครบหรือมีขนาดกว้างมากจะได้รับการส่งต่อไปรักษาโดยวิธีอื่น ส่วนสตรีที่คัดกรองด้วยวิธี Pap Smear หลังจากป้ายเซลล์จากปากมดลูกแล้ว เจ้าหน้าที่จะอธิบายเรื่องการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจะแจ้งให้สตรีมาฟังผลการตรวจอีกครั้งประมาณ 1 เดือน

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

1. พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

สุขภาพ (Health) ตามนิยามของ WHO หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายถึงเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น

1) สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึง สภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
2) สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึง สภาวะความสมดุลในทุกด้านของชีวิต ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ

3) สุขภาพทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

กุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) ได้ศึกษาความหมายของ Kasl and Cobb ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรคและจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Protective Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อนโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ได้แก่ การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพประจำปี การไปรับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การขอคำปรึกษา ความคิดเห็นและคำแนะนำจากญาติพี่น้องเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ในทีมงาน

3) พฤติกรรมเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Sick-Rote Behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออาการต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออาการต่าง ๆ ดีขึ้น ซึ่งบุคคลจะแสดงพฤติกรรมโดยให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

1.2 ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

กฎบัตรออตตาวาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกและนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

1) เปนกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น

2) เปนการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชน คือ เปนกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง

3) เปนการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่ภาวะการณเปลี่ยนแปลงทางสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและของบุคคล

4) เปนการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้าน การศึกษา สังคม และสิ่งแวดล้อมมาใช้ เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

1.3 ความหมายการปกป้องสุขภาพ (Health Protection)

การปกป้องสุขภาพในตำราหลาย ๆ เล่มอาจเรียกว่า การป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) เพนเตอร์ได้พยายามแยกแยะความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพหรือภาวะแห่งความสุขในทุก ๆ ด้าน ทั้งกาย จิตวิญญาณ สังคม และปัญญา ของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น แนวคิด หลักการการส่งเสริมสุขภาพ

การปกป้องสุขภาพ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ชั้น คือ การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary protection) การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary protection) และการป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary protection)

การป้องกันขั้นปฐมภูมิ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉพาะหรือป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการป้องกันภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉพาะ ได้แก่ การนำเด็กไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคต่าง ๆ ที่ป้องกันได้ การปฏิบัติตามระเบียบและกฎจราจรอย่างเคร่งครัดในการขับขี่ยานพาหนะ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่รับประทานยาบ้า ใช้ความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด คาดเข็มขัดนิรภัยถ้าขับรถยนต์ หรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ เป็นต้น หรือการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น คุสามี ภรรยาตรวจเลือดก่อนภรรยาตั้งครรภ์เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กที่จะเกิดมาไม่มีความผิดปกติ เสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือพิการ กิจกรรมเพื่อป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล เช่น การอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างพอเหมาะเพื่อป้องกันความเสื่อมของสายตา การยกของหนักโดยไขว่ท่าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเสื่อมของกระดูกสันหลัง เป็นต้น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ คือ การตรวจคนโรคในระยะเริ่มแรกและปฏิบัติการเพื่อหยุดยั้งกระบวนการทางพยาธิสภาพอย่างทันท่วงที่มีผลลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคที่จะเกิดขึ้นกับบุคคล หรือเพื่อช่วยให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพเดิมได้โดยเร็วที่สุด ตัวอย่างกิจกรรมการป้องกันขั้นทุติยภูมิ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์ (mammography) ในผู้หญิงเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก การทำ pap smear เพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การป้องกันขั้นตติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการป้องกันในระดับนี้คือ การฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เพียงแต่หยุดยั้งการดำเนินของโรคแต่ยังช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขและใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ให้ได้อย่างเต็มที่

ขอแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค ดังนี้

1) การส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีจุดเน้นที่โรคหรือปัญหาเฉพาะที่เกิดจากโรคเช่นเดียวกับการป้องกันโรค

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

3) การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ด้านสุขภาพ ในขณะที่การปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรคเป็นการมุ่งจัดการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งทำลายสุขภาพและความเป็นอย่างที่ดี

4) ในสวนของแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น การส่งเสริมสุขภาพมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-actualizing) ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวกและสัมพันธ์กับพัฒนาการสูงสุดในแต่ละช่วงระยะเวลาของชีวิต ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรคมีแรงจูงใจ

มาจากความต้องการที่จะรักษาเสถียรภาพ (stabilizing tendency) คือ หลีกหนีจากความเจ็บป่วย ซึ่งผลักดันให้บุคคลและครอบครัวกระทำพฤติกรรมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของชีวิต ซึ่งการรักษาภาวะสมดุลของชีวิตนั้นประกอบด้วยกลไกของร่างกายเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกให้อยู่ในระดับที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างไรก็ตาม แมวเพนเดอร์ได้พยายามแยกแยะความแตกต่างระหว่างความหมายและพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค แต่ในความเป็นจริง แยกกันค่อนข้างยากและมีความซ้ำซ้อนกัน เพราะพฤติกรรมอย่างเดียวกันสามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้แรงจูงใจทั้งสองประการ และอาจเป็นไปได้ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ได้อาจช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ในขณะเดียวกันทำให้ร่างกายแข็งแรงด้วย นอกจากนี้ในเด็กที่สุขภาพดีเท่านั้นที่ยังคงเป็นตัวอยางของการปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งสุขภาพส่งเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียว

จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นพฤติกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรค เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะสตรีที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ต้องการประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง สตรีจึงตั้งใจการเข้ารับการคัดกรองตามกำหนดการที่เจ้าหน้าที่แจ้งไว้

2. ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2002 อ้างถึงใน สุรีย์ ธรรมิกบรร) เป็นทฤษฎีที่ได้รับการนำมาประยุกต์ใช้มาก โดยเฉพาะเกี่ยวกับการส่งเสริมการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจะเข้าใจทฤษฎีใดสิ่งทีควรเรียนรู้เข้าใจในเบื้องต้นคือการรู้จักผู้พัฒนาทฤษฎี เพื่อเข้าใจที่มาของแนวคิดทฤษฎี

ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม (Behavioral Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมที่ได้ (Behavioral Outcome) การรู้ตัวแปรที่เป็นปัจจัยต่อการเกิดพฤติกรรมจะเป็นประโยชน์ต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม จากทฤษฎีนี้แสดงให้เห็นว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะและความเฉพาะของปัจจัยที่จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2.1 ประวัติผู้พัฒนาทฤษฎี

ผู้พัฒนาทฤษฎีนี้คือ ดร.โนลา เจ เพนเดอร์ (Pender, Nola J.) เพนเดอร์เป็นผู้ที่มีความตั้งใจที่จะเป็นพยาบาลตั้งแต่อายุ 7 ขวบ เมื่อได้สังเกตการณ์การให้การพยาบาลขณะป่วยของท่านป่วยที่โรงพยาบาล เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1941 ที่ Lansing รัฐ Michigan เป็นลูกคนเดียวของครอบครัว ได้รับการสนับสนุนให้เรียนที่ West Suburban Hospital ใน Oak Park รัฐ Illinois ได้รับ Diploma ในปี ค.ศ. 1962 และเริ่มงานที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรมที่โรงพยาบาล Michigan ในปี ค.ศ. 1964 ได้รับ B.S.N. ที่มหาวิทยาลัย Michigan State ใน East Lansing และได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อและเปลี่ยนแนวการศึกษาในระดับปริญญาโท ด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ในปี ค.ศ. 1965 และปริญญาเอก ด้านจิตวิทยาและการศึกษา ในปี ค.ศ.1969 ที่ Northwestern

University ที่ Evanston Illinois ทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กที่มีปัญหาความจำระยะสั้น ในเวลานั้นท่านเริ่มสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลในมุมมองที่กว้างขึ้นจากการได้พูดคุยกับดอกเตอร์ Beverly McElmurry ที่ Northwestern Illinois University และจากการอ่าน High-Level Wellness จุดประกายให้สนใจมองสุขภาพกับการพยาบาลในมุมมองที่กว้าง ท่านแต่งงานกับ Albert Pender ซึ่งเป็นอาจารย์สอนธุรกิจและเศรษฐศาสตร์และร่วมกันเขียนหนังสือเกี่ยวกับเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และมีลูกสาว ลูกชาย ซึ่งเป็นพลังผลักดันให้มีความสนใจเรียนรู้เกี่ยวกับจุดสูงสุดของมนุษย์ในเรื่องสุขภาพ

ในปี 1975 มีงานตีพิมพ์เรื่อง “A conceptual model for preventing Health behavior” ซึ่งเป็นฐานการคิด การศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ มีการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอย่างไร ในบริบทของพยาบาล ในปี ค.ศ. 1982 มีการตีพิมพ์หนังสือ Health Promotion in Nursing Practice เป็นครั้งแรก และมีการปรับปรุงอีกครั้งในปี ค.ศ. 1987, 1996 และในปี 2002

การทดสอบทฤษฎีนี้ครั้งแรก ท่านได้รับทุนระยะยาว 6 ปี จาก The National Institutes of Health เครื่องมือที่ใช้คือ The Health Promotion Lifestyle Profile โดยทำการศึกษาในผู้ที่ทำงานผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่อยู่ในช่วงฟื้นฟูและผู้ป่วยมะเร็ง ท่านเป็นผู้นำในการพัฒนาการวิจัยใน United States ระหว่าง ค.ศ. 1991-1993 ดำรงตำแหน่งประธานของ Academy ใน The Midwest Nursing Research Society and the Council of Nurse Researchers of the American Nurses Association ท่านมีการวิจัยและมีผลงานตีพิมพ์เกี่ยวกับเรื่อง การออกกำลังกาย การเปลี่ยนพฤติกรรม และเทคนิคการผ่อนคลาย

ความเป็นมาของทฤษฎี Health Promotion Model ทฤษฎีนี้มีฐานความคิดจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Albert Bandura ซึ่งสนใจในกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนพฤติกรรม และจากทฤษฎี Fishbein’s theory ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บอกการกระทำอย่างมีเหตุผลและบรรทัดฐานสังคม ทฤษฎีนี้มีส่วนคล้ายกับ Health Belief Model แต่ไม่มีข้อจำกัดในการอธิบายเกี่ยวกับการป้องกันโรคและพฤติกรรมที่นำมาซึ่งสุขภาพดี จากที่ท่านมีพื้นฐานความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการของมนุษย์ การทดลองด้านจิตวิทยาจึงทำให้มีการนำจิตวิทยาสังคมและทฤษฎีการเรียนรู้มาเป็นส่วนหนึ่งของทฤษฎี

2.2 การพัฒนาของทฤษฎี

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

แนวคิดหลักและคำจำกัดความ (Major concepts and definition)

1) การเห็นความสำคัญของสุขภาพ (Importance of Health) คือ การที่บุคคลมองว่าสุขภาพคือสิ่งที่มีคุณค่าที่ควรแสวงหา

2) รับรู้ว่าสุขภาพสามารถควบคุมได้ (Perceived Control of Health) บุคคลรับรู้และเชื่อว่าสามารถเปลี่ยนแปลงสุขภาพได้ตามต้องการ

3) รับรู้ความสามารถของตน (Perceive Self-Efficacy) บุคคลมีความเชื่ออย่างมากว่าพฤติกรรมสามารถเกิดได้ตามที่บุคคลกำหนด

4) คำจำกัดความของสุขภาพ มีตั้งแต่การไม่มีโรคจนถึงสุขภาพสูงสุดทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

5) การรับรู้สภาวะสุขภาพ (Perceived Health Status) สภาวะที่รู้สึกดี หรือรู้สึกป่วยสามารถแยกได้จากพฤติกรรมสุขภาพ

6) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม (Perceived Benefits of Behaviors) บุคคลจะมีความโน้มเอียงสูงที่จะเริ่มหรือทำต่อเนื่องในพฤติกรรมนั้น ๆ ถ้ารับรู้ว่ามีประโยชน์ต่อสุขภาพ

7) การรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม (Perceived Barriers to Health Promoting Behaviors) ถ้าบุคคลรับรู้พฤติกรรมนั้นยากลำบากจะทำให้มีความตั้งใจลดลงในการปฏิบัติตาม

สำหรับองค์ประกอบอื่น เช่น อายุ เพศสภาพ การศึกษา รายได้ น้ำหนัก แบบแผนสุขภาพของครอบครัว การคาดการณ์ เป็นเพียงผลโดยอ้อมในกระบวนการคิด และปี ค.ศ.1996 Health Promotion Model ได้ปรับปรุงใหม่ และมีกรอบแนวคิดเพิ่มดังนี้

1) พฤติกรรมเดิม (Prior Related Behavior) คือ พฤติกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่มีผลโดยตรงและโดยอ้อม และมีความเชื่อมโยงกับการรับรู้ถึงความสามารถของตน พฤติกรรมในอนาคตจะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-Related Affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่างมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3) การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a Plan of Action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจ เป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติ ซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนรับรู้

4) ความต้องการ ความชอบที่เกิดขึ้นแทรกทันที (Immediate Competing Demands and Preferences) ในการที่บุคคลจะเลือกปฏิบัติ ความต้องการที่จะปฏิบัติอาจไม่สำเร็จเพราะไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวกล้อมได้ ความชอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น บางครั้งตั้งใจจะไปออกกำลังกาย แต่กลับแวะเดินเที่ยวซื้อของในศูนย์การค้า เป็นต้น

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องซับซ้อนหลากหลายปัจจัยที่จะต้องประเมิน ดังนั้นเพื่อความชัดเจนจึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่าง ๆ ตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในหัวข้อถัดไป

3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รายละเอียดของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

3.1 คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญและประเมินในเบื้องต้นเพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่จะนำมาสู่การออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ มี 2 ส่วนดังนี้

3.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิมทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยจนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตน ประโยชน์ อุปสรรคและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล เป็นการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถ สิ่งที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรคจะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้ พยายามมีส่วนช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมสอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

3.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรม มีการจัดกลุ่มดังนี้ ชีววิทยา สังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา ด้านชีววิทยา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะรูปร่าง สภาวะวัยรุ่น วัยหมดประจำเดือน ความแข็งแรง ความสามารถออกกำลัง ด้านจิตวิทยา ประกอบด้วย แรงจูงใจ ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้สภาวะสุขภาพ การให้คำจำกัดความของสุขภาพ ด้านสังคม วัฒนธรรม ได้แก่ ตัวแปรด้านเชื้อชาติ การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตามลักษณะบางอย่างของบุคคลเปลี่ยนไม่ได้ ดังนั้นจึงไม่นำมาเป็นส่วนที่จะกระทำเพื่อเพิ่มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavioral Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action) การรับรู้ถึงประโยชน์ทำให้เกิดพฤติกรรม ทั้งในด้าน intrinsic และ extrinsic เช่น ด้าน intrinsic ได้แก่ เพิ่มความตื่นตัว ลดความรู้สึกอ่อนล้า ด้าน extrinsic ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมทำให้เกิดแรงจูงใจที่สำคัญขณะที่ intrinsic ทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ (Perceived Barriers to Action) การรับรู้ถึงอุปสรรคซึ่งรวมทั้งจินตนาการ หรือความจริง เช่น หาได้ยาก ไม่สะดวกใช้ แพง ทำยาก หรือใช้เวลามาก อุปสรรคดังกล่าวมองเป็นตัวกันเป็นเครื่องกีดขวาง เช่น การสูบบุหรี่ การกินอาหารที่มีไขมันสูง

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) แบบดูรา ให้คำจำกัดความ Self-efficacy คือ การตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติทักษะและสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติ ซึ่งตัดสินอยู่บนฐานของข้อมูล 4 ประการ

1) การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่น

2) การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่นและการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ

3) การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้

4) สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว รุ่มง่าม ความสงบ

3.2.4 กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ (Activity-Related Affect) สภาวะความรู้สึก ก่อน ระหว่าง หรือภายหลัง กิจกรรม ขึ้นกับคุณสมบัติสิ่งที่มีมากระตุ้น ความรู้สึกอาจมากหรือน้อย อยู่ที่ระดับความรู้ ความทรงจำ และเกี่ยวกับความคิด พฤติกรรม ซึ่งมี 3 องค์ประกอบคือ สิ่งเร้า การปฏิบัติ และสิ่งแวดล้อม มีงานวิจัยที่พบว่า ถ้ามีความรู้สึกสนุก ร่าเริง มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติ แต่ถ้ารู้สึกไม่น่ายินดี มีความรู้สึกอึดอัด ก็จะไม่ปฏิบัติแต่อย่างไรก็ตามในงานวิจัยพบว่า ทั้ง 2 ความรู้สึกอาจทำให้เกิดพฤติกรรมได้ โดยสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่าง 2 ความรู้สึกก่อนระหว่างและหลังการปฏิบัติ

3.2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบคลุม เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุข คือ แหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติและบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

3.2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งที่มีต่อการปฏิบัติ การตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจจะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมไม่สูบบุหรี่จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ทั้ง 2 ข้อที่เป็นปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) และอิทธิพลสถานการณ์ (Situational Influences) คำว่า อิทธิพล หมายถึง กำลังที่ยังผลให้สำเร็จ อำนาจซึ่งแฝงอยู่ในบุคคลหรือรัฐซึ่งสามารถบังคับทำให้ไปตามความประสงค์ อำนาจซึ่งสามารถบังคับใหญ่ผู้อื่นต้องคล้อยตามหรือทำตาม อำนาจที่สามารถบังคับให้ไปมาได้ต่าง ๆ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) กล่าวได้ว่า “อิทธิพลเป็นผลของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่มหนึ่ง มีผลต่อบุคคลอื่นหรือกลุ่มอื่น”

3.3 การแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วน คือ คุณลักษณะของบุคคลและประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่นและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย

- 1) การยึดมั่นที่จะดำเนินการกระทำเฉพาะในเวลา สถานที่ และบุคคล
- 2) แยกแยะกลยุทธ์ในการที่จะปฏิบัติ การปฏิบัติบนข้อตกลง ด้วยความเข้าใจ

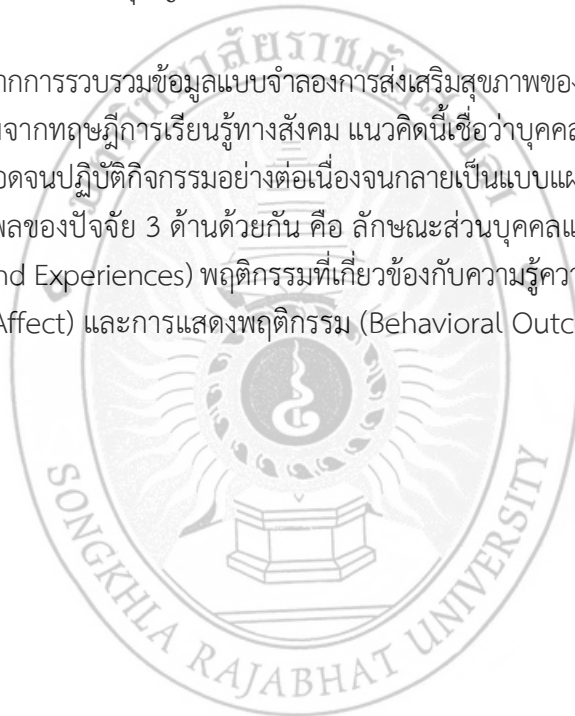
มีรางวัลที่เห็นชัดเจน กลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบ หรือตามที่บุคคลนั้นถนัด หรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุนส่วนมากมักจะล้มเหลวในการสร้างพฤติกรรม

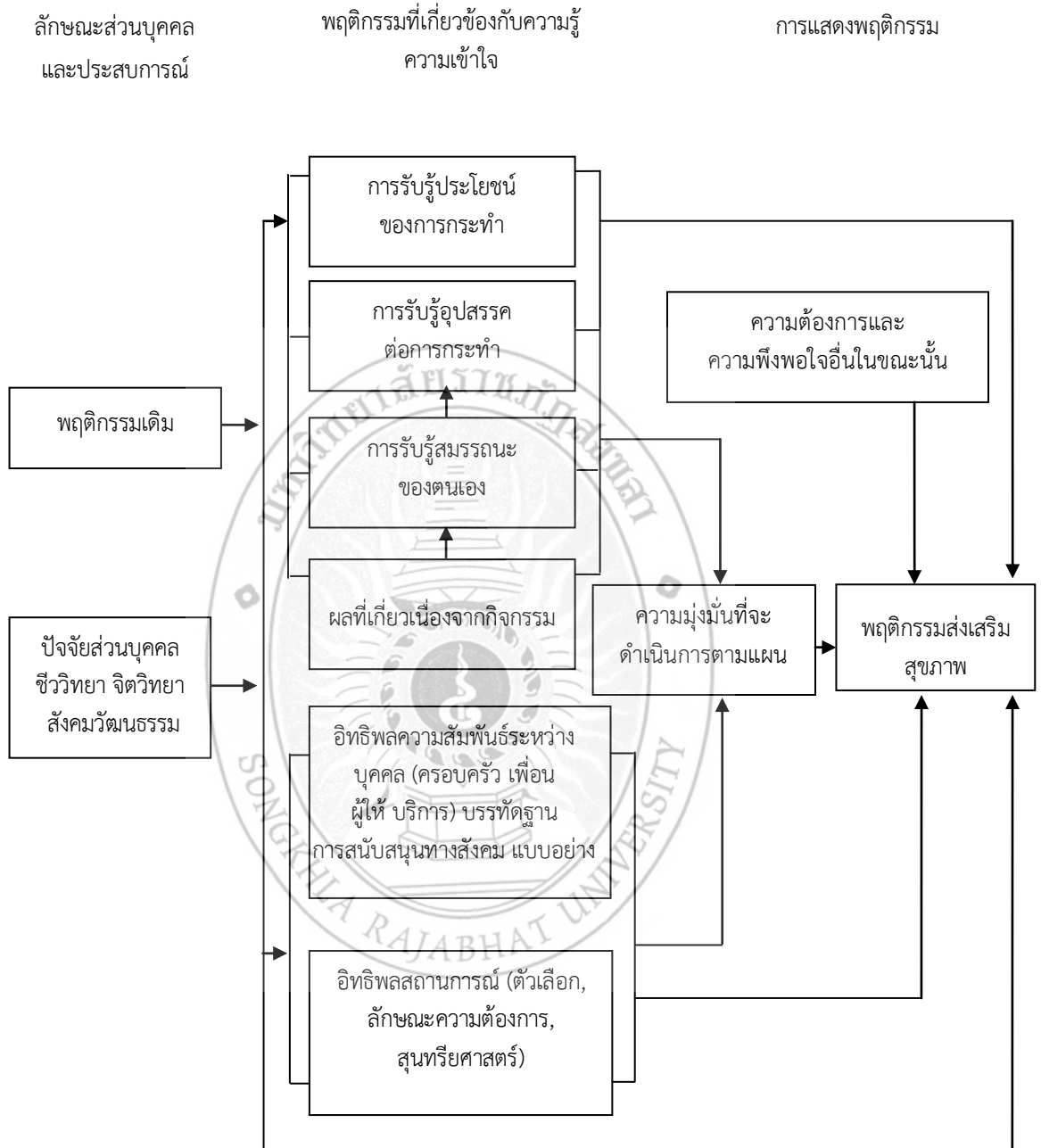
3.3.2 ความต้องการและความพึงพอใจอื่นในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) การที่จะเลือกพฤติกรรมใดปฏิบัติมี 2 ประเด็น คือ ประเด็นที่ 1 Competing Demands หมายถึง บุคคลสามารถเอาชนะได้บ้าง เช่น จากสภาพแวดล้อม เช่น ในงาน

ครอบครัว ล้มเหลวที่จะตอบสนองความต้องการมีผลต่อตนเองและผู้อื่น และประเด็นที่ 2 Competing Preferences หมายถึง บุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมเล็กน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการจัดการ เช่น ความชอบในการที่จะกินอาหารไขมันสูงแทนที่จะเลือกไขมันต่ำ ต้องการพลังและความสามารถในการจัดการสูง แต่แต่ละบุคคลมีความแตกต่างในความสามารถที่จะดำรงไว้หรือหลีกเลี่ยง บุคคลบางคนอาจจะสามารถโน้มน้ำหนักง่าย การที่จะต่อสู้กับความชอบ ต้องการการจัดการที่ดี และมีความสามารถในการควบคุม

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิดสุขภาพที่ดี ในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาล จะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหา ปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

จากการรวบรวมข้อมูลแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้นเป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome)





ภาพ 7 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1) บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือ มนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี

2) บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้และการประเมินความสามารถของตน นั่นคือ บุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน

3) บุคคลมองคุณค่าของการเติบโตในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมาย คือ ความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงและความคงที่ นั่นคือ บุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนเองกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท และสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย

4) บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดี นั่นคือ เชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

5) บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อมและมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือ บุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายในและภายนอกตนต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ

6) บุคลากรทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อมซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั่นคือ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม

7) การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อตนเองระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม คือ ความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม นั่นคือ การจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้นั้นต้องเป็นการริเริ่มตั้งต้นโดยตัวบุคคลนั้น ๆ จากข้อตกลงเบื้องต้นดังกล่าว ในขั้นตอนการประเมินเพื่อออกแบบกิจกรรมการพยาบาล สิ่งที่เหมาะสมมีดังนี้ วิถีชีวิตของบุคคล ความสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ความคิด ความเชื่อ การตระหนักรู้ของบุคคล

3.5 ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model) เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์ สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ข้อความทฤษฎีนำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพมีดังนี้

1) พฤติกรรมเดิม และยังคงอยู่ มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อ ความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น จากความจริงนี้การค้นหาสิ่งที่บุคคลรับรู้ ฟังพอใจ เพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2) ความยึดมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความยึดมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้น การค้นหาสิ่งที่บุคคลยึดมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการทำให้เกิดพฤติกรรม

3) การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4) การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5) ผลในทางบวกต่อพฤติกรรม ทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6) เมื่ออารมณ์หรือความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความน่าจะเป็นต่อความยึดมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

7) บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรม และความช่วยเหลือ สนับสนุนต่อพฤติกรรม

8) ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9) สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเพิ่มหรือลดความยึดมั่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

10) ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติที่มาก นำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน

11) ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติจะลดลง เมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของบุคคลสามารถควบคุมได้ลดลง

12) ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่นน่าสนใจมากกว่าหรือชอบมากกว่า

13) บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ ความรู้สึก และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติ

ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ฉบับปี ค.ศ. 1996 เป็นทฤษฎีที่ได้รับการพัฒนาจากทฤษฎีทางสังคมและการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะด้านการส่งเสริมการออกกำลังกาย การสร้างแบบแผนการดำเนินชีวิต ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวมให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง และระบุแนวทางการพยาบาลไว้ชัดเจน จึงเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในส่วนที่ 2 คือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) มาใช้ในการศึกษา ซึ่งในส่วนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ มีทั้งหมด 6 ปัจจัย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ศึกษา 1 ปัจจัย คือ ผลที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรม (Activity-Related Affect) เนื่องจากเป็นสภาวะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งที่มีอำนาจกระตุ้นอีกที ดังนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการศึกษาเพียง 5 ปัจจัย ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (Perceived Benefits of Action)
2. การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (Perceived Barrier to Action)
3. การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)
4. อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal influences)
5. อิทธิพลสถานการณ์ (Situational influences)

ปัจจัยการรับรู้ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

ของเพนเดอร์ เป็นปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 3 ข้อนี้ คือ การรับรู้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายการรับรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ศึกษาความหมายของการรับรู้ของ Lydesey, Hall and Thomson ได้ให้ความหมายของ รับรู้ (Perceive) ว่ามีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินตามความหมายใน The Webster's new world dictionary หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตน ตามแนวความคิด ความประทับใจต่าง ๆ และมีการตัดเป็นระบบระเบียบแบบแผนขึ้นมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ศึกษาความหมายของการรับรู้ของ King ว่า การรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัส และความจำ ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1) การรับความรู้สึกหรืออาการสัมผัส (Sensation) เป็นการที่ระบบประสาทของสิ่งมีชีวิตนั้น ตระหนักหรือบันทึก จดจำ สิ่งเร้าภายนอก หรือบุคคลนั้น ๆ

2) การเลือก (Selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางส่วนจากบรรดาส่งเร้ามากมาย กล่าวคือ มนุษย์ไม่สามารถที่จะรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เราต้องเลือกรับรู้ไปทีละอย่าง ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของผู้รับรู้ด้วย เพราะหากผู้รับรู้เลือกใส่ใจในสิ่งใดก็จะเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้น หากไม่ใส่ใจก็ไม่มีกรรับรู้เกิดขึ้น จากนั้นผู้รับรู้จะเข้าไปมีส่วนในการเชื่อมโยงสิ่งที่รับรู้ใหม่นั้นเข้ากับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งขั้นตอนนี้อาจหมายถึงการเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยประสบมาแล้วนั่นเอง (Assimilation)

3) การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจความหมายของสิ่งเร้า นั้น ๆ โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ ๆ ผู้รับรู้นั้นก็จะบันทึกสะสมไว้ และจะมีผลต่อการรับรู้การเรียนรู้ในอนาคต

2. องค์ประกอบของการรับรู้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ของบุคคลมีดังต่อไปนี้ (ลักขณา สิริวัฒน์, 2549)

2.1 ความตั้งใจ (Attention) คือ การเอาใจใส่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นการรับรู้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของคนแยกได้ดังนี้

2.1.1 สิ่งเร้าภายนอก คุณสมบัติของสิ่งเร้าภายนอกที่ดึงดูดความตั้งใจหรือความสนใจ คือ สิ่งของที่มีขนาดใหญ่ ระดับความเข้ม หรือความหนักเบาของสิ่งเร้า การกระทำซ้ำ ๆ การเคลื่อนที่ หรือการเปลี่ยนระดับการเคลื่อนย้ายไปมา การตัดกัน

2.1.2 สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความสนใจ ความต้องการหรือความหวัง สามารถแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความสนใจชั่วขณะ (Momentary Interest) ได้แก่ ความสนใจที่มีอยู่

ขณะนั้น ๆ เช่น นักกีฬารอฟังเสียงสัญญาณ

2) ความสนใจที่ติดเป็นนิสัย (Habitual Interest) ได้แก่ ความสนใจเดิมที่บุคคลติดเป็นนิสัย คนที่มีความพร้อมที่จะเลือกสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามความสนใจเดิมของตน

2.2 การเตรียมพร้อมที่จะรับ (Preparatory Set) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สงบและแน่วแน่ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว การรับรู้พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้

2.3 ความต้องการ หมายถึง สภาพจิตใจที่อยากได้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อเป็นความอยากได้ การรับรู้ที่เกิดขึ้นก็จะมีประสิทธิผล

3. ขั้นตอนกระบวนการรับรู้

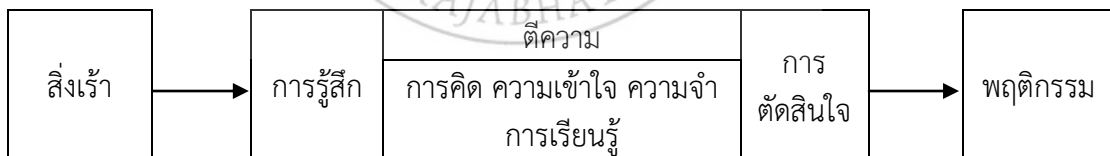
การรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการดังนี้

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้า (Stimulus) มากระทบอวัยวะสัมผัส เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจะมีการจัดระบบเพื่อแยกแยะสิ่งเร้าที่เกิดออกมาเป็นส่วนที่สนใจ หรือมุ่งความสนใจไปยังสิ่งนั้นเป็นพิเศษ และจัดสิ่งเร้าให้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทซึ่งมีศูนย์อยู่ที่สมองเพื่อสั่งการ ตรงนี้เกิดการรับรู้ (Perception) ซึ่งเป็นตัวกำหนดข่าวสารว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ โดยเป็นกระบวนการเลือกที่จะรับรู้ทำให้เกิดการรับรู้เด่นชัดเฉพาะสิ่งที่สนใจเท่านั้น

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจโดยอาศัย ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เซวณปัญญา ทำให้เกิดการตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง

จากขั้นตอนการรับรู้ทำให้เกิดกระบวนการของการรับรู้ (Process of Perception) ซึ่งเป็นกระบวนการที่คาบเกี่ยวกันระหว่างความเข้าใจ (Understand) การคิด (Thinking) การรู้สึก (Sensing) ความจำ (Memory) การเรียนรู้ (Learning) การตัดสินใจ (Decision) การแสดงพฤติกรรม (Behavior) โดยแสดงกระบวนการรับรู้ดังนี้ (กันยา สุวรรณแสง, 2544)



ภาพ 8 กระบวนการรับรู้

4. ความสำคัญของการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2544) ได้ให้ความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้

4.1 การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ โดยการรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้พื้นฐานเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าคืออะไร

4.2 การรับรู้มีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้วย่อมเกิดความรู้สึก เกิดอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพัฒนาสู่องค์ความรู้ในที่สุด

สรุปได้ว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการทางความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจ อันนำไปสู่ความเข้าใจ ที่แสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และมีการจัดเป็นระบบระเบียบแบบแผน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการวิจัยในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กุลธิดา กีฬาแปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ในระดับทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์ในระดับปฐมภูมิ ($p < 0.05$) ระดับทุติยภูมิไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติ ส่วนอายุและระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

จินตนา ต้นประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์ และคณะ (อ้างถึงใน อุษมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวมทุกด้านยังอยู่ในระดับต่ำ

สมาลี ครุฑทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร การศึกษาพบว่า คะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ย

สูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่อง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธิดา นุ่มอยู่ (2551) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จำปี ยังวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โดยรวมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารุณี สุดแสวง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของสตรีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ มีการรณรงค์ให้ไปตรวจ และเหตุผลในการไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่ สตรีกลุ่มตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกได้รับข่าวสารเรื่องนี้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูก

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยสรุป เป็นการศึกษาโดยนำทฤษฎีการรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 17,356 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 429 คน ได้จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรยามาเน่ (Yamane) (ธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2549) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร

N = จำนวนประชากรในการวิจัย

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนด

แทนค่า

$$n = \frac{17,356}{1 + 17,356(0.05)^2}$$

$$= 391$$

(งานวิจัยครั้งเก็บข้อมูลได้ 429 ตัวอย่าง ซึ่งมากกว่าที่คำนวณได้จากสูตร)

ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น ดำเนินการสุ่มโดยนำกลุ่มตัวอย่าง 429 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 88 คน และ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 341 คน ใช้วิธีคำนวณเพื่อกำหนดสัดส่วนของแต่ละกลุ่ม โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (โยธิน แสงวดี, ม.ป.ป.) ได้กลุ่มตัวอย่างดังตาราง 1 ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad \frac{\text{ประชากรแต่ละกลุ่ม} \times \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง}}{\text{ประชากรทั้งหมด}}$$

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการ สาธารณสุข	จำนวนประชากร		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
	สตรีที่เข้ารับ การคัดกรอง	สตรีที่ไม่เข้ารับ การคัดกรอง	สตรีที่เข้ารับ การคัดกรอง	สตรีที่ไม่เข้ารับ การคัดกรอง
รพ.สต. ชิงโค	662	1,226	23	29
รพ.สต. สลิตย	29	1,795	1	41
รพ.สต. ทำนบ	29	963	1	22
รพ.สต. ร้าแดง	29	744	1	17
รพ.สต. วัดขนุน	57	2,495	2	57
รพ.สต. ชะแล้	115	2,145	4	49
รพ.สต. บ้านบ่อทราย	57	350	2	8
รพ.สต. ป่าขาด	173	525	6	12
รพ.สต. หัวเขา	690	2,495	23	58
รพ.สต. บางเขียด	86	482	3	11
รพ.สต. ม่วงงาม	633	1,576	22	37
รวม	2,560	14,796	88	341

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการ ด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน จากกลุ่มตัวอย่าง 429 คน สัดส่วนที่ได้ คือ 14 ต่อ 1 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สัมภาษณ์ คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 คน และกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 24 คน และพิจารณาเลือกกลุ่มทั้ง 2 ให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันโดยวิธีจับคู่ (Matching) เช่น อายุ

แตกต่างกันไม่เกิน 2 ปี มีสถานภาพและระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มีรายละเอียดลักษณะของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบเลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า และปลายเปิด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อความถามเกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร วิธีการคุมกำเนิด การมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ เป็นข้อความถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจนำไปสู่การเลือกนำไปปฏิบัติ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย

- | | |
|--|-------------|
| 1) การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | จำนวน 7 ข้อ |
| 2) การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | จำนวน 9 ข้อ |
| 3) การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก | จำนวน 6 ข้อ |

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความถามที่ถูกต้องเป็นจริง

ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อความถามที่ไม่ถูกต้องและเป็นจริง

ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

คะแนนรวมจากแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 22 ข้อ มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 22 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับการรับรู้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, 2533) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\
 &= \frac{22 - 0}{2} \\
 &= 11
 \end{aligned}$$

แปลคะแนนระดับการรับรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ดังนี้

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 11	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 11	รับรู้ระดับไม่ดี

แปลผลการรับรู้แยกรายด้าน ดังนี้

1) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 4	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	รับรู้ระดับไม่ดี

2) ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรค ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 5	รับรู้ระดับมาก
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	รับรู้ระดับน้อย

3) ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 6 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 3	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3	รับรู้ระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย

- 1) อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ
- 2) อิทธิพลของสถานการณ์ จำนวน 9 ข้อ

ลักษณะของข้อคำถาม มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale)

5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อคำถามมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก

มากที่สุด	ระดับคะแนน 5
มาก	ระดับคะแนน 4
ปานกลาง	ระดับคะแนน 3
น้อย	ระดับคะแนน 2
น้อยที่สุด	ระดับคะแนน 1

ข้อคำถามเชิงลบ

มากที่สุด	ระดับคะแนน 1
มาก	ระดับคะแนน 2
ปานกลาง	ระดับคะแนน 3
น้อย	ระดับคะแนน 4
น้อยที่สุด	ระดับคะแนน 5

กำหนดเกณฑ์การแปลคะแนนระดับอิทธิพลบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงใน บุญเรียง ขจรศิลป์, 2533) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{90 - 1}{3} \\ &= 29.67 \end{aligned}$$

แปลผลคะแนนระดับอิทธิพลบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ช่วงคะแนน ระดับอิทธิพล

คะแนน 59.37 - 90	สูง
คะแนน 29.68 - 59.36	ปานกลาง
คะแนน 1 - 29.67	ต่ำ

แปลผลการอิทธิพลแยกรายด้าน ดังนี้

1) อิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถาม 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ

ช่วงคะแนน ระดับอิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คะแนน 31-45	สูง
คะแนน 16-30	ปานกลาง
คะแนน 1-15	ต่ำ

2) อิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก มีข้อคำถาม 9 ข้อ	
ช่วงคะแนน	ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก
คะแนน 31-45	สูง
คะแนน 16-30	ปานกลาง
คะแนน 1-15	ต่ำ

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด เป็นข้อคำถาม ส่วนของปัญหา อุปสรรคที่สตรีไม่เข้ารับการคัดกรอง และข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางให้สตรี กลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกมากขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้สัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งเรื้องปากลมดลูก แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีประเด็นคำถาม ดังนี้

- 2.1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกในปัจจุบัน เพราะอะไร
- 2.2 ท่านคิดอย่างไรต่อวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกในปัจจุบัน (วิธีในปัจจุบัน ที่ต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นคนตรวจให้ ยังไม่มีวิธีตรวจด้วยตัวเอง ต้องเปิดเผยอวัยวะเพศ) เพราะอะไรจึง คิดเช่นนั้น
- 2.3 ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้อง ปากลมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ เพราะเหตุใดจึงคิดว่าเหตุผลนี้เป็นความสำคัญอันดับแรก)
- 2.4 ท่านคิดว่าอะไรเป็น สาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น
- 2.5 ท่านคิดว่าจะมีวิธีใดบ้างที่จะทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก เพราะ อะไร
- 2.6 ท่านคิดว่า การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร
- 2.7 ท่านคิดว่า การกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนาจะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรอง โรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูกมากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์
2. กำหนดขอบเขตของคำถามแล้วสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูก

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งเรื้องปากลมดลูก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้รับผิดชอบงาน โรคมะเร็งเรื้องปากลมดลูก และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยในมหาวิทยาลัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของสำนวนภาษา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบ

แล้วมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ คำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา ใช้สูตร ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

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

เมื่อ IOC แทน ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา
 $\sum R$ แทน ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
 n แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ดังนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามนั้นถูกต้องและสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์
 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามนั้นถูกต้องและสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์
 -1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามนั้นไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ผลการหาดัชนีความสอดคล้อง มีผลดังนี้

ข้อคำถามจากแบบสอบถามส่วนที่ 2 จำนวน 22 ข้อ นำไปใช้ได้ 22 ข้อ

ข้อคำถามจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 จำนวน 18 ข้อ นำไปใช้ได้ 18 ข้อ

ข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์ ปรับปรุงคำถามให้มีสำนวนภาษาที่ถูกต้องจำนวน 7 ข้อ

ดัชนีความสอดคล้องที่ได้เท่ากับ 0.50–1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ก่อน

นำไปทดลองใช้

4. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปตรวจสอบคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 30 คน แล้วตรวจให้คะแนนความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

4.1 แบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 22 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson 20) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ดังนี้

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
 s_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ = .8111

4.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 18 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (a-Coefficient) ของครอนบาค (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ดังนี้

$$\alpha = \frac{k}{(k-1)} \left[1 - \frac{\sum s_i^2}{s_t^2} \right]$$

เมื่อ α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 s_i^2 แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
 s_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งหมด

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
 = 0.8681

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานโดยการขอหนังสือผ่านสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 11 แห่ง ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างในสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 88 คน และสตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 341 คน
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์จากการสนทนากลุ่มในสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 6 คน และสตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 24 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ
2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-Square
3. ทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Chi-Square
4. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 429 คน เป็นสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 88 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 341 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อธิติพลระหว่างบุคคล และอติพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อธิติพลระหว่างบุคคล และอติพลของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553–2556 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้นำเสนอด้วยตารางประกอบคำบรรยายมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป จากแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร วิธีการคุมกำเนิด การมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ จากแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก

3. ปัจจัยด้านอติพลระหว่างบุคคล และอติพลของสถานการณ์ จากแบบสอบถามปัจจัยด้านอติพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 18 ข้อ ประกอบด้วย อติพลระหว่างบุคคล และอติพลของสถานการณ์

4. ข้อเสนอแนะ

5. การทดสอบสมมติฐาน

6. ข้อมูลแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
	จำนวน (คน) (n=88)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n= 341)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-40	24	27.204.50	83	24.4
41-60	56	63.60	240	70.46
61-70	8	9.10	18	5.30
ศาสนา				
พุทธ	57	64.80	205	60.10
อิสลาม	31	35.20	136	39.90
สถานภาพ				
โสด	5	5.70	39	11.40
สมรส				
อยู่ด้วยกัน	68	77.30	255	74.80
แยกกันอยู่	3	3.40	10	2.90
หม้าย	11	12.50	25	7.30
หย่าร้าง	1	1.10	12	3.50
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	4.50	15	4.40
ประถมศึกษา	42	47.70	160	46.90
มัธยมศึกษาตอนต้น	16	18.20	72	21.10
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	20.50	50	14.70
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3	3.40	27	7.90
ปริญญาตรี	4	4.50	15	4.40
อื่น ๆ ระบุ	1	1.10	2	0.60
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)				
ไม่มีรายได้	8	9.10	21	6.20
ต่ำกว่า 5,000	12	13.60	77	22.00
5,001-10,000	40	45.50	138	40.50
10,001-15,000	17	19.30	82	24.00
15,001-20,000	10	11.40	14	4.10
20,001 ขึ้นไป	1	1.10	9	2.60

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
	จำนวน (คน) (n=88)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n= 341)	ร้อยละ
อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)				
ต่ำกว่า 18 ปี	9	10.20	56	16.40
18 – 23	48	54.50	120	35.20
24 – 28	15	17.00	112	32.80
29 – 33	7	8.00	43	12.60
34 ขึ้นไป	9	10.20	10	3.00
การคุมกำเนิด				
ยาเม็ดคุมกำเนิด	38	43.20	113	33.10
ยาฉีดคุมกำเนิด	18	20.50	75	22.00
ยาฝังคุมกำเนิด	3	3.40	4	1.20
ใช้ถุงยางอนามัย	5	5.70	9	2.60
อื่นๆ (ทำหมัน,คุมธรรมชาติ)	11	12.50	72	21.10
ไม่คุมกำเนิด	13	14.80	68	19.90

จากตาราง 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง โดยรวม มีอายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 63.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.80 มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 77.30 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.70 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 45.50 กลุ่มตัวอย่างมีบุตรคนแรกตอนอายุ 18-23 ปี ร้อยละ 54.50 มีการคุมกำเนิดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 43.20

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง มีอายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ร้อยละ 70.40 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 60.10 มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 74.80 มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.90 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 40.50 มีบุตรคนแรกตอนอายุ 18-23 ปี ร้อยละ 35.20 มีการคุมกำเนิดโดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 33.10

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
	จำนวน (คน) (n=88)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n= 338)	ร้อยละ
ญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	16	18.00	10	2.90
ไม่มี	72	81.80	331	97.10
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	27	30.60	78	22.90
ไม่มี	61	69.30	263	77.10

จากตาราง 3 ข้อมูลทั่วไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกพบว่า ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 81.80 และร้อยละ 97.10 และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 69.30 และร้อยละ 77.10

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
	จำนวน (คน) (n=88)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=341)	ร้อยละ
ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก				
ไม่เคยได้รับ	0	0.00	0	0.00
เคยได้รับ				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	41	46.60	115	33.70
อสม.	33	37.50	161	47.20
แผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวนิล	3	3.40	27	7.90
วิทยุ/โทรทัศน์	11	12.50	37	10.90
เพื่อนบ้าน	0	0.00	1	0.30

จากตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวข้องกับการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่ากลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 46.60 รองลงมา คือ อสม. ร้อยละ 37.50 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จาก อสม. มากที่สุด ร้อยละ 47.20 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.70

ปัจจัยด้านการรับรู้

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

การรับรู้	กลุ่มคัดกรอง	กลุ่มไม่คัดกรอง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้โดยรวม			
ระดับดี (>11 คะแนน)	16 (18.20)	96 (28.20)	112 (26.11)
ระดับไม่ดี (≤11 คะแนน)	72 (81.80)	245 (71.80)	317 (73.89)
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก			
ระดับดี (>4 คะแนน)	3 (3.40)	43 (12.60)	43 (10.72)
ระดับไม่ดี (≤4 คะแนน)	85 (96.60)	298 (87.40)	383 (89.28)
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก			
ระดับมาก (>5 คะแนน)	62 (70.50)	249 (73.00)	311 (72.49)
ระดับน้อย (≤5 คะแนน)	26 (29.50)	92 (27.00)	118 (27.51)
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก			
ระดับดี (>3 คะแนน)	16 (18.20)	114 (33.40)	130 (30.30)
ระดับไม่ดี (≤3 คะแนน)	72 (81.80)	227 (66.60)	299 (69.70)

จากตาราง 5 การเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.80 ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง และร้อยละ 71.80 ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองเมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้านกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 96.60 และร้อยละ 81.80 การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.50 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 89.28 และร้อยละ 69.70 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.49

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูกต้อง			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	62 (70.50)	254 (74.50)	316 (73.66)	26 (29.50)	87 (25.50)	113 (26.34)
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้	81 (92.0)	304 (89.10)	385 (89.74)	7 (8.00)	37 (10.90)	44 (10.26)
3	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้	85 (96.60)	286 (83.90)	371 (86.48)	3 (3.40)	55 (16.10)	58 (13.52)
4	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามหรือรุนแรง	75 (85.20)	280 (82.10)	355 (82.75)	13 (14.8)	61 (17.90)	74 (17.25)
5	สตรีอายุ 30-60 ปี จำเป็น ต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ	84 (95.50)	298 (87.40)	382 (89.04)	4 (4.50)	43 (12.60)	47 (10.96)
6	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	84 (95.50)	302 (88.60)	386 (89.98)	4 (4.50)	39 (11.50)	43 (10.02)
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลสุขภาพตัวเองได้อย่างถูกต้อง	85 (96.60)	313 (91.80)	398 (92.77)	3 (3.40)	28 (8.20)	31 (7.23)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูกต้อง			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
8	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับ การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปาก มดลูก จะทำให้ผลการตรวจถูกต้อง และเชื่อถือได้	83 (94.30)	289 (84.80)	372 (86.71)	5 (5.70)	52 (15.20)	57 (13.29)
9	การตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติ บริเวณปากมดลูก	58 (65.90)	124 (36.70)	182 (42.42)	30 (34.10)	214 (63.30)	244 (56.88)
10	การทำความสะอาดและดูแลรักษา บริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็น ต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	36 (40.90)	216 (63.30)	252 (58.74)	52 (59.10)	125 (36.70)	177 (41.26)
11	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที	65 (73.90)	220 (65.40)	285 (66.43)	23 (26.10)	118 (34.60)	141 (32.87)
12	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้รู้สึกเจ็บและไม่สามารถทำงาน ได้ตลอดวัน	20 (22.70)	100 (29.30)	120 (27.97)	68 (77.30)	241 (70.70)	309 (72.03)
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องน่าอาย เนื่องจากบริเวณ ที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด	25 (28.40)	117 (34.30)	142 (33.10)	63 (71.60)	224 (65.70)	287 (66.90)
14	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจทำให้ติดเชื้อจากเครื่องมือที่ ใช้ตรวจ	24 (27.30)	108 (31.70)	132 (30.77)	64 (72.70)	233 (68.30)	297 (69.23)
15	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำได้เฉพาะในโรง พยาบาลหรือ ศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น	33 (37.50)	103 (30.20)	136 (31.70)	54 (61.40)	238 (69.80)	292 (68.07)
16	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับ การตรวจในสถานบริการสาธารณสุข	44 (50.00)	171 (50.10)	215 (50.12)	44 (50.00)	170 (49.90)	214 (49.88)

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูก			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)	คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง							
ในการคัดกรองมะเร็งปาก							
17	เจ้าหน้าที่ที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีทักษะ ประสบการณ์และความเป็นมาตรฐานในการตรวจ	71 (80.70)	251 (73.60)	322 (75.06)	17 (19.30)	90 (26.40)	107 (24.94)
18	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ	61 (69.30)	192 (56.30)	253 (58.97)	27 (30.70)	149 (43.70)	176 (41.03)
19	เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	46 (52.30)	189 (55.40)	235 (54.78)	42 (47.70)	152 (44.60)	194 (45.22)
20	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	49 (55.70)	152 (44.60)	201 (46.85)	39 (44.30)	189 (55.40)	192 (44.76)
21	เมื่อมีการรณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	38 (43.20)	120 (35.20)	158 (36.83)	50 (56.80)	221 (64.80)	271 (63.17)
22	หากไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่จะตรวจคัดกรองใหม่	71 (80.70)	224 (65.70)	295 (68.76)	17 (19.30)	116 (34.00)	133 (31.00)

จากตาราง 6 การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สตรีทั้งสองกลุ่มตอบผิดมากที่สุด คือ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกเจ็บและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน รับรู้ผิดร้อยละ 72.03 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สตรีทั้งสองกลุ่มรับรู้ถูกเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของอิทธิพลบุคคลและสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรอง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

อิทธิพล	กลุ่มคัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มไม่คัดกรอง จำนวน (ร้อยละ)	รวม จำนวน (ร้อยละ)
ระดับอิทธิพลโดยรวม			
ระดับสูง (59.37-90 คะแนน)	33 (37.50)	99 (29.00)	132 (37.77)
ระดับปานกลาง (29.68-59.36 คะแนน)	55 (62.20)	234 (68.60)	289 (67.37)
ระดับต่ำ (1-29.67 คะแนน)	0 (0.00)	8 (2.30)	8 (1.86)
ระดับอิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก			
ระดับสูง (31-45 คะแนน)	23 (26.10)	53 (15.50)	76 (17.72)
ระดับปานกลาง (16-30 คะแนน)	60 (68.10)	261 (76.60)	321 (74.83)
ระดับต่ำ (1-15 คะแนน)	5 (5.60)	27 (7.90)	32 (7.46)
ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก			
ระดับสูง (27-40 คะแนน)	61 (69.30)	232 (68.10)	293 (68.30)
ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน)	24 (27.30)	98 (28.80)	122 (28.44)
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	3 (3.30)	11 (3.30)	14 (3.26)

จากตาราง 7 การเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจ ระดับอิทธิพลโดยรวม ทั้งอิทธิพลบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ สตรีทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 62.20 และร้อยละ 68.60 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลบุคคลมีผลต่อการเข้ารับการคัดกรองระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 68.10 และ ร้อยละ 76.20 ส่วนอิทธิพลสถานการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ทั้งสองกลุ่มในระดับสูง ร้อยละ 69.30 และ ร้อยละ 68.10

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยด้านอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านอิทธิพล			
		กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง (n=88)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=341)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
อิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรอง					
มะเร็งปากมดลูก					
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	3.05	5.80	2.33	1.33
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	2.19	1.34	2.29	1.23
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่างมากจากการให้คีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	2.46	1.46	2.52	1.69
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.78	1.28	2.64	1.21
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.05	1.11	2.90	2.64
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.63	1.21	2.46	1.06
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.40	5.38	3.31	1.09
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ	3.54	1.17	3.24	0.90
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์	3.21	1.31	3.02	0.99

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านอิทธิพล			
		กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
		(n=89)		(n=341)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
อิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรอง					
มะเร็งปากมดลูก					
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.01	1.19	2.81	1.04
11	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	2.98	1.34	2.95	1.10
12	เจ้าหน้าที่มีอริยาไยดีขณะให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.56	1.12	3.60	2.11
13	การให้ข้อมูลจากผู้ไปตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บ อย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน	3.28	1.31	3.31	1.14
14	สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก สะอาด มีดชีวิตเท่านั้น	3.79	1.06	3.51	1.05
15	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ให้บริการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.76	1.06	3.57	1.04
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จาก สถานบริการสาธารณสุข	3.75	1.06	3.49	1.13
17	การเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มี ความใกล้ชิดและสนิท	3.71	1.17	3.01	1.18
18	การเข้ารับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มี ความใกล้ชิดและสนิท	3.27	1.29	3.18	1.11

จากตาราง 8 ปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจรายข้อ พบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ เห็นสอดคล้องกันว่า เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคมดลูกสื่อโทรทัศน์/วิทยุ การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคมดลูกสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์ อยู่ในระดับมาก

ส่วนสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี แยกเป็นรายข้อ พบว่า เจ้าหน้าที่มีอริยาไยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การให้ข้อมูลจากผู้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท อยู่ในระดับมาก

ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

อิทธิพล	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มคัดกรอง		กลุ่มไม่คัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหา อุปสรรค				
ไม่มีเวลา	32	36.40	142	41.60
ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ	20	22.70	72	21.10
ความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ	19	21.60	73	21.40
อายุ	17	19.30	54	15.90
ข้อเสนอแนะ				
เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรอง	45	51.10	160	49.90
โรค มะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน				
ให้ของที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรอง	18	20.50	62	18.20
โรคมะเร็งปากมดลูก				
เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง	9	10.20	71	20.80
ปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและสนิท				
การให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง	16	18.20	43	12.60
ปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนา				
อื่น ๆ (แจกเอกสารให้ความรู้ที่มีภาพประกอบ)	0	0.00	5	1.50

ตารางผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรีตัวอย่างกลุ่มคัดกรองส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีเวลา ร้อยละ 36.40 รองลงมา คือ ไม่มั่นใจในระบบ การตรวจ ร้อยละ 22.70 ส่วนสตรีตัวอย่างกลุ่มไม่คัดกรอง ร้อยละ 41.60 ไม่มีเวลา รองลงมา คือ ความวิตกกังวลหลังจากทราบผลการตรวจ ร้อยละ 21.40 นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถ เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ คือ ความอายโดยพบในสตรี กลุ่มคัดกรอง ร้อยละ 19.30 และ สตรีตัวอย่างกลุ่มไม่คัดกรอง ร้อยละ 15.90

การทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อธิพละระหว่างบุคคล และอธิพละของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อธิพละระหว่างบุคคล และอธิพละของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสตูล โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอธิพละระหว่างบุคคล และอธิพละของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยส่วนบุคคล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's V
	กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง	กลุ่มไม่เข้ารับการคัดกรอง		
	(n=88) ร้อยละ	(n=41) ร้อยละ		
อายุ (ปี)			.879	.072
20-40	27.20	24.40		
41-60	63.60	70.46		
61-70	9.10	5.30		
ศาสนา			.684	.068
พุทธ	64.80	60.50		
อิสลาม	35.20	39.20		

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's V
	กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง	กลุ่มไม่เข้ารับการคัดกรอง		
	(n=88) ร้อยละ	(n=41) ร้อยละ		
สถานภาพสมรส			.027	1.34
โสด	5.70	10.90		
สมรส				
อยู่ด้วยกัน	77.30	75.20		
แยกกันอยู่	3.40	2.90		
หม้าย	12.50	7.50		
หย่าร้าง	1.10	3.50		
การศึกษา			.905	.091
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4.50	4.44		
ประถมศึกษา	47.70	46.90		
มัธยมศึกษาตอนต้น	18.20	21.20		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20.50	14.50		
อนุปริญญา/เทียบเท่า	3.40	8.00		
ปริญญาตรี	4.50	4.40		
อื่นๆ	1.10	0.60		
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)			.015	.151
ไม่มีรายได้	9.10	5.90		
ต่ำกว่า 5,000	13.60	22.70		
5,001-10,000	45.50	40.70		
10,001-15,000	19.30	23.90		
15,001-20,000	11.40	4.10		
20,001 ขึ้นไป	1.10	2.70		
อายุขณะมีบุตรคนแรก (ปี)			.002	.176
ต่ำกว่า 18 ปี	10.20	15.90		
18-23	54.50	35.40		
24-28	17.00	33.00		
29-33	8.00	12.70		
34 ขึ้นไป	10.20	2.10		
การคุมกำเนิด			.326	.125
ยาเม็ดคุมกำเนิด	43.20	33.00		
ยาฉีดคุมกำเนิด	20.50	21.80		
ยาฝังคุมกำเนิด	3.40	1.20		
ใช้ถุงยางอนามัย	5.70	2.70		
อื่น (ทำหมัน, คุมธรรมชาติ)	11.40	21.20		
ไม่คุมกำเนิด	14.80	20.10		

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's V
	กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง	กลุ่มไม่เข้ารับการคัดกรอง		
	(n=88) ร้อยละ	(n=41) ร้อยละ		
ญาติป่วยด้วยมะเร็งปากมดลูก			.000	.258
มี	18.20	2.90		
ไม่มี	81.80	97.10		
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก			.633	.074
มี	29.50	22.40		
ไม่มี	68.20	77.00		
การได้รับข่าวสารเรื่องมะเร็งปากมดลูก			.535	.092
เคยได้รับข่าวสารจาก				
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	46.60	33.30		
เคยได้รับข่าวสารจาก อสม.	37.50	47.50		
เคยได้รับข่าวสารจากแผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวเนล	3.40	8.00		
เคยได้รับข่าวสารจากวิทยุ/โทรทัศน์	12.50	10.90		
เคยได้รับข่าวสารจากอื่นๆ	0.00	0.30		

จากตารางทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา การคุมกำเนิด และเพื่อนบ้านด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนสถานภาพสมรส รายได้ อายุขณะมีบุตรคนแรก การเจ็บป่วยของญาติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยด้านการรับรู้	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	Cramer's V
	เข้ารับการคัดกรอง (n=88)		ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=341)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
การรับรู้โดยรวม					3.605	.092
ระดับดี (>11 คะแนน)	16	(18.20)	96	(28.20)		
ระดับไม่ดี (\leq 11 คะแนน)	72	(81.80)	245	(71.80)		
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					6.186*	.120
ระดับดี (>4 คะแนน)	3	(3.40)	43	(12.60)		
ระดับไม่ดี (\leq 4 คะแนน)	85	(96.60)	298	(87.40)		
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					.231	.023
ระดับดี (>5 คะแนน)	62	(70.50)	249	(73.00)		
ระดับไม่ดี (\leq 5 คะแนน)	26	(29.50)	92	(27.00)		
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก					7.702*	.134
ระดับดี (>2 คะแนน)	16	(18.20)	114	(33.40)		
ระดับไม่ดี (\leq 2 คะแนน)	72	(81.80)	227	(66.60)		

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

จากตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เมื่อทดสอบรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยด้านอิทธิพล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				χ^2	Cramer's V
	เข้ารับการคัดกรอง (n=88)		ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=341)			
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
ระดับอิทธิพลโดยรวม					4.084	0.98
ระดับสูง (59.37-90 คะแนน)	33	(37.50)	99	(29.00)		
ระดับปานกลาง (29.68-59.36คะแนน)	55	(62.20)	234	(68.60)		
ระดับต่ำ (1-29.67 คะแนน)	0	(0.00)	8	(2.30)		
ระดับอิทธิพลบุคคลต่อการการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					5.904	.117
ระดับสูง (31-45 คะแนน)	23	(26.10)	53	(15.50)		
ระดับปานกลาง (16-30 คะแนน)	60	(68.10)	261	(76.60)		
ระดับต่ำ (1-15 คะแนน)	5	(5.60)	27	(7.90)		
ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					.673	.040
ระดับสูง (31-45 คะแนน)	61	(69.30)	232	(68.10)		
ระดับปานกลาง (16-30 คะแนน)	24	(27.30)	98	(28.80)		
ระดับต่ำ (1-15 คะแนน)	3	(3.30)	11	(3.30)		

จากตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ทั้งสามปัจจัย คือ ด้านอิทธิพล อิทธิพลบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่ม

สมมติฐานที่ 4 สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง (n=88)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=341)		t-test
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ปัจจัยการรับรู้	14.59	3.07	13.58	4.23	2.087*
อิทธิพลระหว่างบุคคล	27.36	10.63	24.76	7.09	2.731*
อิทธิพลของสถานการณ์	30.07	6.75	29.47	6.49	.776

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

จากตารางผลการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้มีปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์สตรีที่เข้ารับการคัดกรอง 6 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง 24 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ นัดมาสนทนาโดยที่หมักวิจัย สัมภาษณ์ สักเกตและจดบันทึก ผลการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดตามประเด็นการสัมภาษณ์ดังนี้

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน

ประชาชนในชุมชนมีทั้งผู้ที่ให้ความสำคัญและไม่ให้ความสำคัญกับโรคมะเร็งปากมดลูก ในส่วนที่ไม่ให้ความสำคัญก็จะให้เหตุผลว่า ไม่ทราบรายละเอียดของการตรวจทำให้เกิดความกลัว ไม่มีความพร้อมเรื่องเวลาเพราะประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานโรงงาน เวลาของประชาชนและเจ้าหน้าที่ไม่ตรงกันรวมถึงเรื่องสิทธิประกันสังคม ไม่มีความตระหนักในเรื่องของโรคมะเร็งปากมดลูก เป็นได้ยาก และไม่รู้ถึงอันตรายของโรคมะเร็งปากมดลูก ในส่วนที่ให้ความสำคัญกับการตรวจมะเร็งปากมดลูกก็แบ่งเป็นหลากหลายเหตุผล ตรวจเพราะรู้และตระหนักถึงอันตราย แต่ก็มักจะได้ข้อมูลที่ไม่แท้จริง ส่วนที่มาตรวจก็มักจะไม่สม่ำเสมอ ได้ผู้ที่ตรวจสม่ำเสมอ

2. วิธีการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกแก่สตรี ท่านคิดว่าควรทำอย่างไร

ให้ข้อมูลรายละเอียดอย่างละเอียด โรคมะเร็งปากมดลูกคืออะไร เกิดจากอะไร อาการของโรคเป็นอย่างไร อันตรายของโรค และวิธีการป้องกันการเกิดโรค โดยให้อย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง และอาจเน้นในกลุ่มของคลินิกต่าง ๆ ในหน่วยงาน โรงพยาบาล และอาจทำเป็นหนังสือส่งไปถึงที่อยู่ของประชาชน รวมถึงการให้ อสม. ไปบอกเจาะจงถึงที่บ้าน เพื่อสร้างความตระหนักให้มีความสำคัญ

3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ประชาชนไม่ตระหนักและไม่ให้ความสำคัญกับโรคมะเร็งปากมดลูก เนื่องจากไม่รู้และไม่กลัวถึงอันตรายของโรค ไม่ทราบวิธีการตรวจทำให้เกิดความกลัวและตระหนักถึงผู้ตรวจกลัวเป็นหมอผู้ชาย หากเป็นเจ้าของบ้านที่ก็ไม่อยากตรวจเพราะสนิทชิดเชื้อกับเจ้าหน้าที่ และที่สำคัญที่สุดคืออายและกลัวเจ็บจากการตรวจ อีกเหตุผลที่มักได้ยินเมื่อถามถึงสาเหตุของการไม่ตรวจคือไม่มีเวลา เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่เป็นพนักงานโรงงานทำให้เวลาไม่ตรงกับเจ้าหน้าที่ ในส่วนของเจ้าหน้าที่ก็มีความไม่พร้อมเรื่องเครื่องมือในกาตรวจ มีการยืมเครื่องมือระหว่างหน่วยงานกันเกิดความไม่พร้อมในการตรวจ ในส่วนของชาวมุสลิมจะไม่ได้รับการเข้าตรวจเลย มีก็ในจำนวนน้อย เนื่องจากเหตุผลของวัฒนธรรมของศาสนา

4. ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ)

- 4.1 การได้รับสิ่งของต่างๆเมื่อมาตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 4.2 ความสนิทสนมกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ
 - 4.3 การบอกต่อจากผู้ที่เคยได้รับการตรวจแล้วว่าไม่อันตราย ไม่เจ็บไม่อาย
 - 4.4 การติดตามจากเจ้าหน้าที่มาตรวจ
 - 4.5 การบอกต่อจากผู้ที่ตระหนักถึงโรคมะเร็งปากมดลูกและผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก
 - 4.6 ตระหนักให้ความสำคัญของโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยตนเอง
5. เจ้าหน้าที่ควรมีวิธีการอย่างไรเพื่อทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มมีความเห็นว่าควรมีความร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่จากทุกฝ่ายในหน่วยงานเดียวกัน ให้เชิญชวนและพูดด้วยเหตุผลเดียวกันในการควรเข้ารับการตรวจเพื่อสร้างความสำคัญต่อการมาตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ในวันหยุดของเจ้าหน้าที่เจ้าหน้าที่ก็ควรที่จะมาปฏิบัติหน้าที่เพื่อกลุ่มประชาชนที่สามารถมาตรวจได้ในวันเวลานั้น เจ้าหน้าที่ทุกคนที่รับผิดชอบต้องจำให้ได้ว่ากลุ่มเป้าหมายคือใครและพูดเชิญชวนอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นถึงความสำคัญของเจ้าหน้าที่ ตระหนักแทนกลุ่มเป้าหมาย ใช้ความสนิทสนมของเจ้าหน้าที่กับประชาชนมาเป็นแรงผลักดันให้ประชาชนมาตรวจด้วยการตรวจให้เพื่อลดเหตุการณ์การอาย และให้ประชาชนบอกต่อ ๆ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ที่ให้เหตุผลในการไม่มาตรวจว่าอายเจ้าหน้าที่ ในผู้ที่มาตรวจแต่ไม่มาสม่ำเสมอเพราะเหตุผลว่าเจอแต่เจ้าหน้าที่คนเดิม ๆ และให้เหตุผลต่อว่าเจ้าหน้าที่จำได้แล้ว เจ้าหน้าที่เองก็ควรให้เหตุผลไปว่าจำไม่ได้

ตรวจเยาะ จำการตรวจของแต่ละคนไม่ได้ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลอย่างสม่ำเสมออย่างต่อเนื่อง อย่างไม่เบื่อที่จะให้ข้อมูล และในช่วงรณรงค์ควรให้ข้อมูลอย่างเจาะจงรวมถึงกลุ่มเป้าหมายในคลินิกของหน่วยงาน

6. ท่านคิดว่าการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกและกระตุ้นจากผู้นำศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

การให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทำให้มีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้น แต่อาจจะยังอยู่ในจำนวนน้อยเพราะว่าผู้ที่มาตรวจจะให้ความสำคัญและตระหนักได้ด้วยตนเองมากกว่าถึงแม้จะมีผู้ที่เคยตรวจลักษณะอย่างประจำ แต่ในส่วนของกระตุ้นจากผู้นำศาสนาจะมีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมากขึ้นจากการแนะนำของผู้นำศาสนารวมถึงคนในครอบครัว สามี โดยที่ผู้เข้ารับการตรวจอาจไม่ได้ตระหนักหรือให้ความสำคัญมากนักกับการตรวจโรคมะเร็งปากมดลูก ซึ่งผู้รับการตรวจในกลุ่มนี้ก็จะเป็นเพียงผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามเท่านั้น



บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล ระหว่างสตรีที่ เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 429 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับ การคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก 88 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 341 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน เพื่อสัมภาษณ์แบบ สันทนาการ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-Square เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อ การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test โดยข้อมูลที่ทำการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรค ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์มีความสัมพันธ์กับ การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

สรุปผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง โดยมีอายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.50 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 64.80 มีสถานภาพสมรสแบบ อยู่ด้วยกัน มากที่สุด ร้อยละ 77.30 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 47.70 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 45.50 กลุ่มตัวอย่างมีบุตรคนแรก ตอนอายุต่ำกว่า 18-23 ปี มากที่สุด ร้อยละ 54.50 มีการคุมกำเนิดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มากที่สุด ร้อยละ 43.20

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง โดยมีอายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 42.20 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 60.10 มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกันมากที่สุด ร้อยละ 74.80 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.90 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 40.50 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว มีบุตรคนแรกตอนอายุต่ำกว่า 18-23 ปี ร้อยละ 35.20 มีการคุมกำเนิด โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 33.10

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 81.80 และร้อยละ 97.10 และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 69.30 และร้อยละ 77.10

การรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 46.60 รองลงมา คือ อสม. ร้อยละ 37.50 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก จากอสม. มากที่สุด ร้อยละ 47.20 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 33.70

2. ปัจจัยด้านการรับรู้

ปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 81.80 ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง และร้อยละ 71.80 ในกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 96.60 และร้อยละ 81.80 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 70.50 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้ประโยชน์และสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 89.28 และร้อยละ 69.70 ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72.49

3. ปัจจัยด้านอิทธิที่มีผลต่อการตัดสินใจ

ปัจจัยด้านอิทธิที่มีผลต่อการตัดสินใจ ระดับอิทธิพลโดยรวมทั้งอิทธิพลบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 62.20 และร้อยละ 68.60 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลบุคคลมีผลต่อการเข้ารับการคัดกรองระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 68.10 และร้อยละ 76.20 ส่วนอิทธิพลสถานการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่มในระดับสูง ร้อยละ 69.30 และร้อยละ 68.10

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา การคุมกำเนิด และเพื่อนบ้านด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การได้รับข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ส่วนสถานภาพสมรส

รายได้ อายุตอนมีบุตรคนแรก การเจ็บป่วยของญาติ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านการรับรู้ในภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี เมื่อทดสอบรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนการรับรู้อุปสรรค ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ปัจจัยด้านอิทธิพลโดยรวม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่ม

5. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลและปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทั้งนี้มีปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. สรุปผลสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

สตรีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่ากลัว ยิ่งเป็นมะเร็งบริเวณระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิงก็ยิ่งน่ากลัวเข้าไปใหญ่ เมื่อรวมกับวิธีการตรวจในแบบปัจจุบันด้วยแล้ว ทำให้เพิ่มความน่ากลัวให้กับโรคนี้มากยิ่งขึ้น สตรีส่วนใหญ่ยังหวังว่าอนาคตจะมีวิธีที่สตรีทุกคนสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง เหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ อันตรายของโรค อาการแสดงของโรค เป็นแล้วรักษาไม่หาย ส่วนเหตุผลของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย และกังวลว่าเจ้าหน้าที่ใกล้ชิดจะเป็นคนตรวจ วิธีทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การอบรมให้ความรู้และนำเสนอภาพอาการแสดงของโรคให้มากเพื่อให้สตรีได้รู้ถึงความอันตรายของโรคนี้มากยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา จำนวน 429 คน ผู้วิจัยอภิปรายผลจากข้อค้นพบการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา จำนวนบุตร วิธีการคุมกำเนิด การมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีลักษณะ เหมือนกัน คือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 41-50 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท การมีบุตร มีการคุมกำเนิด โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทั้งสอง กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาจเป็นเพราะลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่ เหมือนกันจึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก ส่วนในเรื่องศาสนาที่ไม่มีความสัมพันธ์เนื่องจากการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของอำเภอสิงหนครในปัจจุบันไม่มีการดึงผู้นำศาสนาเข้ามาร่วมกิจกรรมเท่าที่ควร แต่ผู้นำศาสนาไม่ได้ มีการห้ามไม่ให้มารับการคัดกรอง มีแต่คำแนะนำว่าให้ไปรับการคัดกรองกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นสตรี ด้วยกันเท่านั้น จากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างแนะนำว่าควรดึงผู้นำศาสนาให้มามีส่วนร่วมใน กิจกรรมด้วย

1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า

กลุ่มสตรีตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะต่อการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรสิทธิ์ ต้นตติริรินทร์ และคณะ (อ้างอิงใน อุษมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และ การรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวมทุกด้านยังอยู่ใน ระดับต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดีทั้งสองกลุ่ม อธิบายได้ว่า กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้อำเภอสิงหนครได้ให้กับสตรี ทั้งสองกลุ่มใกล้เคียงกัน จากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการ เตรียมตัวเข้ารับการคัดกรอง ประโยชน์ของการคัดกรอง และภาพอันตรายของโรคนี้นี้ด้วย นอกจากนี้หากได้ดำเนินการให้ความรู้ในกลุ่มของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองได้ด้วยจะยิ่งดีมากขึ้น โดยใช้กระบวนการที่มีการศึกษามาแล้ว เช่น การศึกษาของธิดา นุ่มอยู่ (2551) ศึกษาการส่งเสริม การมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลัง การทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของ การมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้สมรรถนะ ของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจำปี ยัง วัฒนา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอ

เมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ปัจจัยด้านอิทธิพล ประกอบด้วย อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์

พบว่าระดับอิทธิพลโดยรวมทั้งอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลต่อการเข้ารับการคัดกรองระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม อธิบายได้ว่า พฤติกรรมของคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน ผู้ให้บริการ การสนับสนุนของคนในครอบครัว การเห็นแบบอย่าง มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนอิทธิพลสถานการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง แต่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละของระดับสูงน้อยกว่า อธิบายได้ว่า เหตุการณ์หรือบริบทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การให้ของที่ระลึก การออกให้บริการคัดกรองในหมู่บ้าน ระยะเวลาในการคัดกรอง การรณรงค์โดยสถานบริการสาธารณสุข การให้ข้อมูลจากผู้ที่ไปตรวจมาแล้ว มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง แต่เหตุการณ์หรือบริบทดังกล่าว มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลางเท่านั้น

จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อาจเป็นเพราะเหตุผลส่วนใหญ่ของสตรีที่ตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ มีการรณรงค์ให้ไปตรวจน้อยเกินไปและเหตุผลในการไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติ และมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่

2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา

จากการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี ครุฑทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีของที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า สตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรอง

ทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนอิทธิพลต่อสถานการณ์เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

3. อภิปรายผลสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

การที่สตรีส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่ากลัวทำให้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะอาการแสดงของโรค ซึ่งในสตรีกลุ่มนี้เจ้าหน้าที่สามารถอบรมให้ความรู้เมื่อเขาเข้ารับการตรวจ เพื่อจะได้นำไปบอกต่อได้ถูกต้อง แต่กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองบางส่วนอาจยังไม่เคยได้เห็นอันตรายและอาการของโรสดังกล่าว เจ้าหน้าที่จึงควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ให้กับกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองให้มากยิ่งขึ้น รวมถึงชี้แจงขั้นตอนการตรวจ วิธีการเตรียมตัวเข้ารับการคัดกรองลงในเอกสาร เพื่อลดความน่ากลัวของวิธีการคัดกรอง และลดความอายให้กับกลุ่มสตรีที่จะเข้ารับการคัดกรองได้บางส่วนด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มสตรีทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้มากยิ่งขึ้น โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เพราะเจ้าหน้าที่และการรณรงค์จากสถานบริการสาธารณสุขมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับมาก ส่วนรูปแบบที่ใช้ในการให้ความรู้ อาจใช้วิธีการอบรมให้เห็นภาพของอาการแสดง หรือใช้การศึกษาดูงานตามทีกลุ่มตัวอย่างเสนอแนะไว้ในแบบสัมภาษณ์ก็ได้
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานทางด้านบริการสุขภาพ ควรได้นำไปเป็นนโยบายในการรณรงค์ให้สตรีมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะในการจัดทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำมาส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น
2. ควรศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง
3. ควรสร้างและศึกษาผลการใช้นวัตกรรมของอำเภอสิงหนคร เพื่อเพิ่มจำนวนการคัดกรองในกลุ่มที่ยากต่อการเข้าถึงสถานบริการ