



ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล



วิชума พิชญ์วรกุล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีในอำเภอทุ่งหว่า จังหวัดสตูล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
พ.ศ. 2556

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

THESIS

FACTORS AFFECTING DECISION-MAKING IN CERVICAL CANCER SCREENING IN THUNG WA DISTRICT, SATUN PROVINCE



WICHUMA PHITWORAKUN

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

2013

COPYRIGHT OF SONGKHLA RAJABHAT UNIVERSITY



ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

ชื่อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
Factors Affecting Decision-Making in Cervical Cancer
Screening in Thung Wa District, Satun Province

ผู้วิจัย

นางวิชมา พิชญ์วรกุล

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

-อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์)
-อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน)
-ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
(ดร.ยุทธพงศ์ หล้ายา)
-กรรมการและเลขานุการหลักสูตร
(ดร.จีราพัชร พลอยนิลเพชร)
-กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ
(ดร.กัลยา ตันสกุล)
-กรรมการจากบัณฑิตวิทยาลัย
(.....)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา รับรองวิทยานิพนธ์แล้ว

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
ผู้วิจัย	นางวิชมา พิชญ์วรกุล ปีการศึกษา 2556
ปริญญา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สาธารณสุขชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 360 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 237 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 123 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน เพื่อสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-Square เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านอิทธิพลมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลการเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านอิทธิพลมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม พบว่า สตรีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่ากลัว เพราะเป็นมะเร็งบริเวณระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิง รวมถึงวิธีการตรวจของโรคนี้อย่างยิ่ง ทำให้โรคนี้น่ากลัวมากยิ่งขึ้น เหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ อันตรายของโรค และอาการแสดงของโรค ส่วนเหตุผลของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย และกังวลว่าเจ้าหน้าที่ใกล้ชิดจะเป็นคนตรวจ วิธีทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การอบรมให้ความรู้และนำเสนอภาพอาการแสดงของโรคให้มากเพื่อให้สตรีได้รู้ถึงความอันตรายของโรคนี้น่ากลัวยิ่งขึ้น

Thesis Title	Factors Affecting Decision-Making in Cervical Cancer Screening in Thung Wa District, Satun Province
Researcher	Mrs.Wichuma Phitworakun Academic year: 2013
Degree	Master of Public Health Program in Community Health
Advisors	1. Associate Professor Teppagone Pittayapinune 2. Associate Professor Tasanee Prathan

Abstract

This was a descriptive research with aims at studying relations of personal factors, perception factors and influence factors with the decision-making in cervical cancer screening and comparative the factors of perception and factors of influence between women who had and who had not do cervical cancer screening in Thung Wa district, Satun province. Samples were 360 women, aged during 30-60 years old who lived in Thung Wa district, Satun province at the budget year of 2010-2013. they were divided into 2 groups, 237 women who had do cervical cancer screening and 123 women who had not do cervical cancer screening. This study used proportion sampling of target women in each health service center and select specific samples (Purposive Sampling) to interview a focus group of 30 people. Questionnaire and interviews were used in data collection. Frequency, percentage, and Correlation Coefficient were used in data analysis. Chi-Square was used to test the correlation. T-test was used to compare factors affecting decision-making between women who had and who had not do cervical cancer screening.

The results found that personal factor had not relation on decision-making in cervical cancer screening. Perception factors and influence factors had relation on decision-making in cervical cancer screening statistically significant at 0.05 level. For the result of comparison was found that perception factors and influence factors between women who had and who had not do cervical cancer screening. There were statistically significant difference at 0.05 level. The focus group interviews revealed that the majority of women have opinion that cervical cancer is a horrible disease. Because it is a cancer of the female reproductive system. The methods to determine of disease causes the this disease is even more alarming. Reason the incentive to make women accept screened for cervical cancer namely symptoms and danger of disease. Another reason make women not accept screened for cervical cancer namely shyness and concern that the known authorities is who the check. Ways that women received information about cervical cancer is training to provide knowledge and present many symptoms of the disease to make women aware of the dangers of this disease even more.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความรู้ความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์เทพกร พิทยาภินันท์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และรองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประธาน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ คำปรึกษา และกรุณาให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลงได้ด้วยดี ตลอดทั้งคณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ อบรม สั่งสอนในการศึกษา รวมทั้งเพื่อน ๆ พี่ ๆ น้อง ๆ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน ที่ให้การช่วยเหลือและเป็นกำลังใจต่อผู้วิจัย ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉันท ชาติทอง ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ดร.ยุทธพงศ์ หลียา และดร.จิราพัชร พลอยนิลเพชร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ให้นำไปปรับปรุงแก้ไข ช่วยเหลือและเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งพี่ ๆ น้อง ๆ เจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ที่คอยให้การช่วยเหลือ แนะนำขั้นตอนวิธีการ และติดตามการจัดทำวิทยานิพนธ์อย่างต่อเนื่อง

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธนวัฒน์ สุวัฒนกุล นางอนงค์ เดชอรัญ และนางฉัตรพิไล เจียรระโน ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ พร้อมได้ชี้แนะและเติมเต็มในส่วนที่ขาดและให้คำแนะนำเป็นอย่างดีตลอดมา ขอขอบพระคุณ นายจักรพันธ์ ต้นดีโรจนกุล สาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า นายประชา หนูหมาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแดง พี่ ๆ เจ้าหน้าที่งานคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกทุกท่านที่ให้โอกาส ให้การสนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเป็นอย่างดี

และสุดท้ายขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัวแห่งทองที่ให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้ผู้วิจัยประสบความสำเร็จในชีวิต การศึกษาและหน้าที่ การงาน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณต่อทุกคนที่กล่าวมาข้างต้น ตลอดจนผู้ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ในที่นี้ คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตาแต่บิดา มารดา อันเป็นที่เคารพยิ่ง และเป็นสิ่งบูชาแต่คณาจารย์ผู้ประสทาวิชาความรู้ ผู้เขียนตำรา เอกสารที่เกี่ยวข้อง และผู้มีพระคุณทุกท่าน ณ โอกาสนี้

วิชума พิชญ์วรกุล

พฤษภาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	(3)
กิตติกรรมประกาศ.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
สารบัญตาราง.....	(8)
สารบัญภาพ.....	(9)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
บริบทอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล.....	8
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก.....	11
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ.....	19
ทฤษฎีการเรียนรู้.....	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	35
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	37
การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ.....	40
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้.....	43

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	44

ข้อมูลทั่วไป.....	45
ปัจจัยด้านการรับรู้.....	48
ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล.....	51
ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม.....	55
การทดสอบสมมติฐาน.....	56
ข้อมูลแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม.....	61
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	63
สรุปผล.....	63
อภิปรายผล.....	65
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม	69
ภาคผนวก	73
ภาคผนวก ก รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ.....	74
ภาคผนวก ข หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ...	76
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	80
ภาคผนวก ง ผลประเมินความสอดคล้องเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	89
ประวัติผู้วิจัย	98

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข	36
2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	45
3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	47
4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	47
5 จำนวนและร้อยละ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	48
6 จำนวนและร้อยละ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	49
7 จำนวนและร้อยละของอิทธิพลบุคคลและสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองจำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของกลุ่มสตรี	51
8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	53
9 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	55
10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย.....	57
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย.....	59
12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย.....	60
13 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย	61

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
2 แสดงส่วนประกอบของมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง.....	11

3	แสดงการติดเชื้อ HPV บริเวณเยื่อช่องปากมดลูก.....	12
4	แสดงฝ้าสีขาวบริเวณปากมดลูก.....	14
5	แสดงการตรวจ Pap smear.....	15
6	กางเกง Pap smear.....	18
7	ขาห้อยเคลื่อนที่.....	19
8	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model).....	28
9	กระบวนการรับรู้.....	32
10	เปรียบเทียบร้อยละการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	48
11	เปรียบเทียบร้อยละของอิทธิพลบุคคลและสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี.....	52



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของโลก ในปี ค.ศ. 2008 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายประมาณร้อยละ 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 ผู้ป่วยที่เป็นชายส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งปอด ผู้หญิงเป็นโรคมะเร็งเต้านม (หัชชา ศรีปลั่ง, 2553) สำหรับประเทศไทยโรคมะเร็งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยเป็นอันดับหนึ่งต่อเนื่องมานานกว่า 10 ปี ตั้งแต่ปี 2543 ข้อมูลล่าสุดในปี พ.ศ.2554 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 61,082 คน คิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 95.2 ต่อแสนประชากร โรคมะเร็งที่ทำให้ผู้หญิงไทยเสียชีวิตมากเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ รองลงมา คือ โรคมะเร็งหลอดคอหลอดลมใหญ่และปอด โรคมะเร็งเต้านม และโรคมะเร็งปากมดลูกตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554)

ปัจจุบันโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรค แต่สาเหตุสำคัญที่ตรวจพบทางการแพทย์คือ เกิดจากเชื้อ Human Papilloma Virus (HPV) โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้มีการติดเชื้อ ซึ่งการติดเชื้อมักจะใช้เวลาในการก่อตัวของโรคนานกว่า 5-10 ปี นับจากช่วงแรกที่เซลล์บริเวณปากมดลูกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงจนถึงระยะที่ภาวะของโรคอยู่ในระดับที่รุนแรงมากขึ้น โดยไม่ปรากฏอาการหรือสัญญาณใด ๆ จึงเป็นเหตุให้ผู้ป่วยอาจไม่รู้ตัวเลยว่าได้ป่วยเป็นโรคนี จนเมื่อเริ่มมีอาการปรากฏ แต่นั่นก็อาจหมายถึงโรคร้ายนี้ได้ลุกลามเข้าสู่ระดับที่รุนแรงและยากต่อการรักษาให้หายขาดได้ วิธีการดูแลตนเองสำหรับโรคร้ายที่สำคัญคือ อย่าย่ำอายุที่จะพบหมอเพื่อตรวจคัดกรองเป็นประจำเพื่อตรวจว่าติดเชื้อหรือไม่และพยายามลดพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การมีคู่นอนหลายคน การสูบบุหรี่ เป็นต้น

การลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกของสตรีนั้นต้องมีการคัดกรองให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มอายุ 30-65 ปีให้มากที่สุด โดยต้องทำซ้ำทุก 5 ปี หรือถ้าเป็นไปได้ควรทำซ้ำทุก 3 ปี ประเทศที่มีการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ครอบคลุม 100% คือประเทศทางยุโรปเหนือ เช่น ฟินแลนด์ ไอซ์แลนด์ และสวีเดน ซึ่งทำให้อุบัติการณ์ลดลง 70-80% (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551) สำหรับประเทศไทยได้มีแผนการป้องกันและควบคุมมะเร็งแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ซึ่งมีเป้าหมายจะลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกลง 50% ภายในระยะเวลาทุกๆ 5 ปี จากการศึกษาของสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่า หากสามารถทำให้สตรีไทยเข้ารับการตรวจเป็นประจำสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกได้ปีละประมาณ 350 ล้านบาท ดังนั้นสถาบันมะเร็งแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงผนึกกำลังจัดทำโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด ฟรีในโรงพยาบาลรัฐทุกจังหวัด เริ่มตั้งแต่ปี 2548-2552 และสานต่อ

ในช่วงที่ 2 คือในปี 2553-2557 โดยมีเป้าหมาย เป็นสตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี คิดเป็นปีละ 2,600,000 คน หรือร้อยละ 20 ต่อปี มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เห็นความสำคัญ และเพื่อค้นหาผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก และระยะก่อนเป็นมะเร็ง รวมถึงผู้ที่มีผลการตรวจผิดปกติให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และทัน่วงที ซึ่งผลการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติรวบรวมไว้ในช่วงที่ผ่านมา พบสตรีที่มีอาการผิดปกติมากยิ่งขึ้นในช่วงที่ 1 ปี 2548-2552 คัดกรองร้อยละ 69.2 พบผิดปกติ ร้อยละ 1.15 และใน 3 ปีแรกของช่วงที่ 2 คือปี 2553-2555 พบผิดปกติเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.30 จากคัดกรองร้อยละ 55.68 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

จังหวัดสตูลได้ดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด มีการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน ให้สตรีอายุ 30-60 ปี เข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งใน 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2557 กำหนดให้ทุกสถานบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ร้อยละ 20 ต่อปี และคัดกรองให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ภายในปีงบประมาณ 2557 ผลการดำเนินงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ 2553, 2554, 2555 และ 2556 คัดกรองได้ ร้อยละ 15.38, 23.26, 12.25 และ 11.12 ตามลำดับ จากการคัดกรองทั้ง 4 ปีที่ผ่านมา จำนวน 23,680 พบผิดปกติ 289 คน คิดเป็นร้อยละ 1.22 ของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรอง หลังจากส่งต่อผู้ป่วยพบว่า ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 14.33 ของจำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นสตรีที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้ามากที่สุด จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.91 ของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2556)

สำหรับการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ 2553-2556 พบว่า ปีงบประมาณ 2553 มีสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 2,681 คน เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 797 คน คิดเป็นร้อยละ 29.73 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่วางไว้ แต่ในปีงบประมาณ 2554 มีสตรีกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด 3,085 คน เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 549 คน คิดเป็นร้อยละ 17.80 ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ ปีงบประมาณ 2555 เป้าหมายสตรีทั้งหมด 3,474 คน เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 587 คน คิดเป็นร้อยละ 16.90 และในปี 2556 ที่ผ่านมา สตรีกลุ่มเป้าหมาย 3,564 เข้ารับการคัดกรองทั้งหมด 415 คน คิดเป็นร้อยละ 11.64 จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองสะสม 4 ปี จำนวน 2,348 คน (สาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล, 2556) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 27.91 ของสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในจังหวัดสตูล จากข้อมูลการคัดกรองที่ได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่วางไว้ และข้อมูลการพบสตรีที่มีความผิดปกติได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งปากมดลูกมากที่สุดในจังหวัดสตูล ทำให้เจ้าหน้าที่อำเภอทุ่งหว้าทุกคนให้ความสำคัญกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นอย่างยิ่ง จึงได้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่าง ๆ จัดรณรงค์ค้นหาทุกรูปแบบ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการผลิตสื่อ สิ่งพิมพ์ และผ่านสื่อมวลชน รวมถึงการจัดทีมเจ้าหน้าที่ตรวจคัดกรองในระดับอำเภอ เพื่อไปให้บริการคัดกรองในสถานบริการสาธารณสุขทั่วทั้งอำเภอทุ่งหว้า เพื่อให้สตรีสามารถเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้สะดวก รวดเร็ว และประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง แต่อัตรากำลังบริการยังต่ำเช่นเดิม

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล โดยประยุกต์ใช้แบบจำลอง การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health Promotion Model) ปี ค.ศ. 1987 (Pender, N.J., 1987) มาใช้ในการศึกษา แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่เหมาะสม ในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แบบจำลองนี้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ได้กำหนดนโยบายและบรรจุลงในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติตั้งแต่ พ.ศ. 2540 จนถึงปัจจุบัน ให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ตามกลุ่มอายุ 30-60 ปี ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยด้านการรับรู้และปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แตกต่างกัน

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี และเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับ สตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีกำหนดขอบเขตการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 3,564 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 360 คน ที่ได้จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

2. ขอบเขตตัวแปร

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

- 2.1.1 อายุ
- 2.1.2 ศาสนา
- 2.1.3 สถานภาพสมรส
- 2.1.4 ระดับการศึกษา
- 2.1.5 รายได้
- 2.1.6 จำนวนบุตร
- 2.1.7 วิธีการคุมกำเนิด
- 2.1.8 การมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.9 การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก
- 2.1.10 การได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย

- 2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
- 2.2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

- 2.3 ปัจจัยด้านอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล
 - 2.3.1 ทักษะคนที่ติดต่อผู้ให้บริการ
 - 2.3.2 ความคาดหวังของสังคม
 - 2.3.3 การสนับสนุนของคนในครอบครัว
 - 2.3.4 การเห็นแบบอย่าง
 - 2.3.5 การได้รับข้อมูลข่าวสาร
- 2.4 ปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์
 - 2.4.1 ความสะดวกในการเข้ารับบริการตรวจ
 - 2.4.2 ความคุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่
 - 2.4.3 ความปลอดภัยในการเข้ารับบริการตรวจ
- 2.5 การตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี

3. ขอบเขตเนื้อหา

เป็นการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลของความสัมพันธระหว่างบุคคล และปัจจัยด้านอิทธิพลของสถานการณ์

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในครั้งนี้ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และการแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในส่วนที่ 2 คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) มาใช้ในการวิจัย ซึ่งในส่วนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ มีทั้งหมด 6 ปัจจัย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษา 1 ปัจจัย คือ ผลที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรม (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)

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model) โดยการนำส่วนปัจจัยด้านการรับรู้ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์

มาเป็นตัวแปรอิสระ เพื่อประเมินว่าปัจจัยอะไรใดที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์เฉพาะ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การตรวจภายใน เพื่อหาความผิดปกติบริเวณปากมดลูกด้วยวิธีเซลล์วิทยา (Pap Smear Cytology) หรือวิธีการใช้น้ำส้มสายชู หรือ Visual Inspection with Acetic acid (VIA) จากโรงพยาบาลทุ่งหว้า หรือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอทุ่งหว้า แต่ในกรณีที่ไม่ได้คัดกรองในอำเภอทุ่งหว้า ต้องมีผลการตรวจมาแสดง

สตรี หมายถึง สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 (ตุลาคม 2552-กันยายน 2556) โดยแบ่งสตรีออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีที่ตัดสินใจไปรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 1 ครั้งในช่วง ปีงบประมาณ 2553-2556

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

การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกหรือคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่ดี หรือมีคุณค่าจากการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ตนเองมีสุขภาพดีขึ้น ไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก ไม่กังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง ความรู้สึกหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พอใจ เข้าใจผิด อายุเจ้าหน้าที่ ไม่สะดวก ไม่ปลอดภัย สภาพอากาศ

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

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

อิทธิพลของสถานการณ์ หมายถึง เหตุการณ์ หรือบริบท ที่มีผลต่อการเข้าคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เช่น ความสะดวกในการเข้าคัดกรอง ความคุ้นเคยกับสถานที่และเจ้าหน้าที่ ความพึงพอใจในประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้ารับการตรวจคัดกรอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบปัจจัยที่มีผลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
2. ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ได้ตามตัวชี้วัดต่อไป
3. ทำให้ทราบเทคนิคในการจูงใจให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. บริบทอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
 - 1.1 ลักษณะภูมิประเทศ
 - 1.2 ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม
 - 1.3 ลักษณะทางเศรษฐกิจ
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.1 สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.2 อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.3 การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.4 การคัดกรองโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.5 การรักษาโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.6 การป้องกันโรคมะเร็งปากลมดลูก
 - 2.7 รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเรื้องปากลมดลูกในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ (Pender's Health Promotion Model)
 - 3.1 พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ
 - 3.2 ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
 - 3.3 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. ทฤษฎีการเรียนรู้
 - 4.1 ความหมายการเรียนรู้
 - 4.2 องค์ประกอบการเรียนรู้
 - 4.3 ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้
 - 4.4 ความสำคัญการเรียนรู้
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บริบทอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

อำเภอทุ่งหว้า เดิมเรียกว่า "สุไหงอูเป" หมายถึง คลองกาบหมาก ขณะนั้น ปี พ.ศ. 2440 ทำการค้ากับชาวต่างประเทศมีความเจริญรุ่งเรืองมาก สินค้าที่มีชื่อเสียงคือ พริกไทย ในภูมิภาคแถบนี้ขนานนามว่า "ปิ่นน้อย" ส่วนคำว่า "ทุ่งหว้า" มีที่มาจากที่ตั้งของตลาด ร้านค้า และสถานที่ราชการตั้งอยู่กลางทุ่ง มีต้นไม้ชนิดหนึ่งเรียกว่า "ต้นหว้า" จึงขนานนามตามลักษณะที่ตั้งว่า "ทุ่งหว้า"

1. ลักษณะภูมิประเทศ

อำเภอทุ่งหว้า ตั้งอยู่ทางทิศเหนือของจังหวัดสตูล อยู่ห่างจากที่ตั้งจังหวัดสตูล 76 กิโลเมตร สภาพพื้นที่โดยทั่วไปเป็นป่าเขาที่ราบสูง และมีที่ราบตลอดเลยบริเวณฝั่งทะเล ที่ราบระหว่างภูเขาบริเวณ ตอนกลาง และตะวันออกของอำเภอ พื้นที่โดยรวมประมาณ 672.6288 ตารางกิโลเมตร มีอาณาเขต ติดต่อดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอปะเหลียน จังหวัดตรัง
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอละงู จังหวัดสตูล
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	กิ่งอำเภอมะนัง จังหวัดสตูล อำเภอตะโหมดจังหวัดพัทลุง
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	ทะเลอันดามัน มหาสมุทรอินเดีย

2. ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม

2.1 การปกครอง

อำเภอทุ่งหว้าแบ่งเขตการปกครองตามพระราชบัญญัติลักษณะปกครองท้องที่ พ.ศ. 2457 เป็น 5 ตำบล 35 หมู่บ้าน ดังนี้

ตำบลทุ่งหว้า	มี	10 หมู่บ้าน	อยู่ในเขตเทศบาลตำบล จำนวน 5 หมู่บ้าน
ตำบลขนคลาน	มี	4 หมู่บ้าน	
ตำบลป่าแกบ่อหิน	มี	7 หมู่บ้าน	
ตำบลนาทอน	มี	9 หมู่บ้าน	
ตำบลทุ่งบุหลัง	มี	5 หมู่บ้าน	

มีเทศบาล 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลทุ่งหว้า และมีองค์การบริหารส่วนตำบล 5 แห่ง คือ ทุ่งหว้า นาทอน ป่าแกบ่อหิน ทุ่งบุหลัง และขนคลาน

2.2 ประชากร

จำนวนประชากรจากการสำรวจ ณ 30 กันยายน 2556 มีจำนวนทั้งสิ้น 25,015 คน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 12,376 คน หญิง 12,639 คน มีความหนาแน่นเฉลี่ยต่อพื้นที่ประมาณ 38 คนต่อตารางกิโลเมตร

2.3 การศึกษา

โรงเรียนในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดสตูล (สพท.) จำนวน 23 โรงเรียน ครู 186 คน นักเรียน 3,863 คน

โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา มีจำนวน 2 โรงเรียน คือ โรงเรียนทุ่งหว้าวิทย ตั้งอยู่ หมู่ที่ 4 ตำบลป่าแกบ่อหิน และโรงเรียนท่าศิลาบำรุงราษฎร์ ตั้งอยู่หมู่ที่ 5 ตำบลนาทอน มีจำนวนครู ในสังกัดรวม 74 คน และจำนวนนักเรียน รวม 1,387 คน

ระบบการศึกษานอกโรงเรียน มีสถานที่ให้ความรู้ดังนี้ ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำ หมู่บ้าน 32 แห่ง ห้องสมุดประชาชน 1 แห่ง ศูนย์บริการการศึกษานอกโรงเรียน 1 แห่ง

2.4 ศาสนาและวัฒนธรรม

การศาสนา ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ประมาณ 80% นับถือศาสนา พุทธประมาณ 19% ศาสนาอื่น ๆ ประมาณ 1 %

สถาบันหรือองค์กรทางศาสนามีตั้งนี้ วัด ที่พักสงฆ์ (สำนักสงฆ์) จำนวน 10 แห่ง
มัสยิด จำนวน 19 แห่ง ศาลเจ้า จำนวน 1 แห่ง

ศิลปวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีส่วนใหญ่ จะเกี่ยวข้องกับศาสนาอิสลาม เนื่องจาก
ประชากรนับถือศาสนาอิสลามถึง ร้อยละ 80 ของประชากรทั้งหมด

2.5 การคมนาคม

การคมนาคมติดต่อระหว่างอำเภอและจังหวัด รวมทั้งการคมนาคมภายในตำบลและ
หมู่บ้าน มีรายละเอียดดังนี้

ทางหลวงแผ่นดิน สาย 416 สายปะเหลียน-ทุ่งหว้า-ตรัง

ทางหลวงชนบท สายบ้านนาทอน-มะหัง

ทางหลวงชนบท สายสะพานวา-บ้านทุ่งนางแก้ว

ทางหลวงชนบท สายบ้านวังตง-บ้านบาราย

ถนนภายในตำบลหมู่บ้าน เป็นถนนลูกรังประมาณ 20 สาย

การให้บริการทางรถยนต์ การเดินทางในอำเภอทุ่งหว้ามีรถให้บริการดังนี้คือ

รถยนต์โดยสารประจำทางปรับอากาศ (สตูล-กรุงเทพฯ)

รถยนต์โดยสารประจำทางปรับอากาศ (สตูล-ตรัง)

รถยนต์โดยสารประจำทางปรับอากาศ (สตูล-ภูเก็ต)

รถยนต์โดยสารประจำทาง (รถบัส) สตูล-ตรัง

รถยนต์โดยสาร (รถตู้) ทุ่งหว้า-หาดใหญ่

รถยนต์โดยสาร (รถตู้) สตูล-ตรัง

รถแท็กซี่ (ตรัง-ละงู)

รถสายดังกล่าวเป็นรถที่วิ่งผ่านตัวอำเภอทุ่งหว้า สามารถใช้สัญจรไปมาสะดวก

3. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ประชากรมีอาชีพทำการเกษตร ทำสวนยางพาราและการประมงเป็นหลัก รายได้เฉลี่ย
ประมาณ 20,000 บาท/ปี/คน อำเภอมีพื้นที่ การเกษตรทั้งสิ้น 78,246 ไร่ มีครัวเรือนเกษตร 3,202
ครัวเรือน

การอุตสาหกรรม มีโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตดำเนินการและประกอบการ จำนวน
1 แห่ง คือ โรงงานย่อยแบริท์ ตั้งอยู่ หมู่ที่ 9 บ้านราวปลา ตำบลทุ่งหว้า

การพาณิชย์ สถานีบริการน้ำมันเชื้อเพลิงขนาดใหญ่ จำนวน 4 แห่ง ธนาคาร จำนวน 2 แห่ง
ได้แก่ ธนาคารกรุงเทพจำกัด สาขาทุ่งหว้า ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขาทุ่งหว้า
มีสหกรณ์ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ สหกรณ์การเกษตรอำเภอทุ่งหว้า

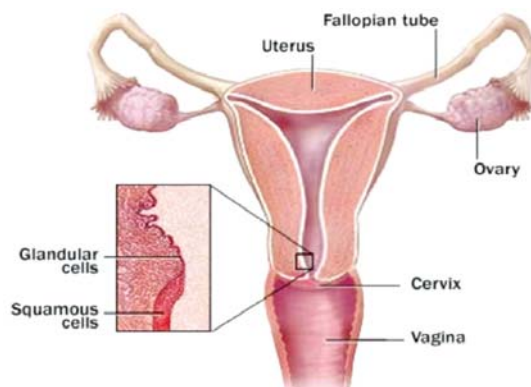
ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก

มะเร็งปากมดลูก เป็นเนื้อร้ายชนิดหนึ่งที่เกิดในบริเวณปากมดลูก พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ที่ผิดปกติ ร่างกายไม่สามารถควบคุมได้เป็นผลให้เนื้อเยื่อหรืออวัยวะทำหน้าที่ผิดปกติไป ในระยะเริ่มแรกจะไม่แสดงอาการผิดปกติแต่อย่างใดจนกระทั่งเป็นมะเร็งในระยะลุกลามซึ่งจะใช้เวลานานประมาณ 5-10 ปี และจะแพร่กระจายไปอวัยวะอื่น ๆ เช่น กระจายไปตามระบบทางเดินน้ำเหลือง ระบบไหลเวียนโลหิตและไปสู่อวัยวะต่าง ๆ เช่น ปอด ไต ลำไส้ กระดูกและอวัยวะอื่น ๆ ทั่วร่างกาย หากพบอาการผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ถ้าผู้ป่วยได้รับการรักษามีโอกาสหายขาดได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญคือ ระยะที่พบโรคและการรักษาติดตามผลที่ครบถ้วน กล่าวคือ ถ้าค้นพบโรคได้เร็วเท่าไร การรักษาจะได้ผลดีและอัตราการหายจากโรคใช้เวลา 5 ปี (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2551)

1. สาเหตุการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก

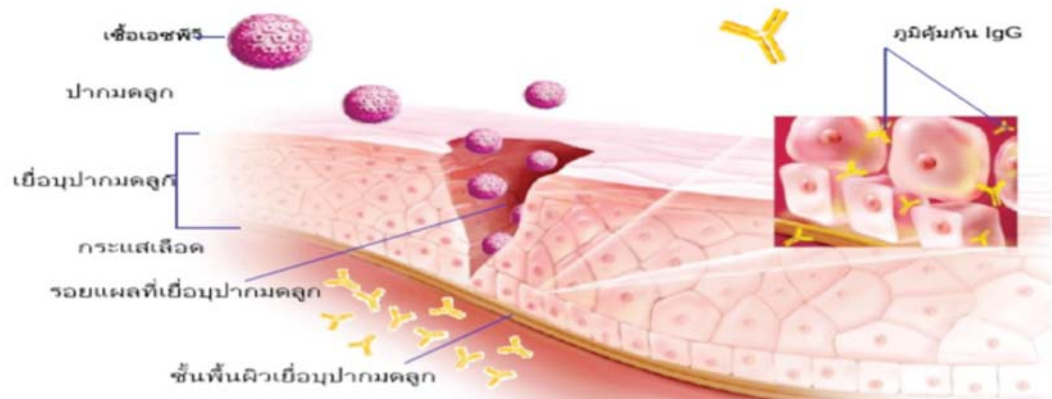
มะเร็งปากมดลูก เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human Papilloma Virus (HPV) ซึ่งติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ เมื่อได้รับเชื้อ HPV เชื้อชนิดนี้จะเข้าไปเปลี่ยนแปลงสารพันธุกรรมภายในเซลล์ปากมดลูก จนกลไกการควบคุมการแบ่งตัวของเซลล์ถูกกระตุ้นขึ้น ตามมาด้วยการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์เนื้อเยื่อ ซึ่งไม่ว่าอายุเท่าไรก็สามารถเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ทั้งนั้น แต่ที่ส่วนใหญ่พบมะเร็งชนิดนี้ในหญิงสูงอายุ ก็เพราะกว่าเชื้อ HPV จะปรากฏอาการผิดปกติจนกระทั่งนำไปสู่การเป็นโรคมะเร็ง อาจใช้เวลานานกว่า 5-10 ปี สำหรับผู้ชายหากมีการติดเชื้อ HPV จะกลายเป็นพาหะนำเชื้อไวรัสนี้ไปสู่บุคคลที่รักโดยไม่รู้ตัว นอกจากนี้ผู้ชายที่ได้รับเชื้อดังกล่าว อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งทวารหนักและมะเร็งอวัยวะเพศชายได้เช่นกัน

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



ภาพ 2 แสดงส่วนประกอบของมดลูกและอวัยวะใกล้เคียง

ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 5, 2555



ภาพ 3 แสดงการติดเชื้อ HPV บริเวณเยื่อปากมดลูก
ที่มา : ศูนย์อนามัยที่ 5, 2555

สาเหตุที่แท้จริงของโรคมะเร็งปากมดลูกยังไม่ทราบแน่ชัด แต่สตรีที่อยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกได้แก่

1.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก สตรีที่มีเพศสัมพันธ์หรือแต่งงานอายุน้อยคือ ต่ำกว่า 20 ปี พบว่ามีอัตราการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกสูง เนื่องจากเป็นวัยที่เซลล์บริเวณปากมดลูกมีการเปลี่ยนแปลงไวมากที่สุด

1.2 การมีบุตรมากหรือมีการตั้งครรภ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 20 ปี มีโอกาสที่จะเป็นมะเร็งปากมดลูกเนื่องจากการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ทำให้เซลล์บริเวณปากมดลูกเกิดการเปลี่ยนแปลง เพราะมีการฉีกขาดและการซ่อมแซมปากมดลูกบ่อย

1.3 การสำส่อนทางเพศและเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ พบว่าสตรีที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคน หรือสตรีที่แต่งงานมากกว่าหนึ่งครั้ง หรือสตรีที่มีอาชีพขายบริการทางเพศจะมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าสตรีทั่วไป

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) บริเวณปากมดลูกทำให้เซลล์บุผิวของปากมดลูกมีภูมิคุ้มกันต้านทานน้อยลง

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

2. อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก

อาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งเป็น 4 ระยะดังนี้

2.1 ระยะก่อนแสดงอาการหรือเรียกว่าระยะศูนย์ เป็นระยะที่ตรวจพบ โดยการตรวจเช็คภายในห้องปฏิบัติการที่เรียกทั่วไปว่า การตรวจเช็คมะเร็งปากมดลูกระยะแรกเริ่ม ระยะนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้โดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งมีทั้งผ่าตัดเฉพาะปากมดลูก หรือผ่าตัดมดลูกออกพร้อมกันด้วยตามแต่ภาวะการณ์ของโรคและผู้ที่เป็น

2.2 ระยะแสดงอาการหรือที่เรียกว่าระยะที่ 1-2 จะมีลักษณะผิดปกติเกิดขึ้นที่ปากมดลูก เช่น มีเนื้อเยื่อออกมาผิดปกติจากปากมดลูก มีเลือดออกทางช่องคลอด ในช่วงที่ไม่ใช่ระยะเวลาเป็นประจำเดือนหรือมีอาการตกขาวเรื้อรังปนเลือด มีกลิ่น เป็นต้น การรักษาระยะนี้มีทั้งการผ่าตัดปากมดลูกพร้อมมดลูกและระบบต่อมน้ำเหลืองบริเวณอุ้งเชิงกรานออกหมด หรืออาจร่วมกับใช้การรักษาด้วยการฉายแสงควบคู่ไปกับการผ่าตัด

2.3 ระยะลุกลามไปยังบริเวณข้างเคียง หรือระยะที่ 3 ขึ้นไป ช่วงนี้อวัยวะต่าง ๆ ที่อยู่บริเวณใกล้กับปากมดลูกมีส่วนรับการกระจายโรคได้ทั้งสิ้น เช่น อวัยวะลุกลามไปที่กระเพาะปัสสาวะ ทางเดินลำไส้ที่อยู่ใกล้กับทวารหนัก และตัวมดลูกเองเช่น รังไข่ และท่อไตทั้งสองข้าง อาการช่วงนี้จะขึ้นอยู่กับการกระจายของมะเร็งไปยังอวัยวะบริเวณใกล้เคียง เช่น ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด ถ้าลุกลามไปยังไตทั้งสองข้างอาจทำให้เกิดการอุดตันของปัสสาวะทำให้เกิดอาการไตวายได้ การรักษาทำได้เพียงใช้วิธีผ่าตัดฉายแสงอาจทำร่วมกับการใช้เคมีบำบัดหรือผ่าตัดบรรเทาอาการแต่ได้ผลไม่แน่นอน

2.4 ระยะลุกลามไปยังบริเวณนอกจากบริเวณข้างเคียง เรียกว่าระยะที่ 4 ขึ้นไป เชื่อว่าช่วงนี้จะมีการกระจายของเซลล์มะเร็งเข้าสู่กระแสเลือดและต่อมน้ำเหลือง ทำให้มะเร็งกระจายไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ตับ กระดูกเชิงกราน ปอด ลำไส้ใหญ่ เป็นต้น การรักษาทำได้เพียงผ่าตัดฉายแสง ใช้เคมีบำบัดเพื่อประทุงอาการเท่านั้น

3. การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก

การวินิจฉัยโรคมะเร็งปากมดลูก สามารถวินิจฉัยได้จาก

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

3.2 การตรวจร่างกาย ทัวไปและตรวจภายในอย่างละเอียด

3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยการ Pap Smear พบเซลล์ผิดปกติ จะทำการตรวจทางกล้อง colposcope และตัดชิ้นเนื้อตรวจทางพยาธิวิทยา

4. การคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นปัญหาทางสาธารณสุขด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ที่สำคัญ และเป็นโรคร้ายแรงที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม แต่ถึงอย่างไร มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาให้หายขาดได้ถ้าตรวจพบตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่กลายเป็นมะเร็งจะสามารถลดอัตราการตาย และลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกได้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อ

การเกิดโรค และตรวจคัดกรองเพื่อค้นหามะเร็งปากมดลูกตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดวิธีการตรวจไว้ 2 วิธี คือ (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2547)

4.1 การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้กรดน้ำส้มสายชู และดูด้วยตาเปล่า หรือ VIA (Visual Inspection with Acetic acid) ใช้สำหรับสตรีที่มีอายุระหว่าง 30-45 ปี มีวิธีการตรวจโดยใช้กรดน้ำส้ม สายชูความเข้มข้น 3-5% ป้ายบริเวณปากมดลูกเพื่อดูว่าเนื้อเยื่อปากมดลูกมีความผิดปกติหรือไม่ หากเซลล์ผิดปกติจะเห็นว่าปากมดลูกเป็นฝ้าสีขาว (ภาพ 4)ขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งที่แน่นอนสามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หลังจากป้ายน้ำส้มสายชูทิ้งไว้ 1 นาที ก็สามารถตอบได้ว่าปากมดลูกปกติหรือผิดปกติ เมื่อพบว่าปากมดลูกมีฝ้าสีขาว เจ้าหน้าที่จะทำการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกก่อนที่จะเป็นมะเร็งโดยการจี้เย็นทันที ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 13 นาที โดยไม่ต้องใช้ยาชา ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล ไม่มีโรคแทรกซ้อนและไม่เจ็บปวดหลังการรักษา สำหรับสตรีที่มีความผิดปกติมีฝ้าขาวที่เห็นขอบเขตไม่ครบหรือมีขนาดกว้างมาก จะได้รับการส่งต่อไปรักษาโดยวิธีอื่น



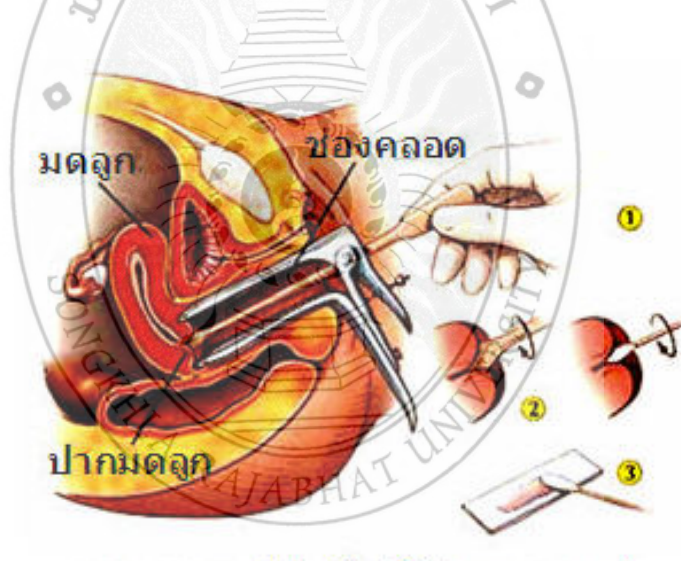
ภาพ 4 แสดงฝ้าสีขาวบริเวณปากมดลูก

จากข้อมูลของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า การรักษารอยโรคก่อนมะเร็งปากมดลูก (cervical intraepithelial neoplasia; CIN) โดยวิธีจี้เย็น (cryotherapy) แบบ double freeze technique มีประสิทธิภาพร้อยละ 86-95 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2556) ซึ่งไม่แตกต่างจากการรักษาด้วยวิธีการตัดปากมดลูกโดยห่วงลวดไฟฟ้า (loop electrosurgical excision procedure; LEEP), LASER หรือ cold-knife conization ขนาดของรอยโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะมีหรือไม่มีรอยโรคหลงเหลืออยู่หลังการรักษา วิธีจี้เย็นโดยใช้ก๊าซคาร์บอนได-ออกไซด์ (บางแห่งอาจใช้ก๊าซไนโตรสออกไซด์ซึ่งแพงกว่า) เป็นวิธีการรักษาที่ไม่ยุ่งยาก ปลอดภัย มีผลแทรกซ้อนน้อย เครื่องมือที่ใช้มีราคาไม่แพง และสามารถให้บริการได้โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมและนิเทศงานที่ได้มาตรฐาน สำหรับข้อดีของ VIA คือไม่มีชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา

การตรวจมะเร็งปากมดลูกด้วยการใช้กรดน้ำส้มสายชู VIA วิธีนี้ให้ความแม่นยำสูงสามารถใช้ในการคัดกรองแทนวิธี Pap smear เพราะทำได้ง่าย รู้ผลใน 1 นาที การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

โดยวิธี VIA มีความไว ร้อยละ 79-82 มีความจำเพาะ ร้อยละ 91-92 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. 2556) ดังนั้นจึงมีโอกาสที่จะทำการรักษาเกินความจำเป็นจากผลการตรวจที่เป็นผลบวกสูง (false positive) ได้ร้อยละ 8-9 ข้อจำกัดของการตรวจวิธีนี้อีกอย่างหนึ่ง คือ ไม่สามารถประเมินความผิดปกติหรือรอยโรคที่อยู่ลึกภายในช่องคอมดลูก (cervical canal) ได้ ดังนั้นจึงพิจารณาตรวจเฉพาะในรายที่เห็น squamocolumnar junction (SCJ) ครบชัดเจนเท่านั้น ทำให้ไม่เหมาะที่จะใช้วิธีนี้ในสตรีวัยหมดระดู และมีประสิทธิภาพเป็นที่ยอมรับว่าสามารถคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ทัดเทียมกับวิธี Pap smear (ปฐมสวรรค์ปัญญาเลิศ 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 โดยการใช้สำลีสามสายชู 3-5% ป้ายที่ปากมดลูก แล้วใช้กล้องส่องขยาย (Colposcope) จะเห็นความผิดปกติของปากมดลูกชัดเจน และตัดชิ้นเนื้อไปตรวจ จึงจะนำไปรักษาความผิดปกติของปากมดลูกโดยวิธีจี้เย็นหรือวิธีอื่นตามแต่ขนาดของความผิดปกติที่พบ



ภาพ 5 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 พบว่าสามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกถึงร้อยละ 90 (ธีรวิมล คุหะเปรมะและคณะ, 2548) สำหรับระยะเวลาที่เหมาะสมในการตรวจ Pap Smear มีดังนี้

4.2.1 ในวัยเจริญพันธุ์ เดิมเคยแนะนำให้สตรีมารับการตรวจในระยะกึ่งกลางของรอบเดือน เนื่องจากเป็นเวลาที่ปากมดลูกสะอาดที่สุด เพราะระยะนี้ฮอร์โมนเอสโตรเจนในเลือดมีระดับสูง ตอนไข่ใกล้จะสุกหรือกำลังจะสุกฮอร์โมนเอสโตรเจนในระดับสูงจะกระตุ้นต่อมสร้างมูกที่อยู่ในปากมดลูกส่วนในการสร้างมูกเหนียว ๆ ออกมาจำนวนมาก ถ้าทำในระยะนี้จะป้ายได้มาแต่มูกซึ่งเหนียว และจะได้เซลล์น้อยมากหรือเกือบไม่ได้เลย ควรรอต่อไปอีกสัก 1 สัปดาห์ เพื่อรอให้ไข่สุกก่อน คือประมาณสัปดาห์ที่ 3 หรือต้นสัปดาห์ที่ 4 ของรอบเดือน ระยะที่ไม่ควรทำอีกระยะหนึ่งคือ 3-4 วันก่อนมีประจำเดือน เพราะเป็นระยะที่เม็ดเลือดขาวในบริเวณนี้มีเป็นจำนวนมาก และจะติดไปในแผ่นกระจกซึ่งอาจเป็นปัญหาในการอ่านค่าได้

4.2.2 ในรายที่กำลังได้รับการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนชนิดเม็ดหรือชนิดฉีด สามารถรับการตรวจได้ทุกระยะเวลา

4.2.3 ในรายที่หมดประจำเดือนไปแล้วสามารถรับการตรวจได้ทุกเวลา แต่ถ้าในรายที่หมดประจำเดือนมาเป็นเวลานานแล้วเยื่อบุปากมดลูกอาจบางและอักเสบ ควรได้รับฮอร์โมน เอสโตรเจนเฉพาะที่หรือชนิดเม็ดสำหรับรับประทานประมาณ 3-4 สัปดาห์ เช่น ให้ใส่ Premarine Cream ในช่องคลอดก่อนเข้านอนวันละ ½-1 กรัม หรือให้ Tab Premarine (0.625 มิลลิกรัม) รับประทานวันละ 1 เม็ด หลังอาหารเย็น จะช่วยให้ผลการตรวจที่ได้แน่นอนยิ่งขึ้น

5. การรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก มีวิธีการรักษาดังนี้

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

6. การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก

โรคมะเร็งปากมดลูกสามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าพบในระยะเริ่มแรก แต่การป้องกันไม่ให้ เป็นมะเร็งปากมดลูกเป็นวิธีที่ดีที่สุด โดยทั่วไปหลักการป้องกันมะเร็งปากมดลูกมี 3 แบบ ได้แก่ การป้องกันแบบปฐมภูมิ (Primary prevention) การป้องกันแบบทุติยภูมิ (Secondary prevention) และการป้องกันแบบตติยภูมิ (Tertiary prevention) (จตุพล ศรีสมบุรณ์, 2547)

6.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันโดยการหลีกเลี่ยงการได้รับสารก่อมะเร็ง การลดหรือขจัดสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกโดยการหลีกเลี่ยงสาเหตุต่างๆ ได้แก่

6.1.1 การงดสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้สูบบุหรี่และบริเวณที่มีควันบุหรี่

6.1.2 การคุมกำเนิดด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น ห่วงอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดและยาฉีดคุมกำเนิด

ควรได้รับการตรวจหามะเร็งทุก 6 เดือน

6.1.3 การหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การมีบุตรมาก การสำส่อนทางเพศ การมีคู่นอนหลายคน

6.1.4 ดูแลรักษาความสะอาดของอวัยวะเพศอยู่เสมอ

6.1.5 ละเว้นต่อการสัมผัสสารก่อมะเร็ง (Chemical factors)

6.1.6 การเพิ่มภูมิต้านทานร่างกายต่อการเกิดมะเร็ง คือ สุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งกายและจิตใจ โดยการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รักษาความสะอาดร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ การรักษาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดภาวะเครียด

6.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ คือการคัดหามะเร็งในระยะเริ่ม โดยใช้วิธีการคัดหามะเร็งปากมดลูกโดยการตรวจทางเซลล์วิทยา ซึ่งวิธีที่ได้ผลดีที่สุด คือ การตรวจ Pap Smear ทำได้ง่าย สะดวกปลอดภัย และราคาถูกให้ผลการตรวจที่น่าเชื่อถือ

6.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ คือการให้สารเคมีที่ได้จากธรรมชาติหรือสังเคราะห์ขึ้นไปเพื่อยับยั้งหรือทำให้เกิดการย้อนกลับของกระบวนการเกิดมะเร็ง 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 สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสได้ ร้อยละ 100 และได้รับการยอมรับและผ่านการอนุมัตินำมาใช้ในประเทศไทยได้แต่มีราคาแพง

ดังนั้นในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกสตรีควรหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ และเพิ่มความตระหนักการป้องกันระดับทุติยภูมิ โดยเฉพาะการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยการทำ Pap Smear เนื่องจากวิธีการป้องกันโดยการใช้วัคซีนยังไม่สามารถนำมาให้บริการได้เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูง

7. รูปแบบการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

การดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในปีงบประมาณ 2553-2556 ที่ผ่านมา เจ้าหน้าที่ได้ใช้วิธีการดำเนินงานหลายวิธีเพื่อให้ได้สตรีเข้ารับการคัดกรองมากที่สุด ดังนี้

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

7.2 การเตรียมสตรี คือ การที่เจ้าหน้าที่แจ้งสตรีในพื้นที่ให้ทราบว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการคัดกรองในช่วงเวลาที่กำหนดไว้ ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่จะแจ้งเป็นเอกสารหนังสือเชิญฝากไปกับ อสม. เมื่อสตรีเข้ารับการคัดกรองรพ.สต.จะมอบของที่ระลึกให้กับสตรีที่เข้ารับการคัดกรองทุกคน เช่น ผ้าถุง ร่ม และมีบางรพ.สต. ให้ค่าตอบแทน อสม.ที่นำสตรีกลุ่มเป้าหมายเข้ารับการคัดกรองด้วย

7.3 การให้ความรู้สตรี เมื่อสตรีเข้ารับการคัดกรองในวันที่กำหนด เจ้าหน้าที่จะซักประวัติสตรีทุกคน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกให้กับสตรีทุกคน สตรีที่ได้รับความรู้แล้วจะทยอยเข้ารับการคัดกรองด้วยวิธี VIA หรือ Pap Smear ในห้องที่มีมิดชิด สตรีที่คัดกรองด้วยวิธี VIA เมื่อพบว่าปากมดลูกผิดปกติมีฝ้าสีขาว เจ้าหน้าที่จะทำการรักษาความผิดปกติของปากมดลูกก่อนที่จะเป็นมะเร็งโดยการจี้เย็นทันที สำหรับสตรีที่มีความผิดปกติมีฝ้าขาวที่เห็นขอบเขตไม่ครบหรือมีขนาดกว้างมาก จะได้รับการส่งต่อไปรักษาโดยวิธีอื่น ส่วนสตรีที่คัดกรองด้วยวิธี Pap Smear หลังจากป้ายเซลล์จากปากมดลูกแล้ว เจ้าหน้าที่จะอธิบายเรื่องการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และจะแจ้งให้สตรีมาฟังผลการตรวจอีกครั้งประมาณ 1 เดือน

7.4 นวัตกรรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นวิธีการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่หมู่ที่ 9 บ้านราวปลา ของรพ.สต.คีรีวง เนื่องจากหมู่บ้านดังกล่าวตั้งอยู่บนภูเขา การเดินทางมารับบริการที่รพ.สต.ไม่สะดวก เจ้าหน้าที่จึงคิดวิธีการที่สามารถไปให้บริการในพื้นที่ โดยคำนึงถึงความสะอาดปลอดภัยและมีมิดชิด เพื่อให้สตรีกล้าที่จะรับการคัดกรอง วิธีที่ใช้คือ Papเคลื่อนที่ โดยมีอุปกรณ์ 2 อย่างคือ ขาหยั่งเคลื่อนที่และกางเกง Pap smear ขั้นตอนการทำ Papเคลื่อนที่ คือ เจ้าหน้าที่จะแจ้งอสม. ในหมู่บ้านให้นัดสตรีเป็นกลุ่มย่อย โดยใช้สถานที่บ้าน อสม. ศาลาเอนกประสงค์หมู่บ้าน หรือบ้านของสตรีกลุ่มเป้าหมาย จากนั้นจะให้สตรีเปลี่ยนใส่กางเกง Pap smear และขึ้นตรวจบนขาหยั่งเคลื่อนที่ที่เจ้าหน้าที่ได้เตรียมมา การใช้ กางเกง Pap smear จะช่วยให้ลดความรู้สึกอายนางของสตรีได้ระดับหนึ่ง แต่มีข้อจำกัดในสตรีที่อ้วนมากจะสวมใส่ลำบาก



ภาพ 6 กางเกง Pap smear



ภาพ 7 ขาหยั่งเคลื่อนที่

แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ

1. พฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 พฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของสุขภาพ (Health) คำว่า “สุขภาพ” มาจากภาษาอังกฤษ “health” ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “hoelth” มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด จึงให้ความหมายของ health ว่าความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541)

สุขภาพ (Health) ตามนิยามของ WHO หมายถึงสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย และจิตใจรวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี ทั้งนี้ไม่ใช่หมายถึงเพียงแต่การปราศจากโรคหรือปราศจากทุพพลภาพเท่านั้น

- 1) สุขภาพทางกาย (Physical Health) หมายถึงสภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย
- 2) สุขภาพทางจิต (Mental Health) หมายถึงสภาวะความสมดุลในทุกด้านของชีวิต ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ
- 3) สุขภาพทางสังคม หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้ และการเปลี่ยนแปลงในสิ่งที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้นเป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำหรืองดเว้นการกระทำในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม

กุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) ได้ศึกษาความหมายของ Kasl & Cobb ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพอนามัยที่สมบูรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรคและจำแนกพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Protective Behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่เชื่อว่าตนเองมีสุขภาพดี และไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยมาก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิได้แก่ การออกกำลังกาย ปฏิบัติตนให้ถูกสุขลักษณะ การตรวจสุขภาพประจำปี การไปรับภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อรู้สึกไม่สบาย (Illness Behavior) หมายถึงกิจกรรมใด ๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบายหรือเริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งอาจเป็นทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติตามภารกิจประจำวันได้ตามปกติและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองและการหายจากอาการเจ็บป่วยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ เช่น การขอคำปรึกษา ความคิดเห็นและคำแนะนำจากญาติพี่น้องเพื่อนหรือเจ้าหน้าที่ในทีมงาน

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

กุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) ได้ศึกษาการให้ความหมายของ Harris & Guten ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะของพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ (Health-Protection Behavior) ไว้ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ เป็นกิจกรรมที่ปัจเจกบุคคลปฏิบัติไม่ว่าบุคคลนั้น ๆ จะรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองว่าเป็นอย่างไร หรืออยู่ในสภาวะใด โดยมีจุดมุ่งหมายของการกระทำพฤติกรรมเพื่อการปกป้อง ส่งเสริม หรือคงไว้ซึ่งภาวะ ดังต่อไปนี้

1) การปฏิบัติเพื่อสุขภาพ (Health Practices) ได้แก่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อรักษาสุขภาพโดยทั่วไป

2) การปฏิบัติเพื่อความปลอดภัย (Safety Practices) ได้แก่การปฏิบัติเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและลดความรุนแรงจากอาการบาดเจ็บ

3) การปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพ (Preventive Health Care) ได้แก่การตรวจร่างกายประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน เป็นต้น

4) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Hazard Avoidance) ได้แก่การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพที่มีมลพิษ การหลีกเลี่ยงอาชญากรรม

5) การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงสารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ (Harmful Substance Avoidance) ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา เป็นต้น

กุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) ได้ศึกษาการให้ความหมายของ Pender โดยได้ระบุว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม

หรือมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีสุขภาพดี ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมุ่งระวังไม่ให้เกิดโรคหรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งเกิดขึ้น

กุลธิดาพร กีฬาแปง (2548) ได้ศึกษาการให้ความหมายของ Palank โดยให้ความหมายว่าเป็นพฤติกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

กฎบัตรออตตาวาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกและนักวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ สรุปได้ดังนี้

- 1) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น
- 2) เป็นการให้อำนาจด้านสุขภาพกับประชาชน คือเป็นกระบวนการที่จะทำให้ประชาชนมีอำนาจมากขึ้นในการตัดสินใจและดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของตนเอง
- 3) เป็นการจัดกิจกรรมที่มุ่งไปสู่ภาวะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อบรรเทาผลกระทบที่มีต่อสุขภาพของสาธารณชนและของบุคคล
- 4) เป็นการจัดระบบเพื่อนำแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ทั้งทางด้าน การศึกษา สังคม สิ่งแวดล้อมมาใช้ เพื่อเกื้อกูลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและเพิ่มสุขภาพ

ความหมายการปกป้องสุขภาพ (Health Protection)

การปกป้องสุขภาพในตำราหลาย ๆ เล่มอาจเรียกว่าการป้องกันการเกิดโรคและการบาดเจ็บ (Prevention of disease and injury) เพนเดอร์ ได้พยายามแยกแยะความแตกต่างระหว่างการส่งเสริมและปกป้องสุขภาพดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อยกระดับภาวะสุขภาพหรือภาวะแห่งความสุขในทุก ๆ ด้านทั้งกาย จิตวิญญาณ สังคม และปัญญาของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้ดีขึ้น แนวคิด หลักการการสร้างเสริมสุขภาพ

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

การป้องกันขั้นปฐมภูมิ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉพาะหรือป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการป้องกันภาวะเครียดที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น ตัวอย่างกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดความเจ็บป่วยเฉพาะ ได้แก่ การนำเด็กไปฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้ การปฏิบัติตามระเบียบและกฎจรรยาบรรณเคร่งครัดในการขับขี่ยานพาหนะ เช่น ไม่ดื่มสุรา ไม่รับประทานยาบ้า ใช้ความเร็วตามที่กฎหมายกำหนด คาดเข็มขัดนิรภัยถ้าขับรถยนต์ หรือสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่จักรยานยนต์ เป็นต้น หรือการป้องกันไม่ให้เกิดความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด เช่น คู่สามี ภรรยาตรวจเลือดก่อนภรรยาตั้งครรภ์เพื่อให้แน่ใจว่าเด็กที่จะเกิดมาไม่มีความผิดปกติ เสี่ยงที่จะเป็นโรคหรือพิการ กิจกรรมเพื่อป้องกันความเสื่อมในหน้าที่การทำงานของบุคคล เช่น การอ่านหนังสือในที่ที่มีแสงสว่างพอเหมาะเพื่อป้องกันความเสื่อมของสายตา

การยกของหนักโดยใช้ท่าที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเสื่อมของกระดูกสันหลัง เป็นต้น การป้องกันขั้นทุติยภูมิ คือ การตรวจค้นโรคในระยะเริ่มแรกและปฏิบัติการเพื่อหยุดยั้งกระบวนการทางพยาธิสภาพอย่างทันท่วงที มีผลให้ลดความรุนแรงและระยะเวลาของโรคที่จะเกิดขึ้นกับบุคคล หรือเพื่อช่วยให้บุคคลกลับคืนสู่สภาพเดิมได้โดยเร็วที่สุด ตัวอย่างกิจกรรมการป้องกันขั้นทุติยภูมิ เช่น การตรวจเต้านมด้วยตนเอง หรือการตรวจด้วยเครื่องเอ็กซเรย์ (mammography) ในผู้หญิงเพื่อค้นหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก การทำ pap smear เพื่อค้นหาหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก การตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น การป้องกันขั้นตติยภูมิเป็น การป้องกันเมื่อเกิดความเจ็บป่วยหรือความพิการที่ไม่อาจแก้ไขได้ตั้งนั้นจุดมุ่งหมายของการป้องกันในระดับนี้คือ การฟื้นฟูสภาพซึ่งเป็นกระบวนการที่ไม่เพียงแต่หยุดยั้งการดำเนินของโรค แต่ยังช่วยเหลือให้บุคคลสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขและใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ให้ได้อย่างเต็มที่

ข้อแตกต่างระหว่างการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค ดังนี้

- 1) การส่งเสริมสุขภาพไม่ได้มีจุดเน้นที่โรค หรือปัญหาเฉพาะที่เกิดจากโรค เช่นเดียวกับ การป้องกันโรค
- 2) การส่งเสริมสุขภาพเป็นการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้เกิดสถานการณ์ที่ปรารถนา (approach behavior) ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค เป็นการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเพื่อไม่ให้เกิดสถานการณ์ที่ไม่พึงปรารถนา (avoidance behavior)
- 3) การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเพิ่มศักยภาพสูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ด้านสุขภาพ ในขณะที่การปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรคเป็นการมุ่งขจัดการเกิดพยาธิสภาพ ซึ่งทำลายสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี
- 4) ในส่วนของแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น การส่งเสริมสุขภาพมีแรงจูงใจมาจากความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self - actualizing) ซึ่งเป็นแรงเสริมทางบวก และสัมพันธ์กับพัฒนาการสูงสุดในแต่ละช่วงระยะของชีวิต ส่วนการปกป้องสุขภาพหรือป้องกันโรค มีแรงจูงใจมาจาก ความต้องการที่จะรักษาเสถียรภาพ (stabilizing tendency) คือหลีกเลี่ยงจากความเจ็บป่วย ซึ่งผลักดันให้บุคคลและครอบครัวกระทำพฤติกรรมเพื่อรักษาภาวะสมดุลของชีวิตซึ่งการรักษาภาวะสมดุลของชีวิตนั้นประกอบด้วยกลไกของร่างกายเพื่อควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกให้อยู่ในระดับที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ อย่างไรก็ดีแม้ว่าเพ็นเตอร์ได้พยายามแยกแยะความแตกต่างระหว่างความหมายและพฤติกรรมของการส่งเสริมสุขภาพกับการปกป้องสุขภาพ หรือป้องกันโรค แต่ในความเป็นจริงแยกกันค่อนข้างยาก และมีความซ้ำซ้อนกันเพราะพฤติกรรมอย่างเดียวกันสามารถเกิดขึ้นได้ภายใต้แรงจูงใจทั้งสองประการ และอาจเป็นได้ทั้งพฤติกรรมส่งเสริมและปกป้องสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดีอาจช่วยป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ในขณะเดียวกันทำให้ร่างกายแข็งแรงด้วย นอกจากนี้ในเด็กที่สุขภาพดีเท่านั้น ที่ยังคงเป็นตัวอย่งของการปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งสู่การส่งเสริมสุขภาพเพียงอย่างเดียว

จากการรวบรวมข้อมูลข้างต้น พฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นพฤติกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาโรคก่อนที่จะมีอาการของโรคเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ แต่ยังมีสตรีบางกลุ่มที่เริ่มไม่แน่ใจในภาวะสุขภาพของตนเอง เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของตนเองสตรีจึงตั้งใจการเข้ารับการคัดกรองตามกำหนดการที่เจ้าหน้าที่แจ้งไว้

2. ความเป็นมาของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลอีกบทบาทหนึ่ง การส่งเสริมสุขภาพต้องการองค์ความรู้ในการนำมาออกแบบกิจกรรม หรือวางแผนให้บุคคล ชุมชนได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่การส่งเสริมสุขภาพตนเอง ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al.,2002 อ้างถึงใน สุรีย์ ธรรมิกบวร) 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 เมื่อได้สังเกตการณ์การให้การพยาบาลขณะป้าของท่านป่วยที่โรงพยาบาล เกิดเมื่อปี ค.ศ. 1941 ที่ Lansing รัฐ Michigan เป็นลูกคนเดียวของครอบครัวได้รับการสนับสนุนให้เรียนที่ West Suburban Hospital ใน Oak Park รัฐ Illinois ได้รับ Diploma ในปี ค.ศ. 1962 และเริ่มงานที่หอผู้ป่วย อายุรกรรม-ศัลยกรรมที่โรงพยาบาล Michigan ในปี ค.ศ. 1964 ได้รับ B.S.N. ที่มหาวิทยาลัย Michigan State ใน East Lansing และได้รับการสนับสนุนให้ศึกษาต่อและเปลี่ยนแนวการศึกษาในระดับปริญญาโทด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์ ที่มหาวิทยาลัยมิชิแกน ในปี ค.ศ. 1965 และปริญญาเอก ด้านจิตวิทยาและการศึกษาในปี ค.ศ.1969 ที่ Northwestern University ที่ Evanston Illinois ทำวิทยานิพนธ์เกี่ยวกับการตรวจหาการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กที่มีปัญหา ความจำระยะสั้นในเวลานั้นท่านเริ่มสนใจเกี่ยวกับการพยาบาลในมุมมองที่กว้างขึ้นจากการได้พูดคุยกับดอกเตอร์ Beverly McElmurry ที่ Northwestern Illinois University และจากการอ่าน High-Level Wellness จุดประกายให้สนใจมองสุขภาพกับการพยาบาลในมุมที่กว้าง 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

การทดสอบทฤษฎีนี้ในครั้งแรก 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 ดำรงตำแหน่ง ประธานของ Academy ใน The

Midwest Nursing Research Society and the Council of Nurse Researchers of the American Nurses Association ท่านมีการวิจัยและมีผลงานตีพิมพ์เกี่ยวกับเรื่อง การออกกำลังกาย การเปลี่ยนพฤติกรรมและเทคนิคการผ่อนคลาย

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

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) การรับรู้สถานะสุขภาพ (Perceived Health Status) สถานะที่รู้สึกดี 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 พฤติกรรมในอนาคต

จะได้รับอิทธิพลจากความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการกระทำที่คล้ายคลึงในอดีต

2) กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล (Activity-Related Affect) ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบในพฤติกรรมบางอย่าง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และมีอิทธิพลโดยอ้อมถึงการรับรู้ในความสามารถของตน

3) การยึดมั่นต่อแผนปฏิบัติ (Commitment to a Plan of Action) รวมถึงแนวคิดที่ตั้งใจเป็นแผนกลยุทธ์ที่เป็นเหตุนำมาซึ่งความตั้งใจที่จะเป็นแผนในการปฏิบัติซึ่งเกิดขึ้นเองหรือบุคคลอื่นมีส่วนร่วมรับรู้

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

จากแนวคิดหลักของทฤษฎีจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซับซ้อนหลากหลายปัจจัย ที่จะต้องประเมิน ดังนั้นเพื่อความชัดเจนจึงขออธิบายรายละเอียดแนวคิดต่าง ๆ ตามแบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในหัวข้อถัดไป

3. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

รายละเอียดของแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

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

3.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior Related Behavior) พฤติกรรมเดิมเป็นผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลโดยตรงจากพฤติกรรมสุขภาพเดิม ทำให้เกิดเป็นลักษณะนิสัยจนทำเป็นอัตโนมัติ และเพิ่มพูนการกระทำซ้ำ ๆ กลายเป็นพฤติกรรมถาวร อธิบายเช่นเดียวกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม พฤติกรรมเดิมมีผลโดยอ้อมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการรับรู้ถึงความสามารถของตน ประโยชน์ อุปสรรค และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผล เป็นการปฏิบัติจริงและการให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นส่วนสำคัญของทักษะหรือความสามารถ สิ่งที่เคยเรียนรู้ว่ามีอุปสรรค จะเกิดความต้องการที่จะเอาชนะ พฤติกรรมจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์ ความรู้สึก เมื่อมีเหตุการณ์ที่ซ้ำเดิมบุคคลจะดึงประสบการณ์มาใช้ พยายามมีส่วนช่วยเสริมให้บุคคลมองเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมสอนให้รู้ถึงวิธีการเอาชนะความยากลำบาก

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

3.2 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรับรู้ความเข้าใจ (Behavioral Specific Cognitions and Affect) เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องค้นหาและพัฒนาให้เป็นแรงเสริมต่อการเกิดความมุ่งมั่นในการกระทำ ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

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

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

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self – Efficacy) แบบดูรา ให้คำจำกัดความ Self-efficacy ว่าเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการให้สำเร็จ การที่บุคคลรับรู้ว่าคุณสมบัติทักษะ และสามารถจัดการได้จะทำให้มีความต้องการปฏิบัติซึ่งตัดสินอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล 4 ประการ

- 1) การที่จะบรรลุสู่พฤติกรรมเกี่ยวข้องกับมาตรฐานของตนเองหรือการประเมินจากบุคคลอื่น
- 2) การมีประสบการณ์จากการสังเกต การปฏิบัติของบุคคลอื่นและการประเมินตนเองและได้รับข้อมูลย้อนกลับ
- 3) การได้รับคำพูดสนับสนุนว่าสามารถทำได้
- 4) สภาวะร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล กลัว ทุ่ม่งาม ความสงบ

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

3.2.5 อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลสำคัญ ซึ่งครอบครัว เพื่อน และผู้ให้บริการทางด้านสาธารณสุขคือแหล่งแรกของอิทธิพลดังกล่าว การสนับสนุนทางสังคม แบบสำหรับปฏิบัติ และบรรทัดฐานของสังคม (การคาดหวังของคนอื่น) จะทำให้บุคคลตัดสินใจว่าจะปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ หรือไม่

3.2.6 อิทธิพลของสถานการณ์ (Situational Influences) การรับรู้บริบทของสถานการณ์ รวมถึงการรับรู้ว่ามีสิ่งใดที่เอื้อต่อการปฏิบัติ การตระหนักว่าสิ่งแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกับสถานการณ์ไม่รู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกมั่นใจปลอดภัย สภาวะแวดล้อมที่น่าสนใจ จะทำให้เกิดพฤติกรรม ยกตัวอย่างเช่น สิ่งแวดล้อมไม่สูบบุหรี่ จะส่งผลให้บุคคลไม่สูบบุหรี่

พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ ทั้ง 2 ข้อ ที่เป็นปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อิทธิพลความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) และอิทธิพลสถานการณ์ (Situational Influences) คำว่า อิทธิพล หมายถึง กำลังที่ยังผลให้สำเร็จ, อำนาจซึ่งแฝงอยู่ในบุคคลหรือรัฐ ซึ่งสามารถบันดาลให้เป็นไปตาม ความประสงค์, อำนาจซึ่งสามารถบันดาลให้ผู้อื่นต้องคล้อยตามหรือทำตาม อำนาจที่สามารถบันดาล ให้เป็นไปได้อย่าง (ราชบัณฑิตยสถาน, 2538) กล่าวได้ว่า “อิทธิพลเป็นผลของบุคคลหนึ่งหรือกลุ่ม หนึ่งมีผลต่อบุคคลอื่น หรือกลุ่มอื่น”

3.3 การแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เป็นผลจากความเกี่ยวเนื่องจาก 2 ส่วน คือ คุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของบุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม โดยจะทำให้เกิดความมุ่งมั่น และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และเกี่ยวข้องกับความต้องการ ความชอบ ของบุคคลดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.3.1 ความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามแผน ประกอบด้วย

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

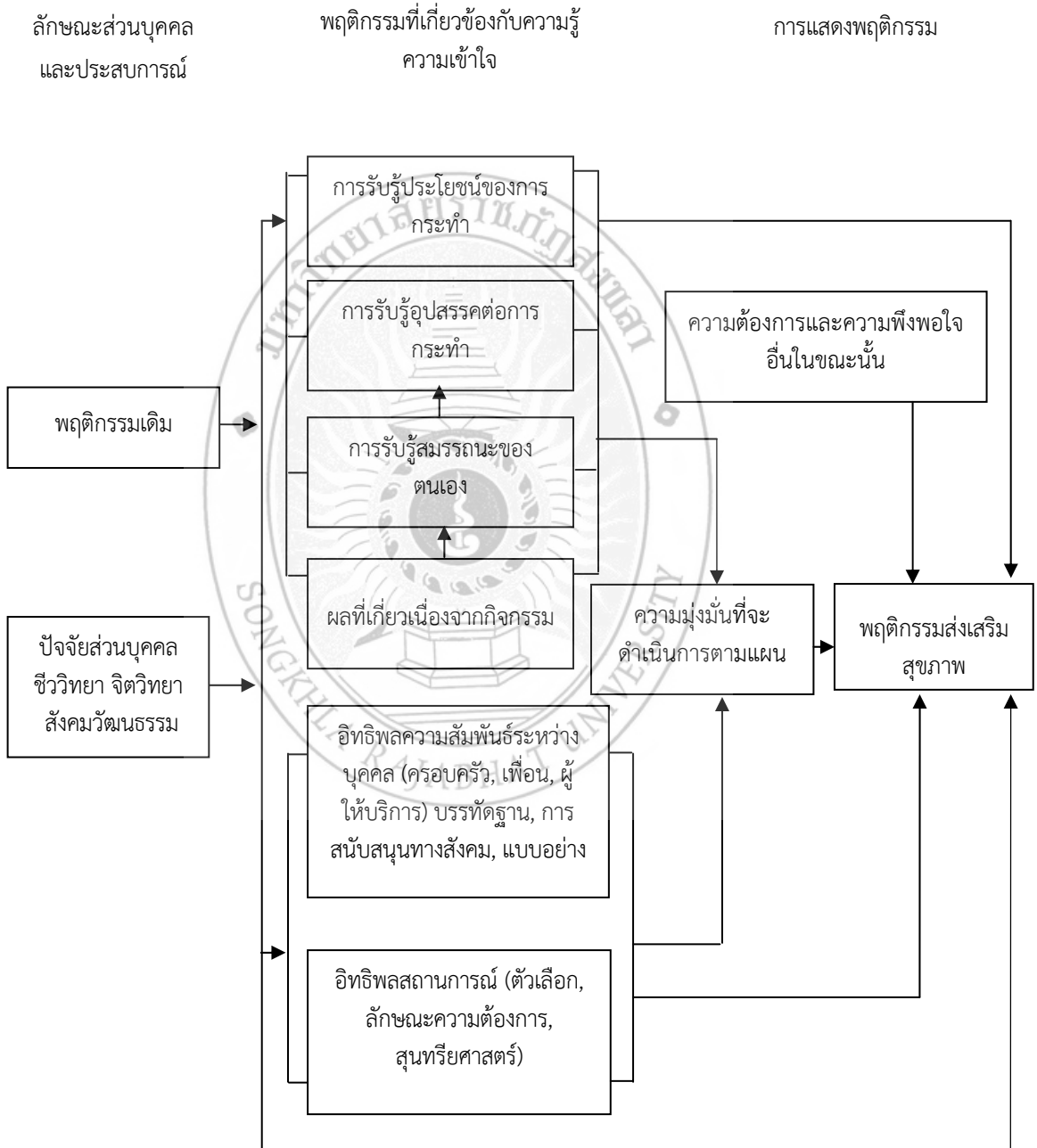
เข้าใจ มีรางวัลที่เห็นชัดเจนกลยุทธ์ในการปฏิบัติสามารถเลือกได้โดยปฏิบัติตามความชอบหรือตามที่ บุคคลนั้นถนัด หรือปฏิบัติได้ง่าย การยอมรับที่จะทำแต่ไม่มีกลยุทธ์สนับสนุน ส่วนมากมักจะล้มเหลวใน การสร้างพฤติกรรม

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

3.4 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health Promoting Behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายที่ต้องการได้รับสูงสุด โดยบูรณาการเป็นวิถีสุขภาพในการดำรงอยู่ ผลคือทำให้เกิด สุขภาพที่ดี ในแต่ละแนวคิดมีความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นการนำมาประยุกต์ใช้ตามกระบวนการพยาบาล จะเริ่มด้วยการประเมินเพื่อระบุปัญหา ปัจจัยที่เอื้อต่อการออกแบบกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต่อไป และการจะใช้ทฤษฎีใดนั้นความเข้าใจเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี และข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี เพื่อนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ต่อไป

จากการรวบรวมข้อมูลแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งได้พัฒนารูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม แนวคิดนี้เชื่อว่าบุคคลจะลงมือกระทำกิจกรรมเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็น แบบแผนในการดำเนินชีวิตนั้น

เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือ ลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ (Individual Characteristics and Experiences) พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และ การแสดงพฤติกรรม (Behavioral Outcome) ทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์มองคนอย่างเป็นองค์รวม ให้ความสำคัญกับบริบทที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นแบบจำลองทางการพยาบาลที่เหมาะสมในการนำมาเป็นแนวทางการพยาบาลองค์รวมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ



ภาพ 8 แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเตอร์ (Health Promotion Model)

ข้อตกลงเบื้องต้นของทฤษฎี (Assumptions of Health Promotion Model) เป็นความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของทฤษฎี

1) บุคคลจะสร้างเงื่อนไขของการดำรงอยู่ ซึ่งสามารถแสดงศักยภาพสูงสุดของสุขภาพของมนุษย์ นั่นคือมนุษย์ทุกคนมีเป้าหมายสุขภาพที่ดี

2) บุคคลมีความสามารถสะท้อนการตระหนักรู้ และการประเมินความสามารถของตน นั่นคือบุคคลสามารถทำความเข้าใจจุดอ่อน จุดแข็งเกี่ยวกับความสามารถของตน

3) บุคคลมองคุณค่าของการเติบโต ในทางบวกและพยายามที่จะไปให้ถึงเป้าหมายคือ ความสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลง และความคงที่ นั่นคือบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลของตนกับการเปลี่ยนแปลงของบริบท และสิ่งที่เป็นตัวแปรทั้งหลาย

4) บุคคลหาวิธีการที่จะทำให้พฤติกรรมดำเนินไปอย่างดีนั่นคือ เชื่อว่าบุคคลต้องการหาวิธีการนำพาตนเองให้มีสุขภาพที่ดี

5) บุคคลมีความซับซ้อนในลักษณะร่างกาย อารมณ์ สังคม ซับซ้อนในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสิ่งแวดล้อม และมีการปรับตัวตลอดเวลา นั่นคือ บุคคลจะมีตัวแปรทั้งภายใน และภายนอกตน ต่อการที่จะเกิดพฤติกรรมใด ๆ

6) บุคลากรทางสุขภาพ เป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีอิทธิพลต่อบุคคลทุกช่วงชีวิต นั่นคือ พยาบาลหรือบุคลากรทางสุขภาพเป็นปัจจัยภายนอกที่สำคัญต่อการเกิดพฤติกรรม

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

3.5 ข้อความที่เป็นจริงของทฤษฎี (Propositions of Health Promotion Model) เป็นข้อความที่เป็นจริงผ่านการพิสูจน์สามารถนำมาเป็นหลักคิดในการออกแบบกิจกรรมกระบวนการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ข้อความทฤษฎีนำมาซึ่งฐานคิดของการทำงานในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ มีดังนี้

1) พฤติกรรมก่อนหน้า และยังคงอยู่ มีผลทำให้เกิดคุณลักษณะที่มีอิทธิพลต่อความเชื่อความรู้สึก และการกระทำของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นจากความจริงนี้การค้นหาสิ่งที่บุคคลรับรู้ พึงพอใจเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นให้ต้องการปฏิบัติ

2) ความยึดมั่นของบุคคล สามารถนำมาสู่ความยึดมั่นในการปฏิบัติถือว่าเป็นตัวกลางสำคัญของพฤติกรรม ดังนั้นการค้นหาสิ่งที่บุคคลยึดมั่นเพื่อนำมาเป็นตัวกระตุ้นในการ ทำให้เกิดพฤติกรรม

3) การรับรู้ถึงความสามารถของตน นำมาซึ่งความสำเร็จในการปฏิบัติโดยเสริมกับความยึดมั่นต่อการปฏิบัติตามความเป็นจริงของพฤติกรรม

4) การรับรู้ถึงความสามารถของตนมาก ทำให้การรับรู้ถึงอุปสรรคลดลง

5) ผลในทางบวกต่อพฤติกรรม ทำให้รับรู้ในความสามารถของตนยิ่งขึ้น ทำให้เกิดผลย้อนกลับในทางบวกเพิ่มมากขึ้น

6) เมื่ออารมณ์ในทางบวกหรือความรู้สึกในทางบวก เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความน่าจะเป็นต่อความยึดมั่นและกระทำจะเพิ่มขึ้น

7) บุคคลชอบที่จะผูกพันและนำมาซึ่งพฤติกรรมสุขภาพเมื่อเห็นความสำคัญของรูปแบบพฤติกรรม การคาดการณ์ถึงการเกิดขึ้นของพฤติกรรม และความช่วยเหลือ สนับสนุนต่อพฤติกรรม

8) ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และผู้ให้บริการด้านสุขภาพคือแหล่งประโยชน์สำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งมีผลทั้งเพิ่มหรือลดความยึดมั่นต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

9) สถานการณ์ที่มีอิทธิพลในสิ่งแวดล้อมภายนอก สามารถเพิ่มหรือลดความยึดมั่นหรือการเข้าร่วมในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

10) ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติที่มาก นำมาซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่คงอยู่เป็นเวลานาน

11) ความยึดมั่นต่อการปฏิบัติจะลดลง เมื่อพฤติกรรมที่ต้องการของบุคคล สามารถควบคุมได้ลดลง

12) ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติลดลงเมื่อการปฏิบัติอื่น น่าสนใจมากกว่าหรือชอบมากกว่า

13) บุคคลสามารถประยุกต์การเรียนรู้ ความรู้สึก และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่อการสร้างสรรค์แรงจูงใจในการปฏิบัติ

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

ทฤษฎีการรับรู้ (Perception Theory)

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในส่วนที่ 2 คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ (Behavior-Specific Cognitions and Affect) มาใช้ในการศึกษา ซึ่งในส่วนของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจ มีทั้งหมด 6 ปัจจัย แต่ในการวิจัยครั้งนี้ ไม่ได้ศึกษา 1 ปัจจัย คือ ผลที่เกี่ยวข้องจากกิจกรรม (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)

ปัจจัยการรับรู้ของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้ความเข้าใจตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นปัจจัยที่นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้ง 3 ข้อนี้ คือ การรับรู้ มีรายละเอียดดังนี้

1. ความหมายการรับรู้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ศึกษาความหมายของการรับรู้ของ Lydesey, Hall & Thomson ได้ให้ความหมายของ รับรู้ (Perceive) ว่ามีรากศัพท์มาจากภาษาละตินตามความหมายใน The Webster's new world dictionary หมายถึง ความเข้าใจ ความรู้ ซึ่งเกิดจากความรู้สึกที่เกิดขึ้นในจิตใจของตนเองตามแนวความคิด ความประทับใจต่าง ๆ และมีการตัดเป็นระบบระเบียบแบบแผนขึ้นมา

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2534) ศึกษาความหมายของการรับรู้ของ King ว่าการรับรู้ หมายถึง กระบวนการทางด้านความคิดและจิตใจมนุษย์ เป็นการแสดงออกอย่างมีจุดมุ่งหมาย และแรงผลักดัน การรับรู้ของแต่ละบุคคลเป็นการแสดงออกถึงความตระหนักในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคลนั้น โดยกระบวนการรับรู้นี้จะทำหน้าที่รวบรวมและแปลความหมายจากข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากภายนอกทางประสาทสัมผัสและความจำ ซึ่งสามารถสรุปกระบวนการเป็นขั้นตอนได้ดังนี้

1) การรับความรู้สึกหรืออาการสัมผัส (Sensation) เป็นการที่ระบบประสาทของสิ่งมีชีวิตนั้นตระหนักหรือบันทึก จดจำ สิ่งเร้าภายนอก หรือบุคคลนั้น ๆ

2) การเลือก (Selection) เป็นการเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางส่วนจากบรรดาส่งเร้ามากมาย กล่าวคือ มนุษย์ไม่สามารถที่จะรับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัวได้ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน เราต้องเลือกรับรู้ไปที่ละอย่าง ดังนั้น การรับรู้จึงเป็นเรื่องเกี่ยวกับการเอาใจใส่ของผู้รับรู้ด้วย เพราะหากผู้รับรู้เลือกใส่ใจในสิ่งใดก็จะเกิดการรับรู้ในสิ่งนั้น หากไม่ใส่ใจก็ไม่มีกรรับรู้เกิดขึ้นจากนั้นผู้รับรู้จะเข้าไปมีส่วนในการเชื่อมโยงสิ่งที่รับรู้ใหม่นั้นเข้ากับประสบการณ์ในอดีต ซึ่งขั้นตอนนี้อาจหมายถึง การเปรียบเทียบกับสิ่งที่เคยประสบมาแล้วนั่นเอง (Assimilation)

3) การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการรับรู้ เป็นการที่บุคคลทำความเข้าใจความหมายของสิ่งเร้านั้น ๆ โดยอาศัยประสบการณ์ในอดีตและถ้าเหตุการณ์นั้นเป็นประสบการณ์หรือความรู้ใหม่ ๆ ผู้รับรู้นั้นก็จะบันทึกสะสมไว้ และจะมีผลต่อการรับรู้การเรียนรู้ในอนาคต

2. องค์ประกอบของการรับรู้

องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ของบุคคลมีดังต่อไปนี้ (ลักขณา สิริวัฒน์, 2549)

2.1 ความตั้งใจ (Attention) คือการเอาใจใส่ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ดังนั้นการรับรู้จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจของคนแยกได้ดังนี้

2.1.1 สิ่งเร้าภายนอก คุณสมบัติของสิ่งเร้าภายนอกที่ดึงดูดความตั้งใจหรือความสนใจ คือ สิ่งของที่มีขนาดใหญ่ ระดับความเข้ม หรือความหนักเบาของสิ่งเร้า การกระทำซ้ำ ๆ การเคลื่อนที่หรือการเปลี่ยนระดับการเคลื่อนย้ายไปมา การตัดกัน

2.1.2 สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ความสนใจ ความต้องการ หรือความหวัง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ความสนใจชั่วขณะ (Momentary Interest) ได้แก่ ความสนใจที่มีอยู่ขณะนั้น ๆ เช่น นักกีฬารอฟังเสียงสัญญาณ

2) ความสนใจที่ติดเป็นนิสัย (Habitual Interest) ได้แก่ความสนใจเดิมที่บุคคลติดเป็นนิสัย คนที่มีความพร้อมที่จะเลือกสนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งตามความสนใจเดิมของตน

2.2 การเตรียมพร้อมที่จะรับ (Preparatory Set) หมายถึง สภาพของจิตใจที่สงบและแน่วแน่ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงสิ่งเดียว การรับรู้พร้อมที่จะเกิดขึ้นได้

2.3 ความต้องการ หมายถึง สภาวะจิตใจที่อยากได้สิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อเป็นความอยากได้ การรับรู้ที่เกิดขึ้นก็จะมีประสิทธิผล

3. ขั้นตอนกระบวนการรับรู้

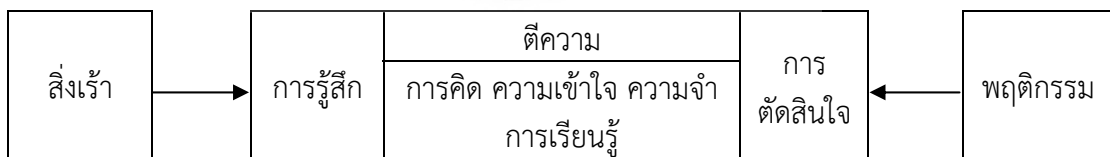
การรับรู้จะเกิดขึ้นได้นั้นต้องเป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการดังนี้

ขั้นที่ 1 สิ่งเร้า (Stimulus) มากระทบอวัยวะสัมผัส เมื่อบุคคลได้รับสิ่งเร้าจะมีการจัดระบบเพื่อแยกแยะสิ่งเร้าที่เกิดออกมาเป็นส่วนที่สนใจ หรือมุ่งความสนใจไปยังสิ่งนั้นเป็นพิเศษ และจัดสิ่งเร้าให้รับรู้และเข้าใจมากขึ้น

ขั้นที่ 2 กระแสประสาทสัมผัสวิ่งไปยังระบบประสาทซึ่งมีศูนย์อยู่ที่สมองเพื่อสั่งการ ตรงนี้เกิดการรับรู้ (Perception) ซึ่งเป็นตัวกำหนดข่าวสารว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับ โดยเป็นกระบวนการเลือกที่จะรับรู้ทำให้เกิดการรับรู้เด่นชัดเฉพาะสิ่งที่สนใจเท่านั้น

ขั้นที่ 3 สมองแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ความเข้าใจโดยอาศัย ความรู้เดิมและประสบการณ์เดิม ความจำ เจตคติ ความต้องการ ปทัสถาน บุคลิกภาพ เซวรณ์ปัญญา ทำให้เกิดการตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง

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



ภาพ 9 กระบวนการรับรู้

4. ความสำคัญของการรับรู้

กันยา สุวรรณแสง (2544) ได้ให้ความสำคัญของการรับรู้ ดังนี้

4.1 การรับรู้มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ โดยการรับรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้ ถ้าไม่มีการรับรู้ การเรียนรู้จะเกิดขึ้นไม่ได้ ในทำนองเดียวกัน การเรียนรู้มีผลต่อการรับรู้ครั้งใหม่ เนื่องจากความรู้พื้นฐานเดิมจะช่วยแปลความหมายให้ทราบว่าคืออะไร

4.2 การรับมีความสำคัญต่อเจตคติ อารมณ์ และแนวโน้มของพฤติกรรม เมื่อรับรู้แล้ว ย่อมเกิดความรู้สึก เกิดอารมณ์ พัฒนาเป็นเจตคติ แล้วพัฒนาสู่องค์ความรู้ในที่สุด

สรุปได้ว่า การรับรู้ เป็นกระบวนการทางความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจ อันนำไปสู่ความเข้าใจที่แสดงออกอย่างมีจุดหมาย และมีการจัดเป็นระบบระเบียบแบบแผน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษารวบรวมผลการวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้ในการประกอบการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กุลธิดา กีฬาแปง (2548) ศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน พบว่าการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระดับปฐมภูมียังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และมีความสัมพันธ์ในระดับทุติยภูมียังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ในระดับปฐมภูมิ ($p < 0.05$) ระดับทุติยภูมิไม่มีความสัมพันธ์ ทางสถิติ ส่วนอายุ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ

จิตนา ต้นประเสริฐ (2549) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่าระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไกรสิทธิ์ ต้นศิริรินทร์ และคณะ (อ้างถึงในนายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวมทุกด้านยังอยู่ในระดับต่ำ

สุมาลี ครุฑทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีของที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมากส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกและความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ธิดา นุ่มอยู่ (2551) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง

การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จำปี ย้งวัฒนา (2551) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเร้งปากมดลูกของสตรี อำเภอมือง จังหวัดสมุทรสงครามพบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเร้งปากมดลูก การรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งเร้งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วารุณี สุดแสวง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของสตรีที่ตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก คือ มีการรณรงค์ให้ไปตรวจ และเหตุผลในการไม่ตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติและมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่ สตรีกลุ่มตรวจและไม่ตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกได้รับข่าวสารเรื่องนี้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งเร้งปากมดลูก



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูลครั้งนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีอายุ 30 - 60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 3,564 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553 - 2556 จำนวน 360 คน ได้จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจากสูตรยามาเน่ (Yamane) (ฮานินทร์ ศิลป์จารุ, 2549) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนี้

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

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างประชากร

N = จำนวนประชากรในการวิจัย

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่กำหนด

แทนค่า

$$n = \frac{3,564}{1 + 3,564(0.05)^2}$$
$$= 360$$

ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น ดำเนินการสุ่มโดยนำกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 360 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้วิธีกำหนดสัดส่วนเพื่อให้ได้ตัวอย่างของแต่ละกลุ่มดังนี้

เมื่อขนาดประชากร 3,564 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 360 คน สัดส่วนที่ได้ คือ 10 ต่อ 1 คน ดังนั้น สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 2,348 คน จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 237 คน และ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 1,216 คน จะเป็นกลุ่มตัวอย่าง 123 คน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้กระจายทั่วทั้งอำเภอทุ่งหว้า จึงใช้สัดส่วน 10 ต่อ 1 กับสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ตามสถานบริการสาธารณสุข ทุกแห่งในอำเภอทุ่งหว้า เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้วให้สถานบริการสาธารณสุขใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากในแต่ละกลุ่มอีกครั้งเพื่อให้ได้กลุ่มที่จะเก็บข้อมูลต่อไป

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวนกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนประชากร		จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
	สตรีที่เข้ารับการคัดกรอง	สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	สตรีที่เข้ารับการคัดกรอง	สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง
รพ.สต. ทุ่งบุหลั้ง	256	111	26	11
รพ.สต. บ้านวังตง	342	230	35	23
รพ.สต. บ้านทุ่งดินลู่ม	234	111	24	11
รพ.สต. ขอนคลาน	232	143	23	15
รพ.สต. บ้านเขาแดง	132	142	13	14
รพ.สต. บ้านนาทอน	554	236	56	24
รพ.สต. บ้านคีรีวง	172	108	17	11
รพ. ทุ่งหว้า	426	135	43	14
รวม	2,348	1,216	237	123

3. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ดำเนินการด้วยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน จาก กลุ่มตัวอย่าง 360 คน สัดส่วนที่ได้ คือ 12 ต่อ 1 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สัมภาษณ์ คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 20 คน และกลุ่มตัวอย่างสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำนวน 10 คน และพิจารณาเลือกกลุ่มทั้ง 2 ให้มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยวิธีจับคู่ (Matching) เช่น อายุแตกต่างกันไม่เกิน 2 ปี มีสถานภาพ และระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน สามารถเข้าใจ สื่อสารภาษาไทย อ่านออกเขียนได้ และยินดีเข้าร่วมการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ มีรายละเอียดลักษณะของเครื่องมือ ดังนี้

1. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะแบบเลือกตอบ มาตรฐานประมาณค่า และปลายเปิด ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 ส่วน ดังนี้

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

1.2 ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจนำไปสู่การเลือกนำไปปฏิบัติ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย

- 1.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 7 ข้อ
- 1.2.2 การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 9 ข้อ
- 1.2.3 การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก จำนวน 4 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อคำถามที่ถูกต้องเป็นจริง

ตอบใช่ ได้ 1 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 0 คะแนน

ข้อคำถามที่ไม่ถูกต้องและเป็นจริง

ตอบใช่ ได้ 0 คะแนน

ตอบไม่ใช่ ได้ 1 คะแนน

คะแนนรวมจากแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 20 ข้อ มีค่าต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และมีค่าสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน ระดับการรับรู้ ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1997 อ้างถึงในบุญเรียง ขจรศิลป์, 2533) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{20 - 0}{2} \\ &= 10 \end{aligned}$$

แปลคะแนนระดับการรับรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยรวม ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับการรับรู้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

คะแนนมากกว่า 10 รับรู้ระดับดี

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 รับรู้ระดับไม่ดี

แปลผลการรับรู้แยกรายด้าน ดังนี้

1.2.1 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อความทั้งหมด 7 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 4	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 4	รับรู้ระดับไม่ดี

1.2.2 ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อความทั้งหมด 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้อุปสรรค ออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 5	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	รับรู้ระดับไม่ดี

1.2.3 ด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อความทั้งหมด 4 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ รับรู้ระดับดี และรับรู้ระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน	ระดับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนนมากกว่า 2	รับรู้ระดับดี
คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2	รับรู้ระดับไม่ดี

1.3 ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ เป็นข้อความเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย

1.3.1 อิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 9 ข้อ

1.3.2 อิทธิพลของสถานการณ์ จำนวน 8 ข้อ

ลักษณะของข้อความ มีคำตอบให้เลือกเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อความมีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ข้อความเชิงบวก

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

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

$$\begin{aligned} \text{ช่วงคะแนน} &= \frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนระดับการวัด}} \\ &= \frac{85 - 1}{3} \\ &= 28 \end{aligned}$$

แปลผลคะแนนระดับอิทธิพลบุคคล และอิทธิพลสถานการณ์การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ช่วงคะแนน	ระดับอิทธิพล
คะแนน 57-85	สูง
คะแนน 29-56	ปานกลาง
คะแนน 1-28	ต่ำ

แปลผลการอิทธิพลแยกรายด้าน ดังนี้

1.3.1 อิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนการรับรู้ประโยชน์ ออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ

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

1.3.2 อิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

ช่วงคะแนน	ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คะแนน 27-40	สูง
คะแนน 14-26	ปานกลาง
คะแนน 1-13	ต่ำ

1.4 ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด เป็นข้อคำถามส่วนของปัญหาอุปสรรคที่สตรีไม่เข้ารับการคัดกรอง และข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น

2. แบบสัมภาษณ์ ใช้สัมภาษณ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) มีประเด็นคำถาม ดังนี้

2.1 ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน เพราะอะไร

2.2 ท่านคิดอย่างไรต่อวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน (วิธีในปัจจุบันที่ต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นคนตรวจให้ ยังไม่มีวิธีตรวจด้วยตัวเอง ต้องเปิดเผยอวัยวะเพศ) เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

2.3 ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ เพราะเหตุใดจึงคิดว่าเหตุผลนี้เป็นความสำคัญอันดับแรก)

2.4 ท่านคิดว่าอะไรเป็น สาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น

2.5 ท่านคิดว่าจะมีวิธีใดบ้างที่จะทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะอะไร

2.6 ท่านคิดว่าการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

2.7 ท่านคิดว่าการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

การสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการสร้างและหาคุณภาพเครื่องมือตามขั้นตอน ดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาตามวัตถุประสงค์
2. กำหนดขอบเขตของคำถามแล้วสร้างแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอคณะกรรมการผู้ควบคุมตรวจสอบความถูกต้องและรับข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคมะเร็งปากมดลูก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการรับผิดชอบงานโรคมะเร็งปากมดลูก และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้อง ความครอบคลุมของเนื้อหาและความถูกต้องของสำนวนภาษา จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Item-Objective Congruency Index) เลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป และปรับปรุงแก้ไขความสมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญภายใต้การแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

คำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา ใช้สูตร ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540)

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

เมื่อ IOC = ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับประเด็นหลักของเนื้อหา

$\sum R$ = ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

n = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

โดยกำหนดคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญให้ดังนี้

+1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามนั้น ถูกต้องและสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์

0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าคำถามนั้น ถูกต้องและสอดคล้องตรงตามวัตถุประสงค์

-1 หมายถึง แน่ใจว่าคำถามนั้น ไม่ถูกต้อง ไม่สอดคล้องตามวัตถุประสงค์

ผลการหาดัชนีความสอดคล้อง มีผลดังนี้

ข้อคำถามจากแบบสอบถามส่วนที่ 2 จำนวน 22 ข้อ นำไปใช้ได้ 20 ข้อ

ข้อคำถามจากแบบสอบถามส่วนที่ 3 จำนวน 18 ข้อ นำไปใช้ได้ 17 ข้อ

ข้อคำถามจากแบบสัมภาษณ์ ปรับปรุงคำถามให้มีสำนวนภาษาที่ถูกต้องจำนวน 3 ข้อ

ดัชนีความสอดคล้องที่ได้เท่ากับ 0.67-1.00 และได้ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ก่อน

นำไปทดลองใช้

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

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

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ดังนี้

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

เมื่อ \square r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม

p แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ

q แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ

s_r^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ = .7911

5.2 แบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 17 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 \square α แทน ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 s_i^2 แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
 s_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ
 = 0.8581

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานโดยการขอหนังสือผ่านบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการ และขั้นตอนการเก็บข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ในสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 237 คน และสตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 123 คน
4. ดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์จากการสนทนากลุ่ม ในสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 20 คน และสตรีที่ยังไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 10 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ
2. ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ด้วยวิธี Cramer's V
3. ทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Chi-Square
4. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 360 คน เป็นสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 237 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำนวน 123 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อธิพลงระหว่างบุคคล และอทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อธิพลงระหว่างบุคคล และอทธิพลของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล 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 20 ข้อ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก

3. ปัจจัยด้านอทธิพลระหว่างบุคคล และอทธิพลของสถานการณ์ จากแบบสอบถามปัจจัยด้านอทธิพลต่อการตัดสินใจ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วยอทธิพลระหว่างบุคคล และอทธิพลของสถานการณ์

4. ข้อเสนอแนะ

5. การทดสอบสมมติฐาน

6. ข้อมูลแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการรักษา
มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษา		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา	
	จำนวน (คน) (n=237)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=123)	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
30 – 44	131	55.27	73	59.35
45 – 59	102	43.04	46	37.40
60 ปีขึ้นไป	4	1.69	4	3.25
ศาสนา				
พุทธ	61	25.74	38	30.89
อิสลาม	176	74.26	85	69.11
สถานภาพสมรส				
โสด	4	1.69	5	4.07
สมรส	217	91.56	106	86.18
อยู่ด้วยกัน	213	89.87	106	86.18
แยกกันอยู่	4	1.69	0	0.00
หม้าย	12	5.06	7	5.69
หย่าร้าง	4	1.69	5	4.07
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	145	61.18	78	63.41
มัธยมศึกษา	70	29.54	31	25.20
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22	9.28	14	11.38
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)				
ต่ำกว่า 5,000	44	18.57	24	19.51
5000 – 10,000	131	55.27	65	52.85
มากกว่า 10,000	62	26.16	34	27.64
การมีบุตร				
ยังไม่มีบุตร	7	2.95	10	8.13
มีบุตรแล้ว (คน)				
1 – 2	116	48.95	62	50.41
3 – 4	106	44.73	48	39.02
มากกว่า 5 คน	8	3.38	3	2.44

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
	จำนวน (คน) (n=237)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=123)	ร้อยละ
อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)				
ต่ำกว่า 20 ปี	104	43.88	61	49.59
20 - 30	117	49.37	50	40.65
31 ปีขึ้นไป	16	6.75	12	9.76
การคุมกำเนิด				
ไม่คุมกำเนิด	70	29.54	44	35.77
คุมกำเนิด	167	70.46	79	64.23
ยาเม็ดคุมกำเนิด	78	32.91	38	30.89
ยาฉีดคุมกำเนิด	59	24.89	26	21.14
ยาฝังคุมกำเนิด	1	0.42	0	0.00
ใช้ถุงยางอนามัย	5	2.11	2	1.63
อื่น ๆ (ทำหมัน,คุมธรรมชาติ)	24	10.13	13	10.57

จากตารางข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีอายุเฉลี่ย 43.76 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-44 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.27 นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 74.26 มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน มากที่สุด ร้อยละ 91.56 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.18 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000- 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 55.27 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว และมีบุตรจำนวน 1-2 คน มากที่สุด ร้อยละ 48.95 มีบุตรคนแรกตอนอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 49.37 มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 70.46 โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 32.91

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีอายุเฉลี่ย 42.33 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 62 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-44 ปี ร้อยละ 59.35 นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด ร้อยละ 69.1 มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน มากที่สุด ร้อยละ 86.18 มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 63.41 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 52.85 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว และมีบุตรจำนวน 1-2 คน มากที่สุด ร้อยละ 50.41 มีบุตรคนแรกตอนอายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 49.59 มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 70.46 โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด ร้อยละ 30.89

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษา		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา	
	จำนวน (คน) (n=237)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=123)	ร้อยละ
ญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	29	12.24	19	15.45
ไม่มี	208	87.76	104	84.55
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก				
มี	47	19.83	34	27.64
ไม่มี	190	80.17	89	72.36

จากตารางข้อมูลทั่วไปในส่วนที่เกี่ยวข้องกับประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 87.76 และร้อยละ 84.55 และกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 80.17 และร้อยละ 72.36

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการได้รับข้อมูลข่าวสารโรคมะเร็งปากมดลูก จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษา		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา	
	จำนวน (คน) (n=237)	ร้อยละ	จำนวน (คน) (n=123)	ร้อยละ
ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก				
ไม่เคยได้รับ	3	1.27	2	1.63
เคยได้รับ	234	98.73	121	98.37
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	204	86.08	88	71.54
อสม.	195	82.28	105	85.37
แผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวนิล	59	24.89	22	17.89
วิทยุ/โทรทัศน์	86	36.29	40	32.52
อื่น ๆ (เพื่อนบ้าน)	4	1.69	2	1.63

จากตารางข้อมูลทั่วไปเกี่ยวข้องกับการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละ 98.73 กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษาเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกโดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับความนิยมมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 86.08 รองลงมา คือ อสม. ร้อยละ 82.28 ส่วนกลุ่มสตรี

ที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 98.37 ได้รับจากอสม. มากที่สุด ร้อยละ 85.37 รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 82.28

ปัจจัยด้านการรับรู้

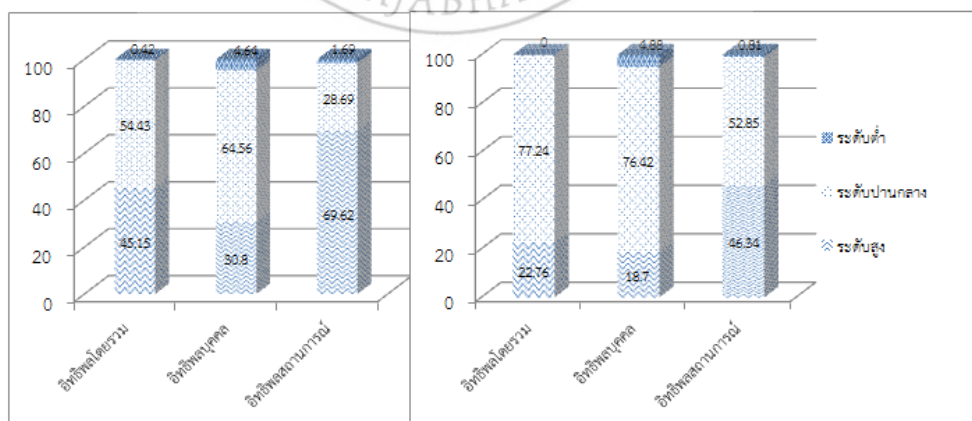
ตาราง 5 จำนวนและร้อยละ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

การรับรู้	กลุ่มคัดกรอง	กลุ่มไม่คัดกรอง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การรับรู้โดยรวม			
ระดับดี (>10 คะแนน)	226 (95.36)	97 (78.86)	323 (89.72)
ระดับไม่ดี (\leq 10 คะแนน)	11 (4.64)	26 (21.14)	37 (10.28)
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ระดับดี (>4 คะแนน)	89 (37.55)	61 (49.59)	150 (41.67)
ระดับไม่ดี (\leq 4 คะแนน)	148 (62.45)	62 (50.41)	210 (58.33)
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ระดับดี (>5 คะแนน)	210 (88.61)	90 (73.17)	300 (83.33)
ระดับไม่ดี (\leq 5 คะแนน)	27 (11.39)	33 (26.83)	60 (16.67)
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ระดับดี (>2 คะแนน)	204 (86.08)	80 (65.04)	284 (78.89)
ระดับไม่ดี (\leq 2 คะแนน)	33 (13.92)	43 (34.96)	76 (21.11)

ปัจจัยด้านการรับรู้

กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง



ภาพ 10 เปรียบเทียบร้อยละการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

จากตารางและภาพการเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.36 ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง และร้อยละ 78.86 ในกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.61 และร้อยละ 86.08 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 62.45 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.17 และร้อยละ 65.04 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 50.41

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูกต้อง			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม	คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	108 45.57	71 57.72	179 49.72	129 54.43	52 42.28	181 50.28
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบโรค มะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้	227 95.78	118 95.93	345 95.83	10 4.22	5 4.07	15 4.17
3	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้	18 7.59	29 23.58	47 13.06	219 92.41	94 76.42	313 86.94
4	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ระยะลุกลามหรือรุนแรง	190 80.17	109 88.62	299 83.06	47 19.83	14 11.38	61 16.94
5	สตรีอายุ 30-60 ปี จำเป็น ต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ	35 14.77	16 13.01	51 14.17	202 85.23	107 86.99	309 85.83
6	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	222 93.67	105 85.37	327 90.83	15 6.33	18 14.63	33 9.17
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง	232 97.89	123 100.00	355 98.61	5 2.11	0 0.00	5 1.39

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูกต้อง			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม	คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก							
8	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณ ปากมดลูก	112	69	181	125	54	179
		47.26	56.10	50.28	52.74	43.90	49.72
9	การทำความสะอาดและดูแลรักษา บริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็น ต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	197	89	286	40	34	74
		83.12	72.36	79.44	16.88	27.64	20.56
10	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เวลาในการดำเนิน การไม่เกิน 30 นาที	199	102	301	38	21	59
		83.97	82.93	83.61	16.03	17.07	16.39
11	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้รู้สึกเจ็บและไม่สามารถทำงาน ได้ตลอดวัน	212	103	315	25	20	45
		89.45	83.74	87.50	10.55	16.26	12.50
12	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นเรื่องน่าอาย เนื่อง จากบริเวณ ที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด	207	77	284	30	46	76
		87.34	62.60	78.89	12.66	37.40	21.11
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อาจทำให้ติดเชื้อจากเครื่องมือที่ใช้ ตรวจ	215	95	310	22	28	50
		90.72	77.24	86.11	9.28	22.76	13.89
14	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำได้เฉพาะในโรง พยาบาลหรือ ศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น	196	89	285	41	34	75
		82.70	72.36	79.17	17.30	27.64	20.83
15	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับ การตรวจในสถานบริการสาธารณสุข	162	96	258	75	27	102
		68.35	78.05	71.67	31.65	21.95	28.33
16	เจ้าหน้าที่ที่คัดกรองมะเร็งปาก มดลูก มีทักษะ ประสบ การณ์และ ความเป็นมาตรฐานในการตรวจ	217	111	328	20	12	32
		91.56	90.24	91.11	8.44	9.76	8.89
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปาก							
17	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการตรวจ คัดกรองมะเร็งปากมด ลูกเป็น ประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ	221	93	314	16	30	46
		93.25	75.61	87.22	6.75	24.39	12.78

ตาราง 6 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านการรับรู้					
		การรับรู้ที่ถูกต้อง			การรับรู้ที่ผิด		
		คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม	คัดกรอง	ไม่คัดกรอง	รวม
18	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	181	76	257	56	47	103
19	เมื่อมีการรณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	207	90	297	30	33	63
20	หากไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเวลาใดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ จะตรวจคัดกรองใหม่	229	104	333	8	19	27
		76.37	61.79	71.39	23.63	38.21	28.61
		87.34	73.17	82.50	12.66	26.83	17.50
		96.62	84.55	92.50	3.38	15.45	7.50

จากตาราง การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่สตรีทั้งสองกลุ่มตอบผิดมากที่สุด คือ การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้ รับรู้ผิดร้อยละ 86.94 และสตรีอายุ 30-60 ปี จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ รับรู้ผิดร้อยละ 85.83 ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกลุ่มสตรีทั้งสองกลุ่มรับรู้ถูกเป็นส่วนใหญ่

ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของอิทธิพลบุคคลและสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองจำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

อิทธิพล	กลุ่มคัดกรอง	กลุ่มไม่คัดกรอง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับอิทธิพลโดยรวม			
ระดับสูง (57-85 คะแนน)	107 (45.15)	28 (22.76)	135 (37.50)
ระดับปานกลาง (29-56 คะแนน)	129 (54.43)	95 (77.24)	224 (62.22)
ระดับต่ำ (1-28 คะแนน)	1 (0.42)	0 (0.00)	1 (0.28)

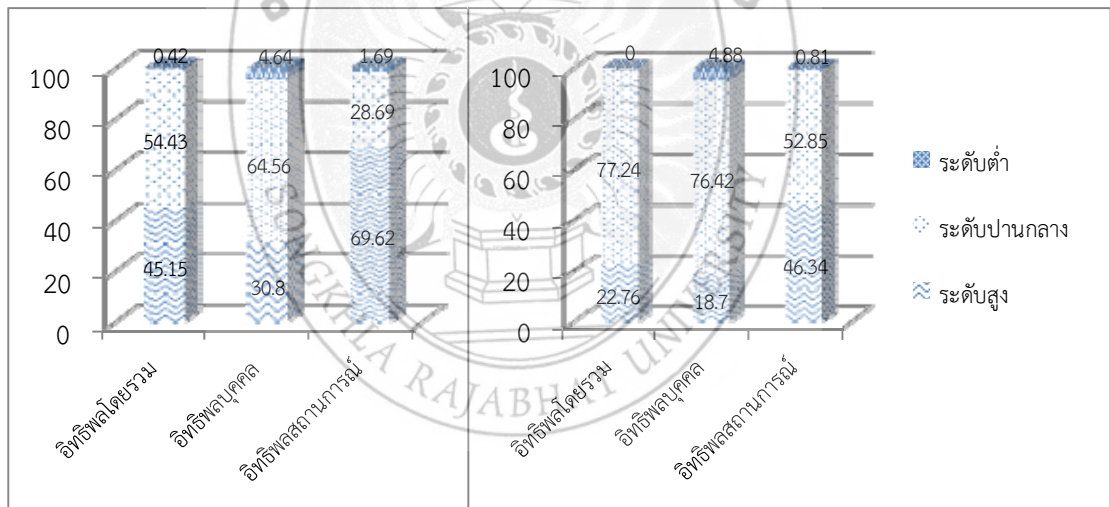
ตาราง 7 (ต่อ)

อิทธิพล	กลุ่มคัดกรอง	กลุ่มไม่คัดกรอง	รวม
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ระดับอิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ระดับสูง (31-45 คะแนน)	73 (30.80)	23 (18.70)	96 (26.67)
ระดับปานกลาง (16-30 คะแนน)	153 (64.56)	94 (76.42)	247 (68.61)
ระดับต่ำ (1-15 คะแนน)	11 (4.64)	6 (4.88)	17 (4.72)
ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			
ระดับสูง (27-40 คะแนน)	165 (69.62)	57 (46.34)	222 (61.67)
ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน)	68 (28.69)	65 (52.85)	133 (36.94)
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	4 (1.69)	1 (0.81)	5 (1.39)

ปัจจัยด้านการรับรู้

กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง

กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง



ภาพ 11 เปรียบเทียบร้อยละของอิทธิพลบุคคลและสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

จากตารางและภาพการเปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจ ระดับอิทธิพลโดยรวมทั้งอิทธิพลบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 54.43 และร้อยละ 77.24 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลบุคคลมีผลต่อการเข้ารับการคัดกรองระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 64.56 และร้อยละ 76.42 ส่วนอิทธิพลสถานการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง ร้อยละ 69.62 แต่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.85

ตาราง 8 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ปัจจัยด้านอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างรายข้อ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านอิทธิพล			
		กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง (n=237)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=123)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
อิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	2.21	1.50	1.96	1.31
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	2.31	1.40	2.15	1.18
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่างมากจากการให้เคมีเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	2.44	1.38	2.30	1.23
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.88	1.27	2.62	1.16
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.25	1.04	2.78	1.11
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.44	1.21	2.47	1.15
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	4.08	0.93	3.76	0.78
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ	3.63	1.01	3.54	0.93
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรครจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์	3.32	1.04	3.32	1.10

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ปัจจัยด้านอิทธิพล			
		กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง	
		(n=237)		(n=123)	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
อิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	2.84	1.02	2.96	1.03
11	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	3.46	1.18	3.22	1.09
12	เจ้าหน้าที่มีอริยาศัยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.94	0.96	3.68	0.84
13	การให้ข้อมูลจากผู้ที่เคยไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน	3.30	1.41	2.88	1.26
14	สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะอาด มีคิติดเท่านั้น	4.05	0.88	3.65	0.91
15	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	3.99	0.91	3.56	0.88
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข	4.02	0.85	3.61	0.82
17	การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท	3.42	1.10	3.02	1.10

จากตารางปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจรายข้อ พบว่า สตรีทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เห็นสอดคล้องกันว่าการป่วยและความเจ็บป่วยจากการให้คีโมมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกน้อยที่สุด การกระตุ้นของสามีและผู้นำศาสนารวมถึงการเชิญชวนให้เข้ารับการคัดกรองของญาติมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง การให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่และจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในระดับมาก ส่วนสถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีแยกเป็นรายข้อ พบว่า สตรีส่วนใหญ่เห็นว่าการให้ของที่ระลึกและการเข้ารับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับปานกลาง แต่ทั้งสองกลุ่มเห็นสอดคล้องกันว่าการที่เจ้าหน้าที่ให้บริการคัดกรองในหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่อริยาศัยดี การให้ข้อมูลจากผู้ที่เคยไปตรวจ สถานที่ตรวจสะอาดมีคิติด ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและการรณรงค์จากสถานบริการสาธารณสุขผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับมาก

ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากแบบสอบถาม

ตาราง 9 จำนวนและร้อยละของปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มสตรี

อิทธิพล	กลุ่มตัวอย่าง			
	กลุ่มคัดกรอง		กลุ่มไม่คัดกรอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหา อุปสรรค				
ไม่มีเวลา	31	13.08	37	30.08
ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ	58	24.47	25	20.33
ความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจ	124	52.32	66	53.66
อื่น ๆ (อายุ)	8	3.38	6	4.88
ข้อเสนอแนะ				
เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	99	41.77	46	37.40
ให้ของที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูก	84	35.44	35	28.46
เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและสนิท	87	36.71	34	27.64
การให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนา	117	49.37	48	39.02
อื่น ๆ (แจกเอกสารให้ความรู้ที่มีภาพประกอบ)	10	4.22	0	0.00

ตารางผลการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า กลุ่มสตรีตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความวิตกกังวลหลังการทราบผลตรวจมากที่สุด ร้อยละ 52.32 และร้อยละ 53.66 รองลงมา คือ ไม่มั่นใจในกระบวนการตรวจ ร้อยละ 24.47 และร้อยละ 20.33 นอกจากนี้ยังเพิ่มเติมปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถเข้ารับบริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ คือ ความอาย นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังให้ข้อเสนอแนะว่า ควรเพิ่มการให้ความรู้ว่าการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกไม่ขัดต่อหลักศาสนามากที่สุดทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 49.37 และร้อยละ 39.02 รองลงมา คือ แนะนำให้เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรค มะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน ร้อยละ 41.77 และร้อยละ 37.40 รวมถึงการเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ต้องการความรวดเร็วในการเข้าคิวรับบริการด้วย

การทดสอบสมมติฐาน

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล โดยมีสมมติฐาน ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

1. สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยส่วนบุคคล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		x^2	Cramer's v
	กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง (n=237)	กลุ่มไม่เข้ารับการ คัดกรอง (n=123)		
	ร้อยละ	ร้อยละ		
อายุ (ปี)			1.755	.070
30 – 44	55.27	59.35		
45 – 59	43.04	37.40		
60 ปีขึ้นไป	1.69	3.25		
ศาสนา			1.080	.055
พุทธ	25.74	30.89		
อิสลาม	74.26	69.11		
สถานภาพสมรส			3.983	.105
โสด	1.69	4.07		
สมรส	91.56	86.18		
หม้าย	5.06	5.69		
หย่าร้าง	1.69	4.07		
ระดับการศึกษา			.964	.052
ประถมศึกษาและไม่ได้เรียน	61.18	63.41		
มัธยมศึกษา	29.54	25.20		
สูงกว่ามัธยมศึกษา	9.28	11.38		
รายได้ครอบครัว/เดือน (บาท)			.193	.023
ต่ำกว่า 5,000	18.57	19.51		
5000 – 10,000	55.27	52.85		
มากกว่า 10,000	26.16	27.64		
การมีบุตร			5.478	.123
ยังไม่มีบุตร	2.95	8.13		
มีบุตรแล้ว (คน)	97.05	91.87		
อายุตอนมีบุตรคนแรก (ปี)			2.843	.089
ต่ำกว่า 20 ปี	43.88	49.59		
20 - 30	49.37	40.65		
31 ปีขึ้นไป	6.75	9.76		
การคุมกำเนิด			1.455	.064
ไม่คุมกำเนิด	29.54	35.77		
คุมกำเนิด	70.46	64.23		

ตาราง 10 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's ν
	กลุ่มเข้ารับการคัดกรอง (n=237)	กลุ่มไม่เข้ารับการ คัดกรอง (n=123)		
	ร้อยละ	ร้อยละ		
ญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก			.722	.045
มี	12.24	15.45		
ไม่มี	87.76	84.55		
เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก			2.833	.089
มี	19.83	27.64		
ไม่มี	80.17	72.36		
ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก			.077	.015
ไม่เคยได้รับ	1.27	1.63		
เคยได้รับ	98.73	98.37		

จากตารางทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย พบว่า อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร อายุตอนมีบุตรคนแรก การคุมกำเนิด การเจ็บป่วยของญาติและเพื่อนบ้านด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

2. สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยด้านการรับรู้	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's ν
	เข้ารับการคัดกรอง (n=237)	ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=123)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้โดยรวม			23.898**	.258
ระดับดี (>10 คะแนน)	226 (95.36)	97 (78.86)		
ระดับไม่ดี (\leq 10 คะแนน)	11 (4.64)	26 (21.14)		
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			4.830*	.116
ระดับดี (>4 คะแนน)	89 (37.55)	61 (49.59)		
ระดับไม่ดี (\leq 4 คะแนน)	148 (62.45)	62 (50.41)		
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			13.893**	.196
ระดับดี (>5 คะแนน)	210 (88.61)	90 (73.17)		
ระดับไม่ดี (\leq 5 คะแนน)	27 (11.39)	33 (26.83)		
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			21.514**	.244
ระดับดี (>2 คะแนน)	204 (86.08)	80 (65.04)		
ระดับไม่ดี (\leq 2 คะแนน)	33 (13.92)	43 (34.96)		

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

จากตารางการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.258 เมื่อทดสอบรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตาม ลำดับ

3. สมมติฐานที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ตาราง 12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านอิทธิพลกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยด้านอิทธิพล	การตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		χ^2	Cramer's ν
	เข้ารับการคัดกรอง	ไม่เข้ารับการคัดกรอง		
	(n=237)	(n=123)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับอิทธิพลโดยรวม			18.106**	.224
ระดับสูง (57-85 คะแนน)	107 (45.15)	28 (22.76)		
ระดับปานกลาง (29-56 คะแนน)	129 (54.43)	95 (77.24)		
ระดับต่ำ (1-28 คะแนน)	1 (0.42)	0 (0.00)		
ระดับอิทธิพลบุคคลต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			6.119*	.130
ระดับสูง (31-45 คะแนน)	73 (30.80)	23 (18.70)		
ระดับปานกลาง (16-30 คะแนน)	153 (64.56)	94 (76.42)		
ระดับต่ำ (1-15 คะแนน)	11 (4.64)	6 (4.88)		
ระดับอิทธิพลสถานการณ์ต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก			20.349**	.238
ระดับสูง (27-40 คะแนน)	165 (69.62)	57 (46.34)		
ระดับปานกลาง (14-26 คะแนน)	68 (28.69)	65 (52.85)		
ระดับต่ำ (1-13 คะแนน)	4 (1.69)	1 (0.81)		

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

จากตารางวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.224 และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล อิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

4. สมมติฐานที่ 4 สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

ตาราง 13 การเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ จำแนกตามการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจ เข้ารับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง (n=237)		กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง (n=123)		t-test
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ปัจจัยการรับรู้	15.14	2.12	14.35	3.17	2.476*
อิทธิพลระหว่างบุคคล	26.56	7.28	24.89	6.63	2.127*
อิทธิพลของสถานการณ์	29.01	5.43	26.58	4.64	4.218**

* ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ค่าระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

จากตารางผลการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคล และปัจจัยอิทธิพลของสถานการณ์สูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อมูลแบบสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้จากการสัมภาษณ์สตรีที่เข้ารับการคัดกรอง 20 คน และสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง 10 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และเป็นกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ นัดมาสนทนาโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 2 คน สัมภาษณ์ สังเกตและจดบันทึก ผลการสัมภาษณ์ มีรายละเอียดดังนี้

ความคิดเห็นของสตรีเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูกและวิธีการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก สตรีร้อยละ 86.67 มีความคิดเห็นว่า โรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่ตนเองกลัว ดังข้อความที่ให้สัมภาษณ์ว่า “ขึ้นชื่อว่ามะเร็งก็น่ากลัวอยู่แล้ว ยิ่งเป็นมะเร็งบริเวณระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิงก็ยิ่งน่ากลัวเข้าไปใหญ่” สตรีบางคนบอกว่า “กลัวเพราะเป็นโรคที่อาจจะต้องเจ็บปวดหากตรวจพบว่าเป็นและเป็นโรคที่รักษายาก มีผลต่อการใช้ชีวิตของครอบครัว” แต่สตรีอีกร้อยละ 13.33 ซึ่งเป็นสตรีในกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจมีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกว่า “เป็นโรคที่มีวิธีการตรวจที่รู้สึกน่ากลัว ทำให้กังวลว่าจะรู้สึกเจ็บจากการตรวจหรือไม่ และกังวลว่าผลการตรวจที่จะออกมาเป็นอย่างไร” คำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์คนหนึ่งกล่าวว่า “กลัวมาก เจ็บด้วย” ส่วนการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบันเป็นวิธีการที่สตรีกังวล คำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ในกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจคนหนึ่งกล่าวว่า “รู้สึกอายนะไม่กล้าไปตรวจ” ส่วนคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์ในกลุ่มที่เข้ารับการตรวจคนหนึ่งกล่าวว่า

“รู้สึกอายน แต่ตรวจแล้วมีความรู้สึกสบายใจ” การตรวจโดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้สัมภาษณ์คิดเห็นว่า “เป็นวิธีที่ดี เพราะมีเครื่องมือที่สะอาดปลอดภัย ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ไม่เสียเวลาเดินทาง และผลการตรวจไม่ค่อยมีผิดพลาด แต่ก็ยังอยากให้มีวิธีที่สตรีทุกคนสามารถตรวจได้ด้วยตนเองเพราะยังรู้สึกอายเจ้าหน้าที่”

ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับเหตุผลที่ทำให้สตรีเข้ารับและไม่เข้ารับการคัดกรอง สตรีกลุ่มที่ไม่เข้ารับการตรวจ ร้อยละ 93.33 แสดงความคิดเห็นว่าอายุที่ต้องเปิดเผยมากที่สุด รองลงมา กังวลว่าเจ้าหน้าที่ที่ใกล้ชิดจะเป็นคนตรวจ กังวลเรื่องผลการตรวจ ไม่มั่นใจในตัวเจ้าหน้าที่ และไม่สะดวกในการเดินทาง ดังข้อความที่ให้สัมภาษณ์ว่า “อายเจ้าหน้าที่ กลัวเจ้าหน้าที่ที่รู้จักจะเป็นคนตรวจ อายเขาและกลัวเขาเอาไปพูดต่อ” ส่วนเหตุผลจูงใจให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก คืออยากรู้ว่าตนเองจะมีอาการผิดปกติหรือไม่ คำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวว่า “กลัวเป็น ถ้าเป็นแล้วจะได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น” “รู้สึกสบายใจ และปลอดภัยถ้าได้ตรวจแล้ว” นอกจากนี้ยังมีเหตุผลจูงใจอย่างอื่นคือ อันตรายของโรค อาการแสดงของโรค เป็นแล้วรักษาไม่หาย

สำหรับวิธีที่สตรีกลุ่มตัวอย่างคิดเห็นว่าสามารถทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมากขึ้น คือ การกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังข้อความที่ให้สัมภาษณ์ว่า “การกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างหากที่จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น” และร้อยละ 86.67 ของสตรีที่ให้สัมภาษณ์ มีความคิดเห็นว่า การกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา ไม่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น เพราะไม่เคยได้ยินเรื่องผู้นำศาสนาจะมาห้ามหรือไม่สนับสนุนให้ตรวจ เนื่องจากการตรวจเป็นการป้องกันและรักษาโรคจึงไม่ใช่เป็นเรื่องที่ผิดหลักศาสนา แต่มีการแนะนำว่าควรไปตรวจกับเจ้าหน้าที่ผู้หญิงเท่านั้น ซึ่งวิธีการการกระตุ้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สตรีคิดเห็นว่า จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น คือ การเพิ่มความมั่นใจให้สตรีที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ และให้ความรู้แก่สตรีที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ ร้อยละ 46.67 ของสตรีที่ให้สัมภาษณ์ มีความคิดเห็นว่า การเชิญสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมาอบรมให้เห็นภาพอาการแสดงของโรค และพาไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 20 ให้อบรมให้เห็นภาพอาการแสดงของโรค เพียงอย่างเดียว ร้อยละ 16 ให้นำไปศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยโรคมะเร็งปากมดลูก เพียงอย่างเดียว ส่วนที่เหลือมีความคิดเห็นว่าให้ใช้ตัวแบบมาถ่ายทอดประสบการณ์ของการเป็นมะเร็งปากมดลูก และให้เจ้าหน้าที่จัดทำเอกสาร แผ่นพับ ที่แสดงให้เห็นอาการของโรคแจกบ้านที่มีสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง ดังข้อความที่ให้สัมภาษณ์ว่า “ทำยังไงก็ได้ให้เขาเห็นว่าอาการของโรคเป็นยังไง น่ากลัวขนาดไหน และอธิบายขั้นตอนการตรวจให้ชัดเจน ตรวจยังไง ตรวจที่ไหน ห้องตรวจเป็นยังไง เชื่อได้แค่ไหนว่าหมอมจะไม่เอาไปพูดต่อ” นอกจากนี้การสร้างความประทับใจให้กับสตรีที่เข้ารับการตรวจแล้ว ก็เป็นส่วนสำคัญ เพราะสตรีส่วนใหญ่ คิดเห็นว่า ผู้ที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองไม่ซักถามเรื่องความรู้ที่เป็นข้อเท็จจริงมากเท่าที่ควร แต่เรื่องซักถามเป็นข้อความที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึก ข้อความส่วนใหญ่ที่มีคนถาม คือ “เจ็บมั๊ย” และสตรีที่ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ตอบว่า “ไม่เจ็บ” สตรีคนหนึ่งแสดงความคิดเห็นว่า “การได้ฟังจากปากผู้เข้ารับการตรวจในทางที่ดี จะเพิ่มความมั่นใจให้คนที่ยังไม่เข้ารับการตรวจ ทางตรงกันข้ามถ้าหากสิ่งที่เล่าเป็นด้านลบ ก็จะทำให้เขาไม่มาตรวจเช่นกัน ดังนั้นเจ้าหน้าที่ทำยังไงก็ได้ให้คนที่ตรวจแล้วกลับไปด้วยความประทับใจ”

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านการรับรู้ ปัจจัยด้านอิทธิพล ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ในช่วงปีงบประมาณ 2553-2556 จำนวน 360 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 237 คน และ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 123 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วนตามจำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการสาธารณสุข และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 30 คน เพื่อสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-Square เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยสถิติ t-test

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
2. ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การรับรู้อุปสรรคของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
3. ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
4. สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกัน

สรุปผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีอายุเฉลี่ย 43.76 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 30-44 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 55.27) นับถือศาสนาอิสลามมากที่สุด (ร้อยละ 74.26) มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 91.56) มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.18) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 55.27) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว และมีบุตรจำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 48.95) และมีบุตรคนแรกตอนอายุ 20-30 ปี (ร้อยละ 49.37) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 70.46) และคุมกำเนิดด้วยวิธีการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 32.91) ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีอายุเฉลี่ย 42.33 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 30 ปี อายุสูงสุด 62 ปี ส่วนใหญ่มี

อายุ 30-44 ปี (ร้อยละ 59.35) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 69.1) มีสถานภาพสมรส แบบอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 86.18) มีวุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 63.41) มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 52.85) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรแล้ว และมีบุตรจำนวน 1-2 คน (ร้อยละ 50.41) มีบุตรคนแรกตอนอายุต่ำกว่า 20 ปี (ร้อยละ 49.59) มีการคุมกำเนิด (ร้อยละ 70.46) โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 30.89) สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 87.76 และร้อยละ 84.55 ตามลำดับ) ไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 80.17 และร้อยละ 72.36 ตามลำดับ) ส่วนการรับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 98.73) โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 86.08) รองลงมา คือ อสม. (ร้อยละ 82.28) ส่วนสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองเคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 98.37) จากอสม.มากที่สุด (ร้อยละ 85.37) รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 82.28)

2. ปัจจัยด้านการรับรู้

ปัจจัยด้านการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 95.36 ในกลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรอง และร้อยละ 78.86 ในกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรอง เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน กลุ่มสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 88.61 และร้อยละ 86.08 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 62.45 ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมีการรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี ร้อยละ 73.17 และร้อยละ 65.04 ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 50.41

3. ปัจจัยด้านอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจ

ปัจจัยด้านอิทธิพลโดยรวมทั้งอิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลสถานการณ์มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 54.43 และร้อยละ 77.24 เมื่อวิเคราะห์เป็นรายด้าน พบว่า อิทธิพลบุคคลมีผลต่อการเข้ารับการคัดกรองระดับปานกลางทั้งสองกลุ่ม คือ ร้อยละ 64.56 และร้อยละ 76.42 ส่วนอิทธิพลสถานการณ์ มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับสูง ร้อยละ 69.62 แต่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.85

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ปัจจัยด้านการรับรู้ในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.258 เมื่อทดสอบรายด้าน พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยด้านอิทธิพลในภาพรวมกับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ 0.224 และปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ

5. เปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยทุกปัจจัยสูงกว่าสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

6. สรุปผลสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

สตรีส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่ากลัว ยิ่งเป็นมะเร็งบริเวณระบบสืบพันธุ์ของเพศหญิงก็ยิ่งน่ากลัวเข้าไปใหญ่ เมื่อรวมกับวิธีการตรวจในแบบปัจจุบันด้วยแล้วทำให้เพิ่มความน่ากลัวให้กับโรคนี้อีกยิ่งขึ้น สตรีส่วนใหญ่ยังหวังว่าอนาคตจะมีวิธีที่สตรีทุกคนสามารถตรวจได้ด้วยตนเอง เหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ อันตรายของโรค อาการแสดงของโรค เป็นแล้วรักษาไม่หาย ส่วนเหตุผลของสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก คือ ความอาย และกังวลว่าเจ้าหน้าที่ใกล้ชิดจะเป็นคนตรวจ วิธีทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก คือ การอบรมให้ความรู้และนำเสนอภาพอาการแสดงของโรคให้มากเพื่อให้สตรีได้รู้ถึงความอันตรายของโรคนี้อีกยิ่งขึ้น

อภิปรายผล

จากการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูลจำนวน 360 คน ผู้วิจัยอภิปรายผลจากข้อค้นพบการวิจัยดังนี้

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีใน อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร วิธีการคุมกำเนิด การมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก การมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

ส่วนใหญ่มีลักษณะเหมือนกัน คือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 30-44 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรสแบบอยู่ด้วยกัน มี วุฒิการศึกษา ระดับประถมศึกษา มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,000-10,000 บาท การมีบุตร จำนวนบุตร 1-2 คน มีการคุมกำเนิด โดยใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ทั้งสองกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก และไม่มีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก อาจเป็นเพราะลักษณะข้อมูลทั่วไปส่วนใหญ่เหมือนกันจึงทำให้ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก ส่วนในเรื่องศาสนาที่ไม่มีความสัมพันธ์เนื่องจากการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของอำเภอทุ่งหว้าในปัจจุบัน ไม่มีการดึงผู้นำศาสนาเข้ามาร่วมกิจกรรมเท่าที่ควร แต่ผู้นำศาสนาไม่ได้มีการห้ามไม่ให้มารับการคัดกรอง มีแต่คำแนะนำว่าให้ไปรับการคัดกรองกับเจ้าหน้าที่ที่เป็นสตรีด้วยกันเท่านั้น จากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างแนะนำว่าควรดึงผู้นำศาสนาให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วย ส่วนลักษณะที่ต่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม คือ การมีบุตรคนแรก กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีบุตรคนแรกตอนอายุ 20-30 ปี กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่มีบุตรคนแรกตอนอายุต่ำกว่า 20 ปี และแหล่งข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก ที่กลุ่มสตรีที่เข้ารับการรักษาได้รับมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมา คือ อสม. ส่วนกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษา เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก โดยได้รับจากอสม.มากที่สุด รองลงมา คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งลักษณะที่ต่างกันของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยเช่นกัน

1.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า

กลุ่มสตรีตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีการรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ ไกรสิทธิ์ ตันติศิริินทร์ และคณะ (อ้างถึงใน นายอุสมาน แวหะยี, 2551) ศึกษาพฤติกรรมการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในสตรีไทยโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการไปรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีโดยรวมทุกด้านยังอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการรับรู้อุปสรรคและสมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่ากิจกรรมการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่ได้อำเภอทุ่งหว้าได้ให้กับสตรีในกลุ่มที่เข้ารับการรักษาเท่านั้น และส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคเท่านั้น จากข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างควรจัดทำเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้ารับการรักษา ประโยชน์ของการคัดกรอง และภาพอันตรายของโรคนี้ด้วย นอกจากนี้หากได้ดำเนินการให้ความรู้ในกลุ่มของสตรีที่ไม่เข้ารับการรักษาได้ด้วยจะยิ่งดีมากขึ้น โดยใช้กระบวนการที่มีการศึกษามาแล้ว เช่น การศึกษาของธิดา นุ่มอยู่ (2551) ศึกษาการส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า หลังการทดลองสตรีกลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ผลดีของการมารับบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จากผลการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของจำปี ยังวัฒนา (2551) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โดยรวม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ปัจจัยด้านอิทธิพล ประกอบด้วยอิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ พบว่า

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

จากการทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลของสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวารุณี สุดแสง (2551) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี พบว่า เหตุผลส่วนใหญ่ของสตรีที่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ มีการรณรงค์ให้ไปตรวจและเหตุผลในการไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูก คือ ไม่มีอาการผิดปกติและมีบางรายให้เหตุผลว่าอายุเจ้าหน้าที่ สตรีกลุ่มตรวจและไม่ตรวจมะเร็งปากมดลูกได้รับข่าวสารเรื่องนี้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด

2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ระหว่างสตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

จากการเปรียบเทียบปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก พบว่า สตรีที่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก กับ สตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรอง

มะเร็งปากมดลูกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุมาลี ครุฑทิน (2551) ได้ศึกษาความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกในอำเภอโพธิ์ประทับช้าง จังหวัดพิจิตร ผลการศึกษาคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็ง ปากมดลูกของสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูงมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับสูง คะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีของที่มาตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับมาก ส่วนสตรีที่ไม่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยความเชื่อ ด้านสุขภาพของสตรีอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก และความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าสตรีที่มาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าสตรีที่ไม่มา ตรวจคัดกรองทั้งสองเรื่องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

3. อภิปรายผลสัมภาษณ์สนทนากลุ่ม

การที่สตรีส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าโรคมะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่น่า กลัว ทำให้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เพราะอาการ แสดงของโรค ซึ่งในสตรีกลุ่มนี้เจ้าหน้าที่สามารถอบรมให้ความรู้เมื่อเขาเข้ารับการตรวจ เพื่อจะได้ นำไปบอกต่อได้ถูกต้อง แต่กลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัดกรองบางส่วนอาจยังไม่เคยได้เห็นอันตรายและ อาการของโรคดังกล่าว เจ้าหน้าที่จึงควรเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ให้กับกลุ่มสตรีที่ไม่เข้ารับการคัด กรองให้มากยิ่งขึ้น รวมถึงชี้แจงขั้นตอนการตรวจ วิธีการเตรียมตัวเข้ารับการคัดกรองลงในเอกสาร เพื่อลดความน่ากลัวของวิธีการคัดกรอง และลดความอายให้กับกลุ่มสตรีที่จะเข้ารับการคัดกรองได้ บางส่วนด้วย

ข้อเสนอแนะ

ควรประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มสตรีทั้งสองกลุ่มได้รับความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกให้มากยิ่งขึ้น โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม เพราะเจ้าหน้าที่และ การรณรงค์จากสถานบริการสาธารณสุขมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ะดับมาก ส่วนรูปแบบที่ใช้ในการให้ความรู้ อาจใช้วิธีการอบรมให้เห็นภาพของอาการแสดง หรือใช้ การศึกษาดูงานตามที่กลุ่มตัวอย่างเสนอแนะไว้ในแบบสัมภาษณ์ก็ได้

ข้อเสนอแนะในการจัดทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรมสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อนำมาส่งเสริมให้สตรีกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น
2. ควรศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมในการเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ เข้ารับการคัดกรอง
3. ควรศึกษาผลการใช้นวัตกรรมของอำเภอทุ่งหว้าเพื่อเพิ่มจำนวนการคัดกรองในกลุ่มที่ยาก ต่อการเข้าถึงสถานบริการ



บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง. (2544). **จิตวิทยาทั่วไป=General psychology**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: รวมสาส์น.
- กุลธิดาพร กีฬาแปง. (2548). **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของแรงงานสตรีที่ทำงานในโรงงานเขตนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ จังหวัดลำพูน**. ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จินตนา ตันประเสริฐ. (2549). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 35-60 ปี ในอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จำปี ยิ่งวัฒนา. (2551). **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม**. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สุขศึกษา). สาขาวิชาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- จตุพล ศรีสมบุญ. (2547). **มะเร็งปากมดลูก: การวินิจฉัยและการรักษา**. กรุงเทพมหานคร: พี.บี.โพเรนบุ๊คส์.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2549). **การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS**. กรุงเทพมหานคร: บิสนิเนสอาร์แอนด์ดี.
- ธิดา นุ่มอยู่. (2551). **การส่งเสริมการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในเขตอำเภอท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา**. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ธีรวิภา คุหาเปรมะ และคณะ. (2548). **การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap smear**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2551). **ผู้หญิงไทยกับโรคมะเร็งปากมดลูก**. (Online) <http://www.uniserv.bbu.ac.th>, 5 เมษายน 2554.
- บุญชม ศรีสะอาด และบุญส่ง นิลแก้ว. (2535). **การอ้างอิงประชากรเมื่อใช้เครื่องมือแบบมาตราส่วนประมาณค่ากับกลุ่มตัวอย่าง**. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒมหาสารคาม.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. (2533). **สถิติวิจัยII**. กรุงเทพมหานคร: พิสิกส์เซ็นเตอร์.
- ปฐม สุวรรณปัญญาลิศา และเบญจพร พิณสมบัติ. (2532). **ประสิทธิผลของทางเซลล์วิทยาของแปบสเมียร์โดยนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติระยะสั้น: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี**. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลศรีบุญเรือง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2520). **ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีระพัฒนา.
- _____. (2534). **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.

- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2540). **วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2538). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อักษรเจริญทัศน์ จำกัด.
- ลักขณา สรีวัฒน์. (2549). **จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- วราภรณ์ คำรศ. (ม.ป.ป.). **ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ**. ใน **เอกสารประกอบการสอนรายวิชาหลักการและทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ**. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.
- วารุณี สุตแสวง. (2551). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2541). **ความเป็นมาของการส่งเสริมสุขภาพ**. ใน **นโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ**. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และงามจิตต์ จันทรสาดิต (บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซน์จำกัด.
- วิภาพร มาพบสุข. (2540). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- ศุภย์อนามย์ที่ 5. (2555). **มะเร็งปากมดลูก...ภัยเงียบที่ผู้หญิงควรรู้หญิงไทยเสียชีวิตวันละ 14 คน !!! เอกสารเผยแพร่ความรู้เพื่อสุขภาพ**. ปีที่ 6 ฉบับที่ 7 กรกฎาคม 2555.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2547). **คู่มือโรคมะเร็งปากมดลูก สำหรับประชาชน**. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2555). **การดำเนินงานโครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 75 จังหวัด**. กรมการแพทย์. กระทรวงสาธารณสุข.
- _____. (2556). **แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัย และรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โฆสิตการพิมพ์ จำกัด
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2551). **การดำเนินงานการป้องกันมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย** (Online). <http://www.popterms.mahidol.ac.th/newsletter/showarticle.php?articleid=84>, 2 มิถุนายน 2557.
- สมยศ เจริญศักดิ์. (2551). **เรื่อง สธ เสนอทางเลือกใหม่ น้ำส้มสายชูตรวจมะเร็งปากมดลูก**. (Online). <http://www.thairath.com/online.php.html>, 22 กันยายน 2554.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. (2540). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เลียงเชียง.
- สุมาลี ครุฑทิน. (2551). **ความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของสตรีที่มาและไม่มาตรวจมะเร็งปากมดลูก**. วิทยานิพนธ์พยาบาลมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุรีย์ ธรรมิกบวร (ม.ป.ป.). **ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์**. (Online). <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/knowledgedetail/PD.pdf>, 22 กันยายน 2554.

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2556). รายละเอียดตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ (2556). ใน เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการการถ่ายทอดตัวชี้วัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ปี 2556 วันที่ 17-19 มกราคม 2556. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสตูล.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า. (2556). ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงาน ปีงบประมาณ 2556. ใน สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2556. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุ่งหว้า.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2554). สถิติสาธารณสุข 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- หัสชา ศรีปลั่ง. (2553). รายงานโครงการ วิเคราะห์คุณภาพข้อมูลมะเร็งและศึกษาสถานการณ์โรคมะเร็งและความสัมพันธ์กับแนวโน้มและการกระจายของปัจจัยเสี่ยงจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- หมออนามัย. (2551). สงครามปราบมะเร็งปากมดลูก: ทำอย่างไรจึงจะไปถูกทาง. วารสารหมออนามัย. ปีที่ 18 ฉบับที่ 2 กันยายน-ตุลาคม 2551.
- อุรารวรรณ สุพรรณอ่วม. (2551). การส่งเสริมสตรีให้มาตรวจมะเร็งปากมดลูกในพื้นที่ ตำบลธงธานี อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุสมาน แวหะยี. (2551). ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีในตำบลบางปู อำเภอยะหริ่ง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Pender, N.J. *The Health Promotion Model Manual*. (Online). http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1, December 24, 2012.
- _____. *Revised Health Promotion Model*. University of Michigan, School of Nursing (Online). http://www.nursing.umich.edu/faculty-staff/_nola-j-pender, December 24, 2012.
- World Health Organization. (2013). *Cancer*. (Online). <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>, January 25, 2013.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ

รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------|---|
| 1. นายแพทย์ธวัชวัฒน์ สุวัฒน์กุล | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | นายแพทย์
โรงพยาบาลทุ่งหว้า |
| 2. นางอนงค์ เดชอรัญ | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลทุ่งหว้า |
| 3. นางฉัตรพีไล เจียรระโน | ตำแหน่ง
สถานที่ทำงาน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล |





ภาคผนวก ข

หนังสือขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน นายแพทย์ธวัชมันน์ สุวัฒน์กุล

ด้วย นางวิชума แท่งทอง รหัส 52G2771015 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้
ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน
อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

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

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวัง
ว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัท ชาติทอง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

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



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน นางฉัตรพิไล เจียรนัย

ด้วย นางวิชума แท่งทอง รหัส 52G2771015 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้
ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน
อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

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

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวัง
ว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัท ชาติทอง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

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



ที่ ศธ 0560.06 / ว 0035

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

29 มีนาคม 2557

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
เรียน นางอนงค์ เดชอรัญ

ด้วย นางวิชมา แท่งทอง รหัส 52G2771015 นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้
ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน
อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล”

โดยมีคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ ดังนี้

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

ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พิจารณาแล้วเห็นว่าท่านเป็นผู้มี
ความรู้ความสามารถในเรื่องนี้เป็นอย่างดี จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
คุณภาพความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือในการวิจัย ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา หวัง
ว่าคงจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนัท ชาติทอง)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

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



ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



แบบสอบถาม

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรี ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

คำชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการศึกษาต่อระดับปริญญาตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใดและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบทุกข้อคำถาม

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

แบบสอบถามฉบับนี้มี 4 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	10	ข้อ
ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้	จำนวน	20	ข้อ
ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ	จำนวน	17	ข้อ
ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ			

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความหรือเขียนข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
2. ศาสนาของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. พุทธ	<input type="checkbox"/> 2. อิสลาม
<input type="checkbox"/> 3. คริสต์	
3. วุฒิการศึกษาของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	<input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา/เทียบเท่า	<input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> 7. ปริญญาโท	<input type="checkbox"/> 8. อื่นๆระบุ.....
4. สถานภาพสมรสของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. โสด ข้ามไปตอบข้อ 7	
<input type="checkbox"/> 2. สมรส	
<input type="checkbox"/> 2.1 อยู่ด้วยกัน	<input type="checkbox"/> 2.2 แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> 3. หม้าย	
<input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง	
5. ท่านมีบุตรจำนวนคน มีบุตรคนแรกเมื่อท่านอายุ.....ปี
6. การคุมกำเนิดของท่าน

<input type="checkbox"/> 1. คุมกำเนิด โดยวิธี	
<input type="checkbox"/> 1.1. ยาเม็ดคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> 1.2 ยาฉีดคุมกำเนิด
<input type="checkbox"/> 1.3. ยาฝังคุมกำเนิด	<input type="checkbox"/> 1.4 ใช้ถุงยางอนามัย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
<input type="checkbox"/> 2. ไม่คุมกำเนิด เนื่องจาก	
<input type="checkbox"/> เช่น ต้องการมีบุตร หมดประจำเดือน	
7. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

8. ท่านมีญาติป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
 () 1. มี () 2. ไม่มี
9. ท่านมีเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกหรือไม่
 () 1. มี () 2. ไม่มี
10. ท่านเคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูกบ้างหรือไม่ หากเคยได้รับข่าวสารจากที่ใดบ้าง
 () 1. เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร ระบุแหล่งข้อมูล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 () 1.1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข () 1.2. อสม.
 () 1.3. แผ่นพับ/โปสเตอร์/ไวนิล () 1.4. วิทยุ / โทรทัศน์
 () อื่นๆ โปรดระบุ.....
 () 2. ไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้

ให้เลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเพียงคำตอบเดียวจาก 2 คำตอบ ดังนี้
 ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
 ไม่ใช่ หมายถึง ข้อคำถามนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก		
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้		
3	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้		
4	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง		
5	สตรีอายุ 30 -60 ปี จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ		
6	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก		
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง		
8	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก		
9	การทำควาสะอาดและดูแลรักษาบริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		

ข้อ	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
10	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที		
11	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกเจ็บและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน		
12	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย เนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด		
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้ติดเชื้อจากเครื่องมือที่ใช้ตรวจ		
14	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น		
15	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับการตรวจในสถานบริการสาธารณสุข		
16	เจ้าหน้าที่ที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีทักษะ ประสิทธิภาพและความเป็นมาตรฐานในการตรวจ		
17	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ		
18	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		
19	เมื่อมีการรณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก		
20	หากไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่ตรวจคัดกรองใหม่		

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ให้เลือกตอบที่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกเพียงคำตอบเดียวจาก 5 คำตอบ ดังนี้

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

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	สถานการณ์ข้างล่างมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพียงใด					
1	ญาติใกล้ชิดป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก					
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก					
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่าง มากจากการให้คีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก					
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก					
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อ โทรทัศน์/วิทยุ					
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อ สิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ วนิล					
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก					
11	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูกในหมู่บ้าน					
12	เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดีขณะให้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก					

ข้อ	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13	การให้ข้อมูลจากผู้ที่ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน					
14	สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะอาด มิดชิด					
15	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการสาธารณสุข					
17	การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท					

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ท่านกรุณาตอบในข้อที่ต้องการเสนอแนะให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติเพิ่มเติม เพื่อเป็นแนวทางที่จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ปัญหา อุปสรรค

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

ข้อเสนอแนะ

- () 1. เจ้าหน้าที่ควรออกไปให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน
 () 2. ให้ช่องที่ระลึกเมื่อมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก
 () 3. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกไม่ควรมีความใกล้ชิดและสนิท
 () 4. การให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกกับหลักศาสนาอิสลาม
 () ข้อเสนอแนะอื่นๆ โปรดระบุ.....



แบบสัมภาษณ์

เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

คำชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ อธิปไตยระหว่างบุคคล และอธิปไตยของสถานการณ์ กับการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล การตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงาน และวิถีชีวิตของท่านแต่อย่างใดและผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม จึงขอความกรุณาท่านโปรดให้ข้อมูลตามความเป็นจริงอย่างครบทุกข้อความ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ให้ความร่วมมือและได้เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง



แบบสัมภาษณ์ สทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

1. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน เพราะอะไร

.....
.....
.....

2. ท่านคิดอย่างไรต่อวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกในปัจจุบัน (วิธีในปัจจุบันที่ต้องให้เจ้าหน้าที่เป็นคนตรวจให้ ยังไม่มีวิธีตรวจด้วยตัวเอง ต้องเปิดเผยอวัยวะเพศ) เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

.....
.....
.....

3. ท่านคิดว่าอะไรเป็นเหตุผลจูงใจที่ทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก (เรียงลำดับความสำคัญ เพราะเหตุใดจึงคิดว่าเหตุผลนี้เป็นความสำคัญอันดับแรก)

.....
.....
.....

4. ท่านคิดว่าอะไรเป็น สาเหตุให้สตรีไม่เข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะเหตุใดจึงคิดเช่นนั้น

.....
.....
.....

5. ท่านคิดว่าจะมีวิธีใดบ้างที่จะทำให้สตรีได้รับข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก เพราะอะไร

.....
.....
.....

6. ท่านคิดว่าการให้ความรู้จากผู้ที่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ อย่างไร

.....
.....
.....

7. ท่านคิดว่าการกระตุ้นจากผู้นำทางศาสนา จะทำให้สตรีเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้นหรือไม่ เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น

.....
.....
.....



ภาคผนวก ง

ผลประเมินความสอดคล้องเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC)
แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ในอำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล

ตาราง แสดงผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านการรับรู้

ข้อ	ข้อความ	การประเมินของ ผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
การรับรู้ประโยชน์ของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
1	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำทำให้ไม่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้ตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกได้	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3	การตรวจพบโรคมะเร็งปากมดลูกระยะแรกสามารถรักษาให้หายขาดได้	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก เป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามหรือรุนแรง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5	สตรีอายุ 30 -60 ปี จำเป็นต้องตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกทุกปี แม้ผลตรวจปกติ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
6	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสม่ำเสมอตามเกณฑ์ ทำให้ไม่ต้องวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
7	การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ทำให้สามารถวางแผนการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
8	การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก จะทำให้ผลการตรวจถูกต้องและเชื่อถือได้	+1	+1	-1	0.33	ตัดทิ้ง
การรับรู้อุปสรรคต่อการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
9	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกจำเป็นเมื่อมีความผิดปกติบริเวณปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
10	การทำมาความสะอาดและดูแลรักษาบริเวณปากมดลูกอย่างดีไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ข้อ	ข้อความ	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
11	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใช้เวลาในการดำเนินการไม่เกิน 30 นาที	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
12	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำให้รู้สึกเจ็บและไม่สามารถทำงานได้ตลอดวัน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
13	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอายเนื่องจากบริเวณที่ตรวจเป็นอวัยวะที่ควรปกปิด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
14	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจทำให้ติดเชื้อจากเครื่องมือที่ใช้ตรวจ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
15	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลหรือศูนย์โรคมะเร็งเท่านั้น	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
16	การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้านมีคุณภาพเทียบเท่ากับการตรวจในสถานบริการสาธารณสุข	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
17	เจ้าหน้าที่ที่คัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีทักษะประสบการณ์และความเป็นมาตรฐานในการตรวจ	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก						
18	ข้าพเจ้ายืนยันว่าจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำอย่างน้อย 1 ครั้งใน 5 ปี แม้ว่าไม่มีอาการผิดปกติ	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
19	เมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	-1	0.33	ตัดทิ้ง
20	เมื่อพบว่าญาติหรือคนสนิทป่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
21	เมื่อมีการรณรงค์หรือแจกของที่ระลึก ข้าพเจ้าจึงจะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	0	0.67	ใช้ได้
22	หากไม่สามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในเวลานัดหมาย ข้าพเจ้ายินดีเปลี่ยนแปลงวันเวลาที่จะตรวจคัดกรองใหม่	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ตาราง แสดงผลการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

ข้อ	ข้อความ	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
อิทธิพลระหว่างบุคคล						
1	ญาติใกล้ชิดช่วยเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
2	เพื่อนบ้านเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
3	เพื่อนสนิทได้รับความเจ็บปวดและทรมานอย่างมากจากการให้คีโมเพื่อรักษาโรคมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
4	สามีกระตุ้นและแนะนำให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
5	ญาติเชิญชวนให้ไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
6	ผู้นำศาสนาจัดกิจกรรมกระตุ้นเพื่อให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
7	เจ้าหน้าที่ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
8	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
9	การรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและความรุนแรงของโรคจากสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ ไลน์	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
อิทธิพลของสถานการณ์						
10	การให้ของที่ระลึกเมื่อเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
11	เจ้าหน้าที่ออกไปให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในหมู่บ้าน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
12	เจ้าหน้าที่มีอภัยยศยิตินะให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
13	การให้ข้อมูลจากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งปากมดลูกมาแล้ว ว่าไม่ได้เจ็บอย่างรุนแรงจนทำงานไม่ได้ตลอดวัน	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ข้อ	ข้อความ	การประเมินของผู้เชี่ยวชาญ			ค่า IOC	แปลผล
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3		
14	สถานที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะอาด มิดชิด	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
15	ความเชื่อมั่นในเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
16	การรณรงค์ประชาสัมพันธ์จากสถานบริการ สาธารณสุข	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้
17	การไปตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกก่อให้เกิด ความเสียเวลาในการตรวจและการเดินทาง	+1	+1	-1	0.33	ตัดทิ้ง
18	การเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก จากเจ้าหน้าที่ที่มีความใกล้ชิดและสนิท	+1	+1	+1	1.00	ใช้ได้

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้

หาค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้สูตร KR-20 (Kuder Richardson 20) (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2540) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ดังนี้

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

- เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
 k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
 p แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบถูกในแต่ละข้อ
 q แทน สัดส่วนของจำนวนคนที่ตอบผิดในแต่ละข้อ
 s_r^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้ = .7911

ตาราง แสดงผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้

ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	รวม
1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14
2	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	15
3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	18
4	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	10
5	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	10
6	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	15
7	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
8	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
9	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
10	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
11	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
12	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
13	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
14	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18
15	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	9
16	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
17	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
18	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
19	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	14
20	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	15
21	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	9

ตาราง แสดงผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านการรับรู้

ข้อที่ คนที่	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	รวม
22	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	9
23	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
24	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	16
25	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	15
26	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	11
27	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	16
28	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	13
29	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14
30	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	17
รวม	20	30	1	28	1	30	30	14	24	25	24	22	24	18	25	29	28	20	24	30	447
p	0.667	1	0.033	0.933	0.033	1	1	0.467	0.8	0.833	0.8	0.733	0.8	0.6	0.833	0.967	0.933	0.667	0.8	1	
q	0.333	0	0.967	0.067	0.967	0	0	0.533	0.2	0.167	0.2	0.267	0.2	0.4	0.167	0.033	0.067	0.333	0.2	0	
pq	0.222	0	0.032	0.062	0.032	0	0	0.249	0.16	0.139	0.16	0.196	0.16	0.24	0.139	0.032	0.062	0.222	0.16	0	2.26778

$$r_{tt} = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{s_t^2} \right] \quad r_{tt} = \frac{20}{19} \left[1 - \frac{2.26778}{9.127586} \right] \quad r_{tt} = 1.05263[751547] \quad r_{tt} = 1.05263[1 - 0.248453] \quad r_{tt} = 0.791102$$

ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (a – Coefficient) ของครอนบาค (พวงรัตน์ ทีวีรัตน์, 2540) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ได้ต้องมีค่าตั้งแต่ 0.71 ขึ้นไป

คำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร ดังนี้

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

เมื่อ α	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n	แทน	จำนวนข้อของแบบสอบถาม
s_i^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามแต่ละข้อ
s_r^2	แทน	ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ



ผลการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัยด้านอิทธิพลต่อการตัดสินใจ

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

—

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. INFLU1	1.9667	1.2726	30.0
2. INFLU2	1.8667	1.1059	30.0
3. INFLU3	2.0000	1.2034	30.0
4. INFLU4	2.9000	1.1250	30.0
5. INFLU5	3.2667	1.0483	30.0
6. INFLU6	2.3000	1.1188	30.0
7. INFLU7	3.6333	.8899	30.0
8. INFLU8	3.6333	.9994	30.0
9. INFLU9	3.3000	1.0875	30.0
10. INFLU10	2.6000	1.0034	30.0
11. INFLU11	3.1000	1.0939	30.0
12. INFLU12	3.7333	1.1121	30.0
13. INFLU13	3.2000	1.4479	30.0
14. INFLU14	3.9333	1.0807	30.0
15. INFLU15	3.6333	1.0662	30.0
16. INFLU16	3.6667	.9942	30.0
17. INFLU18	3.1000	1.2690	30.0

N of Cases = 30.0

Hotelling's T-Squared = 163.2372 F = 4.9253 Prob. = .0023
 Degrees of Freedom: Numerator = 16 Denominator = 14

Reliability Coefficients 17 items

Alpha = .8581 Standardized item alpha = .8593

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ - สกุล	นางวิชума พิษณุวรกุล
วัน เดือน ปีเกิด	10 มีนาคม 2526
สถานที่เกิด	อำเภอทุ่งหว้า จังหวัดสตูล
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	603 หมู่ที่ 1 ตำบลกำแพง อำเภอละงู จังหวัดสตูล
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาแดง
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2542	ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนพิมานพิทยาสรรค์ จังหวัดสตูล
พ.ศ. 2545	ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพิมานพิทยาสรรค์ จังหวัดสตูล
พ.ศ. 2549	วิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา
พ.ศ. 2556	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา